

Diagnostic gérontologique du territoire de **L'ARRAGEOIS**

2008
2012



Pas-de-Calais
Conseil Général

**SCHEMA DEPARTEMENTAL
EN FAVEUR DES
PERSONNES AGEES**

SÉANCES DE TRAVAIL
DES 24 OCTOBRE ET 29 NOVEMBRE 2007

PRÉSIDÉES PAR

Madame Françoise ROSSIGNOL,
Présidente de la Commission Locale d'APA

ANIMÉES PAR

Monsieur Ludovic HARMEL,
Directeur de la Maison du Département Solidarité de l'Arrageois

Madame Virginie PIEKARSKI-GRARDEL,
Chef de Service Pilotage et Développement

| | |
|---|-----------|
| LE DIAGNOSTIC GÉRONTOLOGIQUE TERRITORIAL : PAR QUI ? POURQUOI ? COMMENT ? | 5 |
| DEMOGRAPHIE | 7 |
| I : La population : Données générales | 7 |
| 1 : La population âgée dépendante - Données générales | 7 |
| 2 : La dépendance des personnes âgées - Une projection en 2040 | 8 |
| II : La population âgée : Département du Pas de Calais | 9 |
| 1 : Des projections de croissance de la population globale | 9 |
| 2 : Croissance du nombre des 60 ans et plus entre 2007 et 2015 | 10 |
| 3 : Evolution globale moins marquée pour les 75 ans et plus sur la période 1999-2015 | 11 |
| 4 : En 2030, les séniors représenteront une personne sur quatre sur l'ensemble des territoires du Pas de Calais | 12 |
| III : La population âgée dépendante bénéficiaire de l'APA | 13 |
| 1 : L'APA à domicile | 13 |
| 2 : Les bénéficiaires de l'APA | 14 |
| 3 : Les bénéficiaires de l'APA vivant à domicile | 14 |
| 4 : Les bénéficiaires de l'APA dans le Pas-de-Calais | 15 |
| LES THEMATIQUES | 19 |
| I : La coordination gérontologique | 19 |
| 1 : Données de base | 19 |
| 2 : Diagnostics et préconisations | 20 |
| II : Le soutien à domicile | 20 |
| 1 : Données de base | 20 |
| 2 : Diagnostics et préconisations | 23 |
| III : L'offre d'accueil médico-social | 24 |
| 1 : Données de base | 24 |
| 2 : Diagnostics et préconisations | 25 |
| IV : L'offre résidentielle pour personnes âgées | 25 |
| 1 : Données de base | 25 |
| 2 : Diagnostics et préconisations | 26 |
| V : La citoyenneté des personnes âgées et la prévention de la perte d'autonomie | 26 |
| 1 : Données de base | 26 |
| 2 : Diagnostics et préconisations | 27 |
| VI : La santé des personnes âgées | 29 |
| 1 : Données de base | 29 |
| 2 : Diagnostics et préconisations | 31 |
| VII : La bientraitance | 31 |
| 1 : Données de base | 31 |
| 2 : Diagnostics et préconisations | 32 |
| Synthèse des | 33 |
| Synthèse du diagnostic territorial de l'Arrageois | 35 |
| Synthèse des synthèses de diagnostics territoriaux | 37 |
| Glossaire | 41 |
| Composition des sous-groupes de travail | 43 |

Le Diagnostic gérontologique territorial

par qui ?

pourquoi ?

comment ?

Une volonté politique forte : *la territorialisation...*

Depuis 2003, afin de rapprocher les services des publics concernés, le Département du Pas de Calais s'est engagé dans une démarche de territorialisation de ses politiques et de ses actions en structurant son fonctionnement à partir de 9 territoires.

Le futur schéma départemental en faveur des personnes âgées dit de «3 me génération» a souhaité intégrer cette volonté politique forte. Le Département a donc décidé de s'engager dans une déclinaison locale de son nouveau schéma gérontologique ce qui s'est tout d'abord traduit dans la démarche d'écriture du schéma par la constitution de groupes de diagnostics territoriaux.

9 groupes de *diagnostics territoriaux ...*

Au nombre de 9 (un groupe de diagnostic par territoire), ces groupes de diagnostics territoriaux ont eu pour mission d'établir, de manière concertée et partagée, le diagnostic de la situation gérontologique de chaque territoire, au travers de :

- l'analyse des besoins des personnes âgées,
- l'évaluation de l'offre de service existante et de la coordination des acteurs.

Puis de :

- cibler les problématiques,
- et proposer des pistes de travail.

Ils se sont réunis d'octobre à décembre 2007 sur chacun des territoires sous la présidence des Présidents des Commissions Locales d'APA et sous le pilotage des Directeurs des Maisons du Département Solidarité. Chaque cycle de 2 voire 3 réunions a permis de réunir à chaque fois entre 20 et 35 participants (*un élu départemental, des techniciens du Conseil Général, de la DDASS, des directeurs d'établissements et services d'aide à domicile, des experts techniques, des représentants du CLIC local, des représentants d'institutions locales...*).

7 thématiques *de travail...*

7 thématiques centrales ont permis de structurer leur travail :

1. la coordination gérontologique
2. le soutien à domicile
3. la diversification et la structuration de l'offre résidentielle
4. l'offre d'accueil médico-social
5. le soutien à la citoyenneté et la prévention de la perte d'autonomie
6. l'accès aux soins
7. de la prévention de la maltraitance à la promotion de la bientraitance

Un document : *le diagnostic gérontologique de territoire...*

Ce document présente le travail réalisé grâce à la contribution de l'ensemble des partenaires. Il comporte 4 parties :

- Des données générales relatives à la population du Pas-de-Calais et du Territoire,
- Une description par thématique des éléments de diagnostic et des préconisations,
- Une synthèse du diagnostic territorial,
- La synthèse des synthèses des 9 diagnostics territoriaux

Prochaine étape : *la définition des projets gérontologiques de territoire*

Chaque projet gérontologique de territoire sera établi à partir d'une part, des grandes orientations stratégiques du schéma et d'autre part, des axes de travail prioritaires pour le territoire repérés lors de la rédaction du diagnostic territorial.

Démographie

I - LA POPULATION - Données Générales

Au recensement Insee de 1999, le département du Pas-de-Calais est le 7^{ème} département le plus peuplé de France, avec 1 441 422 habitants, soit 2,5% de la population Française.

3 habitants du Pas-de-Calais sur 4 résidents dans une commune de plus de 2000 habitants.

| | |
|---|---|
| Population totale Département 894 communes 1 441 422 habitants | Population urbain 145 communes de plus de 2000 habitants 1 087 398 habitants 75 % de la population du département |
| Plus de 60 ans : 287 656 Part des plus de 60 ans : 20% Plus de 75 ans : 97 219 Part des plus de 75 ans : 6,74% | Plus de 60 ans : 215 822 Part des plus de 60 ans : 20% Plus de 75 ans : 73 290 Part des plus de 75 ans : 6,74% |

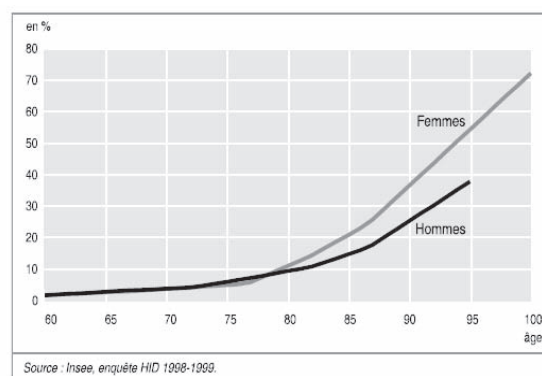
On constate qu'il n'y a pas de concentration particulière de la population âgée sur les secteurs urbains ou ruraux. La proportion de personnes âgées en secteur urbain est semblable à celle du reste du département, 20% de la population ayant partout 60 ans et plus.

-1- LA POPULATION ÂGÉE DÉPENDANTE- DONNÉES GÉNÉRALES

L'enquête «Handicaps-Incapacités-Dépendance» (HID), réalisée de 1998 à 2001 en France, à domicile et en institution, a permis de dénombrer 795 000 personnes âgées dépendantes en France. Elle a permis, entre autres, de mesurer le taux de dépendance par âge et la cartographie de la dépendance en France.

Taux de dépendance : Rapport entre le nombre de personnes âgées dépendantes et le nombre total de personnes âgées (plus de 60 ans), s'exprime en %.

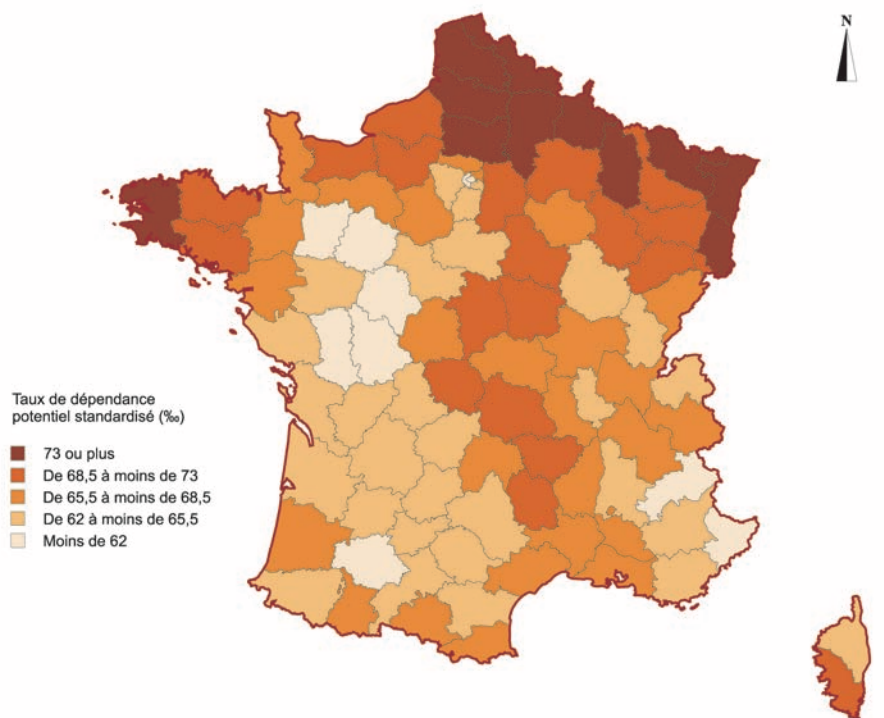
Courbe du taux de dépendance par âge :



>C'est vers 80 ans que l'on observe une augmentation très rapide du taux de dépendance.

Taux de dépendance standardisé : Est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence. Les taux standardisés (ou comparatifs) éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes, entre les périodes et entre les régions.

La carte de France ci-dessous est représentative des taux de dépendance potentielle standardisée en % établis par département lors de cette enquête



© IGN - Insee 2006

Note de lecture : Les taux de dépendance standardisés sont calculés en appliquant à chaque département la structure par sexe et âge de la France. Cela permet de comparer les départements indépendamment de leur structure par âge.

Source : Insee - Recensement de la population 1999, enquête HID 1998 - 1999

>Le Pas-de-Calais, et plus généralement les départements de l'extrême Nord Est de la France font partie des départements au taux de dépendance standardisé les plus élevés. En conséquence, ce constat laisse présumer qu'une importante population pourrait y bénéficier de l'APA.

–2– LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES - UNE PROJECTION EN 2040

De 1999 à l'horizon 2040 : Hypothèses d'évolution de la dépendance des personnes âgées en France, source Insee.

L'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom ainsi que l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse sensible du nombre de personnes âgées : selon les hypothèses retenues dans les projections de population de l'Insee, la population Française des 75 ans et plus sera ainsi multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes.

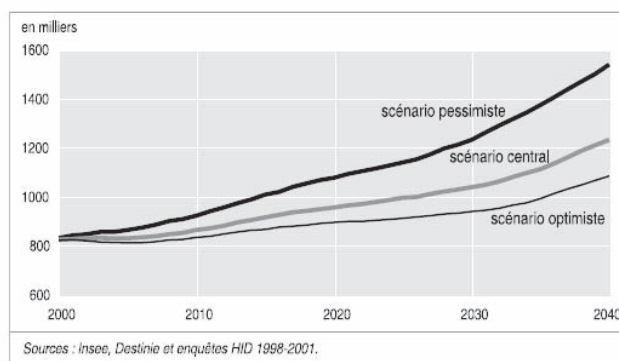
Se pose notamment le problème de l'équilibre à trouver entre solidarité familiale et solidarité collective pour la prise en charge de la dépendance. La solidarité familiale se traduit par l'aide que les proches apportent pour les activités de la vie quotidienne. La solidarité collective, quant à elle, se concrétise par la mise en place de prestations spécifiques pour les personnes dépendantes, notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le partage des deux formes de solidarité risque d'évoluer dans les années à venir. En effet, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer, du fait de la baisse du nombre d'enfants par famille et de l'éclatement géographique des familles.

50 % des personnes dépendantes en plus d'ici 2040

Les projections du nombre de personnes dépendantes et de leurs caractéristiques ont été effectuées à l'aide du modèle de micro-simulation Destinie. Des hypothèses préalables sur l'évolution à venir de l'état de santé des personnes âgées ont été nécessaires. Les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie conduiront sans doute à retarder l'apparition de la dépendance, mais la question est de savoir à quelle vitesse se réalisera ce décalage. Trois scénarios sont envisagés :

- scénario pessimiste, avec une extension de la morbidité : l'âge d'apparition de la dépendance se décale moins vite que l'âge du décès, conduisant à une augmentation de la durée de vie en dépendance ;
- scénario central, avec un maintien de la morbidité : l'âge d'apparition de la dépendance et l'âge du décès se décalent parallèlement ; la durée de vie en dépendance demeure stable ;
- scénario optimiste, avec une réduction de la morbidité : l'âge d'apparition de la dépendance est davantage retardé que l'âge du décès.

Courbe du nombre de personnes dépendantes en fonction du scénario



Les dernières données disponibles pour la France conduisent à privilégier le scénario central de maintien de la morbidité (Robine, Mormiche, 1993). Ce choix est confirmé par les évolutions observées plus récemment à l'étranger (Cambois, et alii, 2005).

Dans ce scénario, le nombre de personnes dépendantes en France augmenterait de 50% entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes. Ce chiffre varie entre 1,1 et 1,5 million de personnes dépendantes selon le scénario. Dans tous les cas, l'augmentation deviendrait plus rapide à partir de 2030 : c'est en effet vers cette date que les générations du baby-boom atteindront 80 à 85 ans, âge où la dépendance est forte. Avant cela, une première augmentation s'amorcera en 2005, à un rythme nettement moins soutenu ; elle correspond à l'entrée en dépendance des générations de 1920 à 1940 qui remplacent des générations précédentes moins nombreuses, notamment les classes creuses nées pendant la première guerre mondiale.

> Une personne sur quatre des générations d'après guerre risque de connaître la dépendance

Parmi les personnes nées entre 1940 et 1954 qui atteignent l'âge de 60 ans, 41% connaîtront au moins une année de dépendance.

Avec 29% contre 52%, les hommes sont nettement moins affectés que les femmes. La durée moyenne de la dépendance, lorsqu'elle survient, est de 4,4 années (3,7 ans pour les hommes et 4,7 ans pour les femmes). Par ailleurs, les durées longues en dépendance sont rares : seuls 6% des hommes et 16% des femmes atteignant l'âge de 60 ans vivent plus de 5 ans en dépendance. Les différences entre hommes et femmes s'expliquent par la plus longue espérance de vie des femmes et par le fait qu'elles sont plus fréquemment touchées par la dépendance.

Le modèle Destinie permet également de suivre les personnes tout au long de leur cycle de vie et de calculer les risques qu'elles passent par un état de dépendance, ainsi que la durée de cet état. Cette question est importante tant pour les individus eux-mêmes que pour les politiques publiques de prise en charge de la dépendance. Une dépendance courte pour toutes les personnes de la population n'est pas équivalente à une dépendance ne touchant qu'une partie de cette population mais pendant de longues périodes.

II - LA POPULATION AGEÉ : Département du Pas de Calais (INSEE 1999)

– 1 – DES PROJECTIONS DE CROISSANCE DE LA POPULATION GLOBALE ÉCHÉANCE 2015 MODESTES MAIS CONTRASTÉES SELON LES TERRITOIRES.

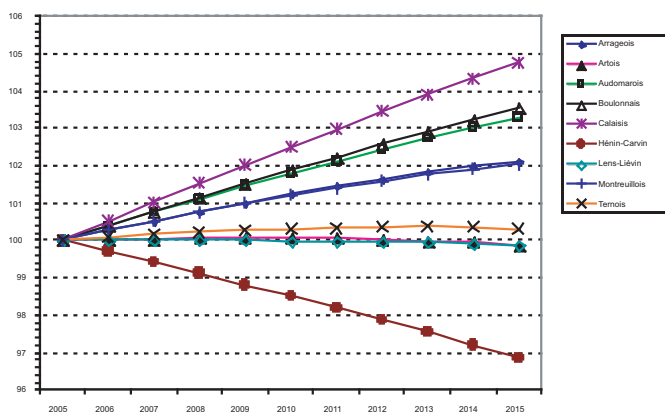
1.1/ Données de base

En 2007, la population totale du Pas-de-Calais est estimée à 1 460 895 habitants (soit +1,35% // 1999). En 2015, elle atteindrait 1 475 218 habitants (soit +1% // à 2007).

À l'intérieur du département, les évolutions globales de population sont contrastées suivant les territoires, avec une variation d'environ +/- 4 à 5%.

D'une part, entre 2005 et 2015, le Calaisis, le Boulonnais et l'Audomarois gagneraient, de manière continue, des habitants (respectivement +4,8%, +3,5% et +3,3%). D'autre part, Hénin-Carvin en perdrait (-3,2%). Pour les autres territoires, les variations seraient plus réduites (-0,1 à +2%).

Projections de population en 2015 (base 100 en 2005)



Lecture : Exemple pour le Boulonnais, en 2005 si on a 100 habitants, en 2015 on en aura 104,8, soit une progression de + 4,8 %.

1.2/ Diagnostic et préconisations

MDS de l'Arrageois : Les personnes âgées par tranche d'âge par Communauté de Communes.

| Communauté de Communes | Population totale | 60 - 69 | 70 - 79 | 80 - 89 | 90 et + | Total 60 et + | % |
|------------------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------------|------|
| ARTOIS | 6804 | 603 | 486 | 123 | 23 | 1235 | 18,2 |
| BAPAUME | 12257 | 1099 | 1044 | 375 | 138 | 2656 | 21,7 |
| BERTINCOURT | 6359 | 737 | 696 | 186 | 41 | 1660 | 26,1 |
| MARQUION | 11168 | 1031 | 975 | 264 | 47 | 2317 | 20,7 |
| PAS EN ARTOIS | 7315 | 748 | 712 | 230 | 58 | 1748 | 23,9 |
| SCARPE SENSEE | 29618 | 2727 | 1972 | 605 | 142 | 5446 | 18,4 |
| SUD ARRAGEOIS | 7509 | 678 | 572 | 170 | 74 | 1494 | 19,9 |
| VAL DU GY | 4600 | 405 | 318 | 75 | 21 | 819 | 17,8 |
| VERTES VALLEES | 7305 | 707 | 632 | 183 | 41 | 1563 | 21,4 |
| CU ARRAS | 89373 | 7574 | 6535 | 2268 | 533 | 16910 | 18,9 |
| TOTAL | 182308 | 16309 | 13942 | 4479 | 1118 | 35848 | 19,7 |

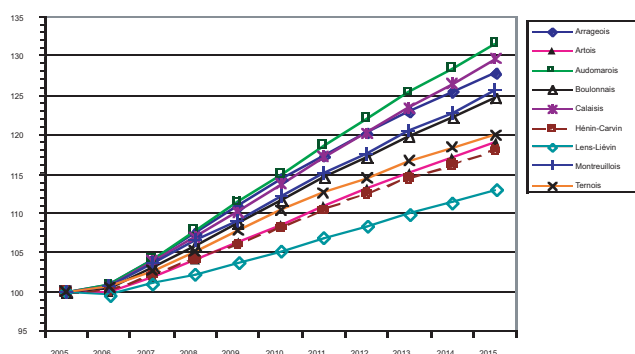
-2- CROISSANCE DU NOMBRE DES 60 ANS ET PLUS ENTRE 2007 ET 2015

Si la population n'évolue pas uniformément dans tout le département, le nombre de séniors augmenterait partout. (la géronto-croissance est généralisée).

- > Dans le Pas de Calais, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus serait de
 - 280 562 en 2007 (soit -2,5% // à 1999)
 - 333 557 en 2015 (soit +18,9% // à 2007)
 - 410 500 en 2030, soit une augmentation de 48% en 30 ans.

Cette croissance s'observe surtout sur la période 2007-2030, alors qu'entre 1999 et 2007, le nombre de séniors évolue peu.

Déclinaison territoriale des projections de population en 2015 des 60 ans et plus (base 100 en 2005)



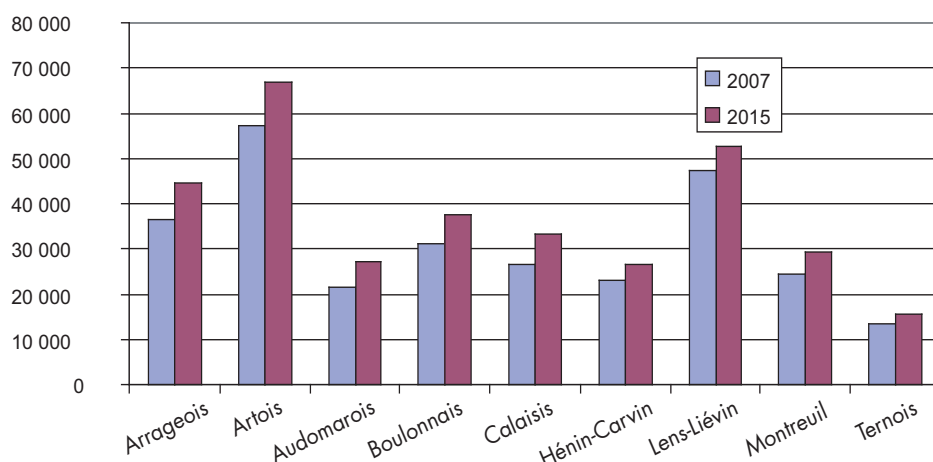
Les évolutions du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus seront toutes positives, quelque soit le territoire. De 13 % sur Lens-Liévin à 31,6% pour l'Audomarois.

A l'échelle des territoires du Pas-de-Calais, la proportion des seniors dans la population totale va s'accroître.

En 2007, les 60 ans ou plus représentent plus d'une personne sur cinq dans deux territoires seulement : Ternois, Montreuillois. En 2015, ils représenteront au moins une personne sur cinq (20%) dans plus de la moitié des territoires.

| Territoire | + 60 ans en 2007 | Taux + 60 ans en 2007 | + 60 ans en 2015 | Taux + 60 ans en 2015 | % évolution entre 2007 et 2015 |
|----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Lens-Liévin | 47 275 | 18,9% | 52 806 | 21,1% | 11,7% |
| Hénin-Carvin | 22 881 | 18,7% | 26 449 | 22,2% | 15,6% |
| Ternois | 13 280 | 22,7% | 15 504 | 26,5% | 16,7% |
| Artois | 57 256 | 19,9% | 66 855 | 23,3% | 16,8% |
| Boulonnais | 31 030 | 18,4% | 37 512 | 21,7% | 20,9% |
| Montreuil | 24 350 | 23,2% | 29 501 | 27,7% | 21,1% |
| Arrageois | 36 371 | 19,5% | 44 617 | 23,6% | 22,7% |
| Calaisis | 26 641 | 16,4% | 33 204 | 19,7% | 24,6% |
| Audomarois | 21 476 | 18,0% | 27 109 | 22,1% | 26,2% |
| PAS-DE-CALAIS | 280 562 | 19,2% | 333 557 | 22,6% | 18,9% |

Nombre de personnes de 60 ans et plus en 2007 et 2015



- 3 – EVOLUTION GLOBALE MOINS MARQUÉE POUR LES 75 ANS ET PLUS SUR LA PÉRIODE 1999-2005

Les personnes âgées de 75 ans et plus augmentent plus modestement entre 2007 et 2015 que sur la période précédente (1999-2005)

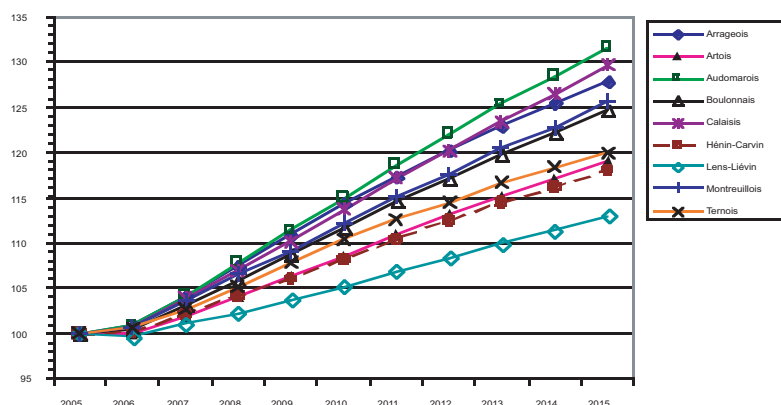
Rappel : déficit des naissances pendant la deuxième guerre mondiale de 1939 à 1945, et que la tranche d'âge des «baby boom», nés après 1945 jusqu'en 1975, contribuera à la population de plus de 75 ans à partir de 2021, et des plus de 80 ans dès 2026.

Dans le Pas de Calais, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus serait de :

- 112 288 en 2007 (soit +15,5 % // à 1999)

- 120 993 en 2015 (soit +7,8 % // à 2007)

Déclinaison territoriale des projections de population en 2015 des 75 ans et plus (base 100 en 2005)

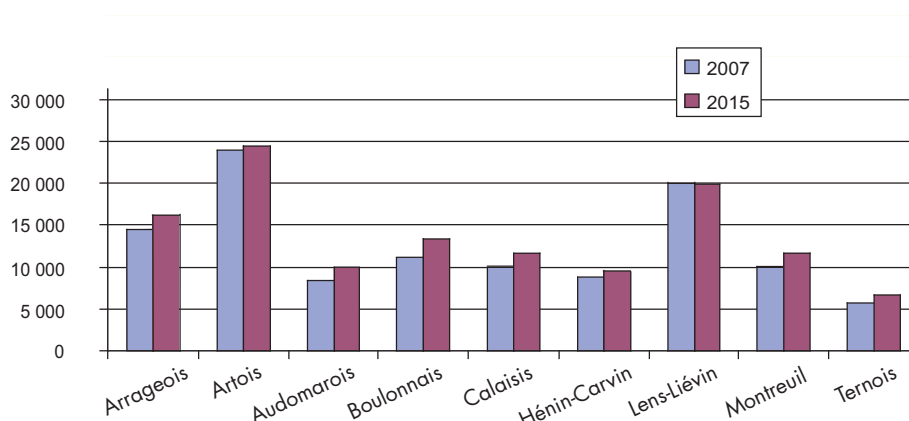


Sur le territoire de Lens Liévin, on constate sur le graphique, un début de décroissance de la population des 75 ans et plus

| Territoire | + 75 ans en 2007 | Taux + 75 ans en 2007 | + 75 ans en 2015 | Taux + 75 ans en 2015 | % évolution entre 2007 et 2015 |
|----------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Lens-Liévin | 19 801 | 7,9 % | 20 063 | 8,0 % | 1,3 % |
| Ternois | 5 631 | 9,6 % | 5 844 | 10,0 % | 3,8 % |
| Artois | 23 062 | 8,0 % | 24 125 | 8,4 % | 4,6 % |
| Hénin-Carvin | 9 036 | 7,4 % | 9 575 | 8,0 % | 6,0 % |
| Boulonnais | 12 036 | 7,1 % | 13 295 | 7,7 % | 10,5 % |
| Arrageois | 14 317 | 7,7 % | 15 843 | 8,4 % | 10,7 % |
| Calaisis | 10 187 | 6,3 % | 11 431 | 6,8 % | 12,2 % |
| Montreuil | 9 818 | 9,4 % | 11 045 | 10,4 % | 12,5 % |
| Audomarois | 8 400 | 7,0 % | 9 772 | 8,0 % | 16,3 % |
| PAS-DE-CALAIS | 112 288 | 7,7 % | 120 993 | 8,2 % | 7,8 % |

C'est l'Audomarois qui voit la part des 75 ans et plus croître le plus : gain de 1 point (passe de 7% à 8%).

Nombre de personnes de 75 ans et plus en 2007 et 2015



-4- EN 2030, LES SÉNIORS REPRÉSENTERONT UNE PERSONNE SUR QUATRE SUR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES DU PAS-DE-CALAIS

En 2030, les séniors représenteront 25% de la population du département. Dans le Montreuillois et le Ternois, ils seraient une personne sur trois. Cependant la progression de la part des séniors dans la population n'est pas linéaire jusqu'à 2030 : elle évolue peu en début de période. Ainsi en 2007, cette part avoisine le niveau de 1999 dans tous les territoires de Pas-de-Calais.

Le nombre de personnes de 80 ans ou plus augmenterait plus rapidement et par pallier. En effet, leur effectif aurait quasi doublé dans tous les territoires du Pas-de-Calais d'ici 2015. Ils se stabiliseraient ensuite jusqu'en 2026, puis progresseraient très fortement par la suite, en raison toujours du « baby boom ».

En 2007, les 80 ans et plus représentent de 3,5 à 5,4% selon le territoire, cette population monterait de 5,2% à 7,6% en 2030.

On peut noter, par ailleurs, que pour un territoire, une forte géronto-croissance ne rime pas forcément avec vieillissement.

Ainsi, l'Audomarois est le territoire dont la population des séniors augmenterait le plus entre 2005 et 2030 (soit +77%), mais ce n'est pas celui qui détiendrait la plus forte part de séniors dans sa population totale : 29% en 2030, soit moins que dans le Montreuillois ou le Ternois.

III - LA POPULATION AGÉE DEPENDANTE BENEFICIAIRE DE L'APA Département du Pas-de-Calais

Dans le Pas-de-Calais, au 31 décembre 2006, les 30 514 bénéficiaires de l'APA se décomposent ainsi :

- 23 862 à domicile, soit 78,2% des bénéficiaires,
- 6 652 en établissement, soit 21,8% des bénéficiaires (1 611 sont en établissement sous dotation globale).

-1- L'APA À DOMICILE REPRÉSENTE 64% DE L'AIDE SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

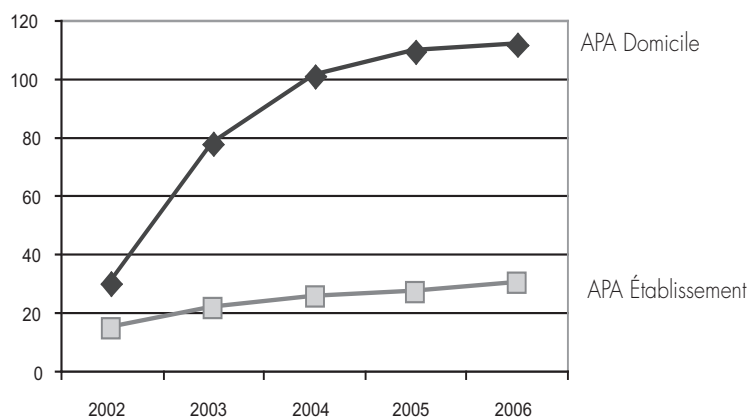
La part de l'APA dans les dépenses destinées aux personnes âgées n'a cessé de croître depuis sa mise en place en 2002. En 2002 l'APA représentait 48% des dépenses sociales en faveur des personnes âgées, en 2006 elle représentait 82%. L'APA à domicile représente à elle seule plus de la moitié des dépenses liées à l'APA.

| En millions d'Euros | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| APA Domicile | 30,342 | 77,908 | 100,585 | 109,361 | 111,856 |
| APA Établissement | 14,935 | 21,874 | 25,548 | 26,821 | 30,368 |
| Personnes Âgées | 49,918 | 33,546 | 27,985 | 28,920 | 31,802 |
| Total Aide Sociale PA | 94,190 | 133,330 | 154,120 | 165,100 | 174,030 |
| Part APA/Total aide sociale | 48,07 % | 74,84 % | 81,84 % | 82,48% | 81,73% |

Source : CG 62, comptes administratifs

** : Source CG62, toutes actions visant les personnes âgées - Dépenses brutes, sans prise en compte des recettes provenant de la CNSA

Dépenses liées à l'APA



>L'APA à domicile connaît depuis 2002 une plus forte croissance que l'APA en établissement : +268% contre +103%, en 5 ans. La tendance est toutefois au net ralentissement de la progression de l'APA à domicile : +2,3% de 2006/2005.

-2- AU 31/12/2006, UN PEU PLUS DE 30 000 BÉNÉFICIAIRES DE L'APA, DONT PLUS DES 88,4% À DOMICILE

2.1/ La croissance du nombre de personnes percevant l'APA ralentit.

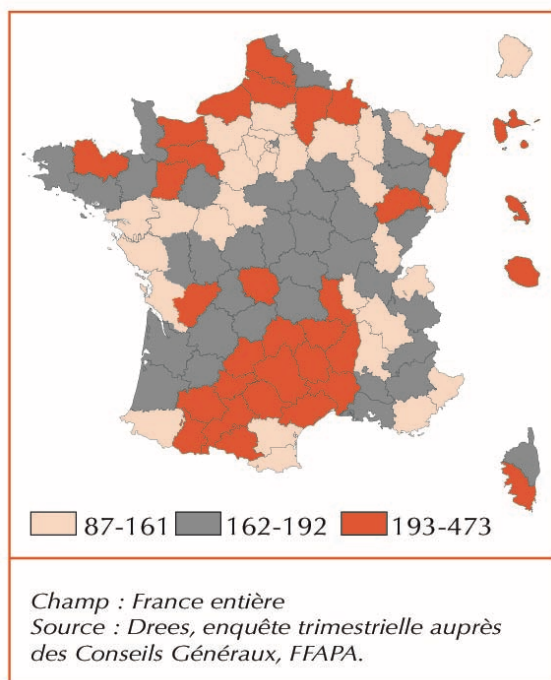
Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, la montée en charge de l'APA était pratiquement achevée fin 2004.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté de 20,4% en 2004 par rapport à 2003, puis de 7,8% en 2005/2004, et de 6,3% en 2006/2005.

La tendance d'évolution pour les 6 premiers mois de 2007 est de 2% environ, on tend donc vers une progression annuelle de 4% en 2007.

2.2/ Dans le Pas-de-Calais : le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans ou plus est parmi les plus élevés de France

Au 1^{er} janvier 2007, en se servant des projections de population (modèle Omphale), le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans le Pas-de-Calais est de 271, soit une augmentation de 5% par rapport au 31 décembre 2004.



> Données au 31 décembre 2004 : la cartographie ci-dessus illustre le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75ans ou plus, par département. Il y avait en France 882 337 bénéficiaires de l'APA. La moyenne française était de 180 bénéficiaires pour 1000 habitants de 75 ans ou plus. Pour le Pas-de-Calais on en comptait 258.

Au 1^{er} janvier 2007, en se servant des projections de population (modèle Omphale), le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans le Pas-de-Calais est de 271, soit une augmentation de 5% par rapport au 31 décembre 2004.

-3- 75% DES BÉNÉFICIAIRES VIVANT À DOMICILE SONT MOYENNEMENT DÉPENDANTS (GIR 3 ET 4). LES GIR 4 REPRÉSENTENT À EUX SEULS PLUS DE 50% DES BÉNÉFICIAIRES.

Ce premier tableau, actualisé au 1^{er} juillet 2007, utilise à la fois les données de la comptabilité (APA à domicile) et de la base administrative (APA en établissement) ; en effet seule la comptabilité sait donner la répartition en GIR des personnes vivant en établissement sous dotation globale.

| Degré de dépendance | Lieu de vie | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------|---------------|------------------------|---------------|-----------------------|---------------|------------------------|---------------|--------------|---------------|
| | Domicile | | Établissement : détail | | | | Établissement : Global | | Ensemble | |
| | En nombre | En % | Dotation globale | | Hors dotation globale | | En nombre | En % | En nombre | En % |
| | | En nombre | En % | En nombre | En % | En nombre | En % | En nombre | En % | |
| GIR 1 | 576 | 2,3% | 339 | 20,6% | 960 | 19,0% | 1299 | 19,4% | 1875 | 6,0% |
| GIR 2 | 5249 | 21,2% | 683 | 41,4% | 2050 | 40,6% | 2733 | 40,8% | 7982 | 25,4% |
| GIR 3 | 4926 | 19,9% | 234 | 14,2% | 845 | 16,7% | 1079 | 16,1% | 6005 | 19,1% |
| GIR 4 | 13981 | 56,5% | 392 | 23,8% | 1194 | 23,6% | 1586 | 23,7% | 15567 | 49,5% |
| Ensemble | 24732 | 100,0% | 1648 | 100,0% | 5049 | 100,0% | 6697 | 100,0% | 31429 | 100,0% |

Source : Etablissement : Comptabilité, domicile : Gros système

Au 1^{er} juillet 2007, 79% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, ce qui est nettement supérieur à la moyenne française qui est de 60%. Ce qui s'explique en partie par un taux d'équipement en structure d'accueil nettement inférieur à la moyenne nationale.

Les 15 567 bénéficiaires modérément dépendants relevant du GIR4 représentent 49,5% de l'ensemble des bénéficiaires. Cette proportion de personnes modérément dépendantes est toujours nettement plus élevée à domicile (56,5%) qu'en établissement (23,7%).

La dépendance totale, en GIR1, se rencontre plus souvent en établissement puisqu'elle concerne 19,4% des résidents. La structure par GIR des personnes vivant à domicile et celle vivant en établissement est sensiblement différente : Les GIR1 et 2 représentent 60% du public en établissement contre seulement 23,5% à domicile.

-4- LES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA DANS LE PAS-DE-CALAIS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES

4.1/ 11,2% des personnes âgées de 60 ans et plus bénéficient de l'APA

Taux de prévalence de la dépendance : C'est le rapport entre le nombre de personnes dépendantes et le nombre total de personnes du même âge.

On s'intéresse ici au nombre de personnes bénéficiaires de l'APA, rapporté aux tranches d'âges concernées, la référence de la population est au 1^{er} janvier 2007 (projection Omphale).

Les proportions de bénéficiaires d'APA dans la population âgée augmentent avec l'âge et sont de l'ordre de : 3% des personnes âgées de 60 à 74 ans, 15,9% de celles âgées de 75 à 84 ans et 43,9% des plus de 85 ans.

Plus globalement, c'est 11,2% des personnes âgées de 60 ans et plus dans le Pas-de-Calais qui sont bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement (y compris dotation globale).

4.2/ Ou trouve-t-on les bénéficiaires selon leur lieu de vie ?

Le tableau ci-dessous décline le nombre de bénéficiaires de l'APA par territoire en fonction du lieu de vie.

Données actualisées par la prise en compte des dotations globales :

| Territoire | Domicile | Établissement Dotation globale | Établissement Hors dotation globale | Total | % à domicile |
|-----------------|--------------|-----------------------------------|--|--------------|--------------|
| Ternois | 1357 | 446 | 143 | 1946 | 69,7% |
| Arrageois | 2714 | 446 | 611 | 3771 | 72,0% |
| Lens-Liévin | 3488 | 162 | 1018 | 4668 | 74,7% |
| Audomarois | 1498 | 171 | 280 | 1949 | 76,9% |
| Artois | 5352 | 108 | 1272 | 6732 | 79,5% |
| Montreuillois | 2159 | 0 | 536 | 2695 | 80,1% |
| Hénin-Carvin | 1957 | 0 | 441 | 2398 | 81,6% |
| Boulonnais | 3599 | 216 | 555 | 4370 | 82,4% |
| Calaisis | 2608 | 102 | 415 | 3125 | 83,5% |
| Total | 24732 | 1651 | 5271 | 31654 | 78,1% |

La structuration moyenne du Département donne pour 5 bénéficiaires vivant à domicile un peu moins d'une personne en établissement.

NB : Les commentaires et tableaux présentés ci-après portent uniquement sur les bénéficiaires vivant à domicile et ceux vivant en EHPAD tarifié à la journée

4.3/ L'âge des bénéficiaires

| APA domicile | | | | APA domicile | | | |
|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Tranche d'âge | Femmes | Hommes | Total | Tranche d'âge | Femmes | Hommes | Total |
| 60 à 74ans | 3202 | 1257 | 4459 | 60 à 74ans | 357 | 348 | 705 |
| 75 à 84ans | 9216 | 2712 | 11928 | 75 à 84ans | 1423 | 470 | 1893 |
| 85 ans ou + | 6780 | 1565 | 8345 | 85 ans ou + | 2346 | 327 | 2673 |
| Total | 19198 | 5534 | 24732 | Total | 4126 | 1145 | 5271 |

Les bénéficiaires de l'APA sont très âgés : 83% ont au moins 75 ans, et plus d'un sur trois ont 85 ans et plus.

Les bénéficiaires de l'APA, pris en charge à leur domicile, sont en moyenne plus jeunes que ceux accueillis en établissement : 18% ont moins de 74 ans, 48% ont entre 75 et 84 ans, et 34% ont 85 ans ou plus. Ces proportions sont respectivement de 13%, 36%, 50% chez les bénéficiaires de l'APA pris en charge en établissement.

4.4/ Trois bénéficiaires de l'APA sur quatre sont des femmes

Les trois quarts des bénéficiaires de l'APA sont des femmes. Cette proportion augmente parmi les personnes de 85 ans et plus, ce qui s'explique par l'espérance de vie plus longue des femmes. Ceci est d'ailleurs plus marquant chez les bénéficiaires femmes accueillies en établissement, qui représentent 88% des plus de 85 ans.

4.5/ Plus de femmes lourdement dépendantes en Etablissement

Si 3 bénéficiaires de l'APA sur 4 sont des femmes, on constate qu'à domicile les femmes sont un peu moins lourdement dépendantes que les hommes (22,4% de GIR 1 et 2 contre 27,6% pour les hommes). Cette constatation s'inverse en établissement où 62 % des femmes sont en GIR 1 et 2, contre 50% des hommes.

| GIR | Femmes à domicile | % du total femmes à domicile | Hommes à domicile | % du total Hommes à domicile | Femmes en Établissement | % du total Femmes en Établissement | Hommes en Établissement | % du total Hommes en Établissement |
|-----------------|-------------------|------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| 1 | 424 | 2,2% | 152 | 2,7% | 829 | 20,1% | 164 | 14,3% |
| 2 | 3869 | 20,2% | 1380 | 24,9% | 1721 | 41,7% | 404 | 35,3% |
| 3 | 3756 | 19,6% | 1170 | 21,1% | 661 | 16,0% | 234 | 20,4% |
| 4 | 11149 | 58,1% | 2832 | 51,2% | 915 | 22,2% | 343 | 30,0% |
| Ensemble | 19198 | 100,0% | 5534 | 100,0% | 4126 | 100,0% | 1145 | 100,0% |

4.6/ A partir de 85 ans, un bénéficiaire de l'APA sur 4 vit en établissement

Que ce soit à domicile ou en établissement, la part des personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) augmente avec l'âge des bénéficiaires. On constate que le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile est maximum pour la tranche des 75 à 84 ans, alors qu'en établissement, c'est la tranche 85 à 89 ans qui domine.

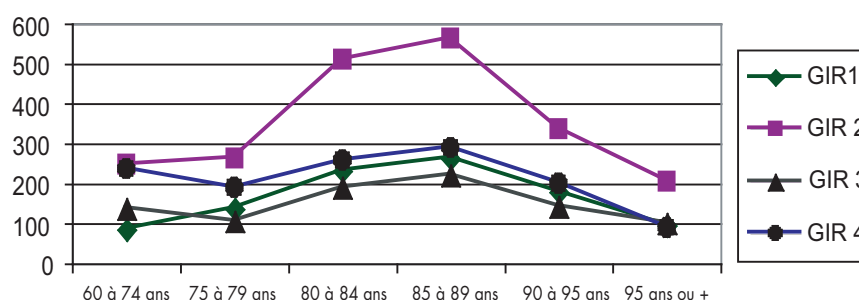
APA domicile

| GIR | 60 à 74 ans | 75 à 84 ans | 85 ou + | Total |
|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| 1 | 77 | 260 | 239 | 576 |
| 2 | 800 | 2286 | 2163 | 5249 |
| 3 | 738 | 2224 | 1964 | 4926 |
| 4 | 2844 | 7158 | 3979 | 13981 |
| Total | 4459 | 11928 | 8345 | 24732 |

APA domicile

| GIR | 60 à 74 ans | 75 à 79 ans | 80 à 84 ans | 85 à 89 ans | 90 à 95 ans | 95 ans ou + | Total |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | 82 | 139 | 233 | 265 | 181 | 93 | 993 |
| 2 | 250 | 263 | 512 | 562 | 335 | 203 | 2125 |
| 3 | 137 | 107 | 192 | 220 | 140 | 99 | 895 |
| 4 | 236 | 189 | 258 | 290 | 198 | 87 | 1258 |
| Total | 705 | 698 | 1195 | 1337 | 854 | 482 | 5271 |

Nombre de personnes par GIR en fonction de la tranche d'âge, en établissement



> En établissement, la tranche 85-89 ans est maximale en nombre, les GIR 2 sont prépondérants.

4.7/ A dépendance équivalente, les hommes entrent plus tôt dans le dispositif

À domicile, les femmes entrent dans le dispositif à 79,2 ans en moyenne, les hommes à 78 ans en moyenne. Les hommes bénéficient de l'APA plus précocement que les femmes, et ce à dépendance équivalente. En effet, quel que soit le niveau de dépendance observé, un homme bénéficiera en moyenne de l'APA à un âge plus jeune que la femme.

Cette différence est beaucoup plus marquée encore quand le lieu de vie est l'établissement.

– Pour les femmes, on constate que l'âge moyen d'entrée dans le dispositif dépend peu de leur GIR et est proche de 82 ans et demi.

– Pour les hommes, c’est en moyenne 6 ans plus jeunes que les femmes qu’ils bénéficient de l’APA en établissement. Les hommes en GIR 4 ont l’APA à 75,1 ans en moyenne, contre 82,2 ans pour les femmes.

Ces différences s’expliqueraient en partie par la meilleure capacité des femmes à assumer la vie seule.

| Lieu APA actuel | GIR | Femmes | Hommes | Total |
|-----------------------|-----|-------------|-------------|-------------|
| Domicile | 1 | 80,8 | 77,8 | 80,0 |
| | 2 | 80,8 | 78,1 | 80,1 |
| | 3 | 80,2 | 78,5 | 79,8 |
| | 4 | 78,3 | 77,8 | 78,2 |
| Total domicile | | 79,2 | 78,0 | 78,9 |

| Lieu APA actuel | GIR | Femmes | Hommes | Total |
|----------------------------|-----|-------------|-------------|-------------|
| Établissement | 1 | 82,6 | 77,8 | 81,8 |
| | 2 | 82,8 | 77,4 | 81,8 |
| | 3 | 83,4 | 76,5 | 81,6 |
| | 4 | 82,2 | 75,1 | 80,3 |
| Total Établissement | | 82,7 | 76,6 | 81,4 |

4.8/ Les bénéficiaires du Pas-de-Calais ont des revenus relativement faibles

Les montants mensuels de l’APA et plans d’aide à domicile, dans le Pas-de-Calais, 42% des bénéficiaires de l’APA ont des ressources mensuelles appartenant à la tranche la plus faible, c’est-à-dire, moins de 658€ pour les personnes seules et moins de 1119€ pour les couples. Plus précisément, 22% des personnes seules sont en dessous de 658€ mensuels, et 80% des couples disposent de ressources inférieures à 1119€.

En établissement, 42% des bénéficiaires de l’APA ont des ressources mensuelles appartenant à la tranche la plus faible, à savoir : moins de 658€ pour les personnes seules et moins de 1316€ pour les couples. Plus précisément, 35% des personnes seules sont en dessous de 658€ mensuels, et 88% des couples disposent de ressources inférieures à 1316€.

– Au niveau national c’est 34% des bénéficiaires de l’APA qui ont des ressources mensuelles appartenant à la tranche la plus faible. Les bénéficiaires du Pas-de-Calais ont globalement des revenus plus modestes.

4.9/ Les montants mensuels de l’APA et plans d’aide

– A domicile

Pour le Pas-de-Calais, le montant moyen du plan d’aide attribué est de 455€ par mois (dont 407€ à la charge du Conseil Général du Pas-de-Calais, soit 90 %).

Pour la France le montant moyen du plan d’aide attribué est de 490€ par mois (dont 410€ à la charge des Conseils Généraux, soit 84%).

Le plan d’aide est consacré neuf fois sur dix à l’intervention d’une aide humaine (principalement pour les tâches ménagères ainsi que la toilette et l’habillage). En 2006, 5 415 480 heures, soit environ 450 000 heures mensuelles, ont été payées par le Conseil Général du Pas-de-Calais pour les interventions d’aide à domicile dans le cadre de l’APA, dont 64,3% en services prestataires.

– En établissement

Pour le Pas-de-Calais, le montant moyen du plan d’aide attribué est de 415€ par mois (dont 285€ à la charge du Conseil Général du Pas-de-Calais, soit 69%).

Pour la France, le montant moyen du plan d’aide attribué est de 406€ par mois (dont 275€ à la charge des Conseils Généraux, soit 68%).

Le plan d’aide moyen pour un bénéficiaire du Pas-de-Calais en établissement est un peu supérieur à celui constaté pour la moyenne Française.

La dépendance des personnes âgées – Territoire de l’Arrageois

Le nombre de bénéficiaires de l’APA à domicile et en établissement par GIR

| | Département du Pas de Calais | | Territoire de l’Arrageois | |
|--------------|------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| | APA à Domicile | APA en Établissement* | APA à Domicile | APA en Établissement* |
| GIR1 | 576 | 1332 | 93 | 246 |
| GIR2 | 5 249 | 2811 | 881 | 530 |
| GIR3 | 4 926 | 1129 | 699 | 163 |
| GIR4 | 13 981 | 1650 | 1 815 | 241 |
| TOTAL | 24 732 | 6922 | 3 488 | 1180 |

Les thématiques

I - LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE

– 1 – DONNÉES DE BASE

Présence d'un CLIC de niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux aidants.

Les moyens du CLIC :

- les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite,
- la tenue de réunions est possible au sein des locaux du CLIC,
- l'accueil du public se fait sur des plages horaires fixes du lundi au vendredi,
- en dehors des heures d'ouverture, un répondeur permet aux usagers de laisser un message vocal, un système de transfert d'appel est également mis en place.

Le CLIC dispose d'une plaquette d'information, de tracts présentant des généralités et parfois ciblés sur des thématiques à destination des personnes âgées.

Les principales actions menées sur 2006 :

- Un journal trimestriel d'information a été publié : Mag'ACGAcine (350 professionnels touchés en 2006).
- Les ateliers SNCF : réunions d'information à destination des personnes âgées ressortissant du régime particulier de la SNC (sensibilisation à la pratique d'une activité physique, rompre l'isolement, échanges et contacts sociaux...),

Une base documentaire est mise à la disposition du public.

En 2006, le CLIC a traité 270 dossiers individuels.

Qui est la plus souvent à l'origine de la demande ? :

- Pour 73 dossiers, c'est la personne âgée directement,
- Pour 100 dossiers, ce sont les enfants,
- Pour 46 dossiers, ce sont des professionnels.

Sur 2006, les demandes de renseignements ont souvent été sollicitées par téléphone.

Sur les 270 dossiers gérés par le CLIC en 2006, les demandes de renseignements ont principalement concernées :

- les structures d'accueil,
- Ar'toit2générations,
- les aides et services en général.

Les projets 2007 du CLIC sont notamment d'étendre les missions du CLIC sur l'ensemble de l'arrageois tout en assurant une cohérence avec les autres intervenants dans le domaine gérontologique : complémentarité CLIC / ACGA, collaboration avec la MSA.

Les actions/animations 2007 :

- Café des âges : animation ponctuelle axée sur l'aspect intergénérationnel,
- Ateliers «Paroles, images et musique» : ateliers bimensuels axés sur stimulation intellectuelle et le maintien du lien social,
- Informations sur différents thèmes : «Vivre chez soi en toute sécurité», «Bon pied !, Bon œil !, Bonne oreille», «Pas de retraite pour la fourchette»,
- Sorties et promenades culturelles au Musée de Beaux arts (renouvellement des actions menées en 2006).

–2– DIAGNOSTICS ET PRÉCONISATIONS

• Les Personnes Âgées du territoire ont-elles une information actualisée, centralisée et complète sur les possibilités d'accompagnement ?

Le CLIC de l'Arrageois doit se reconfigurer pour couvrir tout le territoire, qui relevait auparavant de deux CLIC, dont l'un se situait sur Bapaume, avant d'être fermé.

Le CLIC de l'Arrageois dispose de 2 ETP, et a traité en 2007 (Novembre) 347 demandes, provenant essentiellement de la CUA (187), hors secteur (88) et Osartis (25). Les demandes viennent majoritairement des enfants des personnes âgées, puis des personnes âgées elles-mêmes.

• Quels sont les lieux de rencontre des professionnels sur le territoire ?

Les professionnels n'ont pas de lieu réellement identifié de rencontre. La réflexion sur le schéma gérontologique est une opportunité sur ce point.

• Existe-t-il des réseaux de professionnels du sanitaire ou du médico-social sur le territoire ?

Il n'existe pas de réseau spécifique dans le champ de la gérontologie.

• Quel est le niveau d'intervention du CLIC ?

Le CLIC est sur une intervention de niveau 1.

> PERSPECTIVES DANS LE CADRE DU SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE :

Le CLIC de l'Arrageois doit avoir une réflexion sur les besoins du territoire :

- **en matière d'information** : sur ce point, et compte-tenu de l'étendue du territoire, il sera nécessaire de rechercher une complémentarité des points d'accueil et d'information que peuvent aussi représenter les trois sites de la Maison du Département Solidarité (Arras Sud, Arras Nord et Bapaume), ainsi que les CCAS. Des séances de formation / information partenariales pourraient renforcer la capacité d'accueil et d'information de ce réseau, et l'information pourrait être capitalisée dans «le Guide Ressource de l'Arrageois».
- **en matière de coordination des interventions** : cette coordination semble particulièrement importante :
 - lors de la sortie d'une hospitalisation, en lien avec l'équipe mobile du Centre Hospitalier d'Arras, les Services de Soins à Domicile, et le cas échéant les services intervenant dans le cadre de l'APA.
 - Pour les plans d'aide APA complexes, où une coordination est par exemple à établir entre un service HAD et un SIAD, dans le cadre d'un plan d'aide APA.

D'une façon générale, il sera important de centrer les champs d'intervention du CLIC, en proportion des moyens humains affectés.

La prise en compte des interventions en matière d'information, mais aussi de la fonction de coordination, nécessite une analyse des moyens et compétences nécessaires au regard des besoins des populations de l'Arrageois.

II - LE SOUTIEN A DOMICILE

–1– DONNÉES DE BASE

• L'offre de services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés⁽¹⁾ sur le territoire :

> ASPECT RÉGLEMENTAIRE :

Depuis l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi que la circulaire du Circulaire ANSP/DGEFP/DGAS no 1-2007 du 15 mai 2007, les organismes gestionnaires des services d'aide à domicile prestataires ont le choix entre :

- L'autorisation de fonctionnement par arrêté du Président du Conseil Général (loi du 2/01/2002),

(1) Service faisant l'objet d'un arrêté d'autorisation du Président du Conseil Général

- **l'agrément qualité** par arrêté du Préfet du département (loi du 26 juillet 2005 sur le développement des services à la personne).

Les tableaux, ci-dessous, présentent les données disponibles concernant les Services d'Aide à Domicile faisant l'objet d'un arrêté d'autorisation du Président du Conseil Général. Le territoire compte également d'autres Services d'Aide à Domicile disposant d'un agrément qualité délivré par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

NOMBRE DE SAAD PAR TERRITOIRE

Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +

| Territoires | Nombre de SAAD autorisés | Taux en ‰ | Population de 75 ans et + |
|------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|
| ARRAGEOIS | 18 | 1,26 | 14317 |
| ARTOIS | 9 | 0,39 | 23062 |
| AUDOMAROIS | 8 | 0,95 | 8400 |
| BOULONNAIS | 11 | 0,91 | 12036 |
| CALAISIS | 9 | 0,88 | 10187 |
| HENIN-CARVIN | 1 | 0,11 | 9036 |
| LENS LIEVIN | 6 | 0,30 | 19801 |
| MONTREUILLOIS | 11 | 1,12 | 9818 |
| TERNOIS | 7 | 1,24 | 5631 |
| TOTAL | 80 | 0,71 | 112 288 |

| Territoires | Nombre d'intervenants à domicile sur le Territoire | Taux | Ratio Nombre de personnes âgées par intervenant | Population de + de 75 ans (INSEE 1999) |
|------------------|--|--------------|---|--|
| ARRAGEOIS | 667 | 55,35 | 18,07 | 12 051 |
| ARTOIS | 430 | 19,46 | 51,38 | 21 116 |
| AUDOMAROIS | 185 | 15,04 | 66,49 | 6 848 |
| BOULONNAIS | 239 | 16,99 | 58,87 | 10 655 |
| CALAISIS | 91 | 4,92 | 205,16 | 8 939 |
| HENIN CARVIN | 36 | 4,73 | 211,47 | 7 613 |
| LENS LIEVIN | 193 | 11,65 | 85,83 | 16 566 |
| MONTREUILLOIS | 368 | 39,40 | 25,38 | 8 426 |
| TERNOIS | 298 | 59,54 | 16,80 | 5 005 |
| TOTAL | 2 507 | 23,30 | 42,92 | 97 219 |

Calcul du taux du nombre d'intervenants SAAD pour 1000 habitants âgés de + de 75 ans
 Calcul du nombre de personnes âgées de + de 75 ans par intervenant SAAD

Les dix-huit Services d'Aide à Domicile du Territoire ayant sollicités puis obtenus l'autorisation de fonctionnement délivrée par le Président du Conseil Général sont les suivants :

| | | |
|--|---|------------------------|
| A.D.M.R. | 7, rue de la Mairie | BOIRY-SAINT-MARTIN |
| A.D.M.R. | 10, bis, rue du Château | ANZIN-SAINT-AUBIN |
| A.D.M.R. | 42, rue d'Arras - BP 33 | BAPAUME |
| A.D.M.R. | 16 bis, rue du Fief | ECOUST-SAINT-MEIN |
| A.D.M.R.de Vimy - Sainte Catherine | 9 B, rue de la République - Mairie | FARBUS |
| A.S.S.A.D. MARQUION | 35 Grand Rue | BUISSY |
| Association d'Aide à domicile | 2, rue du centre | HERMIES |
| Association Rurale d'Action Familiale | Mairie | MONDICOURT |
| A.M.V.A.P.A.H. | 4, rue de la Grande Chapelle | VITRY-EN-ARTOIS |
| CRINCHON COJEU | Mairie | HENDECOURT LES RANSART |
| A RA F du Haut Canton de Pas-en-Artois | mairie/2, rue de Bienvillers | SOUASTRE |
| AIDAF | rue Abel Bergaigne - BP 65 | ARRAS |
| A.E.F.A. / C.S.F. | 69 rue du temple | ARRAS |
| A.S.A.P | 21 rue du Général Barbot | ARRAS |
| AIDE A LA VIE ACTIVE | 4 rue Beffara | ARRAS |
| AMI du Val de Scarpe | Bât. Le Forez - Place des Cévennes - BP 146 | SAINT LAURENT BLANGY |
| A.S.S.O.A. | 27 rue Jean Jaurès – Mairie | BEURAINS |
| AIDAVIE | 1bis rue Abel Bergaigne BP 65 | ARRAS |

• L'offre de services de soins à domicile :

| Statut | Établissement | Adresse | Code Postal | Commune | Capacité |
|--------------|-------------------|----------------------------------|-------------|-----------------|------------|
| Privé | ARRAS CROIX ROUGE | 19, rue du Général Barbot | 62000 | ARRAS | 48 |
| Public | ARRAS | Mairie d'ARRAS, place Guy Mollet | 62000 | ARRAS | 40 |
| Privé | BOIRY ST MARTIN | 7, rue de la Mairie | 62175 | BOIRY-ST-MARTIN | 38 |
| Privé | ECOUST ST MEIN | 8, Grande Rue | 62128 | ECOUST-ST-MEIN | 50 |
| Public | VITRY-en-ARTOIS | Rue Jean Monnet | 62490 | VITRY-en-ARTOIS | 47 |
| TOTAL | | | | | 222 |

• L'offre de places d'accueil de jour :

le nombre de places d'accueil de jour autorisées au 31 décembre 2006 sur le territoire est de 21, soit un taux d'équipement de 1,47‰ (172 places départementales, soit un taux d'équipement de 1,39‰).

| Territoires | Accueil de jour | Taux d'équipement ‰ |
|---------------|-----------------|------------------------|
| ARRAGEOIS | 21 | 1,47 ‰ |
| ARTOIS | 46 | 1,56 ‰ |
| AUDOMAROIS | 15 | 1,79 ‰ |
| BOULONNAIS | 21 | 1,74 ‰ |
| CALAIS | 2 | 0,20 ‰ |
| HENIN CARVIN | 4 | 0,44 ‰ |
| LENS LIEVIN | 27 | 1,06 ‰ |
| MONTREUILLOIS | 25 | 2,55 ‰ |
| TERNOIS | 11 | 1,95 ‰ |
| TOTAL | 172 | 1,39 ‰ |

- **L'offre de places d'accueil temporaire :**

le nombre de places d'accueil temporaire (tout type de public confondu) autorisées au 1^{er} avril 2007 sur le territoire est de 33, soit un taux d'équipement de 2,30‰ (190 places départementales, soit un taux d'équipement de 1,51‰).

| Territoires | Hébergement temporaire | Taux d'équipement ‰ |
|---------------|------------------------|---------------------|
| ARRAGEOIS | 33 | 2,30 ‰ |
| ARTOIS | 30 | 1,30 ‰ |
| AUDOMAROIS | 11 | 1,31 ‰ |
| BOULONNAIS | 22 | 1,83 ‰ |
| CALAISIS | 26 | 0,59 ‰ |
| HENIN CARVIN | 14 | 1,55 ‰ |
| LENS LIEVIN | 27 | 1,36 ‰ |
| MONTREUILLOIS | 8 | 0,81 ‰ |
| TERNOIS | 19 | 3,37 ‰ |
| TOTAL | 190 | 1,51 ‰ |

- **L'Hospitalisation à Domicile :**

l'association des Pays du Ternois et de l'Artois, dont le siège se situe à ANZIN St AUBIN, assure deux antennes : une sur Bapaume et l'autre sur St Pol sur Ternoise. Le nombre de autorisées en date du 31 décembre 2006 est de 40 places réparties sur ces deux antennes.

-2- DIAGNOSTICS ET PRÉCONISATIONS

- **Accueil de jour, accueil temporaire**

Le taux d'équipement pour l'accueil de jour est de 1,47 ‰ (21 places), pour une moyenne départementale de 1,39 ‰.

Le taux d'équipement pour l'accueil temporaire est de 2,30 ‰ (33 places), pour une moyenne départementale de 1,51 ‰.

- **Les besoins d'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile sont-ils globalement couverts ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?**

Les difficultés tiennent à l'isolement familial et social des personnes âgées, et à la complexité des situations et pathologies de ces personnes.

- **Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'APA sur le territoire ?**

Le territoire de l'Arrageois ne connaît pas de difficulté majeure, mais les difficultés de prise en charge des SAAD les samedi et jours fériés sont à souligner. La proposition d'évaluation des plans d'aide doit contribuer à améliorer ce point en particulier.

> PERSPECTIVES DANS LE CADRE DU SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE :

1. Développement de l'évaluation des plans d'aide par le SLPS, de façon à améliorer la qualité des services à domicile (voir items d'évaluation ci-dessous)...
2. Programmes de formation des personnels des services d'aide à domicile, en particulier sur le handicap, sur la maladie d'Alzheimer. Possibilités de supervision ou de groupes de paroles.
3. Développer le soutien aux aidants :
 - Information, écoute.
 - Accueil temporaire.

Items d'évaluation des plans d'aide :

| |
|---|
| L'intervention le samedi est conforme au plan |
| L'intervention le dimanche/férié est conforme au plan |
| Respect du contenu du plan |
| Respect du rythme sur la journée |
| Respect du rythme sur la semaine |
| Respect du temps d'intervention |
| Respect du choix de la P.A. concernant l'aidant |
| Continuité de l'aide |
| Respect financier |
| Collaboration avec E.M.S. |
| Satisfaction de la P.A. |

III - L'OFFRE D'ACCUEIL MEDICO-SOCIAL

– 1 – DONNÉES DE BASE

– L'offre de service en établissements médico-sociaux :

| | Département du Pas de Calais | | Territoire de l'Arrageois | |
|---|--------------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| | Nombre d'Établissements | Nombre de places | Nombre d'Établissements | Nombre de places |
| Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes | 111 (dont 14 non installés) | 7 691 | 14 (dont 1 non installés) | 1 087 |
| Etablissements pour Personnes Agées | 10 | 189 | 0 | 0 |
| Foyer Logement Restaurant | 75 | 3 280 | 1 | 42 |
| Unité de Soins Longue Durée | 17 | 1 758 | 2 | 300 |
| TOTAL AUTORISES | 213 | 12 918 | 17 | 1 429 |
| TAUX D'EQUIPEMENT GLOBAL ⁽²⁾ | 115,04‰ | | 99,81‰ | |

– Les taux d'équipement en places d'Établissements pour Personnes Agées Dépendantes et d'Unité de Soins de Longue Durée :

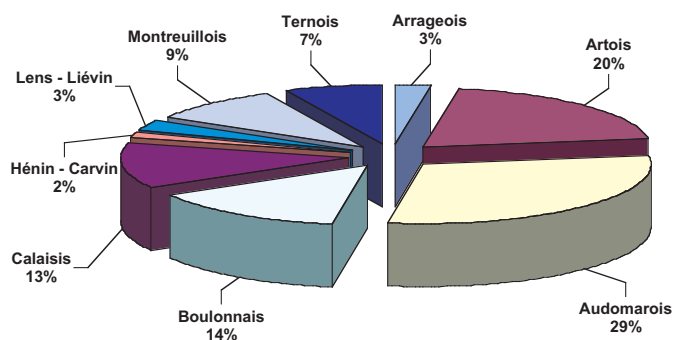
| Département du Pas de Calais | Territoire de Arrageois |
|------------------------------|-------------------------|
| 84,15‰ | 96,88‰ |

(2) Taux d'équipement global calculé sur la population âgée de 75 ans et plus, source INSEE Projection Omphale.

– L’offre en places d’Accueil Familial autorisées au 31 décembre 2006 :

| Territoires | Nombre d’agrément P.A. | Capacité P.A. |
|---------------|---------------------------|---------------|
| ARRAGEOIS | 8 | 13 |
| ARTOIS | 50 | 99 |
| AUDOMAROIS | 71 | 149 |
| BOULONNAIS | 31 | 69 |
| CALAISIS | 30 | 62 |
| HENIN CARVIN | 5 | 8 |
| LENS LIEVIN | 10 | 15 |
| MONTREUILLOIS | 24 | 46 |
| TERNOIS | 18 | 35 |
| TOTAL | 247 | 496 |

| Département du Pas de Calais | | Territoire de l’Arrageois | |
|------------------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| Nombre d’agrément | Capacité d’accueil | Nombre d’agrément | Capacité d’accueil |
| 247 | 496 | 8 | 13 |
| Soit, 3% de l’offre départementale | | | |



–2– DIAGNOSTICS ET PRÉCONISATIONS

• Quels sont les taux d’équipement du territoire en place d’EHPAD, USLD ?

Les taux d’équipement sont relativement importants, au regard des autres territoires du Département.

• Les besoins sont-ils couverts en accueil familial ?

Le taux de couverture en matière d’accueil familial est faible.

• Comment les Foyers Logements et les MARPA s’inscrivent ils dans l’offre d’hébergement du territoire ?

Il faut ajouter dans l’offre d’accueil médico-sociale la MARPA de Hermies (24 places).

• Perspectives dans le cadre du schéma gérontologique :

1. Développer l’accueil familial en gré à gré
2. Création d’un service d’accueil à domicile en gestion avec un EHPAD (En service prestataire).
3. Développer l’accueil de jour et l’accueil temporaire.
4. Augmenter les possibilités d’accueil en EHPAD.

IV - L’OFFRE RESIDENTIELLE POUR PERSONNES AGEES

–1– DONNÉES DE BASE

L’offre de places en béguinages sur les territoires et recensement des autres formes d’habitat adapté du territoire :

| TYPE DE LOGEMENTS | NOMBRE DE STRUCTURES | NOMBRE DE LOGEMENTS | GESTIONNAIRE |
|--|----------------------|---------------------|---|
| TERRITOIRE DE L'AUDOMAROIS | | | |
| Résidences sociales | 13 | 264 | 3 ESH et 1 Commune |
| dont Maisons regroupées | 5 | 94 | ESH et commune |
| TERRITOIRE DE L'ARRAGEOIS | | | |
| Résidences sociales | 14 | 248 | 2 ESH+ 1CCAS+ EP |
| dont Béguinages | 7 | 170 | ESH (Pas de Calais Habitat et Logement Rural) |
| dont Résidences sociale d'appartements | 1 | 40 | CCAS |
| TERRITOIRE DE L'ARTOIS | | | |
| Résidences sociales | 9 | 160 | 5 ESH et 2 communes |
| dont Béguinages | 1 | 16 | ESH |
| dont Maisons regroupées en «clos» ou «résidences» ⁽³⁾ | 7 | 144 | Commune et ESH |
| TERRITOIRE DU BOULONNAIS | | | |
| Béguinage | 1 | 14 | ESH (LOGIS 62) |
| Résidence-service | 1 | | |
| TERRITOIRE DU CALAISIS | | | |
| Résidences d'appartements | 12 | 515 | CCAS |
| Total | 12 | 515 | |
| TERRITOIRE D'HENIN-CARVIN | | | |
| Béguinages | 5 | 122 | 3 ESH |
| TERRITOIRE DE LENS-LIEVIN | | | |
| Béguinages | 10 | 160 | 5 ESH |
| TERRITOIRE DU MONTREUILLOIS | | | |
| Résidence-service | 1 | 40 | |
| TERRITOIRE DU TERNOIS | | | |
| Aucune structure de type «béguinage» | | | |
| Total | 66 | 1 509 | |

ESH : Entreprise Sociale de l'Habitat - CCAS : Centre Communal d'Action Sociale - EP : Etablissement public

-2- DIAGNOSTICS ET PRÉCONISATIONS

• Perspectives dans le cadre du schéma gérontologique :

1. Guichet unique sur les possibilités d'aide à l'aménagement du domicile.
2. mise en œuvre d'un label pour les béguinages.

V - LA CITOYENNETE DES PERSONNES AGEES ET LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

-1- DONNÉES DE BASE

– Le nombre de Clubs du 3^{ème} âge sur le territoire est de 147.

L'analyse au niveau départemental fait apparaître à nouveau de grandes disparités entre territoires. Les territoires du sud du département, en particulier l'Arrageois sont plutôt bien lotis. Le Calaisis et l'Audomarois sont dans une situation intermédiaire. Lens-Liévin et Hénin-Carvin compensent un nombre de clubs par personne âgée relativement faible sûrement due à la taille réduite du territoire par un nombre de club au km² très important. En revanche pour l'Artois les données sont assez mauvaises mais le territoire le plus mal loti reste le Boulonnais.

– Les actions de prévention montée par la CRAM (données générales),

- La CRAM : mise en place de réunions individuelles d'accompagnement à la retraite. Réunions pendant lesquelles sont notamment abordés les démarches administratives, le montant de la pension.
- CRAM : le «Tim P@ss». 7 chèques d'accès aux nouvelles technologies (ordinateur et internet). L'objectif est d'initier les personnes aux nouvelles technologies.

⁽³⁾ 1 de ces structures n'est pas renseignée sur le nombre de logements

- Les actions de soutien à la citoyenneté notable sur le territoire : l'association «Areade3A» organise des débats ponctuels intergénérationnels dans le cadre de «Café des âges». Pendant 2 heures les personnes débattent, sur un thème défini à l'avance, d'abord par prises de parole individuelles successives puis entre elles. Un bilan et une synthèse sont ensuite rédigés puis transmis à l'association nationale «Vieillir c'est vivre».

–2– DIAGNOSTICS ET PRÉCONISATIONS

2.1/ Le soutien à la citoyenneté

Pour permettre aux personnes âgées d'être partie prenante dans la vie de la cité, il faut les solliciter pour qu'elles s'impliquent et qu'elles donnent leur avis.

- Par le biais de leurs représentants d'Association de Personnes Agées par exemple au sein de groupes de travail tels que ceux mis en place dans le cadre du futur schéma gérontologique.
- Au sein de Conseils d'usagers par exemple dans les centres sociaux.
- Au sein des Conseils de vie sociale (dans les établissements médico-sociaux).
- Par le biais d'informations en utilisant les réseaux de partenaires, les relais locaux (comme par exemple les délégués MSA).
- Au sein des clubs d'aînés.

Ces propositions sont conditionnées au «bien vieillir».

Afin de le faciliter, il nous paraît nécessaire d'aborder la prévention et de proposer des actions visant le maintien de l'autonomie dans les différents domaines de la vie quotidienne.

2.2/ Passage à la retraite

Ce qui existe déjà :

- Bien vieillir après 50 ans (MSA)
- Préparation à la retraite (Entre temps MSA).

Ce qui pourrait être proposé :

- Lors de la demande de retraite (bilan relevé de carrière ou liquidation), adresser systématiquement une plaquette d'information sur les services proposés aux personnes âgées par territoire.

2.3/ Outil informatique

Favoriser la maîtrise des nouvelles technologies est à encourager par les associations et les cybers centres (intérêt de recenser leur existence par commune).

Il permet de garder le contact avec sa société et de favoriser le lien inter générationnel. L'intérêt par exemple pour les grands-parents est de mieux échanger avec leurs petits-enfants éloignés...

2.4/ Des clubs d'aînés attractifs

Les clubs d'aînés doivent s'adapter en fonction de l'âge des personnes et de leurs attentes pour augmenter le nombre d'adhérents et renforcer leur participation.

Bon nombre de jeunes retraités dynamiques ont des aspirations de sorties à thème culturel, de voyages ... les activités plus traditionnelles sont davantage réservées pour les personnes plus âgées voyant le club comme un moyen de sortir de chez elles, de rompre leur isolement et de rencontrer d'autres personnes.

2.5/ Favoriser la mobilité

Les difficultés rencontrées dans ce domaine renforcent l'isolement des personnes âgées et le désinvestissement de la vie sociale.

Ce qui existe déjà pour faciliter le transport mais qui serait à développer :

- Chèque Solidarité – Liberté par RSI
- Aide à la personne âgée par la MSA
- Association de services et de transports à la demande ASTIB – ASTRIM (Marquion – Bertincourt)
- Transport Services à Ervillers.

2.6/ Améliorer le cadre de vie

Le rôle du CLIC est essentiel pour centraliser l'information par exemple en réalisant un répertoire sur les possibilités des caisses de retraite, des mutuelles et savoir qui interpellent : l'idée serait d'avoir un référent par territoire et par thème.

Des organismes tels que le PACT peuvent également intervenir pour conseiller dans le domaine de l'amélioration de l'habitat.

L'obtention des financements pour améliorer l'habitat devrait être conditionnée à la cohérence des travaux à réaliser : par exemple la réfection de carrelage, à condition qu'il soit antiglisse, l'installation d'une salle de bain en priorité au rez-de-chaussée et avec une douche plutôt qu'une baignoire... Ce que fait déjà le RSI (Régime Social des Indépendants).

2.7/ Développer les béguinages

Des logements de type béguinage existent dans plusieurs communes de l'Arrageois mais seraient à encourager afin de répondre aux attentes des personnes âgées : avoir un logement adapté à la taille du foyer et pensé pour faciliter la vie des personnes âgées et pour garder son indépendance tout en bénéficiant d'un maximum de services...

2.8 Lutter contre l'isolement

Ce qui existe :

- L'Association Ar' toit 2 Générations sur l'Arrageois permet aux personnes âgées d'accueillir chez elles un étudiant moyennant quelques services et une faible contrepartie financière.
- L'Association SIGMA propose des rencontres entre lycéens et personnes âgées pour faire des activités ensemble.
- Des rencontres ponctuelles sur l'Arrageois entre personnel de Maison de retraite et Maison d'enfants, entre CLSH et Foyer logement.

Ce qui serait à développer :

- Des actions intergénérationnelles (par exemple participer à des ateliers conte...)

2.9/ Prévenir la perte d'autonomie

Travailler la prévention auprès des personnes âgées pour retarder au maximum les phénomènes de dépendance passe par l'information collective et individuelle des personnes âgées.

Ce qui existe :

- L'ACGA mène des actions de sensibilisation à visée préventive sous une forme attractive sur les thèmes suivants, par ateliers :
 - Prévention des chutes – Atelier équilibre (informer afin qu'ensuite des relais locaux soient organisés par exemple avec des séances de gymnastique douce)
 - Vision
 - Audition
 - Alimentation
 - Sommeil
- Sur la mémoire :
 - PAC EUREKA (MSA)
 - Atelier mémoire (CRAM)
- Les systèmes de télé-alarme :
 - Téléassistance CG
 - Présence verte MSA
 - RSI finance les organismes agréés.

Les équipes APA jouent également un rôle important de conseil auprès des personnes âgées qu'elles rencontrent, pour faire passer des messages de prévention, d'information...

2.10/ Soutenir les aidants et leur permettre de s'exprimer dans des groupes de paroles et de participer à diverses activités.

Ce qui existe :

- Le projet Entracte sur l'Arrageois qui vise à prendre en charge les personnes âgées pendant le temps d'intervention auprès des aidants (groupes d'échanges, activités diverses...).

2.11/ Favoriser l'expression des personnes âgées

Ce qui existe :

- L'Association AREADE3A, à l'aide de supports tels que paroles, images et musiques, organise ce type de débats dans différentes communes du territoire de l'Arrageois autour d'un café des âges. Au vu de l'intérêt que les personnes âgées y trouvent, ces initiatives sont à encourager.

2.12/ Améliorer la circulation de l'information

Ce qui existe :

- Le CLIC, dont les chiffres de fréquentation vont croissants, contribue fortement à l'information des personnes âgées.

Ce qui serait à développer :

- des informations d'ordre juridique : succession, aide aux funérailles ... pour lesquelles les personnes âgées sont également en demande.
- Un autre créneau de diffusion pour rappeler les différents services offerts au sein des communes tels que médiathèque ... : les journaux communaux et intercommunaux, les télévisions locales.
- l'information peut aussi passer par les services de portage de repas à domicile, d'aides ménagères par le biais de plaquettes, de dépliants.

VI - LA SANTE DES PERSONNES AGEES

– 1 – DONNÉES DE BASE

La prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée :

| TERRITOIRES | Somme de dont Alzheimer permanent autorisés | Somme de dont Alzheimer temporaire autorisés | Somme Accueil de jour autorisés | Total | Pop. + 75 ans omphale 2007 | Taux équipement |
|---------------|---|--|---------------------------------|-------|----------------------------|-----------------|
| Arrageois | 91 | 6 | 21 | 118 | 14317 | 8,24 |
| Artois | 90 | 2 | 46 | 138 | 23062 | 5,98 |
| Audomarois | | | 15 | 15 | 8400 | 1,79 |
| Boulonnais | 24 | 6 | 21 | 51 | 12036 | 4,24 |
| Calaisis | | | 2 | 2 | 10187 | 0,20 |
| Hénin-Carvin | 76 | 2 | 4 | 82 | 9036 | 9,07 |
| Lens-Liévin | 221 | 6 | 27 | 254 | 19801 | 12,83 |
| Montreuillois | 28 | 2 | 25 | 55 | 9818 | 5,60 |
| Ternois | 80 | 9 | 11 | 100 | 5631 | 17,76 |
| TOTAL | 610 | 33 | 172 | 815 | 112 288 | 7,26 |

Les soutiens aux familles (données générales – Pas de Calais Alzheimer)

ECOUTE TELEPHONIQUE : 135 H/Sem.

Objectifs : Ecoute, information, orientation vers les services compétents

PERMANENCE ACCUEIL : 44 H/Mois

Il s'agit de permanences permettant d'accueillir de nouvelles familles

GROUPES DE PAROLES conduits par des Psychologues diplômées

- Cycle de 6 mois
 - Groupe de +/- 10 personnes
 - Arras
 - Lens
-

Les groupes de paroles sont par contre moins utilisés. Plusieurs difficultés :

- la garde du malade pour libérer l'aidant
 - difficulté de transport
 - «tabou» persistant, on n'ose pas en parler.
 - pour certaines personnes le prix modique est encore trop élevé (prix de l'adhésion à l'Association (34€ assorti de la somme de 15€ pour le cycle entier)
 - C'est seulement en fin de cycle (12 séances) que les personnes s'aperçoivent de leur bienfait.
-

REUNIONS DE FAMILLES :

- 2 samedis par mois à Arras
- 1 samedi par mois à Lens et à Etaples

«APRES-MIDI ALZHEIMER» que l'on essaie de réaliser 1 fois l'an pour réunir familles et malades. Grosses difficultés : trouver la salle adéquate, très cher si prestation artistique.

Les réunions de familles sont régulières et toujours fréquentées assidûment :

- ambiance familiale, conviviale
- pas d'obligation d'être à l'heure ou de rester
- le malade peut être présent (notamment quand il ne peut être gardé)
- soutien moral

LES SEJOURS VACANCES organisés par l'Union des Associations France Alzheimer à Paris qui permettent à l'aidant d'accompagner son conjoint ou parent malade. Il y a une prise en charge de ce malade par les bénévoles.

Consultation mémoire et le nombre de places de court séjour gériatrique dans l'hôpital de référence et autres données du tableau de bord sanitaires :

Le SROS III arrêté en début d'année 2006 définit l'organisation régionale souhaitée pour une prise en charge gériatrique de qualité. Cette organisation repose en grande partie sur les préconisations de la circulaire du 18 mars 2002 relative aux soins gériatriques, complétées par la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

La zone pertinente d'organisation retenue est la «zone de proximité», correspondant, dans le Pas de Calais aux 7 arrondissements : Arras, Lens, Béthune, Calais, St Omer, Boulogne, Montreuil.

La structuration de la filière de gériatrie s'organise à partir des établissements sites de court séjour gériatrique, avec plateau technique minimal et urgences. Ils doivent par ailleurs développer hôpital de jour et équipe mobile de gériatrie. Ils doivent développer ou passer convention avec des établissements développant : consultations mémoire, SSR gériatrique, USLD, soins palliatifs et psycho-gériatrie. Ils doivent avoir des conventions avec les structures médico-sociales et ambulatoires. Ils doivent avoir un plan de développement de la formation au niveau local et interne.

Ces filières gériatriques doivent être inscrites dans les CPOM pour les établissements référents mais aussi pour les autres établissements pour signifier les liens développés avec les établissements référents (conventions de partenariat). Ces filières doivent faire l'objet d'une visite de contrôle sur place au fur et à mesure de leur individualisation et d'une labellisation par l'ARH chaque année.

Un bilan de la mise en œuvre de ce schéma d'organisation a été réalisé en 2006 sous l'égide du COTER de gériatrie. **Pour la zone de proximité d'Arras**, il fournit les résultats suivants : Zone de proximité de Lens

Zone de proximité d'Arras

Court séjour gériatrique : la zone ne comprend pas de court séjour gériatrique. Celui-ci est à développer à Arras.

La création d'une équipe mobile de gériatrie et d'hôpitaux de jour gériatriques est également nécessaire.

45 lits de SSR gériatriques (20 à St Pol et 25 à Arras) sont déclarés.

La zone du Ternois est pourvue du premier réseau de santé «personnes âgées» du département. Porté par la MSA, sa coordination est assurée depuis l'HL de St Pol.

| Zone de proximité | Etablissement | Court séjour gériatrique | Equipe mobile de gériatrie | Hôpital de jour | Consultation mémoire | SSR gériatrique | USLD | Plateau technique et Urgences | Filière interne complète |
|-------------------|---------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|------|-------------------------------|--------------------------|
| Arras | CH Arras | | | | Oui sans label | Oui | Oui | Oui | |
| | Bon Secours | | | | | Oui | | | |
| | HL St Pol | | | | | Oui | Oui | | |
| | CH Frévent | | | | | | Oui | | |
| | CH Bapaume | | | | | | Oui | | |

Le SROS prévoit la mise en place d'une filière gériatrique par zone de proximité à l'exception des zones les plus peuplées où il en faudrait deux : Lens ; Béthune ; Arras.

–2– DIAGNOSTICS ET PRÉCONISATIONS

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer du Territoire bénéficient-elles d'une prise en charge de qualité et en nombre suffisant sur le territoire ?

Leur famille peut-elle bénéficier de soutien ?

Très partiellement.

VII - LA BIENTRAITANCE

– 1 – DONNÉES DE BASE

Dans la perspective d'optimiser la coordination, l'organisation et l'efficacité du traitement des plaintes reçues, le Conseil Général et la DDASS ont signé un protocole de gestion des plaintes qui va être prochainement réactualisé.

Toute plainte fait l'objet d'un traitement et d'une procédure menée de façon concertée entre les deux institutions :

- communication systématique de la plainte entre la DDASS et le Conseil Général
- analyse conjointe pour définir le degré d'urgence et de gravité
- définition conjointe des modalités de réponse
- en cas d'inspection, organisation et visite conjointe
- co-signature du rapport par les représentants des deux institutions.

Toute ouverture de plainte s'inscrit dans une procédure contradictoire puisque le gestionnaire a le droit de réponse sur les éléments inscrits dans le rapport.

> Bilan du traitement des plaintes dans le Pas-de-Calais :

Entre janvier 2004 et mai 2005, 47 plaintes ont été enregistrées. Sur ces 47 plaintes, 14 évoquaient la maltraitance dont 8 en même temps qu'un ou plusieurs autres motifs – attitude des professionnels, organisation de l'établissement ou du service, la qualité de l'hébergement et la gestion des ressources ou des biens de la personne. Au total, 5 cas de maltraitance ont été avérés et le procureur a été saisi à 7 reprises.

Le cadre privilégié des plaintes :

- contexte de négligence, routine, environnement dégradé, absences de références
- affaiblissement de la hiérarchie et de la répartition des responsabilités
- épuisement des professionnels.

Enfin, les cas de maltraitements volontaires sont rares et la signature d'une convention tripartite constitue un progrès :

- meilleure adéquation des moyens à l'état de dépendance
- réflexion de l'établissement sur ses pratiques
- un médecin coordonnateur impliqué dans l'organisation des prises en charge
- des autorités de tutelle et contrôle plus visibles.

> Inscription systématique de la question du développement des pratiques de bientraitance dans les conventions tripartite signées avec les gestionnaires d'établissements.

> Politique d'inspections préventives mise en places par la DDASS et le CG : protocole conjoint de signalement et mise en place d'un Comité de Prévention et de Lutte contre la Maltraitance.

-2- DIAGNOSTICS ET PRÉCONISATIONS

2.1/ La bientraitance passe par la sensibilisation des publics concernés :

• Les familles :

Il y a un constat d'un manque important de communication vis-à-vis des familles, et principalement aux moments précédents une entrée en établissement.

On peut invoquer aussi une certaine peur de la dépendance, de la maladie présente ou éventuellement à venir, et de la vie en collectivité pour une entrée en établissement.

L'admission en établissement est un moment douloureux, tant pour le résidant que pour la famille. C'est un moment privilégié où l'on doit parler de tout : vie en collectivité, maladie éventuelle de soi ou des autres, contrat d'obsèques, environnement familial avec ses ententes ou mésententes, voire conflits, argent et coûts de fonctionnement, mise sous tutelle éventuelle, contrat de séjour, rupture de contrat, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, projet de vie, etc. Si cette étape est sous estimée ou bâclée, alors les problèmes surgissent après. Si vivre cette étape est une épreuve en soit, la réussir, et cela prend du temps, est gage de qualité. Mais cela va à l'encontre, bien sur, de remplir un lit «à tout prix».

Si le résidant est accompagné dans sa démarche par un référent ou un membre de la famille, ce dernier ne le suit pas forcément pendant toute l'évolution de son parcours, particulièrement lors de la montée en GIR, et principalement sur les GIR 3, 2 et 1.

Lorsque le résidant perd de sa lucidité, il apparaît un besoin croissant de communication avec la famille, ce qui n'est pas toujours possible. Se pose alors le problème de la mise sous tutelle, ce qui est une vraie agression.

La progression en GIR est aussi une certaine maltraitance financière, sur laquelle les familles, et le résidant, ont beaucoup d'incompréhensions, avec une certaine peur des conséquences sur le financement à venir. Se pose le problème de l'importance du «reste à charge», et de qui va le payer. Oser faire la demande d'un dossier d'aide sociale est souvent une terrible épreuve, ça l'est tout autant, parfois, pour le devoir alimentaire. A chaque fois qu'un problème financier apparaît, tout devient alors prétexte ou sujet à maltraitance pour la famille, vis-à-vis de la structure, voire du résidant, dans un contexte de culpabilisation.

Ce qui a pu être compris par la famille au moment de l'admission peut s'étioler avec le temps, principalement sur des questions de fonctionnement et de prix. Mais si certaines familles sont très impliquées, on note de façon relativement importante un désengagement progressif de celles-ci, tant à domicile qu'en structure. Le résidant le ressent, le personnel le ressent.

Une admission en établissement est souvent révélatrice de conflits antérieurs familiaux ou de problèmes financiers lourds. Une assistante sociale serait bien utile au moment de l'admission.

• Les résidants :

Ce qui est vrai pour les familles l'est aussi pour le résidant, bien qu'il arrive que le résidant soit mieux informé que la famille.

La montée en GIR pour la personne âgée est aussi une source de souffrance, surtout quand elle est mal acceptée : il apparaît alors un sentiment de culpabilisation, et/ou de maltraitance. Il apparaît aussi le refus de soins, tant par le résidant que par la famille. Se pose le problème des limites de la stimulation.

Des difficultés apparaissent parfois dans le comportement, surtout lors de l'évolution de la maladie Alzheimer ou assimilée, au moment d'une étape présentant une certaine violence. Violence qui peut être vis-à-vis d'autres résidants, comme vis-à-vis du personnel, ou de visiteurs. Tout diagnostiqué n'est pas forcément en UVA. Le résidant non violent, mais qui commence à déambuler, y compris la nuit et qui entre dans d'autres chambres que la sienne, c'est aussi une certaine source de violence pour celui qui est en train de dormir.

• Le personnel :

La communication avec le personnel passe par des réunions pluridisciplinaires et des formations. Le besoin paraît important, tant à domicile qu'en structure. Mais la personne âgée ne peut être délaissée pendant le temps des formations, d'où l'impératif des financements des remplacements.

2.2/ Le problème du relationnel avec les tutelles est très pénalisant.

Il est nécessaire que la tutelle comprenne bien le fonctionnement de la structure, connaisse bien son protégé. Ce qui n'est pas toujours le cas : attendre 8 jours l'autorisation d'acheter une paire de pantoufles ou un pantalon, ou une coupe de coiffeur, c'est trop long. N'avoir qu'un répondeur comme interlocuteur, ou un fax qui ne répond pas, ça ne peut être bienveillant. Certaines Tutelles n'ont jamais vu les résidants dont ils ont la charge. Nous travaillons autour de gens, dans le social, pas sur des dossiers.

2.3/ La loi 2002-2 nous aide par l'imposition de l'évaluation interne, principalement avec les réflexions sur l'application des bonnes pratiques.

2.4/ L'adaptation des locaux est aussi fondamentale, tant à domicile qu'en structure. En établissement, la présence de chambres d'hôtes pour les familles des résidents est importante : pouvoir permettre à la famille de rencontrer son parent quand celle-ci vient de loin, parfois dans la précipitation et dans le deuil.

2.5 La bientraitance passe aussi par la diversification des accueils : accueil de jour, de nuit, temporaires, béguinages, etc. Mais cette diversification pose le problème de leurs définitions, des projets d'établissement, des projets de vie individualisés. Si la diversification peut être un soulagement par les familles ou les aidants, elle peut se transformer en une maltraitance pour la personne âgée. Il y a une crainte de «gardiennage», et de la prise en charge du transport. Il nous semble nécessaire d'imaginer un regard inventif, créatif, sur la prise en charge. Il faut aussi des lieux d'écoute de la personne âgée.

2.6 On ne peut envisager de parler de la bientraitance sans aborder la mise en adéquation des moyens par rapport à l'engagement qualitatif, au projet de vie individualisé, à l'état de la dépendance psychique et/ou physique de la personne, de ses pathologies et/ou de son handicap éventuel.

– Si l'application des bonnes pratiques et le respect du projet de vie individualisé est une volonté incontestable des personnels et structures, que l'animation est l'affaire de tous, il n'en n'est pas moins vrai qu'on est limité par le taux d'encadrement, principalement pour les GIR 2 et 1. Il n'est pas très compliqué de lister alors les manques, ces derniers étant alors de l'insuffisance de bienveillance. C'est particulièrement vrai quand on rapproche ce fait du désengagement progressif des familles et de sa culpabilisation, ou de sa peur. Le taux d'encadrement du personnel de nuit est, lui aussi, malveillant.

– On note également l'épuisement des personnels. On peut observer à ce sujet qu'une aide psychologique des personnels serait utile, surtout en ce qui concerne les décès : faire face continuellement à la déchéance du corps, de l'esprit, à la mort, marque les esprits les plus aguerris, bien que nous fassions tout pour animer le lieu de vie.

Cette aide psychologique pourrait être orientée également vers les familles, à l'entrée, à la montée en GIR, au décès, etc.

– Il existe un déficit d'animations adaptées. Lorsque l'animatrice emmène un groupe à la piscine, cela ne concerne que peut de personnes par rapport aux autres résidents. Il en est de même pour le club informatique, le club de boules, l'atelier peinture, etc. Même si l'animation est l'affaire de tous, tout le personnel n'a pas la fibre d'une animatrice. Quid de l'animation les week-ends et jours fériés ?

2.7 Le rapport avec les tiers : il apparaît comme une demande du terrain un partenariat avec les différents acteurs sociaux du secteur, relationnel avec l'hôpital, le CLIC, les autres établissements alentours, les services à domicile, les assistantes sociales, les tutelles, le développement de liens sociaux, l'intergénérationnel, etc. Nos établissements font beaucoup d'efforts pour que chaque unité de vie soit «un cœur de village», mais nous avons aussi besoin de rencontres pluridisciplinaires entre professionnels du secteur pour être encore plus efficaces, plus accueillants, plus bienveillants. Il ne s'agit pas ici que de protocoles, mais aussi du «Lien».

Synthèse des propositions de l'Arrageois

1. Développer les compétences de coordination et de médiation du CLIC.
2. Développer l'accueil familial, l'accueil de jour et l'accueil temporaire.
3. Offrir un accompagnement aux aidants et aux personnels des SAAD et SIAD.
4. Evaluer annuellement la mise en place des plans d'aide par les SAAD, et réaliser chaque année un avenant à la convention précisant les objectifs d'amélioration.
5. Répondre au problème des situations de maltraitance, en particulier dans le contexte du désengagement probable de la CRAM.

Synthèse

du diagnostic territorial de

L'ARRAGEOIS

La population des personnes âgées va croître de 25 % sur le territoire de l'Arrageois d'ici 2015. Le nombre de personnes âgées sera alors de 44 617. L'arrageois sera parmi les 3 territoires les plus vieillissants du Département. Le taux d'équipement est actuellement supérieur à la moyenne départementale pour ce qui concerne les services d'aide à domicile, proche de la moyenne départementale pour ce qui concerne l'accueil de jour et l'accueil temporaire, et inférieur à la moyenne départementale pour ce qui concerne les établissements médico-sociaux et l'accueil familial.

Cinq points particuliers ont été retenus dans la réflexion :

1. Développer les compétences de coordination et de médiation du CLIC.

- en matière d'information : sur ce point, et compte-tenu de l'étendue du territoire, il sera nécessaire de rechercher une complémentarité des points d'accueil et d'information que peuvent aussi représenter les trois sites de la Maison du Département Solidarité (Arras Sud, Arras Nord et Bapaume), ainsi que les CCAS. Des séances de formation / information partenariales pourraient renforcer la capacité d'accueil et d'information de ce réseau, et l'information pourrait être capitalisée dans «le Guide Ressource de l'Arrageois».
- en matière de coordination des interventions : cette coordination semble particulièrement importante :
- lors de la sortie d'une hospitalisation, en lien avec l'équipe mobile du Centre Hospitalier d'Arras, les Services de Soins à Domicile, et le cas échéant les services intervenant dans le cadre de l'APA.
- Pour les plans d'aide APA complexes, où une coordination est par exemple à établir entre un service HAD et un SIAD, dans le cadre d'un plan d'aide APA.

D'une façon générale, il sera important de centrer les champs d'intervention du CLIC, en proportion des moyens humains affectés.

La prise en compte des interventions en matière d'information, mais aussi de la fonction de coordination, nécessite une analyse des moyens et compétences nécessaires au regard des besoins des populations de l'Arrageois.

2. Développer l'accueil familial, l'accueil de jour et l'accueil temporaire.

L'accueil familial pourrait être développé en gré à gré, ou en service prestataire avec un EHPAD.

3. Offrir un accompagnement aux aidants et aux personnels des SAAD et SSIAD.

Le vieillissement de la population des personnes âgées nécessite une attention particulière d'une part pour la formation des personnels des services d'aide à domicile, des services de soins à domicile, et d'autre part pour les aidants, par un soutien à travers des groupes de parole, mais aussi par le développement de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire comme indiqué ci-dessus.

4. Evaluer annuellement la mise en place des plans d'aide APA par les SAAD, et réaliser chaque année un avenant à la convention précisant les objectifs d'amélioration.

Une évaluation annuelle a été expérimentée par les équipes APA du Conseil Général auprès des personnes âgées bénéficiant d'un plan d'aide. Cette démarche permet de prendre en compte l'appréciation des usagers, et de solliciter les services à domicile pour apporter les améliorations nécessaires. Il pourrait être envisagé que les conventionnements entre les associations et le Conseil Général fassent l'objet d'un avenant annuel élaboré en commission APA, et précisant les objectifs spécifiques pour l'année suivante, au vu de ces évaluations.

5. Répondre au problème des situations de maltraitance, en particulier dans le contexte du désengagement probable de la CRAM.

Cette question mérite une attention particulière, afin que les situations de maltraitance puissent faire l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge.

Synthèse

des synthèses de diagnostics territoriaux

A la lecture des 9 diagnostics territoriaux, il apparaît clairement des points de convergence entre les différents territoires sur les axes d'amélioration à développer pour les 5 années à venir.

LES AXES D'AMÉLIORATION COMMUNS A L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES

Les axes d'amélioration formulés unanimement par l'ensemble des territoires sont au nombre de 6 :

>Développer les compétences du CLIC en matière d'information et de coordination, d'animation de réseau de prévention et son rôle d'observatoire,

>Développer l'information à destination des personnes âgées :

- Conditions d'admission à l'aide sociale,
- Droit des personnes âgées,
- Les structures existantes,
- Les différents intervenants à domicile,
- La maltraitance,
- Missions du CLIC,
- ...

>Développer le travail en réseau et optimiser la collaboration entre les différents intervenants (CLIC, MDS, CCAS, SAAD, SSIAD, HAD, Etablissement...), par la mise en place par exemple de réunions de concertation, d'une charte de bonnes échanges et de bonnes conduites, d'un cahier de liaison commun, ...,

>Développer et pérenniser les services de transport accompagné pour lutter contre l'isolement de la personne âgée,

>Développer l'accueil de jour,

>Développer le soutien aux professionnels et aux aidants afin de lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance, par la mise en place par exemple de groupe de parole.

Des recoupements d'idées peuvent être également faits suivant les 6 thématiques traitées. Ils sont présentés ci-dessous.

■ DÉVELOPPER UNE POLITIQUE GÉRONTOLOGIQUE CONCERTÉE ET COHÉRENTE

De manière générale, les axes prioritaires communs à l'ensemble des territoires sont au nombre de trois, à savoir :

- Développer les compétences du CLIC en matière d'information et de coordination, d'animation de réseau de prévention et son rôle d'observatoire,
- Améliorer la coordination entre les acteurs et les structures et développer le travail en réseau à l'échelle des territoires (CLIC, MDS, Mairie, SAAD, SSIAD, HAD, Hôpital, CCAS...)

- Développer l'information à destination des personnes âgées :
 - Conditions d'admission à l'aide sociale,
 - Droit des personnes âgées,
 - Les structures existantes,
 - Les différents intervenants à domicile,
 - La maltraitance,
 - Missions du CLIC,
 - ...

Sur les territoires de l'Audomarois et de l'Artois, deux axes complémentaires sont ajoutés :

- Créer un comité de suivi départemental du schéma,
- Créer un observatoire des besoins des personnes âgées et de l'offre d'accueil,

Sur les territoires du Ternois, Henin-Carvin et Lens-Liévin, une idée commune émerge celle de développer une gestion informatisée, centralisée et harmonisée des listes d'attente en établissement.

Enfin, sur le territoire du Montreuillois, apparaît la volonté de poursuivre la mise en œuvre du CLIC, ce territoire étant le seul à ne pas en être doté.

■ SOUTENIR LA VIE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

En matière de **soutien à domicile** des personnes les deux axes de travail qui se détachent majoritairement sur l'ensemble des territoires sont :

- Développer le travail en réseau et optimiser la collaboration entre les différents intervenants (SAAD, SSIAD, HAD, Etablissement...), par la mise en place par exemple d'une charte de bonnes échanges et de bonnes conduites, mise en place d'un cahier de liaison commun, réunion de concertation...
- Développer et pérenniser les services de transport accompagné pour lutter contre l'isolement de la personne âgée
- Trois idées complémentaires énoncées chacune par trois territoires apparaissent :
 - Améliorer le système d'instruction APA, le suivi et l'évaluation des plans d'aide et renforcer le partenariat entre les services du CG gérant l'APA et les professionnels intervenants chez les personnes âgées (Montreuillois, Arrageois, Boulonnais)
 - Développer et structurer la démarche qualité dans les services d'aide à la personne (Ternois, Audomarois, Calaisis)
 - Professionnaliser les intervenants dans les services d'aide à la personne (Boulonnais, Lens-Liévin, Calaisis)

■ FAVORISER LA CITOYENNETÉ ET LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

En matière de citoyenneté de la personne âgée, aucune orientation n'est citée de façon commune sur l'ensemble des territoires, il s'agit plutôt d'orientations individuelles propres à chaque territoire, par exemple :

- Henin-Carvin : Développer le conseil municipal des aînées
- Montreuillois : Impliquer les clubs des aînés dans la prévention
- Audomarois, Calais : Développer les rencontres intergénérationnelles
- Audomarois, Artois : Développer les ateliers mémoire
- Audomarois, Artois, Ternois : Développer les NTIC
- Audomarois, Artois : Développer les services de portage à domicile
- Artois : Développer les séances de préparation à la retraite

■ OFFRIR DES POSSIBILITÉS D'ACCUEIL RÉSIDENTIEL DIVERSIFIÉES ET ADAPTÉES À LA PERTE D'AUTONOMIE

Concernant l'offre d'accueil, l'axe d'amélioration cité unanimement est le développement de l'accueil de jour.

Sur les territoires Montreuillois, Audomarois, Lens-Liévin et Calaisis, on relève la volonté de créer des structures alternatives à l'hébergement des personnes âgées (Résidence services, béguinages...)

Sur les territoires Arrageois, Audomarois, Artois, Calaisis, l'idée commune proposée est de développer l'accueil familial.

Dans les secteurs d'Henin-Carvin, de l'Audomarois, du Boulonnais, et sur le territoire de Lens-Liévin, la volonté est d'adapter le bâti aux personnes âgées dépendantes.

Autre priorité remontée par les territoires Audomarois, Artois, Lens-Liévin, celle de créer des places médico-sociales.

Sur le Ternois, on note enfin la volonté de développer le concept de bâtiment intelligent pour le maintien à domicile par la domotique.

Et sur Hénin-Carvin, le souhait de créer un label de logement non institutionnel.

■ ADAPTER L'ORGANISATION DES SOINS AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES PERSONNES ÂGÉES

Sur les trois territoires, Montreuillois, Audomarois Boulonnais, l'orientation commune est de renforcer les équipes hospitalières HAD.

Et sur Lens-Liévin de faire connaître la filière gériatrique aux généralistes.

■ DE LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE À LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

Unaniment, afin de lutter contre la maltraitance et pour promouvoir la bientraitance, l'axe d'amélioration proposé sur l'ensemble des territoires est de :

- Développer le soutien aux professionnels, aux aidants

D'autres orientations sont prises individuellement sur chaque territoire comme :

- Répondre aux problèmes des situations de maltraitance (Arrageois)
- Création d'un comité de la bientraitance (Audomarois)
- Mettre en place une permanence d'écoute (Lens-Liévin)

Etablissement site d'urgences (zone de proximité)

Etablissement de santé site d'un service d'accueil des urgences comprenant l'ensemble de la filière gériatrique et développant une dynamique gériatrique dans la zone de proximité et un lien avec le réseau régional des consultations de la mémoire.

Etablissement de santé référent

Etablissement public, privé ou PSPH comprenant soit une unité de médecine gériatrique et/ou polyvalente, soit des soins de suite et des consultations avancées plus des conventions de partenariat avec les structures locales impliquées dans la prise en charge des personnes âgées.

Court séjour gériatrique

L'unité de CSG prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques et problèmes sociaux surajoutés. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

Le mode d'accès privilégié est l'admission directe, on y assure une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement et une orientation adaptée après quelques jours d'hospitalisation.

L'équipe mobile de gériatrie

Les EMG interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC et les réseaux de santé «personnes âgées». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

L'EMG intervient dès la prise en charge aux urgences afin de faciliter l'entrée directe du patient dans les services d'hospitalisation. Il est souhaitable que l'EMG assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux et peut, dans un cadre expérimental, intervenir au sein des EHPAD.

SSR gériatrique

Les soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

Consultation gériatrique avancée

Evaluation gérontologique d'ordre somatique, cognitif et ou social réalisé par un gériatre ou un médecin coordonnateur d'EHPAD qui peut faire appel un psychologue ou à un personnel paramédical et social formé à la gériatrie dans un établissement sanitaire ou médico-social voire dans un centre de santé.

Hôpital de jour de gériatrie, de diagnostic et de suivi

Structure composée d'un plateau technique, permettant une évaluation gériatrique globale et coordonnée par un gériatre et assurant les bilans approfondis suite à une consultation gériatrique et/ou par les médecins généralistes ou urgentistes.

Consultation mémoire labellisée

Evaluation du trouble mnésique réalisé par une équipe pluridisciplinaire (gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue, infirmier, assistant social, ...) dans un établissement de soins de court séjour avec accès à un hôpital de jour pour effectuer tous les examens nécessaires au diagnostic et au suivi.

Consultation mémoire avancée ou de proximité

Ces consultations spécialisées sont dispensées dans le cadre ambulatoire soit en ville, soit en établissement de santé par des neurologues, des gériatres et des psychiatres spécialisés dans la mémoire (diplôme ad hoc), éventuellement aidés de psychologues.

Réseau de santé gérontologique

Organisation du système de santé par valorisation de l'offre existante et par décloisonnement des champs sanitaires, médico-social et social, définie dans le cadre du SROS III et ayant pour but de faciliter l'accès aux soins et garantir la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge globales des personnes âgées comprenant éducation à la santé, actions de prévention, diagnostics, soins, accompagnement social et médico-social. Ils s'appuient sur des équipes mobiles comprenant au moins un temps de gériatre et une infirmière.

Il existe par ailleurs le réseau régional de la mémoire Nord-Pas de Calais (Meotis) qui coordonne ses actions avec ces réseaux locaux de gérontologie et les CLIC.

CLIC : centre local d'information et de coordination

Accueil de proximité, d'information, de conseil, d'évaluation et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage (famille, intervenants, professionnels, bénévoles, institutions) et de coordination des intervenants. Ils sont définis selon trois niveaux en fonction de leurs missions (information et accueil, élaboration du plan d'aide, plate forme de services).

- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ASSAD : Association de services et de soins à domicile
- CALL : Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin
- CARMI : Caisse Régionale de la sécurité sociale dans les mines du Nord Pas de Calais
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CLIC : Centre local d'information et de coordination
- CPOM : Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens
- CROSMS : Comité Régional de l'organisation sanitaire et sociale
- EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes âgées Dépendantes
- EMS : Etablissement Médico-Social
- EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
- GIR : Groupe Iso Ressources
- HAD : Hôpital à Domicile
- LF : Logement Foyer
- MDS : Maison Département Solidarité
- SAAD : Service d'Aide à Domicile
- SROSS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Composition

des sous groupes de travail

N° 1 : Coordination gérontologique

Mme LAUNOIS Marie France, *Assistante sociale CLIC Arras (Pilote)*

M.DEBROISE Guillaume, *chargé d'étude CRAM*

M.SHABY Stéphane, *Directeur ASAP*

N° 2 : Soutien à domicile

Mme JEAN Anne Sophie, *Chef de service SLPS CG62 (Pilote)*

M.LEFBVRE Hubert, *Directeur AIDAF*

M.LANCE Dominique, *Assistant de direction ADMR de Vimy*

Mme POUILLAUDE Catherine, *Infirmière SSIAD Boiry st Martin*

Mme DOLIGER Agathe, *Conseillère MDPH*

M.BAUDOIN Sylvain, *Chargé de développement AIDAF*

N° 3 : L'offre résidentielle

Mme WATTRISSE Dominique, *Coordinatrice services maintien à domicile CCAS Arras (Pilote)*

Mme COURDRE Marie Christine, *Directrice EHPAD Belle Epoque*

N° 4 : Prise en charge institutionnelle

Mme BENEDIT Yveline, *Coordinatrice MDS Arras (Pilote)*

M.BROYEZ René, *ASSAD Hermies*

M.LEDHE Didier, *Directeur EHPAD St Laurent Blangy*

Mme LEGER Sergine, *Assistante sociale MDS Arras*

M.HOMBERT Henri, *Président ASSAD*

N° 5 : Citoyenneté

Mme LEMOINE Annie, *Coordinatrice de site, CG62 (pilote)*

Mme CARTON Barbara, *Responsable ASS, RSI Nord Pas de Calais*

Mme FLOURET Anne Cécile, *Assistante sociale, MSA*

N° 6 : L'accès aux soins

M.VANBESIEN Christophe, *Directeur Adjoint CH Arras (pilote)*

Mme BRANLY Marie José, *Directrice EHPAD Ste Camille*

M.ROBINNE Antoine, *Directeur EHPAD St Landelin*

M.LEMAHIEU Reynald, *Inspecteur DDASS*

N° 7 : La bientraitance

M.ROBINNE Antoine, *Directeur EHPAD St Landelin (pilote)*

M.VANBESIEN Christophe, *Directeur Adjoint CH Arras*

M.LEMAHIEU Reynald, *Inspecteur DDASS*

Mme BRANLY Marie José, *Directrice EHPAD Ste Camille*



Pas-de-Calais
Conseil Général

POLE DE LA SOLIDARITÉ

Direction des Personnes Agées, des Personnes Handicapées et de la Santé
Service Pilotage et Développement

Département du Pas-de-Calais/CG62—maquette/impression : imprimerie départementale