

## SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE PERSONNES AGÉES



	<b>L'aide aux aidants</b>	4
	<b>Le lieu de vie</b>	6
	<b>Les maladies neuro-dégénératives</b>	9
	<b>La coordination gériatrique</b>	12
	<b>Les dispositifs de répit</b>	15
	<b>Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide à domicile</b>	18

## L'aide aux aidants

### Domaines Stratégiques

TOUS  
Vieillesse

### Priorités

L'aide aux aidants  
Les maladies neuro-dégénératives

### Objectifs généraux du PSRS

L'aide aux aidants	Développer la connaissance des pathologies et des handicaps pour les aidants. Dispenser aux aidants familiaux, aux associations et aux professionnels des formations adaptées.
Les maladies neuro-dégénératives	Participer à l'amélioration des compétences des intervenants à domicile

### Contexte et enjeux

Le secteur de l'aide à domicile se professionnalise depuis quelques années malgré des difficultés de financement. De même pour les départements qui ont développé l'accueil familial, des actions de formation apparaissent nécessaires. La CNSA à travers la section IV de financement offre des possibilités d'accompagnement financier.

Il convient notamment de souligner que l'association France Alzheimer a signé une convention de partenariat avec la CNSA pour mettre en place des actions de formation au profit des aidants familiaux, avec prise en charge simultanée de la personne âgée à son domicile.

### Objectifs opérationnels

**Accompagner les conseils généraux dans la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile :**

**Action 1 :** Faciliter les démarches des conseils généraux auprès de la CNSA

**Action 2 :** Encourager la mutualisation des formations organisées par les services d'aide à domicile (minimiser les coûts de formation et faire partager les expériences entre professionnels).

**Action 3 :** Participer au suivi des actions mises en place.

**Action 4** : Encourager la création de plate-formes territoriales de répit où seront intégrés conseil, orientation, offre de service avec un soutien aux familles.

- Soutenir la formation des accueillants familiaux.
- Accompagner notamment l'association France Alzheimer dans le déploiement des actions de formations d'aide aux aidants familiaux, de groupe de parole en soutien aux aidants en prévoyant la prise en charge simultanée des malades.

## Financement

Section IV et section V de la CNSA.

## Indicateurs de suivi

Les maladies neuro-dégénératives.  
Nombre de conventions signées.

## Le lieu de vie

### Domaine Stratégique

Vieillesse

### Priorité

L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant le choix de la personne âgée pour son lieu de vie.

### Objectif général du PSRS

- Permettre, dans une recherche constante d'adéquation entre liberté du citoyen et protection de la personne, à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité.
- Réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement, en synergie avec un maillage territorial adapté de l'offre sanitaire.

### Contexte et enjeux

L'hébergement en EHPAD ne représente qu'une partie des services en faveur des personnes âgées dont le recours y est de plus en plus tardif (en 2007 l'âge moyen d'entrée est de 80 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes) avec des durées de séjours de plus en plus courtes (3 ans et 4 mois en 2007). Les entrées en institution sont moins motivées par le désir de vie collective que par les difficultés à surmonter au quotidien les obstacles à la vie individuelle. Ainsi il est régulièrement noté une aspiration très forte des personnes âgées pour rester à domicile.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age 2007/2012 la totalité des places d'EHPAD a été notifiée par la CNSA à la Région Poitou-Charentes, ainsi 3 000 lits sont en cours d'installation dont 1500 en Charente-Maritime. Les taux d'équipement départementaux sont très variables (106 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans sur le territoire de Charente-Maritime Sud à 136 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans sur le territoire des Deux Sèvres, malgré l'application depuis 2006 d'une programmation visant à réduire les écarts.

Par ailleurs, l'absence de personnel infirmier au sein de l'EHPAD en cas d'incident peut conduire à un recours aux urgences, d'où la nécessité de couvrir les amplitudes les plus larges possibles en fonction des moyens. Il doit être tenu compte également des problèmes de démographie médicale sur certains territoires et des relais de plus en plus difficile à trouver avec les médecins généralistes et les infirmiers libéraux.

## Objectifs opérationnels

**Permettre au territoire de la Charente d'atteindre le niveau d'équipement régional.**

**Action 1 :** Déterminer sur le territoire de santé de la Charente, les zones d'implantation prioritaires.

**Action 2 :** Créer les prochaines places d'EHPAD sur le territoire de santé de Charente.

**Permettre au territoire de la Charente-Maritime d'atteindre le niveau d'équipement régional après avoir installé les 1 500 places autorisées.**

**Action :** Déterminer sur les territoires de santé de la Charente-Maritime, les zones d'implantation prioritaires au vu des taux d'occupation et des places disponibles.

**Expérimenter le concept de plateforme de services intégrant le service à domicile (L'EHPAD de demain).**

**Action :** Favoriser ce type d'expérimentation.

**Permettre au territoire de la Vienne de maintenir son taux d'équipement à la moyenne régionale**

**Action :** Déterminer sur le territoire de santé de la Vienne, la zone d'implantation prioritaire.

**Maîtriser des prix de journée hébergement compatible avec les revenus des retraités de la région source INSEE.**

**Action :** Faire référence à un prix de journée maximum parmi les critères du cahier des charges des appels à projet.

**Reconnaître dans les établissements des unités pour accueillir les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.**

**Action 1 :** Revoir les arrêtés d'autorisation eu égard à la réalité du fonctionnement des établissements, (mettre à jour FINESS).

**Action 2 :** Identifier les unités Alzheimer dans les conventions tripartites.

**Assurer une présence infirmière de 7h30 à 20H30 pour les établissements d'une capacité de plus de 60 lits et envisager des astreintes de nuit par mutualisation entre établissements.**

**Action :** Lors du renouvellement des conventions tripartites, vérifier les plannings infirmiers.

### ***Développer l'articulation entre les centres hospitaliers et les EHPAD.***

**Action :** Rédaction de conventions relatives à l'admission dans les centres hospitaliers et au retour en EHPAD.

### ***Maintenir et/ou améliorer une prise en charge de qualité dans les établissements.***

**Action :** Lors du renouvellement des conventions tripartites, déterminer des objectifs de qualité en référence aux recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### ***Organiser un suivi mensuel des places disponibles.***

**Action :** Mettre en place un outil de suivi des places disponibles

### **Lien avec schéma régional de prévention**

Santé au travail plan de prévention des lombalgies.  
Promotion de la bienveillance.

### **Lien avec le plan régional de gestion des risques**

Mettre en place un suivi, une analyse des dépenses de soins, ainsi que des indicateurs de qualité et d'efficience.

Améliorer la qualité et l'efficience des soins en EHPAD, notamment en renforçant la coordination des soins et en favorisant la diffusion des bonnes pratiques de soins et de prescriptions.

### **Financement**

CNSA

### **Indicateurs de suivi**

- Evolution du taux d'équipement par territoire.
- Nombre d'établissements de plus de 60 lits assurant une présence infirmière de 7h30 à 20h30.

## Les maladies neuro-dégénératives

### Domaine stratégique

Vieillesse

### Priorité

Les maladies neuro-dégénératives

### Objectif général du PSRS

Développer la prise en charge dans le cadre de filières identifiées et notamment :

- développer les accueils de jours spécifiques et les hébergements temporaires,
- installer les unités spécifiques Alzheimer (UHR, PASA, MAIA).

### Contexte et enjeux

Lorsque la maladie s'installe, chaque patient, chaque famille doit pouvoir trouver un mode de prise en charge adapté. La gestion du parcours de vie des malades atteints de la maladie d'Alzheimer requiert un niveau de compétences techniques et organisationnelles de plus en plus élevé pour les soignants, mais plus encore une coordination des intervenants professionnels et familiaux.

Une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement doit permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé. Ainsi les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades (MAIA) permettent, à partir d'une structure existante, de construire avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial. Pour les personnes en situation complexe, les MAIA proposent un accompagnement rapproché et individualisé par un gestionnaire de cas.

Dans l'évolution de la maladie, peuvent survenir des périodes des crises. Dans ces cas, il est nécessaire de disposer de services de soins de suite et de réadaptation (SSR) adaptés, qui permettent d'assurer des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

En établissement, il convient d'améliorer l'accueil pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par la création :

- d'unités hébergement renforcées, lieux de vie et soins qui fonctionnent jour et nuit. Elle propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères ;

- de pôles d'activité de soins adaptés qui accueillent dans la journée les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés.

A domicile, il apparaît que la prise en charge est trop limitée à des soins de type nursing. Pour remédier à ce constat il est prévu la constitution d'équipes spécialisées pluridisciplinaires pour effectuer des séances de réhabilitation et d'accompagnement permettant le maintien des capacités existantes, la diminution des troubles du comportement ainsi que l'amélioration de la relation patient-aidant. Ces équipes spécialisées sont portées par des SSIAD.

L'ensemble de ces mesures constituent la déclinaison territoriale du plan national « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012.

### Objectifs opérationnels

***Individualisation au sein de 4 services de soins de suite et réadaptation (SSR) d'unités cognitivo-comportementales d'une capacité de 10 à 12 lits.***

**Action1** : Identifier sur chaque département le site de l'UCC.

**Action2** : Ouvrir les UCC l'année d'allocation des moyens.

**Action3** : Suivre le fonctionnement des UCC.

***Création de 11 Unités Hébergement Renforcée d'une capacité de 12 à 14 résidents.***

**Action 1** : Suite à l'appel à candidature d'avril 2010 et des décisions d'implantation prises en juin 2010, créer les unités en fonction de la délégation des moyens.

**Action 2** : Suivre le fonctionnement des UHR en cohérence avec le cahier des charges sur les conditions de prise en charge des personnes.

***Identification au sein des EHPAD de 51 pôles d'activité de soins adaptés (PASA).***

**Action 1** : Lancer un appel annuel à candidatures dès les parutions des circulaires budgétaires.

**Action 2** : S'assurer d'une bonne répartition territoriale.

**Action 3** : Suivre le fonctionnement des PASA en cohérence avec le cahier des charges sur les conditions de prise en charge des personnes.

***Création de 20 équipes spécialisées, soit 200 places, comprenant des assistants en gérontologie, des psychomotriciens ou ergothérapeutes dans la prise en charge à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.***

**Action 1 :** Lancer un appel annuel à candidatures dès les parutions des circulaires budgétaires.

**Action 2 :** Assurer une couverture géographique sur l'ensemble de la région.

**Action 3 :** Suivre le fonctionnement des équipes spécialisées SSIAD.

***Création des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.***

**Action 1 :** Lancer un appel annuel à candidatures dès les parutions des circulaires budgétaires.

**Action 2 :** Suivre le fonctionnement des MAIA et veiller à l'articulation entre les équipes sanitaires, médico-sociales et sociales.

## Financement

CNSA et DAF

## Indicateurs de suivi

- Nombre d'unités et de lits identifiés UCC
- Nombre d'unités d'hébergement renforcés créées
- Nombre de pôles d'activité de soins adaptés créés
- Nombre d'équipes spécialisées SSIAD créées
- Nombre de MAIA créées

## La coordination gérontologique

### Domaine stratégique

Vieillesse

### Priorité

L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie.

### Objectif général du PSRS

Permettre, dans une recherche constante d'adéquation entre liberté du citoyen et protection de la personne, à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité ; lui donner les possibilités :

- de bénéficier des services d'une coordination gérontologique,
- de pouvoir bénéficier d'une hospitalisation à domicile (y compris dans une structure d'hébergement),
- de pouvoir bénéficier des services d'un SSIAD et des accompagnements spécialisés, notamment en fin de vie.

### Contexte et enjeux

Depuis 10 ans les dispositifs d'information et de coordination se sont développés. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou comités locaux de coordination gérontologiques (CLCG) en Charente sont des lieux d'information pour les personnes âgées et les aidants sur l'ensemble des dispositifs de la prise en charge. Leur configuration est différente selon les départements. Les réseaux gérontologiques apportent une coordination sanitaire et médico-sociale. Dans certains départements l'ensemble du territoire départemental est couvert en CLIC avec parfois une coordination CLIC-réseau gérontologique proposant un numéro de téléphone unique facilitant ainsi l'information et l'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches.

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) vont compléter ces dispositifs qui tous ont vocation à fluidifier le parcours des personnes par une information et un suivi renforcés. Il apparaît aujourd'hui une couverture territoriale inégale, des fonctionnements disparates et des articulations   améliorer.

Le manque de coordination entraîne une perte d'efficacité, d'efficience et peut altérer la qualité de la prise en charge. Inversement, la coordination a un c t pour les établissements et les services. Aussi, en complémentarité et en cohérence avec les schémas gérontologiques, en partenariat avec les conseils généraux, l'enjeu est d'offrir sur l'ensemble de la région une réponse (aux patients, aux familles et

aux professionnels) lisible, réactive, globale et coordonnée à la prise en charge des personnes. Par ailleurs, il convient de formaliser les modalités de prise en charge des patients accueillies dans les centres hospitaliers, les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD) par des conventions.

## Objectif opérationnel

***Apporter aux familles et aux professionnels une information et une plus grande lisibilité sur l'ensemble des dispositifs à l'échelle du département en renforçant l'information partagée entre la coordination gérontologique du Département, CLIC, réseaux de santé gérontologiques, structures sanitaires et médico-sociales.***

**Action 1 :** Participer à toute action de communication ou d'information (par exemple mise en place d'un numéro téléphonique à 3 chiffres).

**Action 2 :** Accompagner les actions développées par les conseils généraux.

**Action 3 :** Participer aux comités de suivi de la coordination gérontologique dans les départements où ils existent.

***Etre en capacité d'offrir sur l'ensemble de la région une prise en charge coordonnée.***

**Action 1 :** Revoir l'organisation territoriale et fonctionnelle actuelle des réseaux gérontologiques afin de couvrir les zones ne disposant pas de réseau.

**Action 2 :** Mutualiser les moyens d'information, de coordination et d'articulation entre les structures sanitaires et médico-sociales (Réseaux gérontologiques, CLIC, Conseil Généraux, établissements, MAIA...).

***Mettre en place des conventions de prise en charge entre les centres hospitaliers, les SSR, les HAD avec les EHPAD et les SSIAD/SAAD.***

**Action 1 :** Proposer des conventions de prise en charge entre établissements et services.

**Action 2 :** Réunir de manière trimestrielle CH, EHPAD, SSIAD/SAAD suivant la zone géographique concernée pour identifier les difficultés rencontrées par chacune des institutions.

***Accompagner le développement de plateforme territoriale de service (structure proposant: hébergement permanent et temporaire, accueil de jour, halte répit, SSIAD, SAD, familles d'accueil CLIC/RSG MAIA).***

**Action 1 :** Identifier les plateformes de service existantes par territoires et leur mode de fonctionnement en lien avec les conseils généraux.

**Action 2** : Diffuser les modes de fonctionnement les plus opératoires.

***Faciliter les démarches des familles, lors de la recherche d'une place en établissement***

**Action 1** : Participer à une démarche de dossier de pré-inscription commun par territoire.

**Action 2** : Utiliser le dossier médico-administratif issu de « Trajectoires » pour les personnes âgées sortant de SSR cherchant une place en EHPAD.

**Action 3** : Recueillir l'information sur les places disponibles.

**Financement**

CNSA

**Indicateurs de suivi**

- Taux de couverture géographique bénéficiant d'une prise en charge coordonnée
- Nombre de conventions signées entre CH EHPAD SSIAD
- Nombre d'EHPAD utilisant un dossier de pré- inscription commun

## Les dispositifs de répit

### Domaine stratégique

Vieillesse

### Priorités

- L'aide aux aidants
- Les maladies neuro-dégénératives

### Objectifs généraux du PSRS

PRIORITÉS	OBJECTIFS GÉNÉRAUX
L'aide aux aidants	Créer et accompagner des dispositifs et lieux de répit adaptés indispensables pour les familles et les structures.
Les maladies neuro-dégénératives	Développer la prise en charge dans le cadre de filières identifiées et notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>• développer les accueils de jours spécifiques et les hébergements temporaires,</li> <li>• installer les unités spécifiques Alzheimer (UHR, PASA, MAIA).</li> </ul>

### Contexte et enjeux

Les structures de répit (accueil de jour et hébergement temporaire) doivent offrir les moyens de garantir une qualité de vie à domicile permettant, lorsque c'est le souhait des personnes et de leur entourage, de prolonger le maintien à domicile. Les taux d'occupation des accueils de jour sont très faibles et les hébergements temporaires sont détournés de leur finalité.

Concernant l'hébergement temporaire, une ambiguïté existe lors de l'évaluation quantitative de ce secteur d'activité. En effet, il peut-être dénombré des places installées au titre de l'hébergement temporaire, mais cette activité d'accueil temporaire peut aussi être réalisée sur les autres places de l'établissement, indépendamment de celles installées au titre de l'hébergement temporaire. Souvent, l'hébergement temporaire apparaît comme un dispositif trop calqué sur l'hébergement permanent. Quant au dispositif d'accueil de jour, la circulaire du 25 février 2010 définit les modalités de mise en œuvre à appliquer.

Les structures d'accueil temporaire doivent développer une démarche d'encadrement des personnes âgées mais également d'accompagnement des aidants. Par ailleurs, une des conséquences majeures de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est souvent pour les aidants, une perturbation de leur vie quotidienne, une souffrance psychologique et une dégradation de leur état de santé. De nombreux travaux ont montré que les aidants de patients déments sont plus sévèrement atteints que les patients atteints de pathologies autres.

Les conséquences pour l'aidant sont multiples: troubles dépressifs, troubles du sommeil, anxiété ; différentes études insistent sur l'importance de maintenir le lien aidant-aidé tout en prenant en charge particulièrement plus spécifiquement l'aidant.

### Objectif opérationnel

***Revoir les capacités minimales des accueils de jour fixées à 6 places lorsque l'accueil de jour est adossé à un EHPAD et dix places pour un accueil de jour autonome, sans exclure des modes de fonctionnement mutualisés déployés sur plusieurs sites territorialisés et/ou itinérants dans le respect du décret à venir.***

**Action 1 :** Effectuer un inventaire de l'existant.

**Action 2 :** Solliciter les promoteurs sur leur intention (cession, extension regroupement).

**Action 3 :** Révision de l'ensemble des autorisations dont les capacités sont inférieures aux seuils énoncés ci-dessus.

**Action 4 :** Définir des zones de territorialisation des accueils de jour.

**Action 5 :** Délivrer de nouvelles autorisations aux établissements présentant un projet de prise en charge en accueil de jour incluant les modalités de transport avec un fonctionnement en réseau.

***Inciter les établissements proposant un accueil de jour à organiser le transport.***

**Action 1 :** Identifier les établissements ne proposant pas de transport.

**Action 2 :** Demander à ces établissements d'organiser un transport dans un délai de 6 mois.

***Apporter une visibilité des structures de répit (AJ+HT).***

**Action 1 :** Faire des structures d'accueil temporaires un outil des réseaux.

**Action 2 :** Informer les services sociaux des centres hospitaliers des possibilités d'hébergement temporaires.

***Structurer les hébergements temporaires pour leur permettre d'offrir un hébergement dans les 24h en cas d'hospitalisation de l'aidant.***

**Action 1 :** revoir les projets des structures offrant un hébergement temporaire.

**Action 2 :** définir des modalités d'admission souples et rapides.

## ***Accompagner les aidants dans leur séparation avec les personnes malades.***

**Action :** revoir les projets des structures offrant un hébergement temporaire ou un accueil de jour avec des objectifs qualitatifs.

## ***Centraliser l'information sur les places disponibles en accueil de jour et en hébergement temporaire.***

**Action :** mettre en place un outil de centralisation des places.

## ***Favoriser les dispositifs expérimentaux de type garde itinérante de nuit ou accueil de nuit par notamment la création de Services Polyvalents d'Accueil et de Soins à Domicile (SPASAD) en lien étroit avec l'EHPAD de proximité.***

**Action :** Faciliter la création des projets.

## ***Expérimenter les dispositifs de halte répit (accueil en EHPAD de 2 à 6 heures dans la journée).***

**Action 1 :** Définir un cahier des charges régional concerté avec les quatre départements.

**Action 2 :** Effectuer une déclinaison territoriale de ce dispositif expérimental.

## ***Favoriser le développement des plateformes de répit.***

**Action :** Aider les porteurs de projet à mettre en place ce nouveau dispositif en s'appuyant notamment sur les projets déjà existants.

## **Financement**

CNSA PRIAC

## **Indicateurs de suivi**

- Taux d'occupation des accueils de jour
- Taux de structure d'accueil de jour ayant des capacités inférieures au seuil
- Taux d'occupation des hébergements temporaire
- Délais moyen d'accès à un hébergement temporaire et accueil de jour
- Nombre de plateformes de répit

# Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide à domicile

## Domaine stratégique

Vieillesse

## Priorité

L'accompagnement de la perte d'autonomie en respectant les choix de la personne âgée pour son lieu de vie.

## Objectif général du PSRS

Permettre, dans une recherche constante d'adéquation entre liberté du citoyen et protection de la personne, à chaque personne âgée de rester acteur de sa vie et de respecter son projet de vie en fonction de son désir et de sa sécurité ; lui donner les possibilités :

- de pouvoir bénéficier des services d'un SSIAD et des accompagnements spécialisés, notamment en fin de vie.

Réduire les écarts intra-régionaux en matière d'équipement, en synergie avec un maillage territorial adapté de l'offre sanitaire.

## Contexte et enjeux

Le service de soins infirmiers à domicile est un des pivots du maintien à domicile. Il représente la part la plus formalisée de l'organisation coordonnée de l'offre ambulatoire en faveur des personnes âgées. Il doit, lorsque les prises en charge le nécessitent intervenir 7 jours sur 7. Il convient de poursuivre la poursuite de création des places de SSIAD en prenant en compte la nécessité de réduction des écarts régionaux.

## Objectifs opérationnels

***Permettre au territoire de la Charente d'atteindre le niveau d'équipement régional.***

**Action :** Créer les 100 prochaines places de SSIAD sur le territoire de santé de la Charente.

***Permettre à chaque territoire de se maintenir au taux d'équipement régional en tenant compte des zones sous, peu, ou moyennement dotées en infirmières libérales.***

**Action :** Lancer les appels à projet sur des zones géographiques sous dotées ou moyennement dotées en infirmières libérales (IDEL).

***Promouvoir la mutualisation des SSIAD, des SAAD pour les frais de gestion et apporter une complémentarité dans la prise des personnes âgées en perte d'autonomie.***

**Action :** Limiter l'intervention à un ou deux SSIAD sur une même aire géographique.

***Définir une organisation territoriale des SSIAD à partir du diagnostic des ressources réalisées par territoires de proximité au sein des conférences de territoire.***

**Action :** Limiter l'intervention à un ou deux SSIAD sur une même aire géographique.

***Elargir le cadre des prestations des SSIAD, pour permettre des couchers tardifs, un troisième passage en journée, des interventions sept jours sur sept.***

**Action 1 :** Apporter plus de souplesse dans l'organisation des interventions effectuées de chaque SSIAD en fonction des moyens disponibles et en adéquation aux besoins de soins de la personne âgée, dans le respect de son rythme et de son cadre de vie.

**Action 2 :** Rechercher la coordination avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile de jour et de nuit (garde itinérante) pour une prise en charge optimale.

***Développer l'articulation entre les centres hospitaliers et les SSIAD et des services d'aide à domicile (SAD).***

**Action 1 :** Rédaction de conventions relatives à l'admission dans les centres hospitaliers et au retour à domicile avec prise en charge par un SSIAD.

**Action 2 :** Formaliser les relations entre HAD et SSIAD sous forme de conventionnement et de partenariat.

***Avoir une meilleure connaissance de la population prise en charge en SSIAD.***

**Action 1 :** Effectuer des coupes d'évaluation de dépendance.

**Action 2 :** Déterminer les conditions de vie des personnes prises en charge (bilan annuel statistique à définir).

***Effectuer un suivi mensuel des listes d'attente.***

**Action :** Transmettre le nombre de personne en attente à une adresse mail dédiée.

## **Accompagner les SSIAD dans le cadre de la réforme de la tarification**

### **Financement**

CNSA

### **Indicateurs de suivi**

- Evolution du taux d'équipement par territoire
- Evolution du taux d'installation d'IDEL par territoire
- Nombre de conventionnement SSIAD HAD
- Nombre de projets mutualisant l'intervention des SSIAD et des SAAD
- Nombre de projets intégrant l'offre de coucher tardif