

Schéma départemental de l'autonomie 2018-2022

Partie 1 - Diagnostic



ÉDITO



Le vieillissement et le handicap, compétences majeures des Départements, constituent un grand défi social aujourd'hui et plus encore demain. Les problématiques sont souvent communes à ces deux populations, c'est pourquoi le Conseil départemental d'Indre-et-Loire s'est engagé pour la première fois dans une réflexion globale. Il a ainsi fait le choix de réaliser un schéma unique de l'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou au handicap, document qui définit les actions à mener pour les cinq prochaines années.

Fédérateur, ce schéma a été élaboré avec la participation et l'engagement de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux, représentants des familles, associations et en lien avec le Projet Régional de Santé porté par l'Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire.

Cette démarche a permis de mettre en évidence les multiples besoins des personnes et la nécessité de leur apporter la réponse adaptée, là où elles vivent.

Le maintien et l'accompagnement à domicile, le soutien aux aidants, l'accès aux droits, la mobilité et la prise en charge en établissement sont les axes majeurs sur lesquels repose ce schéma. Il se décline autour de 6 orientations :

- Développer de l'accueil et de l'information
- Mieux connaître les besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Accompagner les intervenants au quotidien, et favoriser le répit des aidants
- Lutter contre l'isolement social et géographique
- Faciliter la continuité des parcours de vie à domicile et en établissement
- Organiser une véritable gouvernance de la politique autonomie

Le Conseil départemental qui porte une attention particulière à la qualité de l'offre en établissement, a également lancé, avec l'appui de Val Touraine Habitat, une expertise afin d'identifier les travaux de sécurité, de remise aux normes, de rénovations ou de réhabilitations à mettre en œuvre dans les 5 ans.

Volontaire et réaliste, ce schéma enrichit les solutions existantes et construit de nouvelles réponses, sans avoir peur d'innover et d'expérimenter. Certaines d'entre elles reposeront sur la collaboration avec les établissements publics de coopération intercommunale, particulièrement dans les domaines de l'habitat et du transport, pour faire face à des défis grandissants, que nous avons à cœur de relever ensemble.

Bien à vous

Nadège Arnault
1^{re} Vice-Présidente
chargée des Affaires Sociales

Bien cordialement

Jean-Gérard Paumier
Président
du Conseil départemental d'Indre-et-Loire

SOMMAIRE

1. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE DU DEPARTEMENT

- A. La population départementale : composition, évolution et vieillissement** p.5
- B. Les personnes âgées dans le département** p.6
1. La répartition de la population âgée sur le territoire et l'analyse des flux migratoires
 2. Leurs revenus
 3. L'évaluation de la précarité des personnes âgées
 4. Projections sur la dépendance à 2040
Focus : la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur le département d'Indre-et-Loire
- C. Les personnes en situation de handicap dans le département** p.14
1. Les bénéficiaires de l'AAH et de la majoration pour vie autonome
 2. Les demandeurs d'emploi en situation de handicap et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Focus : la problématique de la santé mentale
- D. Le logement sur le département** p.19

2. LES DISPOSITIFS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE

- A. L'information et l'orientation** p.21
1. La MDPH
 2. Les MDS et le rôle des conseillers autonomie
 3. Le site Touraine Reper'Age
 4. VIA TRAJECTOIRE : faciliter l'orientation des personnes âgées en établissements
- B. La prévention et la coordination de la perte d'autonomie** p.23
1. Le programme pour Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)
 2. La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
- C. Le soutien à domicile** p.24
1. Les bénéficiaires des prestations à domicile
 - a. L'APA à domicile
 - b. Les services ménagers
 - c. La PCH
 2. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
 3. Les SAVS (Services d'accompagnement à la vie sociale) et SAMSAH (services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés)
 4. L'offre de soins à domicile
 5. Les autres dispositifs pour le maintien à domicile :
 6. L'accueil de jour et l'hébergement temporaire
 - a. L'hébergement temporaire pour les personnes âgées
 - b. L'accueil de jour pour les personnes âgées
 - c. L'hébergement temporaire pour les personnes handicapées
 - d. L'accueil de jour pour les personnes handicapées
- D. L'accueil familial social** p.46
1. L'offre existante
 2. L'accueil familial thérapeutique
 3. L'aide sociale

E. La prise en charge en établissement

p.50

1. L'hébergement des personnes adultes handicapées
 - a. L'offre existante
 - b. L'orientation du public adulte en établissement et l'adéquation de l'offre
 - c. Les Foyers de vie
 - d. Les Foyers d'hébergement
 - e. Les Foyers d'accueil médicalisés
 - f. Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
 - g. L'accueil des publics spécifiques
2. L'hébergement des personnes âgées
 - a. Les résidences service
 - b. Les résidences autonomie
 - c. Les EHPAD et la prise en charge en établissement
 - d. Les Unités de soins de longue durée (USLD)

3. LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE D'HEBERGEMENT ET LES REPONSES ALTERNATIVES

A. L'adaptation du logement

p.70

1. L'adaptation du parc privé (Agence Nationale de l'Habitat et aides des caisses de retraite)
2. L'adaptation du parc public

B. Des réponses alternatives: l'habitat intergénérationnel, l'habitat regroupé

p.71

1. L'habitat regroupé
2. L'habitat intergénérationnel

4. L'ACCESSIBILITE, LA CITOYENNETE ET LA PARTICIPATION SOCIALE TOUT AU LONG DE LA VIE

A. L'insertion professionnelle des personnes handicapées

p.74

1. Les établissements de travail pour les personnes en situation de handicap
 - a. Les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)
 - b. Les Entreprises adaptées
 - c. Les Centres de rééducation professionnelle
2. Les services d'insertion professionnelle
 - a. Service Public de l'Emploi
 - b. Le service d'intégration professionnelle d'accompagnement médico-social (SIPROMES)

B. L'accessibilité et la participation sociale

p.76

1. La mobilité
2. L'accès aux sports, aux loisirs et à la culture

5. L'AIDE AUX AIDANTS DES PERSONNES AGEES ET DES ADULTES HANDICAPES

A. Contexte et problématiques

p.83

B. Le profil des aidants

p.85

C. Les dispositifs et initiatives locales de soutien aux aidants

p.86

6. L'ISOLEMENT SOCIAL DES PERSONNES AGEES ET DES ADULTES HANDICAPES

A. Les facteurs physiques et psychologiques

p.88

B. Les initiatives locales de lutte contre l'isolement des personnes âgées

p.89

C. L'isolement social des personnes adultes handicapées

p.90

1. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE DU DEPARTEMENT

A. La population départementale : composition, évolution et vieillissement

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 comment se répartit cette population par sexe et par âge, on constate que globalement les femmes sont plus nombreuses que les hommes (+22 370) et qu'elles représentent 51,8% de la population du département. Il est surtout important de noter que 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.

	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 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%.

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 2008 / 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	

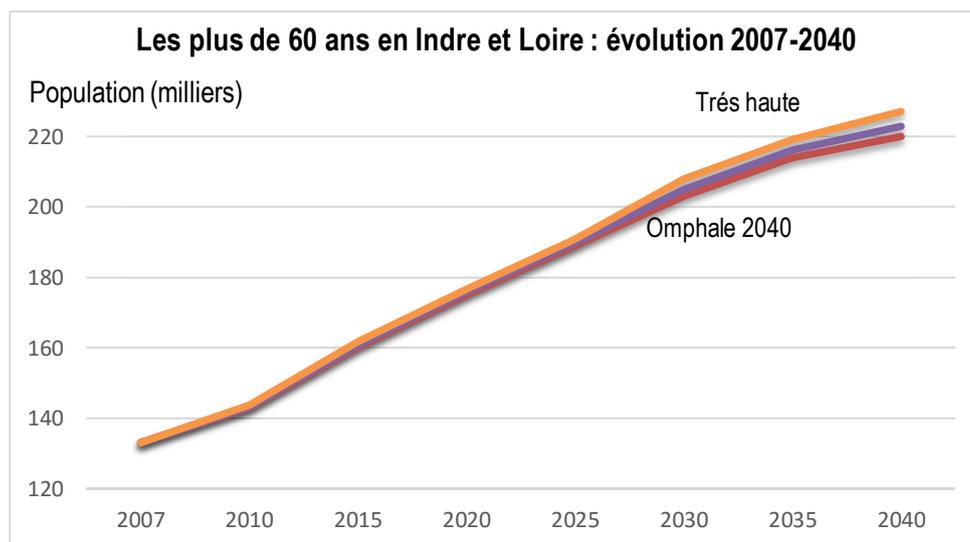
Source : Insee, RP 2013

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	2040
Indre-et-Loire :	583 084	687 614	17,2%	21,2%	5,4%	10,8%

Source : Insee, Omphale 2010, scénario central.

Le tableau ci-dessus reproduit les projections de population réalisées par l'Insee pour l'Indre-et-Loire. 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, passant de 132 000 à 220 000 (ordres de grandeur).



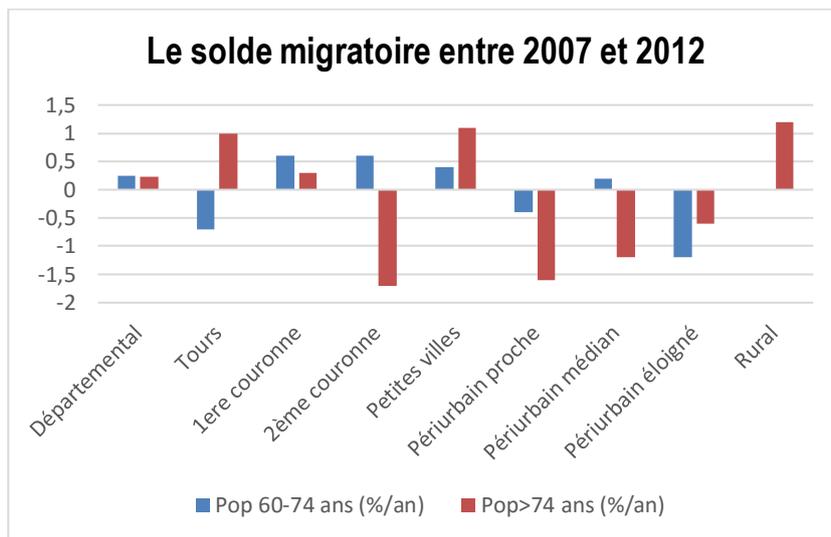
Les 3 courbes figurant sur le schéma ci-dessus représentent 3 scénarii d'évolution s'appuyant notamment sur des hypothèses différentes en matière de solde migratoire (haute, moyenne ou basse).

B. Les personnes âgées dans le département

1. La répartition de la population âgée sur le territoire

L'ensemble des analyses présentées s'appuie sur un découpage du territoire départemental en 8 secteurs qui ont été déterminés en fonction du nombre moyen d'habitants par commune (IRIS).

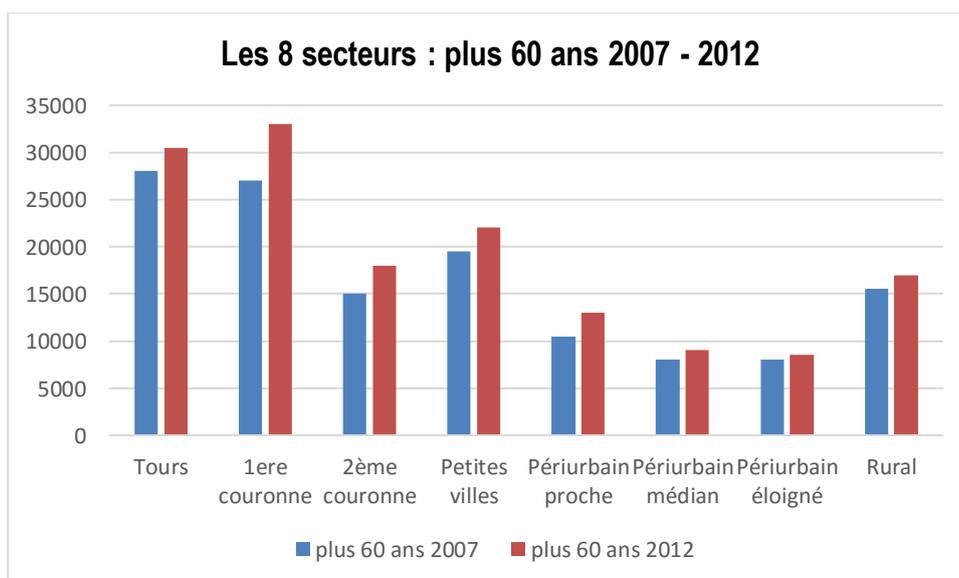
Secteur	Iris	Communes	Moy Comm (2007)	Distance	Variation 2007-2012
Tours	57	>100000 hab.	136788	0	-0,24%/an
1 ^{er} couronne	50	8000-40000 hab.	14973	3	0,48%/an
2 ^d couronne	22	1000-8000 hab.	3520	7	0,81%/an
Petites villes	21	2000-15000 hab.	5454	30	0,26%/an
Périurbaines proches	40	500-3000 hab.	1481	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



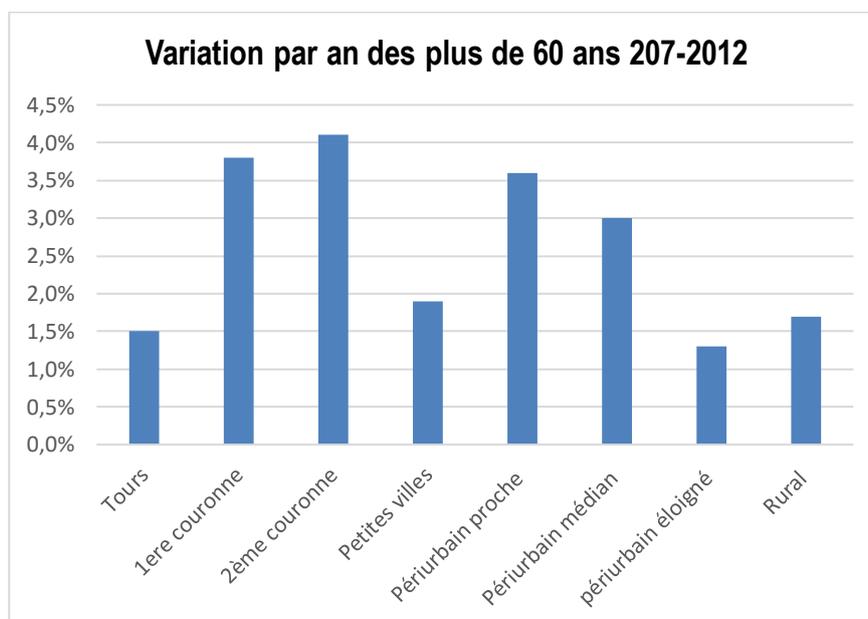
Concernant les mouvements migratoires infra-départementaux, une analyse secteur par secteur de la population âgée de 60-74 ans et des 75 ans et plus peut être réalisée. Ce graphique met notamment en évidence que sur un même secteur, il n'y a pas nécessairement convergence des migrations résidentielles des 60-74 ans et des 75 ans et plus. À partir de 75 ans, des personnes âgées quittent les secteurs de la seconde couronne, du péri-urbain proche et du péri-urbain 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^{ère} 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^{ère} 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^{ère} couronne », de la « 2^{ème} couronne », du « péri-urbain proche » et du « péri-urbain 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 2012¹. On constate également que le secteur du « péri-urbain éloigné » est une zone de transition entre les zones rurales et les zones péri-urbaines. La 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.

2. Leurs revenus

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 4 000 euros.

Indre-et-Loire :	2012		
	Revenu fiscal déclaré médian par UC	Indice de gini	Rapport interdécile D9/D1
Ménages dont le référent fiscal est âgé de 60 à 74 ans :	22 274	0,3	3,7
Ménages dont le référent fiscal a 75 ans ou plus :	18 240	0,3	3,2

Source : Insee - DGFIP 2012

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 1 520 euros par mois, ce qui est un montant relativement faible au regard du coût mensuel d'un hébergement en institution.

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

En effet, dans le département, le coût mensuel de l'hébergement¹ en EHPAD pour un résident en 2016 est en moyenne dans le secteur public de 1 914 € pour les EHPAD hospitaliers, de 1 790 € pour les EHPAD public autonomes et de 1 880 € pour les EHPAD privés totalement habilités à l'aide sociale. Le coût moyen d'une prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 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.

3. L'évaluation de la précarité des personnes âgées

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 Agées (ASPA) (ex : minimum vieillesse) et les aides au niveau de l'assurance maladie avec la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire et l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS).

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

L'observatoire des fragilités de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) 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 bénéficiaire 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 de la Région Centre après le Loiret (58 927 personnes).

► Les aides de l'assurance maladie² : 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). 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 Agées (ASPA) (ex minimum vieillesse)

L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA), anciennement appelée minimum vieillesse, est attribuée à certaines personnes âgées sous condition de ressources. En 2016, la part des retraités âgés de 55 à 95 ans bénéficiaires de l'ASPA et/ ou d'un complément retraite, issue du régime général est de 2,11 % sur le département d'Indre-et-Loire.

² L'étude présentée se base sur les notions suivantes

Le revenu fiscal (déclaré)

Le revenu fiscal par unité de consommation (UC)

Le revenu médian

Le rapport interdécales D9/D1

Indice de Gini

Nombre d'allocataires de l'ASPA pour 1 000 personnes de 65 ans et plus en pourcentages

Nombre d'allocataires de l'ASPA** 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	1 559	1 636	2 893	1 441	2 967	12 435
	27,4‰	20,4‰	29,0‰	25,0‰	19,7‰	24,8‰	24,3‰

Sources: CARSAT Centre-Val de Loire, MSA, Insee (RP 2013)

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.

4. Projections sur la dépendance à 2040

Indre-et-Loire :	2007	2020	2025	2030	2035	2040
Projections de population Omphale 2010, scénario central : population des 75 ans et plus :	53 955	65 700	79 105	90 813	102 064	111 777
Projections APA, 75 ans et plus :	-	11 103	13 369	15 347	17 249	18 890

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus bénéficiaires de l'APA pourrait ainsi presque atteindre les 19 000 personnes en 2040.

Focus : la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur le département

On estime qu'en Europe à partir de 85 ans, 1 femme sur 4 et 1 homme sur 5 seraient atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est la première cause de pathologie neurodégénérative en France.

Un nouveau cas serait ainsi recensé toutes les deux minutes, et l'on considère que si rien ne change et compte tenu du vieillissement de la population et de l'allongement de la durée de vie, la France compterait 1 275 000 personnes malades dans huit ans. 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'Alzheimer³ 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 (Affectation Longue Durée) 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).

Le département d'Indre-et-Loire dispose de plusieurs dispositifs permettant de prendre en charge la maladie à ses différents stades d'avancée à travers le diagnostic avec le Centre Mémoire de Ressources & de Recherche (CMRR) du CHRU de Tours, des dispositifs d'accueil séquentiels (accueil de jour, hébergement temporaire) ou permanent (Unité pour Personnes Agées Désorientées (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 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)

³ Diagnostic 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 (Hospitalisation à domicile) pour éviter les hospitalisations en urgence, en poursuivant le déploiement des ESA, (Equipes spécialisées Alzheimer), PASA (Pôles d'Activité et de Soins Adaptés), UHR (Unité d'Hébergement Renforcée), PFR (Plateformes d'Accompagnement et de Répit), UCC (Unités Cognitivo-Comportementales), 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
- 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 jeunes⁴. On estime aujourd'hui à 32 000 le nombre de personnes de moins de 65 ans qui vivent avec la maladie. Entre 15 000 et 25 000 d'entre elles 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 charge 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.

► **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 Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA)** permettent d'assurer des séances de soins d'accompagnement et de réhabilitation à domicile 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 gérontologie.

► **Le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)** accueille à la journée 12 à 14 résidents déjà en 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...).

► **L'Unité pour Personnes Âgées Désorientées (UPAD)** est une unité sécurisée d'hébergement permanent dans un EHPAD pour les personnes qui ont un besoin de déambulation. 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...). Le département d'Indre-et-Loire dispose d'une UHR à de Luynes qui permet d'accueillir 14 résidents.

⁴ Plan maladies neurodégénératives 2014-2019

Le département d'Indre-et-Loire recenserait 7000 à 8000 personnes diagnostiquée « Alzheimer » ou « maladies apparentées ». Actuellement, pour 10 établissements de l'agglomération tourangelle disposant d'une Unité pour Personnes Agées Désorientées (UPAD), 63 demandes d'entrée ne sont pas satisfaites. Les établissements du secteur public et associatif ont les listes d'attente les plus importantes avec en moyennes 15 personnes en attente.

Le département ne dispose pas d'offre spécifique dédiée à l'accompagnement de personnes jeunes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

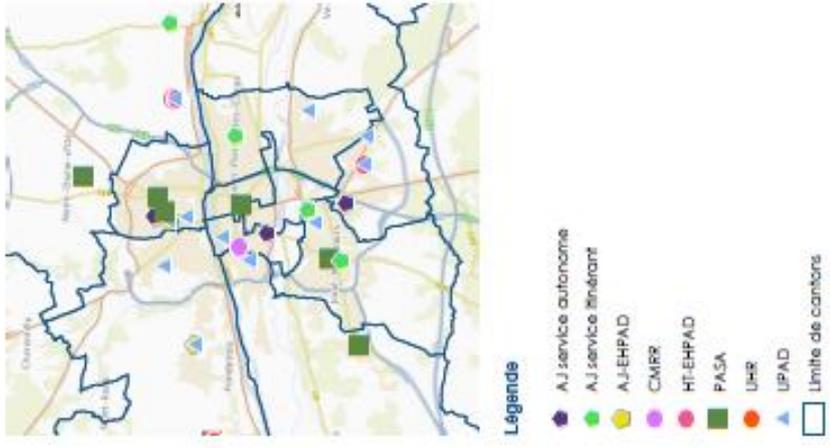
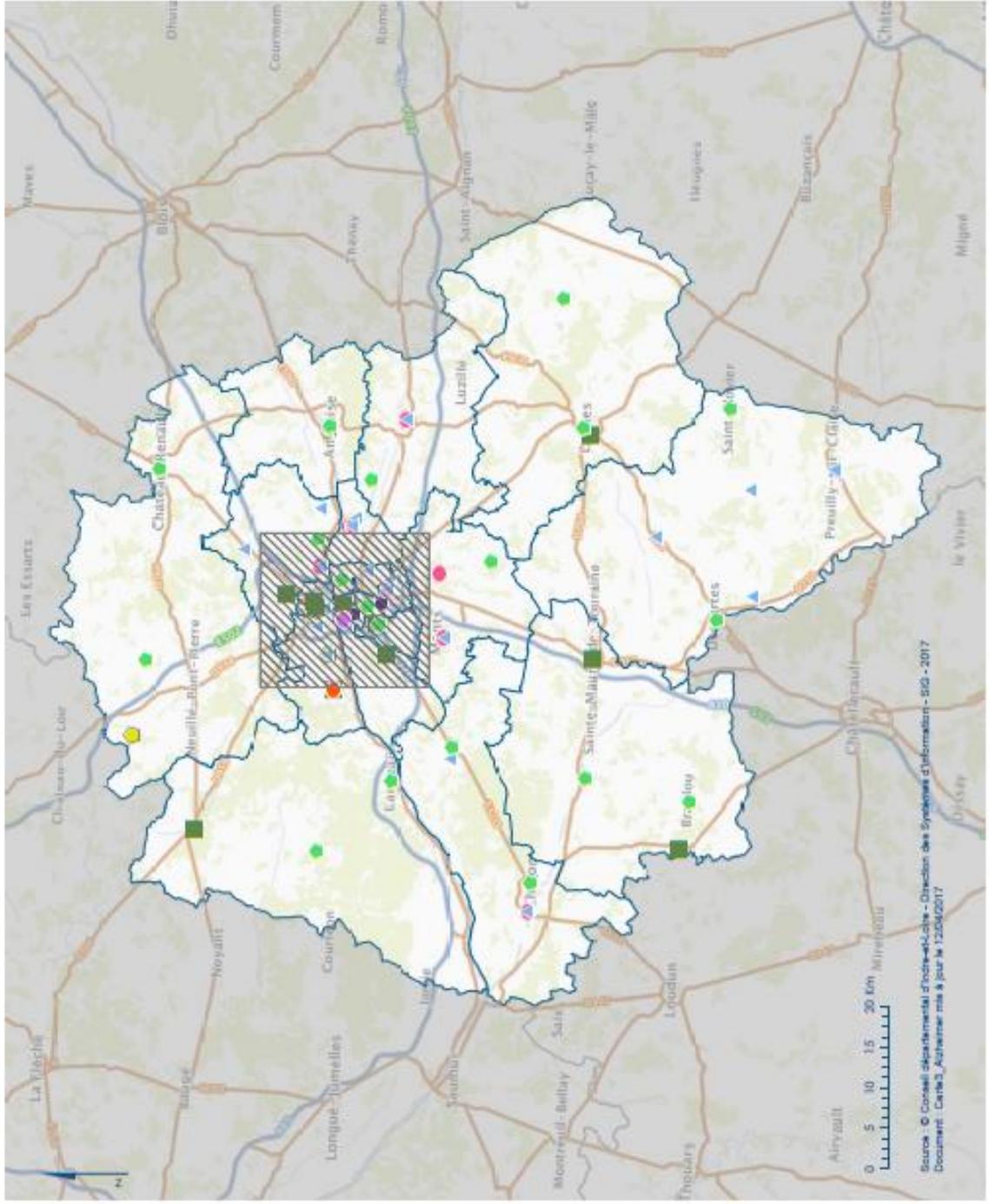
L'évolution des attentes des usagers et de leurs proches se traduit par le refus d'un EHPAD « classique » très médicalisé, conçu comme un « quasi hôpital » et souvent doté d'une organisation institutionnelle rigide. L'offre d'hébergement en établissement présente sur l'agglomération tourangelle pour le public âgé souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée correspond à une UPAD unité fermée par digicode pour éviter les risques d'errance et un projet spécifique basé essentiellement sur de l'animation.

L'UPAD ou l'unité PHV adossées à un EHPAD sont un « modèle » de prise en charge qui ne répond que partiellement à la problématique. Certains malades jeunes de la maladie d'Alzheimer ou des personnes handicapées vieillissantes ne souhaitent plus rester à domicile mais ne sont pas pour autant prêt à intégrer une institution d'hébergement.

Par ailleurs, un besoin d'accessibilité financière est noté sur l'agglomération tourangelle où 60% des places d'hébergement ne sont pas habilitées à l'aide sociale, dont 43% au sein d'un établissement lucratif.

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

Département d'Indre-et-Loire



C. Les personnes en situation de handicap dans le département

1. Les bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et de la majoration pour vie autonome

L'allocation aux adultes handicapés est une allocation de solidarité destinée à assurer aux personnes handicapées d'au moins 20 ans, un minimum de ressources. Financée par l'Etat, versée par les CAF ou les caisses de Mutualité Sociale Agricole, elle est accordée sur décision de la CDA (Commission des Droits et de l'Autonomie) des MDPH.

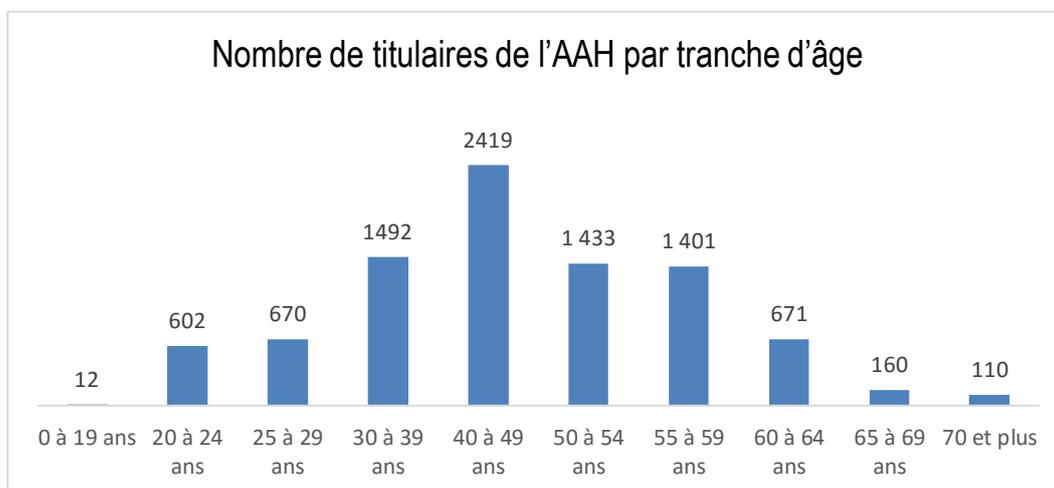
Le montant maximum mensuel est de 810,89€ depuis le 1^{er} avril 2017

Evolution de l'AAH en Indre-et-Loire de 2013 à 2015 : une évolution constante mais faible

	2013		2014		2015	
	Nb bénéf.	Montants	Nb bénéf.	Montants	Nb bénéf.	Montants
AAH	8 972	68 237 166 €	9 007	69 929 592 €	8 981	71 807 439 €
Complément AAH – Majoration pour la vie autonome (MVA)*	1 393	2 060 310 €	1 407	2 079 742 €	1 430	2 154 944 €
TOTAL :	10 366	70 297 476 €	10 414	72 009 334 €	10 411	73 962 383 €

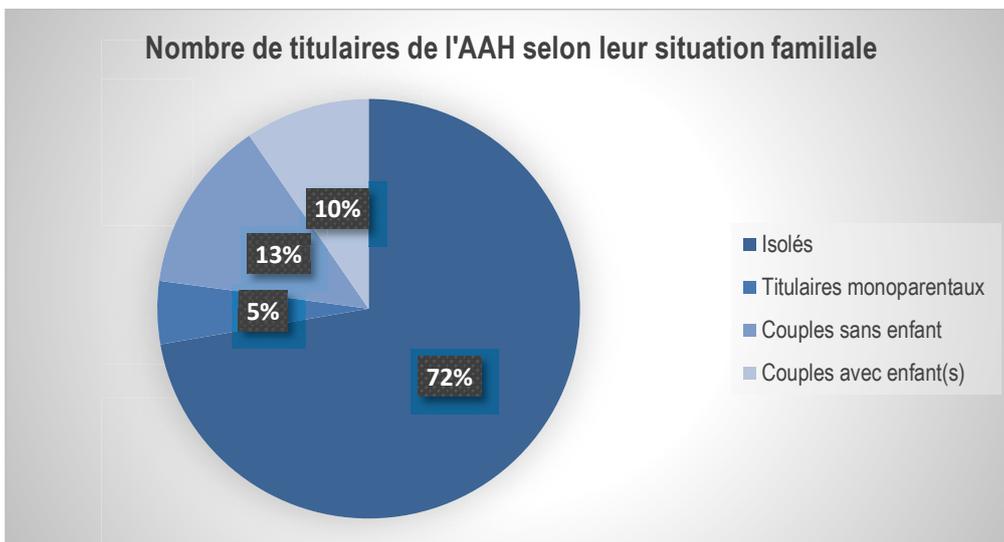
*Le complément de ressources a pour objectif de compenser l'absence durable de revenus d'activité pour une personne dans l'incapacité de travailler. Il concerne les personnes les plus lourdement handicapées (capacité de travail < 5%)

Répartition des titulaires de l'AAH par tranche d'âge au 31 décembre 2015 : prépondérance des 40-49 ans (27%)



Situation familiale des personnes titulaires de l'AAH : des personnes pour la plupart isolées

	Isolés	Titulaires monoparentaux	Couples sans enfant	Couples avec enfant(s)
Nombre de titulaires de l'AAH selon leur situation familiale	6 481	435	1 197	859

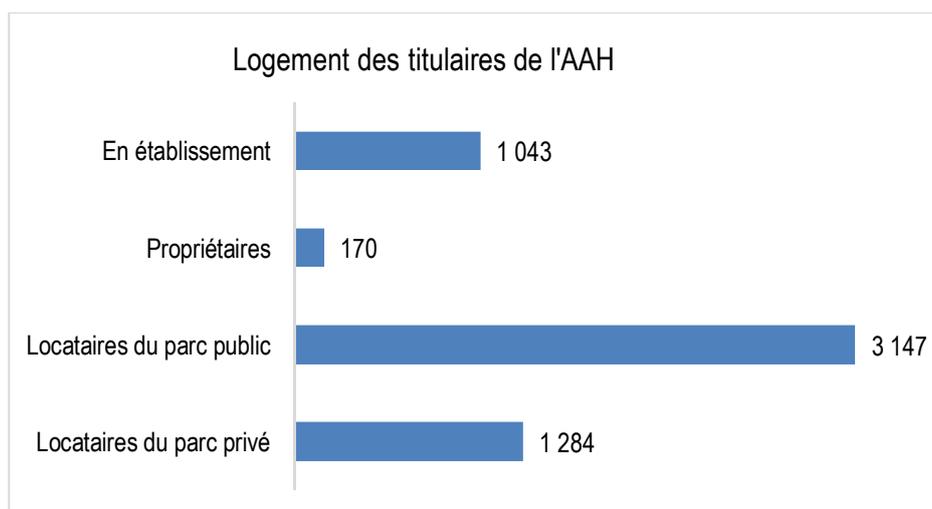


Ressources des personnes titulaires de l'AAH : 45% des titulaires sans ressources

	Nombre d'allocataires AAH seule sans ressources	Nombre d'allocataires AAH seule avec ressources
Nombre de titulaires de l'AAH selon leurs ressources	4 037	4 935

source: CAF Touraine_BCA2015

Des bénéficiaires de l'AAH bénéficiant majoritairement d'un logement dans le parc public :



2. Les demandeurs d'emploi en situation de handicap et la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

En 2016, le nombre de décisions d'orientations professionnelles a augmenté de 38% (5 358 décisions en 2016, 3 879 en 2015).⁵ Sur les orientations de 2016 :

- 87% des personnes ont été orientées vers le milieu ordinaire (84% en 2015, et 87% en 2014),
- 13% des personnes ont été orientées vers le milieu protégé (16% en 2015, et 13% en 2014).

► La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) :

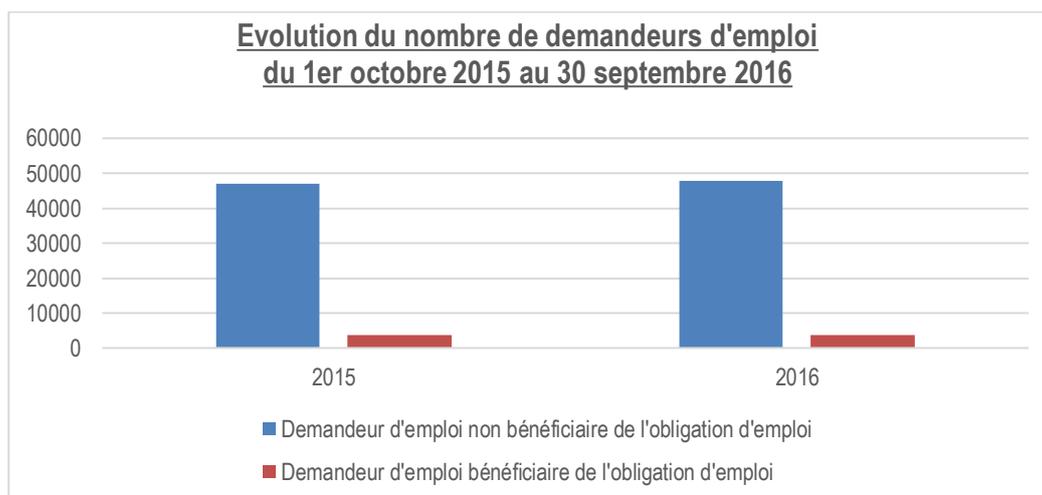
Le dispositif de RQTH s'adresse aux personnes en capacité de travailler, mais présentant des difficultés à exercer certains types d'activités en raison de problèmes de santé (maladies, handicaps). La RQTH peut permettre :

- l'accès à un réseau spécialisé d'agences
- l'accès facilité à certaines formations professionnelles qualifiantes, qui peuvent être rémunérées,
- la possibilité de faire valoir cette reconnaissance spécifique auprès d'un employeur pour une embauche.

En 2016, 6 051 demandes ont été déposées auprès de la MDPH (contre 5 533 en 2015). 6 657 décisions ont été rendues (sur la base des demandes de 2016 et de celles déposées en 2015 mais étudiées en 2016).

► La population handicapée en recherche d'emploi en Indre-et-Loire :

L'emploi total dans le département est le plus élevé de la région ; il représente 245 400 emplois soit 25% des emplois de la Région Centre.



Effectifs des demandeurs d'emploi en juin 2016 :

	DEBOE*	Evol.N/N+1	DETP**	Evol.N/N+1	Bénéficiaires de l'AAH	% DEBOE
National	479 069	+2,3%	5 576 094	+0,9%	107 902	23%
Région	16 674	+2,1%	209 686	+2,4%	3 865	23%
Indre-et-Loire	3 736	+1,6%	48 930	+2,9%	951	25%

*Demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi **Demandeurs d'emploi tout public

Le pourcentage de demandeurs d'emploi tout public a davantage augmenté que le pourcentage de demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Le pourcentage de demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi percevant l'AAH est légèrement plus élevé en Indre-et-Loire qu'en Région Centre et qu'au niveau national. Ils représentent ¼ des bénéficiaires de l'AAH.

⁵ Rapport d'activité 2016 de la MDPH

Ancienneté moyenne d'inscription au chômage en jours :

	DEBOE*	Evol.N/N+1	DETP**	Evol.N/N+1	Ecart BOE/TP en jours
National	808	+29%	607	+21%	+201
Région	853	+23%	604	+29%	+249
Indre-et-Loire	787	+38%	573	+34%	+214

Le département d'Indre-et-Loire présente :

- une évolution du nombre de DEBOE moins élevée que la moyenne régionale,
- une ancienneté moyenne d'inscription au chômage moins élevée que la moyenne régionale.

► **Les caractéristiques des placements réalisés par CAP Emploi :**

CAP Emploi est un service qui s'adresse aux personnes reconnues handicapées, inscrites ou non à Pôle emploi, ayant besoin d'un accompagnement spécialisé, compte-tenu de leur handicap.

Ensemble des contrats de CAP Emploi au 1^{er} semestre 2016 :

	Nombre de contrats	Evol.N/N+1	% femmes	% 50 ans et +	% bac et +	% de personnes accompagnées depuis 2 ans et +
National	34 457	+11%	48%	+34%	+35%	33%
Région	1 894	+20%	48%	+33%	+32%	28%
Indre-et-Loire	281	+0%	49%	+30%	+35%	20%

Contrairement à la Région et au niveau national qui voient leur nombre de contrats augmenter, le nombre de contrats réalisés par Cap Emploi est resté stable de 2015 à 2016.

► **Les 3 domaines professionnels les plus recherchés par les DEBOE sont :**

- Les services à la personne et à la collectivité,
- Le support à l'entreprise,
- Le transport et la logistique.

Le maintien dans l'emploi des personnes handicapées au 31 décembre 2014 :

	Nb maintiens	Evol.N/N-1	% des maintiens dans la fonction publique	Taux de maintien réussi	Nombre de maintiens pour 100 000 actifs en emploi
National	10 714	+6%	13%	94%	40
Région	624	+14%	14%	98%	63
Indre-et-Loire	147	+21%	8%	95%	60

Le département d'Indre-et-Loire connaît une bien meilleure évolution du taux de maintien dans l'emploi que la Région ou le niveau national.

Le maintien est très performant dans la fonction publique, ce qui laisse supposer que les postes sont adaptés aux personnes reconnues travailleurs handicapés.

Focus : la problématique de la maladie mentale⁶

Les pays européens (Commission Européenne de l'Union européenne et la Conférence ministérielle européenne de l'OMS) distinguent deux aspects de la santé mentale : la santé mentale « positive » (autonomie, bien-être, épanouissement personnel), et la santé mentale « négative » qui regroupe deux formes : d'une part **la détresse psychologique réactionnelle** (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), d'autre part **les troubles mentaux, affections psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants**.

L'action « favoriser le développement de liens avec le secteur sanitaire et psychiatrique » a été inscrite dans le précédent schéma. En 2015 le Programme Territorial de Santé (PTS) identifiait un besoin de soutien psychiatrique dans le secteur médico-social pour des situations complexes. Pilotée par l'ARS, une étude a été réalisée sur les ressources et les besoins en psychiatrie des établissements sociaux et médico-sociaux pour les personnes âgées et handicapées. Une enquête qualitative complémentaire a été réalisée par le CREAL pour explorer les questions de la coopération entre ESMS et secteur de psychiatrie et de l'évolution des pratiques en ESMS pour l'accompagnement des nouveaux publics. Le Pays Loire Touraine a été choisi comme territoire pilote pour l'exploration et le partage des préconisations.

► Un taux élevé de mortalité par suicide :

Dans le département 10 019 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affections psychiatriques (46 267 sur la Région, et 1 256 970 sur la France métropolitaine).

Les affections psychiatriques constituent la 4^{ème} cause d'admission en affection de longue durée (ALD) derrière les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes et le diabète.

Elles représentent 6,8% de l'ensemble des nouvelles admissions en affectation de longue durée au cours de la période 2005-2013, soit 3 919 nouvelles affectations de longue durée en moyenne dans la Région.

Il s'agit de la **1^{ère} cause d'admission en affectation de longue durée dans la tranche d'âge des moins de 35 ans**, sachant que cette tranche d'âge représente 27,9% de la population du département.

Le taux d'admission en affectation de longue durée pour affections psychiatriques est de 146,3 pour 100 000 habitants dans le département (158 pour la région, 182,8 pour la France métropolitaine).

Parmi les admissions en affectations psychiatriques de longue durée :

- Celles liées à des troubles de l'humeur,
- Celles liées à des troubles de la personnalité et du comportement,
- Celles diagnostiquées comme schizophrénie,
- Trouble schizotypique et troubles délirants.

► Une offre de soins en santé mentale insuffisante :

La région Centre-Val de Loire, comme de nombreuses régions, présente un **déficit important en offre de soins libérale parmi les médecins spécialistes**. Le département compte 11 professionnels pour 100 000 habitants.

L'offre de soins en psychiatrie sur le territoire se structure autour des établissements suivants :

- Le centre hospitalier intercommunal (CHIC) d'Amboise Château-Renault. Il dispose de 50 lits d'hospitalisation à plein temps pour les adultes sur le site de Château-Renault, auxquels s'ajoutent 30 places en hospitalisation de jour (15 à Amboise et 15 à Château-Renault).
Pour la prise en charge ambulatoire pour la psychiatrie générale, il existe 7 structures.
- Le CHRU de Tours. Il dispose de 216 lits ou places en hospitalisation à temps plein, et de 2 places en placement familial thérapeutique pour les adultes.
Concernant la prise en charge ambulatoire pour la psychiatrie générale, il existe 3 structures.

L'offre du territoire ne permet pas de répondre aux besoins de la population et a des conséquences sur la qualité des soins qui peuvent être proposés. Les prises en charge pluridisciplinaires peuvent prendre jusqu'à 2 ans.

Dans le secteur rural **la mobilité est un frein à l'accès aux soins**.

⁶ Diagnostic local de santé Pays Loire Touraine

En effet, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont souvent des personnes fragilisées socialement et financièrement. Le manque de proximité avec ces usagers ne leur permet pas d'être pris en charge régulièrement. Les infirmiers du CMP vont de fait au domicile des patients qui parfois peuvent être très éloignés du CMP.

Les psychologues peuvent compenser en partie le défaut d'offre psychiatrique libérale sur le territoire mais les prises en charge ne sont **pas toujours accessibles du fait du non-remboursement des consultations par l'Assurance Maladie**. Et cet accompagnement ne peut se substituer à celui du psychiatre pour des pathologies mentales importantes.

Les **problématiques sociales sont importantes**. Certaines personnes ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique, pour autant leur souffrance psychique nécessiterait le suivi d'un psychologue, mais la question financière peut leur en bloquer l'accès. Parce que la personne n'en a pas les moyens, des séances sont espacées malgré un besoin de suivi rapproché.

Au-delà de l'offre de soins, la difficulté d'accès à une prise en charge est renforcée par les **représentations sociales encore présentes aujourd'hui au niveau de la psychiatrie** (folie, aliénation, exclusion).

L'**accès aux soins de premiers recours** pour les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique est complexifié en raison de la difficulté pour elles d'aller consulter (frein psychologique), et du **refus de certains praticiens d'accepter des bénéficiaires de la CMU**.

Concernant les personnes âgées, les professionnels soulignent un manque de structures adaptées pour accueillir ces personnes ayant des troubles importants du comportement, d'origine psychiatrique ou neurodégénérative. **Les besoins sont de plus en plus importants compte tenu du vieillissement démographique de la population**. Les professionnels accompagnant les personnes âgées à domicile ainsi que ceux accompagnant les personnes âgées en établissements se trouvent en difficulté, démunis face aux besoins des usagers.

Les problématiques sont multiples autour des situations de personnes vieillissantes, même dans le cadre des placements en EHPAD : problématiques psychiatriques, neurologiques, financières.

Le manque de disponibilités des dispositifs ou professionnels de soins de premiers recours contraint les aides à domicile à solliciter les services d'urgence pour certains usagers ayant des manifestations comportementales importantes.

Certaines situations, plus spécifiques, interpellent les professionnels dans leurs capacités d'accompagnement. *Exemple : une personne âgée dépendante vivant avec son enfant adulte ayant des troubles psychiatriques*. Le plus souvent, ces situations sont un choix de vie des personnes qui doit être respecté par les professionnels, mais qui interrogent sur les limites en termes de sécurité, de mise en danger des personnes. Les aides à domicile manquent de formation pour pouvoir accompagner sereinement ces situations.

D. L'offre de logement sur le département

Le département d'Indre-et-Loire recense 271 173 résidences principales (INSEE 2013) réparties de la façon suivante :

- 59,1% de logements privés occupés par leur propriétaire, soit environ 160 309 logements,
- 39,3 % de logements loués, dont 16,6 % (soit 44 982 logements) sont des logements locatifs sociaux et 83,4 % sont des logements locatifs privés (soit 61 478 logements).

Le département d'Indre-et-Loire dispose de 48 227 logements locatifs sociaux en 2015 dont environ 30 % sur l'aire de délégation des aides à la pierre du Conseil départemental, soit 14 675 logements, et environ 70 % sur l'aire de délégation de la Métropole soit 33 552 logements. Ces logements sont gérés par 13 bailleurs HLM⁷ 22% des locataires ont actuellement plus de 65 ans. En 2015⁸, les personnes de plus de 65 ans ont concerné 9% des demandes (1205 demandeurs) et 5% des attributions ; 67% des demandeurs âgés de 65 ans et plus sont seuls.

⁷ Val Touraine Habitat (43 % du parc), Tours Habitat (29 % du parc), Touraine Logement (11 % du parc), Nouveau Logis Centre Limousin, La Tourangelle, Logis Ouest/Polylogis/SCALIS, Immobilière Centre Val de Loire, SNI Grand Ouest, France Loire, SEM Maryse Bastié, ICF Habitat Atlantique, SAEM Saint Avertin, Vallogis.

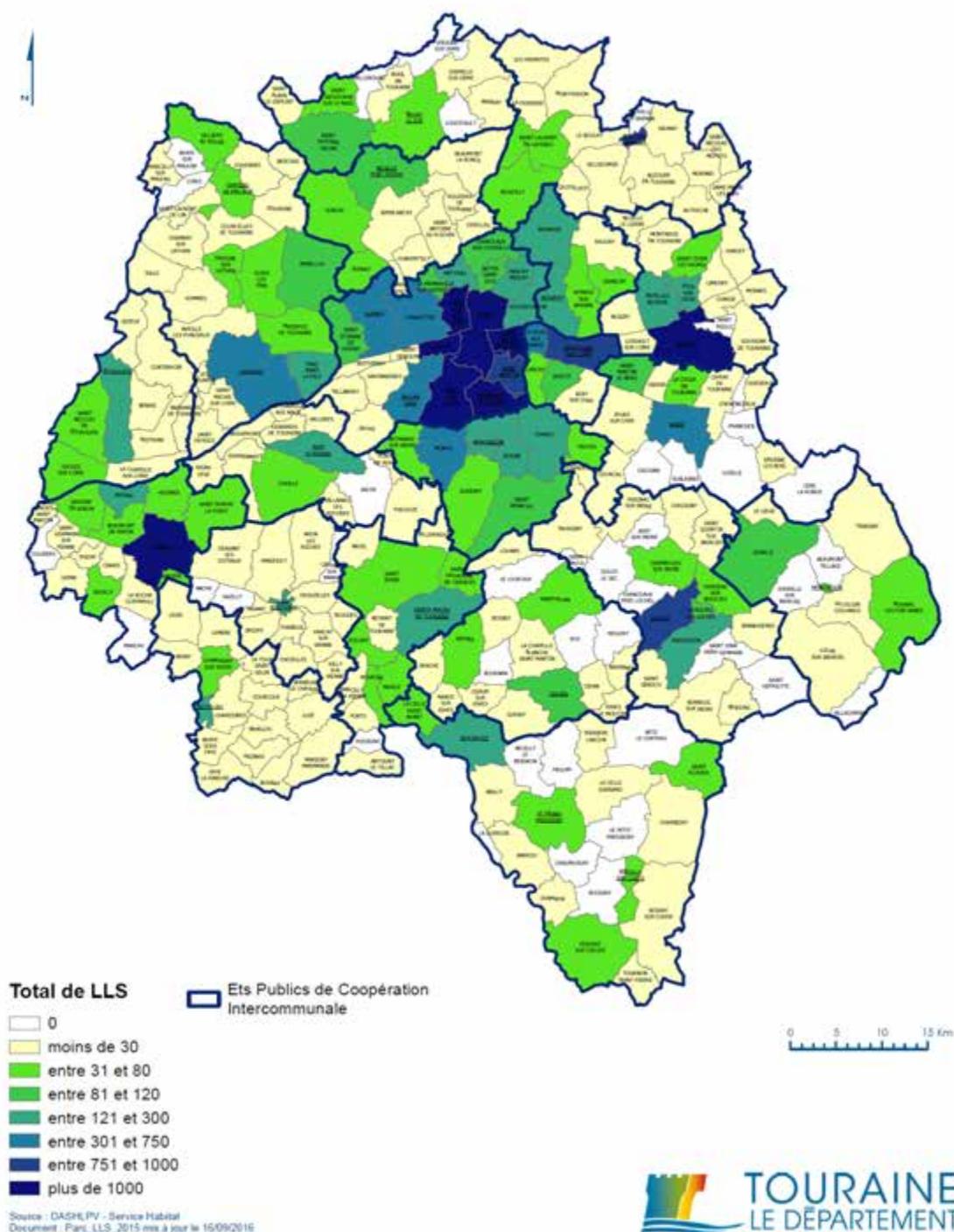
⁸ Les demandes de logement locatif social en 2014 des plus de 65 ans, fichier commun de la demande locative sociale 37, AFIDEM 2014.

Les profils sont différents.

Plus de la moitié des demandeurs sont déjà locataires dans le parc public (55%). Concernant l'analyse des besoins, le premier motif déclaré de demande de logement social est un problème de santé. En 2015, 6 bailleurs HLM ont adaptés 205 logements. (Tours Habitat, la Tourangelle, Maryse Bastié, Val Touraine Habitat, Touraine-Logement, Logi Ouest.

Parc de logements locatifs sociaux

En Indre et Loire, 2015



2. LES DISPOSITIFS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE

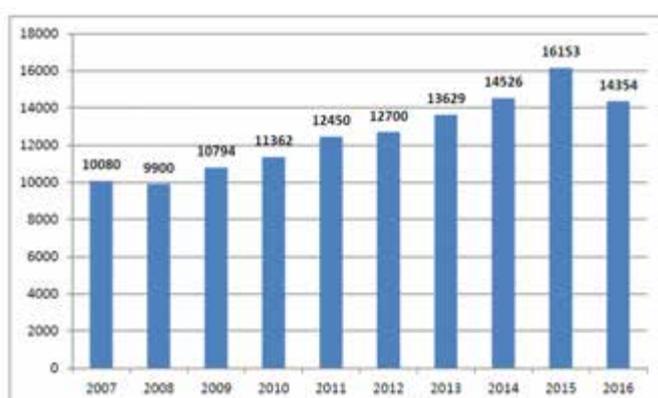
A. L'information et l'orientation

La restructuration de l'information à destination des personnes âgées était un axe du schéma départemental et de l'avenant 2015-2016. Cet axe a notamment été mis en œuvre avec un travail de refonte et de modernisation du site Touraine Reper'âge en 2011 qui se poursuit aujourd'hui, et la mise en place des pôles autonomie en MDS (Maisons Départementales de la Solidarité) afin d'améliorer la proximité des réponses apportées aux personnes en perte d'autonomie.

1. La MDPH

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées. Elle offre un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées dans le département et exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.

Evolution du nombre de personnes accueillies de 2007 à 2016 à la MDPH d'Indre-et-Loire :



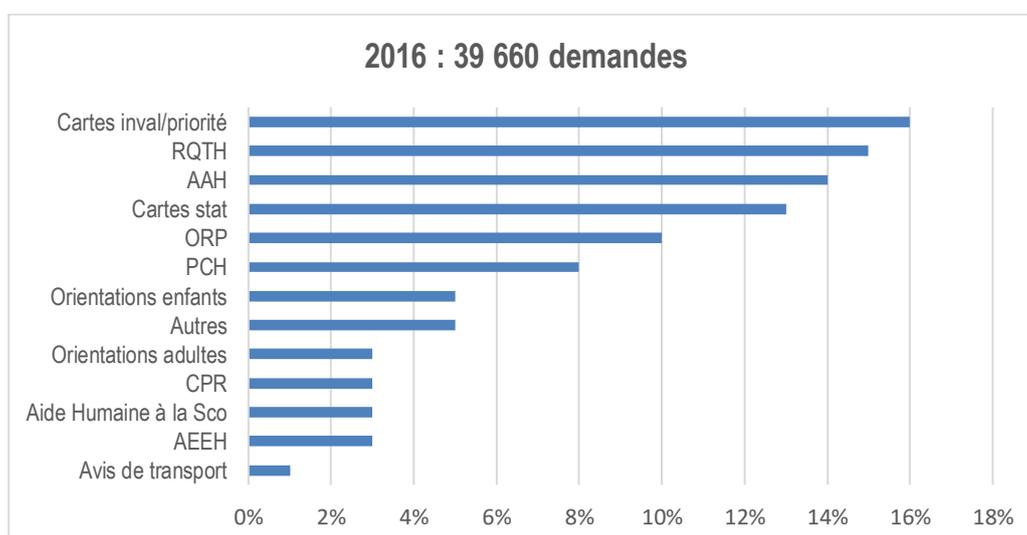
Observation :

Le nombre de personnes accueillies en 2016 est en légère baisse (-11% par rapport à 2015), en raison de l'accueil délocalisé au plus proche de la population en territoires de MDS.

En termes de demandes reçues, après une évolution moyenne constante de +11% par an, on constate une stabilité en 2016 (+1% par rapport à 2015) où elle se maintient à 39 660.

Le délai de traitement moyen des demandes est de 5,5 mois pour le public adulte en 2016.

Répartition par typologie des demandes pour les adultes en situation de handicap en 2016 :



Les informations tout public délivrées par la MDPH sont regroupées sur son site Internet www.mdph37.fr. Elle édite régulièrement sa lettre d'actualité donnant accès à des informations administratives, réglementaires, mais communiquant également sur les projets développés en Indre-et-Loire et sur les initiatives locales.

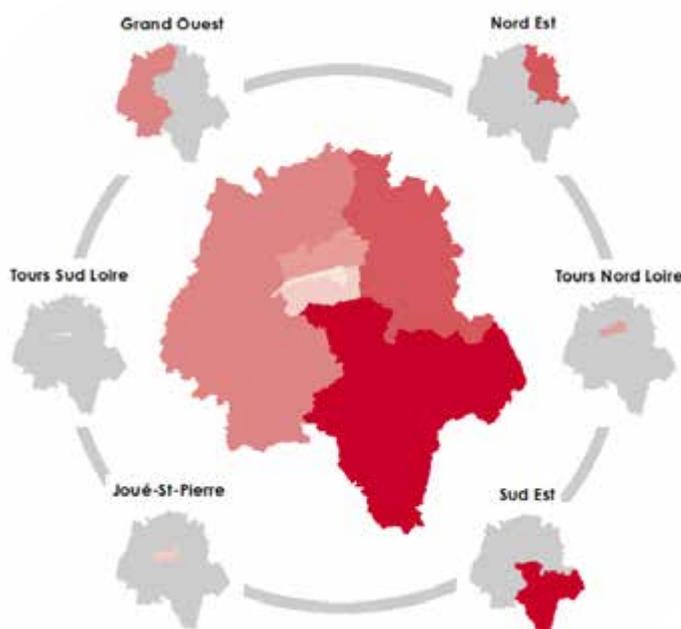
La démarche d'améliorer la connaissance des besoins à partir de l'analyse des situations et des parcours individuels était un axe du schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2012-2016. Un groupe de travail a été mis en place afin d'élaborer un outil d'évaluation commun issu du GEVA (Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation des personnes handicapées) dans les domaines médico-sociaux adultes, médico-sociaux et scolarité enfants, insertion professionnelle. Cet outil est utilisé par la quasi-totalité des ESMS (Établissements et Services sociaux et Médico-Sociaux) enfance et par 50 % des ESMS adultes. Il répond aux besoins des équipes pluridisciplinaires et permet de disposer de l'ensemble des éléments pour évaluer les besoins de compensation. Un temps d'appropriation par les équipes des ESMS est nécessaire.

2. Les MDS et le rôle des conseillers autonomie

Les Conseillers autonomie (postes créés en 2012), présents sur chacun des 6 territoires de MDS, 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.

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.

Les territoires de MDS



3. 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 a été mis en ligne au cours du 2ème semestre 2017.

4. 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, Via Trajectoire 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. La prévention et la coordination de la perte d'autonomie

1. Le programme pour Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

Le projet PAERPA⁹ 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.

Le PAERPA vise à repérer les principaux risques conduisant à une hospitalisation des personnes âgées :

- **Dénutrition** » : des bilans de diététiciens¹⁰ composés d'une consultation bilan et d'une consultation de suivi
- **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) 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,
- **Latrogénie** » : notamment le programme ETP « OMAGE ».

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

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 soins. 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.

⁹ <http://www.paerpa-centre.fr/>

¹⁰ 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.

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 interdépendants¹¹ :

- **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 cas**¹² 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 2016¹³. 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.
- **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.

C. Le soutien à domicile

Le maintien à domicile largement plébiscité par la majorité de français est rendu possible par différents services et dispositifs médico-sociaux et sanitaires qui peuvent bien souvent être combinés

Dans le cadre d'une enquête réalisée par le cabinet Kantar Public auprès des seniors, 43 % des personnes interrogées reçoivent une aide humaine de la part d'un aidant professionnel (22%) d'un proche (18%) ou des deux (3%)¹⁴. Concernant les difficultés ressenties par les personnes âgées pour réaliser seules une activité, elles concernent majoritairement les déplacements et les démarches administratives qu'elles ont à effectuer. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, la principale difficulté concernant les déplacements à l'intérieur et en dehors du logement. La raison pour laquelle aucune aide humaine ni technique n'est reçue par les seniors interrogés est principalement l'absence de besoin (pour 71 % d'entre eux leur état de santé n'est pas jugé assez grave). Pour 11 % des personnes interrogées le coût financier trop important ne leur permet pas de recourir à une aide humaine ou à une aide technique.

Pour toutes les tranches d'âges, ce sont les aides financières permettant de changer de lieu de vie quand le maintien à domicile n'est plus possible, qui sont jugées davantage prioritaires par les seniors.

¹¹ 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...).

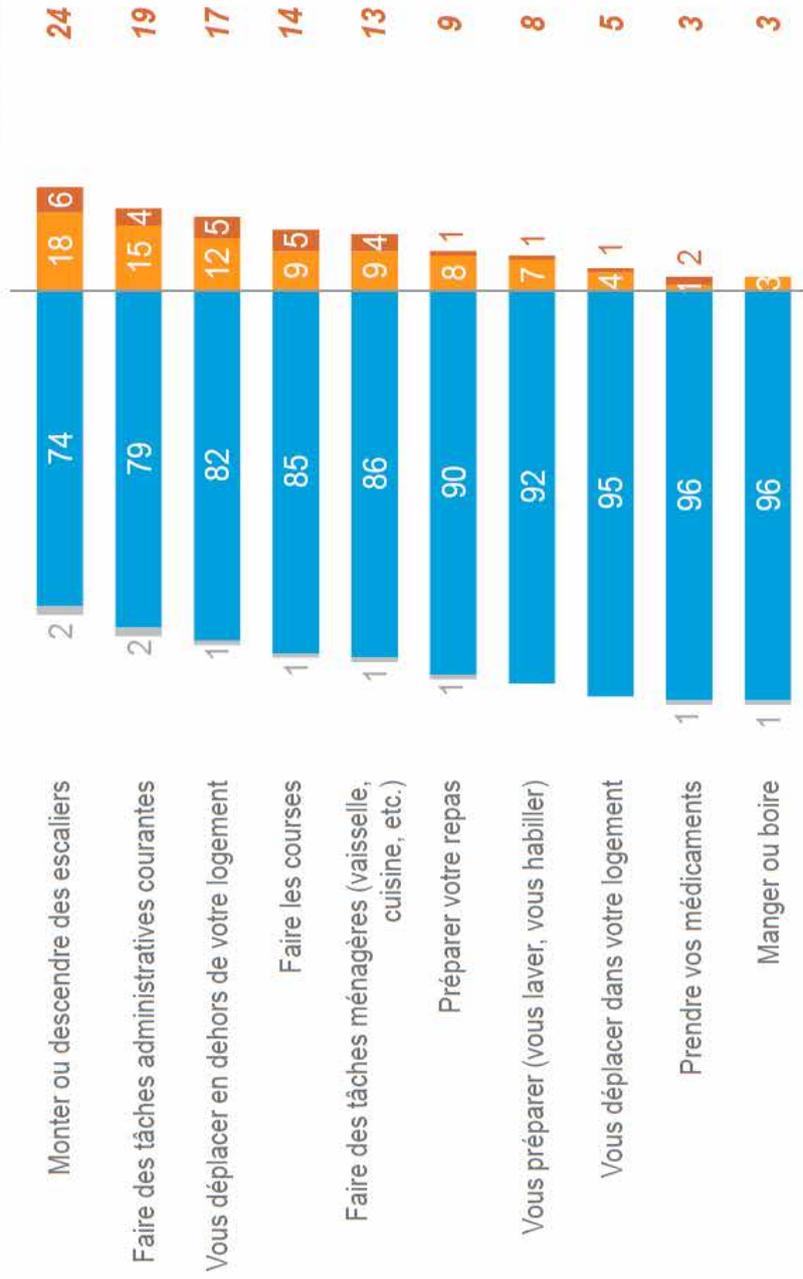
¹² Un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas.

¹³ Chiffres d'activité des deux services de gestion de cas

¹⁴ Les besoins liés à la perte d'autonomie des seniors du département d'Indre-et-Loire, étude quantitative (Kantar Public, Mai 2017)

Avez-vous des difficultés pour réaliser seul(e) chacune des activités suivantes ?

A des difficultés



■ Non réponse ■ Aucune difficulté ■ Quelques difficultés ■ Beaucoup de difficultés

Base : ensemble

1. Les bénéficiaires des prestations à domicile

a. L'APA à domicile (APAD)

Dépenses 2016 : 25 550 000 €

Montant moyen d'un plan d'aide : 336,95 €/mois

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (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 personnalisé » établi par un référent social lors d'une visite à domicile¹⁵.

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 qu'elle 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 notre département :

- Favoriser l'accessibilité financière de l'APA pour tous par la refonte du barème de participation des bénéficiaires en allégeant le reste à charge des personnes des classes moyennes ayant les plans d'aide les plus lourds,
- 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,
- Reconnaître le rôle des proches aidants qui assurent une présence ou une aide indispensable au soutien à domicile d'un bénéficiaire APA.

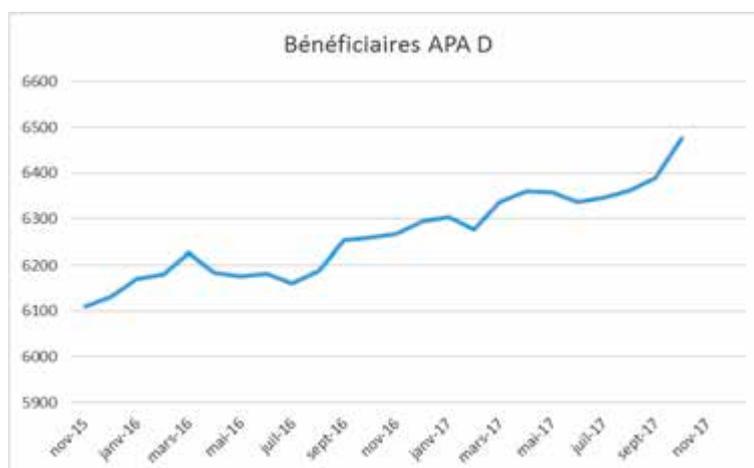
La révision rapide de tous les plans d'aide a été possible grâce au recrutement de contractuels permettant ainsi aux personnes âgées et aux proches aidants de bénéficier des nouvelles dispositions législatives.

Peu de conseils départementaux ont mis en place de tels dispositifs.

Dès le 1^{er} mars 2016, le Conseil départemental a déployé les moyens nécessaires pour permettre aux allocataires de l'APA de bénéficier au plus vite de tous les avantages de cette loi. Tous les plans d'aide accordés ont été revus par les référents APA de manière individuelle pour une parfaite adéquation aux besoins des bénéficiaires et les restes à charges ont été intégralement recalculés pour les 6 400 allocataires.

En conséquence, depuis l'application de la loi ASV en 2016, la dépense d'APA a augmenté entre 2016 et 2017 de 10%. Pour 2016, la compensation supplémentaire (APA 2) versée par la CNSA s'élève à 2 540 000 € compensant ainsi intégralement la dépense supplémentaire.

Les chiffres de l'APA à domicile



¹⁵ Les personnes sont réparties entre quatre groupes iso ressources (GIR en fonction du degré de perte d'autonomie de 1 (moins grande autonomie à 4 plus grande autonomie)

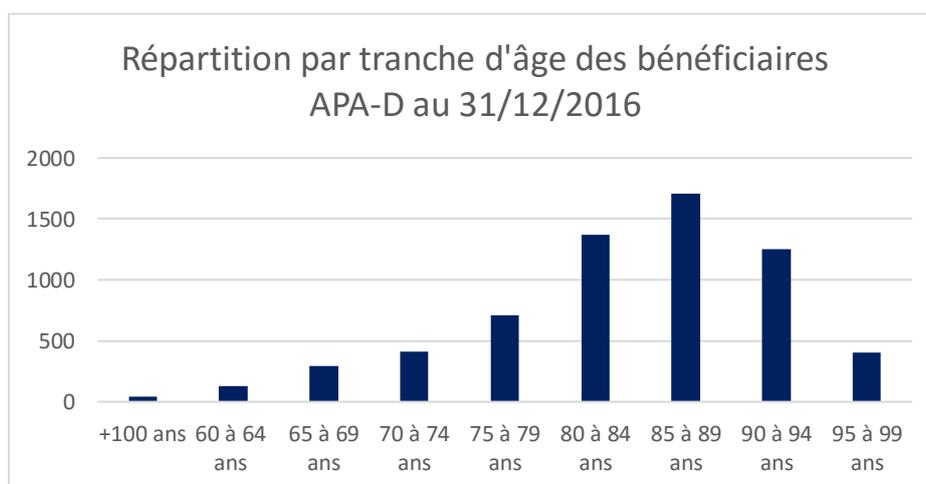
Un nouveau référentiel d'évaluation de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs aidants permet d'élaborer des plans d'aide plus diversifiés, d'identifier les aides utiles à son bénéficiaire et à son aidant (aides techniques, adaptation du logement), de donner des conseils, d'orienter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

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 de communes 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 de commune 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 de communes 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.

b. 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 (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens). 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 €

c. L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) et la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Evolution des dépenses d'ACTP de 2014 à 2016¹⁶ :

Années	Dépenses	Nombre de bénéficiaires
2014	2 333 266 €	363
2015	2 244 114 €	344
2016	2 127 350 €	330

Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP baisse chaque année depuis 2007. En effet, cette aide ne peut plus être attribuée à de nouveaux demandeurs et a été remplacée par la PCH.

La PCH est une aide financière attribuée par la MDPH et versée par le Conseil départemental. Elle est destinée à rembourser aux personnes en situation de handicap les dépenses liées à leur perte d'autonomie sur la base d'un Plan Personnalisé de Compensation établi par des référents sociaux et ergothérapeutes lors de visites à domicile.

¹⁶ Rapport d'activité 2016 de la MDPH

Concernant initialement les personnes vivant à leur domicile, elle s'est ouverte aux personnes en établissement dès 2007. La PCH à domicile reste cependant la prestation majoritairement attribuée (78,98% des bénéficiaires de la PCH en 2016).

La PCH concerne :

- les aides humaines pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne,
- les aides techniques, visant à compenser la perte d'autonomie
- l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport
- les charges spécifiques ou exceptionnelles
- les aides animalières.

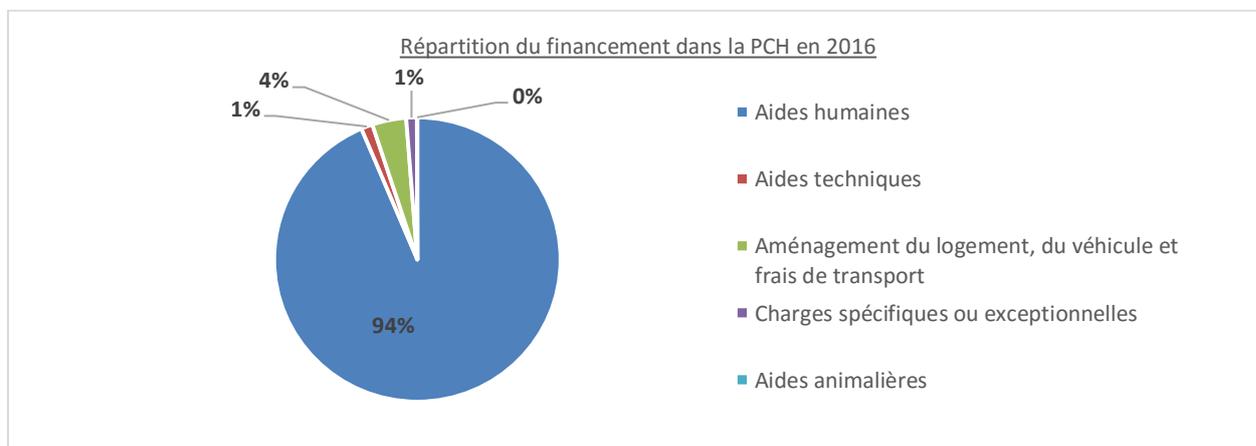
L'accès à la PCH n'est pas soumis à condition de ressources. Cependant les dépenses sont prises en charge à 100% des barèmes nationaux de référence lorsque les ressources de la personne sont inférieures à 2 208,37€/mois, et à 80% si elles sont supérieures à ce montant.

Evolution des dépenses de PCH de 2014 à 2016¹⁷ :

Années	Dépenses	Nombre de bénéficiaires	Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire	Dépense mensuelle moyenne par bénéficiaire
2014	13 400 092 €	1 159	11 562 €/an	963,50 €/mois
2015	14 269 715 €	1 264	11 289 €/an	940,75 €/mois
2016	15 800 732 €	1 279	12 354 €/an	1 029,50 €/mois

Contrairement à l'ACTP, la PCH a régulièrement augmenté depuis 2014.

Evolution des dépenses de la PCH par éléments :



Constats

De 2014 à 2016, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 120, soit de 10%. Les dépenses ont augmenté de 240 064 €, soit de 17%.

Les dépenses de PCH en Indre et Loire sont supérieures à la moyenne nationale : en 2014, le montant moyen annuel attribué par bénéficiaire au niveau national était de 7 729€, et de 11 562€ en Indre et Loire. En Indre-et-Loire le montant mensuel moyen de la PCH pour un bénéficiaire s'élève à 1 029,50€ (dont 407,89€ de dépenses en aides humaines).

¹⁷ Rapport d'activité 2016 de la MDPH

L'Aide Humaine :

Les dépenses PCH aide humaine augmentent fortement depuis 2014 (2014-2015 : +7,6% - 2015-2016 : +12,2%). Cette évolution s'explique entre 2014 et 2015 par l'augmentation du nombre de demandes, mais en 2016, les augmentations importantes, notamment des barèmes nationaux mandataire et emploi direct ont eu un impact de l'ordre de 4 points sur l'évolution des dépenses.

Ces dépenses sont difficilement maîtrisables dans la mesure où les plans de compensation ne sont pas plafonnés comme ceux de l'APA et où, à la différence des personnes âgées, les augmentations tarifaires n'ont en général pas d'incidence sur le volume d'heures du plan de compensation utilisé par les personnes en situation de handicap puisqu'il est pris en charge à 100%. Cependant, les personnes qui font appel à un service non tarifé, doivent la plupart du temps s'acquitter d'un différentiel entre le tarif pris en charge par le Conseil départemental (tarif national) et le tarif pratiqué par le SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) auquel il est fait appel. 25 % des heures d'aide humaine sont financés au titre du mandataire (ou de l'emploi direct), et 75 % au titre d'un service prestataire.

2. Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile)

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-sociaux¹⁸.

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 (Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens). 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 94 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 ADMR¹⁹, 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.**
- 45 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 autonomie²⁰
- 4 services sont rattachés à des résidences services seniors²¹.
- 1 service est rattaché à un CCAS

¹⁸ Le bilan de cette 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 permis d'identifier des freins à l'utilisation de l'outil et de mettre en évidence : la réelle motivation des SAAD et SSIAD quant à son utilisation, le rôle moteur des médecins et infirmiers pour sa réussite, la nécessité d'une présentation de l'outil et d'un accompagnement des utilisateurs potentiels par la structure porteuse du projet.

¹⁹ Base Nova : 46 ADMR agréées dont 2 uniquement famille

²⁰ L'arche à NEUILLE PONT PIERRE, Le bois des plantes à ARTANNES, Le verger d'or à TRUYES,

²¹ DOMITYS AMBOISE, DOMITYS FONDETTES, DOMITYS TOURS, MARY FLOR LOCHES,

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 formation²².

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

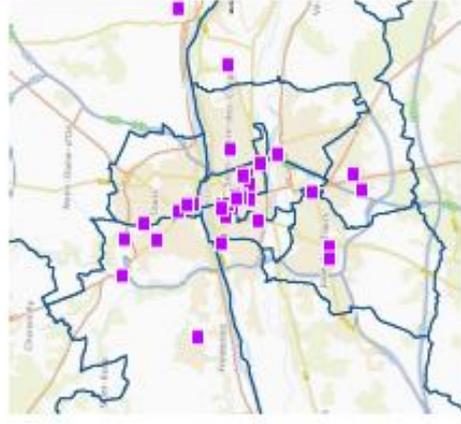
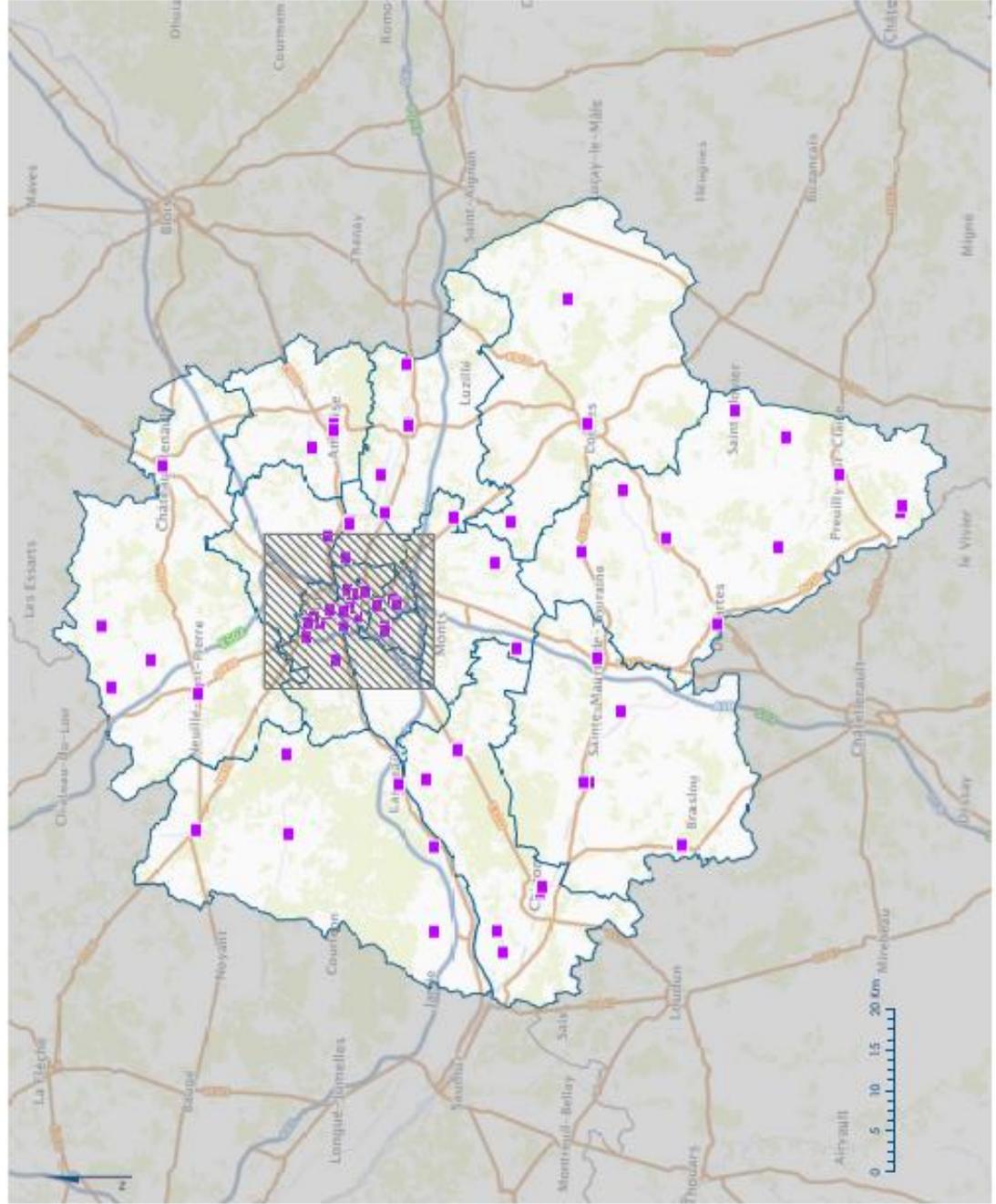
Dans ce contexte et afin de rendre le meilleur service aux personnes âgées et en situation de handicap où qu'elles vivent sur le territoire, il est important de :

- **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.

²² Aide à Domicile 37 Assistadom, Capvie 37 La générale des Services, Adhap Services, Sénior Compagnie, Vivradom services, Pleyn itys.

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

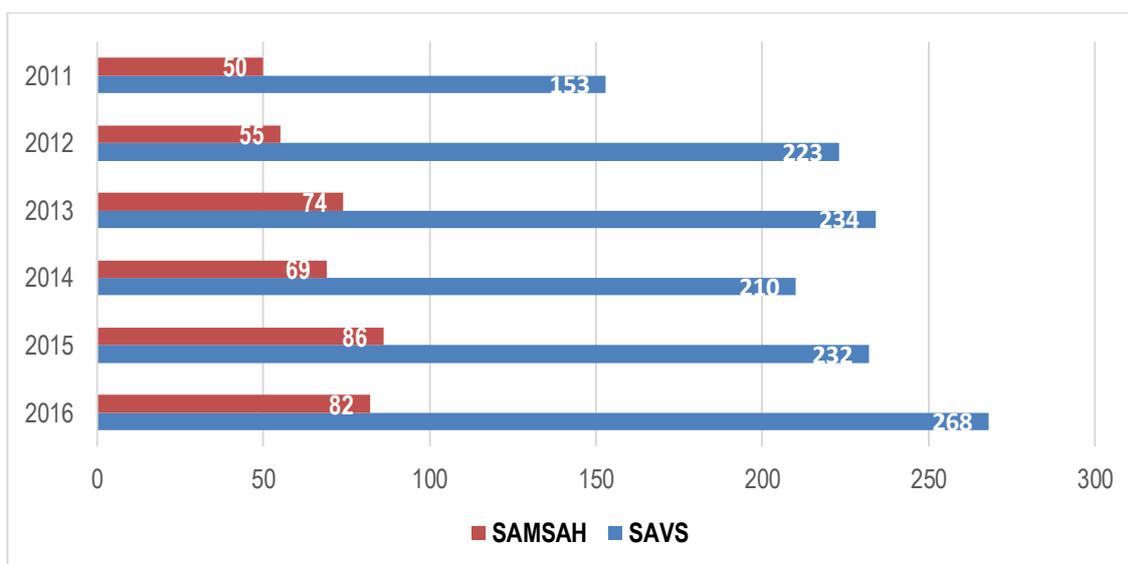


Légende
■ Service d'Aide à Domicile

3. Les SAVS (Services d'accompagnement à la vie sociale) et SAMSAH (services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés)

Les SAMSAH et les SAVS sont des structures innovantes issues de la loi du 11 février 2005 sur le handicap. Ce sont deux types de services qui proposent des modes de prise en charge diversifiés selon chaque situation. L'accompagnement que ces structures délivrent peut être permanent, temporaire ou séquentiel. L'ensemble de leurs prestations peut être réalisé en milieu ordinaire ou protégé, à domicile, sur les lieux où s'exercent les activités sociales, scolaires ou professionnelles de la personne handicapée, ou le cas échéant, dans les locaux mêmes de ces services.

Services : les accords d'orientation en faveur des adultes handicapés



Les SAVS (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale) :

Données au 31/12/2016 :

Nombre de places : 400

Nombre de SAVS : 11

Les SAVS accompagnent les personnes handicapées en favorisant leur autonomie à domicile, le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, leur insertion sociale, scolaire ou professionnelle et en leur facilitant l'accès à l'ensemble des services de droit commun. Les SAVS apparaissent comme les interlocuteurs privilégiés pour répondre à des problématiques multiples sur un même territoire et coordonner la prise en charge des différents acteurs à domicile.

Au 31 décembre 2016, l'Indre-et-Loire proposait 400 places de SAVS réparties entre 11 services avec une progression de 35% des places autorisées entre 2004 et 2016. Le rôle des SAVS que ce soit en habitat ordinaire ou dans le cadre de l'habitat intermédiaire ou regroupé est incontournable.

En 2016, les 9 SAVS de Tours et de l'agglomération offrent 334 places; les 66 autres places étant inégalement réparties sur les zones rurales (15 à Château-Renault, 51 sur le Lochois). Il est programmé une extension de 4 places de SAVS et de 2 places de SAMSAH à la Mutualité

Les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés²³ :

Données au 31/12/2016 :

Nombre de places : 62

Nombre de SAMSAH : 3

²³ Enquête 2016 du CREAI « Les SAMSAH en Région Centre Val de Loire »

Initialement créés pour des personnes en situation de handicap présentant une déficience intellectuelle, désireuses de vivre dans un logement autonome, ces services à domicile se sont progressivement développés en direction d'autres publics (troubles psychiques ou traumatismes crâniens) pour un soutien global de la personne dans son environnement.

Ces services en milieu ordinaire visent à une plus grande autonomie des personnes. L'objectif est de contribuer à l'accès aux soins et à la réalisation du projet de vie des personnes en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

En Indre-et-Loire, l'ADAPEI a développé en 2005 un service d'accompagnement des personnes lourdement handicapées ou polyhandicapées, en lien avec des établissements et services médicalisés tels que la Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) les Haies Vives en 1991 ou plusieurs Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) présents sur le territoire départemental.

C'est en 2011 que s'est ouvert le dernier SAMSAH en Indre-et-Loire pour le handicap psychique, géré par la Mutualité Française Centre Val de Loire, permettant de répondre à des besoins jusque-là non couverts dans le département. En effet, les besoins de structures ou dispositifs d'accueil pour les personnes ayant un handicap psychique sont croissants.

En 2016 le département d'Indre-et-Loire disposait de 65 places de SAMSAH réparties entre 3 services :

- Un SAMSAH de 30 places pour personnes handicapées moteur avec troubles associés géré par l'APF intervenant sur l'ensemble du département.
- Un SAMSAH géré par l'ADAPEI offre 27 places aux personnes handicapées mentales. Ce SAMSAH travaille en complémentarité avec le service d'accueil temporaire de la MAS de l'ADAPEI. Il intervient essentiellement sur l'agglomération,
- Un SAMSAH de 8 places pour personnes handicapées psychiques géré par la Mutualité Française Centre Val de Loire.

Dans le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), pour la période 2014-2018, des extensions d'agrément ont facilité la prise en charge de personnes supplémentaires permettant de mieux prendre en compte les besoins existants dans certains départements.

En 2017, un appel à projets a été lancé conjointement par l'ARS et le Conseil départemental pour créer 10 places de SAMSAH, destinés à l'accompagnement de personnes avec autisme et troubles envahissants du développement permettant la création de 10 places.

► Le financement des SAVS et des SAMSAH :

Le Conseil départemental verse une subvention globale SAVS/SAMSAH aux établissements. En 2016, le montant de cette subvention s'élevait à 3 195 893€. Des subventions spécifiques sont versées au SAMSAH de l'ADAPEI (45 120 €) et au SIPROMES (91 909 €). Le SIPROMES est également financé à la même hauteur par l'ARS.

En 2017, l'ARS a participé au financement des 67 places de SAMSAH à hauteur de 827 717€, soit 12 354€ par place pour la partie médicalisation.

Constats

Faute de réponses suffisamment adaptées aux besoins d'accompagnement en établissements des personnes qui présentent des troubles liés aux addictions, les familles ont recours par défaut à la PCH à domicile et/ou SAVS et aux SAMSAH.

► **Les services d'évaluation et d'accompagnement rattachés à des SAVS:**

Les services d'évaluation et d'accompagnement, **rattachés à des SAVS**, reçoivent des personnes en situation de handicap afin de les aider à réaliser leur projet de vie. Les personnes suivies bénéficient d'un accompagnement personnalisé formalisé par un contrat. Elles vivent **seules ou en couple, de façon autonome dans leur appartement**. Certaines personnes accompagnées vivent également avec leurs parents parfois vieillissants.

Historiquement, seule l'association Léopold Bellan proposait ce service en Indre-et-Loire.

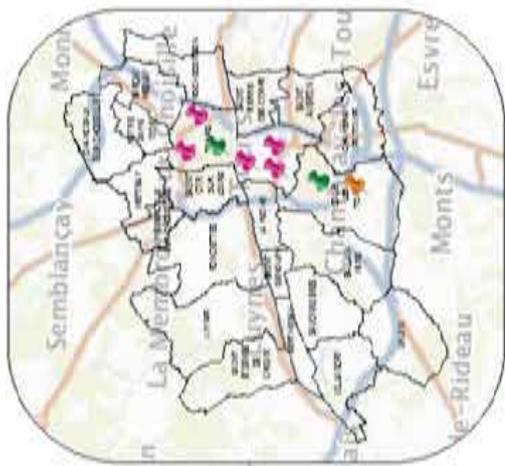
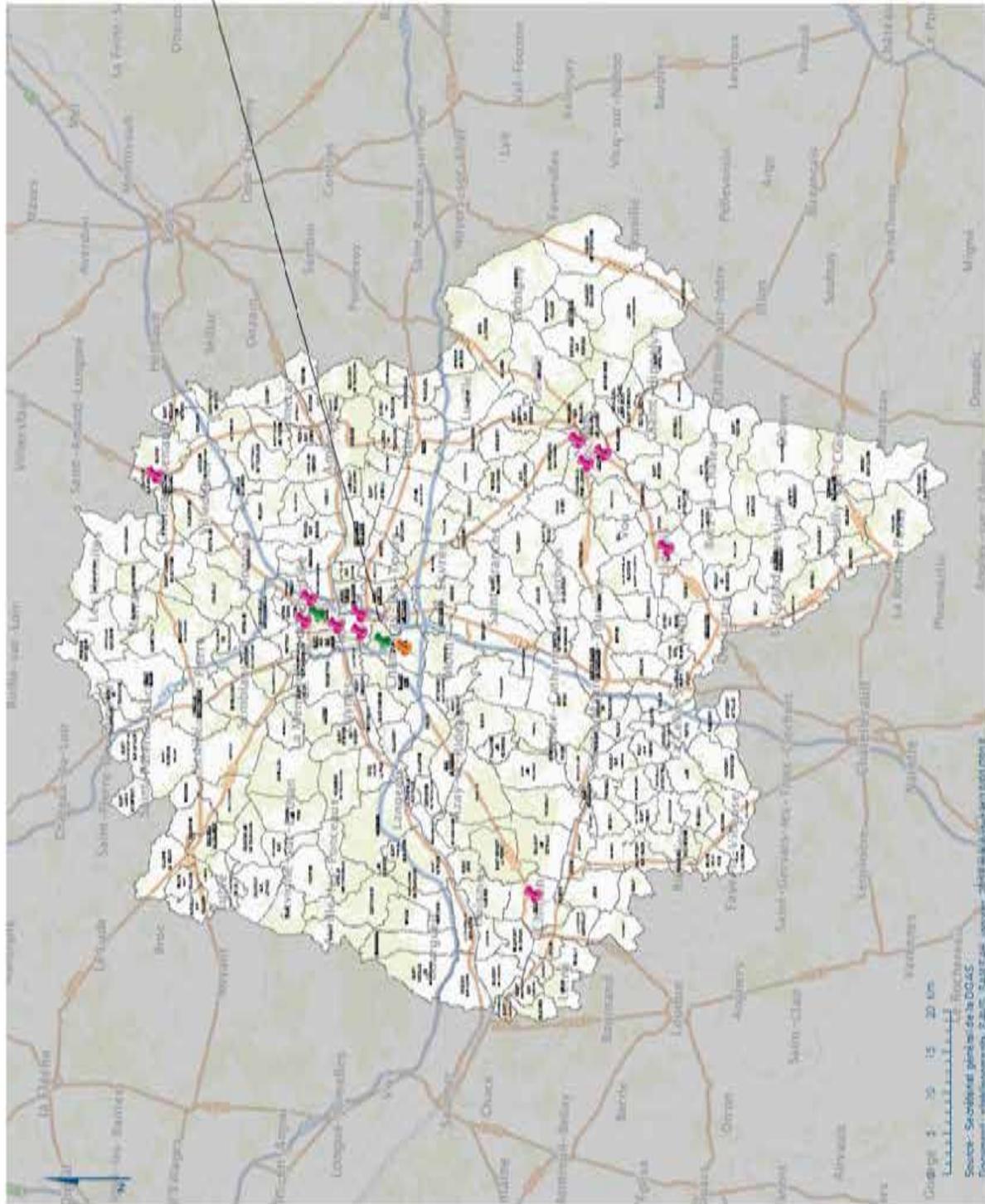
Le précédent schéma départemental en faveur des adultes handicapés avait souhaité élargir le rôle et les missions des services d'accompagnement, afin de leur permettre de répondre à des besoins plus diversifiés en élargissant leur cadre d'intervention sur l'ensemble du département.

Deux autres associations ont ainsi souhaité proposer ce service : les Elfes et Anais

Le service évaluation peut être **sollicité par ou pour une personne dès l'âge de 18 ans**, reconnue en situation de handicap ou susceptible d'obtenir une telle reconnaissance. Dans la pratique, il est majoritairement sollicité par des professionnels (mandataires judiciaires, assistants sociaux, MDPH...) et vient éclairer et compléter leur avis sur la situation (notamment en cas de situation complexe) pour aboutir à une réponse adaptée aux besoins de l'usager. L'évaluation peut ainsi contribuer à définir des besoins d'aide ou de compensation non couverts notamment pour des situations complexes.

Les démarches d'évaluation sont décidées lors d'une commission de concertation avec les professionnels. Le service évaluation travaille en réseau avec d'autres professionnels du secteur médico-social et social (médecins, services de protection juridique, travail protégé, assistantes sociales), mais aussi avec d'autres intervenants (employeurs, services du logement, fournisseurs de services et de biens de consommation).

Services d'accompagnement aux adultes en situation de handicap psychique : SAVS et SAMSAH Indre-et-Loire, 2017



- Légende**
- APF - ESUAD (Tours)
 - La Mutualité (Joué-lès-Tours)
 - Adaptei - Les Haies Vives (Joué-lès-Tours)
 - Adaptei - Sigrèmes (Tours)
 - Adaptei - Sigrèmes (Loches)
 - Adaptei - SAVS (Tours)
 - Adaptei - SAVS (Loches)
 - ANAIS - SAVS (Tours)
 - APAH - SAVS (Loches)
 - La Bourneire - SAVS (Château-Renaud)
 - Clury - SAVS (Ligueil)
 - Les Effis - SAVS (Tours Nord)
 - Léopold Bellan - SAVS (Chenoué)
 - La Source - SAVS (Tours)

Organismes gestionnaires

- SVS et SAMSAH
- SAMSAH
- SAVS

4. L'offre de soins à domicile

69 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile en Indre-et-Loire décrivent leur un état de santé comme « majoritairement bon ». Toutefois et sans surprise, ce ressenti varie fortement avec l'âge car ils sont 78 % à déclarer avoir un bon état de santé entre 60-74 ans mais plus que 44% à partir de 85 ans²⁴.

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 nationale²⁵.

Les SSIAD sont des services médico-sociaux qui interviennent sur prescription médicale au domicile des personnes âgées ou personnes en situation de handicap²⁶. 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 1443 places.

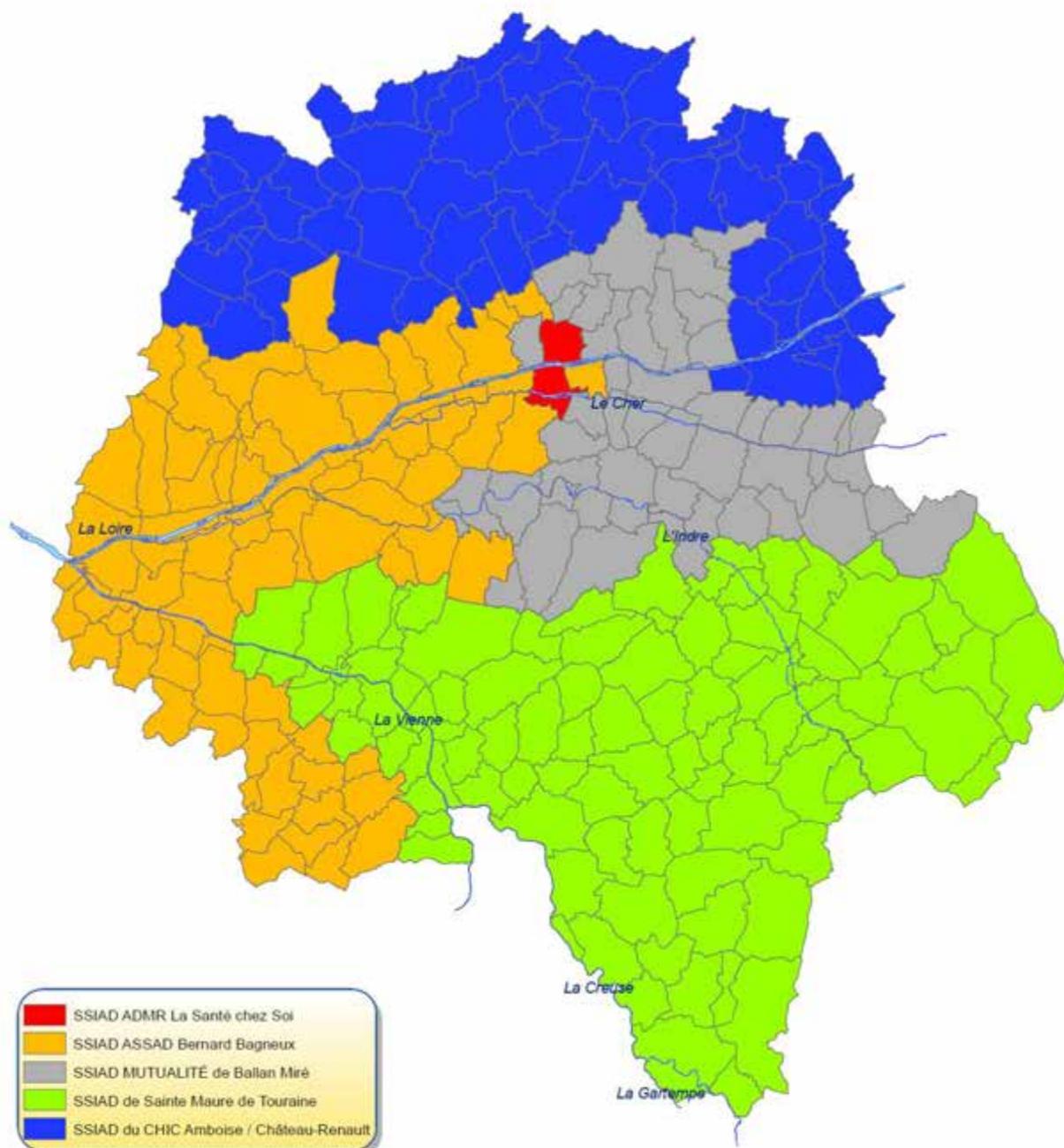
ESMS	capacité	Public accueilli
SSIAD Sud Touraine	20	Personnes handicapées
SSIAD Nord Touraine Est	8	Personnes handicapées
SSIAD Nord Touraine Ouest	7	Personnes handicapées
SSIAD La Santé chez soi	21	Personnes handicapées
SSIAD La Mutualité	19	Personnes handicapées
SSIAD Bernard Bagneux	19	Personnes handicapées
TOTAL	94	

²⁴ Les besoins liés à la perte d'autonomie des seniors du département d'Indre-et-Loire, étude quantitative (Kantar Public, Mai 2017)

²⁵ Diagnostic local de santé en vue de l'élaboration du contrat local de santé du Pays Loire Touraine, Février 2016

²⁶ 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.

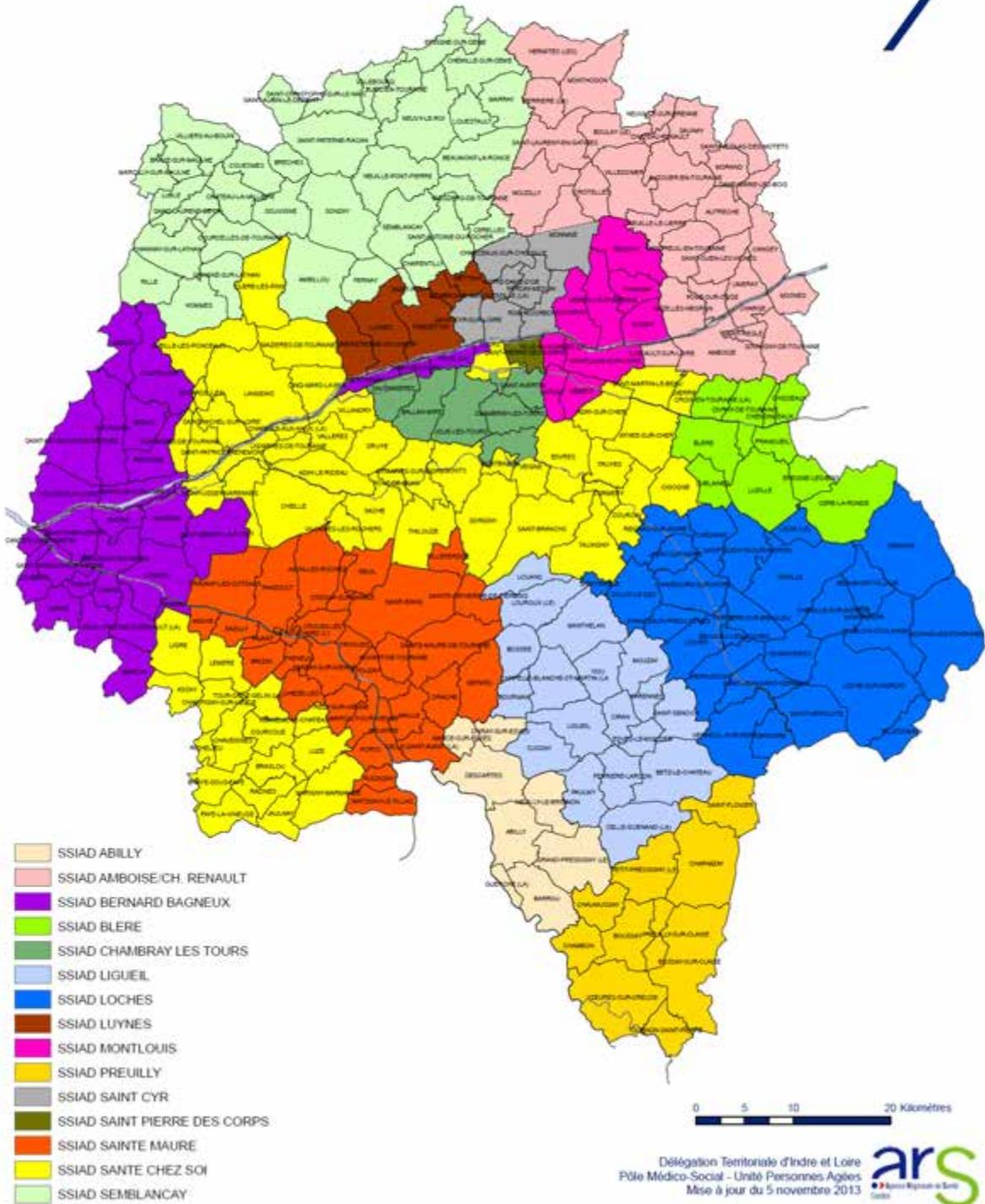
Zones d'intervention SSIAD PH d'Indre et Loire



Délégation Territoriale d'Indre et Loire
Offre Médico-Sociale - Unité Personnes Agées
Mise à jour du 26/07/11



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



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		Personnes âgées
TOTAL	1349	

Le département d'Indre-et-Loire dispose également d'une équipe mobile « Bel-Air Croix-Rouge française » à destination des personnes adultes cérébrolésées, âgées de 15 à 70 ans, ayant été victimes d'une lésion cérébrale acquise et présentant des troubles cognitifs à cette lésion. L'équipe intervient sur les départements d'Indre-et-Loire (75%), du Loir-et-Cher (24%) et de l'Indre (1%).

Elle est chargée de :

- Compléter et structurer les filières de soins, activer et coordonner les partenariats entre les différentes structures des secteurs sanitaires et médico-social,
- Encadrer et accompagner la personne cérébrolésée et son entourage, assurer un suivi à long terme,
- Établir des évaluations cognitives et comportementales, à la demande des Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), des établissements médico-sociaux, des familles,
- Former l'ensemble des acteurs du réseau à la problématique particulière des personnes cérébrolésées,
- Animer un Centre Ressources : aide aux démarches, réalisation d'un fonds documentaire, réalisation d'annuaire, suivi statistiques.

5. Les autres dispositifs pour le maintien à domicile : nouvelles technologies, aides techniques et portage de repas

Un certain nombre de dispositifs contribuent également au maintien à domicile dans de bonnes conditions. Le portail national pour la Silver économie²⁷ recense un certain nombre de produits et services notamment technologiques pour favoriser le bien vieillir.

► 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.

²⁷ www.silvereco.fr

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* ».

Les Conseils départementaux et les caisses de retraites financent dans le cadre des dispositifs d'aides actuels des 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 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. 40 aides ont été financées dans le cadre des plans d'aide au 31/12/2016 pour 5 113,12 €. Il s'agit majoritairement des barres d'appuis et des réhausses WC.

Issue de la loi du 25 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, **la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** pour les personnes de plus de 60 ans, installée en 2016 en Indre-et-Loire, 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).

Concernant le recours aux aides techniques, une enquête réalisée par le cabinet Kantar Public permet de mettre en évidence que les personnes âgées les utilisent d'abord pour les déplacements (cannes, béquilles, déambulateurs...) et pour communiquer et lire (amplificateur de son ou appareil auditifs, loupes...) ²⁸.

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 aux 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. 6 départements se sont à ce jour lancés dans une cette expérimentation: la Sarthe, le Maine et Loire, la Loire Atlantique, le Pas-de-Calais, la Meurthe et Moselle et le Loir-et-Cher. Une Technicothèque est une plateforme d'accessibilité aux aides techniques 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

Une étude de faisabilité réalisée par le CENTICH (Centre d'Expertise National des Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Autonomie et la Santé) du Maine-et-Loire, financée par la Conférence des financeurs, concernant la mise en place d'une Technicothèque sur le département d'Indre-et-Loire, va être réalisée sur la fin d'année 2017 et l'année 2018. Cette étude se déroulera en trois phases successives :

Phase 1 : état des lieux et cartographie des ressources et des moyens sur le département d'Indre-et-Loire

Phase 2 : élaboration de procédures adaptées, d'outils et description du modèle économique

Phase 3 : mise en œuvre de l'expérimentation sur un échantillon significatif

²⁸ Les besoins liés à la perte d'autonomie des seniors du département d'Indre-et-Loire, étude quantitative (Kantar Public, Mai 2017)



Pour se déplacer

Au moins une aide utilisée **39**

Cannes ou béquilles **26**

Déambulateur **6**

Fauteuil roulant (manuel ou électrique) **1**

Autres aides pour marcher ou se déplacer **11**



Pour la vie quotidienne

Au moins une aide utilisée **21**

Matériel technique pour se laver **15**

Matériel technique pour s'habiller **5**

Matériel technique pour aller aux toilettes **4**

Matériel technique pour manger et boire **0**



Pour communiquer et lire

Au moins une aide utilisée **37**

Amplificateur de son ou appareils auditifs **18**

Loupe **16**

Téléphone adapté **11**

Ordinateur adapté **0**

Aucune aide technique utilisée : 34%

► Les nouvelles technologies au service du public en perte d'autonomie

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...), elles peuvent contacter une plateforme téléphonique joignable 24 h/24 et 7 jours/7. Sur le département, un certain nombre de CCAS et les caisses de retraite allouent une subvention pour diminuer le reste à charge des personnes lors de l'installation d'un dispositif de télésurveillance. Le Conseil départemental à travers le plan d'aide APA alloue également un forfait pour l'installation de dispositifs de téléassistance. 1 431 personnes ont pu en bénéficier en 2016.
- **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.

► Le portage de repas

Il permet de livrer des repas au domicile de la personne sous forme de plateaux-repas. Des aides financières peuvent, suivant certaines conditions, être attribuées par différents organismes (caisses de retraite principales et complémentaires, Conseil départemental, Mutuelles etc) Plusieurs types d'organismes sont susceptibles de proposer un service de portage de repas à domicile: certaines communes, des services d'aide à domicile, des organismes de service à la personne associatifs ou privés commerciaux, des EHPAD, des artisans commerçants.

6. L'accueil de jour et l'hébergement temporaire

a. L'accueil de jour pour les personnes âgées

Le Conseil départemental peut prendre en charge une partie des frais d'hébergement temporaire via l'APA à domicile. 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.

Offre d'accueil de jour destinée aux personnes âgées du territoire départemental

		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

Le département d'Indre-et-Loire dispose également de deux services d'accueil de jour itinérant pour un total de 55 places

En 2016, 12 place 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 : France Alzheimer)

b. L'hébergement temporaire pour les personnes âgées

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 ou 65 €/jour dans le cas de séjours de répit.

Répartition de l'offre d'hébergement temporaire pour personnes âgées sur le territoire départemental :

Communautés de communes (CC)	% population de plus de 75 ans	Nb d'éts (*)	Nb de places autorisées	% places autorisées par CC	Nb de places théoriques pour couvrir les besoins de la population de + 75 ans
Métropole (*)	47,7%	9	31	22,96%	33
Bléré Val de cher	3,5%	1	4	2,96%	1
Chinon Vienne et Loire	4,1%	4	12	8,89%	-6
Gâtine et Choissilles	2,5%	2	4	2,96%	-1
Loches Sud Touraine	11,8%	2	24	17,78%	-8
Touraine Est Vallée	4,7%	2	4	2,96%	2
Touraine Ouest Val de Loire	6,3%	1	22	16,30%	-13
Touraine Val de Vienne	5,5%	2	3	2,22%	4
Touraine Vallée de l'Indre	6,2%	3	8	5,93%	0
Val d'Amboise	5%	2	23	17,04%	-16
TOTAL		28	135		-4

(*) : Les 22 places de l'appel à projet sur le Val d'Amboise ont été intégrées

8 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 à raison de :

- 2 places au Relais SEPIA à Descartes,
- 2 places à l'EHPAD Henry Dunant à Tours,
- 2 places à l'EHPAD Puygibault à Loches,
- 2 places à l'EHPAD La Vallée du Cher à Tours.

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).

Globalement, l'offre de places d'hébergement temporaire sur le département répond aux besoins démographiques de la population de personnes âgées de plus 75 ans.

La répartition des places sur le territoire est cependant hétérogène, avec notamment des besoins sur les secteurs de la Métropole, de Touraine Est Vallée et de Touraine Val de Vienne.

Le taux d'occupation actuel des établissements est variable selon :

- Le type d'établissement : en résidence autonomie, le taux d'occupation moyen est de 78% ; en EHPAD il est de 74%.
- Le tarif pratiqué par les établissements peut être discriminant d'autant qu'il n'est jamais totalement couvert par la prise en charge au titre de l'APA.
Le tarif moyen en résidence autonomie est à 59,54 €/jour pour une personne seule ; en EHPAD il est de 74,85 € avec des écarts importants entre les établissements publics ou non lucratifs et les établissements privés.

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

Afin de permettre une meilleure utilisation des places d'hébergements temporaires existantes, il est proposé d'une part de permettre aux personnes âgées d'y accéder plus facilement en leur donnant le bénéfice d'une

prise en charge au titre de l'aide sociale, dans la limite de 50 places habilitées (aujourd'hui 22 places sont habilitées, 20 % sont utilisées), soit un coût potentiel pour le Conseil départemental de 215 K€.

Constats

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.

c. L'accueil de jour pour les personnes handicapées :

Offre d'accueil de jour destinée aux personnes handicapées du territoire départemental

		Total de places
Accueil de jour	En foyer de vie	202
	En FAM	13
	En accueil spécifique PHV	4
	En MAS	23
TOTAL		242

L'accueil de jour permet d'accueillir pour une ou plusieurs journées ou demi-journées par semaine, des personnes handicapées dans des locaux dédiés à cet effet. L'accueil de jour vise à développer ou maintenir les acquis de la personne handicapée et faciliter ou préserver son intégration sociale.

Les 242 places d'accueil de jour sont réparties de la façon suivante en 2016 :

- Pour les foyers de vie : 180 places d'accueil de jour, 22 Section Annexe d'ESAT
- Pour les FAM : 13 places
- Accueil spécifique PHV : 4 places
- Pour les MAS : 23 places

d. L'hébergement temporaire pour les personnes handicapées

Nombre de places disponibles en 2016 :

Hébergement temporaire	En foyer de vie	8
	En FAM	4
	En MAS	18
TOTAL		30

L'orientation en **hébergement temporaire** est décidée par la Commission des Droits et de l'Autonomie dans la limite de 90 jours par an. Il est financé par le Conseil départemental.

Les 30 places sont réparties de la façon suivante :

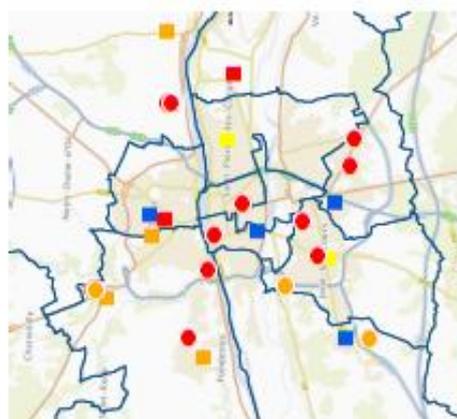
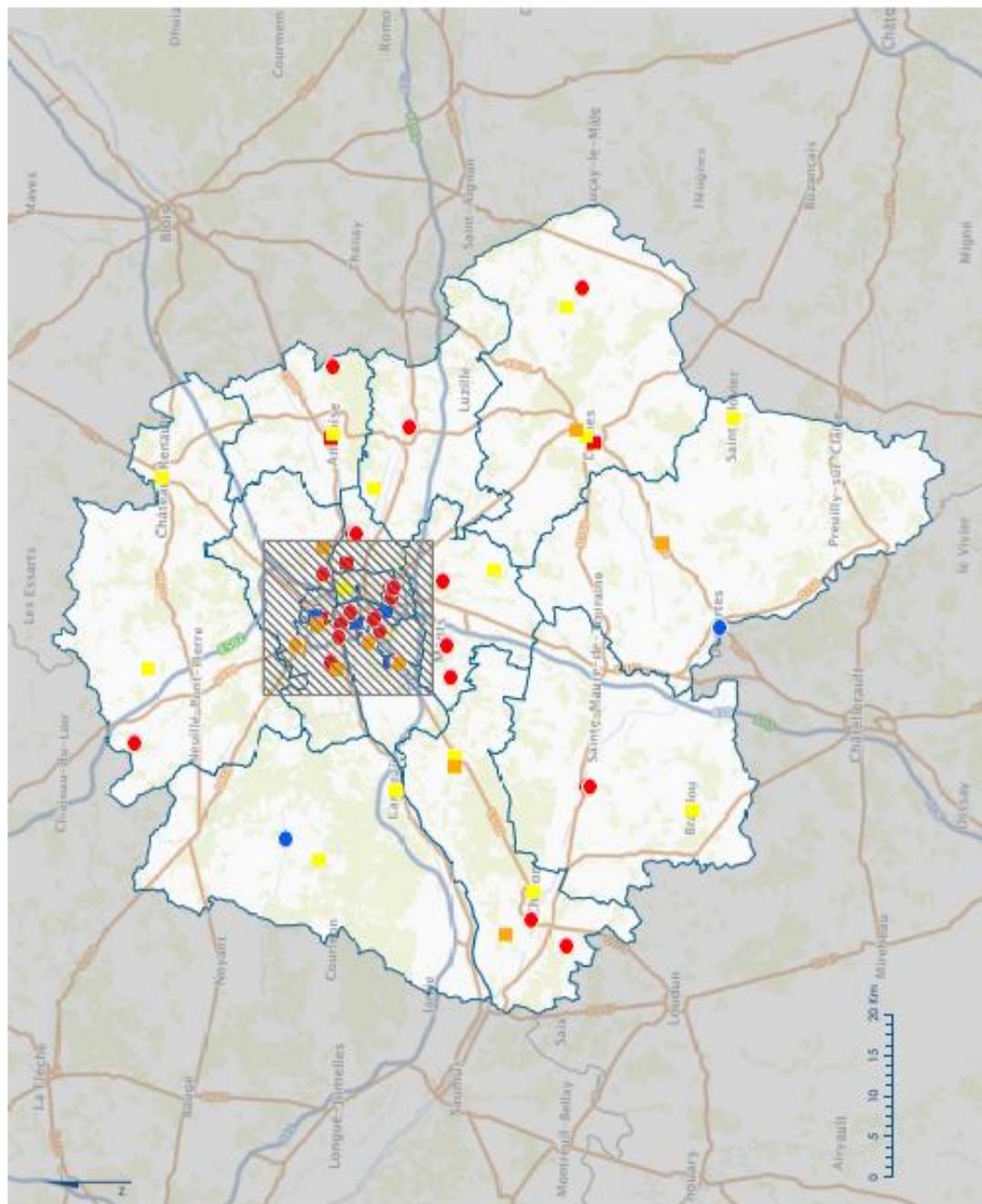
- ▶ La MAS des Haies Vives de l'ADAPEI situé à Joué-lès-Tours (16 places)
- ▶ La MAS Mutualité La Grande Maison à Ballan Miré (2 places)
- ▶ La FAM Mutualité La Grande Maison à Ballan Miré (2 places)
- ▶ La FAM psychiatrique de St Cyr sur Loire (2 places)
- ▶ Foyer de vie La Membrolle-sur-Choisille d'ANAIS (2 places)
- ▶ Foyer de vie de Cluny à Ligueil (1 place)
- ▶ Foyer de vie Michèle Beuzelin (les Elfes) à Tours (3 places)
- ▶ Foyer de vie Les Millepertuis (APAJH) à Loches (1 place)
- ▶ Foyer de vie La Palle (ADAPEI) à Beaulieu-lès-Loches (1 place)

Constats

L'action « *développer les dispositifs de répit* » inscrite au schéma 2012-2016 a permis une augmentation de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (par création et transformation de places de foyer d'hébergement) afin de prévenir l'épuisement des aidants et les situations de rupture, et de favoriser le maintien à domicile. Cependant, Le niveau d'équipement en accueil de jour et en accueil temporaire pour les personnes handicapées est encore relativement faible

Les places d'hébergement temporaire sont embolisées par des personnes qui sont dans l'attente qu'une place en établissement se libère. Les aidants naturels et professionnels (aides à domicile, accueillants familiaux) ne peuvent pas prendre de répit, ce qui peut compromettre le maintien à domicile dans de bonnes conditions des personnes en situation de handicap. A cela, s'ajoute, l'impact direct sur les dépenses de PCH « aide humaine ».

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

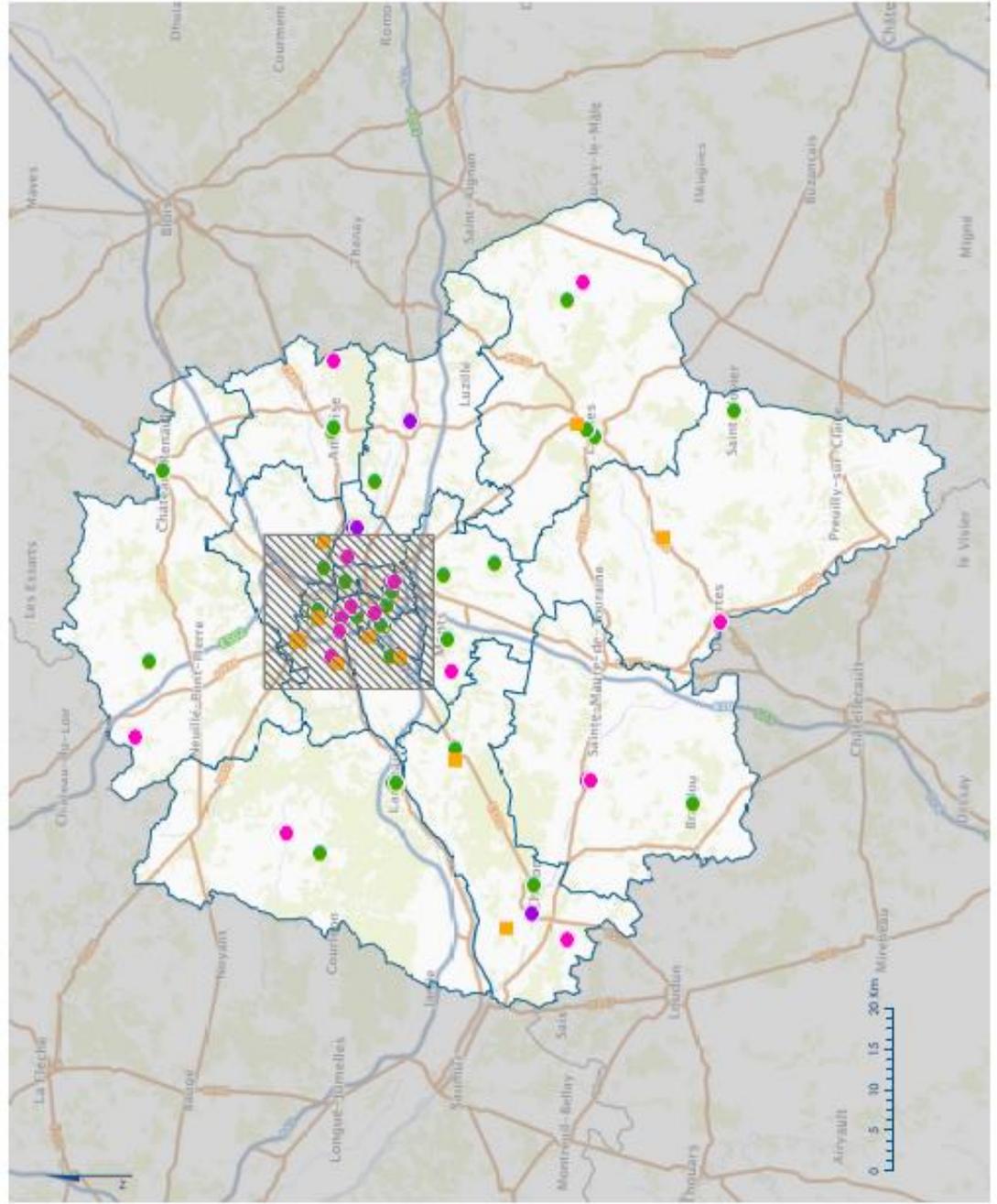


Légende

- Accueil de jour - Personnes âgées en résidence autonomie et EHPAD
- Accueil de jour - Personnes âgées en service autonome
- Accueil de jour - Personnes âgées en service itinérant
- Accueil de jour - Personnes handicapées
- Hébergement temporaire - Personnes âgées en résidence autonomie et EHPAD
- Hébergement temporaire - Personnes âgées en service autonomie
- Hébergement temporaire - Personnes handicapées
- Limite de cantons

Les services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

Type de public accueilli - Département d'Indre-et-Loire



Légende

- Personnes âgées
- Personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer
- Personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer et personne âgée
- Personnes handicapées
- Limite de cantons

D. L'Accueil familial social²⁹

1. L'offre existante

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 simultanée² sauf à titre dérogatoire en cas d'accueil d'un couple. Le Conseil départemental délivre les agréments, assure le suivi social et médico-social des personnes accueillies et contrôle le respect des conditions d'accueil.

Le profil des accueillants familiaux

	Qualité de l'accueillant		Age de l'accueillant
		Moins de 40 ans	3
Femme	59	de 41 à 49 ans	13
Homme	3	de 50 à 59 ans	25
Couple	1	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.

En 2016, 11 demandes d'agréments ont été déposées, 7 demandes n'ont pas donné de suite, 3 agréments ont été délivrés et 1 agrément a été refusé.

Le profil des personnes accueillies

	Age de l'accueilli		GIR
Moins de 40 ans	8	Pas de GIR	28
de 41 à 49 ans	8	GIR 1	0
de 50 à 59 ans	14	GIR 2	4
de 60 à 69 ans	24	GIR 3	21
de 70 à 79 ans	3	GIR 4	16
de 80 à 89 ans	7	GIR 5	1
plus de 90 ans	6		

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

Seulement 18 personnes sur 70 accueillies sont des personnes âgées. En 2016, le service « accueil familial » du Conseil départemental a émis un avis réservé ou défavorable sur 33 demandes d'admission :

²⁹ 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.

Personnes âgées : 12 avis réservés	<ul style="list-style-type: none"> - 6 en raison du logement non adapté des accueillants - 5 en raison de l'absence de profil adapté disponible d'accueillant (pathologies lourdes) - 1 en raison d'une entrée en EHPAD
Personnes handicapées : 21 refus	<ul style="list-style-type: none"> - 1 en raison du logement des accueillants non adapté - 2 en raison de l'absence de profil adapté disponible d'accueillant - 1 en raison d'un départ en foyer de vie - 2 en raison de l'absence d'adhésion du demandeur au projet - 15 en raison d'une pathologie lourde

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 accueillants³⁰ 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'accueillant³¹ et rapproche ainsi l'accueil familial des exigences des ESMS.

Au 31 décembre 2016, 70 places étaient agréées pour l'accueil de personnes âgées et de personnes handicapées (22 places pour l'accueil de personnes handicapées exclusivement et 4 places pour l'accueil de personnes âgées exclusivement).

Constats

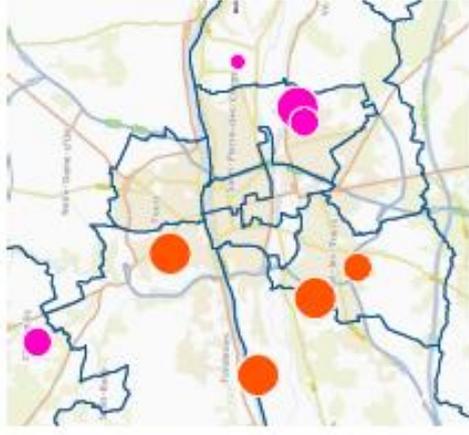
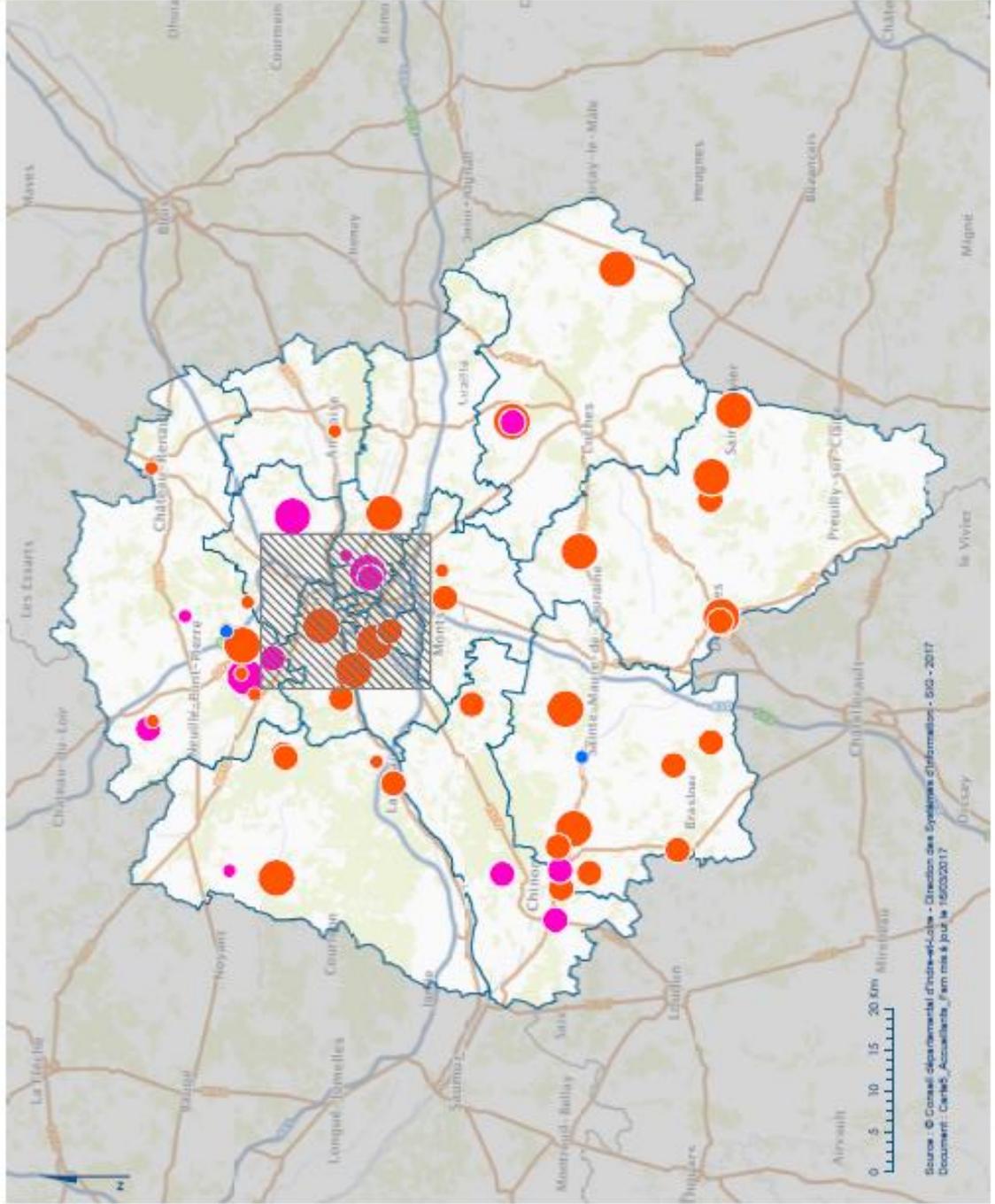
La population de personnes âgées qui demande une entrée en accueil familial est de plus en plus dépendante et les entrées se font de plus en plus tardivement. Cette évolution interroge sur un risque de dénaturation de l'accueil familial social où l'accompagnement de la grande dépendance, à travers des 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 : il n'y a pas d'accueillant sur Tours et seulement 1 accueillant sur le canton d'Amboise.

³⁰ Décret n° 2016-1785 du 19 décembre 2016 relatif à l'agrément des accueillants familiaux

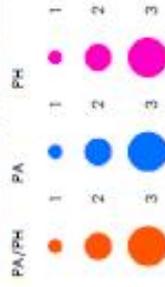
³¹ Chaque contrat devra contenir un "projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie", il garantira à la personne accueillie la possibilité d'exercer les droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3 du CASF (dont le respect de sa dignité, de son intégrité, 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.

L'accueil familial Département d'Indre-et-Loire



Légende

Nombre de places par public accueilli



□ Limite de cantons

2. L'accueil familial thérapeutique³²

En psychiatrie, l'accueil familial thérapeutique est dit thérapeutique dans la mesure où il intègre l'hébergement et la continuité des soins. Il fait partie intégrante des moyens que se donnent certains secteurs de psychiatrie adulte pour assurer un travail de prise en charge et de continuité des soins, rompant avec l'enfermement hospitalier. Il s'agit d'offrir une alternative à l'hospitalisation chez des sujets chronicisés qui, en dehors de cette solution, resteraient hospitalisés à vie jusqu'à la recherche d'une restructuration de la personnalité grâce à un réapprentissage relationnel et d'une restauration de ses capacités relationnelles et d'autonomie, notamment en raison de la dimension affective importante liée à cette formule d'accueil.

L'intérêt de l'accueil familial thérapeutique est de proposer au patient un soin dans un espace social non médicalisé, propice à son épanouissement, au réinvestissement de son apparence corporelle et des gestes essentiels de la vie quotidienne (toilette, alimentation, habillement, loisirs...), qui favorise une évolution thérapeutique positive, et l'abandon des gestes de survie liés au milieu hospitalier (comportement agressif ou régressif, ritualisation du quotidien, tabagisme, mendicité affective).

Les familles sont sélectionnées et employées par les hôpitaux psychiatriques. Les placements peuvent être intermittents (quelques jours par semaine), temporaires ou permanents, au domicile des accueillants ou en logement indépendant.

3. L'aide sociale

Donnée en accueil familial pour les personnes âgées et handicapées

Dépenses d'aide sociale en 2016 : 583 295 €

Prise en charge moyenne : 823,86 €/mois/bénéficiaire

Salaire net temps plein d'un accueillant familial :

- Pour des personnes accueillies sans GIR, ou de GIR 5 ou 6 : 657 €
- Pour des personnes accueillies de GIR 1 : 918 €

En 2016, sur les 68 personnes hébergées en accueil familial, 87 % bénéficiaient de l'aide sociale, dont 50 % étaient des personnes handicapées de moins de 60 ans et 22 % des personnes handicapées de plus de 60 ans. Le nombre de personnes hébergées en accueil familial a diminué de 29% depuis 2014, ce qui s'explique par la baisse du nombre de familles agréées (2014 : 66 familles – 2016 : 57 familles).

En 2016, les dépenses d'aide sociale couvraient environ 50% du salaire d'un accueillant familial recevant des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette part est plus importante pour les personnes handicapées (842 €/mois) que pour les personnes âgées (789 €/mois).

Il est à noter que les ressources des personnes accueillies ont dû fortement diminuer depuis 2014, la prise en charge au titre de l'aide sociale a augmenté de 386 €/mois pour les personnes âgées (2014 : 403 €/mois) et de 317 €/mois pour les personnes handicapées (2014 : 525 €/mois).

³² Source : FAMIDAC

E. La prise en charge en établissement

1. L'hébergement des personnes adultes handicapées

a. L'offre d'établissement existante

Il existe 14 organismes gestionnaires d'établissements et de services pour personnes adultes handicapées en Indre-et-Loire en 2016.

Evaluation des capacités d'accueil pour personnes handicapées par type d'établissements :

	Nombre de places au 31.12. 2012	Nombre de places au 31.12.2016 2016	Evolution en nombre de places	Evolution en %
Foyer d'hébergement	490	451	-39	-8%
Foyer de vie	397	377	-20	-5%
FAM	224	263	+39	+17%
Structures handicapés vieillissants		15	+0	+100%

Aujourd'hui, le taux d'équipement de places de foyers de vie du Département (2,06/1 000 habitants de 20 à 59 ans) est supérieur au taux d'équipement national et régional (respectivement 1,7 et 1,5). Le taux d'équipement de places en FAM (0,87) est supérieur au taux d'équipement national (0,8) mais inférieur au taux d'équipement régional (1,1). Entre 2012 et 2016, 155 nouvelles places ont été créées par extension ou transformation au profit des SAVS, des foyers occupationnels de jour et foyers d'accueil médicalisé.

Modifications de capacité intervenues depuis le 31/12/2016 :

- Transformation de places de foyer occupationnel en places de FAM pour la prise en charge de personnes présentant des troubles du spectre autistique : 6 places à l'Association LA SOURCE et 2 places à l'Association ADAPEI.
- Création de 7 places de foyer de vie à Luynes pour des personnes handicapées vieillissantes, à l'Association LES ELFES.

► Investissements et soutien des projets immobiliers pour les établissements accueillant des adultes handicapés

Les établissements ne bénéficient pas de subvention à l'investissement. Le Conseil départemental participe aux opérations immobilières à travers le budget de fonctionnement de l'établissement en prenant en charge la quasi-totalité des frais de séjour (qui intègrent l'impact financier des opérations immobilières (amortissements des bâtiments et frais financiers liés aux emprunts).

Même si la question de l'immobilier ne peut être traitée de la même façon que dans le secteur des personnes âgées, il convient de s'interroger sur la programmation des travaux de restructuration des établissements que les associations considèrent comme ne répondant pas ou plus aux besoins des résidents ou à leur sécurité. Ces réflexions seront notamment menées au sein d'un comité d'engagement (cf fiche action 25) A terme et au regard de la législation actuelle ces travaux ont un impact financier direct sur l'aide sociale à l'hébergement.

► La réforme de la tarification pour favoriser le parcours des personnes handicapées

Aujourd'hui, le financement des établissements et services médico-sociaux repose sur des crédits de l'assurance maladie, de l'Etat ou des conseils départementaux. Il est alloué selon le type d'établissement médico-social par l'ARS, le conseil départemental ou les deux (pour les ESMS cofinancés). Les budgets de ces ESMS ont été élaborés selon des modalités différentes qui évoluent chaque année à partir de ces bases.

Cette situation ne prend pas en compte le niveau d'autonomie des personnes accueillies ou accompagnées. Ces dotations sont exprimées selon les cas en prix de journée ou de séance, ou en coût à la place.

Ces modalités ont fait l'objet de critiques, comme étant un frein :

- à l'adaptation des réponses des ESMS aux attentes et souhaits des personnes accueillies et accompagnées,
- à l'incitation ou au soutien aux ESMS pour promouvoir des accompagnements modulaires, des séjours temporaires ou des accueils séquentiels
- à la possibilité de moduler le budget d'une structure en fonction des besoins des personnes ou encore des spécificités des réponses qui leur sont prodiguées

Afin de passer d'une logique de place à une logique de parcours, le projet de réforme « SERAFIN- PH » (Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées) porte l'ambition de concevoir une allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux qui favorise les parcours des personnes handicapées.

L'organisation de ces réponses combinées s'appuie sur des professionnels de différents champs. En 2015 l'instance de la réforme, constituée des principaux acteurs du secteur, a construit deux nomenclatures : celle des besoins et celle des prestations.

Ces deux nomenclatures permettent de ranger les éléments selon une classification méthodique et avec une définition précise.

Elles sont compatibles et complémentaires avec le Guide d'EVALUATION des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA), et sont organisées autour de 3 domaines : la santé, l'autonomie et la participation sociale.

L'inscription d'une prestation dans la nomenclature ne préjuge pas de son financement.

► Prise en charge de l'hébergement des personnes handicapées au titre de l'aide sociale³³

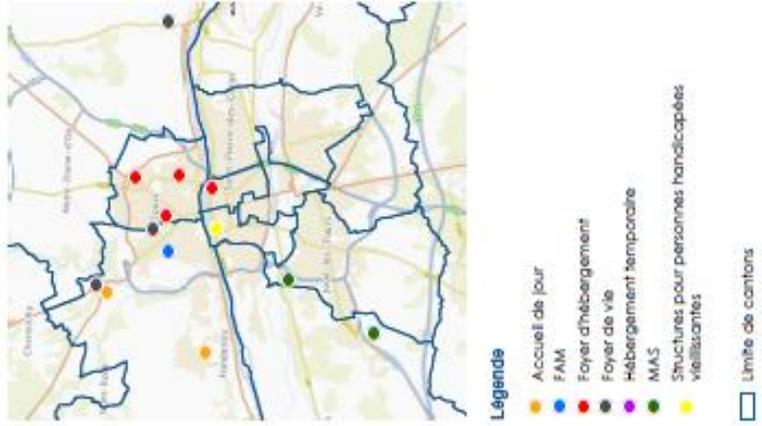
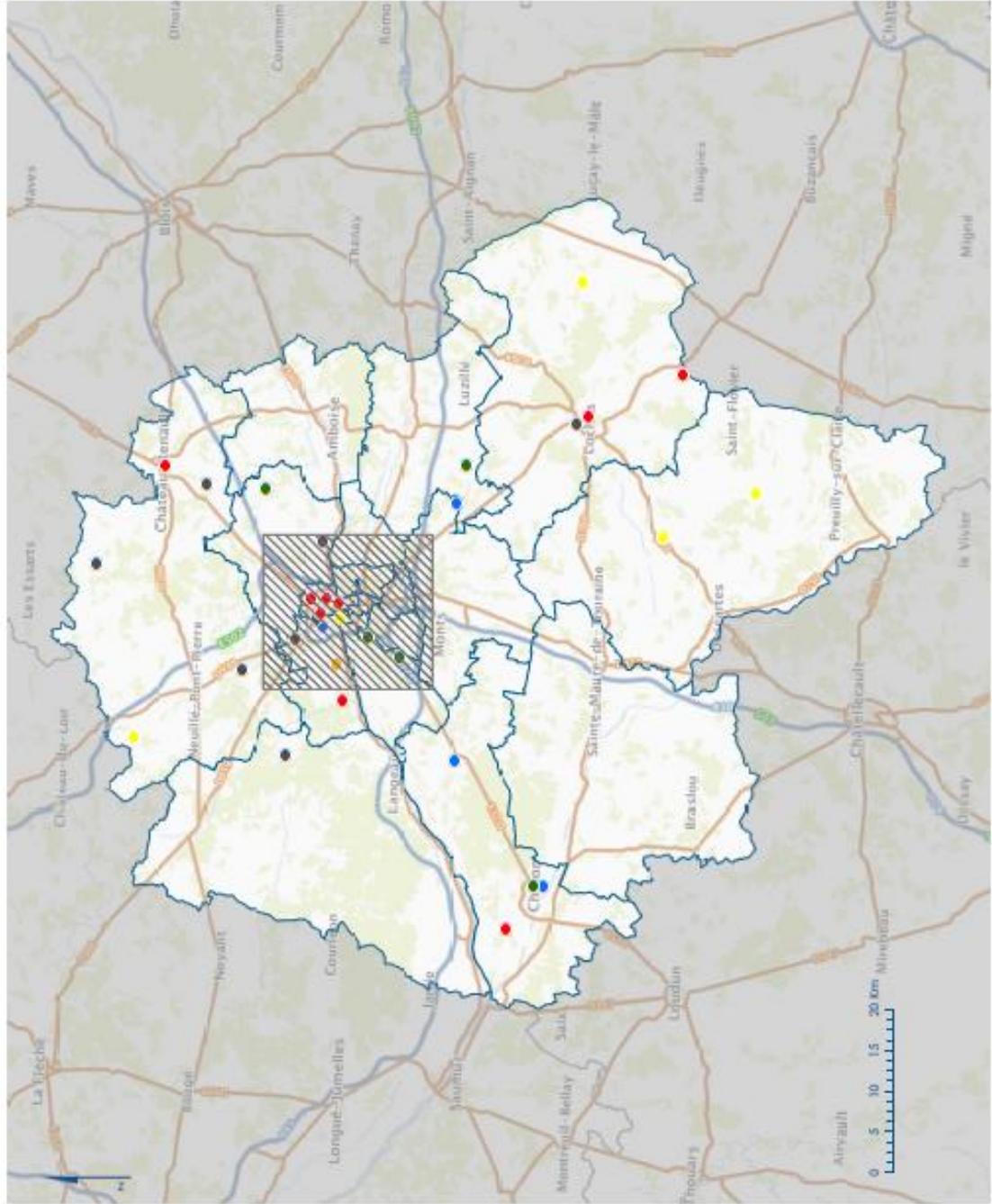
Le Conseil départemental prend en charge la quasi-totalité des prix de journée des établissements au titre de l'aide sociale à l'hébergement. Seuls deux résidents paient intégralement leur prix de journée en Indre-et-Loire.

	Montant	Nombre de bénéficiaires	
		PH	PH hébergés hors département
2014	53 984 794.26 €	1081	237
		1318	
2016	54 707 047.27 €	1083	233
		1316	

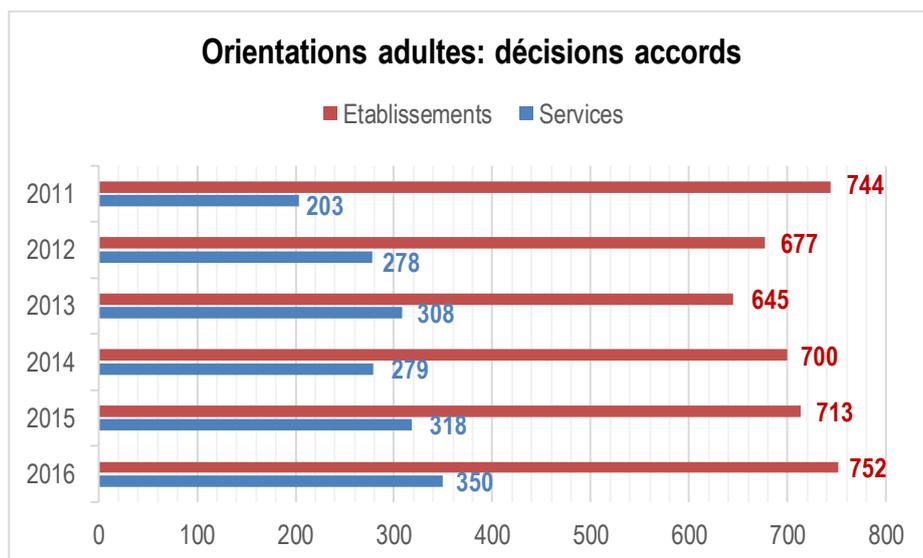
Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale augmente légèrement et de façon stable de 2014 à 2016

³³ Budget dépenses du conseil départemental

La prise en charge en établissements des personnes handicapées Département d'Indre-et-Loire

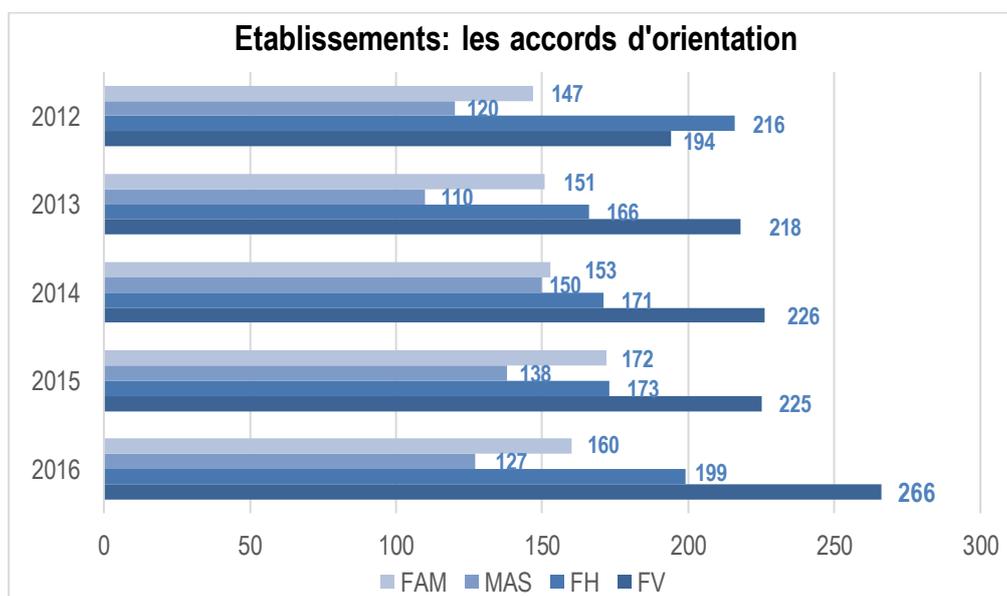


b. L'orientation du public adulte en établissements et l'adéquation de l'offre



On constate une augmentation régulière du nombre de décisions favorables de la CDA pour une entrée dans un service d'accompagnement à domicile (Services d'Aide à Domicile ou SAVS/SAMSAMH^o : Le phénomène est moins prégnant pour les orientations en établissements : 8 accords de plus qu'en 2011.

Ces orientations se font principalement vers les foyers de vie et les foyers d'hébergement depuis 2012, indiquant une hausse régulière de besoins, liées aux besoins de prise en charge de pathologie de plus en plus lourdes et à l'augmentation du nombre personnes handicapées vieillissantes en ce qui concerne les orientations en foyers de vie et à l'augmentation du nombre de RQTH en ce qui concerne les orientations en foyers de vie.



► Les stages

La personne adulte handicapée a également la possibilité d'effectuer des stages d'immersion en ESMS pour s'assurer de la bonne adéquation de son orientation par rapport à son projet de vie. Ces périodes de stage sont particulièrement importantes pour assurer l'orientation la plus pertinente possible pour les jeunes sortant d'IME. Cependant actuellement, il n'existe pas d'harmonisation concernant les modalités de financement de ces stages entre les différentes associations du secteur en Indre-et-Loire.

Depuis 2015, 25 stages³⁴ réalisés ont été recensés en foyers d'hébergement et 8 en foyer de vie ou en FAM. La durée des stages varie de 1 à 9 semaines. Les personnes réalisant des stages en Foyer d'hébergement sont âgées en moyenne de 25 ans alors que les personnes réalisant des stages en foyer de Vie et en FAM ont en moyenne 35 ans.

³⁴ Données des services de la Direction de l'autonomie - Conseil départemental d'Indre-et-Loire, novembre 2017

70% des personnes ayant réalisé un stage vivent à domicile. Pour 39 % des personnes ayant réalisé un stage, cela s'est concrétisé par un accueil pérenne dans l'établissement de stage.

Il est difficile à l'heure actuelle de connaître le nombre de places manquantes dans les établissements en faveur des personnes en situation de handicap. Aucune gestion centralisée n'a encore pu être réalisée en tenant compte à la fois des orientations par défaut ou des situations en recherche de solution.

L'axe « quantifier et analyser les besoins non satisfaits en vue d'une planification des places et de rédaction d'appels à projets » étudié dans le précédent schéma en faveur des personnes handicapées a permis la création d'un outil Extranet qui permet le suivi des orientations en ESMS. Il a été déployé en 2015 pour les ESMS enfance, et devait être déployé en 2016 auprès des ESMS adultes. Toutefois, compte-tenu de la mise en place de l'outil web d'orientation et d'admission « Via-Trajectoire » pour les personnes handicapées par l'ARS au niveau de la région, ce projet a été suspendu.

Ce problème est un problème majeur pour l'anticipation de créations ou de transformations de places.

Pour y remédier, un projet d'ampleur national est mis en place en 2017 à l'initiative de la CNSA : le SI suivi des orientations commun à toutes les MDPH. Le SI suivi des orientations doit permettre de suivre plus efficacement les décisions d'orientation en établissements ou service médico-social prises par les commissions des droits et de l'autonomie (CDA).

En avril 2014, pour répondre au mieux aux personnes en attente d'une place, la MDPH a mis en place une commission chargée des situations critiques, composée de la MDPH, de l'ARS, du Conseil départemental, d'une représentant du secteur psychiatrique et d'un ESMS.

Une situation est dite « critique » lorsqu'elle réunit 2 conditions :

- situation dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : retours en famille non souhaités et non préparés, exclusions d'établissements, refus d'admission en établissement,
- situation dans laquelle l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille est mise en cause.

En 2016, la commission s'est réunie 8 fois et a examiné 37 situations, dont 33 concernant des adultes.

Sur ces 37 situations :

- la saisine s'est faite 13 fois par un ESMS, et 17 fois par un organisme de tutelle ou un hôpital
- 8 situations concernaient des personnes âgées de 20 à 25 ans, et 25 situations concernaient des personnes âgées de 26 à 60 ans.

Sur les 24 situations résolues, seules 9 ont pu l'être de façon pérenne, et 15 l'ont été de façon provisoire.

► La démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT) :

La démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous », issue du rapport Piveteau « zéro sans solution » commandé par le Gouvernement en décembre 2013, mise en place par la MDPH au second semestre 2017, devrait permettre de résoudre une partie de ces situations complexes

L'objectif de la démarche est de pouvoir proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite. Cette réponse doit lui permettre de s'inscrire dans un parcours de santé conforme à son projet de vie. Elle a pour ambition de faciliter la mise en mouvement d'une démarche coresponsable de l'ensemble des acteurs (Conseils départementaux, Maisons départementales des personnes handicapées, Agences régionales de santé, rectorats, gestionnaires d'établissements de santé et médico-sociaux, associations...).

L'évolution attendue concerne l'organisation des institutions, les pratiques professionnelles, les coopérations entre les acteurs et les échanges d'information.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est organisée en quatre axes :

- Axe 1 : La mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH
- Axe 2 : Le déploiement d'une réponse territorialisée
- Axe 3 : La création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs
- Axe 4 : L'accompagnement au changement des pratiques

c. Les foyers de vie

Données au 31/12/2016 :

Nombre de places : 465

Nombre d'établissements : 13 gérés par 9 organismes

Coût moyen annuel budgété par place : 47 000 €/an

**Total des charges moins les recettes en atténuation*

Ces établissements (anciens foyers occupationnels) accueillent des personnes ne pouvant pas ou plus travailler, y compris dans le milieu protégé, mais qui ont une certaine autonomie pour participer à des activités occupationnelles. Le public peut être très hétérogène en âge.

Les établissements peuvent proposer un accueil de jour mais également un hébergement complet.

L'accueil de jour est souvent une solution temporaire dans l'attente d'une place d'internat.

La mobilité est cependant une difficulté, en raison du coût des transports, et du fait que seule une partie des personnes peuvent bénéficier des services de Fil Blanc de façon individuelle.

La gestion des sorties du Foyer de Vie se fait en direction des unités de Personnes Handicapées Vieillissantes présentes dans les EHPAD du département ou en direction des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM). Toutefois, certaines personnes, en raison de l'aggravation de leur dépendance pourraient relever davantage d'un EHPAD classique.

Depuis janvier 2017, 7 places de foyer de vie ont été créées à Luynes pour des personnes handicapées vieillissantes, à l'Association LES ELFES.

d. Les foyers d'hébergement

Données au 31/12/2016 :

Nombre d'établissements : 10 gérés par 8 organismes

Nombre de places : 451

Coût moyen annuel budgété par place : 24 500 €/an

**Total des charges moins les recettes en atténuation*

Les **foyers d'hébergement pour adultes handicapés** assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT), ou dans une Entreprise Adaptée.

Selon les foyers, il peut s'agir de personnes handicapées physiques ou mentales.

Les Foyers d'hébergement pour adultes handicapés sont souvent annexés à des ESAT et peuvent prendre des formes diverses et laisser plus ou moins de place à l'autonomie sociale.

Dans certains cas, il s'agit d'un hébergement collectif, mais d'autres foyers proposent à la personne de vivre non pas dans une chambre mais dans un petit studio aménagé de telle sorte que l'entretien de ce logement soit de sa responsabilité.

Le montant de la participation varie selon les prestations servies par le foyer et selon la situation professionnelle et familiale de la personne handicapée, sous réserve d'un minimum de ressources laissées à sa disposition.

Comme tous les établissements d'hébergement, **ces foyers sont placés sous la compétence des conseils départementaux** et c'est l'aide sociale départementale qui prend en charge les dépenses d'exploitation du foyer.

Les foyers d'hébergement sont inégalement répartis sur le territoire. La difficulté est de faire correspondre la demande d'entrée en ESAT et la place d'entrée en Foyer d'hébergement.

Les établissements sont confrontés à la problématique des -travailleurs qui restent en journée sur le foyer (congrés, RTT, travail à temps partiel, maladie, situation de rupture avec le travail...). Un travail collaboratif avec l'ESAT permet de regrouper les jours des travailleurs sur certains jours, et de mettre une organisation en place pour assurer une présence en journée.

Le coût des dépenses liées aux frais de séjour en foyers d'hébergement en 2016 se sont élevés à 9 841 801,73€.

L'offre de places en foyer d'hébergement a sensiblement baissé ces dernières années, notamment par transformation des places de foyer de vie pour des travailleurs plus fatigables qui ne travaillent plus ou sont à la retraite

b. Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM)

Données au 31/12/2016 :

Nombre de places : 263

Nombre d'établissements : 8

Coût moyen annuel budgété par place : 50 600 €/an

**Total des charges moins les recettes en atténuation*

Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont des structures d'hébergement qui accueillent des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical régulier.

Ces établissements proposent :

- Un accompagnement pour effectuer les actes essentiels de la vie courante,
- Ainsi qu'une surveillance médicale et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie.

Au 31 décembre 2016, l'Indre-et-Loire comptait **263 places** pour **8 FAM** (soit une augmentation de 329% et de 6 structures supplémentaires depuis 2004).

Evolution des places de FAM depuis 2010 :

- Création de 40 places pour personnes handicapées psychiques en 2010 par transformation de 40 places de long séjour psychiatrique, au FAM de St Cyr sur Loire,
- Fin 2012, 20 places supplémentaires pour personnes polyhandicapées à Cigogné (Association Arc en Ciel) ont été créées.
- Depuis le 1^{er} janvier 2017, transformation de places de foyer de vie en places de FAM pour la prise en charge de personnes présentant des troubles du spectre autistique autistes : 6 places à l'Association LA SOURCE et 2 places à l'Association ADAPEI.

L'évolution du nombre de places en FAM est principalement liée au vieillissement des personnes handicapées qui entraîne une transformation de places de foyer de vie en places de FAM.

Parmi les 263 places en FAM présentes en Indre-et-Loire :

- 121 sont destinées à des personnes handicapées mentales ou présentant des troubles autistiques,
- 40 à des personnes polyhandicapées,
- 60 à des personnes handicapées moteur,
- 42 à des personnes handicapées psychiques.

La capacité de chacun des 8 FAM du département varie de 17 à 58 places.

Il faut préciser que l'Institut du Mai qui est un FAM de 40 places destiné aux personnes handicapées moteur est une structure atypique. En effet, la mission de l'Institut du Mai est la « formation à l'autonomie et à l'insertion sociale pour des adultes handicapés moteurs », avec pour objectif de permettre aux personnes ainsi formées de vivre autonomes à leur domicile. L'institut du Mai a une vocation nationale et n'accueille que très peu de

personnes d'Indre et Loire. A leur sortie du Mai, les personnes choisissent de résider en Indre-et-Loire ou dans d'autres départements où le Mai a bâti un réseau : en effet, les appartements doivent être domotisés et les personnes handicapées doivent pouvoir faire appel à un réseau à domicile coordonné.

c. Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS)

Données au 31/12/2016 :

Nombre de places : 196

Nombre d'établissements : 6

Coût moyen annuel budgété par place : 70 705 €/an

**Total des charges moins les recettes en atténuation*

Les MAS accueillent des personnes ayant un handicap intellectuel, moteur ou un polyhandicap ne leur permettant pas d'acquérir un minimum d'autonomie. Elles ont besoin d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, d'une surveillance médicale et de soins constants.

Le département accueille **7 MAS**, à savoir 6 MAS d'accueil permanent et 1 service d'accueil temporaire en MAS géré par l'ADAPEI.

Evolution des places de MAS :

- Fin 2011, 7 places de MAS ont été ouvertes pour des personnes autistes au Maisonnées à Azay-le-Rideau et fin 2012,
- 20 places de MAS pour personnes polyhandicapées ont été ouvertes sur la commune de Cigogné par l'Association Arc en Ciel.

Plusieurs établissements cumulent des places de FAM et de MAS, ce qui apporte plus de souplesse aux résidents dont la situation peut évoluer et facilite la mutualisation des services.

Les FAM et les MAS sont majoritairement localisées sur Tours ou son agglomération. Le Chinonais est le seul territoire rural à être doté de places de MAS.

d. L'accueil de publics spécifiques

► La problématique de l'accueil des personnes en situation de handicap en Belgique

Fin 2016, sur les 1 256 bénéficiaires de l'aide sociale, 37 bénéficiaires d'Indre-et-Loire étaient hébergés en Belgique. En effet, La Belgique accueille des adultes handicapés français, surtout mentaux, faute d'avoir pu être accueillis dans un établissement en France lorsque le handicap est lourd.

Leur accueil est pris en charge par la sécurité sociale ou le conseil départemental.

Le 14 décembre 2016, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un rapport sur la prise en charge des personnes handicapées dans des établissements en-dehors du territoire français. Près de 6 400 handicapés, dont 1 451 enfants, sont pris en charge par un établissement en dehors du territoire, principalement en Belgique. 140 établissements, en partie privés et à but lucratif, reçoivent exclusivement des ressortissants français. L'éloignement place les familles dans une situation difficile

Dans ce rapport, plusieurs pistes de réformes sont avancées : le développement du pluri-agrément des établissements accueillant des personnes handicapées, le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, l'engagement dans une démarche de désinstitutionalisation des personnes handicapées en fonction de la complexité de leurs profils, la concentration des efforts nationaux sur les personnes atteintes de troubles autistiques.

► **La problématique des jeunes maintenus en Institut Médico-Educatif (IME) au-delà de 20 ans dans l'attente d'une place en Foyer de Vie ou en FAM**

Les jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans peuvent être maintenus dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent dans l'attente d'une solution adaptée au titre du dispositif législatif de « l'amendement Creton ». Pour une partie de ces jeunes qui sont accueillis dans un IME sans internat, l'hébergement n'est plus planifié le week-end, ce qui peut conduire rapidement à leur marginalisation.

A cela, s'ajoute la problématique de certains jeunes majeurs suivis par l'ASE souffrant de déficience intellectuelle ou de troubles du comportement qui bénéficient de l'APJM (contrat d'Accueil Provisoire pour Jeune Majeur) au titre de l'aide sociale à l'enfance jusqu'à leurs 21 ans. Ce dispositif permet aux jeunes confiés à l'Aide sociale à l'enfance de prolonger les aides dont ils bénéficient pendant leur minorité. Toutefois, lorsqu'ils arrivent en fin d'APJM, la rupture est brutale.

Les établissements proposent tant bien que mal des solutions d'hébergement pour limiter les risques de désocialisation de ces jeunes. Toutefois, ces solutions au « coup par coup » ne sont pas satisfaisantes. La démarche « Réponse Accompagnée pour Tous » devrait également permettre d'éviter les ruptures de prise en charge et ces jeunes.

Type d'établissements	Nb de places au 03/10/2017	Nb de PH de 20-24 ans et + en établissement (1)	Nb droits ouverts PH 20-24 ans	PH de 20-24 ans en attente d'une place
Foyer de vie	483	36	110	74
Foyer d'accueil médicalisé	271	27	56	29
Foyer d'hébergement	451	1	110	109
TOTAL	1205	64	276	212

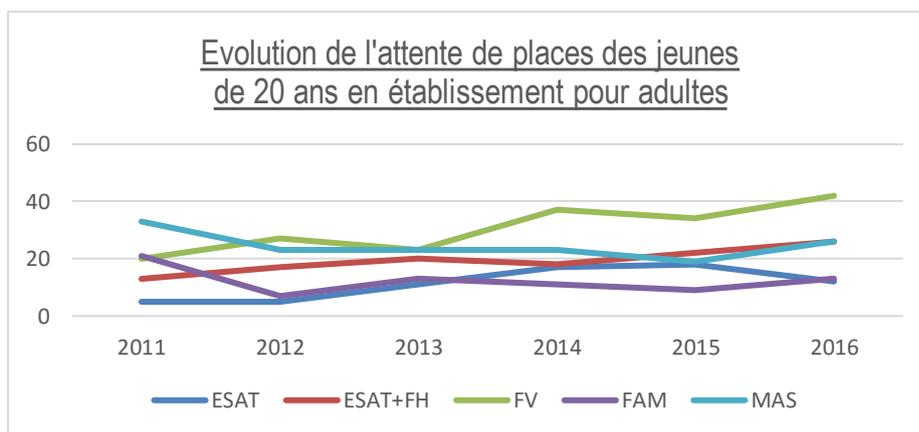
SAVS/SAMSAH	471	33	293
Amendement CRETON			124

1) Source : ANAP - Déclaration des établissements au 31/12/2016
 (2) Source : MDPH au 03/10/2017

Aujourd'hui, seulement 64 jeunes de 20 à 24 ans sont hébergés dans un établissement qui correspond à leurs besoins, 212 jeunes sont en attente d'une place correspondant à leur orientation et parmi eux, 124 sont maintenus dans un établissement pour enfants, faute de places dans le secteur adulte.

Les besoins en places pour les jeunes en attente dans le cadre de l'amendement Creton

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ESAT	5	5	11	17	18	12
ESAT+FH	13	17	20	18	22	26
FV	20	27	23	37	34	42
FAM	21	7	13	11	9	13
MAS	33	23	23	23	19	26
TOTAL	92	79	90	106	102	119



Les orientations non satisfaites de ces jeunes concernent prioritairement des besoins en foyer de vie, en ESAT avec foyer d'hébergement, et en MAS.

Les frais de séjour liés aux personnes handicapées bénéficiant de l'amendement Creton s'élèvent en 2016 à 1 628 896 € pour 7 101 jours en IME, soit un coût moyen journalier de 229€/place.

Un appel à projet lancé par l'ARS en 2016 a permis de retenir 2 projets qui sont développés en Indre-et-Loire en 2017 pour des personnes handicapées bénéficiant de l'amendement Creton, ayant pour objectif de trouver des solutions alternatives et innovantes, applicables dès le second semestre 2017:

- Le projet de l'association Enfance et Pluriel et de la fondation Léopold Bellan sur le Chinonais, pour un public s'orientant vers les ESAT et les foyers d'hébergement, sur l'accès à une autonomie autour du logement et du travail.
- Le projet de l'ADAPEI, sur la base d'une plateforme rattachée au SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), proposant des stages pour des jeunes orientés en MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées), FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) et ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail). Ce projet rejoint la démarche de proposer des périodes de stages en amont des orientations qui figurait parmi les actions du schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2012-2016.

L'optimisation et un redéploiement de l'offre de services aux personnes handicapées vieillissantes qui nécessitent un accompagnement médicalisé, permettraient de libérer des places pour les jeunes en situation de handicap.

► La problématique des personnes handicapées vieillissantes en établissement

Cette problématique, soulevée et inscrite précédemment au titre de l'action « adapter les réponses au vieillissement des personnes handicapées à domicile et en établissement » du schéma 2012-2016, reste une question prédominante.

Les personnes handicapées vieillissantes sont des personnes qui ont connu leur situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- D'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap,
- D'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles,
- D'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie (statut, orientation...), sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.

L'âge de 60 ans n'est pas retenu pour le vieillissement des personnes handicapées. 8 critères liés au vieillissement des personnes ont été déterminés par la MDPH :

- L'altération des repères temporo-spatiaux,
- L'apparition de problèmes sensoriels,
- La modification des habitudes alimentaires,
- L'augmentation de la prise en charge médicale curative,
- Le désinvestissement des activités sociales,
- La perte de l'autonomie dans la réalisation des actes essentiels,
- L'expression ou la manifestation d'un sentiment d'inadéquation,
- Le ralentissement psychomoteur.

Les personnes handicapées connaissent aujourd'hui, comme le reste de la population, une augmentation de leur espérance de vie. Cette évolution renouvelle totalement la question des situations de handicap en matière de dispositifs de prises en charge, de représentations collectives, de politiques sanitaires et sociales, et de citoyenneté. Les conséquences de cette nouvelle longévité sont aussi de nature économique car le vieillissement de la population génère des dépenses de santé et d'accompagnement social croissantes. La prise de conscience de l'urgence de la problématique du vieillissement s'est diffusée peu à peu, mais les dispositifs pour y répondre tardent.

Type d'établissement	Nb de places au 03/10/2017	Nb de PH de 55 et + en établissement (1)	Nb droits ouverts PH 55 ans et +	PH de 55 ans et + en attente d'une place	Nb PH 45-54 ans en établissement (1)	Nb droits ouverts PH 45-54 ans et +2	PH de 44-54 ans en attente d'une place
Foyer de vie	483	116	181	65	150	238	88
Foyer d'Accueil Médicalisé	271	52	133	81	67	170	103
Foyer d'hébergement	451	145	128		97	139	42
Foyer Cluny PHV	19	19					
Section PHV en EHPAD	62	62	1				
Unité Géro-psy Clos des Mûriers	15	15					
TOTAL	1301	409	443	146	314	547	233
SAVS/SAMSAH	471	119	171	52	97	185	133

(1) Source : ANAP – Déclaration des établissements au 31/12/2016 - (2) Source : MDPH au 03/10/2017

Aujourd'hui, 30% de la population en situation de handicap hébergée en établissement a plus de 55 ans (409 personnes), 135 a plus de 60 ans. Ces personnes sont hébergées dans les structures médico-sociales du département, bien souvent sans solution adaptée à leur besoin. 443 bénéficiaires d'une PCH à domicile et en établissement sont âgés de plus de 60 ans (22 % des bénéficiaires de la PCH).

Une réponse doit être apportée aux demandes d'entrée en établissement provenant de personnes handicapées vieillissantes venant du domicile ou n'ayant plus leur place dans leur structure d'origine. Le département d'Indre-et-Loire n'apporte pas aujourd'hui, de réponses suffisantes pour l'hébergement des PHV qui sont contraintes de rester bien souvent dans leur structure d'origine sans pouvoir bénéficier forcément d'un accompagnement en termes de soins et de stimulation sociale, spécifiques à leur avancée en âge.

Des projets se développent cependant sur le département, comme celui du foyer de vie de Cluny à Ligueil. L'Association du foyer de Cluny a souhaité offrir un maintien dans la structure des personnes handicapées retraitées par la construction de quatre bâtiments, avec un foyer d'hébergement non médicalisé de 15 places permettant d'accueillir les personnes handicapées vieillissantes.

Il existe actuellement 5 établissements ouverts aux personnes handicapées vieillissantes en Indre-et-Loire proposant 75 places :

- L'EHPAD Les Baraquins situé à Villeloin Coulangé (15 places)
- L'EHPAD La Chataigneraie situé à La Celle Guénand (10 places)
- L'EHPAD Korian Les Dames Blanches situé à Tours (15 places)
- L'EHPAD La Croix Papillon situé à St Christophe sur le Nais (20 places)
- Le Foyer d'accueil spécifique pour personnes handicapées vieillissantes de Cluny situé à Ligueil (15 places)

En attendant le développement de ces accueils, la MDPH peut être amenée à solliciter des dérogations d'âge pour permettre aux personnes handicapées de moins de 60 ans d'intégrer un EHPAD « classique ».

Cette procédure exceptionnelle permet à une personne, de moins de 60 ans, reconnue handicapée par la MDPH d'Indre-et-Loire de rentrer dans un EHPAD ou dans un des 2 USLD (Unité de Soins Longue Durée) (Chinon et St Cyr) du département.

Une priorité est accordée à l'orientation au sein d'une unité « PHV ». 6 demandes de dérogation d'âge ont été acceptées en 2016 et 6 autres en 2017. Au 1er juillet 2017, les 4 unités PHV adossées à un EHPAD (La Celle-Guénand, St Christophe sur le Nais, Villeloin-Coulangé, Tours) accueillent 18 personnes handicapées de moins de 60 ans. La dérogation d'âge est accordée suite à la recevabilité du dossier administratif³⁵ et après une évaluation médicale réalisée par le Conseil départemental pour vérifier l'adhésion de la personne au projet et l'adéquation de la situation de la personne par rapport à l'établissement d'accueil.

Un certain nombre d'initiatives autour de l'habitat intermédiaire a vu le jour en France ces dernières années aux fins de répondre à ces attentes. Ces initiatives se caractérisent le plus souvent par un regroupement de logements dédiés à ces personnes et la mise en commun de services ou de ressources d'accompagnement estimés nécessaires pour rendre la vie au domicile possible. Elles concernent des situations de handicap moteur, mental, psychique, sensoriel ou cognitif. Elles peuvent être une alternative autre que la prise en charge en établissement.

Avec l'augmentation importante de la durée de vie des personnes handicapées et le vieillissement des aidants, les besoins d'accueil en établissement vont être de plus en plus nombreux. Cette nouvelle longévité impose de repenser la prise en charge en établissement afin de trouver des solutions adaptées aux besoins d'accompagnement et de stimulation notamment social de cette population.

La nécessité d'adapter l'offre en établissement au vieillissement de la population handicapée est un axe qui avait déjà été identifié dans le schéma départemental en faveur des personnes handicapées :

- Les foyers d'hébergement et les ESAT ne peuvent plus accompagner les personnes handicapées en incapacité de travailler ou ayant atteint l'âge de la retraite. La transition du dispositif du travail protégé et de l'hébergement médico-social vers le domicile ou le dispositif gérontologique mérite d'être accompagnée afin que la personne handicapée ne se sente pas exclue,
- Les EHPAD ont l'expertise dans le domaine de l'accueil des personnes âgées,
- Les foyers de vie (non médicalisés) ne peuvent garder les personnes handicapées vieillissantes quand leur état de santé nécessite une médicalisation importante,
- Le vieillissement des personnes handicapées est indissociable de celui de leurs parents : ils vieillissent ensemble. La dépendance devient partagée. Un placement dans l'urgence peut être traumatisant pour une personne handicapée qui n'est pas préparée au deuil ou à la séparation.

³⁵ Les pièces justificatives sont les suivantes : un certificat médical récent (par exemple : si Personne stable CM – 6 mois si pathologie évolutive CM – 3 mois) + grille AGGIR, une note sociale exposant la situation (tuteur ou AS ou cadre de l'établissement PH), l'accord de l'établissement d'accueil, l'accord signé de l'intéressé pour le choix de son nouveau projet de vie et du tuteur (le cas échéant accord du tuteur seul si l'intéressé n'a pas la capacité de s'exprimer), le rapport succinct de l'établissement « PH » sur les capacités occupationnelles et les déficiences de la PHV.

Plusieurs types de prises en charge peuvent être proposées :

- La création de petites unités spécifiques adossées à des établissements pour adultes handicapés,
- La création de petites unités spécifiques adossées à des établissements pour personnes âgées
- Un accompagnement renforcé pour permettre le maintien à domicile (formation des professionnels, adaptation du logement...),
- L'accueil en EHPAD : les personnes handicapées vieillissantes auraient la possibilité de réaliser, pour certaines d'entre elles, un séjour en hébergement temporaire (EHPAD, service autonome, MARPA), ce qui permettrait d'offrir la possibilité aux jeunes adultes d'effectuer des stages de découverte, sur les mêmes périodes, dans les établissements qui correspondent à leur orientation. L'orientation d'une personne handicapée vieillissante de plus de 60 ans vers un EHPAD pourra notamment être réalisée de façon progressive grâce à l'hébergement temporaire.

2. L'hébergement des personnes âgées

La loi ASV entend développer l'offre en habitat intermédiaire à destination des personnes âgées à travers deux actions principales :

- la modernisation des logements foyers désormais appelés résidences autonomie
- et la sécurisation du modèle des résidences services en distinguant la gestion des copropriétés de celles des services individuels dont le paiement sera désormais conditionné à leur utilisation pour les nouvelles structures.

a. Les résidences service

Les résidences services sont des ensembles de logements privatifs 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 1 080 logements.

b. Les résidences autonomie

31 établissements

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

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...). Elles accueillent les personnes seules ou les couples, proposent des logements du studio au type 2, rarement des T3.

Les résidences autonomie ne sont pas, en principe, destinées à recevoir 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.

La loi ASV³⁶ institue une nouvelle dénomination pour les logements foyers et les MARPA (Maisons d'Accueil Rurale pour Personnes Agées). 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),
- 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 prévention³⁷ à destination des personnes âgées, la loi a instauré l'attribution d'un forfait autonomie, délivré par la Conférence des financeurs. 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.

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 structures sont concentrées sur l'agglomération tourangelle avec 7 établissements dans la ville de Tours.

Le taux d'occupation moyen des résidences autonomie est de 84 %³⁸.

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.**

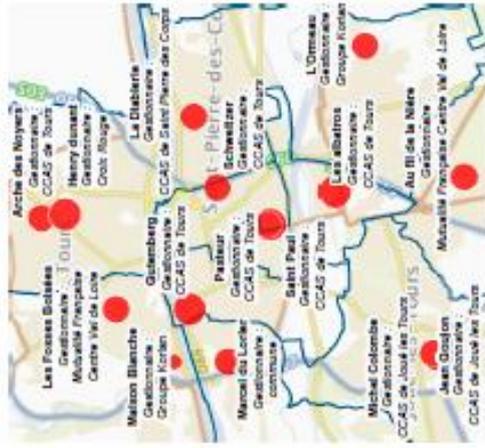
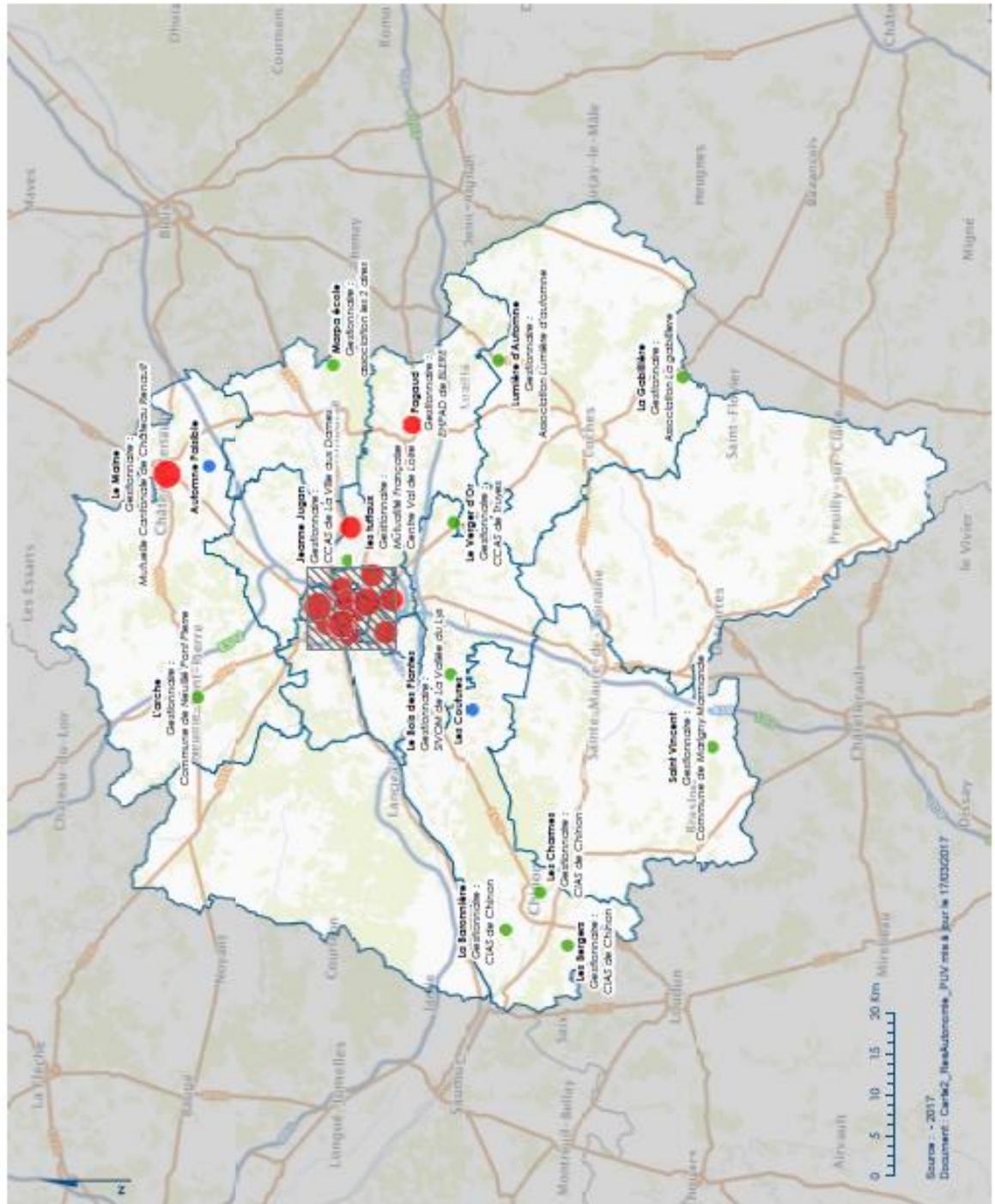
³⁶ Article 10 de la loi ASV (III et IV du L.313-12 du Code de l'action Sociale et des Familles et article 89 concernant les délais d'application et dispositions transitoires pour les prestations minimales.

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 1er juillet 2016,

³⁷ Ces actions de prévention peuvent être individuelles ou collectives visant à entretenir les facultés physiques des résidents, en travaillant par exemple sur la nutrition, la prévention des chutes et l'équilibre, la mémoire, développer les 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.

³⁸ Ce taux exclut les quatre résidences ouvertes en 2015 et 2016 qui sont encore en montée en charge progressive.

Les résidences autonomie Département d'Indre-et-Loire



Legende

Residences autonomie :

Capacité totale en nombre de places

- Inf. ou égal à 25 places
- de 26 à 50 places
- de 51 à 75 places
- de 76 à 90 places

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

c. Les EHPAD et la prise en charge en établissement

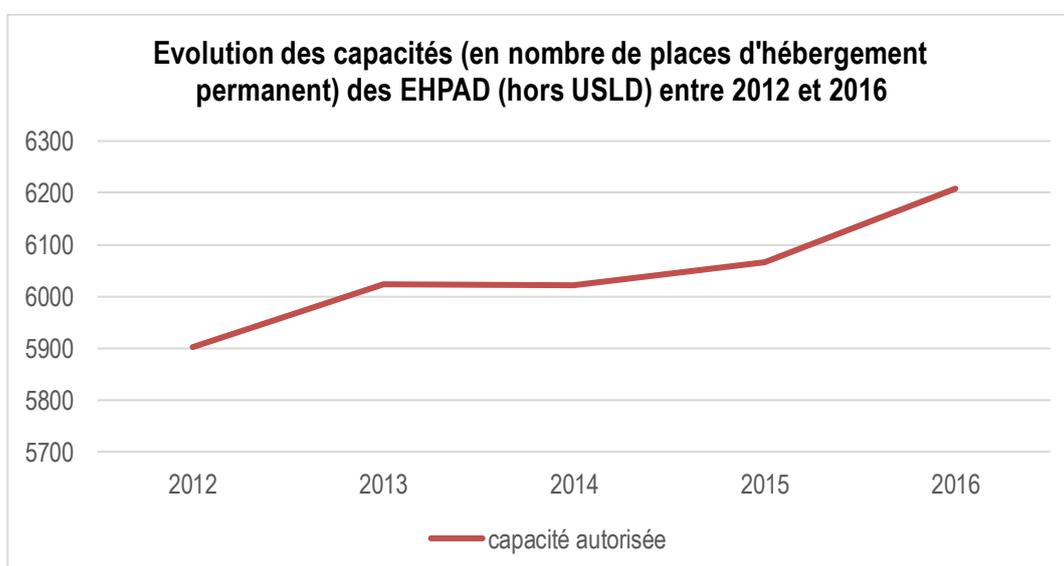
► L'offre existante

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

La loi ASV dispose que les petites unités de vie sont des EHPAD dont la capacité est de moins de 25 places autorisées, soumises aux mêmes obligations que les EHPAD avec des possibilités de médicalisation par dérogation : soit par forfait soins, soit par convention avec un SSIAD.

Les EHPA (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées) sont des établissements médicalisés ou non qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures ou égales à 15% de GIR 1 à 3 et 10% de GIR 1 et 2



Le schéma départemental en faveur des personnes âgées prévoyait un certain nombre de mesures pour adapter les EHPAD à l'évolution de la demande et des besoins.

Il prévoyait notamment d'augmenter significativement le nombre de places d'hébergement permanent en EHPAD.

L'année 2011-2012 est une année charnière avec la création de 305 nouvelles places suite à l'ouverture de 4 établissements dont une unité pour personnes handicapées vieillissantes.

Entre 2012 et 2016, 306 places d'hébergement permanent d'EHPAD ont été créées.

Le département dispose aujourd'hui de 6 208 places d'hébergement permanent réparties 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.

Communautés de communes (CC)	% population de plus de 75 ans	Nb d'êts	Nb de places autorisées (EHPAD, USLD)	Nb de places habilitées à l'aide sociale	% places habilitées /places autorisées	Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans et +	Nb de places théoriques pour atteindre le taux d'équipement départemental actuel (106,1)	Nb de places théoriques pour atteindre le taux d'équipement régional actuel (110,9)
Métropole	47,7%	31	2938	1455	49,52%	99,3	201	342
Bléré Val de cher	3,5%	2	301	231	76,74%	137,9	-69	-59
Chinon Vienne et Loire	4,1%	4	401	311	77,56%	157,8	-131	-119
Gâtine et Choissilles	2,5%	3	198	178	89,90%	126,1	-31	-24
Loches Sud Touraine	11,8%	7	842	766	90,97%	114,8	-64	-29
Touraine Est Vallée	4,7%	5	482	229	47,51%	163,3	-169	-155
Touraine Ouest Val de Loire	6,3%	3	300	300	100,00%	76,8	115	133
Touraine Val de Vienne	5,5%	4	432	430	99,54%	124,7	-64	-48
Touraine Vallée de l'Indre	6,2%	3	230	118	51,30%	59,3	181	200
Castelrenaudais	2,3%	1	166	166	100,00%	116,0	-14	-7
Val d'Amboise	5%	3	290	280	96,55%	92,4	43	58
		66	6580	4464	79.96%	106,1		

Source : Observatoire des territoires - recensement INSEE 2013

Le taux d'équipement en hébergement permanent du département est relativement plus faible que les taux régionaux et nationaux³⁹. Il est en effet de 93,8 lits pour 1 000 habitants ce qui est inférieur au taux régional (- 7 points) et national.

La répartition de l'offre d'hébergement permanent est assez équilibrée sur le département, mais inégale selon les territoires. On constate un sous-équipement sur la Métropole, Touraine Ouest Vallée, Touraine Vallée de l'Indre et le Val d'Amboise et un sur-équipement sur les autres communautés de communes.

Des disparités territoriales existent également selon les catégories de structures. L'agglomération tourangelle est caractérisée par une part importante du secteur privé lucratif et une offre moindre de places habilitées à l'aide sociale. Les zones les plus faiblement équipées, au Sud et à l'Ouest du département, sont également confrontées à des problématiques de désertification des professionnels de santé libéraux³⁹.

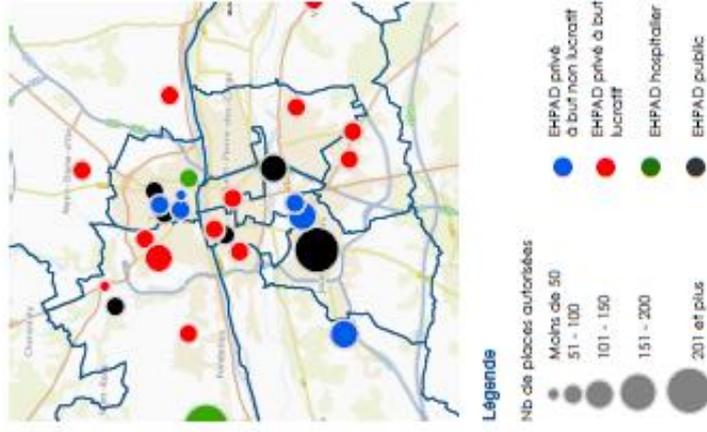
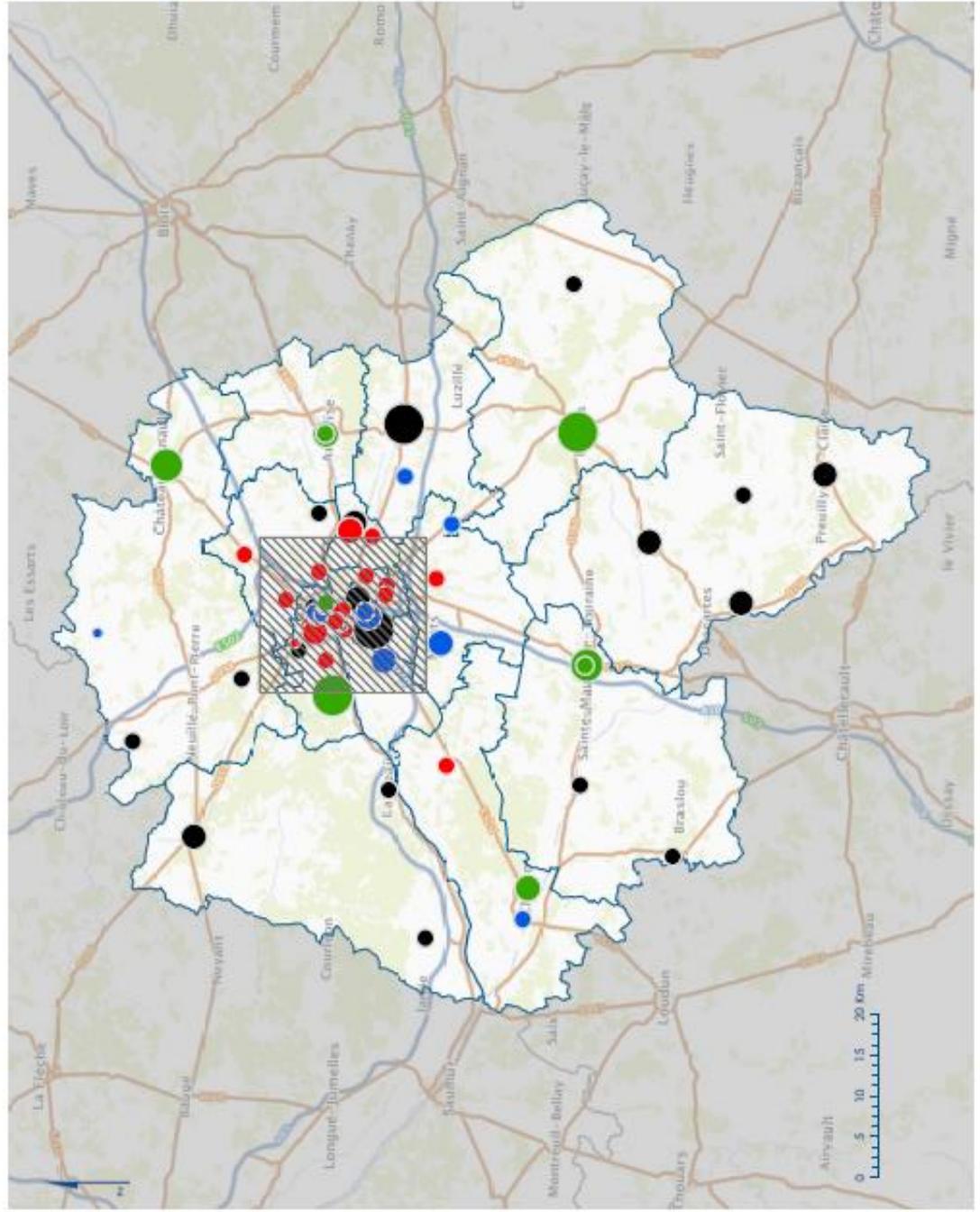
Le Conseil départemental accompagne également la restructuration immobilière. Il avait été choisi en 2011 avec l'adoption du plan EHPAD 2011-2017 de soutenir l'investissement dans les EHPAD et de financer par le biais d'une subvention des travaux de reconstruction ou de restructuration. Cette subvention permet à l'établissement de maîtriser son prix de journée, en réduisant le montant de l'emprunt nécessaire au financement du projet. En 2011, 16 EHPAD ont été priorisés au regard de leur état de vétusté et de sécurité. Un plan de subvention d'un montant de 25M € a été arrêté. Un ajustement du plan EHPAD a été réalisé pour tenir compte de l'avancée des projets de reconstruction ou de réhabilitation des EHPAD publics ainsi que du financement conjoint de projets par la région dans le cadre de la convention Région-Département. 997 916 € ont ainsi été consacrés au soutien à l'investissement des projets immobiliers des EHPAD en 2016. En 2017, il reste 5 établissements inscrits, pour une enveloppe totale de 8 662 500 € et qui sont en cours de travaux.

La constitution d'un comité d'engagement (cf fiche action 25) permettra notamment de garantir la cohérence entre les projets et leurs réponses aux objectifs du schéma départemental, et les axes stratégiques des autres financeurs (Projet Région de Santé de l'ARS, Politique d'Action Sociale des caisses de retraite...).

³⁹ Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire, Accompagnement au programme « Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie », diagnostic territorial, décembre 2016.

Répartition géographique et capacités des EHPAD

Département d'Indre-et-Loire



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 ans⁴⁰). 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. Plusieurs dispositifs d'accompagnement se sont ainsi développés pour accompagner la maladie dans les EHPAD. (Cf focus : *Les dispositifs pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer dans le département*)

En Indre-et-Loire, les EHPAD sont entrés depuis 2002 dans une contractualisation avec le Conseil départemental et l'ARS par le biais des conventions tripartites pluriannuelles. Ces conventions ont notamment permis d'améliorer l'individualisation de l'accompagnement des personnes prises en charge dans les EHPAD à travers la fixation d'un certain nombre d'objectifs, en lien avec les gestionnaires, visant à améliorer la qualité de l'accompagnement. Cette évolution des pratiques a notamment été soutenue par la subordination du renouvellement de l'autorisation de fonctionnement des EHPAD depuis 2002 aux résultats d'une évaluation externe réalisée par un cabinet agréé pour évaluer la qualité des prestations proposées par l'établissement dans une dynamique d'amélioration continue.

Les conventions tripartites ont également permis de rapprocher les effectifs vers des ratios convergents et de ne créer de mesures nouvelles qu'à l'occasion de leur renouvellement ou dans le cadre de projet de reconstruction.

► La réforme de la tarification des EHPAD

Le secteur des EHPAD est actuellement caractérisé par des réformes budgétaires et comptables structurelles⁴¹. La réforme de la tarification des EHPAD, issue de l'article 58 de la loi ASV, doit permettre de simplifier l'allocation des financements à travers la mise en place de la tarification à la ressource et donner davantage de transparence sur les tarifs et les coûts des EHPAD à travers l'élaboration d'un portail national⁴². Elle prévoit également la substitution des conventions tripartites par un CPOM conclu pour 5 ans.

Concernant la lisibilité des tarifs et des coûts des EHPAD, des travaux ont permis de préciser la liste des prestations minimales liées à l'hébergement (administration générale, hôtellerie, restauration, et animation de la vie sociale) que les EHPAD doivent obligatoirement proposer à leurs résidents. En 2016, les EHPAD ont transmis les prix pratiqués à la CNSA par l'intermédiaire d'une plateforme numérique.

Ces prix ont alimenté l'annuaire du portail *pour-les-personnes-agees.gouv.fr*. Ainsi, les personnes à la recherche d'un EHPAD peuvent aujourd'hui comparer les prix affichés par les établissements, ainsi que leur reste à charge grâce à deux outils : un comparateur des prix des maisons de retraite et un comparateur des restes à charge.

Rappelons qu'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 1 434 € et 2 076 € par mois⁴³.

⁴⁰ Tableau de Bord ANAP synthèse régionale 2015.

⁴¹ TSA, actualité de l'action sociale en ligne, Janvier 2017.

⁴² <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/reformes-tarifaires/reforme-du-mode-de-financement-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes>

⁴³ 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. *

Constats

Depuis 2010, compte tenu des contraintes financières, les taux d'évolution ont été contenus sur le département. Toutefois, les établissements ont à faire face à des normes croissantes en matière notamment d'hygiène, de sécurité et de qualité de la prise en charge et à des mesures salariales difficiles à contenir.

Afin de rationaliser les moyens dont disposent les établissements, et en lien avec l'axe 4 « *adaptation des EHPAD à l'évolution de la demande et des besoins* » du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2013, de nombreuses coopérations entre EHPAD se sont mises en place (mutualisation de certaines prestations hôtelières, adhésion à un groupement d'achat...) et sont encore à développer.

La plupart des personnes en perte d'autonomie, y compris les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, manifestent le souhait de rester à domicile, ce qui traduit un besoin croissant de logements innovants qui le leur permettrait.

Ce besoin nécessite de développer des formes nouvelles d'habitat intermédiaire en milieu ordinaire avec un véritable projet social et des services associés, en travaillant en partenariat avec des établissements et services sociaux et médico-sociaux déjà implantés localement et nécessaires aux locataires, dont les EHPAD.

► L'APA en établissement

L'APA, 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.

On constate une augmentation significative des dépenses liées à l'APA en établissement comme à domicile. Elle est liée à la fois à l'augmentation du niveau de dépendance des résidents et à l'augmentation du nombre de bénéficiaires.

	2014	Au 30/06/2016
Nombre de bénéficiaires « payés »	6 496	6 879 ⁴⁴
Dépenses réelles	21 170 304,67 €	23 104 351,23

Depuis 2015 pour les établissements publics autonomes et 2016 pour les établissements hospitaliers, l'APA est versée sous forme de dotation globale qui est revue annuellement au moment du budget prévisionnel des établissements. En 2017, l'ensemble des établissements privés bénéficieront également d'un conventionnement en dotation globale⁴⁶.

► L'aide sociale en EHPAD :

	2014	2016
Nombre de bénéficiaires domiciliés et hébergés en Indre-et-Loire moyen/mois	897	884 ⁴⁵
Nombre de bénéficiaires domiciliés et hébergés hors département moyen par mois	91	94
Dépenses réelles	11 022 980 €	11 685 802 €

⁴⁴ L'ajout du nombre de personnes incluses dans la dotation globale a été réalisé en enlevant de la capacité des établissements publics autonomes et publics hospitaliers les personnes de -60 ans, les hors-département et les personnes en GIR 5-6.

⁴⁵ Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016

⁴⁶ L'ajout du nombre de personnes incluses dans la dotation globale a été réalisé en enlevant de la capacité des établissements publics autonomes et publics hospitaliers les personnes de -60 ans, les hors-département et les personnes en GIR 5-6.

En 2016

**Prise en charge moyenne des personnes domiciliées et hébergées en Indre-et-Loire :
1 008 €/mois/bénéficiaire – Ressources moyennes au 31.12 : 1 266 €/mois/bénéficiaire.**

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 habilitées à l'aide sociale.

Les dépenses d'aide sociale ont augmenté de 6% par rapport à 2014. Cette augmentation s'explique par l'augmentation de la prise en charge moyenne des dépenses d'hébergement par le Conseil départemental (+ 78 €/mois/bénéficiaire). Les ressources mensuelles des bénéficiaires de l'aide sociale ont, quant à elles, très peu augmentées (+ 53 €/mois).

Le nombre de bénéficiaires a diminué légèrement (-10 bénéficiaires), malgré l'ouverture de nouvelles places habilitées à l'aide sociale.

Au 30 juin 2016, 13% des personnes âgées, domiciliées en Indre-et-Loire, hébergées en EPHAD bénéficiaient d'une prise en charge au titre de l'Aide Sociale (2014 :14%).

d. Les Unités de soins de longue durée (USLD)

Les USLD (unités de soins de longue durée) 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 1 884 €⁴⁷ par mois pour un usager.

⁴⁷ Total Hébergement + GIR5-6 au 1er janvier par mois

3. LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE D'HEBERGEMENT ET LES REPONSES ALTERNATIVES

A. 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 an⁴⁸. 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 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.

1. L'adaptation du parc privé (Agence Nationale de l'Habitat et aides des caisses de retraites)

► les aides attribuées par l'ANAH

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. Le CD37 est compétent sur tout le Département en dehors du périmètre de la Métropole. Les aides sont attribuées suivant des plafonds de ressources fixés 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 souffrent 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 communautés de communes du Val de l'Indre, du Val d'Amboise, du Pays de Bourgueil, du Conseil départemental, de Tours Plus,
- et l'OPAH de la Communauté de Communes 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 Conseil départemental d'Indre-et-Loire 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

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.

⁴⁸ Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dossier de presse, Ministère des affaires sociales et de la santé, Janvier 2016

La MSA a financé SOLIHA pour une mission d'assistance d'un **montant de 100 € au bénéfice de 54 ménages en 2015**. 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.

En 2015, 59 personnes ont pu en bénéficier.

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.

2. 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.

Constats

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 », PLU 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.

B. Des réponses alternatives: l'habitat intergénérationnel, l'habitat regroupé

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 rénovant l'action sociale et médico-sociale), 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 pas 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.

1. 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 vieillissement⁴⁹:

- 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 ont été 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.

⁴⁹ <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/> Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches

Constats

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

- ▶ **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).

2. 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 avec notamment :

- 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 un 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 proposées.

- 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 contrat⁵⁰. A l'heure actuelle 14 seniors accueillent 15 jeunes.

4. L'ACCESSIBILITE, LA CITOYENNETE ET LA PARTICIPATION SOCIALE TOUT AU LONG DE LA VIE

A. L'insertion professionnelle des personnes handicapées

En 2016, le nombre de décisions d'orientations professionnelles a augmenté de 38% (5 358 décisions en 2016, 3 879 en 2015).⁵¹

Sur les 5 358 orientations de 2016 :

- 87% ont été orientées vers le milieu ordinaire (84% en 2015, et 87% en 2014),
- 13% vers le milieu protégé (15% en 2015, et 13% en 2014).

1. Les établissements de travail pour les personnes en situation de handicap

a. Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

Données au 31/12/2016 :

Nombre de places : 1 255

Nombre d'établissements : 11

Coût par place : 11 890 €/an

Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail accueillent des personnes dont les capacités de travail ne leur permettent pas de travailler dans une entreprise ordinaire ou adaptée ou d'exercer une activité professionnelle indépendante.

Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) offrent également un soutien médico-social et éducatif afin de favoriser l'épanouissement personnel et social des personnes accueillies.

Ils sont financés au titre de l'aide sociale de l'Etat. L'Indre-et-Loire compte 11 ESAT dont 6 sont situées sur Tours et l'agglomération. Le travail proposé en ESAT est adapté selon les handicaps des personnes, souvent en espaces verts, ménages, blanchisseries ou conditionnement pour la distribution.

► La section annexe d'ESAT,

Cette section est destinée à un public ayant atteint l'âge de la retraite ou fatigué par le rythme de l'ESAT. Aujourd'hui elle sert de plus en plus de « sas » aux jeunes pour permettre une entrée progressive en ESAT.

La SAESAT poursuit 2 finalités afin d'accompagner les personnes dans leur transition de carrière :

- Une passerelle pour l'entrée progressive des jeunes en ESAT : un atelier « travail » qui permet à chacun de travailler à son rythme et d'évoluer vers des stages en ESAT, voir une intégration à l'ESAT,
- Une passerelle de sortie de l'ESAT, en douceur, sans couper le lien avec le travail, le cadre, les anciens collègues.

⁵⁰ 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)

⁵¹ Rapport d'activité 2016 de la MDPH

► La Mise en Situation en Milieu Professionnel en ESAT (MISPE)

Les personnes handicapées qui ne viennent pas d'IME peuvent désormais effectuer des mises en situation professionnelle au sein d'établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) afin, par exemple, de confirmer une orientation vers ces structures qui relèvent du milieu dit "protégé".

Les modalités de mise en oeuvre de ce dispositif dénommé « **MISPE** », dont le principe a été posé par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, sont précisées par un décret du 10 octobre 2016.

Le dispositif est mis en place en Indre-et-Loire depuis le second semestre 2017.

La mise en situation professionnelle peut avoir pour objectif :

- soit de compléter ou confirmer l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
- soit de mettre en oeuvre les décisions d'orientation professionnelle prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

b. Les entreprises adaptées

Les **entreprises adaptées** (anciennement « ateliers protégés » réformés par la loi n°2005-102 du 11 février 2005) sont à part entière des entreprises du marché du travail dont la seule spécificité est d'employer majoritairement des travailleurs handicapés.

Une Entreprise Adaptée peut être une structure telle qu'une association pour handicapés ou bien une société commerciale sous la responsabilité d'un organisme gestionnaire. Elle doit obtenir un agrément délivré par le **Ministère de l'Emploi**.

Il existe 8 entreprises adaptées réparties sur 9 sites. 6 sites sont situés sur Tours et l'agglomération.

Les 11 ESAT et les 8 entreprises adaptées d'Indre-et-Loire emploient environ 1 700 personnes en situation de handicap, en entreprises, administrations ou collectivités territoriales.

Constats

Le fonctionnement et l'implantation des ESAT ne peuvent être dissociés de celui des foyers d'hébergement. En effet, les foyers d'hébergement pour adultes handicapés assurent l'hébergement d'une partie des personnes adultes handicapées qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT), ou dans une Entreprise Adaptée.

Toutefois, alors que les foyers sont placés sous la compétence du Conseil départemental, le financement des ESAT est alloué par l'ARS. Il conviendra que le Conseil départemental et l'ARS articulent les évolutions d'implantation et le développement de places en ESAT.

c. Les Centres de rééducation professionnelle

Les Centres de rééducation professionnelle (CRP) proposent des stages de rééducation professionnelle permettant aux personnes handicapées, orientées par la MDPH, de suivre une formation qualifiante avec la possibilité d'être rémunérées.

En Indre-et-Loire il existe un centre de rééducation professionnelle à Louestault de 88 places adultes réparties comme suit :

- 20 places de pré-orientation,
- 12 places de remise à niveau et remobilisation
- 56 places de formations professionnelles validées par le Ministère du travail

2. Les services d'insertion professionnelle

a. Le Service Public de l'Emploi

Le Service Public de l'emploi (SPE) a pour mission l'accueil, l'orientation, la formation et l'insertion. Il est assuré par les services de l'Etat chargés de l'emploi comme Pôle emploi, CAP EMPLOI ou les Missions locales/PAIO en charge de publics spécifiques.

- ▶ **CAP Emploi**, sa mission est de mettre en relation, gratuitement, les personnes handicapées bénéficiaires de l'obligation d'emploi à la recherche d'un emploi et/ou d'une formation avec employeurs publics et privés.
- ▶ **Pôle Emploi** a pour mission d'accueillir, indemniser, orienter et accompagner vers l'emploi **tous** les demandeurs d'emploi. L'accompagnement des publics en difficulté, dont les travailleurs handicapés, est une priorité.
- ▶ **Les missions locales** ont pour particularité de s'adresser aux jeunes qui ont entre 16 et 25 ans. Elles peuvent être amenées à accompagner des personnes handicapées vers l'insertion professionnelle en milieu ordinaire.
- ▶ **Le maintien dans l'emploi à travers le SAMETH** (Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés) a pour mission d'aider les employeurs et les salariés à trouver une solution sur mesure de maintien dans l'emploi, quand apparaît une inadéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail.

b. Le service d'intégration professionnelle d'accompagnement médico-social (SIPROMES)

Créé en 2011, le SIPROMES (Service d'Intégration PROfessionnelle d'accompagnement MEDico Social) a pour mission d'accompagner **14 jeunes (18-26 ans)** en situation de handicap intellectuel dans la globalité de leur projet de vie (social et professionnel) en fonction de leurs demandes et de leurs capacités. L'accompagnement consiste à la co-construction (Le jeune, le SIPROMES et les partenaires champs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et professionnels) de parcours de vie fluides et sécurisés.

Depuis 2011, 70 % des jeunes suivis par le service ont bénéficié d'une mise à l'emploi (stages, contrats de travail, formation spécialisée), leur permettant ainsi de s'insérer progressivement dans la cité, avec un étayage éducatif, social et sanitaire.

B. L'accessibilité et la participation sociale

L'axe 2 du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2013 visait à accroître la participation de la population retraitée à la vie sociale. Cet axe a notamment conduit à soutenir des manifestations pour promouvoir l'engagement citoyen et associatif (film, forum et moments conviviaux organiser autour de la thématique de l'engagement et du partage à la retraite).

1. La mobilité

« 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 soi⁵² ».

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.

Concernant les pratiques de mobilité, le véhicule personnel reste largement le moyen de transport le plus utilisé par les seniors du département d'Indre-et-Loire interrogés dans le cadre d'une enquête téléphonique par le cabinet Kantar Public (71%). Le recours aux transports en commun (11%) ou à un proche pour être véhiculé (11%) arrive en 2ème position loin devant le transport à la demande (1%)⁵³.

⁵² La mobilité des personnes âgées en Allemagne et en Europe », Mollenkopf.H, Marcellini.F, Ruoppila.I, Retraite et Société, N°26,1999.

⁵³ Les besoins liés à la perte d'autonomie des seniors du département d'Indre-et-Loire, étude quantitative (Kantar Public, Mai 2017)

Différentes offres de transport existent sur le territoire départemental pour tenter de répondre à ces besoins. En termes de répartition de la « compétence transport » il faut souligner toutefois que La loi NOTRe⁵⁴ a entraîné la perte de certaines compétences du Département qui sont transférées à la région depuis le 1^{er} septembre 2017. 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.

► **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* »⁵⁵. 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 etc...) tandis ce que d'autres sont « généralistes » et s'adressent à l'ensemble de la population départementale.

Le département d'Indre-et-Loire est un acteur du TAD avec le service proposé par Touraine Fil Vert pour le transport à la demande de tout public et les lignes spécialement conçues pour se rendre sur les marchés. L'agglomération de Tours propose quant à elle un service de transport à la demande spécialisé avec le Service Fil Blanc.

Service(s)	Commune(s) desservies	Public(s) cible(s) et condition(s) pour bénéficier du service
<p>Fil blanc :</p> <p>le transport à la demande adapté aux personnes à mobilité réduite</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 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, ...)

⁵⁴ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

⁵⁵ Le Transport à la demande comme innovation institutionnelle, Le Breton E, Flux, Janvier-Mars, 2001, n° 43.

Service(s)	Commune(s) desservies	Public(s) cible(s) et condition(s) pour bénéficiaire du service
Touraine Fil vert : Le transport à la demande « généraliste »	Deux services sont proposés : 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, Preuilly-sur-Calise et Saint-Flovier), Bourgueil, Richelieu, Chaveignes, l'île Bouchard. 3 lignes de marchés sont également existantes en milieu rural et semi-rural pour les communes de : Sainte-Maure- Marcé- Esves, Bossé, Rilly-sur-Vienne à Chatellerault, de Saint Germain sur Vienne à Chinon.	Parallèlement aux lignes régulières Touraine Fil Vert, le Conseil départemental propose, 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. Ce service est tout public. La réservation s'effectue au plus tard la veille.

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. Le mini-bus est le mode de transport le plus fréquent 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** : 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 services 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.

► **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 complémentaire⁵⁶.

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 du département 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.

Une enquête réalisée dans le cadre de la Conférence des financeurs en 2017 visera notamment à recenser les besoins exprimés autour de la question de la mobilité auprès d'un public de 300 seniors présent sur le territoire département (territoires urbains et ruraux).

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.

⁵⁶ 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}.

LE TRANSPORT À LA DEMANDE EN INDRE-ET-LOIRE



2. 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 loisirs permet de rompre parfois avec un certain isolement mais également de s'épanouir tout au long de sa vie.

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 et/ou les personnes handicapées.

SPORT ADAPTÉ	ACCÈS A LA CULTURE ET AUX LOISIRS
<p>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.</p>	<p>Dans un très grand nombre de communes du département des associations proposent des activités de loisirs notamment les clubs de retraités et personnes âgées.</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<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>L'Association Loisirs et Handicap Touraine (ALHT), créée en 2006, vise à rompre l'isolement des personnes en situation de handicap en proposant différents loisirs (spectacle, théâtre, concert, cinéma, restaurant, musée...). Tous les lieux proposés sont accessibles aux fauteuils et les transports sont organisés par ALTH.</p>
<p>CODEP EPGV – Parcay Meslay et Canton de Vouvray Le comité départemental d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire propose des séances d'activités physiques, en salle et en extérieur, accessibles à tous les âges de la vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cours de gymnastique 50 associations sur le département - ateliers équilibre et corps et mémoire 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, physiques - Université du Temps Libre – Tours : - cours, ateliers et conférences sur des thèmes divers, ainsi que sur les sites des villes de Tours et Fondettes.
	<p>L'association Ciné-ma différence rend le cinéma accessible à des enfants et adultes autistes, polyhandicapés, avec un handicap mental, ou des troubles psychiques, qui en sont privés par leur handicap. Quelques aménagements permettent d'assurer la convivialité des séances</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - l'accueil et l'information du public par des bénévoles ; - le son abaissé et la lumière éteinte progressivement ; - une courte intervention avant le début du film pour donner les règles du jeu ; - la liberté offerte à chacun d'exprimer ses émotions sans craindre la réprobation de l'autre. <p>A Tours, le dispositif Ciné-ma différence est coordonné par L'art et la manière en partenariat avec les Cinémas Studio, Entraide Naissance Handicap 37, L'ADAPEI d'Indre-et-Loire et Les Elfes, et bénéficie du soutien et de l'accompagnement de la Ville de Tours.</p>
<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 	<ul style="list-style-type: none"> - Des aides financières pour des vacances sont proposées par des caisses de retraite ou complémentaires. - 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 voyageurs bénéficient d'un accompagnement paramédical et d'une assistance médicale 24h/24. - 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>Le label "sport et handicap", dispositif auquel le Conseil départemental est associé, s'adresse aux associations sportives du département mettant en place des activités sportives régulières en direction des personnes handicapées et favorisant les pratiques mixtes « handicapé-valide».</p> <p>18 associations sont aujourd'hui labellisés en Indre et Loire.</p>	<p><u>Le label « tourisme et handicap⁵⁷ »</u> qui a pour objectif d'apporter une information fiable et objective de l'accessibilité des sites et équipements touristiques en tenant compte de tous les types de handicaps et de développer une offre touristique adaptée et intégrée à l'offre généraliste. La marque apporte la garantie d'un accueil efficace et adapté aux besoins indispensables des personnes handicapées. Plus de 100 prestations sont labellisées en Touraine pour un handicap auditif et/ou mental et/ou visuel et/ou moteur.</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.

⁵⁷ <http://www.tourisme-handicaps.org/les-labels/>

5. L'AIDE AUX AIDANTS DES PERSONNES AGEES ET DES ADULTES HANDICAPES

La prise en compte des problématiques auxquelles peuvent être confrontées le proche aidant et la nécessité de développer des solutions de répit, était au cœur du précédent schéma départemental et de son avenant 2015-2016 en faveur des personnes âgées avec notamment le soutien à l'expérimentation de nouveaux services ou actions dans le cadre des coordinations autonomie par exemple (pauses des aidants groupes d'information et d'échanges, conférences...), ou encore dans le développement de l'offre de services existante (avec par exemple l'accompagnement d'un projet de plateforme de répit et le développement et la réorganisation de l'offre en terme d'accueil de jour et d'hébergement temporaire).

A. 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 trouvent accrues 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'agirait 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.

Les formations des aidants sont déployées afin de les soutenir dans le rôle essentiel qu'ils jouent auprès des personnes aidées.

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 en 2001, 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 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 de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et 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.

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...

Focus : Etude qualitative des besoins des aidants familiaux du département d'Indre-et-Loire par le cabinet Kantar Public

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

L'échantillon a été envisagé de manière à inclure un maximum de diversité de situations d'aidants (catégories socio-professionnelles, habitation en milieu rural ou urbain, en activité ou à la retraite, etc...) et de différences de situations 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, ce grâce à quoi une qualité de relation avec le proche s'est maintenue et 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,
- d'aides humaines dans les gestes du quotidien (ménage, toilette, courses)
- de centralisation de l'information sur les aides à disposition (à l'heure actuelle, ce sont les associations qui délivrent l'essentiel de l'information, mais elles ne peuvent pas répondre à toutes lorsqu'elles deviennent plus techniques, comme par exemple lors d'un 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
- d'aides ponctuelles sur les tâches administratives
- de soutien psychologique et conseil personnalisé d'une personne référence au courant de tout leur dossier
- de 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)
- de sécurité en cas de problème à la maison : objets connectés à des centres d'urgence

B. Le profil des aidants

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.

► De la personne âgée⁵⁸ :

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.

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 ».

► De la personne handicapée :

Dans le champ des maladies psychiatriques et du handicap psychique, le rôle des proches a gagné en importance avec le développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

La solidarité familiale est amenée à compenser l'insuffisance ou la reconfiguration de la solidarité nationale et à la compléter.

La forte présence de la mère en tant qu'aidant :

Selon une étude de la CNSA, pour 82% des personnes aidées de 5 à 24 ans l'aidant principal est la mère ; pour 6% il s'agit du père. Pour les personnes aidées de 25 à 59 ans, la mère est encore l'aidant principal pour 15% des cas et le père dans 2% des cas.

L'investissement des mères auprès des enfants en situation de handicap, et des filles auprès de leurs parents âgés se fait souvent au détriment de leur participation au marché du travail et est donc un risque d'exclusion sociale.

⁵⁸ « 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.

Toutes les tranches d'âge sont représentées (étude nationale menée par la CNSA en 2015) :

Âge des aidants	Représentation
Moins de 30 ans	11%
Entre 30 et 49 ans	32%
Entre 50 et 59 ans	23%
Entre 60 et 74 ans	24%
Plus de 75 ans	10%

La moitié des aidants vivent avec le proche aidé. 47% occupent un emploi et 33% sont retraités.

Constats

La diversité des profils d'aidants des personnes âgées et des personnes handicapées et des configurations d'aide ne permettent pas d'apporter une réponse unique. Une analyse individualisée des situations et des besoins des aidants est nécessaire.

Une partie non négligeable des aidants est confrontée (ou le sera) à des problématiques de vieillissement, laissant supposer des besoins d'aide tant pour l'aidant que pour l'aidé.

C. 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'adressent 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. La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie réalise actuellement une enquête de besoins auprès d'aidants familiaux présents sur le territoire départemental

► 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 :

- **Le droit au répit de l'aidant** : ce nouveau dispositif permet d'aider un aidant d'un proche bénéficiaire de l'APA. 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 pourra notamment permettre de financer un hébergement temporaire ou un accueil de jour.
- **Un dispositif d'urgence prévoyant un relais 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.

- **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 rémunéré⁵⁹.

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'aidé**⁶⁰ : 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. Ils 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.

► **Bulle d'R : une plateforme de répit à Chambray-lès-tours**⁶¹ : 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'aide, accompagnement vers les dispositifs existants, bistrot mémoire) et des activités de loisirs permettant le maintien de la vie relationnelle et sociale. Bulles d'R propose également des solutions de répit pour les aidants et 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 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 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 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 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.

⁵⁹ Seule condition : il faut avoir au moins deux ans d'ancienneté dans son entreprise

⁶⁰ https://www.vrf.fr/VRF/web/node1_7122/votre-sejour

⁶¹ <http://www.mfcvl.com/etablisements/seniors/37-indre-et-loire/chambray-les-tours/plateforme-de-repit-bulles-dr/>

De façon non-exhaustive, on peut citer :

- Les cafés des aidants lieux, temps et espaces d'information, destinés à tous les aidants, quels que soient l'âge et la pathologie du 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.
- 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
- Le Réseau de soutien des aidants familiaux (RESAF 37) qui intervient au domicile des aidants dans plusieurs communes de l'EST du département notamment. Une équipe pluridisciplinaire de socio-professionnels prend en charge les besoins spécifiques de l'aidant familial. Psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, nutritionnistes, socio-esthéticiennes et médiateurs familiaux écoutent et établissent un diagnostic qui mène à un plan d'actions. Ce dispositif permet de lutter contre l'isolement des aidants, de les informer et de les orienter vers les dispositifs et structures existantes dans le département pour les accompagner.

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 intervenant à domicile est essentiel (SAAD, référent APA...) pour faire le lien et communiquer notamment sur la palette de dispositifs de soutien.

6. L'ISOLEMENT SOCIAL DES PERSONNES AGEES ET DES ADULTES HANDICAPES

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 2014⁶² 1 français sur 8 est seul, soit 12,5% de la population.

⁶² 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.

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 mutuelle⁶³ 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. »

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 intergénérationnels. Le dispositif **MONALISA (mobilisation nationale contre l'isolement des âgés)** lancée par Mme Delaunay 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.

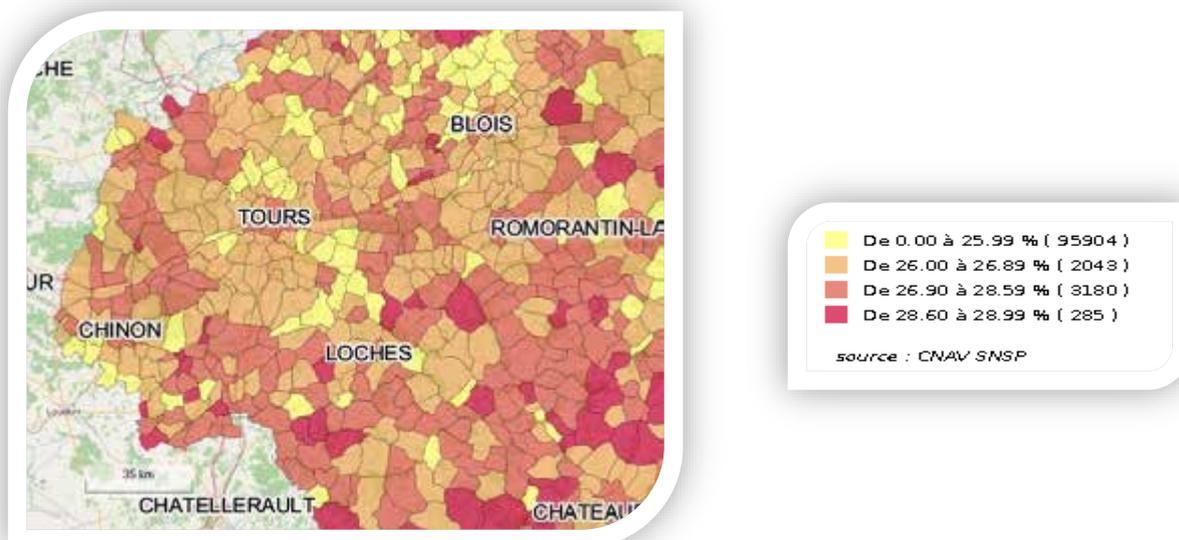
L'avenant au schéma départemental en faveur des personnes âgées avait adopté une action « Agir pour le lien social et la lutter contre l'isolement des personnes » et le Conseil départemental a adhéré à l'association MONALISA en décembre 2014. Un comité départemental, composé du conseil départemental, d'AGIR ABCD et des Petits Frères de Pauvres, s'était 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 incontestable des signataires de la Charte, il convient de la faire repartir dès 2017. 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 notamment 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.

⁶³ Sondage d'opinion réalisé auprès de personnes âgées de 70 ans et plus, complétée par une consultation auprès de personnes résidant en EHPAD, 2014.

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 sociale⁶⁴ 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).

Part des retraités de 55 ans à 95 ans bénéficiaires d'une pension de réversion⁶⁵ 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.

C. L'isolement social des personnes handicapées

Lutter contre l'isolement des personnes handicapées nécessitera un changement de regard et certaines actions :

- Renforcer l'accessibilité dans la rue, les transports, les bâtiments,
- Privilégier l'accès à l'emploi et à la formation, lorsque la personne est en capacité de travailler
- Donner accès à l'éducation, et dans une école ordinaire tant que cela est possible,
- Offrir la possibilité de pratiquer un sport, d'accéder à des loisirs, des voyages
- Protéger en luttant contre les discriminations

⁶⁴ Nombre de personnes vivant en logement ordinaire et en établissement (OSCARD source INSEE RP 2013)

⁶⁵ 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).

