

KANTAR PUBLIC=

CONFERENCE DES FINANCEURS DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DU DEPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE

*Diagnostic des besoins des
personnes âgées de plus de 60 ans*



Juin 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Partie I- La population âgée de plus de 60 ans sur le département d'Indre-et-Loire : données socio-démographiques.....11

A) Le département d'Indre-et-Loire..... 11

B) Occupation du territoire et répartition de la population âgée.....13

C) Etat de santé des personnes âgées.....16

1) Espérance de vie

2) Principales pathologies et admissions en affection de longue durée

3) La maladie d'Alzheimer : problématiques et prise en charge sur le département d'Indre-et-Loire

D) Situation économique et précarité des âgés.....23

1) Leurs revenus

2) L'évaluation de la précarité de la population âgée

E) Mobilité, déplacements et maintien des liens sociaux.....27

1) L'isolement social et géographique des personnes âgées

a) Les facteurs physiques et psychologiques

b) Les initiatives locales de lutte contre l'isolement des personnes âgées

Focus : l'inclusion numérique des personnes âgées

2) Mobilité et modes de transports

3) L'accès aux sports, aux loisirs et à la culture

Partie II- L'offre destinée au public âgé de plus de 60 ans.....45

Section I – Les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales existantes...45

A) L'Information et l'orientation des parcours.....45

1) Les MDS et le rôle des conseillers autonomie

2) Le site Touraine Reper'Age

3) VIA TRAJECTOIRE : faciliter l'orientation des personnes âgées en établissements

B) Le maintien à domicile et les dispositifs associés.....48

- 1) L'APA-D et les services ménagers
- 2) L'offre des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Focus : les SPASAD en Indre-et-Loire

- 3) L'offre de soins à domicile : les SSIAD et l'HAD

C) L'offre de médecins généralistes.....61

Focus : le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public : chantier "Accès à la santé et au parcours de soins"

D) L'hébergement permanent en établissement.....64

- 1) L'hébergement médicalisé : les EHPAD et les USLD
- 2) L'hébergement non médicalisé : les résidence autonomie et les résidences services

E) L'accueil familial : une solution alternative entre le domicile et l'établissement.....70

F) L'accueil de jour et l'hébergement temporaire.....74

G) La diversification de l'offre : les habitats regroupés et intergénérationnels.....78

Section II– Le champ de la prévention de la perte d'autonomie.....84

A) Les dispositifs de coordination et de prévention de la perte de la perte d'autonomie.....84

- 1) Le programme pour Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) de 75 ans et plus
- 2) La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)

B) Le soutien aux proches aidants.....88

- 1) Contexte et problématiques
- 2) Le profil des aidants de la personne âgée
- 3) Les besoins exprimés par des aidants sur le département d'Indre-et-Loire (étude Kantar Public)
- 4) Les dispositifs et initiatives locales de soutien aux aidants

C) Les actions collectives de prévention de la perte d'autonomie : diagnostic territorial.....97

- 1) Les pratiques des porteurs d'action
 - a) Méthodologie de l'enquête
 - b) Exploitation des résultats
- 2) Les actions collectives recensées
 - a) Méthodologie et déroulement de l'enquête
 - b) Nature des actions collectives recensées
 - c) Répartition géographique et maillage territorial

D) Les actions individuelles favorisant un maintien à domicile.....127

- 1) Les aides techniques
- 2) Les nouvelles technologies
- 3) Les aides à l'adaptation du logement

E) Les besoins liés à la prévention de la perte d'autonomie exprimés par les personnes âgées de plus de 60 ans (étude Kantar Public).....138

Partie III – Conclusion et perspectives d'action.....139

- A) Le programme coordonné de financement**.....139
- B) Le plan d'action 2017-2018**.....142

BIBLIOGRAPHIE

- **Rapports**

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, guide technique, avril 2016, CNSA.

Diagnostic territorial des besoins des personnes âgées en matière de prévention et recensement des initiatives locales, Département de la Gironde, 2015.

Diagnostic territorial des besoins en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de soixante ans et plus, Département de l'Eure-et-Loire, novembre 2016.

Plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie, DGCS, mars 2017.

Rapport du Sénat n°114 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, novembre 2016.

Programme territorial de Santé, 2013-2016, ARS Centre-Val de Loire.

Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire, Accompagnement au programme « Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie », diagnostic territorial, décembre 2016.

Diagnostic local de santé en vue de l'élaboration du contrat local de santé du Pays Loire Touraine, Février 2016.

Les solitudes en France, Observatoire de la Fondation de France, Janvier 2014

Synthèse Région Centre, tableau de bord, ANAP, 2015

Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget », Octobre 2015

Synthèse « L'avenir du marché de la téléassistance et des services associés, Pipame, 2017.

Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale Comité Avancée en âge, Septembre 2015

- **Articles**

Frédéric CAZENAVE « La France à l'épreuve du grand âge », Le Monde Economie, janvier 2016.

« Les Mémos de la CNSA » Numéro 13 « MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, Mai 2016.

Christine MICHEL et al., « Fracture numérique chez les seniors du 4e âge.

Observation d'une acculturation technique », Les Cahiers du numérique 2009/1 (Vol. 5), p. 147-168.

Ophélie HELISSEN, Marjorie AUDONNET « La Fracture Numérique : Zoom sur les oubliés d'internet », Agora Vox, Mai 2015.

Laurent CHECOLA « Un rapport décrit les trois "fossés numériques" en France », Le Monde Technologies, avril 2011

Perte d'autonomie des personnes âgées : l'indispensable coordination nationale, RSE Magazine, juin 2012.

- **Sites internet**

Touraine Reper'Age

Observation Régional de Santé : www.orscentre.org

DREES : www.drees.social-sante.gouv.fr

INSEE : www.insee.fr

Observatoire des fragilités Grand Nord : www.observatoiredesfragilites.fr

OSCARD : www.oscarsante.org

TSA : www.tsa-quotidien.fr

Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Association française des aidants www.aidants.fr

Portail national de la Silver économie : www.silvereco.fr

CNSA : www.cnsa.fr

INTRODUCTION

La conférence des financeurs est l'un des dispositifs importants institués par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 : « *Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.* »

Le principe fondateur de cette instance de coordination institutionnelle est de considérer que le vieillissement de la population est certes inexorable, mais prévisible. Une part significative des situations de perte d'autonomie peut en effet être évitée « en repérant mieux » et « en agissant plus tôt ». Cette démarche doit permettre au niveau du département d'Indre-et-Loire de s'adapter mieux encore au vieillissement de notre population en intégrant une démarche préventive globale, coordonnée et structurée. La Conférence des financeurs encourage les acteurs de terrain à repenser leurs modes actions en agissant le plus en amont possible grâce au repérage des facteurs favorisant ces incapacités. Il existe également des pertes d'autonomie qu'on peut qualifier de « compensables » à travers notamment les aides techniques individuelles.

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées s'accompagne d'une importante multiplicité d'acteurs privés et publics au niveau national, régional, départemental et communal qui peut conduire à un risque de fragmentation des actions de prévention et des stratégies de financements. Selon le conseil de la CNSA, le ciblage des actions de prévention, notamment en terme de repérage des personnes réellement dans le besoin est également insuffisant. Une évolution significative a été marquée avec la définition du cadre général de la politique de prévention de la perte d'autonomie structurée dans un plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie autour des enjeux de prévention primaire, secondaire et tertiaire ¹ :

Axe 1 Permettre aux personnes âgées de vieillir en bonne santé : Promouvoir une alimentation favorable à la santé/Promouvoir l'accessibilité aux soins bucco-dentaires/Promouvoir l'activité physique adaptée et encourager le maintien d'une activité physique/Mieux accompagner les personnes âgées avec des troubles sensoriels/Lutter contre l'isolement et favoriser le lien

¹ Version Mars 2017

social/Outiller les professionnels, les bénévoles et le grand public au repérage et à l'accompagnement de la dépression/Soutenir les aidants)

Axe 2 Promouvoir les environnements favorables au bien vieillir : Soutenir les quartiers où il fait bon vivre pour les personnes âgées/Favoriser l'adaptation des logements et l'accès aux aides techniques/Promouvoir les résidences autonomie)

Axe 3 Optimiser la préservation de l'autonomie dans le parcours de vie des personnes âgées : Préparer les actifs à la retraite/Informer orienter et accompagner les personnes âgées/Assurer le repérage et l'accompagnement des fragilités/Prévention dans le parcours de santé/Prévention en EHPAD)

Axe 4 Former les professionnels œuvrant auprès des personnes âgées : Intégrer la problématique de la perte d'autonomie au sein des formations initiales/Intégrer la problématique de la perte d'autonomie au sein des formations continues/Diffuser et faire connaître les guides, les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation des professionnels)

Axe 5 : Renforcer la recherche : Développer la recherche sur les facteurs de risque de fragilité et de dépendance/Renforcer le rôle d'interface et d'inter-médiation du groupement de recherche (GDR longévité et vieillissement)

Il semble inévitable en premier lieu de clarifier cette notion de « prévention de la perte d'autonomie ».

La notion d'autonomie « renvoie à l'étymologie (*autos* : « soi même » et : « lois ») et désigne la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi même. Elle englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices, elle suppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir et la liberté et la capacité d'agir, d'accepter ou refuser en fonction de son jugement.»².

L'Organisation Mondiale de la Santé classe les actions de prévention en trois catégories distinctes : les prévisions primaires, secondaires et tertiaires³. La prévention primaire intervient dans un cadre global, touchant l'ensemble de la population. La prévention primaire de la perte d'autonomie des personnes âgées combine des actions d'ordre médical, social et environnemental. Elle irrigue

² Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale, Comité Avancée en âge, Septembre 2015

³ Perte d'autonomie des personnes âgées : l'indispensable coordination nationale, RSE Magazine, juin 2012.

notamment les grands programmes de santé publique et peut être illustrée titre d'exemple par les actions de prévention de l'AVC, qui représente l'une des premières causes de la perte d'autonomie chez les personnes âgées. L'objectif est alors tant de réduire l'incidence de la maladie, que de prévenir l'apparition de nouveaux cas. Comme le souligne le Comité Avancée en âgée en charge notamment du Plan national de prévention de la perte d'autonomie⁴, au sujet de cette notion de prévention primaire « *L'autonomie et tout particulièrement l'autonomie fonctionnelle est un capital que nous avons à gérer du mieux possible tout au long de notre vie et à préserver le plus longtemps possible. La responsabilité de chacun est engagée. Une activité physique régulière, une alimentation adaptée, des activités qui entretiennent des relations sociales structurées et renforcent l'estime de soi vont contribuer au bien-être physique, social et psychique et sont déterminants pour préserver l'autonomie au cours de l'avancée en âge.* »

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population afin d'affaiblir les risques de perte d'autonomie. Le dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie ou de la perte d'autonomie sont les axes principaux de la prévention secondaire.

La prévention tertiaire vise quant à elle à éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité. Il peut notamment s'agir par exemple de malades subissant déjà une incapacité temporaire, suite notamment à un accident, ou durant une hospitalisation. Ce troisième niveau de prévention a pour principal objectif de limiter l'évolution de la perte d'autonomie, et d'écarter les risques de rechutes. La prévention tertiaire prend également en compte la réadaptation de la personne malade sous la triple dimension médicale, sociale et professionnelle, psychologique. Ce niveau de prévention tertiaire de la perte d'autonomie est aujourd'hui particulièrement présent dans les EHPAD par exemple avec une prise en charge de l'état nutritionnel, de la dépression, de la démence, des troubles du comportement, des troubles de la marche et de l'équilibre...

Le présent rapport intègre l'ensemble des degrés de prévention présentés. Il vise plus particulièrement à présenter les éléments de diagnostic nécessaires pour clarifier la stratégie des partenaires de la Conférence.

Le diagnostic des besoins est en effet une étape incontournable de la mise en place de la Conférence des financeurs pour être en capacité d'identifier les personnes âgées et les territoires où certaines actions de prévention pourraient être prioritaires dans le programme coordonné de financement et son plan d'action opérationnel.

⁴ Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale, Comité Avancée en âge, Septembre 2015

Un travail de recueil des données existantes auprès des différentes institutions et partenaires œuvrant dans le champ de la prévention sur le territoire départemental a permis de dresser un panorama du contexte sociodémographique et de l'offre sanitaire sociale et médicosociale existante. Une attention plus particulière a été portée au diagnostic de l'offre en matière de prévention avec notamment un premier travail de recensement des actions collectives existantes sur le département.

Conscient qu'une attention particulière devaient être portée aux besoins des personnes âgées en matière de prévention de la perte d'autonomie, les membres de la Conférence des financeurs ont souhaité compléter ce recueil de donnée par une démarche d'enquête de besoins en faisant appel au cabinet Kantar Public. Cette enquête de besoins comporte deux volets :

- Phase 1 : une enquête qualitative réalisée par entretiens individuels approfondis en face-à-face et/ou par téléphone auprès de 10 aidants familiaux âgés de 40 ans et plus, répartis sur le territoire du département.
- Phase 2 une enquête téléphonique quantitative auprès d'un échantillon représentatif de 300 seniors résidant à leur domicile en Indre-et-Loire.

Les guides d'entretiens avec les thématiques abordées et la composition et la taille l'échantillon de personnes interrogées ont fait l'objet d'une validation par un comité technique interne à la Direction de l'Autonomie du Conseil département d'Indre-et-Loire.

Enfin, la dernière partie du rapport présente sur la base du diagnostic des besoins et du recensement des initiatives locales, les axes prioritaires qui s'en dégagent, au sein d'un programme coordonné de financement et d'un plan d'actions.

PARTIE I- LA POPULATION AGEE DU DEPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

A) Le département d'Indre-et-Loire

Lors du recensement de population (RP) de 2013, la population d'Indre-et-Loire s'élevait à 600 252 habitants ce qui, rapporté à la superficie du territoire, établissait la densité moyenne de population à 98 habitants/kilomètre carré.

Si l'on regarde de plus près, la répartition de cette population par sexe et par âge, on constate globalement que les femmes sont plus nombreuses que les hommes (+22 370) et représentent 51,8% de la population du département. 88,2% de cette différence globale d'effectifs tient aux différences d'effectifs entre les deux sexes à partir de 60 ans (+19 742) : les femmes représentent ainsi 61,4% des personnes âgées de 75 ans et plus de notre département. Ce constat est également valable au niveau régional où 22,2 % des femmes sont âgées de 65 ans ou plus pour 17,6 % des hommes. La part de personnes âgées (hommes et femmes confondus) de 60 à 74 ans dans la population totale est moins importante dans le département d'Indre-et-Loire que dans la Région (15,4% en Indre-et-Loire et 16,2 % en région Centre). La part des personnes âgées de 75 ans et plus est quant à elle similaire en Indre-et-Loire et en Région Centre (respectivement 10,3% et 10,6%).

	Hommes	%	Femmes	%	Ensemble	%
	288 941	100,0%	311 311	100,0%	600 252	100,0%
0 à 14 ans	54 033	18,7%	51 768	16,6%	105 801	17,6%
15 à 19 ans	19 348	6,7%	19 435	6,2%	38 783	6,5%
20 à 24 ans	18 205	6,3%	19 242	6,2%	37 447	6,2%
25 à 29 ans	17 061	5,9%	17 238	5,5%	34 299	5,7%
30 à 39 ans	34 897	12,1%	35 580	11,4%	70 477	11,7%
40 à 49 ans	39 915	13,8%	40 929	13,2%	80 844	13,6%
50 à 59 ans	38 161	13,2%	40 056	12,9%	78 217	13,0%
60 à 74 ans	43 413	15,0%	49 003	15,8%	92 416	15,4%
>75 ans	23 908	8,3%	38 060	12,2%	61 968	10,3%

Source : Insee, RP 2013

Entre les recensements de la population de 2008 et de 2013, la population départementale a globalement augmenté de 2,53% (+14 846 habitants), ce qui représente une variation annuelle moyenne de la population de +0,5%.

Le solde migratoire du département est globalement positif et contribue à l'accroissement de la population. Ce constat est particulièrement frappant concernant la classe d'âge des 60 ans et plus.

En effet, l'Indre-et-Loire est un territoire d'accueil des seniors : environ 300 personnes/an en moyenne (solde net).

Mais, au-delà de cette croissance globale de la population du département, ce qu'il importe de noter c'est la variation différenciée des effectifs telle qu'elle apparaît dans le tableau ci-dessus : tandis que les effectifs des moins de 60 ans ont diminué de 0,81% entre 2008 et 2013, dans le même temps ceux des plus de 60 ans ont au contraire augmenté de 13,63% (+18 519 personnes).

	Population	Variation 2008/2013 en %	Effectifs moins de 60 ans	Effectifs plus de 60 ans	Variation entre 2008 et 2013 des 60 ans et plus (en %)
2008	585 406		449 540	135 866	
2013	600 252	+2,53%	445 867	154 385	+13,63%
delta	14 846		-3 673	+18 519	

Source : Insee, RP 2013

Dans notre département, l'indice de vieillissement (le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) a ainsi évolué de 67,4 en 1999 à 73,6 en 2008, pour atteindre 80 en 2013 et 83,2 en 2015. Ce vieillissement va se poursuivre puisque les classes nombreuses nées après la seconde guerre mondiale, qui arrivent depuis environ dix ans maintenant aux âges de la retraite, continueront de grossir les rangs de nos aînés pour de nombreuses années encore.

	Effectif total :		60 à 79 ans :		80 ans et plus :
	2007	2040	2007	2040	2007
Indre-et-Loire :	583 084	687 614	17,2%	21,2%	5,4%

Source : Insee, Omphale 2010, scénario central.

Le tableau ci-dessus reproduit les projections de population réalisées par l'Insee pour l'Indre-et-Loire à l'horizon 2040. On constate sans surprise que la population des personnes âgées de 60 ans et plus va croître de manière très importante entre 2007 et 2040, période choisie pour la projection, passant de 132 000 à 220 000 (ordres de grandeur).

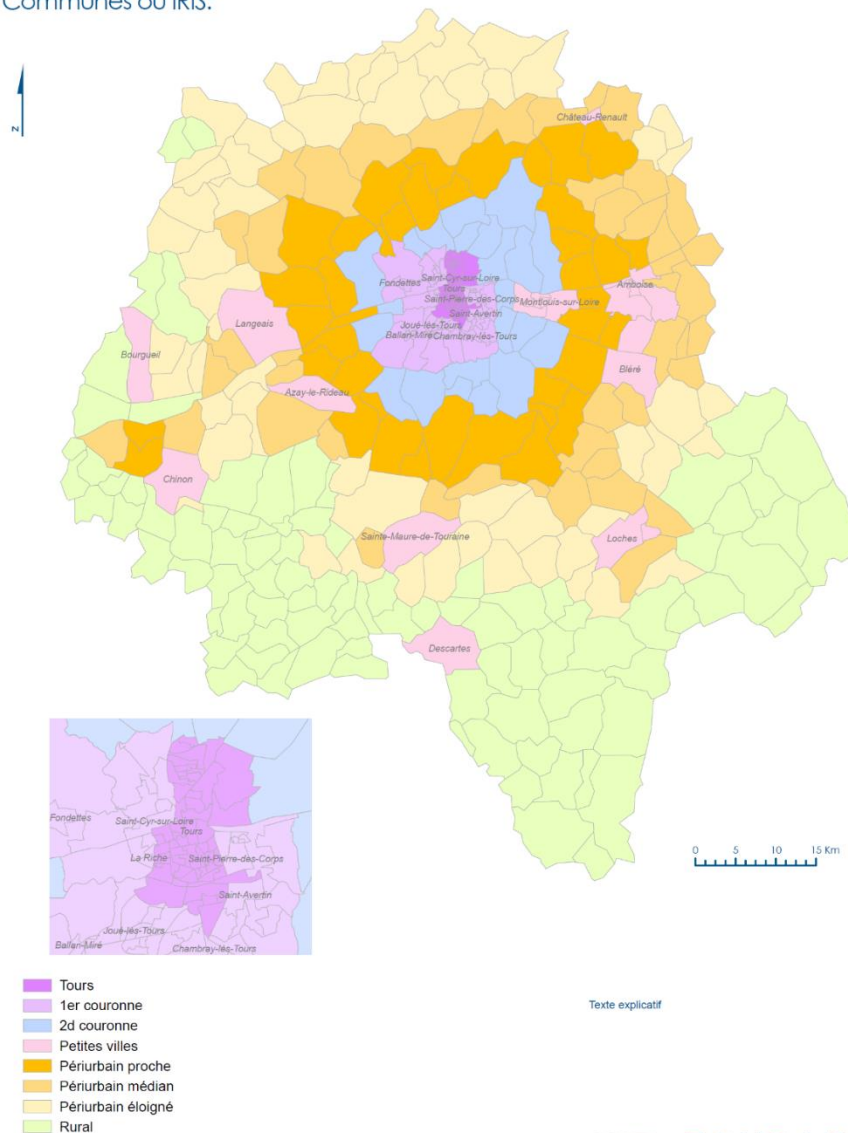
B) Occupation du territoire et répartition de la population âgée⁵

En Indre-et-Loire, des personnes âgées partent pour aller s'installer ailleurs, et d'autres au contraire s'y installent pour vivre leur retraite. Toutefois le solde net de ces mouvements migratoires est positif. Environ plus de 300 personnes âgées de 60 ans et plus par an (sur la période 2007/2012, soit environ 1800 personnes sur l'intégralité de la période considérée.).

L'ensemble des analyses présentée s'appuieront sur un découpage du territoire départemental en 8 secteurs dont le périmètre est le suivant

La typologie 2007-2012 des 8 secteurs concentriques:

Communes ou IRIS:



Source : Conseil départemental d'Indre-et-Loire - 2018
Document : DPSM L LionTypologie_8_Secteurs_Concentriques mis à jour le 08/06/2016

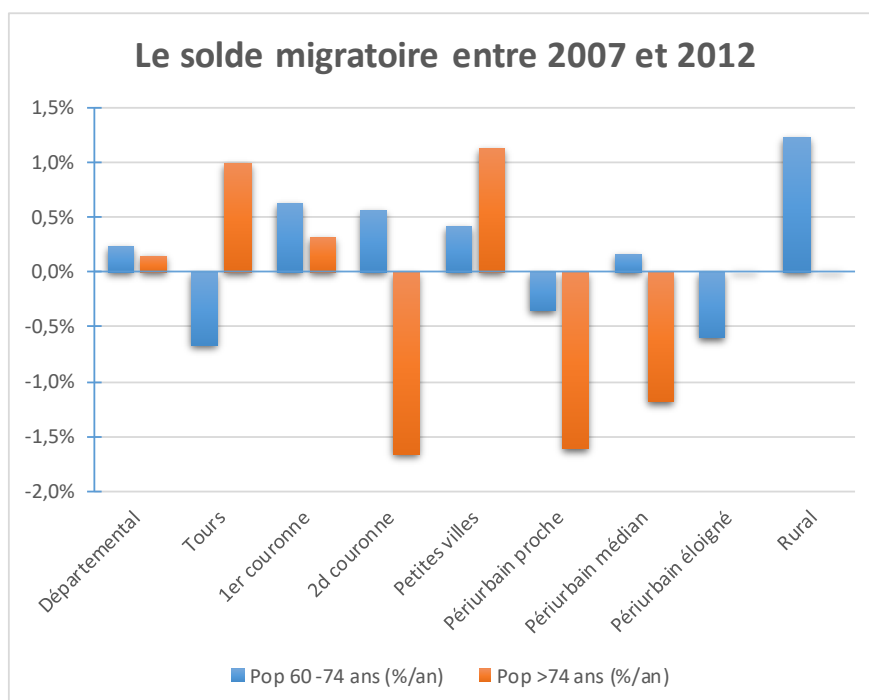


⁵Etude réalisée par la Direction pilotage de la stratégie et de la Modernisation, Conseil départemental d'Indre et Loire, Mars 2017.

Les 8 secteurs ont été déterminés en fonction du nombre moyen d'habitants par commune (IRIS).

Secteur	Iris	Communes	Moy Comm (2007)	Distance	Variation 2007-2012
Tours	57	>100000 hab.	136788	0	-0,24%/an
1 ^{er} couronne	50	8000-40000 hab.	14973	3	0,48%/an
2 ^d couronne	22	1000-8000 hab.	3520	7	0,81%/an
Petites villes	21	2000-15000 hab.	5454	30	0,26%/an
Périurbaines proches	40	500-3000 hab.	1481	15	1,30%/an
Périurbaines médian	44	400-2000 hab.	874	22	1,51%/an
Périurbaines éloigné	57	150-2000 hab.	593	30	0,87%/an
Rural	93	100-2000 hab.	541	45	0,05%/an

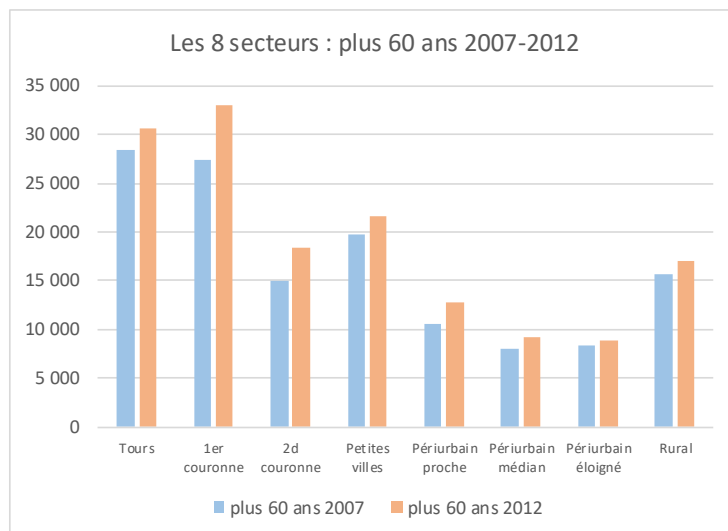
Concernant les mouvements migratoires infra-départementaux, une analyse secteur par secteur de la population âgée de 60-74 ans et des 75 ans et plus peut être réalisée. Ce graphique met notamment en évidence que sur un même secteur, il n'y a pas nécessairement convergence des migrations résidentielles des 60-74 ans et des 75 ans et plus. A partir de 75 ans, des personnes âgées quittent les secteurs de la seconde couronne, du périurbain proche et du périurbain médian, tandis que des personnes âgées, à partir du même âge, arrivent dans les secteurs de Tours, de la première



couronne et des petites villes. Des personnes âgées quittent le secteur du péri-urbain proche quelle que soit la tranche d'âge considérée. En revanche, des personnes âgées arrivent dans les secteurs de la première couronne et des petites villes quelle que soit la tranche d'âge considérée.

Répartition et évolution de la population des personnes âgées dans les 8 secteurs

En 2012, les secteurs de « Tours » et de la « 1^{er} couronne » regroupent plus de 42% de la population des plus de 60 ans d'Indre et Loire, le secteur de la 1^{ère} couronne étant celui où habitent le plus grand nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans le département.



Toutefois ces huit secteurs présentent des pyramides d'âges différentes. Si l'on compare les parts des 60 ans et plus dans la population totale de chaque secteur, on constate sans surprise que celle du secteur rural est la plus élevée (34%), suivie de celle des petites villes (environ 30%). Mais on constate aussi que la part des 60 ans et plus a beaucoup progressé dans le secteur de la « 1^{er} couronne » et s'approche, elle aussi, désormais des 30 %.

Le secteur « Tours » est un cas particulier puisque l'on constate que la part des plus de 60 ans connaît une progression modérée si on la compare par exemple à celle de la 1^{ère} couronne (mais il reste toutefois le deuxième secteur le plus peuplé pour les 60 ans et plus du département) Les quatre secteurs de la « 1^{er} couronne », de la « 2^d couronne », du « Périurbain proche » et du « Périurbain médian », enregistrent une variation annuelle moyenne des 60 ans et plus supérieure à celle du département entre 2007 et 2012. Ces quatre secteurs portent l'essentiel (69%) de la variation des 60 ans et plus dans le département entre 2007 et 2012⁶. On constate également que le secteur du « Périurbain éloigné » est une zone de transition entre les zones rurales et les zones périurbaines. La

⁶En revanche, Les secteurs « 1^{er} couronne », « 2^d couronne », « Périurbain proche » et le « Périurbain médian » 49% de l'effectifs de plus de 60 ans en 2012.

part des 60 ans et plus y est restée quasiment stable entre 2007 et 2012 et elle est désormais inférieure à la moyenne de l'Indre et Loire.

Conclusion

L'allongement de l'espérance de vie associé à l'arrivée dans le grand âge des générations du baby boom, et à l'attractivité du territoire départemental dans les migrations résidentielles des seniors, entraîneront une augmentation inéluctable de la population âgée de plus de 60 ans dans les années à venir. La structure par âge de la population va se modifier considérablement et ce, différemment selon les territoires du département. Les bassins de Loches et de Chinon étant particulièrement touchés par ce phénomène.

C) Etat de santé des personnes âgées

1) **Espérance de vie**

L'espérance de vie à 60 ans des habitants du département d'Indre-et-Loire, est la plus longue de la région pour les deux sexes et dépasse la moyenne nationale comme le met en évidence le tableau ci-dessous.

Espérance de vie à 60 ans au 1 ^{er} Janvier 2014	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Hommes	22,1	23,2	22,1	23,7	23,1	22,8	ND	23,1
Femmes	27,4	27,7	27,0	28,4	27,9	27,4		27,7

Espérance de vie à 60 ans au 1er Janvier 2014 hommes et femmes (OSCARD 2016 : source INSEE estimation de la population civile)

2) **Principales pathologies et admissions en affection de longue durée⁷ (ALD)**

Entre 2005 et 2013, en moyenne 57 830 nouvelles admissions en affection de longue durée sont recensées chaque année en région Centre-Val de Loire. En Indre-et-Loire, 12 687 nouvelles admissions par an sont recensées.

A l'échelle du département et sur la période considérée, les principaux motifs d'admission en ALD sont les maladies cardiovasculaires (30% pour les hommes et 22,3% pour les femmes), les tumeurs malignes

⁷Source : Diagnostic local de santé en vue de l'élaboration du contrat local de santé du Pays Loire Touraine, Février 2016.

(23,2% pour les hommes et 22,3% pour les femmes). Le diabète est la troisième cause d'admission en ALD tant chez les hommes que chez les femmes, respectivement 16,8 % et 14,4 %.

3) La maladie d'Alzheimer : problématiques et prise en charge sur le département d'Indre-et-Loire

On estime qu'en Europe à partir de 85 ans, une femme sur quatre et un homme sur cinq seraient atteints de la maladie d'Alzheimer. La maladie d'Alzheimer est la première cause de pathologie neurodégénérative en France. Un nouveau cas serait ainsi recensé toutes les deux minutes. Pour la région Centre, une étude de l'Assurance Maladie recensait en 2013, 19.400 personnes souffrant d'une démence dont la maladie d'Alzheimer. La maladie d'Alzheimer⁸ représente un des facteurs importants de l'aggravation de la dépendance et une des causes principales des entrées en institution. En effet, 40 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer vivent actuellement en institution. Entre 2005 et 2013, 2 786 nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer ou autres démences sont dénombrées chaque année en région Centre-Val de Loire (878 pour les hommes et 1 908 pour les femmes).

L'amélioration de la réponse aux besoins des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer est un axe prioritaire du futur schéma départemental en faveur de l'autonomie à travers notamment :

-La prise en charge des différents stades d'avancée de la maladie en privilégiant des accompagnements non médicamenteux et en évitant les ruptures de prise en charge

-L'accompagnement des malades jeunes

-La formation des intervenants à domicile et en établissement aux spécificités de l'accompagnement de la maladie.

Le département d'Indre-et-Loire dispose actuellement de plusieurs dispositifs permettant de prendre en charge la maladie à ses différents stades d'avancée à travers le diagnostic avec le CMRR, des dispositifs d'accueil séquentiels (accueil de jour, hébergement temporaire) ou permanent (UPAD...).

Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 de l'ARS Centre-Val de Loire développe un certain nombre d'actions pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer notamment :

- Favoriser un diagnostic et éviter les situations d'errance en organisant l'expertise en région Centre-Val de Loire à partir du centre mémoire de ressources et de recherche.
- Des actions visant à former et sensibiliser les professionnels à la maladie (formation initiale et continue)

⁸Diagnostic local de santé en vue de l'élaboration du contrat local de santé du Pays Loire Touraine, Février 2016.

- Le développement d'une offre d'éducation thérapeutique pour renforcer la prévention et le rôle de la personne malade et de ses proches dans la gestion de la maladie
- Améliorer la réponse aux besoins notamment : en développant les équipes mobiles gériatriques extra-hospitalières, en développant le recours à l'HAD pour éviter les hospitalisations en urgence, en poursuivant le déploiement des ESA, PASA, UHR, PFR, UCC, en formant le personnel des EHPAD sur la prise en charge des troubles du comportement et en développant les partenariats entre EHPAD et HAD.
- Améliorer la prise en charge des malades jeunes : adresser tous les patients jeunes de moins de 60 ans vers le CMRR, identifier les risques de rupture dans l'accompagnement de ces patients. (repenser le besoin en terme d'accompagnement pour les malades jeunes et identifier l'offre adaptée)
- Améliorer la prise en charge des troubles du comportement quel que soit le lieu de résidence des personnes,
- Améliorer la communication sur la maladie,
- Soutenir les proches aidants (accompagnement individuel à domicile pour éviter l'épuisement physique et psychologique, développer une offre de répit adaptée et diversifiée en proximité, mettre en œuvre des formations de proximité pour les aidants sur la maladie et communiquer sur l'ensemble des formations existantes)

Si la fréquence de la maladie d'Alzheimer est fortement liée à l'âge, elle peut néanmoins se manifester chez des personnes beaucoup plus jeunes⁹. On estime aujourd'hui à 32 000 le nombre personnes de moins de 65 ans qui vivent avec la maladie en France. Entre 15 000 et 25 000 d'entre eux ont moins de 60 ans. Il est à noter également que les personnes souffrant de trisomie 21 auraient une prédisposition à développer la maladie d'Alzheimer. Le département d'Indre-et-Loire ne dispose pas de dispositifs spécifiques pour prendre en charge ces personnes. La prise en charge¹⁰ est différente sur plusieurs aspects car il s'agit bien souvent d'accompagner le quotidien de personnes qui ont parfois des enfants encore jeunes, un travail, des parents à charge, etc. Les troubles associés à la maladie conduisent neuf fois sur dix à une sortie du marché du travail. Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 a notamment pour objectif d'atténuer les conséquences économiques de la maladie et d'aider au maintien d'un parcours professionnel pour les malades jeunes.

⁹ Plan maladies neurodégénératives 2014-2019

¹⁰« Alzheimer, une maladie qui touche aussi les personnes jeunes », le Monde, septembre 2014.

Le centre mémoire de Ressources & de Recherche (CMRR) du CHRU de Tours permet de réaliser des consultations mémoire afin d'évaluer la prise en charge médicale des personnes présentant des troubles mnésiques ou une plainte concernant une autre fonction intellectuelle (langage, orientation spatiale, concentration...). Les patients sont adressés par un médecin référent (généraliste ou spécialiste) et sont munis d'une lettre explicitant la demande. La première consultation dure environ une heure, et est menée par un médecin spécialisé dans l'exploration des fonctions cognitives (neurologue ou gériatre). Un examen neurologique est effectué et les différentes fonctions cognitives sont explorées en fonction du contexte. Cette première consultation peut conduire à des investigations complémentaires : un bilan biologique, une imagerie cérébrale, un bilan neuropsychologique...

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) permettent d'assurer des séances de soins d'accompagnement et de réhabilitation à domicile¹¹ pour toutes personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée diagnostiquée. L'accompagnement est réalisé par une équipe pluri-disciplinaire composée d'un infirmier coordonnateur, d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien et d'assistants de soins en gérontologies. L'intervention est organisée autour d'une prescription annuelle de 12 à 15 séances à domicile à raison d'une à deux fois par semaine à réaliser sur une période de 3 mois. 4 équipes interviennent sur le territoire départemental. Ce service est financé par l'assurance maladie.

Le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) accueille à la journée 12 à 14 résidents de l'EHPAD souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes comportementaux modérés. (exemple : apathie, troubles de l'appétit, indifférence, anxiété, irritabilité ou instabilité de l'humeur...). Les personnes présentant des troubles du comportement compatibles avec une participation à des activités en ateliers peuvent être accueillies au sein du PASA. La file active prévue, pour 12 à 14 places de PASA, est de l'ordre de 25 à 40 patients. Chaque matin le résident rejoint le PASA. Le déjeuner est pris au sein du pôle et l'après-midi est ensuite réservée pour les activités individuelles et/ ou collectives prévues en fonction du projet individualisé du résident. A la fin des activités, le résident rejoint son lieu de vie habituel dans l'EHPAD. Les objectifs thérapeutiques du PASA sont de maintenir le lien social, de mobiliser les fonctions sensorielles, d'aider à retrouver les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, cuisine, se servir à table,...), de maintenir, stimuler ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes et de prévenir les troubles de la marche et de l'équilibre. L'accompagnement est régulièrement évalué et adapté à l'évolution de l'état de santé du résident. Le département d'Indre-et-Loire dispose de 182 places de PASA réparties dans 11 EHPAD.

¹¹Ces services proposent : des activités thérapeutiques liées à la créativité, liées aux soins corporelles, liées à la mobilité/des activités de réhabilitation sociale liées à la rencontre ou aux activités sociales et un accompagnement des aidants.

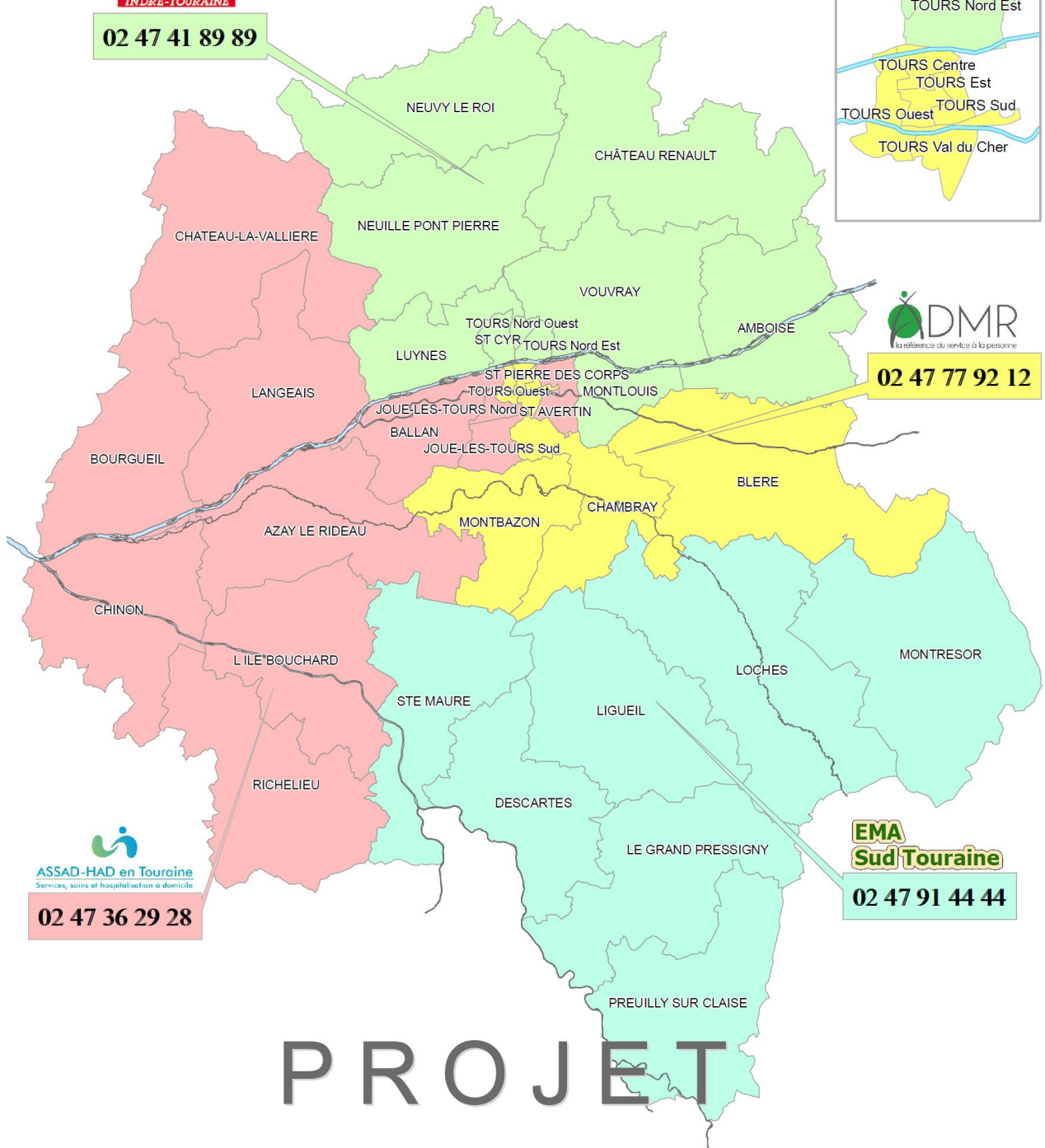
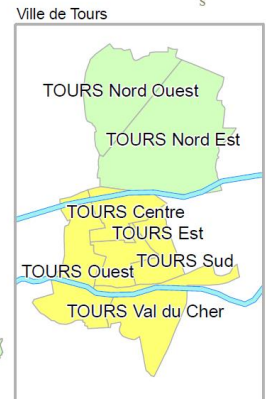
L'unité pour personnes âgées désorientées (UPAD) est une unité sécurisée d'hébergement permanent dans un EHPAD pour les personnes qui déambulent. Elles comportent un espace de déambulation intérieur et extérieur avec un jardin et/ou une terrasse sécurisé et adapté. Elles sont destinées à accueillir un nombre limité de résidents (12 à 14) et mettent en œuvre un projet de vie spécifique. L'unité dispose d'une salle de vie permettant notamment d'organiser des repas ou activités thérapeutiques. Le département dispose actuellement de 802 places d'UPAD réparties dans 35 établissements.

L'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) prend en charge nuit et jour, au sein d'une petite unité de 12 à 14 places, des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, complétée de symptômes comportementaux sévères et perturbateurs (idées délirantes, hallucinations, agitation, agressivité...). Une UHR est un lieu d'hébergement séquentiel à destination de résidents de l'EHPAD, de l'USLD ou du domicile. Le département d'Indre-Loire dispose d'une UHR à de Luynes qui permet d'accueillir 14 résidents.

Équipes Spécialisées Alzheimer Indre et Loire



02 47 41 89 89



PROJET

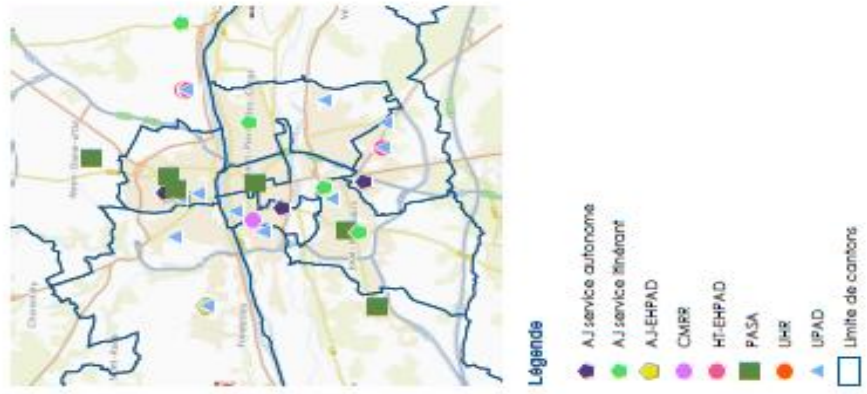
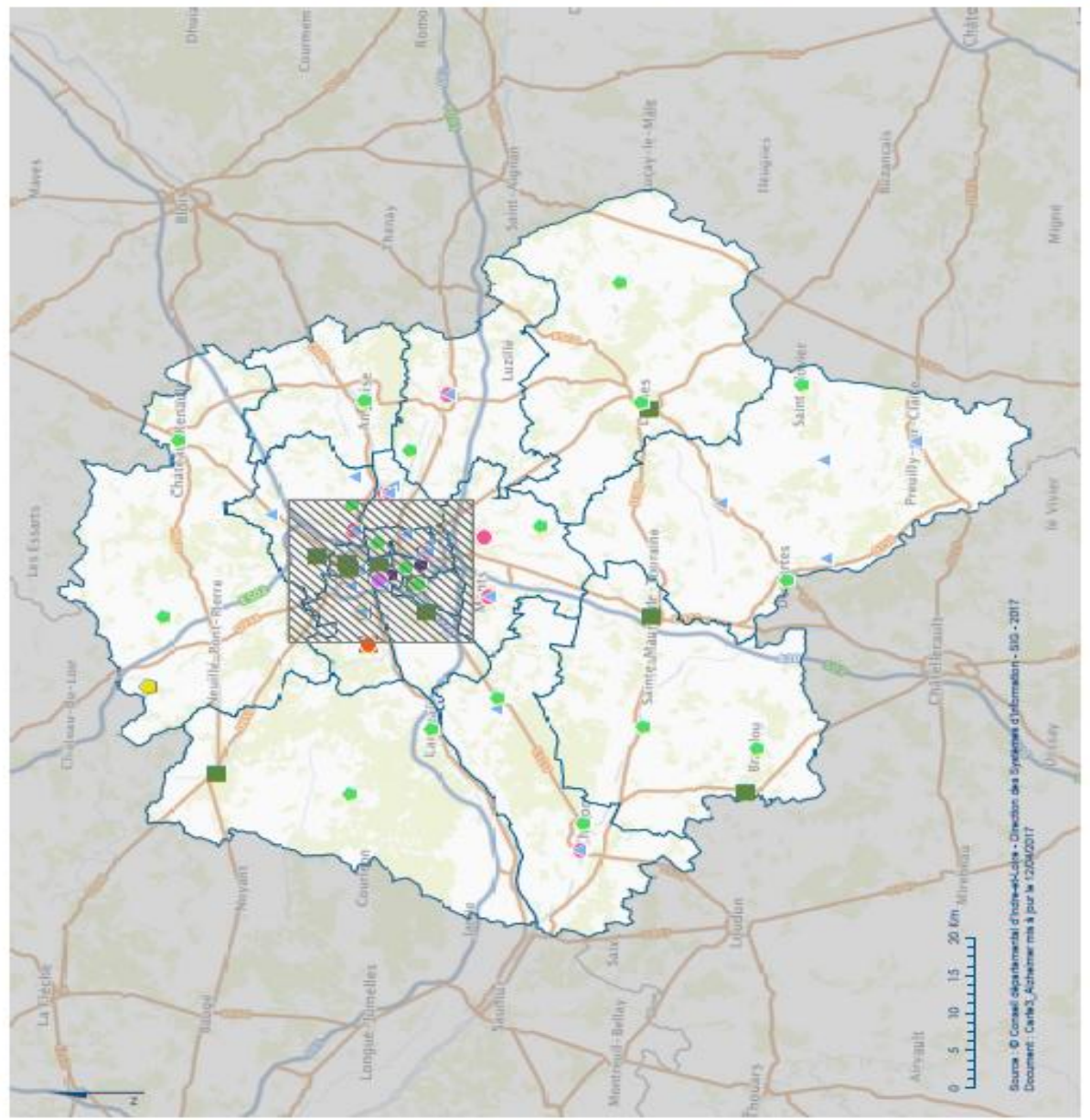


Délégation Territoriale d'Indre et Loire
Offre Médico-Sociale - Unité Personnes Agées
Maj du 8 novembre 2012



Dispositifs et structures pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Département d'Indre-et-Loire



D) Situation économique et précarité des âgés

1) Leurs revenus¹²

Le niveau de revenu des personnes âgées varie fortement en fonction de l'âge. Cette tendance s'observe aussi bien au niveau national qu'au niveau départemental. En Indre-et-Loire, on constate qu'en 2012, le revenu fiscal annuel médian par unité de consommation s'élevait à 22 274 euros pour les personnes du département âgées de 60 à 74 ans et à 18 240 euros pour celles âgées de 75 ans et plus. Autrement dit, d'une classe d'âge à l'autre, il chute d'un peu plus de 4000 euros.

Les personnes les plus âgées, qui sont également les plus concernées par la dépendance, sont celles qui disposent des ressources les plus faibles. Ainsi, en Indre-et-Loire, la moitié des personnes âgées de 75 ans et plus avaient, en 2012, un revenu fiscal inférieur à 1520 euros par mois, ce qui est un montant relativement faible au regard du coût mensuel d'un hébergement en institution.

En effet, dans le département, le coût mensuel de l'hébergement¹³ en EHPAD pour un résident en 2016 est en moyenne dans le secteur public de 1914 € pour les EHPAD hospitaliers, de 1790 € pour les EHPAD public autonomes et de 1880 € pour les EHPAD privés totalement habilités à l'aide sociale. Le coût moyen d'une prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes (GIR1 et 2) au titre de l'APA à domicile est de 978 €/mois, financé à 80% par le Département.

En d'autres termes, plus de la moitié des personnes âgées de 75 ans et plus sont dans l'incapacité d'acquitter le coût d'un hébergement en établissement.

- sans solliciter l'aide financière de leurs enfants,
- ou sans financer cet hébergement à partir d'un petit patrimoine, quand ils en ont un,
- ou encore sans avoir recours à l'aide sociale à l'hébergement, que peut, sous certaines conditions, leur attribuer le conseil départemental.

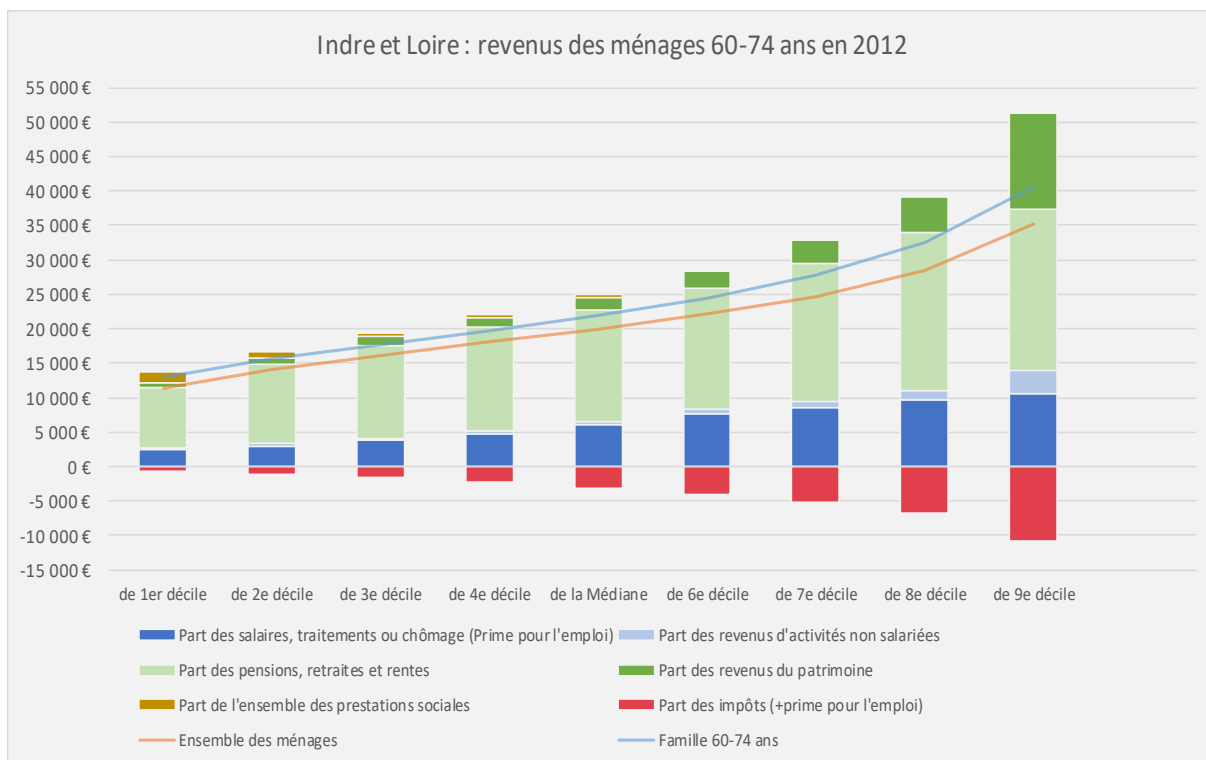
¹² Etude réalisée par la Direction pilotage de la stratégie et de la Modernisation, Conseil départemental d'Indre et Loire, Mars 2017.

¹³ Total Hébergement + GIR5-6 au 1er janvier par mois

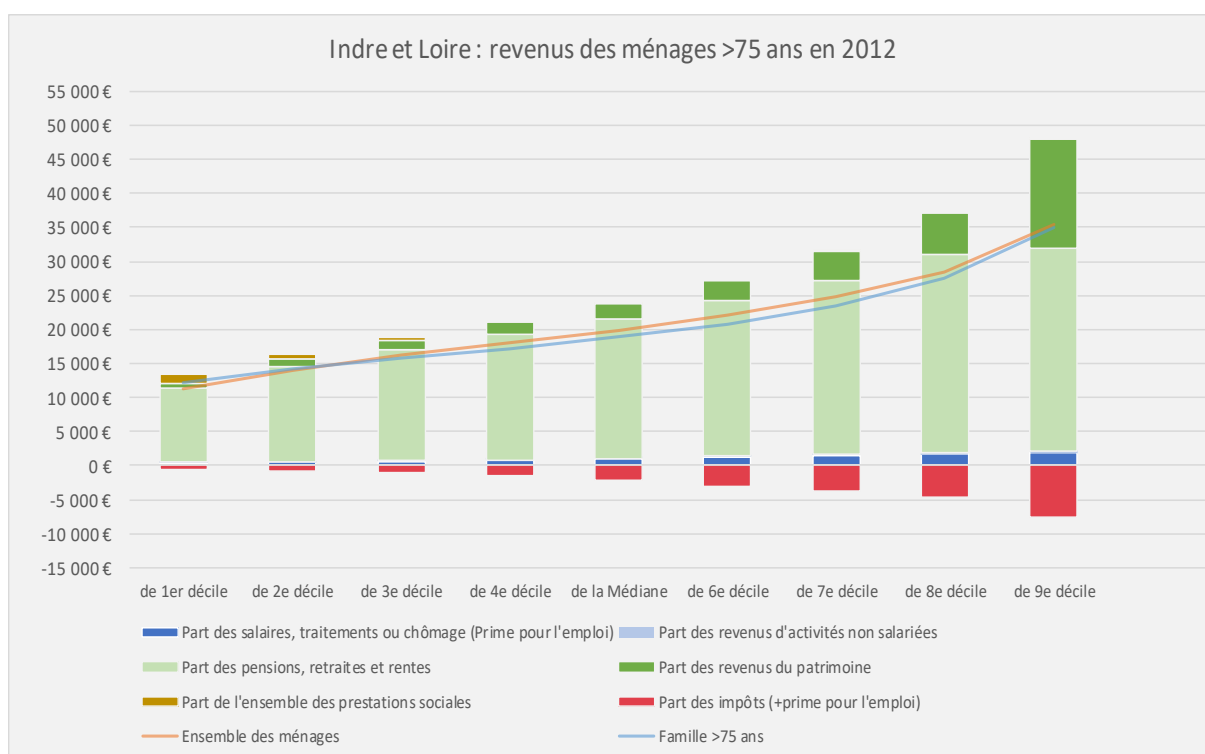
Concernant la décomposition des revenus des personnes âgées de 60-74 ans, quelques constats peuvent être mis en avant¹⁴ :

- La part des salaires : représente une contribution significative de la constitution des revenus pour cette tranche (de 15 à 26%). Cela s'explique notamment par le fait que les personnes âgées de 60 ans et plus peuvent encore travailler ou avoir des conjoints plus jeunes qui travaillent. Bien que significative, cette proportion n'a toutefois plus aucune commune mesure avec celle de la tranche d'âge des 50 à 59 ans, pour laquelle la part des salaires varie de 60 à 98% selon les déciles considérés ;
- La part des retraites : représente une part du revenu variant entre 64 à 81% selon les déciles. Les parts des retraites les plus faibles sont celles du 9^{ème} décile (importance des revenus du patrimoine notamment) et du 1^{er} décile (importance des prestations sociales notamment) ;
- La part des revenus du patrimoine : à cet égard, l'Indre-et-Loire est dans une situation un peu particulière puisque la part des revenus du patrimoine dans la composition des revenus des personnes âgées de 60 à 64 ans du 1^{er} décile est supérieure à celle du 4^e décile de la France Métropolitaine. Par ailleurs, sans surprise, pour le 9^e décile la part des revenus du patrimoine de la tranche des 60-74 ans représente la deuxième part la plus importante de leurs revenus. Cette part est plus de deux fois plus grande que celle du 8^{ème} décile et six à sept fois plus grande que celles des trois premiers déciles. Alors que les autres revenus du 9^{ème} décile (retraites, salaires) sont déjà bien supérieurs à ceux du 1^{er} décile, cela donne une idée des inégalités de patrimoine, bien plus grande que celle des revenus. Cette analyse est intéressante au regard des conditions de participation des bénéficiaires pour l'APA et l'aide sociale au titre de laquelle le patrimoine des usagers est pris en compte.
- Part des prestations sociales : une faible contribution à la composition des revenus (sauf pour le 1^{er} décile)

¹⁴ Valeurs calculées à partir des données Insee et DGFiP 2012. Précision : les déciles de revenus fiscaux par UC sont les valeurs qui partagent la distribution en 10 parties égales. Ainsi, le premier décile (D1) est le revenu en dessous duquel se situent 10% des revenus (90% étant supérieurs à cette valeur). Et ainsi de suite.



Pour la tranche des 75 ans et plus, la décomposition des revenus indique que les parts les plus importantes sont dans l'ordre les retraites, puis les revenus du patrimoine, et enfin les impôts. Dans les deux cas, les parts des prestations sociales, au nombre desquelles l'APA, restent faibles sauf comme on l'a vu précédemment pour le 1^{er} décile.



2) L'évaluation de la précarité de la population âgée

L'analyse du niveau de précarité de la population âgée du département peut être appréhendée à travers différents indicateurs : la fragilité socio-économique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ex : minimum vieillesse) et les aides au niveau de l'assurance maladie avec la CMU complémentaire et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Les fragilités socio-économique de la population âgée de 55 ans et plus

L'observatoire des fragilités de la CARSAT a étudié un indicateur Composite, de « fragilité socio-économique » pour la population âgée de plus de 55 ans. 3 facteurs de risque de fragilité ont été retenus pour mesurer ce score de fragilité socio-économique des territoires : l'âge des retraités, le bénéfice ou non d'une pension de réversion, l'exonération ou non de la CSG. En 2015 en Indre-et-Loire, 56 979 personnes âgées de plus de 55 ans sont concernées par l'indicateur de fragilité, ce qui place le département en 2^{ème} position après le Loiret (58927 personnes).

Les aides de l'assurance maladie¹⁵ : la CMU complémentaire et l'aide au paiement d'une complémentaire santé

La CMU-C donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives... L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer le contrat de complémentaire santé. Il est intéressant de constater que les personnes âgées de 60 ans et plus représentent seulement 4,8% des bénéficiaires de la CMU-C mais 25,1% des bénéficiaires de l'ACS

Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ex minimum vieillesse)

Le minimum vieillesse, appelé aujourd'hui allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), est attribué à certaines personnes âgées sous condition de ressources. Dès l'âge de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail), les personnes âgées qui disposent de faibles ressources peuvent percevoir l'allocation de solidarité aux personnes âgées. En 2016, la part des retraités âgés de 55 à 95 ans bénéficiaires du minimum vieillesse et/ ou d'un complément retraite, issus du régime général est de 2.11 % sur le département d'Indre-et-Loire. Le ratio maximum est détenu par le département du Cher avec 2.33 % de sa population, tandis ce que le Loir-et-Cher a le ratio le plus faible (1.59 %)

¹⁵ Données de la CPAM d'Indre-et-Loire concernant les assurés et les ayants droit, avec une attestation de droit valide au 31/12/2016

Nombre d'allocataires du minimum vieillesse pour 1000 personnes de 65 ans et plus au 31/12/2015 en pourcentage (Sources: Carsat Centre-Val de Loire, MSA, Insee (RP 2013))

Nombre d'allocataires du minimum vieillesse** pour 1 000 personnes de 65 ans ou plus au 31.12.2015	Cher	Eure-et-Loir	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
	1 939 27,4‰	1 559 20,4‰	1 636 29,0‰	2 893 25,0‰	1 441 19,7‰	2 967 24,8‰	12 435 24,3‰

On constate que le ratio départemental pour les bénéficiaires du régime général et de la MSA est nettement supérieur à la moyenne régionale et nationale.

Il faut souligner également que les retraités bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (APSA) ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) sont automatiquement exonérés de la contribution sociale généralisée (CSG). Des retraités dont le revenu fiscal de référence est inférieur ou égal à certaines limites peuvent aussi prétendre à une exonération. En 2016 20,4 % des retraités du régime général sont ainsi exonérés de CSG sur le département d'Indre-et-Loire.

E) Mobilité, déplacements et maintien des liens sociaux

1) L'isolement social et géographique des personnes âgées

Malgré les difficultés liées à l'âge et/ou au handicap, la majorité des personnes âgées et handicapées souhaitent demeurer à leur domicile qui représente un lieu d'identité et de souvenirs, un lieu d'intimité synonyme de tranquillité et d'indépendance sociale. Cependant ce choix peut engendrer pour ces personnes dépendantes un certain nombre de difficultés notamment en terme d'isolement.

L'isolement peut revêtir 2 aspects :

- ✚ **L'isolement géographique** qui se traduit par les difficultés d'accessibilité aux services de tous ordres : économique, de santé, culturels, de transport. Les difficultés pour accéder aux services d'aide à la personne sont également à prendre en compte (temps de trajet, couverture géographique de certains services)
- ✚ **L'isolement social** : les personnes peuvent connaître un sentiment de rejet, d'incompréhension. Les personnes handicapées peuvent faire face au rejet, à la fuite, ou encore à l'évitement de certaines personnes valides, juste parce qu'elles sont différentes, suscitent de l'inquiétude, de la compassion ou de l'incompréhension

a) Les facteurs physiques et psychologiques

En France, on estime que 16 à 25 % des plus de 70 ans se sentent seuls. Les principales raisons de cet isolement sont la mort du conjoint, l'éloignement des enfants et la perte d'autonomie. Selon le rapport de la Fondation de France, en 2014¹⁶ 1 français sur 8 est seul, soit 12,5% de la population. Au total, 5 millions de Français seraient touchés par la solitude, n'ayant pas ou peu de relations sociales au sein des cinq réseaux de sociabilité : familial, professionnel, amical, affinitaire ou de voisinage. Ce chiffre a progressé considérablement depuis 2010, la solitude touchant aujourd'hui 1 million de personnes supplémentaires. Le phénomène est particulièrement visible et s'amplifie dans les grandes villes : 33% des personnes âgées résidant dans une ville de plus de 100 000 habitants sont en situation d'isolement contre 21% des personnes âgées résidant au sein d'une commune rurale. Ces chiffres étaient respectivement de 12% et 21% en 2010.

La perte d'autonomie, la maladie, jouent de manière très négative sur le maintien ou le développement de la vie sociale. Les personnes déclarant souffrir d'un handicap physique invalidant sont près de deux fois plus exposées à l'isolement relationnel qu'en moyenne (22% contre 12%).

L'impact du handicap est d'autant plus fort que les personnes en perte d'autonomie sont plus souvent confrontées à la pauvreté (18% disposent de revenus inférieurs à 1 000 € par mois, contre 8% en moyenne) et à la précarisation de leur situation (54% disent que leur situation économique s'est dégradée au cours des deux dernières années contre 40% en moyenne). Le handicap demeure la variable jouant le plus fortement sur l'exposition au risque d'isolement relationnel.

Il est important de nuancer ces constats en rappelant toutefois comme le souligne une étude du cabinet Viavoice pour le groupe Harmonie mutuelle¹⁷ que « le rapport à la solitude renvoie aussi à des notions essentielles de liberté et de choix de vie. Ainsi 51 % des personnes ne s'estimant « pas bien entourées » déclarent par ailleurs « apprécier cette solitude ». Le rapport sur les Solitudes rappelle également cette tendance plus accentuée au repli et au retrait de la vie sociale qui peut caractériser certaines personnes âgées « Elles ont moins d'appétence pour échanger et discuter avec les autres, et tendent plus fréquemment à se recentrer sur elles-mêmes. Certaines s'arrangent de leur solitude, parfois la recherchent. »

¹⁶ Rapport sur les Solitudes, résultat d'une enquête réalisée auprès de 4007 personnes entre le 8 janvier et le 4 février 2014. Initié en 2010, le baromètre « Les Solitudes en France » a pour objectif d'évaluer la situation des Français en regard de l'isolement relationnel. Il prend comme point d'entrée la fréquence des relations sociales au sein des cinq réseaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et de voisinage.

¹⁷ Sondage d'opinion réalisé auprès de personnes âgées de 70 ans et plus, complétée par une consultation auprès de personnes résidant en EHPAD, 2014.

b) Les initiatives locales de lutte contre l'isolement des personnes âgées

Pour faire face à ces défis, de nombreuses initiatives ont vu le jour sur le territoire départemental permettant de favoriser une plus grande mobilité (à travers des dispositifs de transports spécifiques notamment) et un maintien des liens intergénérationnels¹⁸. Le dispositif MONALISA (mobilisation nationale contre l'isolement des âgés) lancée par Mme Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie en janvier 2014, vise à développer l'engagement citoyen et la coopération pour notamment favoriser les visites auprès des personnes âgées, former des bénévoles et sensibiliser un plus large public, et soutenir la solidarité intergénérationnelle. L'avenant au schéma départemental en faveur des personnes âgées (2015-2016) avait adopté une action « Agir pour le lien social et la lutter contre l'isolement des personnes ». Le Conseil départemental a adhéré à l'association MONALISA en décembre 2014. Un comité départemental, composé du conseil départemental, d'AGIR ABCD et des Petits Frères de Pauvres, s'est constitué selon les directives MONALISA pour animer la coopération entre les acteurs départementaux impliqués dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées ».

La dynamique MONALISA ayant un peu ralenti sur le territoire en 2016 pour des raisons organisationnelles, n'a pas découragé la motivation des signataires de la Charte. Relancer cette dynamique sera un des enjeux du futur schéma départemental en faveur de l'autonomie.

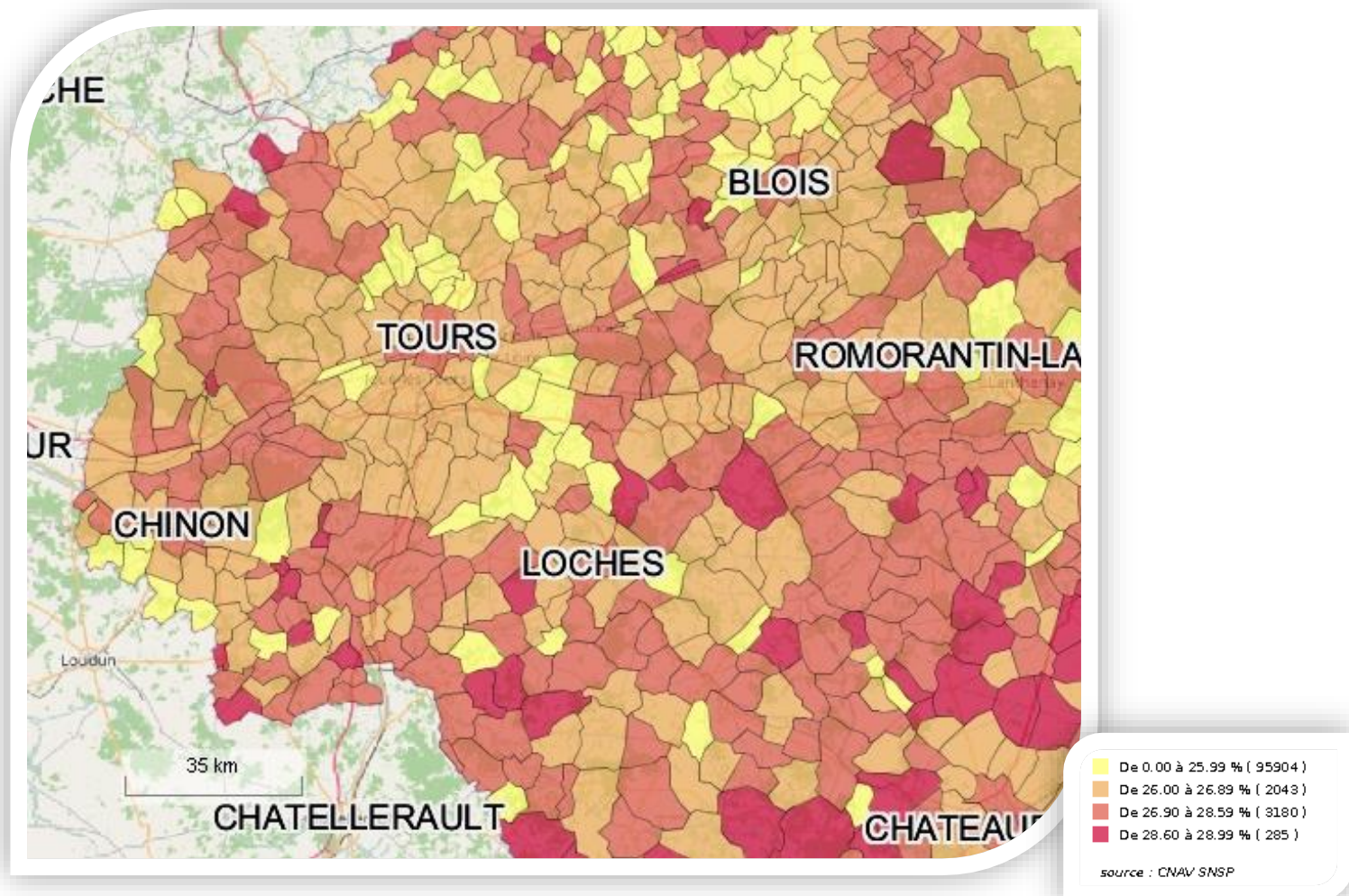
Concernant les visites à domicile, 5 associations sont particulièrement actives sur le territoire: les Petits frères des pauvres, AGIR abcd, ST Vincent de Paul, Ressac Volontariat, la Croix Rouge. Des visites de convivialité sont également organisées par des associations de retraités, l'ADMR et d'autres associations. L'action des différents CCAS au travers notamment des appels téléphoniques dans le cadre du plan canicule, des visites à domicile pour des colis de Noël, repas des anciens, animations... Les centres sociaux du département et les associations de retraités organisent également un certain nombre d'animations et sorties à destination des personnes âgées. Sur le département des visites en établissements sont notamment organisées par SEM, VMEH, les Blouses Roses, AGIR abcd, ST Vincent de Paul et Ressac Volontariat.

Le maintien des sociabilités des personnes âgées est étroitement dépendant des solidarités familiales et amicales, en particulier à la mort du conjoint. Parmi toutes les générations, celle des 75 ans et plus est la plus concernée par la montée des solitudes en France : aujourd’hui, 1 personne âgée sur 4 est seule (27% en 2014 contre 16% en 2010). En Indre-et-Loire, 90,4 % des personnes de 75 ans et plus vivent en logement ordinaire et 9,3 % vivent en établissement social de court séjour, dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, EHPAD, foyer ou résidence sociale¹⁹ et 37,6 % des personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile, dont une majorité de femmes. (48,5 % des personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile sont des femmes).

La lutte contre l'isolement social et géographique des personnes en perte d'autonomie est un des axes stratégiques du futur schéma départemental en faveur de l'autonomie.

¹⁹ Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et en établissement (OSCARD source INSEE RP 2013)

Part des Retraités de 55 ans à 95 ans bénéficiaires d'une pension de réversion²⁰ ou veuf par commune (régime général) (observatoire des fragilités, année 2015) :



Dans la Métropole, les villes de Tours (20,74 %) et St Pierre-des-Corps (23%) ont une part importante de retraités veufs. Au Nord du département, ce sont les communes des Hermites (24,51%) et de Couesmes (24,71%). Au Sud du département, les communes de Vou (25,49%) et de Neuilly-le-Brignon (25%) de Ports (25,61%) et de Faye-la-Vineuse (29,73%) sont celles pour lesquelles cette part est la plus importante.

²⁰ La pension de réversion correspond à une partie de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré décédé (salarié ou fonctionnaire). Elle est versée, si certaines conditions sont remplies, au conjoint survivant, aux ex-conjoint(s), ou aux orphelins (si le défunt était fonctionnaire).

Focus : L'inclusion numérique des personnes âgées

Les technologies de l'information et de la communication sont omniprésentes et façonnent notre façon de vivre, de travailler et de communiquer. En France, un nombre croissant de démarches administratives se réalisent en ligne, la dématérialisation dans les relations entre les administrations et les citoyens ou entreprises couvre près de 9 démarches sur 10²¹. Cependant, « le même clavier et les mêmes informations ne suffisent pas à créer une égalité » (Wolton, 2003)²². Il existe des ruptures ou des « fractures numériques » basées à la fois sur le revenu, le niveau d'éducation²³, le capital culturel/social et l'âge. L'inégalité géographique d'accès aux réseaux est également un frein important avec un grand nombre de zones rurales et de haute montagne non dé-servies par le réseau.

L'expression de « fracture numérique » désigne « *le fossé entre, d'une part, ceux qui utilisent les potentialités des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour leur accomplissement personnel ou professionnel et, d'autre part, ceux qui ne sont pas en état de les exploiter faute de pouvoir y accéder par manque d'équipements ou d'un déficit de compétences* » (Kiyindou, 2007). D'après le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie), « les personnes qui n'utilisent pas internet appartiennent aujourd'hui à des catégories de la population bien spécifiques : 78 % d'entre elles ont plus de 60 ans, 90 % d'entre elles n'ont pas le Bac et 44 % disposent de revenus inférieurs à 1500€ par mois dans leur foyer.²⁴

Le fossé générationnel est le premier relevé par le Centre d'analyse stratégique (CAS) lors d'un rapport publié en avril 2011. Moins de 17 % des plus de 75 ans disposent d'un ordinateur chez eux, contre 90,8 % des 15-24 ans. Pour expliquer ce sous-équipement en matériel informatique, les seniors, qui représentent 21 % de la population française, invoquent *"l'absence de besoin et une peur de la nouveauté, le coût d'acquisition du matériel, le manque de formation ou la crainte de ne pas parvenir à maîtriser l'outil. (...) Ces nombreux freins mettent les seniors dans une situation d'isolement, alors même que les outils numériques devraient participer au maintien d'un lien social. Bien adaptés, ils*

²¹ Schéma Départemental d'Amélioration des Services au Public d'Indre-et-Loire.

²² Christine Michel et al., « Fracture numérique chez les seniors du 4e âge. Observation d'une acculturation technique », Les Cahiers du numérique 2009/1 (Vol. 5), p. 147-168.

²³ Les personnes à revenus élevés, les cadres supérieurs, et les habitants d'agglomération, sont plus équipés et plus susceptibles d'utiliser plusieurs modes de connexion simultanées.

²⁴ Ophélie HELISSEN, Marjorie AUDONNET « La Fracture Numérique : Zoom sur les oubliés d'internet », Agora Vox, Mai 2015.

peuvent aider à surmonter certains 'handicaps' sociaux, physiques, psychologiques ou cognitifs liés au vieillissement, ou retarder leur apparition", souligne le document du CAS.²⁵

Par ailleurs, *"de nouveaux clivages se dessinent s'agissant de l'Internet mobile", et l'utilisation des terminaux mobiles comme les smartphones. « 5% des plus de 70 ans sont équipés de smartphones, contre 75% des 18-24 ans »²⁶*

Le Conseil national du numérique, auteur d'un rapport "Citoyens d'une société numérique"²⁷, a contribué à faire évoluer la notion de « lutte contre la fracture numérique » en développement d'actions en faveur de « l'inclusion numérique » *« la lutte contre la fracture numérique, en tant que principe d'action des politiques publiques, ne suffit plus (80% des foyers sont aujourd'hui équipés d'un terminal et d'un accès internet). La question de l'appropriation par chacun des technologies numériques s'impose, car elle conditionne l'inclusion numérique (ou e-inclusion), c'est-à-dire l'inclusion de l'individu dans une société et une économie où le numérique joue un rôle essentiel. »*

Pour favoriser l'inclusion numérique, la question du débit du territoire départemental se pose également. L'observatoire France Très Haut débit est un outil cartographique développé par la Mission Très Haut débit qui permet de visualiser au niveau d'un logement ou d'un local à usager professionnel les débits atteignables à partir des réseaux de communications électroniques filaires.

L'accès au numérique pour tous sur l'ensemble du territoire est un des axes prioritaires du Conseil départemental.

²⁵ Laurent CHECOLA « Un rapport décrit les trois "fossés numériques" en France », Le Monde Technologies, avril 2011

²⁶ « Quelles fractures numériques ? » Dominique Cardon, dans l'émission L'Esprit Public sur France Culture, par Philippe Meyer, le 25 mai 2014

²⁷ Rapport remis à la ministre chargée de l'Économie numérique le 26 novembre 2013

DÉBITS INTERNET ESTIMÉS ET ÉLIGIBILITÉ DES LOGEMENTS ET LOCAUX A USAGE PROFESSIONNEL EN INDRE-ET LOIRE



Cartographie réalisée par l'Observatoire de l'Economie et des Territoires de Touraine, octobre 2016.

2) Mobilité et modes de transports

« La mobilité, c'est-à-dire la capacité de se déplacer, est autant un besoin fondamental, celui d'accomplir des mouvements physiques, qu'une condition préalable essentielle pour faire face aux tâches quotidiennes, entretenir des contacts avec autrui et participer à tout type d'activité hors de chez soi²⁸ ».

Cette définition soulève l'ensemble des enjeux que sous-tend la problématique de la mobilité pour les personnes en perte d'autonomie et qui sont étroitement liés à la question des capacités fonctionnelles mais aussi à celle du maintien des liens sociaux.

Il est important de souligner également que les générations à venir auront connu des expériences de mobilité géographique liées notamment à leurs parcours professionnels mais également à la diversification des modes de transports et à l'accroissement des facilités pour se rendre à l'étranger pour des vacances ou des loisirs, bien différentes de certaines personnes âgées aujourd'hui, et plus particulièrement celles qui vivent en milieu rural.

Différentes offres de transport existent sur le territoire départemental pour tenter de répondre à ces besoins. Il faut souligner que La loi NOTRe²⁹ entraîne le transfert de la compétence du département en matière d'organisation du transport public routier à la Région. Seuls les services de transport spécial des élèves handicapés vers les établissements scolaires demeurent à la charge du département.

La voiture a également un rôle essentiel dans le maintien de l'autonomie et de la mobilité. Elle reste le premier des moyens de transports motorisés auquel ont recours les personnes âgées. Pour s'adapter à l'avancée en âge et à l'impact sur les pratiques de conduite, des initiatives locales, souvent au sein de forums d'information, abordent la thématique de la sécurité routière auprès du public des seniors.

La représentation cartographique ci-dessous, permet de mettre en évidence la part des ménages sans voiture par commune dans le département.

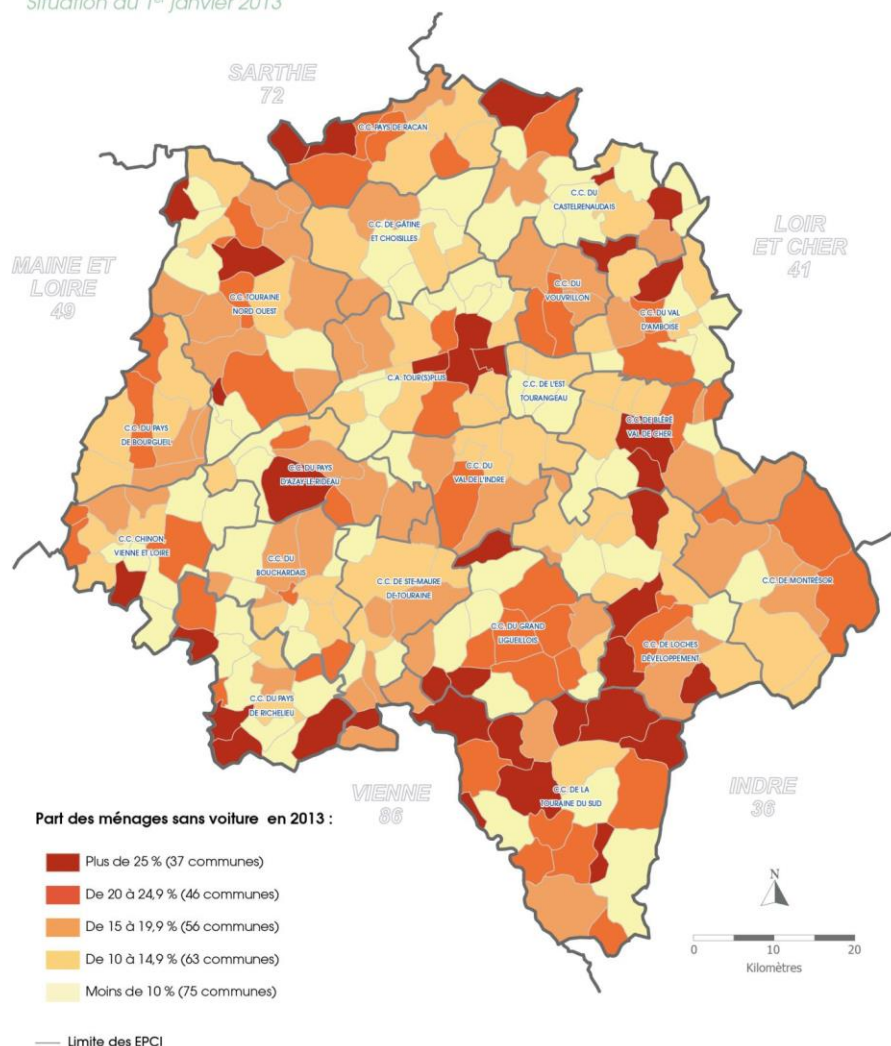
Au sein du département, 37 communes ont plus de 25 % de leur population qui ne bénéficient pas d'un moyen de locomotion. Le sud du département est une zone particulièrement sensible.

²⁸« La mobilité des personnes âgées en Allemagne et en Europe », Mollenkopf.H, Marcellini.F, Ruoppila.I, Retraite et Société, N°26,1999.

²⁹Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

PART DES MÉNAGES DE RETRAITÉS SANS VOITURE EN INDRE-ET-LOIRE

Situation au 1^{er} janvier 2013



Sources : Oe2t, Insee - RP 2013. Cartographie : Observatoire de l'Économie et des Territoires de Touraine, août 2016.

oe2t
OBSERVATOIRE DE L'ÉCONOMIE ET
DES TERRITOIRES DE TOURAINE

Le transport à la demande (TAD) peut répondre de manière adaptée aux besoins de mobilité particulièrement en zones rurales ou péri-urbaines. Le TAD est un service « *de mobilité, généralement assuré par des taxis ou des minibus dont la particularité est d'être mis en œuvre sur réservation des utilisateurs* »³⁰. Le TAD est donc un outil approprié pour assurer un service de transport dont les usages sont moins fréquents. Il est économe car le véhicule ne circule jamais à vide et le trajet est optimisé autant que possible. Un certain nombre de services de TAD sur le département d'Indre-et-Loire sont dédiés exclusivement au public en perte de mobilité (personnes à mobilité réduite, personnes âgées

³⁰Le Transport à la demande comme innovation institutionnelle, Le Breton E, Flux, Janvier-Mars, 2001, n°43.

etc...) tandis ce que d'autres sont « généralistes » et s'adressent à l'ensemble de la population départementale.

Le département d'Indre-et-Loire était un acteur du TAD avec le service proposé par Touraine Fil Vert pour le transport à la demande tout public et les lignes « marché ». Le transfert de cette compétence au Conseil Régional initié par la loi NOTRE pourra conduire à des évolutions sur ce service (étant entendu que cette loi laisse également la possibilité aux communautés de communes de se saisir de cette compétence). L'agglomération de Tours propose quant à elle un service de transport à la demande spécialisé avec le Service Fil Blanc.

LE TRANSPORT À LA DEMANDE EN INDRE-ET-LOIRE



<u>Service(s)</u>	<u>Commune(s) desservies</u>	<u>Public(s) cible(s) et condition(s) pour bénéficier du service</u>
<p>FIL BLANC : LE TRANSPORT A LA DEMANDE ADAPTE AUX PERSONNES A MOBILITE REDUITE</p>	<p>Communes de l'agglomération de tours</p>	<p>Service proposé tous les jours de la semaine, les week-ends et jours fériés (sauf le 25 décembre et le 1er mai) de 07h00 le matin à 01h00 le soir.</p> <p>Le service de transport à la demande des personnes à mobilité réduite est ouvert de plein droit aux personnes en fauteuil roulant titulaires de la carte d'invalidité à minimum 80% et aux aveugles titulaires de la carte cécité "étoile verte" ou "besoin d'accompagnement".</p> <p>En dehors des accès de plein droit, le service est réservé :</p> <ul style="list-style-type: none"> -aux personnes handicapées moteurs et visuels permanents, justifiant d'une carte d'invalidité à 80% et d'un certificat médical précisant l'impossibilité d'accéder aux transports urbains; -aux personnes handicapées moteurs et visuels temporaires dans l'incapacité d'utiliser les transports en commun, sur justificatif médical (ex : Jambe cassée, ...).
<p>LE TRANSPORT A LA DEMANDE « GENERALISTE » DE FIL VERT</p>	<p>Parallèlement aux lignes régulières Touraine Fil Vert, le Conseil départemental proposait, pour le même tarif d'autres services, sur réservation du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h à 17h, en appelant un numéro Vert.</p> <p>Deux services sont proposés :</p> <p>Un TAD : ce service permet de se rendre à : Chinon, Château-Renault, Athée sur Cher, Bléré, Amboise, Loches, au Musée rabelais à Seuilly,, Château-la-Vallière, Savigné-sur-Lathan, Langeais et dans certaines communes de la touraine du sud (Loches, Descartes, Abilly, le Grand Pressigny, Preuilley-sur-Calise et Saint-Flovier), Bourgueil, Richelieu, Chaveignes, l'île Bouchard.</p>	<p>Ce service est tout public. La réservation s'effectue au plus tard la veille avant 17h et permet de prendre en charge la personne depuis son domicile jusqu'à un point d'arrêt proposé au sein d'une offre connue à l'avance³¹.</p> <p>Tous les véhicules sont en mesure d'accueillir des personnes à mobilité réduite. Lors de la réservation, des questions sont posées sur la nature du handicap. En fonction du handicap et du nombre de personnes à transporter, un véhicule adapté (type renault kangoo ou renault master aménagé) est affecté en conséquence notamment quand est signalé l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique. L'accompagnateur d'une personne handicapée voyage gratuitement.</p> <p>Fil Vert TAD a conclu un marché avec la société de transport Transdev Touraine qui travaille avec 7</p>

³¹ Ce n'était pas le cas lors du lancement des expérimentations des premiers TAD. Cette modification a été apportée suite aux remontées du terrain (difficultés rencontrées pour certaines personnes de rejoindre le point d'arrêt).

	<p>1 ligne de « marché » non quotidienne est présente sur un itinéraire allant de la commune de : Rilly à Amboise.</p> <p>Cette ligne répond essentiellement aujourd’hui aux besoins des élèves internes scolarisés sur Amboise et fonctionne donc uniquement le lundi matin et le vendredi soir.</p>	<p>sous-traitants taxis présents sur les territoires desservis, ce qui leur permet d’être plus réactifs.</p>
--	---	--

Un certain nombre de communes par l’intermédiaire des CCAS mettent également en place des services de TAD aussi bien en milieu rural que péri-urbain. Une enquête téléphonique a été réalisée auprès de 32 CCAS³² au total dont 2 CIAS au cours du mois de Février 2017.

Les résultats de l’étude sont fortement parcellaires et mériteraient d’être approfondis avec une étude concernant l’ensemble l’offre disponible auprès de l’ensemble des communes et des associations du département d’Indre-et-Loire.

Les informations ont été recueillies en premier lieu par téléphone et en second lieu à partir de recherches réalisés sur internet. 24 entretiens téléphoniques ont été réalisés (75 % de taux de retour), Ont été exclu de l’enquête les services de transport « tout public » et les services « fixes » proposés durant toute l’année. 8 CCAS n’ont pas participé à l’enquête.

Sur les 24 CCAS interrogés participants, 9 ont déclaré ne pas avoir mis en place de service de transport à la demande : Azay-le-Rideau, Château-la-Vallière, Neuvy-le-Roi, Montrésor, L’île bouchard, La Riche, Bourgueil, Saint-Cyr-sur-Loire, Vouvray. 2 communes ont cessé le service de transport à la demande du fait d’une trop faible utilisation du service (Vouvray et Azay-le-Rideau). Un service de navette gratuit issu d’un partenariat entre Loches et Beaulieu les Loches a également été arrêté suite à des difficultés de financement. La ville de Loches propose à la place aujourd’hui un TAD avec un véhicule de type taxi. La commune d’Ambillou constate également que son service de TAD est peu utilisé à ce jour.

³² Sainte-Maure-de-Touraine, Azay-le-rideau, Château la Vallière, Neuvy-le-Roi, Montrésor, Ile Bouchard, Richelieu, Preuilly sur Claise, Ambillou, Amboise, Bléré, Bourgueil, Chambray-lès-Tours, Château-Renault, Chinon Vienne et Loire (CIAS), Fondettes, Joué-lès-Tours, Langeais, Ligueil, Loches Développement (CIAS), Monnaie, Montbazou, Montlouis-sur-Loire, La Membrolle-sur-Choisille, La Riche, La Ville-aux-Dames, Saint-Avertin, Saint-Cyr-sur-Loire, saint-Pierre-des Corps, Tours, Veretz, Vouvray.

Le mini-bus est le mode de transport le plus fréquent (12 CCAS/16 CCAS disposant d'un service de TAD) avec une tarification « au trajet » et la réservation se fait le plus souvent par téléphone.

Différents services sont proposés étant plus ou moins flexibles :

Le service de porte-à-porte : il s'agit du mode le plus souple, ce service va du domicile de l'utilisateur à l'adresse à laquelle il souhaite se rendre (dans le périmètre d'une zone desservie), et vice et versa, de manière comparable de celle d'un taxi. Toutefois, à la différence de ce dernier, le véhicule est susceptible d'effectuer des détours pour regrouper les demandes, dans une zone limitée, le tout dans une plage horaire établie. Ce service peut apporter une réponse adaptée à des catégories de personnes comme les seniors ou personnes à mobilité réduite ou sur des territoires spécifiques comme les espaces ruraux.

D'arrêt-à-arrêt : ce service est proposé « à partir de » et jusqu'à n'importe quel point fixe déterminé à l'avance lors de la réservation. Le nombre et la localisation des points de desserte proposés sont connus à l'avance. La personne peut demander de se déplacer de n'importe quel arrêt vers un autre dans l'offre disponible. Le parcours réalisé est adapté en fonction des demandes de prise en charge et de desserte. Ce service comporte toutefois l'inconvénient pour des personnes à mobilité réduite de devoir se déplacer par un autre moyen entre son domicile et le point de prise en charge, et entre le point de desserte et celui de destination.

Le service de porte-à-arrêt : ce service impose soit le lieu d'arrivée soit le lieu de montée aux usagers contrairement au service porte à porte. Dans la majorité des cas c'est le point d'arrivée qui est imposé. Correspondant à la fonction de desserte de points particuliers, il regroupe généralement plusieurs usagers pour leur permettre d'accéder à une offre de service qu'ils ne trouvent pas à proximité de leur lieu de résidence. (événements, services, ou zone d'emploi). Pour exemple, nombre d'entre eux sont destinés à la desserte d'un marché dans une zone rurale ou de magasins. C'est le cas notamment des services proposés par les communes de Ste-Maure de Touraine, de Richelieu, de St Avertin, Veretz, Bléré et Langeais.

Des dispositifs de transport accompagné sont mis en place par certains SAAD sur le département. Par ailleurs, la plupart des organismes d'aide à domicile autorisent leurs salariés à transporter les personnes aidées dans leur véhicule personnel pour aller faire des courses ou pour se rendre à un rendez-vous médical. Un coût au kilomètre en plus du coût de l'heure d'intervention est alors facturé.

Le dispositif « sortir plus » de l'AGIRC ARRCO est destiné à faciliter la sortie de leur domicile des personnes âgées de plus de 80 ans confrontées à l'isolement ou à la solitude (sans condition de

ressources).Le financement est effectué sous la forme de chèques emploi service universels (CESU), préfinancés et nominatifs, attribués par les caisses de retraite complémentaire³³.

Constats

Cette présentation de l'offre de TAD soulève la question de l'utilisation et du niveau de connaissance des usagers de l'offre existante sur le territoire départemental qui est à améliorer. Le TAD est encore méconnu et son utilisation marginale.

Le TAD peut être un service économiquement très intéressant en minimisant les coûts grâce à un véhicule qui ne circulera jamais à vide.

Les besoins et les réponses à la problématique de la mobilité ne sont pas les mêmes au sein « du public en perte d'autonomie ». Un transport accompagné reste la solution la plus adaptée pour un public souffrant d'un handicap intellectuel ou de troubles cognitifs. Cette accompagnement n'est pas proposé par toutes les initiatives de TAD.

Le futur schéma départemental en faveur de l'autonomie fait de la lutte contre l'isolement social et géographique un de ses axes prioritaires.

La question de l'accès à la mobilité de proximité est également un axe prioritaire du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public. Cet axe est décliné en plusieurs actions :

élaborer des stratégies locales de mobilité de manière concertée et intégrée

expérimenter des démarches locales de réduction/réaménagement des besoins de mobilité

expérimenter et conforter les démarches favorisant l'accès à la mobilité individuelle

promouvoir un panel diversifié d'offre de mobilité collective ou collaborative

³³ Maximum de 3 chèquiers de 150 € par personne et par an, participation financière du retraité : 15 € pour le 1er chèquier, 20 € pour le 2^{ème} et 30 € pour le 3^{ème}.

3) L'accès aux sports, aux loisirs et à la culture

Etroitement lié au « bien vieillir » et au maintien des liens sociaux, pratiquer une activité de loisir permet de rompre parfois avec un certain isolement mais également de s'épanouir tout au long de sa vie.

Le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité aux services du public d'Indre-et-Loire a identifié l'accès aux sport et à la culture comme axe de travail prioritaire et développe une action pour expérimenter des démarches favorisant les pratiques culturelles et sportives pour tous. Cette action vise à promouvoir un accès à la culture et au sport pour les personnes qui en sont le plus éloignées. Une des pistes de travail est d'organiser avec les clubs sportifs ou les associations culturelles des prestations adaptées à des situations ou à des publics contraints : activités sportives appropriées au vieillissement ou aux handicaps (nécessitant par exemple un encadrement spécialisé et qu'il convient donc de mutualiser entre les différents clubs).

Exemples d'initiatives³⁴

On peut citer de manière non limitative quelques exemples en matière d'initiatives pour favoriser l'accès à la culture et la pratique de sports et de loisirs pour les personnes âgées.

SPORT ADAPTE	ACCES AUX PRATIQUES CULTURELLES ET AUX LOISIRS
Différentes initiatives en matière de sport adapté dans le cadre du Bien vieillir sont mises en place sur le territoire départemental. Leurs présences de plus en plus importante traduit une certaine prise de conscience de l'impact d'une activité physique régulière et adaptée sur le maintien de l'autonomie et la préservation des capacités existantes. Ces ateliers sont proposés aussi bien en établissements médico-sociaux que pour les personnes à domicile.	Dans un très grand nombre de commune du département des associations proposent des activités de loisirs notamment les clubs de retraités et personnes âgées.
L'association « Ensemble et solidaires UNRPA » qui organise et soutient également toute activité culturelle et de loisirs propre à permettre de mieux vivre la retraite.	
La fédération d'Indre-et-Loire de l'association « Générations mouvement » qui, par son action agit sur le maintien des liens sociaux en organisant des activités de loisirs, physiques culturelles et intergénérationnelles pour les seniors. Elle regroupe 175 clubs et 12 300 adhérents.	

³⁴ <http://www.touraine-reperage.fr/activites-physiques-seniors-personnes-ag%C3%A9es-indre-et-loire-37.html>

<p>Le Groupe SIEL Bleu basé à La-Croix-en-Touraine propose des activités physiques adaptées au domicile des personnes âgées et en EHPAD.</p>	
<p>CODEP EPGV – Parçay Meslay et Canton de Vouvray Le comité départemental d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire propose depuis de très nombreuses années des séances d'activités physiques variées, en salle et en extérieur, accessibles à tous les âges de la vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des cours de gymnastique avec 50 associations sur le département - Des ateliers équilibre et corps et mémoire en partenariat avec la CARSAT 	<p>L'association socioculturelle Courteline à Tours organise des animations socioculturelles et activités pour les seniors en Indre-et-Loire.</p>
<p>La Fédération française de la retraite sportive dispose de deux clubs proposant des activités pour les seniors en Indre-et-Loire : Sport et Loisirs à Chemillé-sur-Dême et l'association Godasses et Bâtons aux Hermites.</p>	<p>Deux universités accessibles à tous proposent des activités pour les seniors en Indre-et-Loire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Touraine Inter-âges université – Saint Avertin – activités culturelles, sociales, artistiques et physiques + voyages, sorties et visites ; • Université du Temps Libre – Tours– cours, ateliers et conférences sur des thèmes divers, ainsi que sur les sites des villes de Tours et de Fondettes.
<p>ASEPT Berry Touraine L'association développe des programmes de prévention santé pour les personnes de plus de 55/60 ans, Ces programmes se déclinent en quatre cycles d'ateliers qui peuvent se faire indépendamment les uns des autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les Ateliers du Bien Vieillir • les Ateliers Mémoire PAC-PEPS Eurêka • les Ateliers sur l'équilibre et la prévention des chutes • les Ateliers nutrition 	<p>Des aides financières pour des vacances sont proposées par des caisses de retraite ou complémentaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le programme "Seniors en Vacances" de l'ANCV permet aux seniors âgés d'au moins 60 ans et non imposables ainsi qu'à leur conjoint de partir en vacances en bénéficiant d'une aide financière directe de l'ANCV et de tarifs préférentiels accordés par les professionnels du tourisme. - Seniors sans frontières est une association qui organise des séjours vacances en France et à l'étranger, pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants. Les

	<p>voyageurs bénéficient d'un accompagnement paramédical et d'une assistance médicale 24h/24.</p> <p>- Le Mouvement des Aînés ruraux La Fédération nationale des clubs des aînés ruraux organise des séjours de vacances pour ses adhérents dans de nombreux (10 200 clubs environ) villages de vacances et hôtels à travers toute la France.</p>
--	---

Constats

La question de l'accessibilité à une offre de loisirs adaptée aux besoins du public en perte d'autonomie va se poser de plus en plus. Les personnes âgées de demain auront certainement des pratiques culturelles et de loisirs différentes que celles d'aujourd'hui. Cette évolution est notamment liée au fait qu'elles auront bénéficié d'une scolarité plus longue, de plus de loisirs en terme d'offre mais également que leurs habitudes de vie auront changé (équilibre vie professionnelle/vie privée).

Enfin, beaucoup de personnes auront pratiqué une activité physique régulière.

PARTIE II- L'OFFRE DESTINEE AU PUBLIC AGE DE PLUS DE 60 ANS

SECTION I – LES RESSOURCES SANITAIRES, SOCIALES, ET MEDICO-SOCIALES EXISTANTES

A) L'Information et l'orientation des parcours

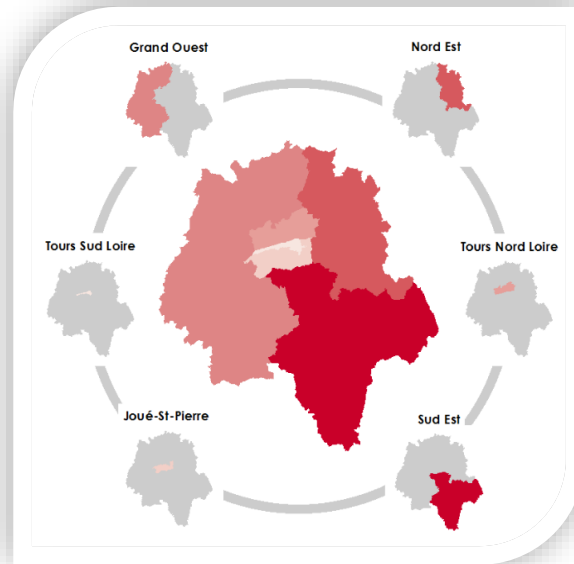
Développer l'accueil et l'information auprès du public est un axe de travail prioritaire du futur schéma départemental en faveur de l'autonomie. Des réflexions autour des missions d'accueil et d'information auprès des personnes âgées et handicapées sont actuellement en cours dans le cadre de la future mise en place d'une Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) sur le territoire départemental. Les enjeux prioritaires sont de fluidifier l'accès aux services et aux droits des personnes âgées et des personnes handicapées et d'améliorer l'accueil de proximité et l'information des usagers. L'accès à un premier accueil social inconditionnel est également un axe stratégique mis en œuvre dans le SDAASP d'Indre-et-Loire. Plusieurs constats sont mis en évidence³⁵ :

- Un Conseil départemental qui a fait évoluer de manière significative la territorialisation de sa présence en matière d'action sociale (autonomisation accrue des MDS, refondation des permanences de l'action sociale)
- Un déploiement des MSAP au sein du département assez hétérogène (des MSAP qui s'appuient sur l'expérience antérieure des Relais de Service Publics (RSP) et des MSAP récentes et s'inscrivant dans des portages divers (la Poste, une commune, une communauté de communes, une association...))
- Un réseau départemental de centres sociaux et d'espaces de vie sociale qui assure des fonctions généralistes d'accueil et des prestations diverses visant l'implication des usagers
- Un maillage de CCAS et CIAS parfois déjà engagés dans l'accueil généraliste des publics
- Un réseau potentiel de repérage et d'écoute de très grande proximité (les mairies, les associations locales, les professionnels de santé, les facteurs, les commerçants, les voisins...). L'enjeu identifié est de repérer ces personnes pour pouvoir leur mettre à disposition des outils leur permettant de donner une information au plus juste sur les droits et l'accompagnement en les connectant aux dispositifs locaux de premier accueil social.

³⁵ Schéma Départemental d'Amélioration des Services au Public d'Indre-et-Loire

1) Les MDS et le rôle des conseillers autonomie

Les territoires de MDS Indre-et-Loire 2016 (Source : Conseil départemental d'Indre-et-loire,2016)



Les Conseillers autonomie (postes créés en 2012), présents sur chaque territoire, accueillent, informent et orientent les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (adultes et enfants) sur toutes les questions relatives à la perte d'autonomie. Les Conseillers autonomie sont également les référents locaux des dispositifs à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, pilotés par le Conseil départemental.

Nombre de personnes accompagnées par les Conseiller autonomie	2014			2015			2016		
	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total
Grand Ouest	182	109	291	420	269	689	492	318	810
Nord Est	144	41	185	246	97	343	364	206	570
Sud Est	63	27	90	180	72	252	669	140	809
Sous-Total rural	389	177	566	846	438	1284	1525	664	2189
Joué/Saint Pierre	361	69	430	777	216	993	778	391	1169
Nord Loire	237	72	309	425	128	553	523	221	744
Sud Loire	571	51	622	1252	95	1347	1338	147	1485
Sous-total urbain	1169	192	1361	2454	439	2893	2639	759	3398
Total général	1558	369	1927	3300	877	4177	4164	1423	5587

Le nombre d'accompagnements par les conseillers autonomie a presque triplé depuis 2014. En 2016, 74.5 % des situations concernaient des personnes âgées, 25.5 % des personnes en situation de handicap. 61 % des situations concernent le milieu urbain, 39% le milieu rural

2) Le site Touraine Reper'Age

Créé en 2002 par le Conseil départemental, le site Touraine Reper'age, permet aux personnes âgées ainsi qu'à leur famille et à leurs proches de trouver les informations relatives :

- Aux aides et droits des personnes et de leurs aidants,
- Au maintien à domicile,
- A l'accueil familial,
- Aux établissements.

Le travail de modernisation du site internet avec notamment l'intégration de cartes interactives est en cours de finalisation. Le nouveau site sera mis en ligne au 1^{er} semestre 2017.

3) VIA TRAJECTOIRE : faciliter l'orientation des personnes âgées en établissements

Ce projet est soutenu par le Conseil Départemental d'Indre-et-Loire et l'Agence Régionale de Santé de la Région Centre Val-de-Loire. Via Trajectoire est un service public, gratuit, confidentiel et sécurisé, accessible au médecin traitant. Ce nouvel outil vise à simplifier l'orientation vers des établissements d'hébergement pour personnes âgées au moyen d'un annuaire unique. De la recherche jusqu'à l'entrée effective en établissement, ViaTrajectoire propose toute la démarche en ligne :

- Le dossier est créé avec l'utilisateur et la sélection des établissements est personnalisée en fonction de vos critères de recherche,
- Un dossier d'admission unique, en ligne est reçu par les établissements d'hébergement pour personnes âgées,
- Les échanges par e-mail sont confidentiels, rapides, avec un suivi des demandes en temps réel,
- Les échanges entre professionnels et établissements sont facilités. Cela permet notamment aux médecins traitants de renseigner les données médicales du dossier d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

En 2016, 61 EHPAD étaient référencés dans Via Trajectoire, 44 dans la catégorie « autres hébergements » (notamment les résidences autonomie). Seulement 4% des médecins généralistes utilisent Via Trajectoire et 78 dossiers ont été créés dans l'espace « usagers ».

B) Le maintien à domicile et les dispositifs associés

1) L'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA-D) et les services ménagers

L'APA à domicile

Dépenses 2016 : 25 550 000 €

Montant moyen d'un plan d'aide : 336.95 €/mois

L'APA à domicile est une allocation universelle versée par le Conseil départemental aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie pour les aider à payer les dépenses inscrites dans un plan d'aide individualisé établi par un référent social lors d'une visite à domicile³⁶, comme :

- la rémunération d'une aide à domicile (en mode prestataire, mandataire ou emploi direct)³⁷,
- du matériel (installation de la téléassistance...),
- des fournitures pour l'hygiène,
- du portage de repas,
- des travaux pour l'aménagement du logement (dans certains cas),
- un accueil temporaire, à la journée ou avec hébergement,
- des dépenses de transport,
- les services rendus par un accueillant familial.

³⁶ Les personnes sont ainsi réparties entre quatre groupes iso ressources (GIR), en fonction du degré de perte d'autonomie, allant de 1 (moins grande autonomie) à 4 (plus grande autonomie).

³⁷ Mode prestataire : la personne bénéficiaire de l'APA fait appel à un SAAD qui est employeur de l'aide à domicile. Mode Mandataire : la personne bénéficiaire de l'APA est employeur de l'aide à domicile mais fait appel à un SAAD qui effectue les démarches administratives liées à la fonction d'employeur

Mode emploi direct : la personne bénéficiaire de l'APA est employeur de l'aide à domicile.

L'accès à l'APA n'est pas soumis à condition de ressources, cependant, une participation financière est laissée à la charge des personnes. Elle varie de 0 à 90% en fonction des ressources et du montant du plan d'aide. Les personnes qui ont des ressources inférieures à 800 €/mois sont exonérées. En 2016, 87% des personnes ont des ressources comprises entre 800 et 2946 € (13% ont des ressources inférieures à 800 €).

L'application de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) au 1^{er} mars 2016 a eu un impact financier direct sur les dépenses d'APA à domicile puisque le volet III de cette loi prévoit de favoriser le soutien à domicile des personnes âgées et de retarder leur entrée en EHPAD.

Trois mesures prévues par la loi ont été mises œuvre dans le département d'Indre-et-Loire :

- + Favoriser l'accessibilité financière de l'APAD pour tous par la refonte du barème de participation des bénéficiaires de l'APAD, en allégeant le reste à charge des personnes des classes moyennes, ayant les plans d'aide les plus lourds. Allègement du reste à charge des bénéficiaires relevant de la tranche de revenus intermédiaires (800-2945€) ayant les plans d'aide les plus importants + aucune participation financière n'est demandée pour les bénéficiaires dont les ressources sont inférieures à 800 € (montant actuel de l'ASPA)
- + Revaloriser les plafonds des plans d'aide mensuels pour permettre l'augmentation du temps d'accompagnement à domicile et la mobilisation de plus de services. Dans le cadre de la conférence des financeurs des aides complémentaires peuvent être apportées aux bénéficiaires dont les plans d'aide sont au plafond (équipements et aides techniques). **Sur le département d'Indre-et-Loire 100% des plans d'aide ont été revalorisés.**
- + Reconnaitre le rôle des proches aidants qui assurent une présence ou une aide indispensable au soutien à domicile d'un bénéficiaire APA.

La revalorisation des plans d'aide peut être présentée de la façon suivante :

GIR	Plafonds avant réforme	Plafonds après réforme	écart	Heures AAD possible en +
1	1 312,67 €	1 713,08 €	400,41 €	18
2	1 125,14 €	1 375,54 €	250,40 €	11
3	843,86 €	993,87 €	150,01 €	6
4	562,57 €	662,95 €	100,38 €	4

Un nouveau référentiel d'évaluation de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs aidants permettra d'élaborer des plans d'aide plus diversifiés, d'identifier les aides utiles à son bénéficiaire et à son aidant (aides techniques, adaptation du logement), de donner des conseils, d'orienter les personnes vers les dispositifs adéquats.

Le nombre de droits ouverts est en constante augmentation :

	2014	2015	2016
Nombre de droits « ouverts »	6185	6141	6319
Dépenses « réelles »	23 904 381,07 €	23 420 076,58 €	25 549 992,82 €

La moitié des heures d'aide humaine sont financées au titre du mandataire et de l'emploi direct.

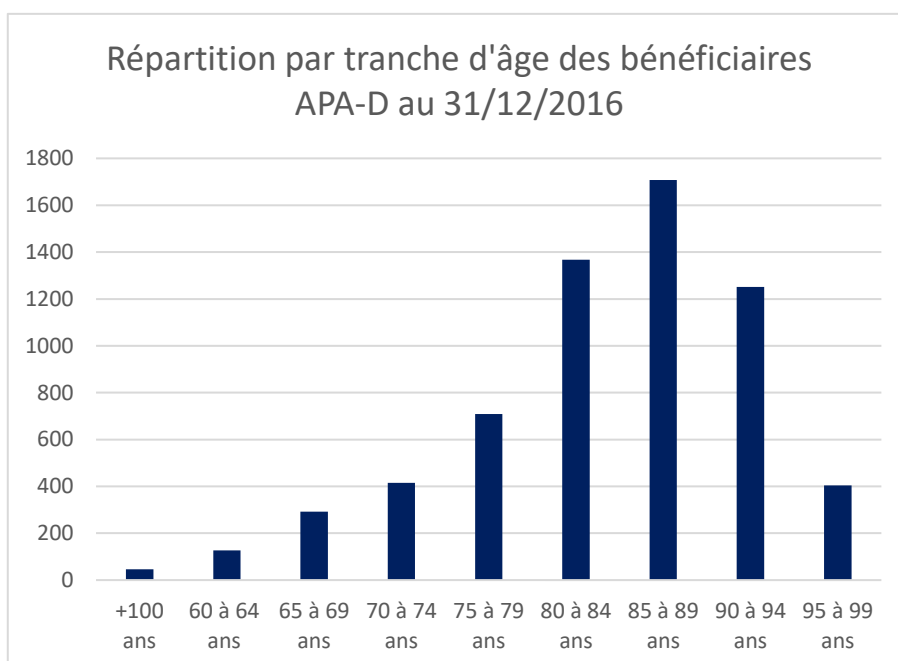
TARIFS APA	Semaine	Dimanche et jour férié
Tarif moyen des SAAD en CPOM, tarifés par le Conseil départemental	22,38€/H	22,38 €/H
Tarif Moyen des SAAD non tarifés par le Conseil départemental	21,58 €/H	27,24 €/H
Prise en charge moyenne par le Conseil départemental des SAAD non tarifés	19,5 €/H	23,35 €/H
Prise en charge par le Conseil départemental des heures mandataire	16,44 €/H	16,44 €/H
Prise en charge par le Conseil départemental des heures emploi direct	12,64 €/H	16,44 €/H

Constats

Si la loi ASV a eu un impact direct sur les dépenses d'APA à domicile qui ont augmenté de 8.9 % entre 2015 et 2016, elle n'a pas entraîné une augmentation des montants des plans d'aide, ce qui est pourtant l'un des objectifs prioritaires de cette loi. Les bénéficiaires ont fait appel de façon plus importante à des services prestataires pour se décharger des obligations liées à la fonction d'employeur, mais ont dû baisser leur plan d'aide pour pouvoir le financer.

Concernant les caractéristiques de la population percevant l'APA en 2016, plus de la moitié a un niveau de dépendance en GIR 4 (55,15%). Les 3/4 des bénéficiaires de l'APA ont un niveau de dépendance en GIR 3 et 4 en 2016 (respectivement 25,41% et 55,15%). Cette proportion est la même qu'en 2012.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Indéterminé
2012	2,33 %	18,79%	24,88 %	54%	NR
2016	2,74%	16,66%	25,41%	55,15%	0,40%



Concernant la répartition par tranche d'âge 74,8 % des bénéficiaires sont âgés de 80 ans et plus. 21,6% des bénéficiaires sont âgés de 80 à 84 ans, 27% de 85 à 99 ans, et 19,7% de 90 à 94 ans.

Les bénéficiaires les plus dépendants (GIR 1 et 2) vivent principalement dans la Métropole (44% des GIR 1 et 42 % des GIR2) et dans la communauté urbaine Loches développement (11% des GIR1 et 12% des GIR2) Les communautés de communes du Val d'Amboise, de Touraine Ouest Val de Loire et de Touraine Val de Vienne sont le troisième lieu d'accueil des bénéficiaires en GIR1 (8% respectivement.) Pour les GIR 2 le 3^{ème} territoire d'accueil est la communauté Touraine Vallée de l'Indre (8 % des bénéficiaires).

Les bénéficiaires les moins dépendants (en GIR 3 et 4) vivent également principalement dans la Métropole (36% des GIR3 et 42 % des GIR 4) et dans la communauté urbaine Loches développement (15 % des GIR 3 et 14% des GIR 4). La communauté de communes Touraine Ouest Val de Loire est le 3^{ème} lieu d'accueil des GIR 3-4.

Les services ménagers

L'aide-ménagère est une prestation versée par le Conseil départemental aux personnes âgées de plus de 60 ans les moins dépendantes (GIR 5-6), dont les ressources sont inférieures au minimum vieillesse (803 €/mois) et aux personnes reconnues handicapées par la Commission des Droits et de l'Autonomie dont les ressources sont inférieures au montant de l'AAH (810 €/mois) ont besoin d'une aide matérielle pour effectuer les tâches ménagères.

Les bénéficiaires de services ménagers ne peuvent faire appel qu'à un Service d'Aide à Domicile habilité par le Conseil départemental qui interviendra en mode prestataire. En Indre-et-Loire, 8 services sont habilités.

Concernant les personnes âgées, la majorité de l'activité des services ménagers est effectuée par les associations d'aide à domicile en CPOM. On constate qu'elle est en baisse (-8% entre janvier 2016 et janvier 2017). Le nombre de bénéficiaires qui avait chuté dans le courant de l'année 2016 est revenu à un niveau habituel (141 bénéficiaires) et le plan d'aide mensuel moyen est de 10 heures en janvier 2017 (-6% par rapport à janvier 2016).

Concernant les personnes handicapées, la baisse du nombre de bénéficiaires des services ménagers est constante depuis 2014. Cela s'explique par la suppression en janvier 2014 des aides ménagères spécifiques qui relevaient de mesures extra-légales (pour des personnes ayant des ressources supérieures aux plafonds) Cette baisse est également accentuée par le passage des personnes handicapées aux services ménagers pour personnes âgées après leur mise à la retraite. Le plan d'aide moyen est stable (11 h par mois) et le nombre de bénéficiaires (155 en janvier 2017) a baissé de 27% dans le courant de l'année 2016.

	Nombre de bénéficiaires personnes âgées	Nombre de bénéficiaires personnes handicapées	TOTAL	TOTAL dépenses	Dont dépenses pour personnes âgées	Dont dépenses pour personnes handicapées
2014	152	288	440	910 619 €	280 659 €	626 960 €
2015	145	214	359	753 106 €	280 671 €	472 435 €
2016	141	163	304	680 890,33€	268 567 €	412 323 €

2) L'offre des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

L'accompagnement à la mutation des services d'aide à domicile était un axe de travail du schéma départemental en faveur des personnes âgées. Cela a notamment permis d'élaborer une charte qualité départementale des services à la personne (2012), d'expérimenter un classeur de liaison à domicile sur les secteurs des cantons du Bouchardais et de Ste Maure de Touraine. L'extension et l'optimisation du classeur de liaison est actuellement en cours de réflexion, notamment sur le Sud Lochois, suite à une demande émanant des professionnels sanitaires et médico-sociaux³⁸. La mutation des services d'aide à domicile s'est également traduite par l'expérimentation d'une nouvelle tarification avec la signature de 7 CPOM. En 2017, l'état des lieux des systèmes de gestion des SAAD en CPOM sera réalisé en vue d'accompagner les services dans leur démarche de développement et de mise en place d'un système de télétransmission des données entre ces services et le Conseil départemental.

Plusieurs dispositions de la loi ASV visent à soutenir et moderniser le secteur de l'aide à domicile, notamment :

- ✚ Le renforcement de l'activité de ces services grâce à la revalorisation des plans d'aide APA
- ✚ L'instauration d'un régime unique d'autorisation permettant de protéger les publics les plus vulnérables pour les SAAD agréés exerçant en mode prestataire des activités d'aide à domicile auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (APA, PCH) et des familles fragiles (ASE).
- ✚ La possibilité donnée aux conseils départementaux de disposer des outils pour organiser l'offre de services sur leur territoire : obligation d'intervenir auprès de tous les demandeurs APA/PCH/ASE résidant dans une zone d'intervention déterminée.

Le département d'Indre-et-Loire compte 96 Services d'Aide à Domicile autorisés, principalement concentrés en zone urbaine, pour un volume d'activité (APA, PCH, services ménagers) de 1 150 000 heures, soit 48 % de l'activité aide humaine sur le département :

- Les 44 associations ADMR³⁹, par le biais de leur Fédération, 5 ASSAD (affiliées à l'UNA) et l'association AIDADOM (affiliée à ADESSA) **sont signataires d'un CPOM avec le Conseil départemental avec un tarif moyen de 22.29 €/heure.**

³⁸ Le bilan de cette première expérimentation est positif, le classeur étant estimé par 77% des professionnels et 89 % des usagers comme utile et nécessaire avec toutefois un succès plus mitigé en milieu urbain. Ce bilan a également permis d'identifier un certain nombre de freins à l'utilisation de l'outil et a permis de mettre en évidence 3 points : la réelle motivation des SAAD et SSIAD quant à l'utilisation du classeur, le rôle moteur des médecins et infirmiers pour la réussite du projet, la nécessité d'une présentation de l'outil et d'un accompagnement des utilisateurs potentiels par la structure porteuse du projet.

³⁹ Base Nova : 46 ADMR agréées dont 2 uniquement famille

- 46 SAAD, non tarifés, bénéficient d'une prise en charge du Département à hauteur de 19.40 €/heure pour 29 d'entre eux et 19.60 € pour 12 d'entre eux. 3 services sont rattachés à des résidences autonomie⁴⁰, 4 services sont rattachés à des résidences services seniors⁴¹.
- 1 service est rattaché à un CCAS

Il est à souligner également que 3 associations ont conventionné avec le service de l'Aide Sociale à l'Enfance sur un service familles et que 8 associations se sont réunies en association des OASP privés de Touraine ayant pour but d'échanger sur les pratiques et de mutualiser les moyens pour plus d'efficacité et de professionnalisme notamment dans le domaine de la formation⁴².

Le guide national des bonnes pratiques de l'aide à domicile, élaboré avec l'ensemble des acteurs de ce secteur repose sur 3 piliers :

- Le libre choix de la personne et la qualité de l'information délivrée,
- Le juste tarif,
- Les conditions de travail des professionnels.

Constats

Dans ce contexte et afin de rendre le meilleur service aux personnes âgées et en situation de handicap où qu'elles vivent sur le territoire, il est important de :

- Structurer territorialement l'offre de service, voire la réguler dans certaine zone déficitaire,
- Améliorer la qualité de service rendue aux personnes,
- Permettre une meilleure lisibilité de l'offre de service aux usagers,
- Faciliter la convergence des tarifs pour un service équitable,

Et ce, en respectant le libre choix des personnes.

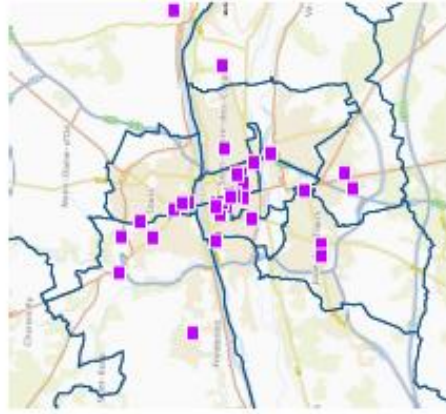
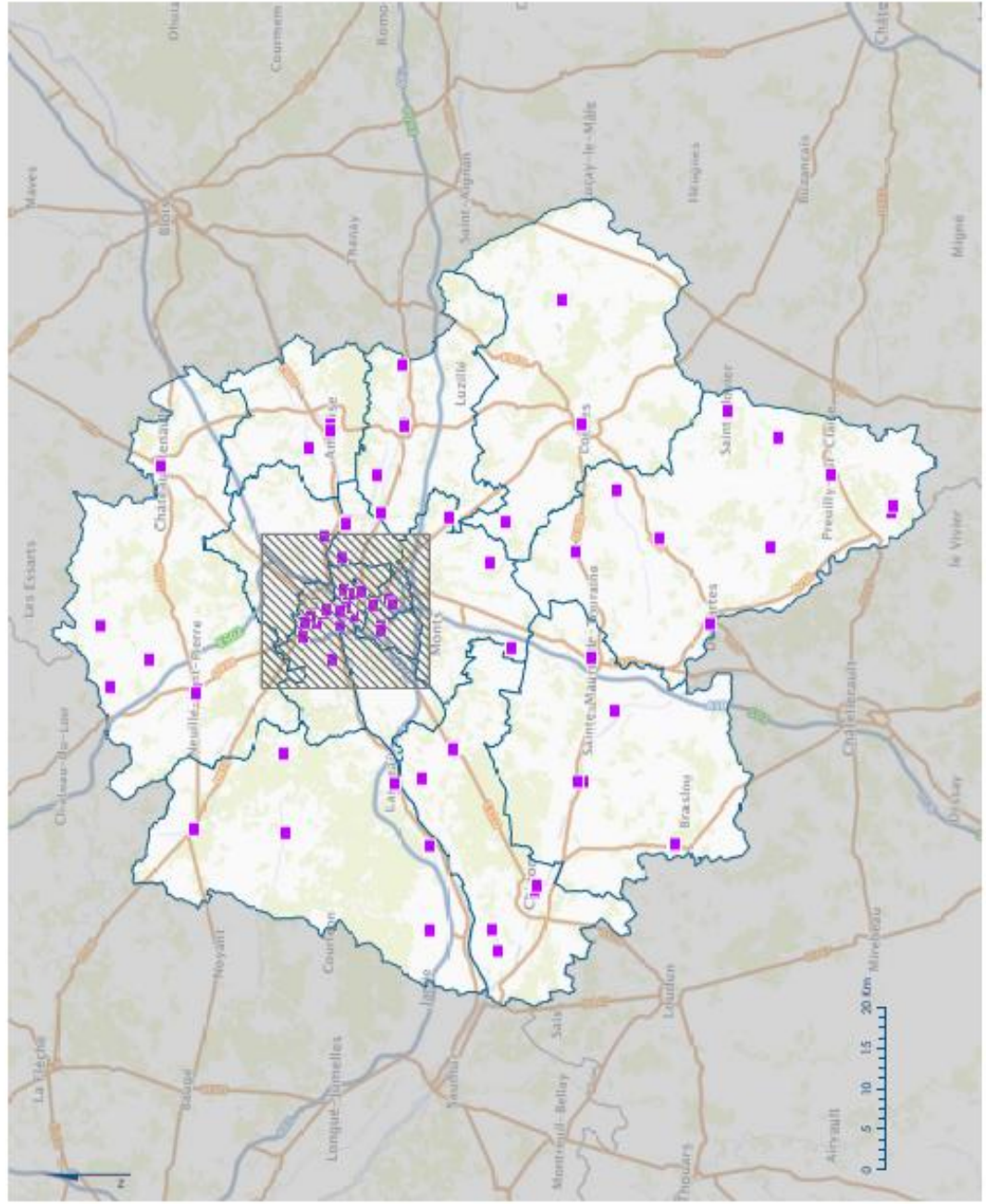
Un travail autour de la définition d'un schéma départemental d'organisation des SAAD est actuellement en cours dans le cadre du futur schéma départemental de l'autonomie.

⁴⁰ L'arche à NEUILLE PONT PIERRE, Le bois des plantes à ARTANNES, Le verger d'or à TRUYES,

⁴¹ DOMITYS AMBOISE, DOMITYS FONDETTES, DOMITYS TOURS, MARY FLOR LOCHES,

⁴² Aide à Domicile 37 Assistadom, Capvie 37 La générale des Services, Adhap Services, Senior Compagnie, Vivradom services, Pleynitys.

Les services d'aide à domicile Département d'Indre-et-Loire



Focus : les SPASAD en Indre-et-Loire

Un Service Polyvalent d'Aide et Soins A Domicile (SPASAD) assure conjointement les missions d'un Saad et d'un SSIAD mentionnées aux articles D.312-1 et D.312-6 du CASF. Dans le respect des règles et référentiels relatifs aux compétences respectives des professionnels des SAAD et des SSIAD, il organise les interventions d'aide et de soins à domicile de façon intégrée, dans l'objectif d'amélioration du service rendu aux personnes accompagnées.

Il prend en charge les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes de pathologie chronique domiciliées sur son territoire d'intervention. Il prend en charge prioritairement d'une manière intégrée ces personnes qui ont besoin à la fois de prestations d'aide et de soins à domicile.

Les actions des professionnels de soins à domicile ont pour objectif de protéger, maintenir la santé physique et mentale des personnes prises en charge ainsi que l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques.

Les actions des professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile visent à préserver l'autonomie des personnes prises en charge dans l'exercice de leurs activités de la vie quotidienne

Il doit développer des actions de prévention qui concourent à favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées.

Il a un rôle de repérage, d'alerte et de signalement des situations d'isolement, de fragilités, de perte d'autonomie ou d'aggravation de celle-ci.

Enfin, il doit établir des partenariats utiles notamment avec les établissements de santé et les caisses de retraite, pour pouvoir accompagner le retour et le maintien à domicile et pourra développer des actions de coordination et de prévention avec les centres de santé.

Organisation intégrée

L'organisation intégrée recouvre l'évaluation des besoins globaux de la personne accompagnée, l'élaboration du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, la coordination des interventions auprès de la personne accompagnée et de son entourage en lien avec les équipes des autres intervenants.

Le SPASAD doit offrir un accueil physique et un accueil téléphonique cohérent avec son offre de service intégré. Il doit mettre à disposition un numéro d'appel unique et des supports d'information relatifs à l'ensemble des prestations qu'il propose.

Il devra se doter d'outils partagés de fonctionnement et d'évaluation dont un système d'information sécurisé permettant notamment le partage des plannings d'intervention et le suivi des projets individualisés et un outil de liaison domicile (article 3.3 de l'arrêté ci-dessus cité)

L'équipe du SPASAD est constituée :

- d'un responsable de SPASAD⁴³ : il exerce un rôle de gestion et d'organisation de la structure et du personnel. Ce rôle peut être rempli par l'infirmier coordonnateur selon l'organisation du service
- d'un infirmier coordonnateur : rôle de référent de la personne accompagnée ayant besoin de prestations d'aide et de soins ; il assure la visite d'évaluation des besoins de la personne accompagnée et il élabore son projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins. Il coordonne les prestations et le personnel. Il peut être assisté du responsable de secteur.
- d'un responsable de secteur : rôle d'encadrant du Saad⁴⁴

Le SPASAD doit assurer la continuité des prises en charge coordonnées, y compris les dimanches et jours fériés si les besoins de la personne accompagnée le nécessitent.

Dans le cas où la prescription de soins n'est pas reconduite, les prestations d'aide et d'accompagnement peuvent être maintenues. Elles sont alors encadrées, selon l'organisation du SPASAD, par l'infirmier coordonnateur ou le responsable de secteur.

La Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit dans son article 49 que des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile peuvent être mises en œuvre avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'agence régional de santé.

Dans le cadre d'un appel à candidature lancé conjointement par l'ARS et le Conseil départemental en Indre-et-Loire, la candidature d'un SPASAD porté par les SSIAD de Bléré et de Montlouis-sur-Loire a été retenue.

⁴³ IL s'assure du bon fonctionnement du SPASAD, de la bonne intégration des prestations d'aide et de soins et du développement des actions de prévention.

⁴⁴ Il peut participer à l'évaluation globale des attentes et des besoins de la personne accompagnée et à l'élaboration du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins faites par l'infirmier coordonnateur.

3) L'offre de soins à domicile : les SSIAD et l'HAD

Le département d'Indre et Loire dispose de 2 structures d'Hospitalisation à Domicile pour 207 lits, partagés par les associations ASSAD-HAD en Touraine et l'HAD Le Noble Âge. Le territoire est relativement bien doté avec un taux d'équipement de 34,4 places pour 100 000 habitants contre 26,6 à l'échelle régionale et 21,1 à l'échelle nationale⁴⁵.

Les SSIAD sont des services médico-sociaux qui interviennent sur prescription médicale au domicile des personnes âgées ou personnes en situation de handicap⁴⁶. Les intervenants réalisent des soins d'hygiène et de confort et des actes infirmiers.

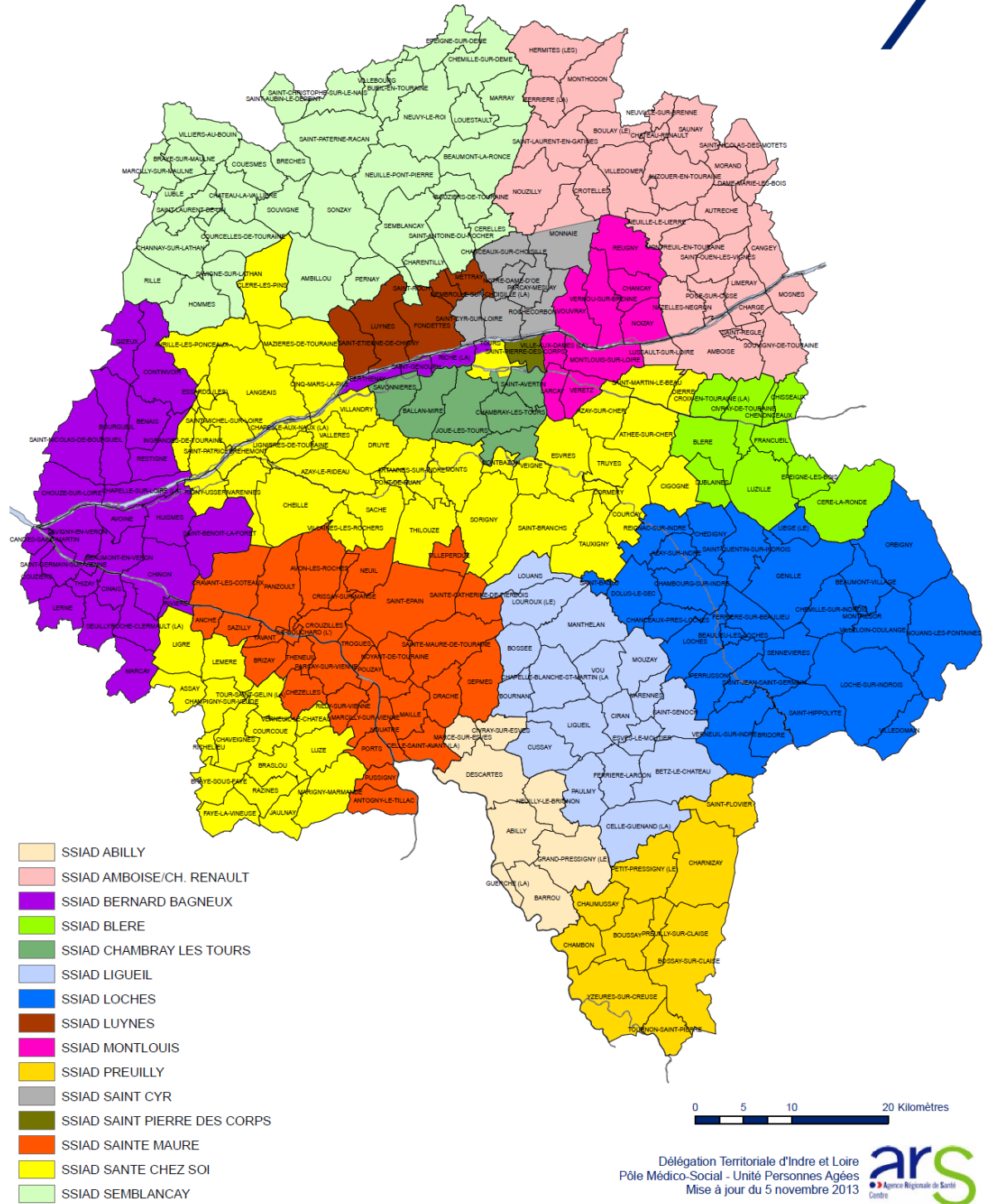
Le territoire d'Indre et Loire dispose de 21 SSIAD dont 15 pour personnes âgées et 6 pour personnes handicapées qui couvrent l'ensemble du territoire avec un total de 1436 places.

⁴⁵ Diagnostic local de santé en vue de l'élaboration du contrat local de santé du Pays Loire Touraine, Février 2016

⁴⁶ Les services de soins infirmiers à domicile interviennent auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, des personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap et des personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections.

ESMS	capacité	Public accueilli
SSIAD du CHIC Amboise- Château Renault	104	Personnes âgées
SSIAD CH de Loches	70	Personnes âgées
SSIAD CH de Luynes	26	Personnes âgées
SSIAD CH de Ste Maure de Touraine	71	Personnes âgées
SSIAD EHPAD - Abilly	32	Personnes âgées
SSIAD EHPAD - Bléré	62	Personnes âgées
SSIAD EHPAD - Ligueil	32	Personnes âgées
SSIAD EHPAD- Montlouis sur Loire	60	Personnes âgées
SSIAD EHPAD – Preuilly-sur Claise	25	Personnes âgées
SSIAD EHPAD - Semblançay	56	Personnes âgées
SSIAD La Santé chez soi, ADMR - Tours	349	Personnes âgées
SSIAD ASSIAD - St Pierre des Corps	40	Personnes âgées
SSIAD La Mutualité d'Indre et Loire - Chambray les Tours	128	Personnes âgées
SSIAD La Mutualité d'Indre et Loire - St Cyr sur Loire	127	Personnes âgées
SSIAD ASSAD HAD	167	Personnes âgées

Zones d'intervention des Services de Soins Infirmiers A Domicile Personnes Agées en Indre et Loire



C) L'offre de médecins généralistes

Concernant la répartition de l'offre existante, on constate sans surprise une concentration importante de médecins traitants sur l'agglomération tourangelle⁴⁷. Ces médecins sont en effet principalement présents sur les communes de plus de 10 000 habitants à proximité de Tours (Chambray-les-Tours, Saint Avertin, Saint Pierre les Corps, Montlouis-sur-Loire). Il est intéressant de constater également que les densités les plus marquées se situent sur les communes de Saint-Laurent-en-Gâtine (31.7 pour 10 000 habitants), Chambray-lès-Tours (31.2 pour 10 000 habitants) et Villedômer (26.1 pour 10 000 habitants). 13 communes du territoire départemental soit près de 35% ne disposent pas de médecin traitant recensé. Certains secteurs du Nord et de l'Est du département sont particulièrement touchés par ce manque d'offre sur les communes des Hermites, Monthodon, Nouzilly, Château Renault, Villedômer.

Cette répartition de l'offre se traduit par une accessibilité et des temps d'accès routiers différents selon les territoires comme l'illustrent la carte et le graphique ci-dessous. Les temps de trajet routiers restent raisonnables pour la majeure partie de la population.

Sur le territoire de la Communauté urbaine de Tours Métropole Val de Loire, plus de 95 % de la population peut se rendre chez son médecin traitant en moins de 5 minutes en transport routier. Ce chiffre passe à environ 45-50% pour les communautés de communes de Montrésor, du Bouchardais, du Grand Ligueillois, du Pays de Richelieu et du Pays de Racan.

Focus : le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public : chantier C "Accès à la santé et au parcours de soins"

L'offre de santé ambulatoire (médicale et paramédicale) apparaît contrastée entre Tours métropole Val de Loire et les autres territoires. Le département d'Indre-et-Loire n'échappe pas au phénomène de vieillissement des professionnels de santé. En effet, 30 % des médecins ont plus de 60 ans en 2016 en Indre-et-Loire.

⁴⁷ Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire, Accompagnement au programme « Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie », diagnostic territorial, décembre 2016

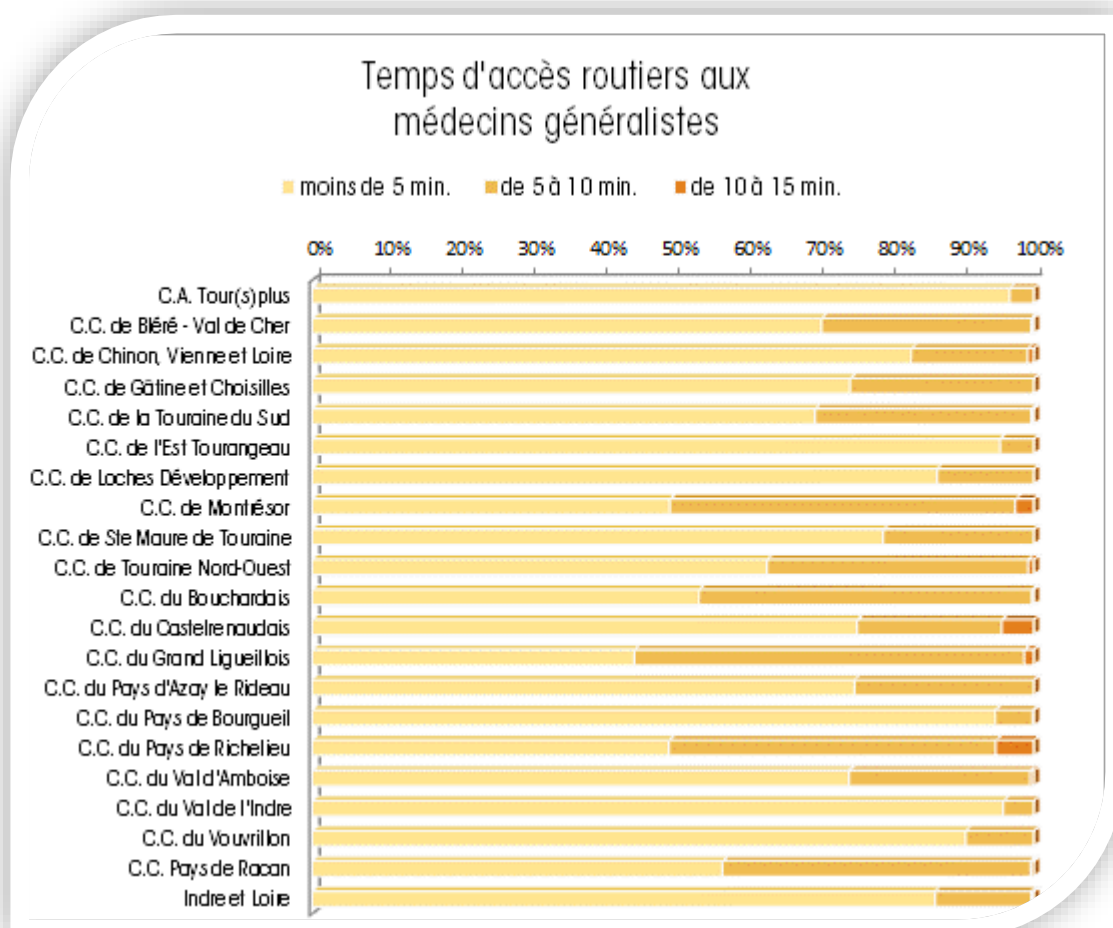
Source : SIAM/ERASME, données 2016, Bénéficiaires du RG affiliés à la CPAM

Les secteurs présentant les plus fortes vulnérabilités en termes de temps d'accès aux services de santé⁴⁸ sont :

- en franges Nord- Ouest et Nord, les CC Touraine Ouest Val-de-Loire, CC Gâtine et Choisilles - Pays de Racan et CC du Castelrenaudais.
- en frange Sud : les CC de Loches Sud Touraine et Touraine Val de Vienne.

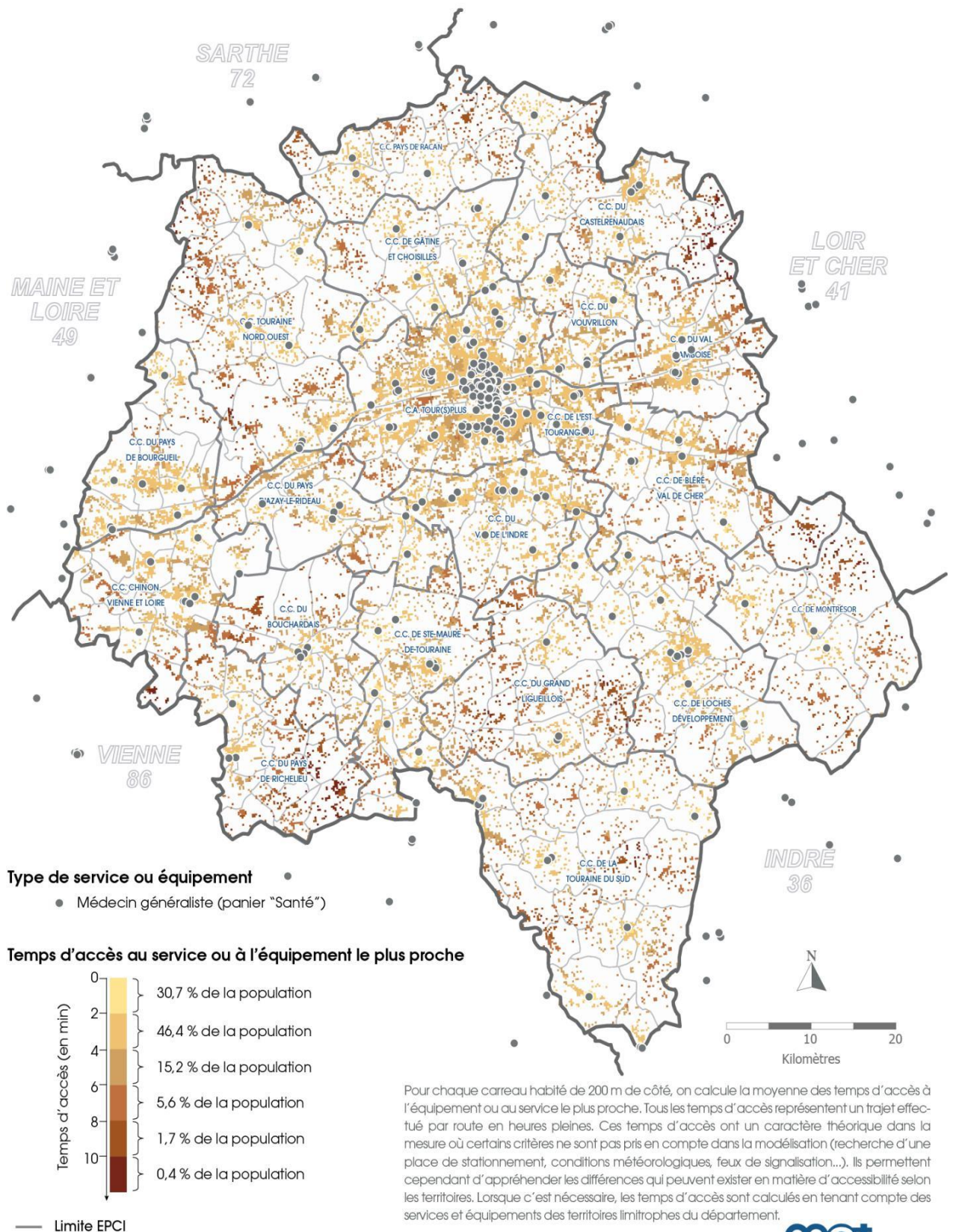
Des initiatives de mutualisations de l'offre ambulatoire ont été engagées mais sont réparties inégalement sur le territoire. 10 Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont actuellement recensées dont 7 localisées sur l'arrondissement de Loches.

Un développement important des pratiques de télémédecines est également à mettre en évidence. 6 thématiques d'offres sur les 16 repérées par l'ARS sont actuellement opérationnelles en Indre-et-Loire : télédialyse, installations d'équipements dans certains EHPAD ou MSP pour limiter le déplacement des spécialistes, échographies numériques etc...



⁴⁸La panier santé est composé des services et équipements suivants : chirurgiens-dentistes, laboratoires d'analyses médicales, maisons de santé, masseurs kinésithérapeutes, médecins généralistes et pharmacies.

TEMPS D'ACCÈS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES D'INDRE-ET-LOIRE ET DES COMMUNES LIMITROPHES



Pour chaque carreau habité de 200 m de côté, on calcule la moyenne des temps d'accès à l'équipement ou au service le plus proche. Tous les temps d'accès représentent un trajet effectué par route en heures pleines. Ces temps d'accès ont un caractère théorique dans la mesure où certains critères ne sont pas pris en compte dans la modélisation (recherche d'une place de stationnement, conditions météorologiques, feux de signalisation...). Ils permettent cependant d'appréhender les différences qui peuvent exister en matière d'accessibilité selon les territoires. Lorsque c'est nécessaire, les temps d'accès sont calculés en tenant compte des services et équipements des territoires limitrophes du département.

Sources : Atlas Santé, INSEE-Distancier METRIC / Calculs OE2T.
Cartographie : Observatoire de l'Économie et des Territoires de Touraine, octobre 2016.

D) L'hébergement permanent en établissement

1) L'hébergement médicalisé : les EHPAD et les USLD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées autorisées et financées conjointement par le Conseil départemental et l'Agence régionale de Santé et qui proposent un accueil en chambre. L'EHPAD assure la plupart du temps l'hébergement, la restauration et la blanchisserie, des animations, une aide à la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale et des soins. Les EHPAD s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans les plus dépendantes qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien, plus de 15 % des résidents relèvent d'un GIR 1 à 3 et 10% d'un GIR 1 et 2.

Le département dispose aujourd'hui de 6208 places d'hébergement permanent répartis au sein de 54 EHPAD dont 17 publics autonomes, 6 hospitaliers, 4 privés totalement habilités à l'aide sociale, 20 privés à but lucratif, 7 privés associatifs.

Concernant les caractéristiques de la population accueillie, les personnes âgées souhaitant rester à domicile le plus longtemps possible, l'entrée en établissement se fait de plus en plus tardivement. 61 % de la population hébergée dans un EHPAD de la région Centre a entre 85 ans et 95 ans⁴⁹. Elle fait souvent suite à une hospitalisation. 32,82 % des résidents d'EHPAD proviennent d'un établissement de santé sur le territoire régional. La population présente en EHPAD aujourd'hui est caractérisée par une grande dépendance : 23,4% des résidents bénéficient d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) au niveau régional. Le GIR moyen pondéré des résidents en EHPAD du département d'Indre-et-Loire est ainsi passé de 686 en 2012 à 703 en 2016. Une part grandissante des résidents accueillis sont atteints de troubles cognitifs liés à l'avancée en âge dont la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

En terme de reste à charge pour un résident les tarifs des EHPAD privés et public habilités à l'aide sociale du département oscillent entre 1434 € et 2076 € par mois⁵⁰. Les résidents d'EHPAD peuvent bénéficier d'aide pour financer leur hébergement à travers l'APA et l'aide sociale. L'APA,

⁴⁹ Tableau de Bord ANAP synthèse régionale 2015.

⁵⁰ Total hébergement + GIR5-6 des EHPAD hospitaliers publics autonomes et privés totalement habilités à l'aide sociale, statistiques BP 2016, Conseil départemental d'Indre-et-Loire.

versée par le Conseil départemental aide les personnes âgées de 60 ans et plus à s'acquitter du tarif dépendance fixé par l'établissement d'accueil.

Son montant est calculé en fonction de trois paramètres :

- Les ressources du résident,
- Son niveau de perte d'autonomie qui correspond à son GIR,
- Le montant du tarif dépendance correspondant à son GIR en vigueur dans l'établissement.

L'aide sociale à l'hébergement attribuée par le Conseil départemental, permet aux personnes âgées ayant de faibles ressources de financer le tarif hébergement des EHPAD. En Indre-et-Loire, 4 194 places d'hébergement permanent sont actuellement habilitées à l'aide sociale.

Les USLD (unités de soins de longue durée)

Les USLD sont des structures d'hébergement et de soins dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans, très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Elles sont adossées à un établissement hospitalier. Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD.

Le département d'Indre-et-Loire dispose de 2 USLD, totalement habilitées à l'aide sociale :

- L'USLD « Pôle santé Mentale Confluence » à St-Cyr sur- Loire, structure privée lucrative de 80 places,
- L'USLD de Chinon, rattachée à structure publique hospitalière de 124 places.

Le coût moyen mensuel hébergement d'un USLD est de 1884 €⁵¹/mois pour un usager.

2) L'hébergement non médicalisé : les résidence autonomie et les résidences services

Les résidences autonomie

En 2016 :

31 établissements

Loyer moyen pour un Type 1 - 2016 : 893 €/mois, pour un Type 2 : 1020.90 €/mois

⁵¹ Total Hébergement + GIR5-6 au 1er janvier par mois

La loi ASV⁵² institue une nouvelle dénomination pour les logements foyers et les MARPA. Les résidences autonomie sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées de plus de 60 ans, majoritairement autonomes (GIR 5/6) qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles (à cause d'une baisse de revenus, de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...). Les résidences autonomie accueillent les personnes seules ou les couples. Elles proposent des logements du studio au type 2, rarement des T3.

Les résidences autonomie ne sont pas destinées à accueillir des personnes qui ont besoin de soins médicaux importants ou d'une assistance importante dans les actes de la vie quotidienne. Les soins médicaux et les soins courants des résidents sont réalisés le plus souvent par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), infirmiers libéraux...).

Les résidents peuvent bénéficier de l'APA à domicile, des aides au logement, de l'aide sociale à l'hébergement si l'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

Un certain nombre de conditions cumulatives sont exigées pour la reconnaissance en tant que résidence autonomie :

- Répondre aux obligations d'un Etablissement Social et Médico-Social,
- Ne pas dépasser les seuils autorisés concernant la dépendance (GIR 1 à 3)
- Ne pas dépasser le seuil de 15 % concernant les autres publics accueillis (personnes handicapées, des jeunes travailleurs étudiants),
- Répondre à 8 prestations :
 - Gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie et l'élaboration et le suivi du contrat de séjour
 - Mise à disposition d'un logement privatif avec la possibilité d'installer le téléphone et de recevoir la télévision
 - Mise à disposition et entretien des espaces collectifs
 - Accès à une offre d'actions collectives ou individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de la résidence autonomie ou à l'extérieur
 - Accès à un service de restauration
 - Accès à un service de blanchisserie

⁵² Article 10 de la loi ASV (III et IV du L.313-12 du Code de l'action Sociale et des Familles et article 89 concernant les délais d'application et dispositions transitoires pour les prestations minimales.

Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées– entré en vigueur le 1^{er} juillet 2016,

- Accès à internet au moins dans une partie de la résidence autonomie
 - Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident une assistance et un moyen de se signaler 24h/24h.
 - Accès aux animations et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement et organisation d'activités extérieures.
- Permettre un accompagnement social de qualité (outil de la loi 2002-2 : projet d'établissement, contrat de séjour, conventions...).

Afin de permettre aux résidences autonomie de développer des actions de prévention⁵³ à destination des personnes âgées, la loi a instauré l'attribution d'un forfait autonomie, délivré par la Conférence des financeurs. L'attribution de ce forfait est subordonnée à la signature d'un CPOM qui prévoit, entre autre, les champs dans lesquels devront être mises en place les actions de prévention individuelles et collectives par l'établissement à destination de ses résidents et des habitants du territoire sur laquelle il se situe. 26 structures ont actuellement signé un CPOM en Indre-et-Loire. La loi encourage ainsi les résidences à s'ouvrir vers l'extérieur en invitant d'autres personnes âgées à participer à des actions de prévention de la perte d'autonomie qu'elles mettent en place.

Le fonctionnement des résidences autonomie est encadré par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que par les dispositions du Code de la construction et de l'habitation. C'est le Conseil départemental qui délivre l'autorisation de fonctionnement aux résidences autonomie. Il vérifie la qualité des prestations par des évaluations régulières qui doivent être réalisées par les établissements.

Sur 31 établissements du département d'Indre-et-Loire (dont 17 ex-logements-foyers, 13 MARPA et 1 EHPA) 29 sont reconnus résidence autonomie et 2 sont classés « Petite Unité de Vie ». Les résidences autonomie sont situées principalement à Tours et dans son agglomération. Le secteur est caractérisé par une part importante de structures publiques avec 19 établissements gérés par un CCAS ou une commune. Fin 2016, 1262 logements sont recensés et 1 486 personnes accueillies. 22

⁵³ Ces actions de prévention peuvent être des actions individuelles ou collectives visant à entretenir les facultés physiques des résidents, par exemple en travaillant avec eux sur la nutrition, la prévention des chutes et l'équilibre, entretenir la mémoire, développer les liens sociaux... Ce financement apporté par le conseil départemental permet aux résidences autonomie de rémunérer du personnel ou des intervenants extérieurs chargés de mettre en place des actions de prévention ou d'accueillir un jeune en service civique. Ces actions peuvent également être ouvertes aux personnes âgées extérieures à la résidence autonomie.

structures sont concentrées sur l'agglomération tourangelle avec 7 établissements dans la ville de Tours, et 16 établissements se situent en zone rurale.

Le taux d'occupation moyen des résidences autonomie est de 84 %⁵⁴.

La moyenne des tarifs pratiqués par les résidences autonomie, charges comprises (hors les 2 petits unités de vie du Département qui proposent des chambres et hors les forfaits dépendance) est largement supérieure à la moyenne des loyers pratiqués dans la location privée à Tours : 891,13 €/mois pour un Type 1 (alors que la moyenne des locations privées est de 430 €) et 1020,90 € pour un Type 2 (alors que la moyenne des locations privées est de 533 €) :

- Le loyer minimum pour un type 1 est de 452,32 €/mois, le loyer maximum de 1748,20 €/mois,
- Le loyer minimum pour un type 2 est de 554,20 €/mois, le loyer maximum de 2037,92 €/mois.

11 MARPA sur 12 pratiquent un forfait dépendance. Les ex-foyers logement ne pratiquent pas de forfait dépendance.

20 places sont habilitées à l'aide sociale dans 11 MARPA.

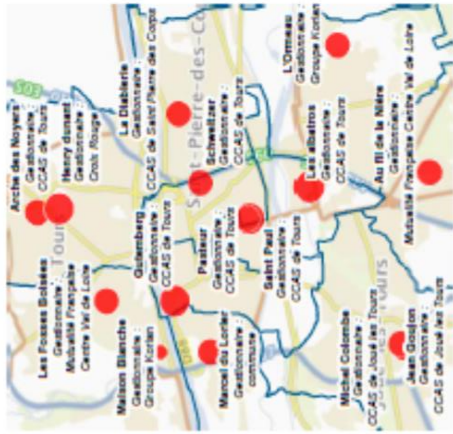
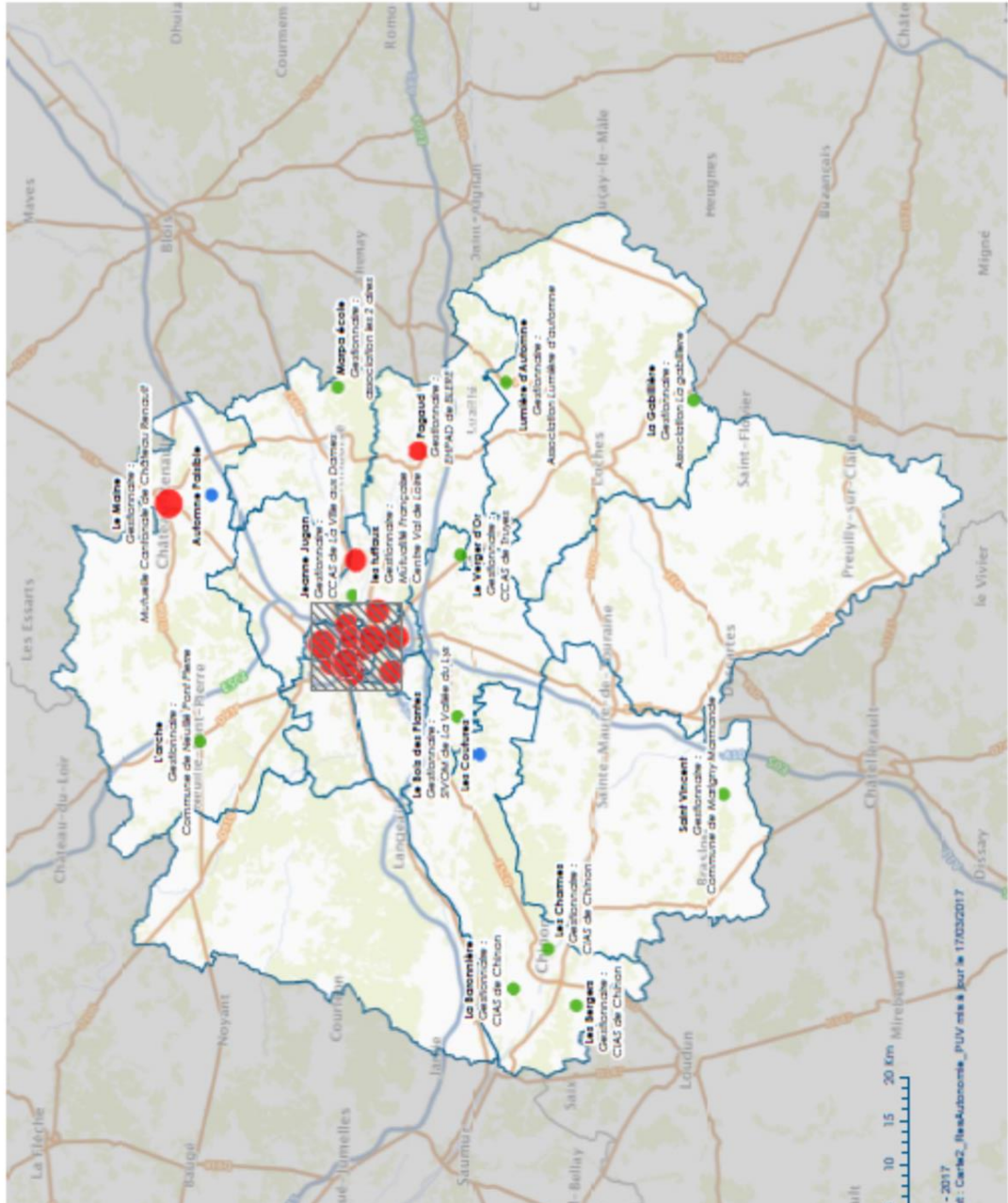
Constats

Concernant l'évolution du public accueilli :

- Certaines structures sont confrontées à des demandes d'accueil de couple de plus en plus fréquentes,
- En zone rurale, notamment au sein des ex-MARPA, l'âge à l'admission des résidents est de plus en plus avancé.

⁵⁴ Ce taux exclut les quatre résidences ouvertes en 2015 et 2016 qui sont encore en montée en charge progressive.

résidences autonomie département d'Indre-et-Loire



Légende

Residences autonomie :

- Capacité totale en nombre de places**
- Int. ou égal à 25 places
 - de 26 à 50 places
 - de 51 à 75 places
 - de 76 à 90 places

- Structures habitées à l'aide sociale
- Structures non habitées à l'aide sociale
- Petites Unités de vie
- Limite de cantons



-2017
© : Carles_RéaAutonomie_PUV mis à jour le 17/03/2017

Les résidences service

Les résidences services sont des ensembles de logements privés pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Les occupants des résidences services sont locataires ou propriétaires. Elles n'appartiennent pas à la catégorie des établissements médico-sociaux et ne relèvent pas d'une autorisation du Conseil départemental ou de l'Agence Régionale de Santé.

Suivant leurs souhaits, les résidents peuvent choisir de bénéficier de services complémentaires: assistance 24 h sur 24, restauration, en demi-pension ou en pension complète, entretien du logement, blanchisserie, etc. Le résident a la possibilité d'acheter ou de louer son logement selon les modalités fixées par la résidence services. Certaines résidences services assurent des animations au sein de leurs structures ouvertes à l'extérieur.

Le département recense actuellement 10 résidences services avec un total de 1080 logements

E) L'accueil familial : une solution alternative entre le domicile et l'établissement

Au 28.02.2017 : 63 accueillants – 70 personnes accueillies – 8 personnes sur liste d'attente

A mi-chemin entre le domicile et l'hébergement en établissement, l'accueil familial représente une solution alternative intéressante pour des personnes qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus rester à leur domicile. Il peut répondre à des demandes de prise en charge durable ou d'accueil temporaire, notamment pendant les vacances ou après une hospitalisation. Les accueillants familiaux peuvent accueillir 3 personnes au maximum de façon simultanée⁵⁵ sauf à titre dérogatoire en cas d'accueil d'un couple.

Le profil des accueillants familiaux

⁵⁵ Le président du Conseil départemental pourra, si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil simultané de 4 personnes au maximum lorsque, parmi ces personnes, un couple est accueilli.

	Qualité de l'accueillant
Femme	59
Homme	3
Couple	1

	Age de l'accueillant
Moins de 40 ans	3
de 41 à 49 ans	13
de 50 à 59 ans	25
60 ans à 69 ans	15
70 ans et plus	5

Les accueillants sont majoritairement des femmes qui ont entre 50 et 59 ans. La majorité des accueillants sont situés dans le Nord et le Sud du Département. Seulement 4 accueillants sont agréés sur l'est du département et 4 sur la Métropole.

Le profil des personnes accueillies

	Age de l'accueilli
Moins de 40 ans	8
de 41 à 49 ans	8
de 50 à 59 ans	14
de 60 à 69 ans	24
de 70 à 79 ans	3
de 80 à 89 ans	7
plus de 90 ans	6

	Profil de l'accueilli
Personne âgée	18
Personne handicapée	37
Personne hand. vieillissante	15

	GIR
Pas de GIR	28
GIR 1	0
GIR 2	4
GIR 3	21
GIR 4	16
GIR 5	1

Seulement 18 personnes sur 70 accueillies sont des personnes âgées.

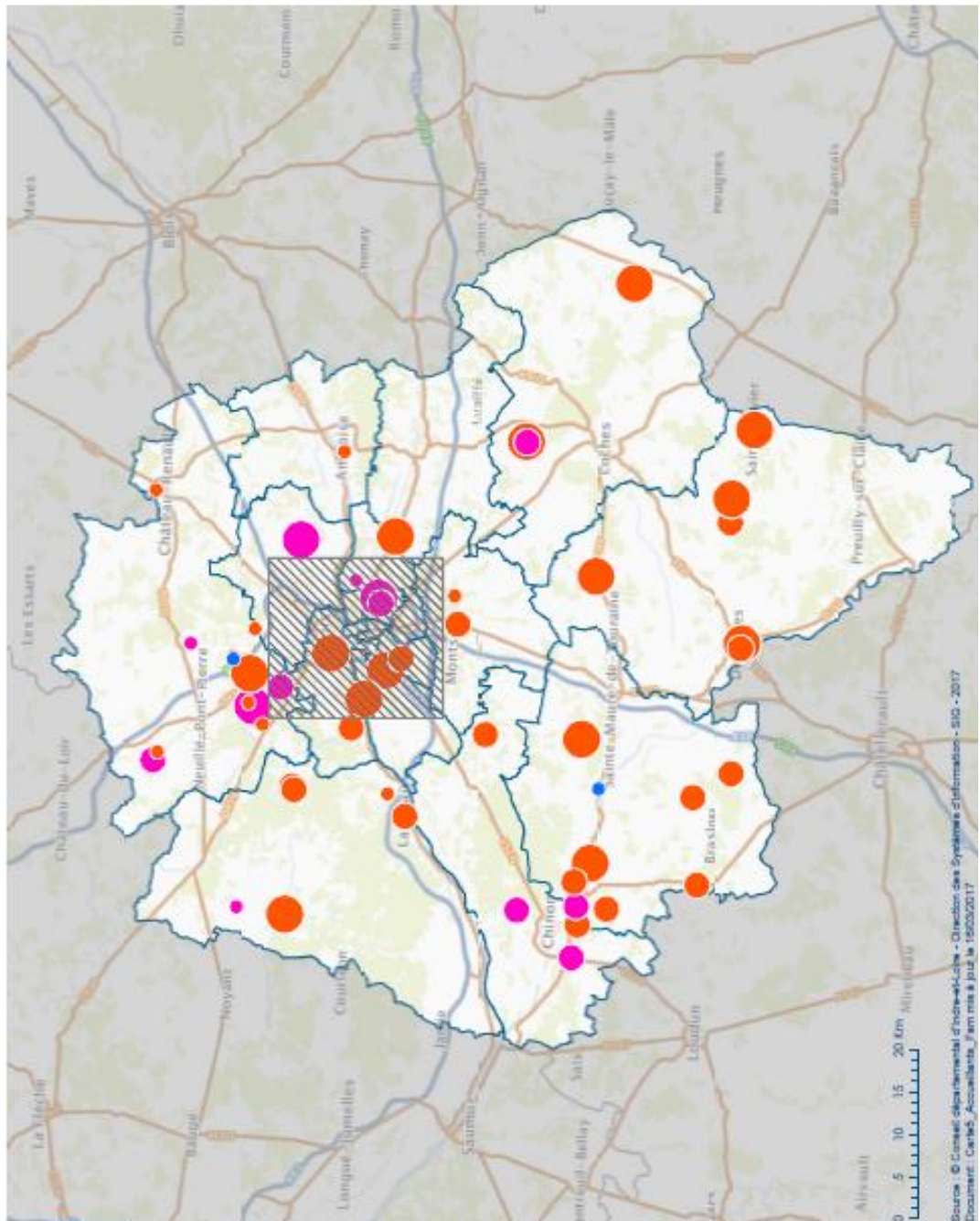
La loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement encourage le développement de l'accueil familial, qui est un dispositif dont le recours est encore marginal. Elle modifie notamment les conditions d'accueil des accueillants⁵⁶ qui ont l'obligation de suivre une initiation aux gestes de secourisme avant le premier accueil. Cette formation est organisée par le Conseil départemental.

En 2016, 24 000 € ont été dédiés par le département d'Indre-et-Loire à l'ensemble des actions de formation à destination des accueillants (premiers secours, accompagnement d'une personne souffrant de déficience psychique ou morale, alimentation diététique hygiène...) Plusieurs changements concernent également le contrat d'accueil conclu entre la personne accueillie et l'accueillant⁵⁷ et rapproche ainsi l'accueil familial des exigences des ESMS.

⁵⁶ Décret n° 2016-1785 du 19 décembre 2016 relatif à l'agrément des accueillants familiaux

⁵⁷ Chaque contrat devra contenir un "projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie", il garantira à la personne accueillie la possibilité d'exercer les droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3 du CASF (dont le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité) ; y sera annexée la charte des droits et libertés de la personne accueillie ; le contrat prévoira aussi la possibilité pour la personne accueillie, d'une part, de désigner une personne de confiance (dispositif applicable dans le champ sanitaire et étendu au secteur social et médico-social par la loi ASV), d'autre part, de recourir à une personne qualifiée pour l'aider à faire valoir ses droits.

accueil familial département d'Indre-et-Loire



Constats

La population de personnes âgées qui demande une entrée en accueil familial est de plus en plus dépendante et les entrées se font de plus en plus tardivement. Cette évolution interroge sur un risque de dénaturation de l'accueil familial social où l'accompagnement de la grande dépendance, à travers des soins de nursing notamment, risque de prendre le pas sur l'essence même de l'accueil familial qui doit permettre des échanges mutuels entre l'accueillant et l'accueilli. Néanmoins, cette évolution a conduit les accueillants à individualiser davantage l'accompagnement proposé.

Aujourd'hui, la répartition des accueillants familiaux sur le département est inégale : pas d'accueillant sur Tours, 1 accueillant sur le canton d'Amboise.

F) L'accueil de jour et l'hébergement temporaire

L'offre en terme d'accueil de jour et d'hébergement temporaire est répartie entre les EHPAD, les résidences autonomie et des services autonomes. Un certain nombre de places sont dédiées spécifiquement au public âgé souffrant de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, il n'existe aucune place spécifique pour la prise en charge de personnes jeunes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Le département d'Indre-et-Loire dispose également de deux services d'accueil de jour itinérant pour un total de 55 places.

		Total de places	dont places pour personnes âgées	dont places pour personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer
Accueil de jour	rattaché à un EHPAD	52	6	46
	rattaché à une résidence autonomie	2	2	0
	en service autonome	40	0	40
	en service autonome itinérant	55	0	55
TOTAL		149	8	141
Hébergement temporaire	en EHPAD	50	34	16
	rattaché à une résidence autonomie	8	8	0
	en service autonome	42	42	0
TOTAL		100	84	16

En 2016, 12 places d'accueil de jour pour les personnes âgées en perte d'autonomie, souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ont notamment été autorisées à Tours Nord (gestionnaire : Touraine France Alzheimer).

Des chambres relais ont également été déployées dans le cadre du dispositif PAERPA pour les personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire PAERPA. Ces chambres permettent d'accueillir en urgence des personnes âgées de plus de 75 ans en hébergement temporaire, le temps de la transition entre l'hôpital et le domicile et en cas de défaillance soudaine de l'aidant. La durée du séjour est de 15 jours (renouvelable une fois en cas de sortie d'hospitalisation). 4 établissements proposent des chambres relais sur le territoire :

- Le Relais SEPIA à Descartes
- L'EHPAD Henry Dunant à Tours
- L'EHPAD Puygibault à Loches
- L'EHPAD La Vallée du Cher à Tours

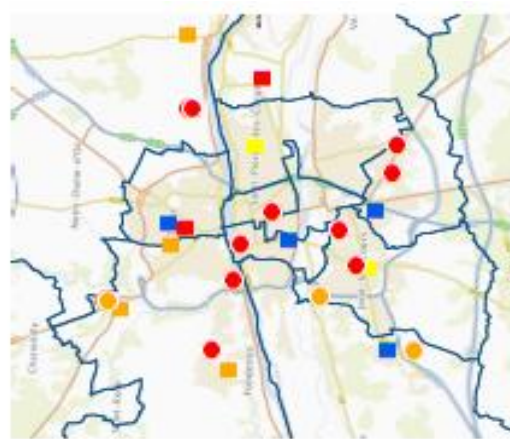
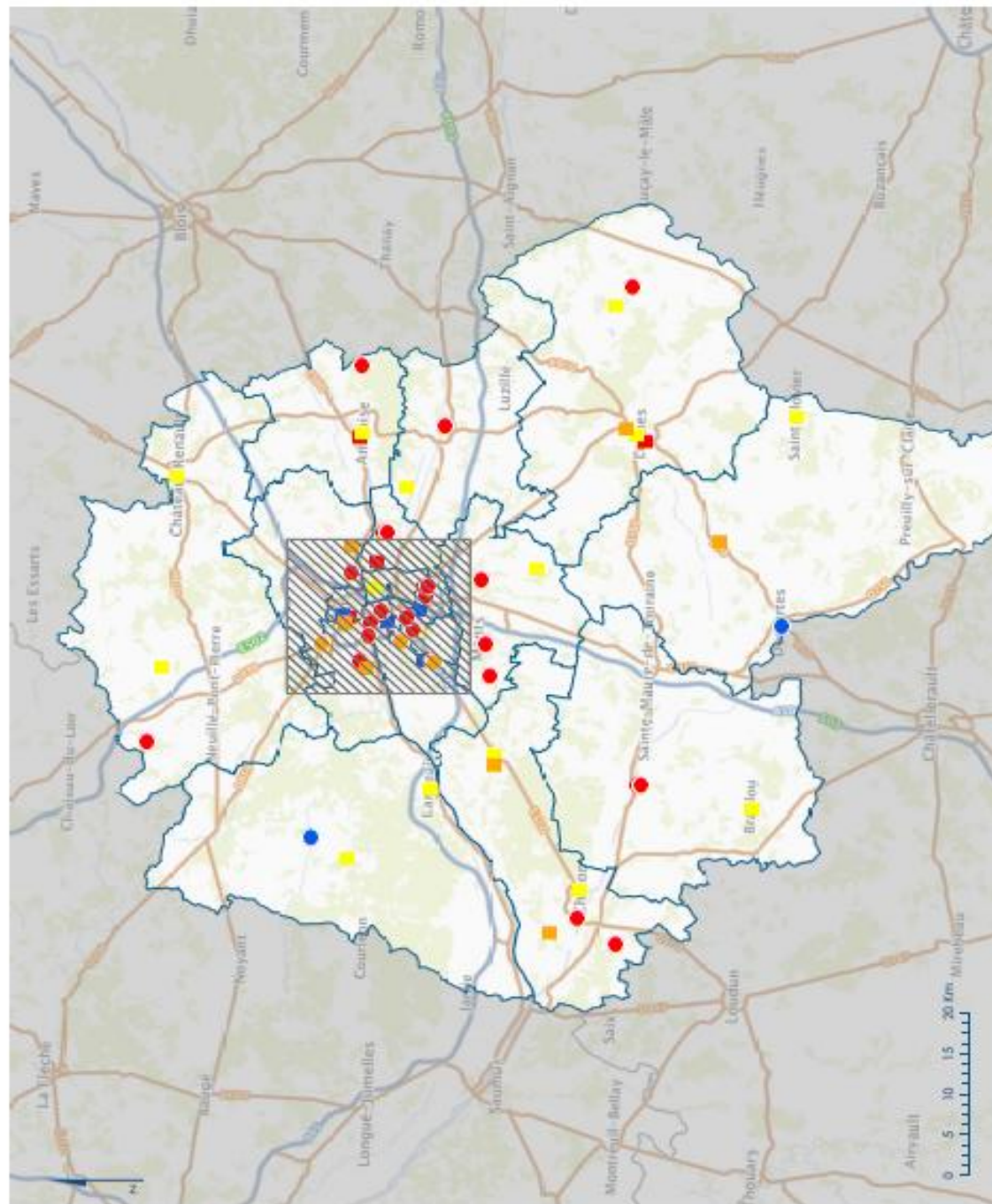
Courant 2017, un appel à projet conjoint Conseil départemental/ARS permettra la création de 22 places d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes.

Concernant l'accueil de jour, la prise en charge par le Conseil départemental est de 18 €/jour et 11.25 €/demi-journée. Concernant l'accueil de jour pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, la prise en charge est de 22.50€/jour et 11.25 €/demi-journée.

Les frais de transport des personnes qui fréquentent un service AGEVIE sont pris en charge à hauteur de 4 € par transport.

Concernant l'hébergement temporaire, une prise en charge peut être faite dans le cadre du plan d'aide APA à hauteur de 35.30 €/jour.

Les services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire Département d'Indre-et-Loire



G) La diversification de l'offre : les habitats regroupés et intergénérationnels

Depuis plusieurs années des dynamiques d'habitat pour personnes âgées et personnes handicapées se sont développées en France, hors champ institutionnel et hors domicile ordinaire en réponse aux besoins et attentes de ce public : une liberté de choix d'un mode de vie et d'un habitat. Fin 2013, la Direction Générale de la Cohésion sociale a lancé une étude sur 20 formes d'habitat alternatif (étude OXALIS) dans 9 régions. L'objectif était de :

- Identifier et localiser ces formes d'habitat alternatif ;
- Analyser les modèles économiques et sociaux qui les sous-tendent ;
- Analyser les attentes et les besoins satisfaits et les modalités d'organisation et de fonctionnement choisis pour y répondre ;
- Repérer les évolutions réglementaires le cas échéant nécessaires ou tout autre frein au développement de solutions innovantes répondant aux besoins des PA et des PH.

Le champ de l'étude s'est porté sur les habitats à dimension collective (résidences services incluses), proposant des dispositifs d'accompagnement à la vie sociale spécifiques et non médicalisés qui fonctionnent depuis au moins un an, qui apportent des réponses spécifiques aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et offrent des modalités d'accompagnement et de prise en charge du vieillissement et du handicap (prévention de la perte d'autonomie et de la maltraitance). Cette étude ne concernait pas les établissements sociaux et médico sociaux (loi 2002-2), le logement ordinaire et les résidences d'accueil.

Les 20 formes d'habitat alternatif étudiées concernaient en majorité des personnes âgées de 81.5 ans, autonomes ou légèrement dépendantes (GIR 4) ou des personnes handicapées âgées en moyenne de 43 ans (avec un écart de 20 à 75 ans), avec des handicaps variés.

Les projets ont été majoritairement financés dans le cadre du logement conventionné. Leur finalité est de renforcer l'autonomie, la sécurité, la facilité d'accès des services et la possibilité de recourir à des prestations externes de proximité.

Les coûts de ces initiatives sont très variables, cependant il s'avère que la part des loyers et charges ne couvre généralement par l'ensemble des dépenses (en fonctionnement et en amortissement) et que le financement des espaces communs est une réelle difficulté pour équilibrer les opérations.

Le financement des postes d'accompagnement des personnes se répartit entre le Conseil départemental ou la mutualisation de la PCH pour les personnes handicapées, la collectivité locale ou les locataires pour les personnes âgées, ainsi que le budget de fonctionnement du bailleur.

Si l'étude a confirmé le potentiel d'une offre alternative pour répondre aux besoins des personnes âgées autonomes et des personnes handicapées qui souhaitent vivre leur vieillissement ou leur handicap de manière différente, les pratiques sont hétérogènes et encore peu connues. La DGCS va lancer une enquête exhaustive auprès des conseils départementaux et des CCAS pour mieux recenser cette offre et mieux connaître le positionnement des collectivités en la matière. La CARSAT et les bailleurs sociaux seront sollicités dans un second temps.

L'habitat regroupé

On appelle « habitat regroupé » de petits ensembles de logements indépendants destinés aux personnes âgées. Ils sont conçus pour répondre aux besoins du vieillissement⁵⁸ :

- 1 Situation en centre-ville ou centre-bourg, proches des équipements.
- 2 Logements conçus pour des personnes avec des difficultés de mobilité,
- 3 Loyers abordables,
- 4 Services complémentaires facilités (livraison de repas...).

Des espaces communs utilisables par tous (lingerie, salle commune que l'on peut réserver pour des fêtes familiales...) permettent aux habitants de l'immeuble de se rencontrer.

L'appel à projet « Habitat du bien vivre à domicile », lancé par le Conseil départemental 2012-2014, a permis de soutenir 8 projets d'habitat innovant pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées (voir carte ci-dessous). Les critères de sélection de ces projets sont les suivants :

- Des logements adaptés au cœur d'un ensemble immobilier en centre-ville ou centre-bourg, proches de services ;
- La création d'une salle commune et/ou d'espaces extérieurs communs ;
- L'élaboration d'un projet social d'animation intégrant les futurs locataires.

Constats

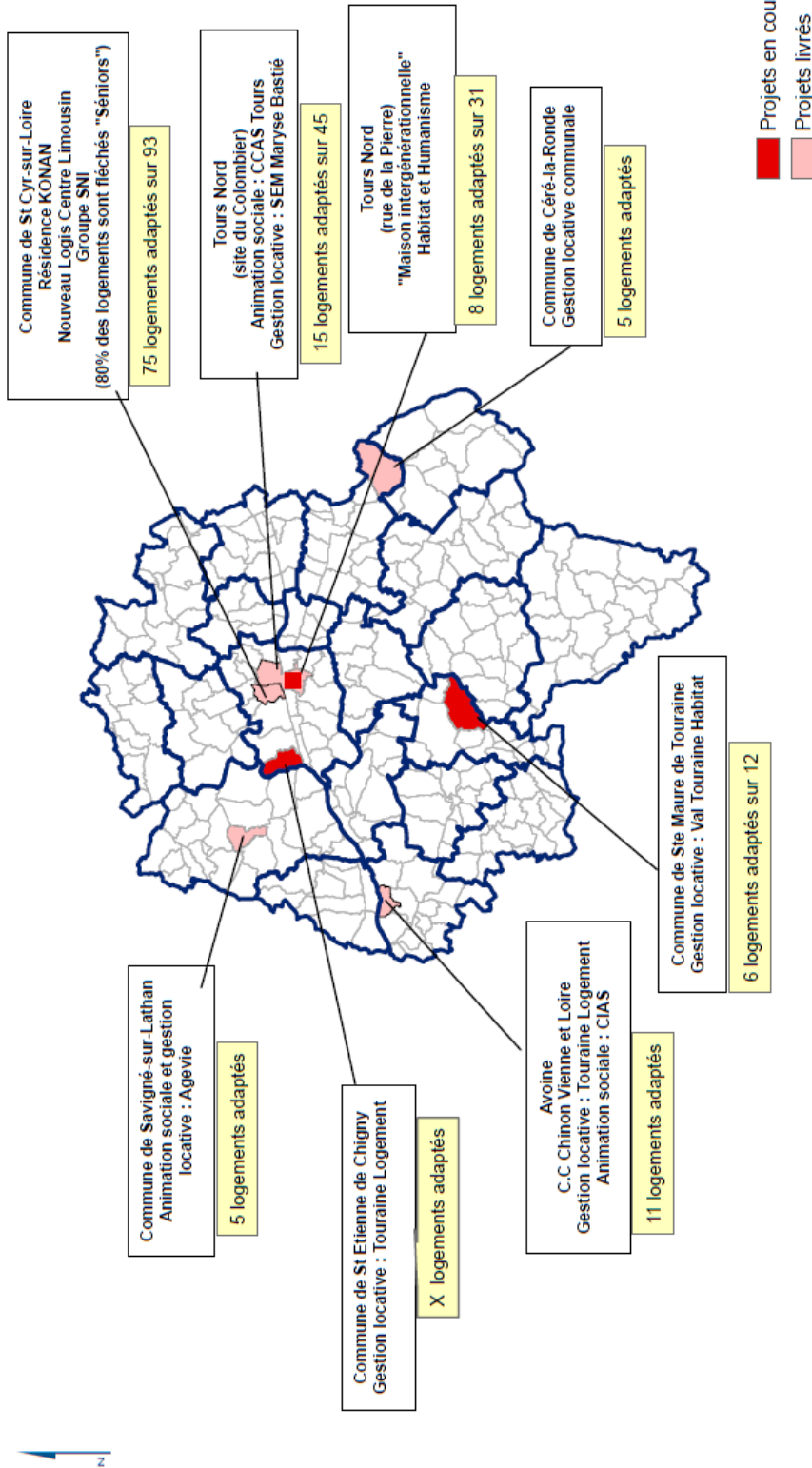
Quelques clefs de réussite pour la réalisation d'un projet de ce type peuvent être mises en évidence :

⁵⁸ <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/> Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches

- ❖ L'importance d'un partenariat élargi : à mettre en œuvre en amont de la réalisation du projet, à faire vivre tout au long du projet et à entretenir dans le temps (bilans réguliers à faire avec les locataires et les partenaires) en associant les professionnels du champ de l'habitat et du médico-social, les bénévoles des associations locales ainsi que des représentants du public cible
- ❖ La nécessité d'un projet social d'animation coordonné : il vise à préserver l'autonomie des personnes et à limiter le risque d'isolement en proposant des activités favorisant le lien social et en suscitant la solidarité entre locataires. Ce projet doit notamment permettre une intégration dans la vie du territoire avec une dimension intergénérationnelle, et encadrer les modalités du « vivre ensemble » (grâce aux ressources internes ou externes à mobiliser, des outils à élaborer : charte du vivre ensemble, d'utilisation des espaces communs, règlement intérieur, ...).
- ❖ Un accompagnement constant des locataires : lors de l'entrée dans le logement et durant toute la location avec notamment une « veille sociale » à organiser (vigilance, passages réguliers, orientation vers les services, ...) et une proposition éventuelle de petits services internes facultatifs (débouchage de siphons, remplacement d'ampoules, ...). Le départ du locataire, le cas échéant, vers une structure dédiée aux personnes âgées doit également être envisagé.
- ❖ Une bonne implantation du projet immobilier : Une localisation en centre bourg ou en cœur de quartier à proximité des commerces et des services ; des espaces communs (intérieurs et/ou extérieurs) adaptés, équipés, modulables à l'usage des locataires et supports du projet social d'animation ; un environnement intérieur et extérieur accessible et adapté (ou adaptables).

Lauréats de l'appel à projets "l'Habitat du Bien Vivre à Domicile"

2012-2014



0 5 10 15 20 25 30 Km

Source : Service Habitat - 2016
Document : HBVD_jun_2016 mis à jour le 20/06/2016

L'habitat intergénérationnel

Les habitats intergénérationnels ont pour but de favoriser l'entraide intergénérationnelle. Ils désignent un ensemble de logements conçus pour accueillir différentes générations : étudiants, familles, personnes âgées. Les différentes générations ne partagent pas le même toit mais vivent dans un même ensemble résidentiel. Ce sont en général des bailleurs sociaux en partenariat avec des associations ou des investisseurs privés qui initient ce type de projets.

Le département d'Indre-et-Loire dispose de plusieurs habitats de ce type. Nous pouvons citer de façon non limitative :

- La résidence intergénérationnelle à Avoine : gérée par Touraine Logement cette structure regroupe 11 logements dédiés aux personnes âgées non dépendantes Les locataires peuvent profiter de places de parking aériennes et d'un espace vert de 658,82 m². Cette structure regroupe une crèche, une antenne du foyer de jeunes travailleurs de Chinon (12 logements), des bureaux (activités tertiaires) et des logements pour seniors. Un espace collectif de 45 m² peut accueillir des animations diverses, coordonnées par le Centre social intercommunal (ex : activités sportives, théâtrales, ...)
- La résidence intergénérationnelle KONAN à St Cyr-sur-Loire regroupe 93 logements collectifs dont 63 réservés aux seniors associant projet social d'animation et de mixité sociale. Une salle commune de plus de 60 m² aménagée avec espace cuisine et sanitaires est à disposition des résidents et de l'association en charge de l'accompagnement des locataires. Des portages de repas ou des livraisons de courses sont proposés. Un gardien est présent et assure notamment l'écoute et le dialogue avec les locataires. Un certain nombre de solutions à la carte en fonction des besoins des locataires sont proposés
- Le projet de l'Association Habitat et Humanisme à Tours destiné à des parents isolés, des retraités et des jeunes travailleurs, tous en situation de précarité
- L'Association Jeunesse et Habitat : propose dans son projet « un toit en partage » une cohabitation intergénérationnelle basée sur des relations humaines de qualité : solidarité, respect mutuel, confiance... Le senior met à disposition une chambre vacante dans son logement à un étudiant ou un jeune travailleur en contrepartie d'un partage de tâches

quotidiennes, de compagnie... figurant au contrat⁵⁹. A l'heure actuelle 14 seniors accueillent 15 jeunes

- La Résidence Schweitzer à Tours gérée par le CCAS qui accueille à la fois des personnes âgées, des personnes handicapées et des étudiants. La résidence abrite aussi une salle de quartier pour créer du lien avec l'extérieur.

⁵⁹ Les conditions pour bénéficier de cette cohabitation intergénérationnelle sont d'adhérer à l'association, de s'engager à respecter la charte, de signer une convention d'occupation et de laisser un dépôt de garantie (pour le jeune)

SECTION II– LE CHAMP DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

A) Les dispositifs de coordination et de prévention de la perte de la perte d'autonomie

1) Le programme pour Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) de 75 ans et plus

Parce qu'il est possible d'éviter la survenue de certains risques et d'éviter des hospitalisations inutiles, le PAERPA vise à retarder la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile et à améliorer leur prise en charge. Ce dispositif, porté par l'ARS Centre-Val de Loire,⁶⁰ vise à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celle de leurs aidants par l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS) qui permet de prévenir les risques ou de les traiter et donne accès à certaines prestations spécifiques : actions de prévention individuelle et collective, éducation thérapeutique du patient, chambres relais⁶¹ etc... Ce dispositif permet également une meilleure coordination de l'action des professionnels auprès de la personne en mettant en relation les professionnels de santé (médecin, infirmier libéral, pharmacien d'officine, masseur-kinésithérapeute, etc.) et les professionnels sociaux (aides à domicile, travailleurs sociaux, etc...)-

Le projet PAERPA couvre la moitié Est du département d'Indre-et-Loire depuis le mois d'août 2016. Son extension sur la moitié Ouest n'est pas encore actée. Le nombre de situations repérées et de PPS élaborés est en constante augmentation. Au 31 mai 2017, le nombre de situations de personnes fragiles repérées est de 624 et le nombre de plans personnalisés de santé réalisés est de 350.

⁶⁰ <http://www.paerpa-centre.fr/>

Le PAERPA vise à repérer les principaux risques conduisant à une hospitalisation des personnes âgées : la dénutrition, les chutes, la dépression et la iatrogénie médicamenteuse. Une offre spécifique de prestations a été élaborée sur le territoire PAERPA d'Indre-et-Loire pour apporter une réponse à ces situations.

❖ « Dénutrition » : des bilans de diététiciens⁶² composés d'une consultation bilan et d'une consultation de suivi pour prévenir ce risque,

❖ « Chute » : des bilans podologiques à domicile ou en cabinet (pour l'adaptation du chaussage ; le dépistage et le traitement des affections podologiques), les bilans ergothérapeutiques à domicile pour l'adaptation du logement et/ou la mise en place d'aides techniques, suite à un repérage ou en sortie d'hospitalisation et un Programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)⁶³ réalisé principalement au domicile de la personne,

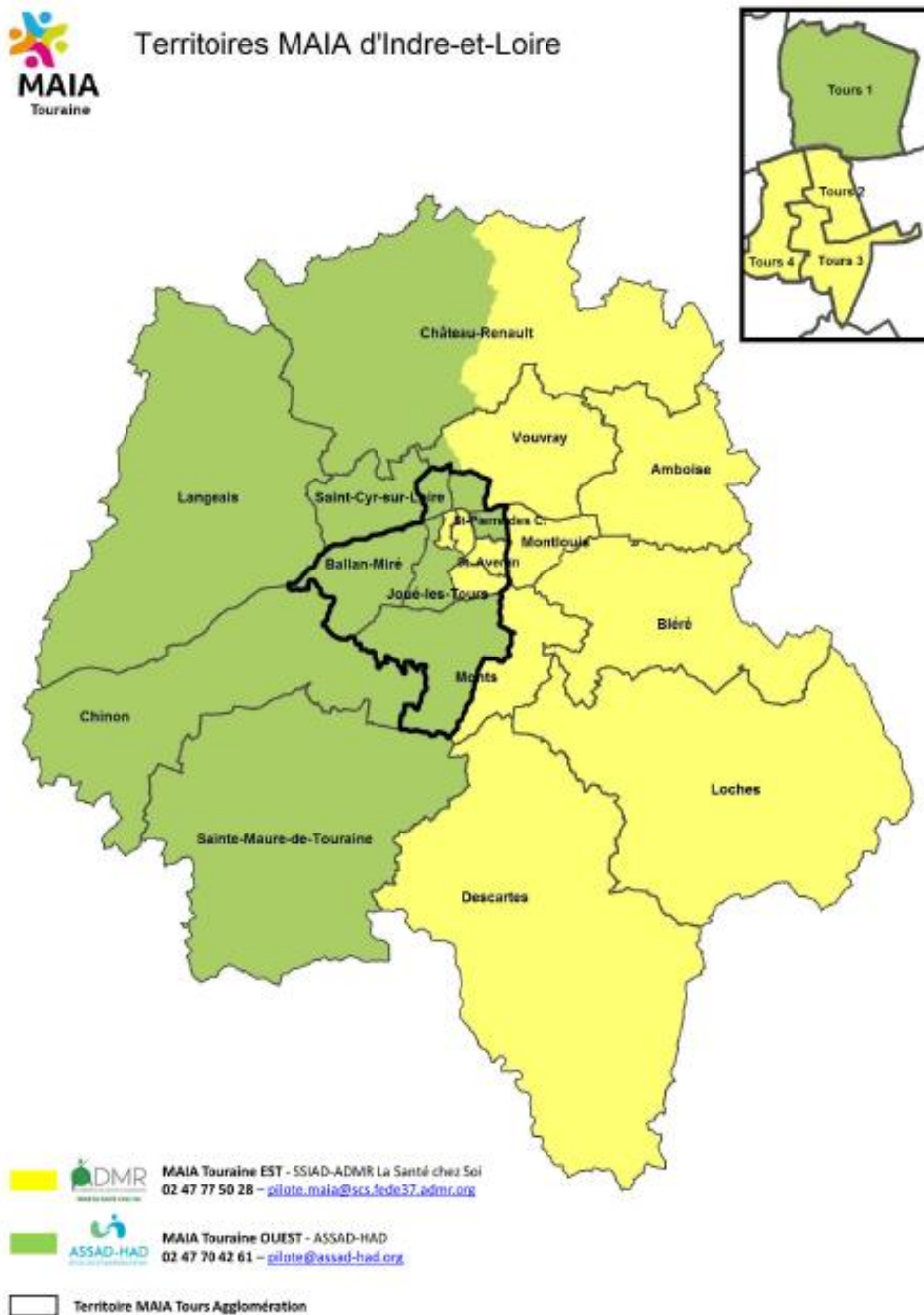
❖ « Dépression » : une action autour de « Mieux vivre son deuil » et un programme ETP dispensé à la Clinique Vontes,

❖ « Iatrogénie » : notamment le programme ETP « OMAGE ».

⁶² Le médecin traitant peut prescrire dans le cadre d'un PPS des expertises complémentaires sans reste à charge ni conditions de ressources pour l'utilisateur.

⁶³ Chaque programme comporte 5 séances : 1 bilan initial à domicile avec une évaluation individuelle des besoins éducatifs de la personne âgée, 3 séances de prise en charge adaptées à chaque patient à chaque patient, avec ajustement des contenus et priorisation des compétences à acquérir en fonction du patient et avec l'implication autant que possible des proches et 1 bilan de synthèse qui reprend les priorités du patient et des soignants, les besoins éducatifs, les compétences acquises et les difficultés persistantes.

2) La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)



Version juillet 2016

Le projet MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche

novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins⁶⁴. Elle œuvre à la simplification et à l'optimisation du parcours des personnes âgées et au soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions. Depuis la mise en œuvre des MAIA en octobre 2012 en Indre-et-Loire, le Conseil départemental est un partenaire privilégié du dispositif. Dans le département, chaque MAIA s'appuie sur un pilote et 4 gestionnaires de cas depuis octobre 2016. Chaque gestionnaire de cas peut suivre un maximum de 40 situations soit une capacité de suivi de 320 personnes dites en « situation complexe » sur l'ensemble du département.

Le projet MAIA repose sur 3 mécanismes interdépendants⁶⁵ :

La concertation, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins,

Le service gestion de cas⁶⁶ pour la gestion de situations complexes grâce à un suivi intensif au long cours. Le nombre de suivi est en augmentation passant de 395 en 2015 à 460 en 2016⁶⁷. On constate également que les personnes sont orientées de façon plus précoce grâce à un meilleur travail de repérage des professionnels et sont ainsi prises en charge sur une durée plus longue par les services de gestion de cas.

	2013		2014		2015		2016	
	Ouest	Est	Ouest	Est	Ouest	Est	Ouest	Est
Nbre de personnes suivi	49	42	144	128	201	194	178	204
File active au 31/12	42	36	95	85	98	112	98	117

⁶⁴ Les Mémos de la CNSA, Mai 2016.

⁶⁵ 3 outils sont utilisés :

- Le formulaire d'analyse multidimensionnelle (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle (utilisé par les gestionnaires de cas).
- Le plan de service individualisé (PSI). C'est un outil de gestion de cas servant à définir et à planifier de manière cohérente l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne âgée en situation complexe.
- Les systèmes d'informations partageables (informations en provenance des guichets intégrés, des pilotes et des gestionnaires de cas...).

⁶⁶ Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas.

⁶⁷ Chiffres d'activité des deux services de gestion de cas

Le guichet intégré : il vise à intégrer l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire en fédérant tous les partenaires chargés de l'information de l'orientation des personnes âgées et de leurs aidants et de la coordination des interventions sur le territoire. Ce n'est ni un lieu unique, ni une plateforme de services mais il renvoie à un mode d'organisation des différents guichets existants qui dans leurs fonctions sont amenés à orienter la population vers une réponse adaptée à leurs différents besoins. Le guichet intégré fonctionne grâce à différents outils :

- L'Annuaire des ressources du territoire : le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources)

Des actions de formation et de sensibilisation sont menées auprès des différents professionnels sur le département sur l'outil ROR.

- Le référentiel mission : description des missions des partenaires et de leur modalité de prises en charge
- Le formulaire d'analyse multidimensionnelle de la demande

Pour définir qui utilisera ces outils, un travail est actuellement mené pour définir « les partenaires ressources de l'accueil et l'information du public ». Une cartographie a été validée le 30/03/2017 par la table stratégique. Les pilotes MAIA envisagent par la suite de rencontrer individuellement ces partenaires identifiés pour faire un état des lieux plus précis sur leurs missions et leur possibilité pour être ces lieux ressource.

B) Le soutien aux proches aidants

1) Contexte et problématiques

Stress, isolement social, fatigue peuvent entraîner un épuisement de l'aidant préjudiciable à sa santé, mais aussi à la qualité de sa relation avec le proche aidé. Le risque de maltraitance qui en découle renforce l'impératif de soutien aux aidants. Ces conséquences néfastes sur la santé psychologique et psychique de l'aidé se trouve accru par une situation d'isolement de l'aidant (parent isolé d'un enfant handicapé, conjoint isolé d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer...)

La multiplication des plans de santé publique et des plans médico-sociaux s'accompagne d'une présence de plus en plus systématique d'un axe ou de mesures relatives aux proches et aux aidants (plans AVC 2010- 2014, Alzheimer 2008-2012, cancer 2009-2013, maladies chroniques 2007-2011, soins palliatifs 2008-2012, autisme 2008-2010...). Si cela témoigne d'une reconnaissance croissante de

leurs rôles et de leurs besoins, un certain nombre d'associations souhaitent que les plans organisés par pathologie aient une approche plus transversale. Il ne s'agit pas d'occulter les caractéristiques de certains types de handicap porteurs de conséquences spécifiques pour les aidants mais d'identifier quand c'est possible des méthodologies et des leviers d'action communs.

Plusieurs textes de lois votés dans les années 2000 contribuent à une reconnaissance d'ordre juridique : introduction du dispositif de personne de confiance par la loi santé du 4 mars 2002, la possibilité d'employer ses enfants dans l'introduction de l'APA, la reconnaissance du droit au répit dans la loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28/12/2015, la possibilité qu'un proche aidant ait le statut de salarié dans la loi du 11 février 2005 dans le cadre de la PCH, l'établissement de la responsabilité des ARS en matière de soutien et d'accompagnement des aidants dans la loi du 15 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

L'intervention des professionnels du soin et de l'accompagnement à domicile ne se traduit effectivement pas par une disparition de l'aide des proches. Une personne âgée très peu autonome (en GIR 1-2) vivant à domicile est ainsi aidée par des professionnels en moyenne 2h10 par jour contre 5h15 par jour par son entourage (soit 2h40 d'aide de l'entourage pour 1 heure d'aide professionnelle). Une étude commandée par France Alzheimer estime que l'aidant d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer lui consacre 6h30 de travail effectif.

Les professionnels des équipes APA sont souvent en mesure de repérer les situations à risque pour l'aidant et la personne aidée. Le moment de l'évaluation constitue une opportunité pour accompagner la famille dans une réflexion sur ses choix d'organisation. La présence d'un tiers est donc le plus souvent bénéfique. La réforme de l'évaluation multidimensionnelle⁶⁸ de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, prévu à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles va permettre d'approfondir ce travail de repérage des situations de fragilités. Cette évaluation se veut globale et traite différentes dimensions, qui portent notamment sur la réalisation par la personne des activités de la vie quotidienne, son environnement, son habitat, son entourage, les aides déjà mises en œuvre, en tenant compte tout au long de l'évaluation de ses souhaits et de ses projets. Le plan d'aide recense les aides préconisées et finançables dans le cadre de l'APA et intègre également les aides au répit pour les proches aidants : accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, accueil familial, heures ou journées d'aide ou de surveillance à domicile. En

⁶⁸ Cette évaluation de la situation et des besoins ne doit pas être confondue, même si elle est étroitement complémentaire, avec l'appréciation du degré de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui reste fondée sur l'administration de la grille Aggir

dehors des aides liées à l'APA, le plan d'aide identifie aussi les autres préconisations intéressant la personne évaluée : mobilisation d'autres aides financières, soins infirmiers, adaptation de l'habitat, actions de prévention...

Bien souvent les aidants n'expriment pas spontanément une demande d'aide. Le sentiment de culpabilité qui caractérise souvent les aidants constitue un frein à l'expression d'une demande. La méconnaissance des aides existantes est également un facteur de non-recours aux aides existantes. L'expression de la demande devrait donc être accompagnée.

Les besoins les plus fréquemment rencontrés chez les aidants :

- ✚ Un besoin de comprendre et de pouvoir se repérer face à la maladie et aux aides existantes
- ✚ Un besoin de reconnaissance
- ✚ Un besoin de temps pour soi
- ✚ Un besoin d'accompagnement, notamment de soutien psychologique par l'échange avec des pairs ou avec un psychologue
- ✚ Un besoin de soutien financier
- ✚ Un besoin d'aides concrètes : lieu d'accueil pour la personne aidée, dispositifs de recours en urgence quand l'aidant craque ou craint de ne pas parvenir à gérer seul les difficultés, services à domicile, coordination des aides...

2) Le profil des aidants de la personne âgée⁶⁹

En France, on considère que 8,3 millions de personnes aident de manière régulière et à domicile un ou plusieurs de leurs proches pour raison de santé ou de handicap. Parmi elles, 4,3 millions de personnes aident un proche de 60 ans ou plus. Selon une enquête menée par l'Association française des aidants en 2015, 48% des aidants déclarent avoir des problèmes de santé qu'ils n'avaient pas avant d'être aidants, 70% disent ne plus s'accorder de temps pour les loisirs quand 59% se sentent seuls.

Bien que les modèles familiaux évoluent, **la famille proche** (parents, enfants, conjoints) est au centre de l'aide apportée en France aux personnes en perte d'autonomie. Elle représente **79% des aidants**. Le **profil de l'aidant varie en fonction de l'âge de la personne aidée** : avec l'avancée en âge, l'aide apportée principalement par les conjoints diminue au profit de l'aide apportée par les enfants.

⁶⁹ « Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget », Octobre 2015.

1/3 des aidants (34%) ont plus de 60 ans : ils entrent eux-mêmes dans la catégorie « personne âgée » et **47% d'entre eux ont entre 50 et 74 ans**. Ce constat est visible dans les autres pays occidentaux : dans la plupart des pays de l'OCDE, le groupe d'âge qui comprend la plus grande part d'aidants et celui des 45-64 ans, soit la génération « pivot » (HUBER & al., 2010).

3) Les besoins exprimés par des aidants sur le département d'Indre-et-Loire

Le cabinet Kantar Public a réalisé pour le compte de la Conférence des financeurs du département d'Indre-et-Loire une enquête téléphonique auprès de 10 aidants familiaux résidant sur le territoire départemental. Les entretiens semi-directifs avaient une durée d'environ 1h.

L'échantillon a été construit de manière à inclure un maximum de diversité dans la situation des aidants (CSP, habitation en milieu rural ou urbain, en activité ou à la retraite, etc...). et des personnes à leur charge (degré de dépendance, causes de la dépendance).

Principaux enseignements

- Deux grands cas de figure peuvent être distingués au sein de la population interrogée :
 - D'une part le cas des aidants qui sont parvenus à trouver un équilibre entre les responsabilités qu'ils assument auprès du ou des proches dont ils s'occupent, leurs capacités physiques et morales et les nécessités de leur vie personnelle ; grâce à quoi, une qualité de relation avec le proche s'est maintenue qui leur permet de faire face à la pesanteur de la tâche que représente cet accompagnement.
 - D'autre part, celui des aidants qui ont au contraire le sentiment de vivre une forme de servitude et qui sont à bout de forces.
- Dans l'ensemble, les aidants interrogés paraissent être plutôt bien informés sur les aides qu'ils peuvent mobiliser et les acteurs vers lesquels ils peuvent se tourner pour intervenir auprès des proches qu'ils assistent et leur permettre également de trouver un répit. Il existe toutefois des différences assez significatives quant au niveau d'information dont ils disposent : la moitié d'entre eux environ a le sentiment de bien maîtriser les choses, les autres insistent au contraire sur les difficultés auxquelles ils se heurtent.

- Le territoire départemental leur semble disposer d'un réseau assez dense d'acteurs publics et associatifs vers lesquels ils peuvent se tourner, l'ensemble offrant une palette de services et de prestations de qualité.
- Dans ces conditions, le problème principal auquel sont confrontés les aidants est de nature financière : il s'agit d'une part de la limitation des aides qui leur sont allouées au titre de l'APA qui permet certes de faire des choses très appréciables mais pas toujours suffisamment pour répondre à leurs besoins ; et d'autre part, du problème que représente le coût des placements en EPHAD auquel, bien souvent, le montant des retraites dont dispose la personne dépendante, voire le foyer tout entier, ne permet pas de faire face.

Emergent ainsi des attentes principalement en termes de :

- _ Moyens financiers supplémentaires, notamment pour permettre le placement des personnes dépendantes dans des EPHAD
- _ Aides humaines dans les gestes du quotidien (ménage, toilette, courses)
- _ Centralisation de l'information sur les aides à disposition (à l'heure actuelle, rôle décisif des associations qui délivrent l'essentiel de l'information, mais problème dans l'entrée de la dépendance, notamment quand passage à l'hôpital), mais aussi sur la maladie elle-même du proche dépendant afin de mieux comprendre ce qu'il vit et ses besoins
- _ Aides ponctuelles sur les tâches administratives
- _ Soutien psychologique et conseil personnalisé d'une personne référence au courant de tout leur dossier
- _ Prises en charge ponctuelles des personnes dépendantes pour donner à l'aidant un peu de répit ou la possibilité de partir en vacances, ou définitives quand cela devient nécessaire (contrer ce sentiment d'être prisonnier)
- _ Sécurité en cas de problème à la maison : objets connectés à des centres d'urgence

4) Les dispositifs et initiatives locales de soutien aux aidants

Le plan Alzheimer 2008-2012 a joué un rôle important dans le développement des solutions de répit. L'accueil de jour et l'hébergement temporaire s'adresse à la fois à la personne aidée, accueillie et accompagnée par des professionnels, ce qui profite ainsi à l'aidant qui bénéficie de temps libre et de contacts sociaux. Toutefois l'aide aux aidants ne saurait se limiter au répit car l'impact est limité lorsque la mesure est prise isolément. Il faut faciliter l'accès à l'information sur les aides disponibles.

L'aide aux aidants est un champ de politique publique relativement récent qui ne relève aujourd'hui d'aucune compétence précisément attribuée, et qui est investi parallèlement par plusieurs types d'acteurs : les associations investies dans le champ médico-social, les départements, les ARS, les organismes de protection sociale, les mutuelles, les assureurs et les institutions de prévoyance.

Les dispositifs issus de la ASV

La loi ASV marque une évolution significative en reconnaissant le rôle et le statut du proche aidant et en allouant des droits spécifiques. Est considéré comme proche aidant « la personne qui assure une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile de l'âgé et qui ne peut être remplacée pour ce faire par une autre personne à titre non professionnel, c'est-à-dire que, sans elle, le maintien à domicile est impossible ».

Trois dispositifs sont prévus :

- 1) Le droit au répit de l'aidant : Cette aide financière doit permettre à l'aidant de prendre un temps de repos en finançant l'accueil de la personne aidée dans une structure adaptée à ses besoins avec une majoration possible du plan d'aide APA jusqu'à 499,69 € (1 fois/an), dès lors que le plan d'aide APA est au maximum. Cette enveloppe peut notamment permettre de financer un hébergement temporaire ou un accueil de jour.
- 2) Un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant avec une majoration possible du plan d'aide jusqu'à 992,77 € à chaque hospitalisation. Un justificatif d'entrée en hospitalisation est demandé à l'aidant.

Le référent APA est en charge d'intégrer la nouvelle prise en charge au plan d'aide. Dans le cadre du répit comme du relais, un tarif spécifique pour l'accueil temporaire de 65 € a été décidé (contre 35,30 € pour l'AT classique). C'est le référent APA, lors de sa visite à domicile, qui identifie le proche-aidant. Au 1^{er} mars 2017, 24 aidants ont pu bénéficier d'une mesure au titre du droit au répit.

3) Le congé « du proche aidant » remplace le congé « de soutien familial » : plus souple, il permet d'aider un proche handicapé ou en perte d'autonomie, qu'il fasse partie de sa famille ou non. Il donne

la possibilité de cesser temporairement son activité (ou à temps partiel ou fractionné) pendant 3 mois (renouvelable jusqu'à un an pour les salariés) mais il n'est pas rémunéré⁷⁰.

La prise en charge de l'hébergement temporaire dans le cadre du PAERPA

Comme énoncé précédemment, des chambres relais sont à la disposition des personnes âgées de 75 ans et plus résidant sur le territoire PAERPA, pour une durée limitée (15 jours) en cas de défaillance soudaine de l'aidant :

- Afin d'éviter les hospitalisations en urgence de la personne restant seule à domicile
- A la demande du médecin traitant, via la Coordination Territoriale d'Appui.

Cet hébergement est pris en charge à 100 % par l'ARS, le Conseil départemental la CARSAT et la MSA.

Les initiatives locales

En complément de l'offre en terme d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, différentes initiatives dédiées à l'accompagnement des aidants sont présentes sur le territoire départemental. Nous pouvons en présenter quelques-unes de façon non limitative.

❖ Village Répit Familles à Fondettes : un lieu de vacances pour l'aidant familial et l'aidé⁷¹ :

L'association Vacances Répit Familles propose une solution innovante qui associe un village de vacances et une structure médico-sociale. Elle permet à l'aidant de partir en vacances avec son proche dans des conditions adaptées à sa situation. L'aidant et la personne accompagnée sont accueillis ensemble en vacances de manière différenciée. La capacité d'accueil de l'établissement est de 70 places au total : 26 pour les personnes aidées (dont 6 en unité médico-sociale dédiée) et 34 pour les personnes aidantes ou accompagnantes. Les personnes dépendantes et ou désorientées peuvent, selon leur choix, partager la chambre avec leur accompagnant, disposer d'une chambre séparée ou être accueillies en unité médico-sociale.

❖ Bulle d'R : une plateforme de répit à Chambray-lès-tours⁷² :

La plateforme de répit Bulles d'R propose des actions à l'attention des aidants de personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté : temps d'information et de formation, temps d'écoute et d'orientation (relations d'aides, accompagnement vers les dispositifs existants,

⁷⁰ Seule condition : il faut avoir au moins deux ans d'ancienneté dans son entreprise

⁷¹ https://www.vrf.fr/VRF/web/node1_7122/votre-sejour

⁷² <http://www.mfcvl.com/etablissements/seniors/37-indre-et-loire/chambray-les-tours/plateforme-de-repit-bulles-dr/>

bistro mémoire) et des activités de loisir permettant le maintien de la vie relationnelle et sociale. La plateforme Bulles d'R propose également des solutions de répit pour les aidants et des solutions d'accueil de la personne malade ainsi qu'une aide aux transports pour participer aux activités. Cette palette de services est complétée par des ateliers aidants et des ateliers aidants-aidés et un bistrot mémoire.

❖ Le Baluchonnage ou » relayage » :

Un rapport parlementaire en mars 2017 est consacré à ce dispositif créé au Canada et instauré également en Belgique. Cette aide « pallie l'absence temporaire d'un aidant et s'adresse à des personnes en perte d'autonomie pour lesquelles le changement d'environnement causerait une désorganisation importante et engendrerait une perte de repères ». Ce « relayage » permet de quitter son domicile en laissant la personne que l'on accompagne aux soins d'un tiers en toute confiance. Mais pour qu'il offre un réel bénéfice à l'aidant, il devrait être « *d'au moins deux jours et une nuit soit 36 heures* » et sa mise en place se heurte par conséquent à plusieurs difficultés en terme de financement et de législation du travail. La réglementation en vigueur contraint actuellement à faire se succéder plusieurs relayeurs. Or, les personnes en perte d'autonomie ne peuvent voir se succéder plusieurs personnes, facteur déstabilisant et anxiogène pour eux. L'étude de faisabilité de cette action pour la mise en place de ce dispositif sur le territoire départemental faisait partie d'une des fiches action de l'avenant au schéma départemental en faveur des personnes âgées 2015-2016. Un projet était en cours de réflexion dans le Pays Touraine Côté Sud mais les contraintes législatives avaient conduit à suspendre sa réalisation. Des réflexions sont actuellement en cours au niveau national pour permettre la mise en place, à titre expérimental, de ce type de dispositif.

Les initiatives locales :

De nombreuses initiatives locales sont portées par différents partenaires du territoire pour accompagner, former et soutenir moralement et psychologiquement les aidants.

De façon non-exhaustive, on peut citer :

- Les cafés des aidants qui sont des lieux, des temps et des espaces d'information, destinés à tous les aidants, quels que soient l'âge et la pathologie de son proche. Ces rencontres ont lieu une fois par mois et sont co-animées par un travailleur social et un psychologue ayant une expertise sur la question des aidants. À chaque rencontre une thématique est proposée pour amorcer des échanges autour de son vécu d'aidant. L'objectif est d'offrir un lieu dédié, pour

échanger et rencontrer d'autres aidants dans un cadre convivial (un café associatif, un bar, un restaurant, etc.)

- Les forums de prévention et d'information sur les dispositifs existants pour soutenir les aidants
- Des actions de formation à destination des aidants notamment proposées par les associations France Alzheimer 37 et France Parkinson
- La passerelle Assist'aidant propose un soutien de 6 à 8 mois, personnalisé et à domicile. Elle intervient sur plus de 55 cantons de l'Est du département et sur Tours et son agglomération. Une équipe pluridisciplinaire de socioprofessionnels prend en charge les besoins spécifiques de l'aidant familial. (Psychologues, ergothérapeutes, kinés, nutritionnistes, socio-esthéticiennes, médiateurs familiaux ou l'association Touraine Alzheimer). Les travailleurs sociaux alertent les membres du réseau⁷³ et l'un des membres de l'équipe devient alors le référent attitré de l'aidant familial et se rend au domicile pour un premier contact. Un plan d'aide personnalisé peut ensuite être réalisé. L'aidant peut alors bénéficier jusqu'à 6 rendez-vous, en moyenne un par mois, au cours desquels l'intervenant l'aide à retrouver l'estime de soi, à repenser à lui. Cela peut passer par de l'écoute, effectuer des massages ou recourir aux conseils d'une socio-esthéticienne pour réapprendre... à se maquiller. Pour que le coût de la prestation ne soit pas un frein, elle a été fixée à 10 € symboliques. Au terme de l'intervention, l'aidant est orienté vers les structures d'aide aux aidants familiaux comme l'accueil de jour, les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, les groupes de parole, etc...».

Certaines actions locales en faveur des aidants ont été recensé dans le cadre de l'enquête et seront présentées par la suite. (cf E) Les actions collectives de prévention de la perte d'autonomie : diagnostic territorial)

⁷³<http://www.msa-berry-touraine.fr/lfr/solidarite/resaf37>

Constats

On constate une réelle dynamique autour du soutien aux aidants, appuyée notamment par la loi ASV, avec une prise en compte de plus en plus importante de leurs besoins afin de garantir un maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, dans de bonnes conditions et de prévenir les situations d'épuisement.

La question du repérage des fragilités des aidants demeure un point sensible. Le partenariat de l'ensemble des acteurs intervenants à domicile est essentiel (SAAD, référent APA...) pour faire le lien et communiquer notamment sur la palette de dispositifs de soutien mobilisable est indispensable.

C) Les actions collectives de prévention de la perte d'autonomie : diagnostic territorial

1) Les pratiques des porteurs d'action

a) Méthodologie de l'enquête

Une enquête qualitative par le biais d'un entretien téléphonique semi-directif d'une vingtaine de minutes a été réalisée auprès de 16 porteurs d'action de prévention sur le territoire départemental.

Le panel de personnes interrogées était constitué de :

- 4 travailleurs sociaux référents de coordination autonomie,
- 2 centres sociaux,
- 5 CCAS,
- 1 fédération de mutuelles de santé,
- 4 associations privées œuvrant dans le champ de la prévention

Le guide d'entretien était structuré autour de trois grandes thématiques :

- Montage de projet, communication et lancement
- Message véhiculé par l'action de prévention et évaluation
- Dynamique partenariale et mission de la Conférence des financeurs

b) Exploitation des résultats

Les retranscriptions des échanges présentées pour illustrer les constats principaux de l'enquête sont volontairement anonymisées.

MONTAGE DE PROJET, COMMUNICATION ET LANCEMENT

Etude de besoin et définition du territoire cible

Le niveau de formalisation de cette étape d'étude de besoins, préalable au lancement d'une action de prévention, est différent selon les partenaires. Cette étape est particulièrement formalisée chez certains partenaires : diagnostic de territoire, questionnaire pour connaître les attentes et les besoins...

« (...) Nous avons fait un diagnostic de territoire, nous avons fait des questionnaires que les bénévoles sont allés porter chez les personnes pour savoir quels étaient leurs besoins, ce qu'ils souhaiteraient, est ce qu'ils avaient envie de sortir, de se rassembler, de faire des jeux. »

« La programmation des actions de prévention est définie en lien avec les orientations stratégiques arrêtées au niveau de l'union régionale. Un travail est ensuite à faire pour décliner de façon opérationnelle ces axes à travers la mise en place d'actions sur le terrain. »

Pour la majorité des porteurs d'action interrogés, le lancement d'une action résulte plutôt d'une démarche d'observation des besoins "informelle" à travers leurs ressentis de la réalité et leur expérience de terrain.

« (...) une oreille extrêmement attentive sur les demandes qui peuvent nous être adressées directement par les administrés, mais c'est également écouter et entendre l'ensemble de nos partenaires au sein de la coordination autonomie, au sein de nos partenaires associatifs locaux »

Concernant le lieu d'implantation géographique de l'action : certains porteurs soulignent qu'ils sont parfois confrontés à des enjeux politiques, d'autres mettent en avant que des avantages matériels sont souvent déterminants (exemple : prêt de salle de la part d'une commune). Plusieurs partenaires se réfèrent à l'observatoire des fragilités de la CARSAT pour identifier les territoire cibles du déroulement de leurs actions de prévention.

« (...) au maximum, on essaie lorsque nous avons des actions à lancer de les proposer aux communes qui font parties de ces territoires identifiés comme zones fragiles. S'appuyer sur ce travail de repérage réalisé par la CARSAT permet que nos actions soient en corrélation le plus possible avec les besoins recensés. »

Communication sur le lancement de l'action de prévention

L'ensemble des porteurs d'action interrogés utilisent différents supports pour communiquer sur le lancement de leurs actions : mailing, courrier personnalisé, affiches, flyers, articles dans la presse locale, articles sur le site internet de l'organisme porteur de l'action...

« (...) Je ne pense pas qu'il y ait un déficit d'information aujourd'hui, il faut plus tendre vers une qualité et un ciblage bien précis du public et du réseau que véritablement la diffusion en masse de supports papiers »

Cependant cette démarche n'est pas formalisée dans un plan de communication avec une véritable stratégie (quelle type de communication pour quelle(s) cibles quel(s) objectifs ?) et les partenaires ne bénéficient pas pour la grande majorité d'entre eux, de service de communication support ou de compétences spécifiques dans ce domaine.

« Non on ne peut pas parler de "stratégie" de communication. La réussite de la communication autour d'une action dépend surtout des partenariats que l'on a réussi à mettre en œuvre localement. »

Ils adaptent le type de vecteurs à la nature de l'action et au ciblage plus ou moins large.

« Quand on lance une action. Cela dépend si c'est une action de convivialité, pour nos adhérents "payants". Alors nous envoyons à chaque adhérent un courrier leur détaillant ce qui va être mis en place. Quand il s'agit d'une action ouverte à tout public, à ce moment-là on envoie un courrier à nos adhérents, on fait une communication sur le journal, j'envoie également notre programmation à d'autres partenaires (ex : OASP), nous avons également le site internet pour publier l'évènement... Parfois nous utilisons également la télévision tourangelle cela dépend de l'action mise en place. Nous utilisons plusieurs vecteurs en fonction du type d'actions »

Beaucoup de porteurs d'action insistent sur le fait que pour que l'information soit bien relayée, il est essentiel de solliciter le réseau de partenaires du territoire d'implantation de l'action pour avoir accès notamment à leur base de données et à leur travail de repérage ou pour qu'ils communiquent sur l'action directement auprès de l'utilisateur lors de leur travail de terrain.

« (...) La communication autour du lancement des actions demande un vrai travail de terrain et de construction de réseau pour que les partenaires diffusent également l'information »

« (...) Pour les autres actions de prévention, on utilise beaucoup le réseau des intervenants à domicile pour qu'ils distribuent eux même le flyer. Cela permet une communication plus directe avec la personne âgée. »

Pour un public âgé, le courrier personnalisé et les rappels sont jugés importants.

« (...) A chaque fois que l'action a lieu tous les mois, nous renvoyons un courrier, les rappels sont importants notamment pour des personnes qui peuvent avoir du mal à se repérer dans le temps. »

MESSAGE VEHICULE PAR L'ACTION DE PREVENTION ET EVALUATION

La quasi-totalité des porteurs d'actions interrogés mettent en place une évaluation de l'action de prévention à travers la distribution et l'analyse de questionnaire de satisfaction distribués aux participants. Cela leur permet de « recalibrer » éventuellement une future action.

Certains porteurs d'action utilisent également les questionnaires pour mesurer le changement de comportement, d'habitude de vie et les progrès suite à la participation de l'utilisateur à l'action de prévention.

« (...) On fait parfois circuler des questionnaires pour connaître les habitudes de vie (ex : est ce qu'on prend plutôt l'escalier... toute la dépense physique de chaque personne) avant le début des séances et après la prise en charge. Cela permet d'avoir une idée de l'impact et cela permet surtout aux bénéficiaires de se rendre compte de l'évolution, de mesurer les changements. Parce que les personnes mettent en place des choses et parfois ne s'en rendent pas forcément compte. »

D'autres utilisent le questionnaire pour connaître également les besoins et les attentes futures des participants.

« Des questionnaires sont systématiquement distribués pour évaluer l'action donc à partir de là on leur demande également leurs souhaits et envies en matière d'ateliers de prévention. »

Pour certains partenaires (3/16) une évaluation plus informelle (observation du déroulement de l'action et prise de notes, remonté des ressentis des participants exprimés oralement...) est réalisée sans recours à un questionnaire.

« (...) Nous utilisons peu le questionnaire, il s'agit plutôt d'analyse de la pratique, des ressentis des bénéficiaires. »

DYNAMIQUE PARTENARIALE ET MISSION DE LA CONFERENCE DES FINANCEURS

Dynamique partenariale sur le département et dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie

La quasi-totalité des partenaires interrogés juge que la dynamique partenariale dans leur champ d'action et sur le territoire d'Indre-et-Loire est bonne. Ils trouvent globalement que le réseau partenarial dans le champ de la prévention est riche en Indre-et-Loire. Aucun partenaire ne monte de

projets sans faire appel à son réseau de partenaires. Les partenaires les plus cités parmi les personnes interrogées sont les caisses de retraite.

L'existence des coordinations autonomie sur le département d'Indre-et-Loire est présentée comme un élément facilitateur de la rencontre entre différents partenaires d'un même territoire

« (...) La dynamique partenariale est très bonne du fait de l'action des coordinations autonomie en Indre et Loire. Cela permet une bonne connaissance des partenaires du territoire aujourd'hui. »

Besoins identifiés ou non couverts à ce jour dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie sur le territoire d'intervention du porteur interrogé

Les besoins recensés sont très diversifiés. La mobilité et la lutte contre l'isolement des personnes âgées sont les problématiques qui ressortent en premier lieu (chez environ un tiers des personnes interrogées).

Les dispositifs de répit pour les aidants familiaux (accueils de jour autonomes, hébergement temporaire) et la prévention de la fracture numérique sont également deux autres besoins qui sont mis en avant.

Concernant les territoires, le Nord du département et le canton d'Amboise sont cités comme des zones où il est plus difficile de mettre en place des actions de prévention par deux partenaires.

Attente du rôle de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie sur le département

De façon largement majoritaire c'est le levier financier mobilisable et le retour sur les besoins identifiés par la Conférence des financeurs (territoires ou thématiques non couverts) qui sont attendus par les porteur sollicités.

Plusieurs porteurs souhaiteraient également pouvoir s'appuyer sur la Conférence pour proposer des actions expérimentales et innovantes dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

« (...) la construction d'une stratégie départementale avec des thèmes prioritaires dans le champ de la prévention dans lesquels nous pourrions inscrire notre action. »

« En tant que partenaire opérationnel, il est toujours intéressant de pouvoir bénéficier d'un regard un peu plus à distance plus global sur la façon dont toutes les actions sont mises en place. Finalement

nous avons un regard unique sur nos actions mais il est parfois un peu difficile de savoir ce qu'il se passe pour les autres partenaires.

« (...) Recenser ce qui se passe sur chaque territoire pour nous en tant que professionnels c'est un gain de temps énorme cela évite de mettre en place des doublons de projets et cela créer un réseau encore plus fort. »

Pour 4 partenaires interrogés le rôle de la Conférence des financeurs et les moyens de la solliciter restent encore assez flous.

2) Les actions collectives recensées

a) Méthodologie du déroulement de l'enquête

Le recensement des actions collectives a été réalisé entre Février et Mi- Mars 2017.

Il vise à identifier les zones blanches non couvertes par des actions collectives de prévention sur le territoire départemental. Ce travail propose une photographie non exhaustive de l'offre présente sur le territoire d'Indre-et-Loire.

Les actions recensées sont des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie à destination de personnes âgées de plus de 60 ans et/ou à leurs proches aidants. La typologie d'actions retenues est celle du guide technique de la Conférence des financeurs élaborée par la CNSA. Des actions pluri-thématiques (conférences et forums) ont également été recensées et comptabilisées dans une catégorie « autre » à part.

Actions de prévention	Santé global et Bien vieillir	Nutrition
		Mémoire
		Sommeil
		Activités physiques, ateliers équilibre et prévention des chutes
		Bien-être et estime de soi
	Habitat et cadre de vie	
	Sécurité routière	
	Accès aux droits	
	Vie sociale	
	Préparation à la retraite	
	Autres actions collectives	
Soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants	Information	
	Formation	
	Soutien social et/ou moral	
	Prévention santé	

Le niveau de recueil des données était communal avec un regroupement des données par communauté de communes pour favoriser l'exploitation des résultats.

Le panel de partenaires sollicités pour participer à ce recensement était composé :

- Les caisses de retraites et mutuelles siégeant à la Conférence des financeurs : la CARSAT Centre Val-de-Loire, la MSA Berry-Touraine, le RSI, la fédération ARGIRC ARRCO, la Mutualité Française.
- La Délégation départementale de l'ARS Centre Val-de Loire
- La gestionnaire du projet PAERPA
- Les coordinations autonomie et le CLIC
- Les 2 CIAS
- 13 associations œuvrant dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie : les associations signataires du dispositif MONALISA (mobilisation nationale contre l'isolement des

âgés) et des associations porteuses de plus de 3 actions de prévention dans un précédent recensement effectué en 2015-2016 lors de la mise en place de la Conférence des financeurs.

- Des CCAS : les CCAS membres de l'UDCCAS et d'autres CCAS afin de veiller à avoir une bonne représentativité territoriale (entre CCAS de taille différente urbains/ruraux)
32 CCAS⁷⁴ ont ainsi été sollicités.

Limites identifiées

La trame de recensement initiale prévoyait la collecte d'autres types d'informations mais qui n'ont pas pu être exploitées en raison de l'existence de trop grandes différences d'interprétations et de niveau de suivi des différents partenaires sollicités.

Concernant le suivi financier de l'action, l'information initialement sollicitée était le « coût de l'action pour l'organisme ». Certains partenaires ont renseigné le coût total de l'action (qui est bien souvent co-financées) d'autres ont renseigné la part de leur budget propre dédié à l'action de prévention.

L'enquête a également mis en évidence des différences d'interprétations importantes entre la notion de « porteur de projet » et la notion de « partenaire associé » à un projet. Par exemple, un CCAS qui fait appel à une association de sport adapté qu'il finance. Le CCAS est le commanditaire et bien souvent identifie le besoin et les potentiels futurs participants mais le CCAS n'intervient pas dans la réalisation de l'action. Si bien que pour une même action l'association et le CCAS s'identifient chacun comme porteur de l'action.

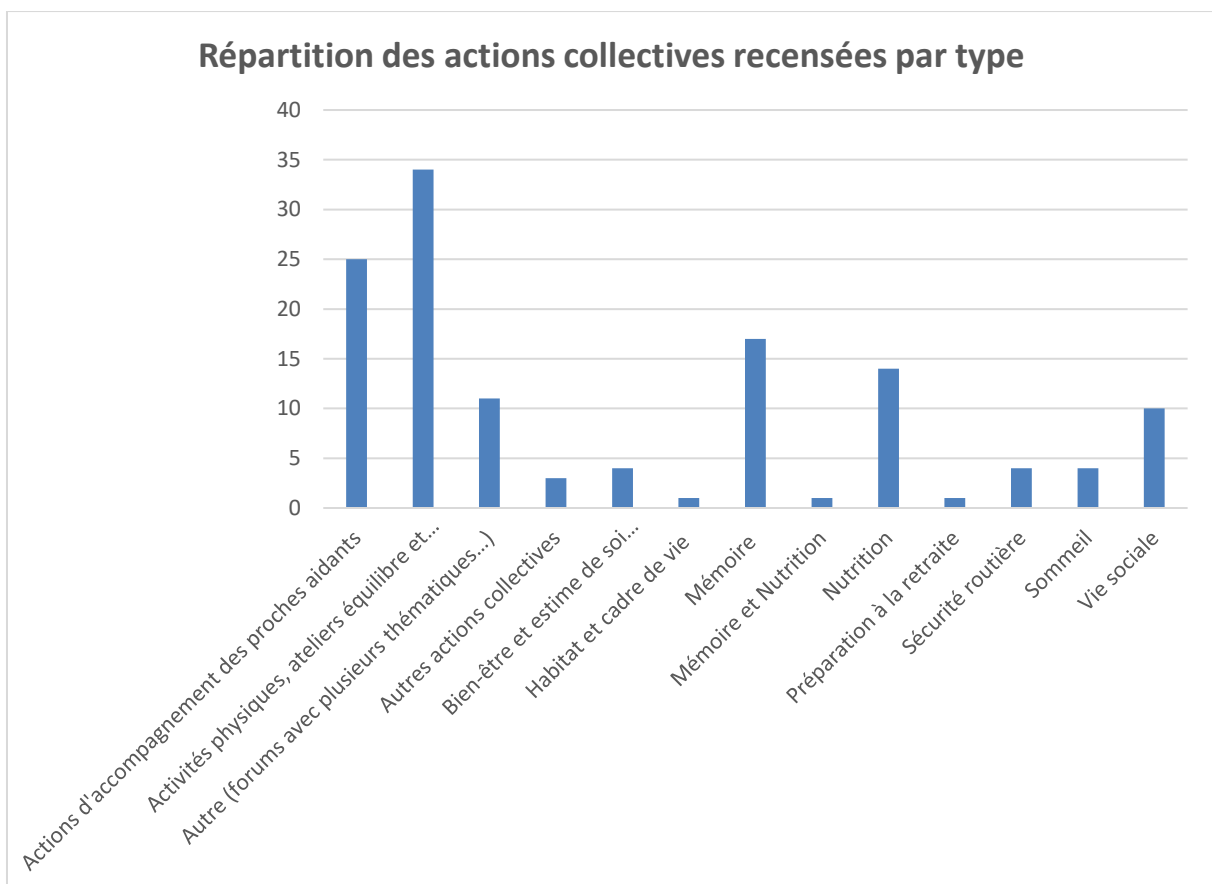
L'enquête prévoyait également d'interroger les porteurs d'actions sur le nombre total de bénéficiaires de l'action et les caractéristiques de ce bénéficiaires (sexe, GIR, tranche d'âge...). Or ce niveau de suivi est fortement différent selon les partenaires interrogés. Certains partenaires par exemple un CCAS qui a fait appel à une association de gymnastique douce n'ont pas forcément récupéré ces données de suivi auprès de l'association intervenante.

⁷⁴ Sainte-Maure-de-Touraine, Azay-le-rideau, Château-la-Vallière, Neuvy-le-Roi, Montrésor, Ile Bouchard, Richelieu, Preuilly-sur-Claise, Amboise, Bléré, Bourgueil, Chambray-lès-Tours, Château-Renault, Fondettes, Joué-lès-Tours, Langeais, Ligueil, Monnaie, Montbazou, Montlouis-sur-Loire, La Membrolle-sur-Choisille, La Riche, La Ville-aux-Dames, Saint-Avertin, Saint-Cyr-sur-Loire, Saint-Pierre-des-Corps, Tours, Veretz, Vouvray, Chinon, Loches.

b) Nature des actions collectives recensées

129 actions collectives de prévention ont été recensées. Les « activités physiques, ateliers équilibre et prévention des chutes » sont les plus nombreuses et représentent 26 % des actions recensées. Les actions d'accompagnement en faveur des proches aidants arrivent en 2^{ème} position et représentent 19,3% des actions recensées. Viennent ensuite en 3^{ème} position les actions relatives à la mémoire.

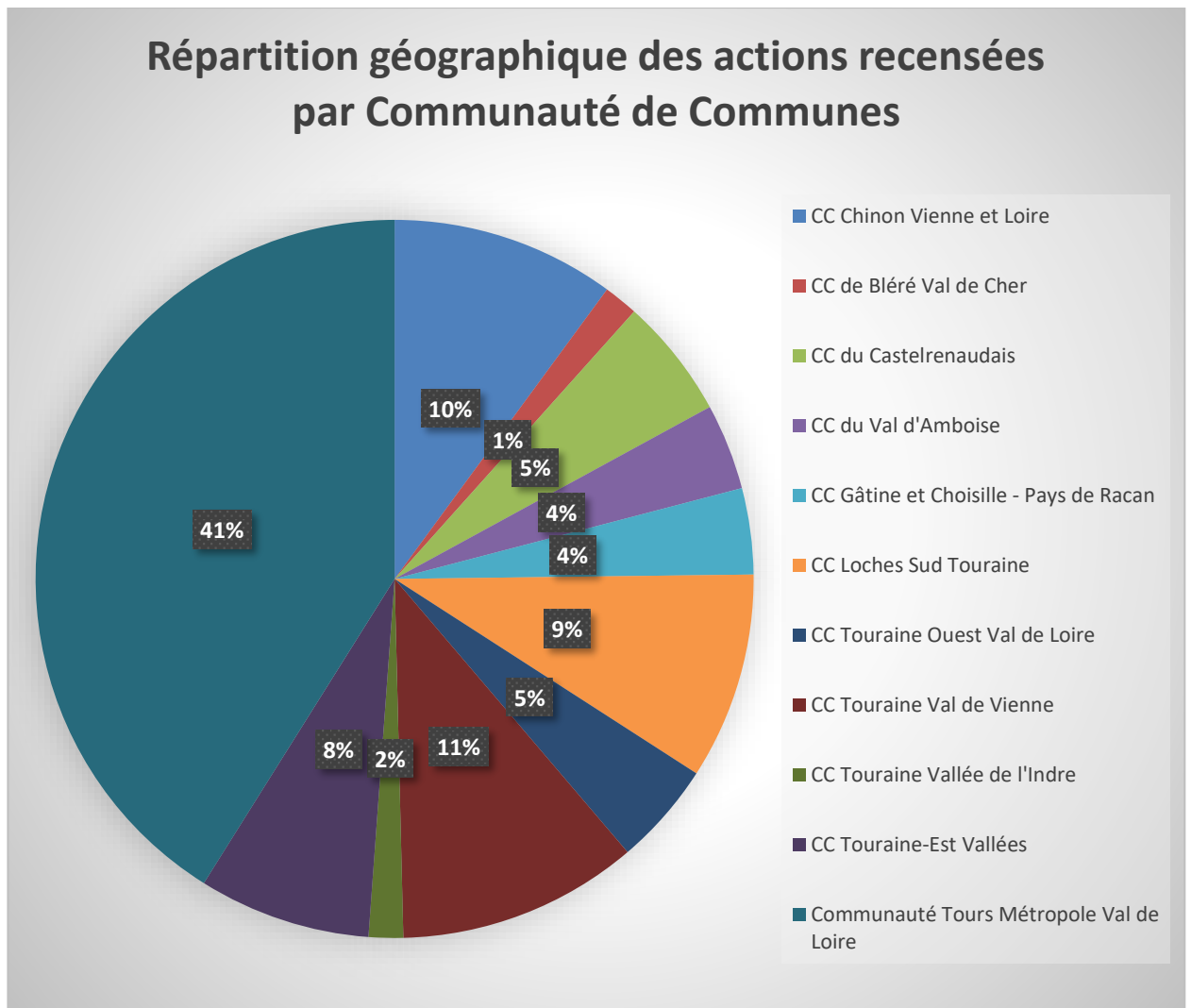
Les actions relatives à « l'habitat et cadre de vie » et « Préparation à la retraite » sont les parents pauvres du recensement effectué. On peut souligner toutefois qu'en ce qui concerne les actions « habitat et cadre de vie », les aides techniques et actions d'adaptation du logement peuvent participer à cette « mission de prévention » et ne sont pas comptabilisées dans ce recensement.



c) Répartition géographique des actions collectives

Parmi les actions collectives de prévention recensées, le territoire le plus dynamique est Tours Métropole suivi des communautés de communes de Touraine Val de Vienne, Chinon Vienne et Loire et Loches Sud Touraine. A l'inverse les territoires où le moins d'actions collectives de prévention ont

été recensés sont des communautés de communes limitrophes situées au centre du département : Bléré Val de Cher et de Touraine Vallée de l'Indre.



La taille et la population présentes sur chaque communauté de communes du territoire départemental est une donnée importante à prendre en compte dans l'analyse des résultats. Elles peuvent en effet justifier des différences importantes d'offre en matière d'actions de prévention.

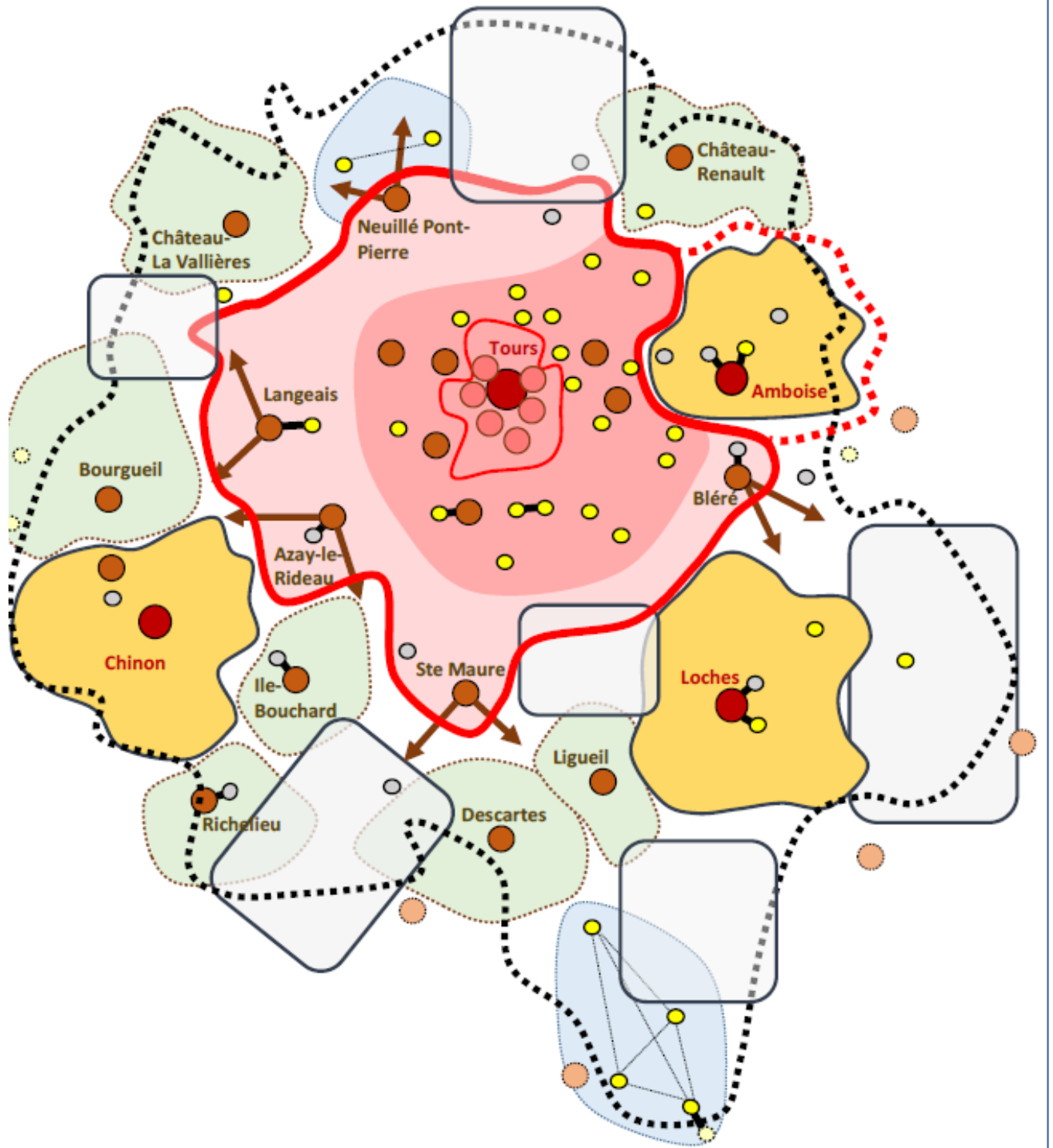


100000 m
 1:50 000
 IGN
 France et Loire

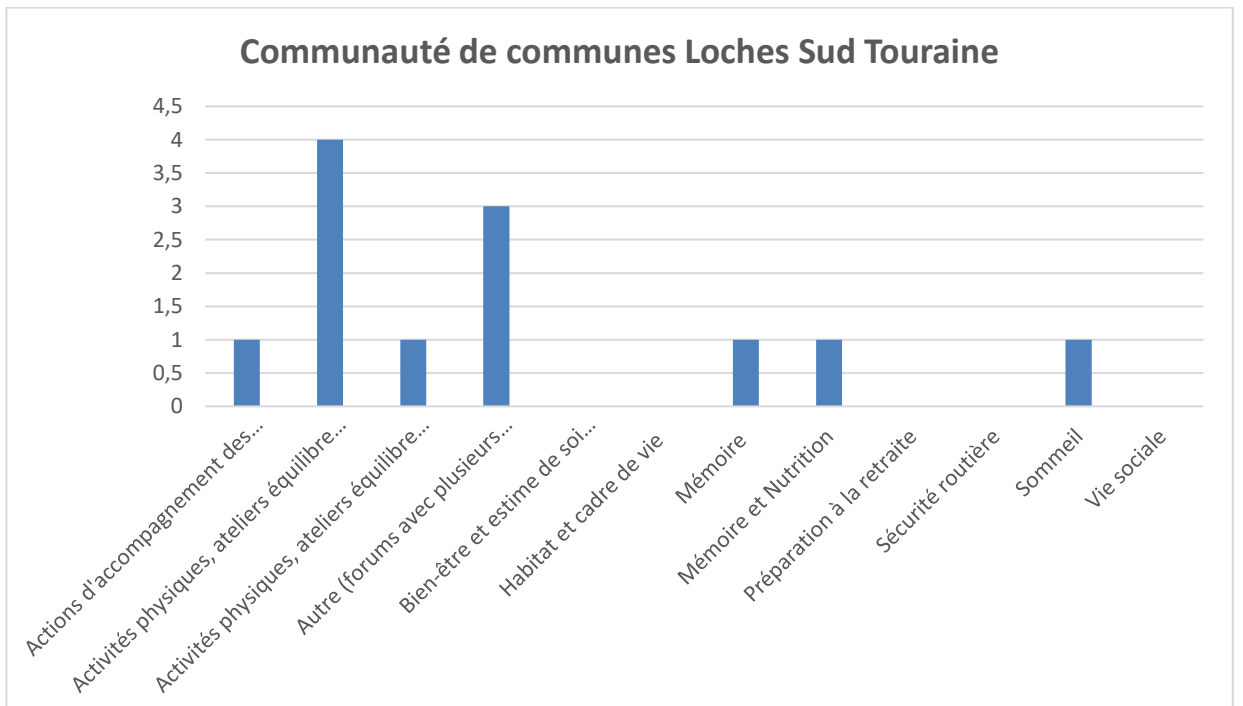
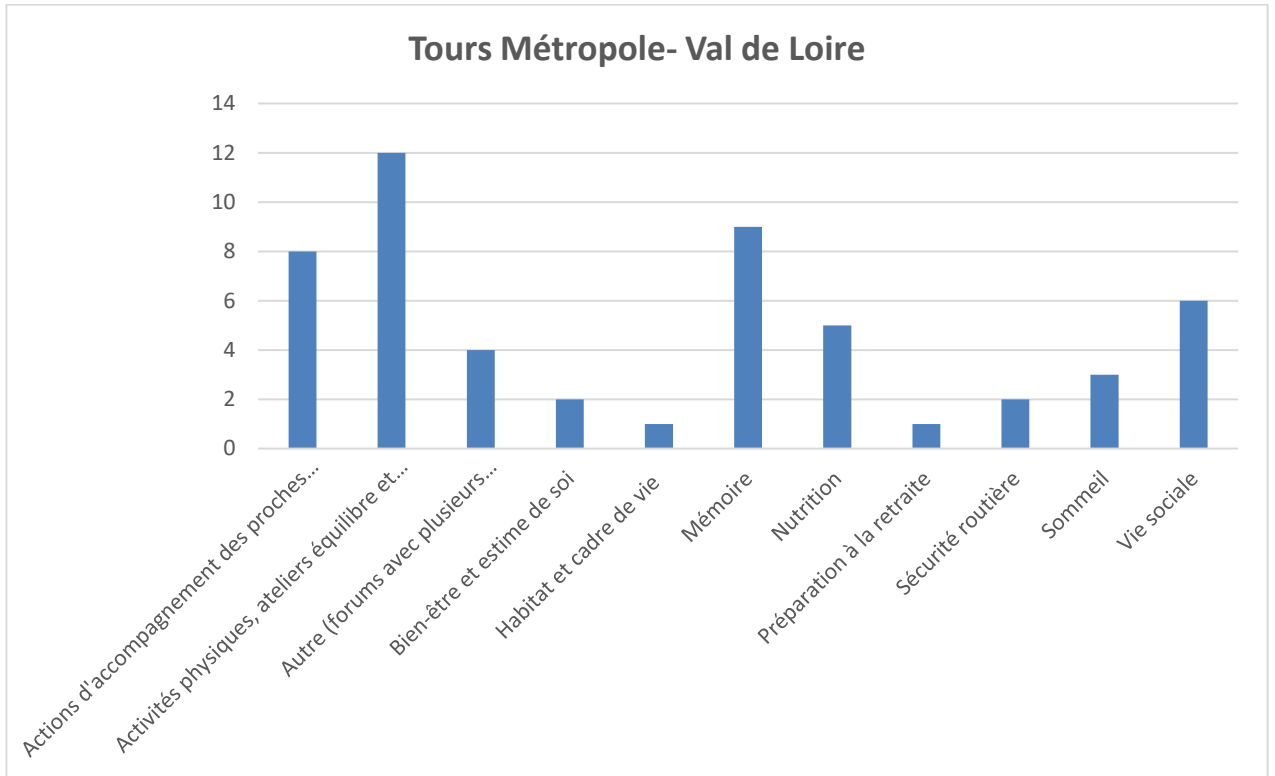
Des réflexions menées dans le cadre du schéma départemental d'Amélioration des Services Publics d'Indre-et-Loire⁷⁵ sur les logiques territoriales susceptibles de prédéterminer des enjeux particuliers en matière d'accessibilité aux services peuvent être reprises. Plusieurs grandes logiques territoriales ont été mises en avant dans le cadre de ce travail :

- L'existence d'un vaste espace de diffusion péri-urbaine de l'agglomération de Tours. L'espace aggloméré, en tant que tel, se caractérise par l'agrégation de plusieurs pôles urbains d'envergure, périphériques à Tours.
- La première couronne de cet espace, la plus dense et au sein de laquelle les revenus sont plus élevés, dispose d'un maillage relativement serré de pôles intermédiaires (Vouvray, Montlouis, Ballan-Miré ...) et de pôles de services de proximité.
- La seconde couronne est clairement moins polarisée. Ce territoire est fortement résidentiel. Le maillage urbain est peu dense, et l'on constate une prédominance des flux vers l'agglomération qui rend difficile l'émergence de polarités intermédiaires attractives.
- En périphérie immédiate de cet espace périurbain, un ensemble de pôles intermédiaires (Bléré, Ste Maure, Azay-le-Rideau, Langeais, Neuillé-Pont-Pierre) marque la transition vers une couronne plus rurale du département.
- Au-delà, de cet espace de diffusion péri-urbaine, trois pôles supérieurs structurent le territoire départemental (Loches, Chinon, Amboise).
- Plusieurs pôles intermédiaires, de moindre importance (Château-Renault, Château-La -Vallières, Bourgueil, Descartes, ...), assument aussi une fonction de centralité au sein de territoires ruraux relativement étendus.

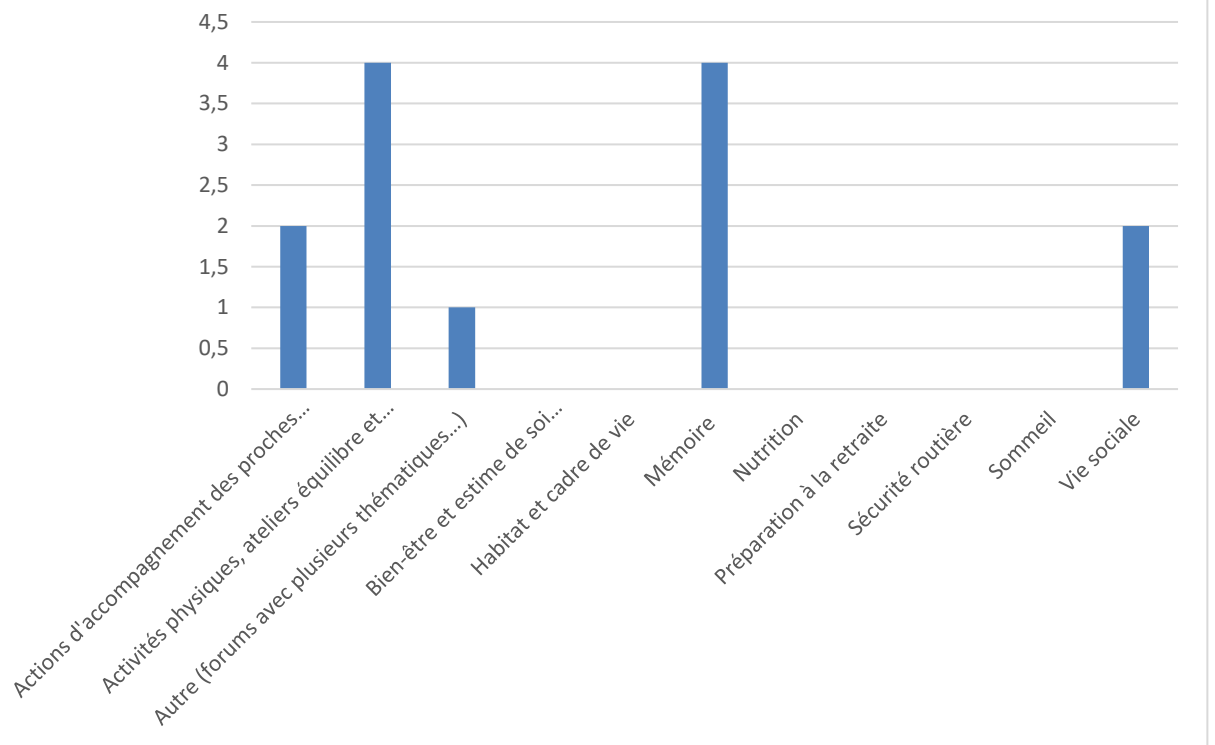
⁷⁵ Document de travail, Mai 2017.

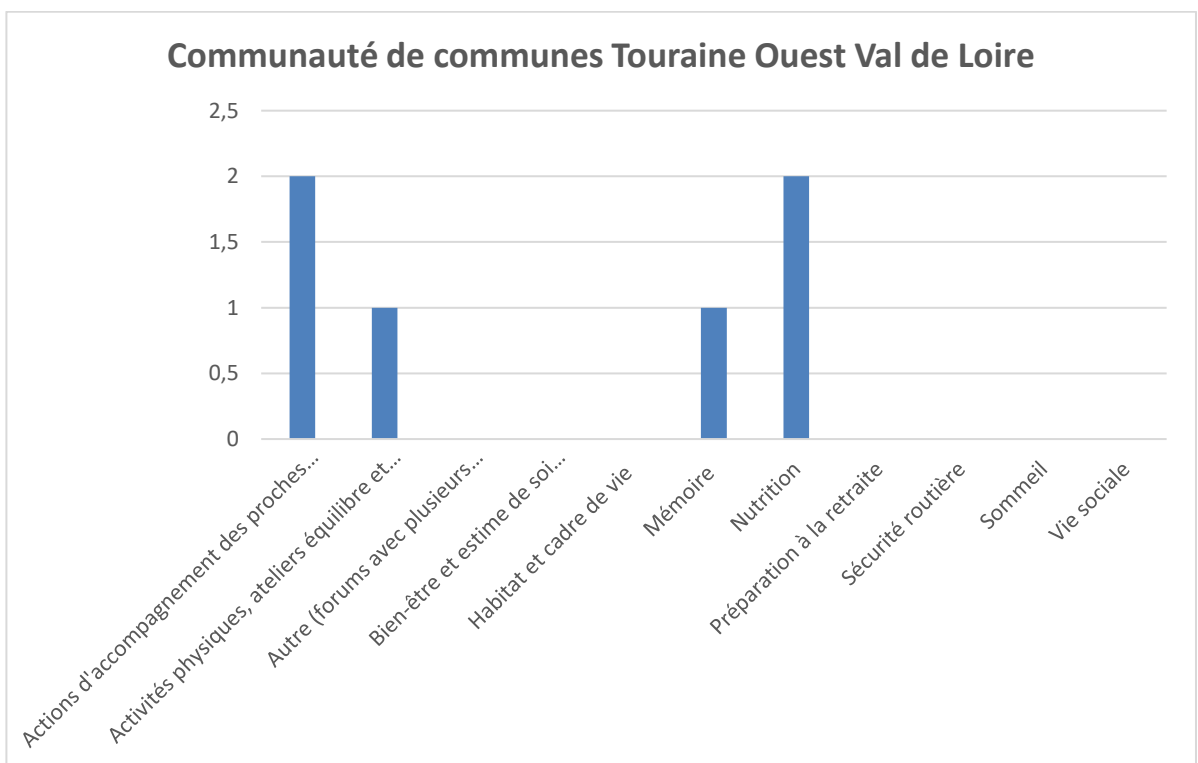
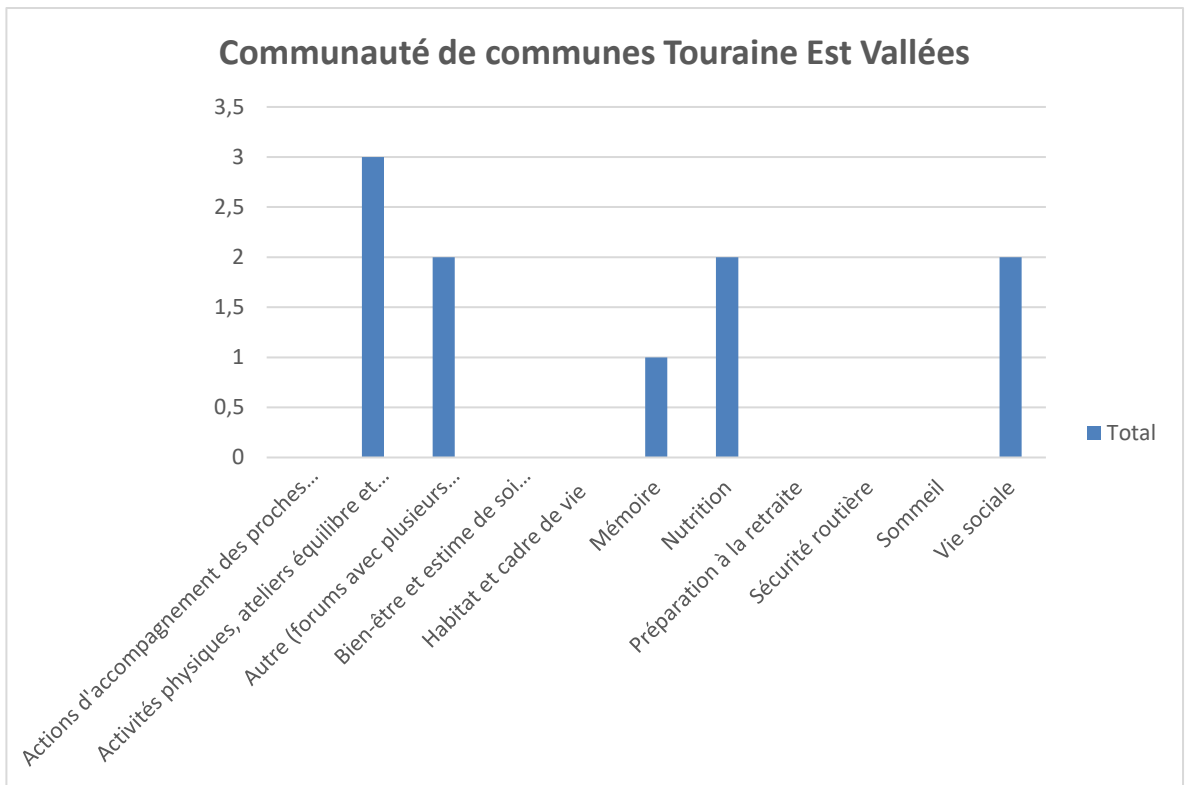


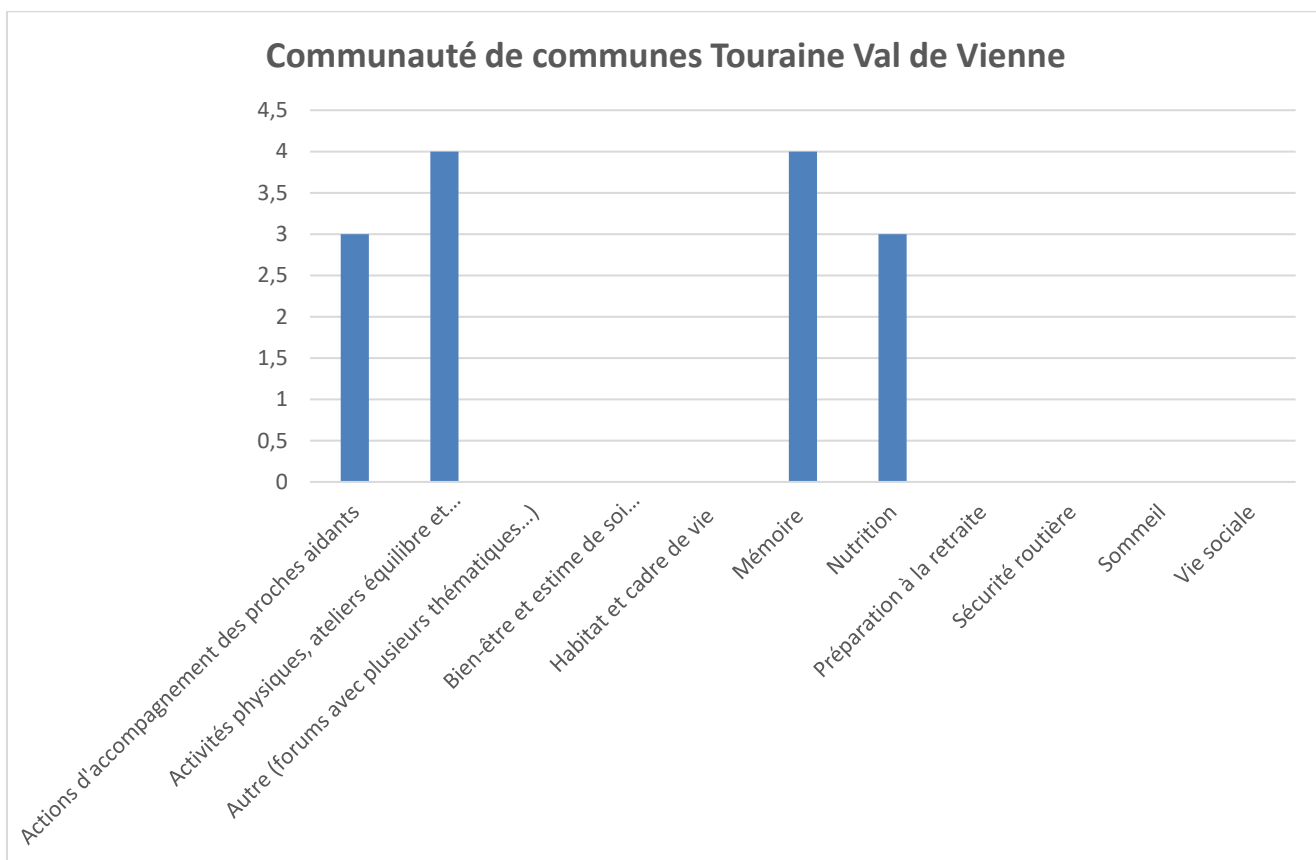
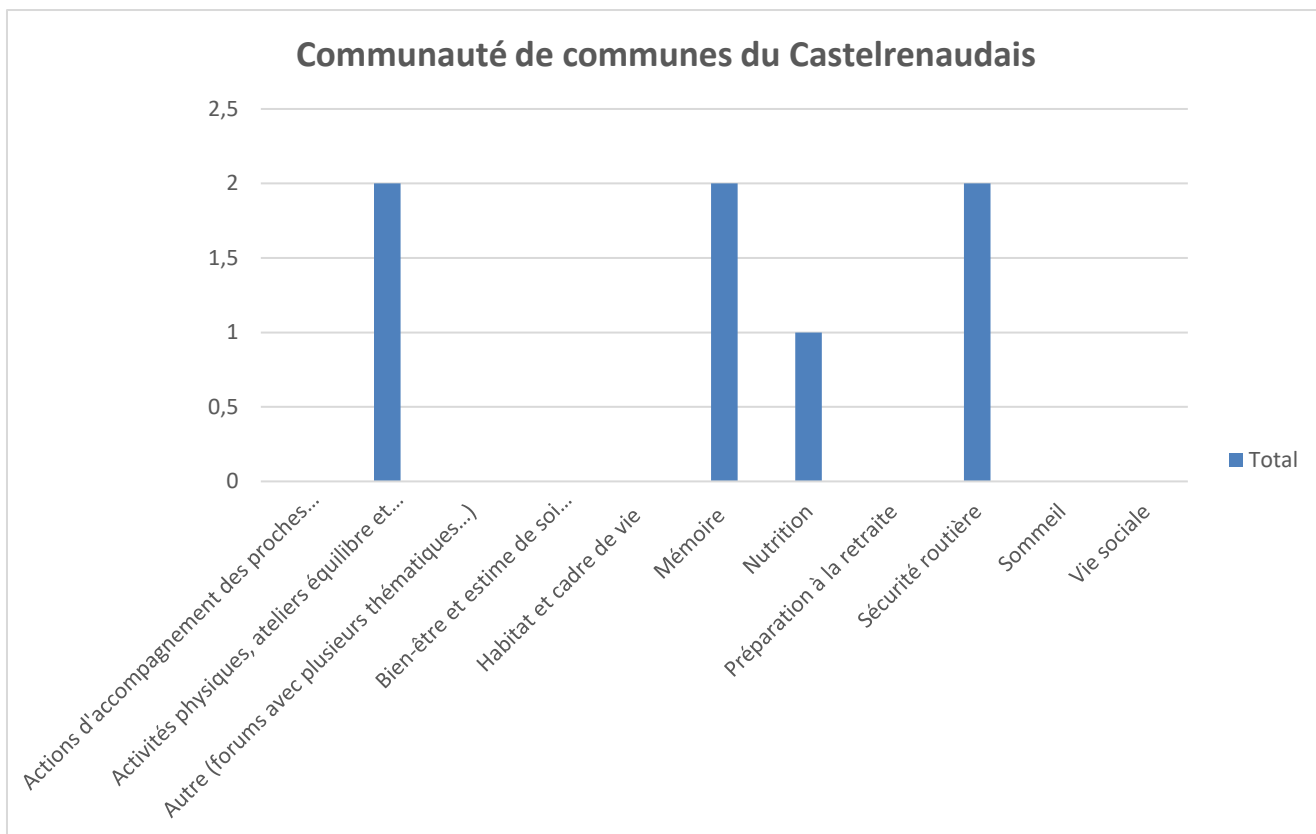
Les différentes représentations graphiques ci-dessous permettent de connaître la nature de l'offre recensée sur les différents territoires.

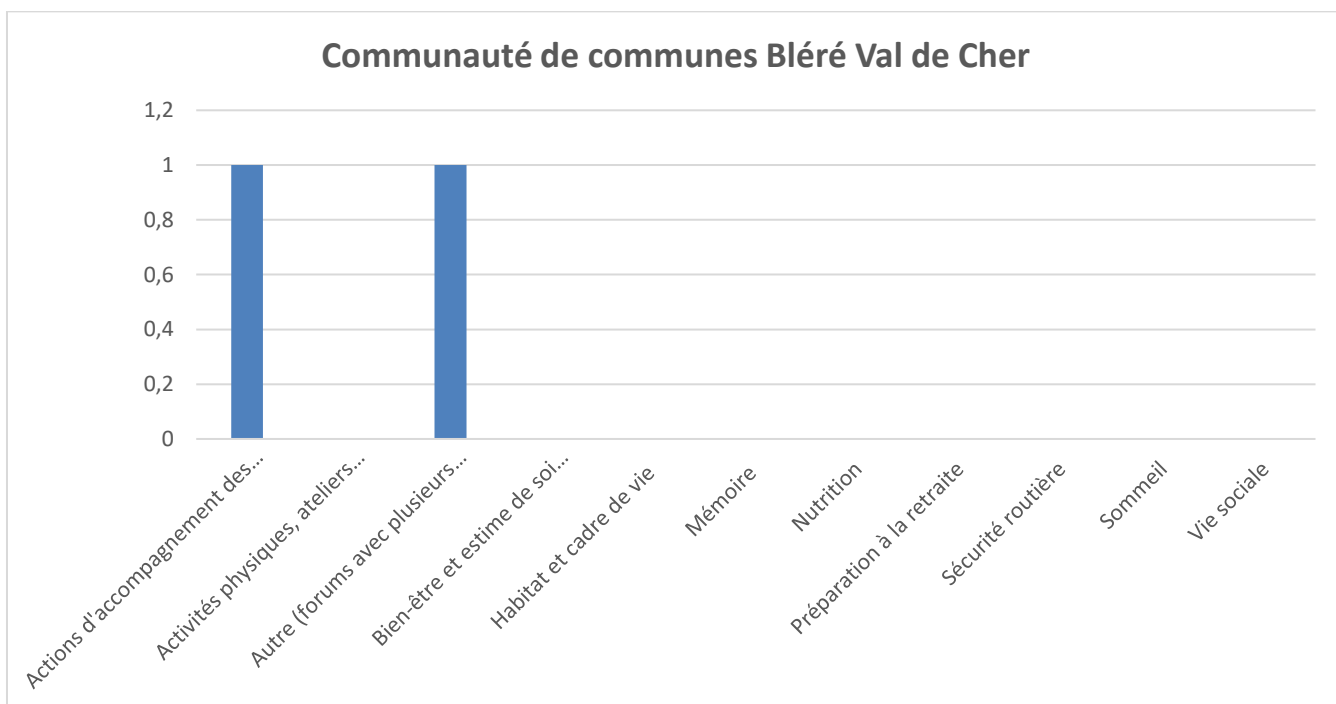
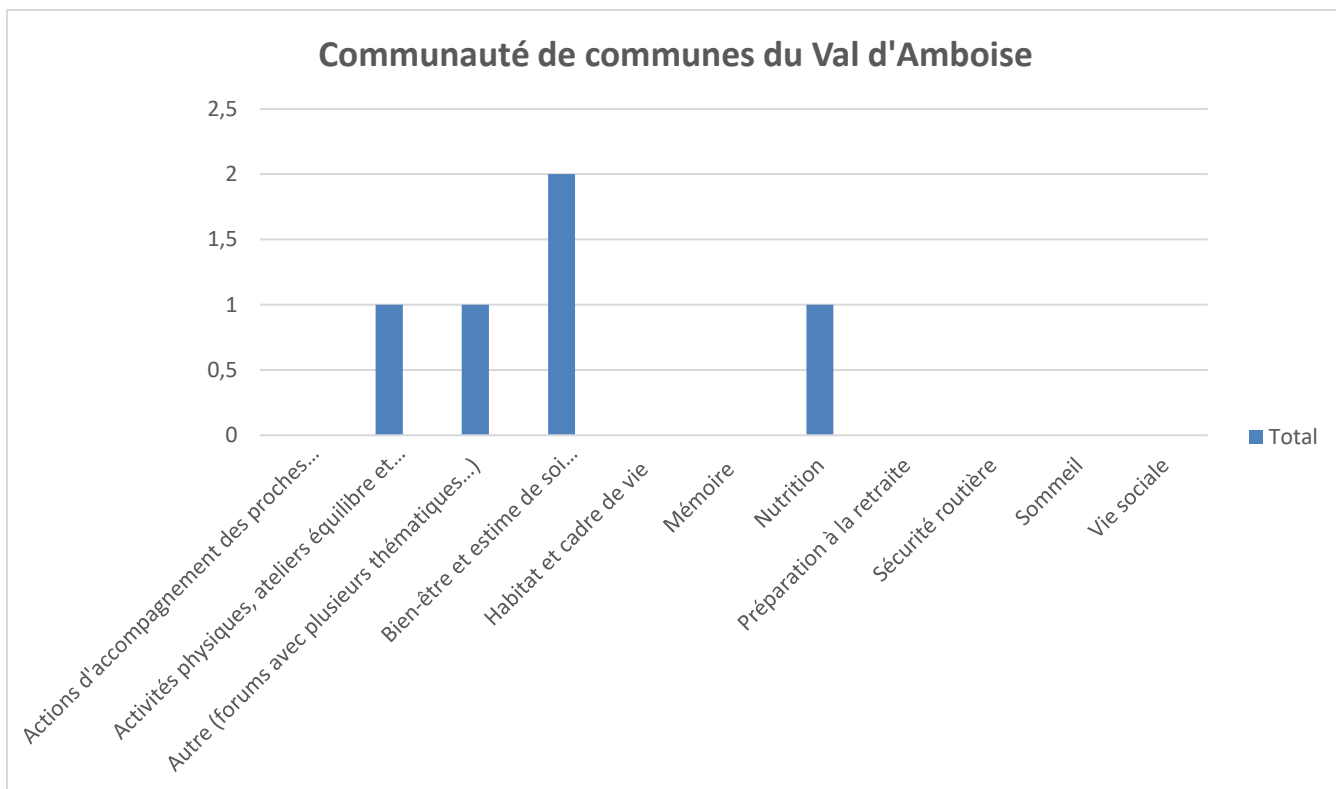


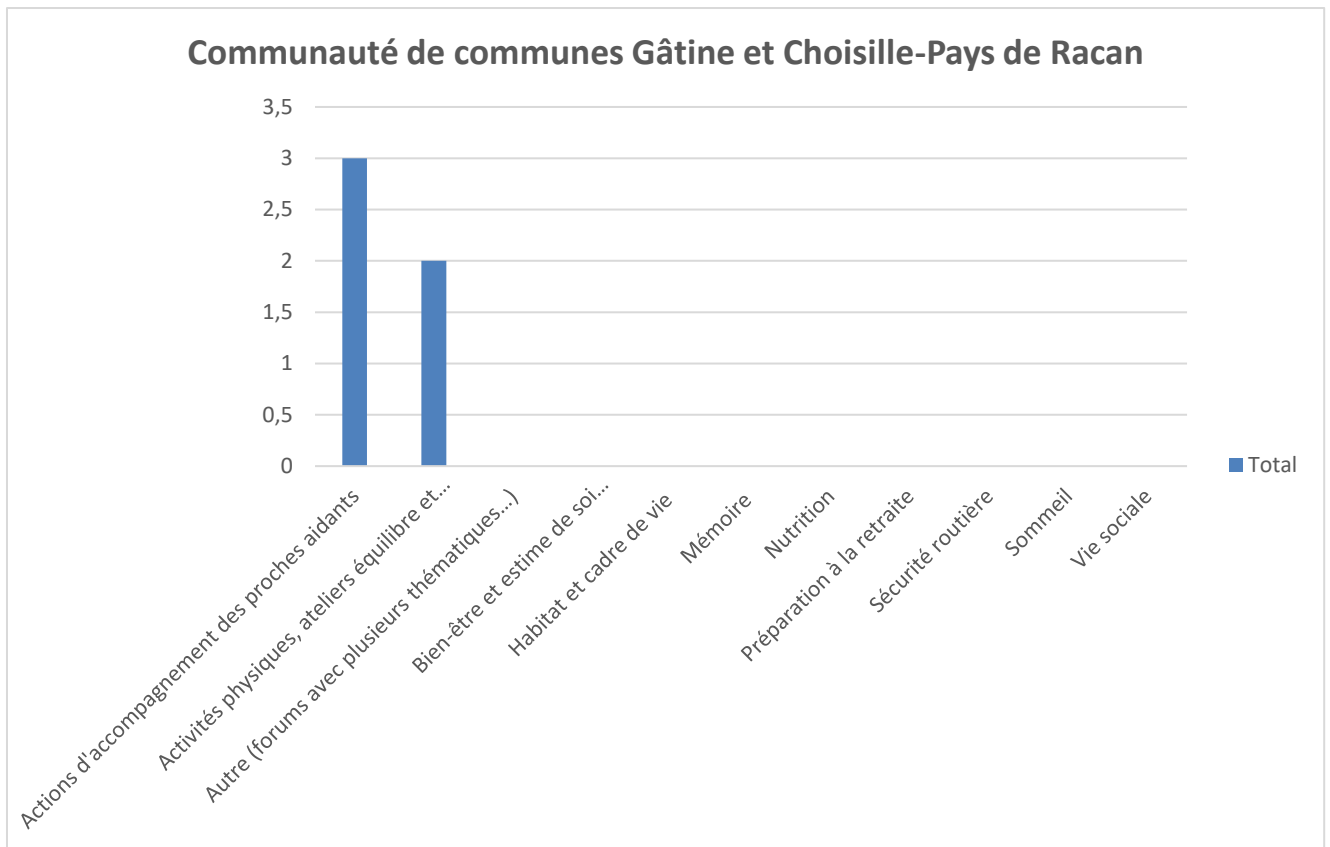
Communauté de communes Chinon Vienne et Loire











Tours Métropole a sans surprise l'offre la plus diversifiée car c'est le seul territoire avec une action (au minimum) recensée sur l'ensemble des thématiques identifiées. Toutefois on constate une prépondérance des actions de prévention autour de l'activité physique, de la mémoire et en faveur des proches aidants.

En terme de diversité des actions de prévention proposées la CC Loches Sud touraine arrive en deuxième position suivi de la CC Chinon Vienne et Loire et de la CC Touraine Est Vallées. Cela est étroitement lié avec le fait qu'il s'agit également de trois bassins de vie très importants du département d'Indre-et-Loire.

Pour plus de lisibilité (en raison du chevauchement des actions présentes sur la même communes), les actions recensées par communes sont également présentées par typologies sous la forme de 5 cartographies :

Carte n° 1 : 4 catégories d'actions de prévention : « autres (forums avec plusieurs thématiques) », « Habitat et cadre de vie », « Sommeil » et « Sécurité routière »

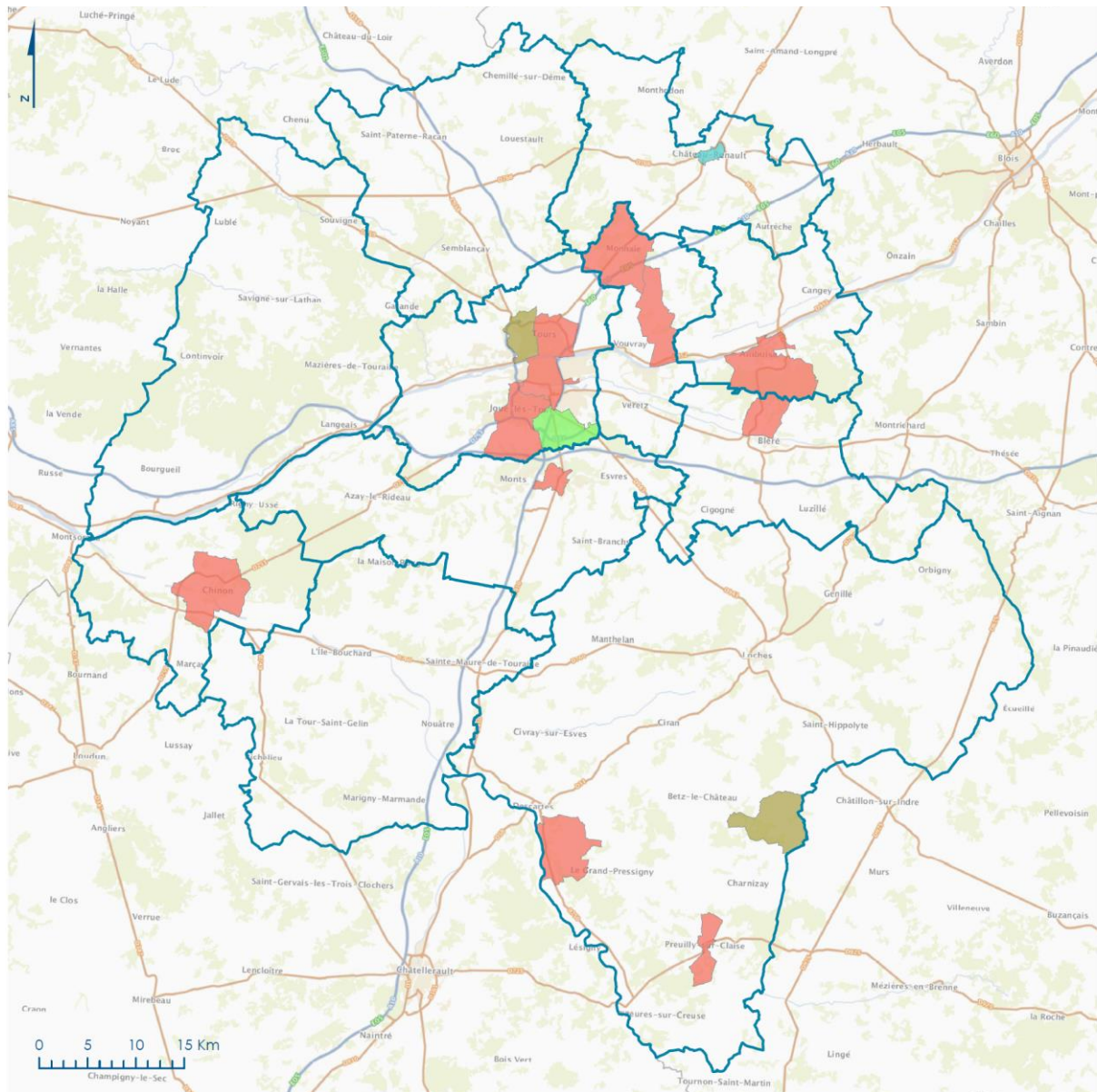
Carte n° 2 : 1 catégorie d'actions de prévention : « activités physiques, ateliers équilibre et prévention des chutes »

Carte n° 3 : 3 catégories d'actions de prévention : « Mémoire », « Nutrition », « Mémoire et Nutrition »

Carte n° 4 : 2 catégories : « Bien être estime de soi », « Vie sociale ».

Carte n° 5 : 1 catégorie : « Actions d'accompagnement des proches aidants »

Répartition géographique des actions de prévention : « autres (forums avec plusieurs thématiques) », « Habitat et cadre de vie », « Sommeil » et « Sécurité routière » (enquête Février-Mars 2017)



Légende

Répartition des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie

- Autre (forums avec plusieurs thématiques...)
- Habitat et cadre de vie
- Sommeil
- Sécurité routière
- Ets Publics de Coopération Intercommunale

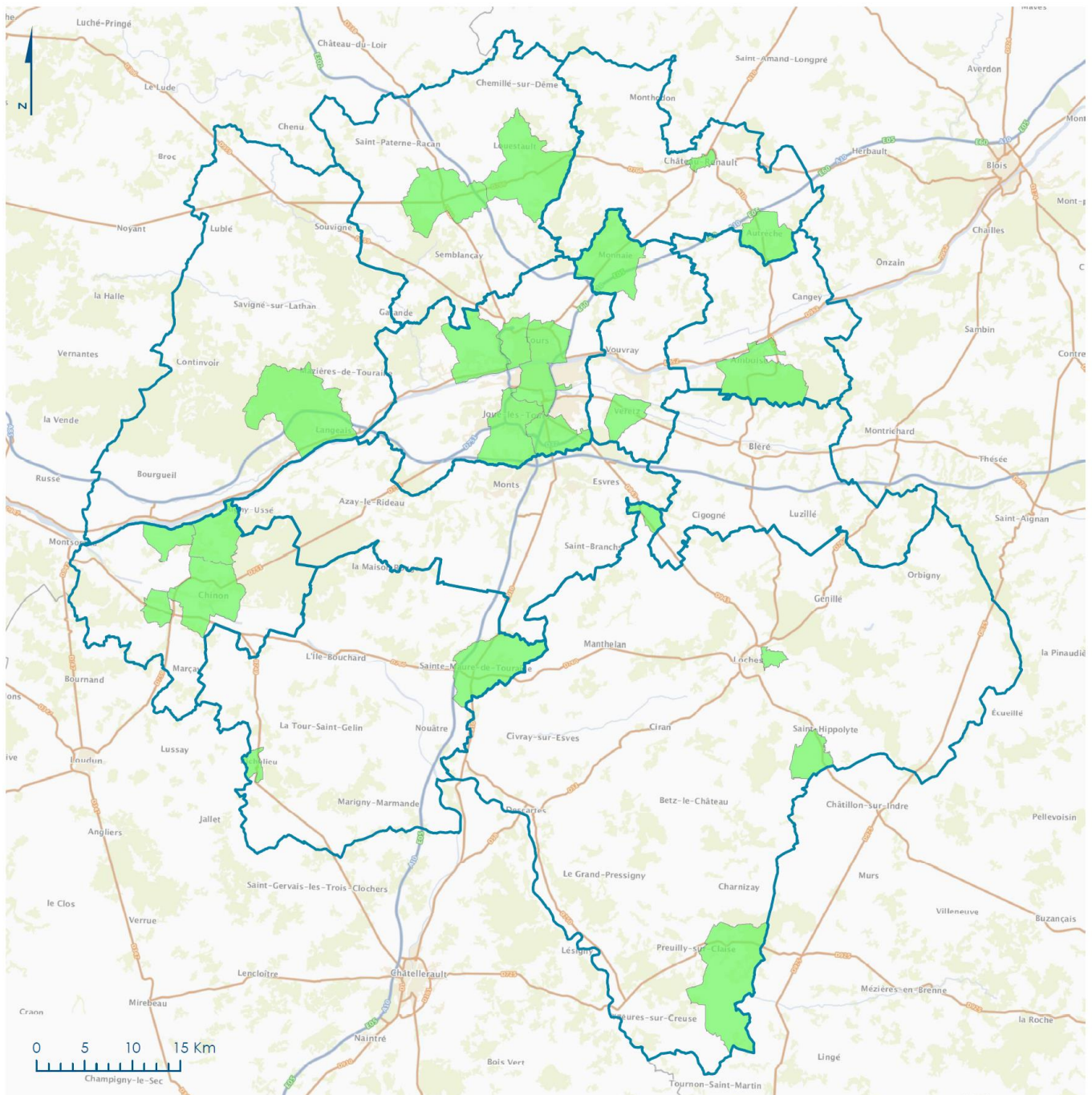
Source : © Conseil départemental d'Indre-et-Loire - 2017
Document : Carte7A, mis à jour le 30/05/2017



Principaux constats

- Une seule action autour de la prévention des risques domestiques pouvant être rattachée à la catégorie « Habitat et cadre de vie a été recensée sur les 129 actions.
- 4 actions autour du « sommeil » ont été recensées mais 3 d'entre elles se situent dans l'agglomération tourangelle (Tours et St Cyr-sur-Loire)
- Concernant les actions pluri-thématiques sous la forme de forum ou de conférence, 11 actions ont été recensées et sont réparties sur des territoires urbains et ruraux
- Une zone blanche sur ces 4 typologies d'action est particulièrement nette dans le Nord-Ouest du département (CC Touraine Ouest Val de Loire, CC Gâtine et Choisilles –Pays de Racan)

Répartition géographique des actions de prévention : « activités physiques, ateliers équilibre et prévention des chutes » (enquête Février-Mars 2017)



Légende

Répartition des actions collectives de prévention

■ Activités physiques, ateliers équilibre et prévention des chutes

Ets Publics de Coopération Intercommunale

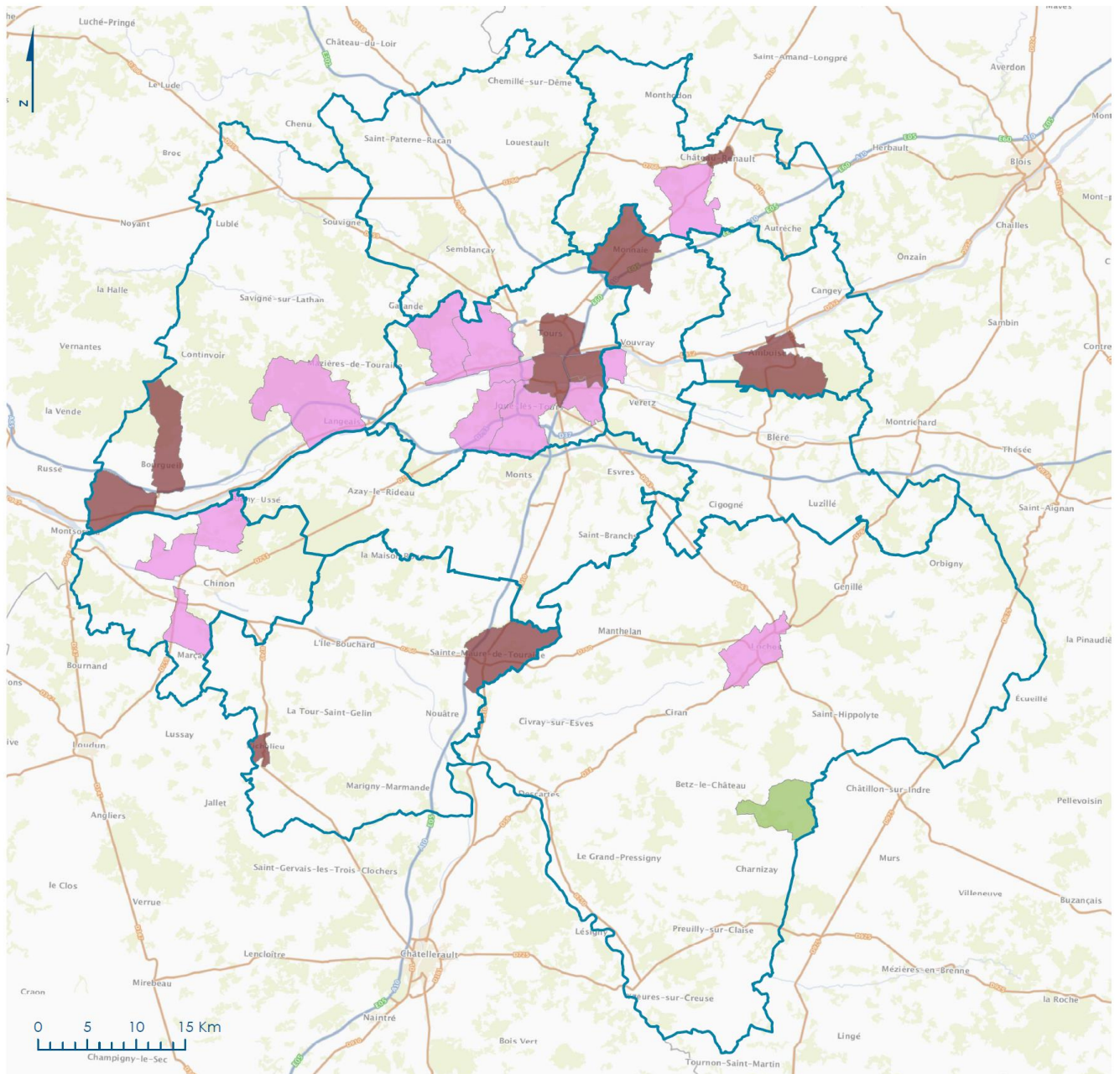
Source : © Conseil départemental d'Indre-et-Loire - 2017
Document : Carte7B. mis à jour le 30/05/2017



Principaux constats

- Cette catégorie d'actions de prévention arrive largement en tête dans le recensement effectué. (34 actions recensées/129)
- Le maillage territorial est satisfaisant avec seulement deux territoires du centre du département ne disposant pas d'actions de ce type : la CC de Bléré-Val de Cher et la CC Touraine Vallée de l'Indre.
- Il faut souligner également que pratiquement un tiers des actions sont concentrées (12/34) sur le territoire de Tours Métropole.

Répartition géographique des actions de prévention : « Mémoire », « Nutrition », « Mémoire et Nutrition » (enquête Février-Mars 2017)



Légende

libelle

■ Mémoire et Nutrition

■ Mémoire

■ Nutrition

■ Ets Publics de Coopération Intercommunale

Source : © Conseil départemental d'Indre-et-Loire - 2017
Document : Carte7C. mis à jour le 30/05/2017

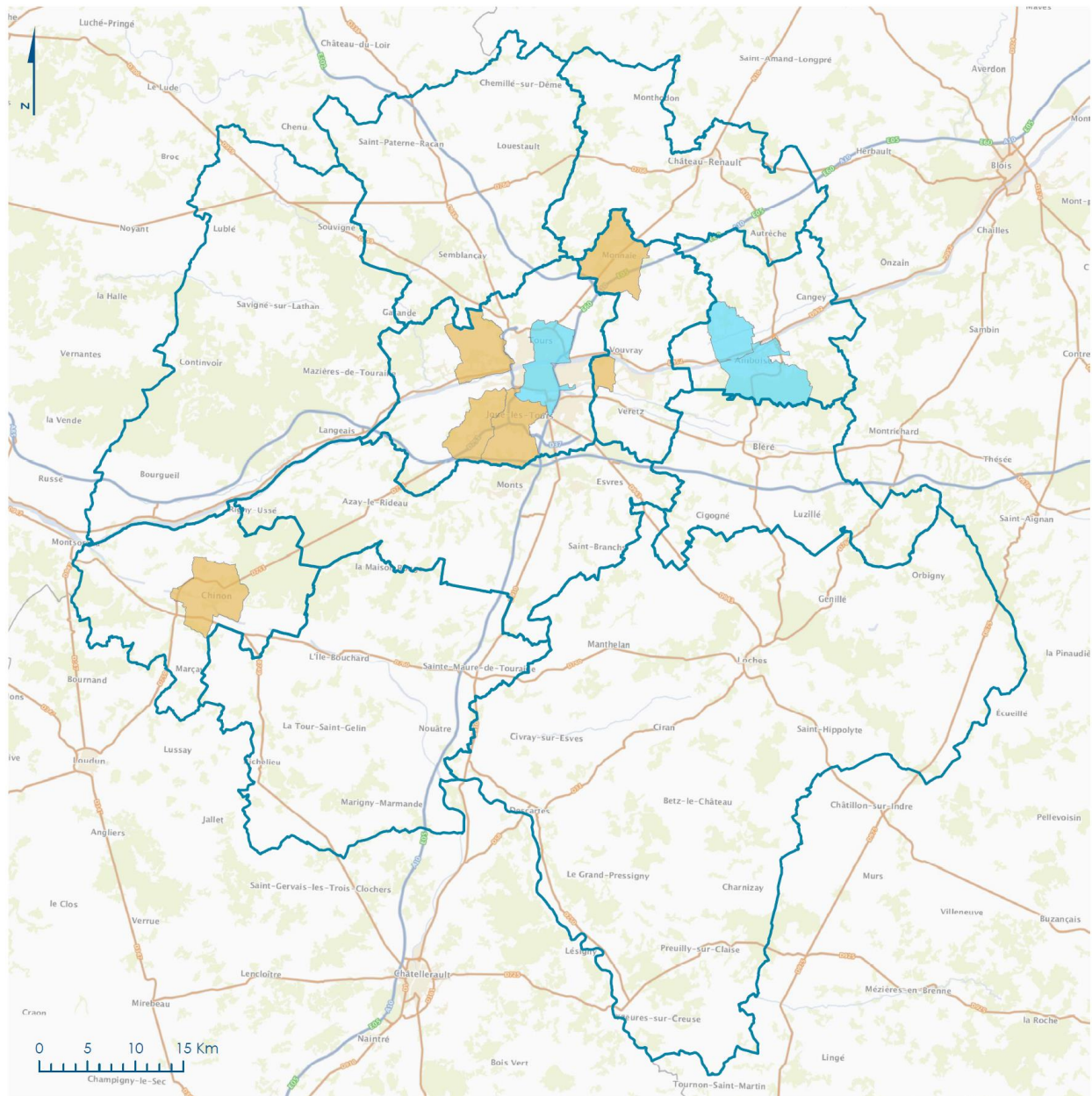


Principaux constats

Le centre du département est une fois encore une zone blanche. Aucune action de ce type n'a été recensé sur les territoires de la CC de Bléré Val de Cher et de la CC de Touraine Vallée de l'Indre.

Au Nord du département, une zone blanche peut également être mise en évidence avec la CC Gâtine et Choisilles -Pays de Racan comme territoire non couvert par cette offre.

**Répartition géographique des actions de prévention : « Bien-être et estime de soi », « Vie sociale »
(enquête Février-Mars 2017)**



Légende

libelle

- Bien-être et estime de soi
- Vie sociale
- Ets Publics de Coopération Intercommunale

Source : © Conseil départemental d'Indre-et-Loire - 2017
Document : Carte7D. mis à jour le 30/05/2017

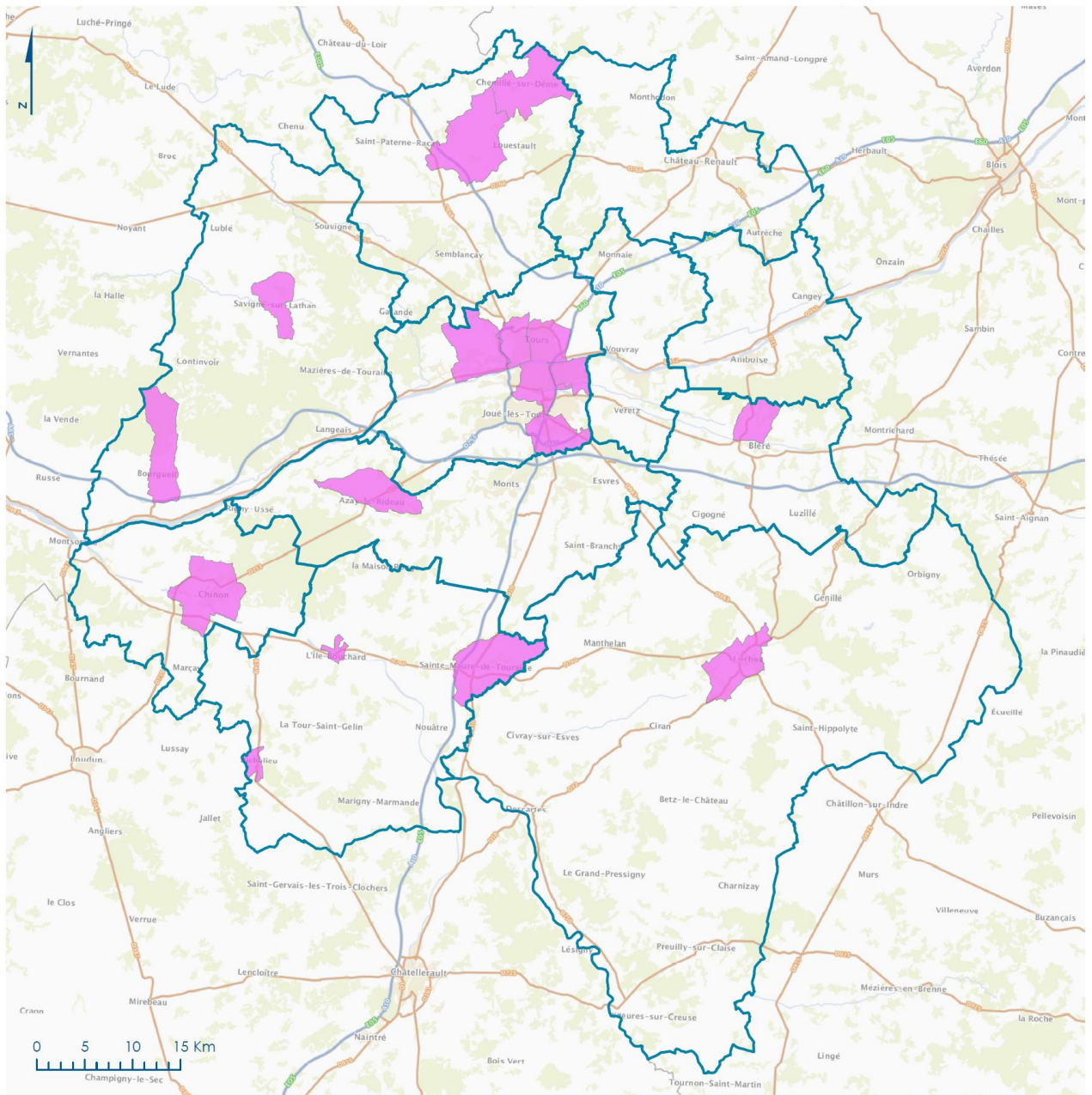


Principaux constats

Le maillage territorial de ces 2 types d'action de prévention est particulièrement pauvre avec globalement tous les territoires du Sud et du Nord du département non couverts.

Concernant les actions autour de la « vie sociale », un certain nombre de partenaires y ont renseignés des actions du type « thé seniors », « visite de convivialité », « après-midi jeux ».... Ces actions qui concourent indéniablement au maintien des liens sociaux des personnes âgées Relèvent plus de l'animation de la vie locale que de la prévention.

Répartition géographique des actions de prévention : « Actions d'accompagnement des proches aidants » (enquête Février-Mars 2017)



Légende

Libelle

- Actions d'accompagnement des proches aidants
- Ets Publics de Coopération Intercommunale

Source : © Conseil départemental d'Indre-et-Loire - 2017
Document : Carte7E. mis à jour le 30/05/2017



Principaux constats

Les actions d'accompagnement en faveur des proches aidants sont arrivées en 2^{ème} position des types d'actions recensées et sont réparties sur plusieurs territoires à l'exception du Nord-Est du département où une zone blanche peut être mise en évidence dans les CC du Castelrenaudais, CC du Val d'Amboise et CC Touraine-Est Vallées.

D)Les actions individuelles en faveur du maintien à domicile

1)Les aides techniques

Associées aux aides humaines, les aides techniques contribuent pleinement à la préservation de l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et à la compensation des situations de handicap, améliorant ainsi leur qualité de vie.

Selon l'annexe 2-5 du Code de l'action publique et des familles, *« les aides techniques qui peuvent être prises en compte au titre de la prestation de compensation sont tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel »*.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie pour les personnes de plus de 60 ans, a pour mission de développer un axe portant sur « l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue au code de l'action sociale et des familles ».

Des aides techniques peuvent être prises en charges après dépassement du plafond de l'APA (soumis toutefois à des conditions de revenus).

Les caisses de retraites et les conseils départementaux financent dans le cadre des dispositifs d'aides actuels des aides techniques. Les aides techniques les plus régulièrement citées relèvent de la prévention de risque de chute dans les salles d'eau, toilettes et salle de bain. Il s'agit principalement d'aides techniques à faible coût (coût moyen inférieur à 100€). Le nombre des personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 bénéficiant de ces aides est restreint, les plans d'aide APA étant aujourd'hui essentiellement consacrés au financement de l'aide humaine

Un recensement a également été effectué auprès des différentes caisses de retraite et du Conseil départemental

- **Le CARSAT Centre Val de Loire**

Nombre d'aides techniques financées au 31/12/2016	Type d'aide majoritairement prescrites	Modalités de financement
<p>Les aides techniques sont recensées sous la forme de kit de prévention. Définition retenue par le CARSAT : les aides techniques correspondent aux produits et instruments pouvant être utilisés par une personne âgée, existant sur le marché et destinés à prévenir la perte d'autonomie et à favoriser la sécurité du logement, en particulier en limitant les risques de chute.</p> <p>149 kits prévention en 2015 (nombre bien supérieur aux autres départements)</p>	<p>Barres d'appui, réhausses WC, sièges de douches....</p>	<p>Le kit prévention est financé suite aux préconisations des structures d'évaluation de la CARSAT à l'issue de la visite au domicile des personnes âgées dans le cadre du Plan d'actions Personnalisé.</p> <p>En fonction des préconisations de la structure évaluatrice, l'un des trois forfaits du kit prévention peut être accordé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 € pour le financement et la pose de barres d'appui ou d'une autre aide technique - 200 € pour le financement de plusieurs aides techniques ou d'une main courante - 300 € pour le financement de barres d'appui, d'autres aides techniques et d'une main courante. <p>La participation de la CARSAT est forfaitaire et ne s'appuie pas sur le barème des ressources</p> <p>La subvention est versée directement au retraité.</p> <p>Celui-ci s'engage à installer ou faire installer le matériel préconisé et à conserver les pièces justificatives (factures) pendant trois ans.</p>

- La MSA Berry-Touraine

Nombre d'aides techniques financées au 31/12/2016	Type d'aide majoritairement prescrites	Modalités de financement
<p>Aides financières pour l'accès aux soins</p> <p>Sommes engagées</p> <p>2015 : 36 17 088,42 €</p> <p>2016 : 37 22 809,37 €</p>	<p>Financement d'appareillages auditifs, de soins dentaires, d'articles d'hygiène et de produits divers non pris en charge ou insuffisamment pris en charge.</p>	<p>Certaines aides techniques à destination des personnes âgées peuvent être prises en charge au titre de l'action de la MSA pour « aider les personnes à faire face à des dépenses de santé non prises en charge totalement par les prestations légales »</p> <p>Cette action s'adresse aux bénéficiaires de l'assurance maladie au titre de la MSA Berry-Touraine.</p> <p>La prestation est accordée dans la mesure où la dépense restant à la charge de la personne déséquilibre le budget.</p> <p>La MSA Berry-Touraine peut accorder des aides pour compléter les prestations légales (prise en charge du ticket modérateur ou du forfait hospitalier, transports, produits non remboursables ou partiellement remboursables, compléments de remboursements de prothèses,...).</p> <p>La demande doit être adressée au service d'action sanitaire et sociale par l'assuré lui-même ou par un travailleur social.</p> <p>La demande d'aide est examinée à partir d'une évaluation sociale tenant compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des ressources habituelles, - de la situation financière du moment, - des justificatifs des frais médicaux ou dépenses concernant la demande d'aide (devis, facture...) - des décomptes de remboursement des caisses maladie et complémentaires si l'assuré a déjà demandé le remboursement de ses frais. <p>Pour les personnes en GIR 1, 2, 3 ou 4, titulaires de l'A.P.A., la MSA Berry-Touraine n'intervient pas pour les protections pour incontinence (sauf si plan d'aide A.P.A. saturé).</p> <p>L'aide est versée soit à l'allocataire soit au prestataire (décision prise par le CRASS) sur justificatifs des dépenses.</p> <p>Les justificatifs des dépenses doivent être adressés à la MSA Berry-Touraine dans un délai de 6 mois à compter de la notification d'attribution</p>

- Le RSI Centre Val de Loire

Nombre d'aides techniques financées au 31/12/2016	Modalités de financement
<p>Catégorie 1 : Travaux d'adaptation du logement liés au handicap Exemples : installation d'un monte escalier, transformation de la baignoire en douche, chemin lumineux, volets roulants électriques... NB : les travaux d'adaptation du logement au handicap constituent une orientation prioritaire de financement de la CASS. Aides à l'habitat catégorie 1 : adaptation du cadre de vie pour l'anticipation de la perte d'autonomie des personnes retraitées ou invalides socialement fragilisées 2016 : 9 bénéficiaires pour un montant total de 22 029,82 € 5 aménagements de salle de bain = 10 547,28 € (1 GIR5, 1 GIR2, 3 non GIRé) 1 aménagement de salle de bain et monte escalier = 6 093 € 1 rénovation chambre avec lit médicalisé = 2 293 € (GIR3) 2015 : 27 bénéficiaires 75158,25€ 3 pose de volets roulants électriques 2714,11€ 21 aménagements de salle de bain 62 772,89 € 1 Installation de WC suspendu 1988,07 € 2 Installation d'un monte escalier 7689,18 €</p>	<p>Pour pouvoir bénéficier d'une aide à l'amélioration et l'adaptation du cadre de vie, le demandeur doit être :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø R ressortissant à titre principal auprès du RSI, Ø Propriétaire, locataire ou logé à titre gratuit (dans ce cas, il faut obtenir au préalable l'accord du propriétaire pour effectuer les travaux), Ø Prestataire santé (pour un actif). <p>Seuls les aides techniques et les travaux d'adaptation des logements ayant fait l'objet d'une instruction par l'association départementale SOLIHA (Solidarité Habitat) peuvent bénéficier d'une aide financière de la CASS du RSI Centre Val de Loire, celle-ci intervenant le plus souvent en complément de la subvention ANAH.</p> <p>Modalités Toute demande de financement de travaux éligibles reçue au RSI est systématiquement réorientée vers l'association SOLIHA. L'évaluation globale des besoins à domicile (EGBD) de la personne peut aussi être l'élément déclencheur pour l'obtention d'une aide relative à l'amélioration et à l'aménagement du cadre de vie. Lors de cette évaluation à domicile, la structure évaluatrice doit procéder à une visite du logement du demandeur et en particulier des pièces de vie. Cette visite se fait avec son accord et dans le respect de sa vie privée.</p> <p>Barème Le barème financier défini par la CASS du RSI Centre Val de Loire privilégie nettement en montant et en pourcentage de participation les aides attribuées pour les aides de catégorie 1 ayant un lien direct avec l'objectif de maintien à domicile.</p> <p>Attribution La subvention est limitée en fonction du barème de ressources sauf pour les demandes formulées dans le cadre d'une convention avec les offices d'HLM (maximum 4 000 € et 40% du coût des travaux). Un conventionnement est établi entre la caisse RSI et les différentes associations départementales SOLIHA. Ces partenaires ont en charge de constituer le dossier du RSI et de rechercher les différents financeurs extérieurs (ANAH, Conseil Département, Conseil Régional...). Pour cela, une partie des frais de dossier sont pris en charge par le RSI (95 €) pour les demandes émanant de SOLIHA. Versement : le paiement de la participation s'effectue à SOLIHA sur justification des travaux effectués et des factures acquittées dans un délai d'une année à partir de la notification de décision.</p>

- Le Conseil départemental d'Indre-et-Loire

Nombre d'aides techniques financées au 31/12/2016	Type d'aide majoritairement prescrites	Modalités de financement
<p>40 aides techniques financées au 31/12/2016 pour un montant total de 5113,12 €.</p>	<p>Réhausse WC, barres d'appui</p>	<p>80 % du montant de l'aide technique est pris en charge par l'APA. Un taux de participation du bénéficiaire est ensuite appliqué.</p>

Constats

La mobilisation de compétences spécifiques pour l'évaluation de la situation des personnes, telles que les ergothérapeutes, constitue un atout pour favoriser l'accès et la prise en main des aides techniques.

Afin de favoriser l'accès aux aides techniques et partant du constat que la durée d'utilisation (6 à 8 mois) des aides techniques est bien souvent nettement inférieure à sa durée de vie (6 à 8 ans), des projets de « Technicothèque » ont vu le jour dans d'autres départements. Une Technicothèque est notamment expérimentée dans le département du Maine et Loire depuis 2014 et vise à :

Faciliter l'accès aux aides techniques en faisant l'avance de fonds et en personnalisant les modalités de remboursement

Diminuer les délais entre la préconisation et l'accès aux aides techniques

Réattribuer une aide technique et diminuer les coûts supportés par la collectivité

Evaluer l'effectivité de la prise en main et de l'usage d'une aide technique

2) Les nouvelles technologies

Elles permettent aux personnes âgées et handicapées de maintenir leur autonomie tout en améliorant leur qualité de vie à domicile, en conservant notamment un contact avec leur entourage. La téléassistance permet de sécuriser les personnes âgées qui vivent seules chez elles. En cas de problème (chute, malaise...), la personne peut contacter une plateforme téléphonique joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en appuyant sur un médaillon ou une montre portée en permanence. Selon le degré d'urgence de la situation, un proche est contacté ou une intervention est déclenchée pour porter assistance à la personne. Sur le département, un certain nombre de Collectivités locales et de caisses de retraite allouent une subvention pour diminuer le reste à charge des personnes lors de l'installation d'un dispositif de télésurveillance.

Le RSI Centre Val de Loire a ainsi soutenu l'installation de dispositif de téléassistance pour un montant total de 45 7178,40 € auprès de 45 bénéficiaires en 2015. En 2016 37 bénéficiaires ont pu en bénéficier.

Le Conseil départemental d'Indre-et-Loire a quant à lui consacré en 2015 133 353 € au soutien de l'installation de dispositif de téléassistance et 134 337 € en 2016 pour 1431 bénéficiaires.

La CARSAT y a consacré 27 406 € en 2015. Le CD37 a financé 98,13% de téléalarme en 2015 (GIR 1 à 4) et la CARSAT a financé 10,13% de téléassistance en 2015 (GIR 5 et 6)

La MSA apporte également un soutien financier aux personnes s'équipant de téléassistance. L'aide est versée, sous conditions de ressources, tous les mois au bénéficiaire. Pour les bénéficiaires de l'APA, une prise en charge est possible lorsque la téléassistance ne peut pas être financée, le plafond du plan d'aide étant atteint. En 2015, 303 bénéficiaires ont pu bénéficier de cette aide pour un montant total de 33 394 €. En 2016 cette aide a concerné 297 bénéficiaires pour 31 280 €.

Une étude récente a été faite sur « l'avenir du marché de la téléassistance et des services associés, Pipame, 2017 » :

En France actuellement 10 % des personnes de plus de 75 ans sont abonnés à un service de téléassistance. (le parc d'abonnés ayant connu une croissance significative au cours des 5 dernières années). « La décision d'adopter une solution de téléassistance n'est que très rarement prise par les seniors eux même. L'abonnement au service est en effet souvent prescrit par un aidant familial ou professionnel, en raison de l'inquiétude suscitée par la santé ou l'isolement de la personne âgée. Les seniors ne prennent que très rarement l'initiative de ce type de démarche à titre préventif. Le

caractère stigmatisant de la téléassistance, service associé au vieillissement et à la perte d'autonomie explique une bonne part de cette absence de volontarisme. » « L'image de la téléassistance demeure aujourd'hui négative. Le service est perçu comme une solution associée à une situation de dépendance sévère, il est le plus souvent subi par ses bénéficiaires et leurs proches comme un moindre mal et non choisi à partir de critères positifs. L'un des enjeux essentiels portés par les évolutions technologiques est, en multipliant les applications, en s'appuyant sur des terminaux banalisés et en apportant des opportunités nouvelles en termes de services, de changer radicalement la perception de la téléassistance, lui permettant ainsi de toucher de nouvelles catégories d'utilisateurs. Il pourra s'agir de « jeunes seniors », utilisant des solutions mobiles leur permettant de mener leurs activités quotidiennes (promenade, bricolage...) en bénéficiant d'une sécurité accrue (mais, à la limite, toute la population pourrait bénéficier de ce type d'application). »

Des capteurs peuvent également être installés dans des logements afin de détecter des situations à risque : fumée, gaz carbonique... Ils sont également en mesure de décrypter les mouvements de la personne (chute, absence de mouvement). Ces données alimentent une base de données qui les transmettra à un serveur central sécurisé. En cas de situation à risque, une alerte est envoyée à la famille et aux soignants.

Des « piluliers connectés » car les personnes en perte d'autonomie peuvent avoir des difficultés à prendre leurs médicaments selon la prescription. Pour leur venir en aide, il existe des distributeurs de pilules, programmés pour une semaine. A l'heure de la prise du médicament, une alarme retentit. Verrouillés après chargement, ces appareils sont les garants d'une bonne observance du traitement.

3) Les aides à l'adaptation du logement

90 % des français sont prêts à adapter leur logement si leur état de santé se dégrade. Aujourd'hui seulement 6% des logements sont adaptés à la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie. 450 000 chutes ont lieu chaque année dont 62 % à domicile entraînant 9000 décès par an⁷⁶. La loi ASV propose comme axe principal de faire du domicile, un atout de prévention en facilitant l'accès aux nouvelles technologies (télé-assistance, domotique) pour les personnes âgées aux revenus modestes. L'avenant 2015-2016 au schéma départemental en faveur des personnes âgées prévoyait

⁷⁶ La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dossier de presse, Ministère des affaires sociales et de la santé, Janvier 2016

d'accompagner les propriétaires âgés pour l'adaptation de leur logement et de créer une coordination départementale pour l'accompagnement des locataires âgés du parc social

L'adaptation du parc privé (ANAH et aides caisses de retraite)

En Indre et Loire, le Conseil départemental et Tours Métropole Val de Loire ont une délégation de compétence de l'Etat pour attribuer les aides financières de l'Agence Nationale de l'Habitat (Anah), en faveur de l'amélioration des logements, sur leur « aire de délégation » respective. Le CD37 est compétent sur tout le Département en dehors du périmètre de la Métropole). Les aides sont attribuées suivant des plafonds de ressources fixées par l'Anah. L'adaptation du parc de logement privé à la perte d'autonomie en 2015, financé par une aide ANAH complétée parfois par une aide départementale a concerné 291 logements privés, soit une hausse de 69% par rapport à 2011.

Concernant les caractéristiques des bénéficiaires, la quasi-totalité a un niveau de dépendance relativement faible (81 % GIR 5-6). On constate également que seulement 7 % des bénéficiaires souffre d'un handicap.

Des programmes appelés Opérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat (OPAH) ou Programmes d'Intérêt Général (PIG), peuvent être mis en œuvre par les collectivités territoriales qui prennent ainsi à leur charge le coût de l'accompagnement par un opérateur (ex : SOLIHA, ex PACT d'Indre et Loire) des particuliers au montage des dossiers de financement et au projet de travaux. Une Opération Programmée de l'Amélioration de l'Habitat (OPAH) et 5 PIG sont actifs en 2016 : Les PIG des CC du Val de l'Indre, du Val d'Amboise, du Pays de Bourgueil, du CD37, de Tours Plus et l'OPAH de la CC de la Touraine du Sud. 62% des 291 bénéficiaires d'une aide ANAH en 2015 ont été accompagnés gratuitement dans le cadre d'une OPAH ou d'un PIG. Le CD37 a été maître d'ouvrage d'un Programme d'Intérêt Général (PIG) en faveur des personnes âgées bénéficiaires de l'APA (GIR 1 à 4) entre mars 2013 et mars 2016, qui a permis d'adapter 36 logements.

Les aides attribuées par les caisses de retraites pour l'adaptation des logements :

Afin d'identifier les besoins et les solutions adaptées, le diagnostic « Bien chez moi » proposé par AGIRC ARRCO pour les personnes âgées de 75 ans et plus percevant une retraite complémentaire, permet d'organiser une visite à domicile d'un ergothérapeute dans un délai d'un mois. A l'issue de cette visite, un bilan personnalisé avec des recommandations est remis à l'utilisateur. Une participation forfaitaire de 15 € est demandée au bénéficiaire.

La CARSAT a accordé en 2015, 147 aides financières dans le cadre du financement des travaux « Habitat et cadre de vie ». Ces subventions d'un montant de 2 500 €, 3 000 € ou 3 500 € dépendent du plafond de ressources du ménage. Elles sont versées directement au prestataire accompagnant les ménages. La CARSAT finance également les missions du prestataire « habitat » à hauteur de 258 € pour les ménages hors plafonds ANAH et 185 € pour les bénéficiaires ANAH.

Des travaux d'aménagement et d'adaptation du logement permettant le maintien à domicile peuvent également être financés par la MSA pour les retraités à titre principal du régime agricole âgés de plus de 75 ans au moment de la demande.

Cette aide vise à soutenir la réalisation de travaux indispensables au maintien à domicile :

- Changement de chauffage manuel par un chauffage automatique,
- Motorisation des volets et des portes dans les pièces de vie,
- Adaptation et/ou rehaussement des WC, -
Elargissement de portes,
- Adaptation de la salle de bains,
- Création de pièce au rez-de-chaussée pour réaliser une unité de vie

L'aide est en fonction des ressources et ne peut excéder 70% du montant des travaux, dans la limite de 1 200 € (montant maximum attribuable sur l'année). Selon la situation des personnes, l'aide peut être complétée ou remplacée par une avance sur prestations⁷⁷. En 2015, 59 personnes ont pu bénéficier de cette aide pour un montant total de 61 852 €. En 2016 cela a concerné 45 personnes pour un montant total de 46 135 €.

En 2015, 27 personnes ont bénéficié d'une aide à l'amélioration et à l'aménagement du cadre de vie financée par le RSI. Cette aide permet aux travailleurs indépendants, actifs handicapés ou retraités ou invalides de vivre chez eux dans de meilleures conditions et le plus longtemps possible. Ils peuvent par exemple concerner l'installation d'un monte escalier, de volets électriques etc...

Une réflexion est actuellement en cours autour de la création d'un PIG départemental pour un accompagnement gratuit de toutes les personnes âgées (GIR 1 à 6) aux ressources inférieures aux plafonds de l'ANAH.

⁷⁷ Les ressources de toutes les personnes résidant au foyer sont prises en compte. Ressources prises en compte : 1/12ème du revenu brut global de l'avis d'imposition 2016 (revenus 2015) : Dans les cas particuliers résultant d'un changement significatif de situation (décès d'un conjoint,...), les ressources seront actualisées à la date de la demande. L'aide est versée soit à la personne âgée soit directement au fournisseur sur présentation des factures acquittées. Les factures doivent être parvenues à la MSA Berry Touraine dans un délai de 18 mois après la notification de l'accord. Dans le cas contraire, l'accord de prise en charge devient caduc.

L'adaptation du parc public

La convention Etat-Région 2015-2020 consacre 1 M€ pour l'adaptation du parc social à la perte d'autonomie. Entre 1 200 € et 10 000 € seront ainsi attribués par logement adapté, sur l'aire de délégation des aides à la pierre du Conseil départemental.

Constat

Un recentrage des aides « habitat » du Conseil départemental en 2017 sur les logements dédiés aux seniors et personnes handicapées.

L'aide versée sera conditionnée à l'attribution par le Département d'un agrément « logement social », PLUS ou PLAi. Les logements seront adaptés à la perte d'autonomie et « fléchés » par les bailleurs HLM pour être attribués aux personnes âgées ou handicapées. Les logements pourront être intégrés à une opération de logements locatifs sociaux classiques ou à un ensemble qualifié d'habitat intermédiaire innovant.

E) Les besoins liés à la prévention de la perte d'autonomie exprimés par les personnes âgées de plus de 60 ans

Le cabinet Kantar Public a été sollicité pour la réalisation d'une étude de besoin quantitative complémentaire auprès d'un panel de 302 individus âgés de 60 ans et plus résidant sur le département d'Indre-et-Loire. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, activité de l'individu) et une stratification géographique par agglomération. Les entretiens téléphoniques avaient une durée de 11-12 minutes.

Principaux enseignements

- Les habitants d'Indre-et-Loire âgés de 60 ans et plus déclarent un état de santé majoritairement bon.
- Quasiment la moitié des personnes interrogées reçoit une aide humaine⁷⁸
- Lorsqu'aucune aide (technique et/ou humaine) n'est reçue, c'est principalement par manque de besoin, quelques-uns évoquent le coût financier des aides
- Le sentiment d'information sur le risque de perte d'autonomie est relativement bon, notamment auprès des personnes ayant un proche dépendant.
- Lorsqu'une difficulté est ressentie, elle concerne majoritairement les déplacements et les démarches administratives.
- Concernant la mobilité, pour se rendre à un rendez-vous médical, le véhicule personnel reste le moyen de transport le plus utilisé. Toutefois 39% des personnes âgées de 86 ans et plus se font véhiculés par un proche.
- Concernant les aides techniques utilisées, dans le panel interrogé elles concernent d'abord les déplacements (cannes ou béquilles), puis la communication et la lecture (amplificateur de son ou appareils auditifs, loupe)⁷⁹ Les nouvelles technologies sont principalement utilisées pour le maintien des liens sociaux, et ce notamment par les 60-74 ans.
- Pour faire face à la perte d'autonomie, même si l'ensemble des aides sont considérées comme importantes, ce sont les aides financières qui sont jugées davantage prioritaires.

⁷⁸ Base : à ceux qui rencontrent au moins quelques difficultés à au moins une activité (115 personnes)

⁷⁹ Base : à ceux qui rencontrent au moins quelques difficultés à au moins une activité (115 personnes)

• PARTIE III – CONCLUSION ET PERSPECTIVES D’ACTION

Sur la base du diagnostic des besoins et du recensement des initiatives locales, les membres de la conférence peuvent identifier les axes prioritaires qui s’en dégagent.

Ces axes vont permettre l’émergence d’une stratégie coordonnée de prévention. Ils peuvent être plus ambitieux que les six items du programme coordonné prévu par la loi. Ils doivent permettre aux différents partenaires de la conférence de concevoir leurs actions dans le cadre d’un parcours global de prévention.

A) Le programme coordonné de financement

La conférence des financeurs s’inscrit dans le cadre général de la politique de prévention de la perte d’autonomie structurée dans un plan national d’action. Ce plan fixe les priorités des pouvoirs publics autour des composantes essentielles de la prévention en définissant 6 axes stratégiques :

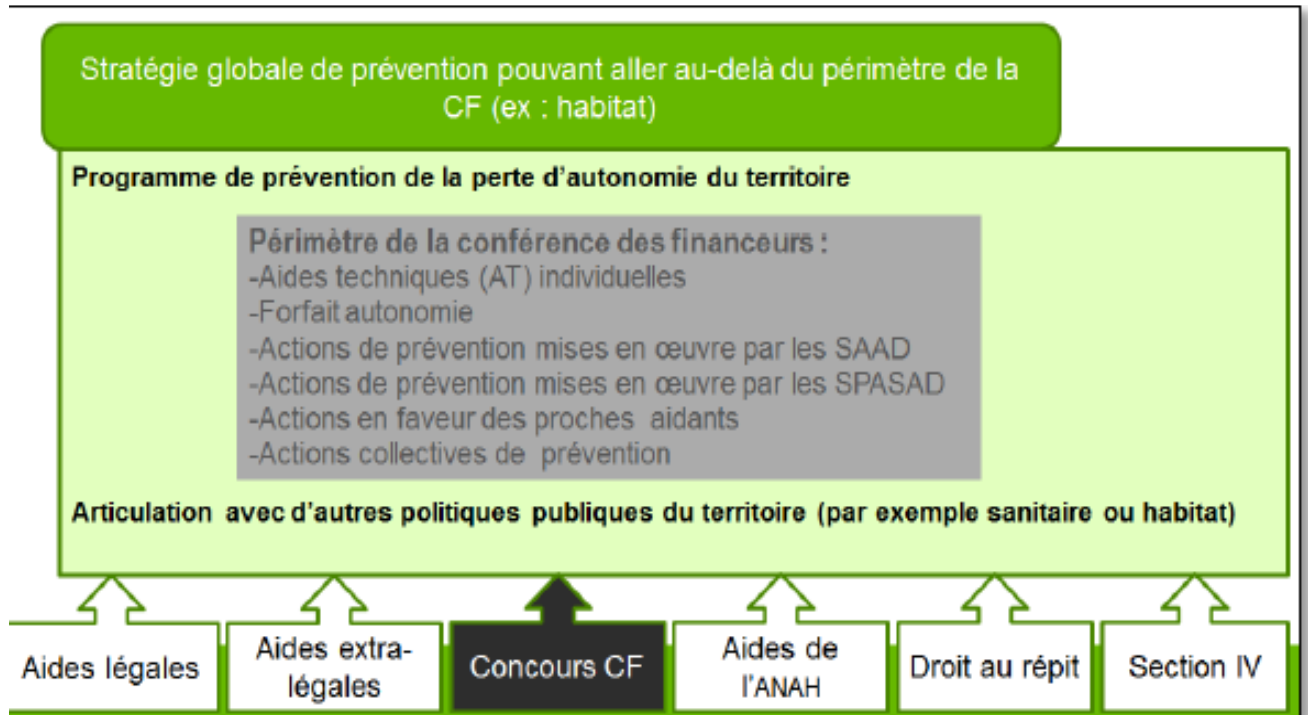
- Améliorer les grands déterminants de la santé et de l’autonomie,
- Prévenir les pertes d’autonomie évitables,
- Eviter l’aggravation de situations déjà caractérisées par une incapacité,
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- Former les professionnels,
- Développer la recherche et les stratégies d’évaluation.

Le rôle de la conférence est d’assurer « un effet de levier sur les financements que les membres de la conférence des financeurs consacrent à la prévention de la perte d’autonomie ». Son principe d’action est de laisser l’initiative de la mise en œuvre aux acteurs de terrain qui réalisent les actions, tout en leur donnant un cadre et des objectifs.

Sur la base du diagnostic des besoins et du recensement des initiatives locales, les membres de la conférence peuvent identifier les axes prioritaires qui s’en dégagent et les inscrire au sein du programme coordonné de financement des actions de prévention. Plusieurs niveaux doivent être identifiés⁸⁰ :

⁸⁰ Guide technique de la Conférence des financeurs, CNSA, avril 2016.

- Conception d'une stratégie globale de prévention,
- Elaboration d'un programme dont le périmètre est défini par voie réglementaire pour la CF
- Mobilisation des leviers financiers (pas uniquement ceux de la Conférence des financeurs)
- Les actions peuvent faire l'objet de cofinancements.



La loi prévoit que le programme défini par la conférence porte sur 6 axes :

<p><u>Axe 1 :</u> L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant</p>	<p>Les aides accordées doivent favoriser le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat, de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation.</p> <p><u>Exemples :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>des aides aux transferts : lève-personne, barres d'appui...</i> • <i>des aides domotiques dans la maison pour une gestion automatisée de l'habitation : allumage automatique du couloir, ouverture centralisée des volets...</i> • <i>des aides technologiques : systèmes de géolocalisation grâce à un bracelet pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer...</i> • <i>des aides au déplacement : déambulateur, fauteuil roulant...</i>
<p><u>Axe 2 :</u> L'attribution du forfait autonomie</p>	<p><u>Exemples :</u> ateliers mémoire, des ateliers gymnastique...</p>
<p><u>Axe 3 :</u> La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SAAD)</p>	
<p><u>Axe 4 :</u> La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)</p>	
<p><u>Axe 5 :</u> Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie (cet axe est financé au titre de la section IV du budget de la CNSA),</p>	<p><u>Exemple :</u> développer de nouvelles formes d'aide au répit comme le balluchonnage, développer les cafés des aidants permettant des rencontres dans des lieux dédiés pour échanger et rencontrer d'autres aidants dans un cadre convivial (un café associatif, un bar, un restaurant, etc.)...</p>
<p><u>Axe 6 :</u> Le développement d'autres actions collectives de prévention, mises en place par les coordinations autonomie, les associations...</p>	<p><u>Exemples :</u> ateliers mémoire, prévention des chutes, conférences sur le bien vieillir, sur la prévention du suicide....</p>

Le plan coordonné de financement de la Conférence des financeurs d'Indre-et-Loire, défini pour 5 ans (2016-2020), s'articule autour de 3 axes prioritaires :

- 1 – Prévenir et accompagner la perte d'autonomie,**
- 2 – Soutenir et accompagner les aidants familiaux à domicile,**
- 3 – Développer la communication auprès du public.**

Pour chacun des axes, l'accent sera mis sur l'harmonisation de l'offre sociale, médico-sociale et l'offre de santé pour la réduction des inégalités sociales. Un travail de repérage de l'offre existante sera effectué, pour une meilleure convergence des logiques territoriales.

Les plans d'action seront déterminés chaque année à partir de l'exercice 2017.

Le programme coordonné de financement est soumis pour avis consultatif au Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie.

B) Le plan d'action 2017-2018

Un plan d'action a été présenté et validé par l'ensemble des partenaires de la Conférence des financeurs lors d'une réunion extra-ordinaire de la Conférence des financeurs le 16 juin 2017. Il décline les 3 axes stratégiques du programme coordonné de financement préalablement arrêtés.

Il intègre les principaux constats et problématiques mis en avant par le diagnostic territorial des besoins des personnes âgées de plus de 60 ans, présentés et approuvés le 16 juin 2017.

Il constitue un cadre pour le financement de nouvelles actions de prévention au cours de la période Juin 2017- Décembre 2018.