

SESSION 2010

**CAPET
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

PROJET D'ORGANISATION OU ÉTUDE DE CAS

Durée : 6 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

**PROJET D'ORGANISATION OU ETUDE DE CAS
CAPET externe STMS 2010**

La vocation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est définie par un décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées. Ce décret stipule également l'obligation aux services de soins de proposer un accompagnement aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques.

Le SSIAD de la ville de C. a été créé en 1982 par l'Association de Soins et de Maintien à Domicile (A.S.M.D., association loi 1901) placée sous l'autorité de la D.D.A.S.S. du département de V.

L'A.S.M.D. souhaiterait étendre les capacités de prise en charge du SSIAD, dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui indique : « L'action sociale et médico-sociale repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées (...). Elle est mise en œuvre par (...) les associations ».

Le conseil d'administration (C.A) de l'association demande à la directrice de concevoir le projet d'extension de l'offre de service du SSIAD dont le diagnostic sera soumis au C.A. pour validation afin d'être déposé auprès des administrations régionale et départementale.

« Chargée de mission dépendance » au sein de l'A.S.M.D., **vous réalisez le diagnostic social nécessaire à la demande d'autorisation d'extension.**

Dans l'éventualité de la mise en place de l'extension de l'activité du service, **vous présentez le plan d'information accompagnant le projet tout au long de son développement.**

PROJET D'ORGANISATION OU ETUDE DE CAS

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :

Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

ANNEXE 2 :

Décret N°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile : extraits

ANNEXE 3 :

Information spéciale : parution de la circulaire DGAS/2C/2005 sur les conditions techniques d'organisation et fonctionnement des SSIAD. UNA N°30-2005 du 15/03/05
www.una.fr

ANNEXE 4 :

Extraits du schéma départemental du Conseil Général du V. pour une politique en faveur des personnes âgées 2006-2010 et du programme inter-départemental des handicaps et de la perte d'autonomie 2007-2011 de la région I.

ANNEXE 5 :

Documentation interne du service SSIAD de C., septembre 2007 et janvier 2008

ANNEXE 6 :

Chiffres clés INSEE enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007 commune de C.

ANNEXE 7 :

Extraits du 3^{ème} schéma départemental du V. en faveur des personnes handicapées

ANNEXE 8 :

Présentation de l'activité du SSIAD de C. , documents internes

ANNEXE 9 :

Les personnes âgées en I. : évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance Etude ORS et INSEE

<http://pagesperso-orange.fr/alzheimer-ac94/orspersoages.htm> 08/04/2009

ANNEXE 10 :

Le guide de la ville de C.

ANNEXE 11 :

« Soins à domicile : de nouvelles articulations à construire »

La Gazette de la Santé et du Social. N° 34, octobre 2007

ANNEXE 12 :

Service-public CIRA 2008 la grille AGGIR

LOI
Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

version consolidée au 03 janvier 2002
Chapitre Ier : Principes fondamentaux

o Section 1 : Des fondements de l'action sociale et médico-sociale

Article 1

Article L116-1

L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1.

o Article 11

Article L311-7

Créé par Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 11 JORF 3 janvier 2002

Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

Les dispositions minimales devant figurer dans ce règlement ainsi que les modalités de son établissement et de sa révision sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

o Article 12

Article L311-8

Créé par Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 12 JORF 3 janvier 2002

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

J.O n° 148 du 27 juin 2004 page 11713 texte n° 15

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé et de la protection sociale

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Article 1

Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- a) De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- b) De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
- c) De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Les services mentionnés à l'article 1er interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les établissements mentionnés aux II et III de l'article L. 313-12 de ce même code.

Article 3

Les interventions mentionnées à l'article 1er sont assurées par :

- 1° Des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ;
- 2° Des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des

aides médico-psychologiques ;

3° Des pédicures podologues; des ergothérapeutes et des psychologues, en tant que de besoin. Le service de soins infirmiers à domicile doit comprendre un infirmier coordonnateur salarié.

Article 4

Tout service de soins infirmiers à domicile dispose de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations de soins et des personnels mentionnés à l'article 3.

Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

Article 5

Afin de garantir la continuité des soins et leur bonne coordination, les services de soins infirmiers à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les soins mentionnés à l'article 1er, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Article 6

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur comprennent :

1° Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :

- a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article 1er et de leur entourage ;
- b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en oeuvre les projets individualisés de soins ;
- c) La coordination des professionnels mentionnés à l'article 3 ;

2° Le cas échéant, les activités d'administration et de gestion du service ;

3° La participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Le cas échéant, les activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés, notamment en participant :

- a) Aux formules de coopération sociale et médico-sociale mentionnées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ;
- b) Aux formules de coopération sanitaire mentionnées au titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique ;
- c) Aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

5° En tant que de besoin, des activités de soins auprès des usagers du service.

Article 8

La praticien-conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est informé par l'organisme gestionnaire du service de soins infirmiers à domicile, dans un délai de cinq jours ouvrables, de toute admission dans le service. Il reçoit alors copie de la prescription établie par le médecin de l'assuré. Il est également informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prises en charge au-delà du trentième jour et tous les trois mois ensuite.

Article 9

A la clôture de l'exercice, le rapport d'activité du service est établi par l'infirmier coordonnateur, selon un modèle et des modalités de transmission à l'autorité mentionnée au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles fixés par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

Le service de soins infirmiers à domicile tient le relevé, pour chaque personne bénéficiant de soins visés à l'article 1er, des périodes d'intervention du service, des prescriptions et des indications thérapeutiques qui ont motivé ces interventions, ainsi que de la nature de ces dernières. Ce relevé est tenu à la disposition du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et du contrôle médical des organismes d'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, du médecin de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.



Union Nationale de l'Aide, des Soins
et des Services aux Domiciles.

Information Spéciale

N°30-2005 du 15/03/05

Destinataires : A toutes les structures adhérentes à l'UNA

Parution de la circulaire relative au décret du 25 juin 2004

La Circulaire DGAS/2C/2005 du 28 février 2005 portant sur le Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile a été diffusée à l'ensemble des DDASS.

Elle est d'application immédiate.

Cette circulaire, qui abroge la circulaire n° 81-8 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées apporte quelques précisions pour l'application du décret du 25 juin 2004. Elle comporte 8 points :

1. L'ouverture de l'accès aux SSIAD pour les personnes âgées de moins de 60 ans

À ce titre, la circulaire précise que sont considérées comme personnes adultes présentant un handicap les personnes bénéficiant

- d'une prestation ou d'une reconnaissance du handicap attribuées
- par la COTOREP ou par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- par la CDES (pour les jeunes de 18 à 20 ans)
- d'une pension d'invalidité
- d'une pension relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre
- d'une carte d'invalidité.

NDLR :

Mises en place par la loi n°75-734 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (abrogée), les Commissions d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les Commissions départementales d'éducation spéciales (CDES) sont habilitées à déterminer un **taux d'incapacité**, critère de base retenu pour bénéficier des prestations ou d'une reconnaissance du handicap. Grâce à un **guide-barème** (1993) portant sur la prise en compte des difficultés engendrées par une **déficience** (reconnue comme *toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologie ou anatomique*), les COTOREP et les CDES déterminent une **notion d'incapacité**, correspondant à « *toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* »

[...]

3. Le budget

Le SSIAD intervenant auprès de personnes de plus de 60 ans et auprès de personnes de moins de 60 ans ont à gérer **deux enveloppes distinctes** :

- une enveloppe pour les places personnes âgées,
- une enveloppe pour les places personnes handicapées ou atteintes de maladies invalidantes.

Il est précisé que le SSIAD présente un **budget global**, comportant deux demandes émergeant sur deux enveloppes distinctes. Le **forfait moyen** entre personnes âgées et personnes handicapées est **harmonisé** : il n'y a pas lieu de faire de distinction entre les montants des forfaits alloués aux personnes de plus et de moins de 60 ans :

« Il convient donc de différencier les crédits que les DDASS attribueront aux services de soins infirmiers à domicile pour la prise en charge de ces deux catégories de personnes.

Les places autorisées pour les personnes de 60 ans et plus relèvent de l'enveloppe « personnes âgées » ; les places autorisées pour les personnes adultes de moins de 60 ans relèvent de l'enveloppe « personnes handicapées ».

A compter de l'année 2004 le montant du forfait moyen des places, servant de base à la détermination des enveloppes régionales, a été harmonisé pour les deux catégories de bénéficiaires. La distinction des bénéficiaires dans l'autorisation doit permettre un suivi des différentes enveloppes. Il convient que le service identifie dans son budget le nombre de places consacrées aux personnes âgées de moins de 60 ans et le nombre de places consacrées aux personnes âgées de plus de 60 ans permettant d'identifier les deux dotations entre lesquelles il ne peut y avoir de fongibilité. »

4. Les intervenants du SSIAD

Des précisions sur l'**infirmier coordinateur** :

Il est considéré comme **la clé de voûte** du SSIAD.

[...]

6. La continuité des soins

Les personnes prises en charges par les SSIAD doivent pouvoir bénéficier de soins quel

que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Pour ce faire, les services mettent en place un dispositif permettant de renvoyer les demandes soit vers un **salarie d'astreinte** soit vers un **intervenent libéral** avec lequel le service aura conventionné, soit vers **tout autre dispositif** permettant d'assurer la continuité des soins.

7. Le rapport d'activité

Un rapport d'activité allégé comportant une série d'indicateurs sociaux et medicosociaux économiques permettra de déterminer le tarif journalier au plus près des conditions de fonctionnement des services.

ANNEXE 4
Extrait du schéma
du conseil général du V.

Le deuxième schéma gérontologique 2006-2010 fait suite au premier schéma adopté décembre 1998. Ses préconisations sont fondées sur trois orientations essentielles :

- favoriser le soutien à domicile et les solutions complémentaires à l'entrée en établissement,
- permettre l'entrée en établissement lorsqu'elle est nécessaire,
- développer la coordination gérontologique.

Schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées 2006-2010, Conseil général du V.

C'est un arrêté du préfet de région en date du 25 mai 2007 qui a établi le PRIAC de la région I. Les principes d'action qui ont guidé son élaboration peuvent être résumés ainsi :

- La volonté d'harmoniser les taux d'équipement entre les départements de la région, tout en s'efforçant de réaliser une programmation réaliste et opérationnelle ;
- Le souhait d diversifier l'offre d'équipements et services pour permettre au mieux le libre choix des personnes âgées ou handicapées;
- L'accompagnement de la vie à domicile, notamment en direction des personnes âgées qui souhaitent majoritairement rester chez elles;
- Le soutien de projets innovants développant notamment des modes d'accueil diversifiés.

Pour les années 2010 et 2011, la programmation se veut plus prospective avec des taux d'évolution variables selon les territoires afin de réduire les écarts d'équipements constatés entre départements et la région I.

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2007-2011 de la région I.

Association C de soins et de maintien à Domicile



SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

Septembre 2007

LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SOINS

Le service de soins assure la réalisation des soins prescrits par votre médecin et programmés en regard de votre état de santé

Notre équipe intervient auprès des personnes à leur domicile sur la ville de C_i exclusivement.

L'équipe est constituée de:

- La Directrice : C. K.
- L'infirmière coordinatrice : Mme M.L. A
- L'infirmière : Mme L
- 13 aide-soignant(e)s
- La psychologue : Mme E. F
- La secrétaire : Mme C. L
- 3 infirmières et 3 pédicures libéraux en convention avec le service

Le service fonctionne 7 jours sur 7 de 8H à 20H

Sur autorisation de la DDASS, le service peut prendre en charge 50 personnes.

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Critères d'admission :

Les admissions sont effectuées sur la base de l'ancienneté de la demande.

Cependant, plusieurs facteurs entrent en considération :

- L'importance et/ou l'urgence des soins à réaliser
- L'isolement
- Le type de soins nécessaires ainsi que les heures d'interventions demandées.

L'infirmière coordinatrice effectue une visite d'évaluation à domicile avant toute admission. Cette visite permet de définir le rythme et l'organisation des interventions en fonction de la prescription, de vos besoins et des possibilités du service. Un document individuel de prise de charge vous sera délivré ainsi que le règlement de fonctionnement du service.

Toute prise en charge ne pourra débuter qu'après obtention du certificat médical.

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Organisation des prises en charge :

Les soins sont intégralement pris en charge par les caisses d'assurance maladie sans avance de paiement. Les honoraires des infirmiers et pédicures libéraux sont réglés par le service.

Les infirmières du service pourront exiger la mise en place d'aides techniques et/ou de matériel médical afin que les soins soient effectués avec toutes les conditions de confort et de sécurité pour la personne et les soignants. L'équipement et le matériel nécessaires aux soins ne sont pas pris en charge par le service, mais, selon les cas, par l'APA ou la Sécurité Sociale.

Les aides-soignant(e)s diplômés assurent, sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice, les soins d'hygiène et tous les soins relevant de leur compétence. Sont exclues les tâches relevant du travail des aides à domicile.

Le service s'engage dans la limite de ses possibilités à apporter des réponses évolutives aux besoins des personnes en fonction de leur état de santé.

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Fin de prise en charge :

La fin de la prise en charge est organisée avec la personne, son entourage et son médecin traitant.

Elle peut résulter notamment :

- D'une modification de l'état de santé de la personne qui ne répond plus aux critères de prise en charge par le service.
- Impossibilité pour le service d'assurer la continuité des soins
- Refus de soins ou d'équipement de la part de la personne ou de son entourage
- Départ définitif du domicile

La prise en charge peut également être suspendue provisoirement.

Si besoin, la personne est orientée vers des structures permettant une prise en charge appropriée à ses besoins

NOS PARTENAIRES:

Le Service de soins a développé au fil des années un partenariat constructif avec son autorité de tutelle, la DDASS du V.

Notre structure est adhérente à l'UNA, à l'UNA du V. et à la FEHAP.

Le Service de soins travaille en partenariat avec :

- Le service des Aides à Domicile de la Ville de C.
- le service social départemental de secteur et la direction du développement social, des solidarités et de la santé de la Ville de C.
- Différentes structures associatives d'aide à domicile
- Le service de portage de repas de la Ville de C.
- Le service de Télé-alarme Les structures hospitalières
- Les centre de rééducation et moyen séjour du secteur
- Les EHPAD de la ville
- La résidence pour personnes âgées du moulin (Foyer Logement)
- l'association Ecoute et Solidarité (interventions bénévoles de soutien aux personnes âgées)
- Le CLIC 7
- L'équipe d'évaluation médico-sociale de l'APA (Conseil Général)
- Le Centre Médico-social de C.
- Le Centre Médico-Psychologique de C.
- La maison départementale du Handicap
- Les services d'hospitalisation à domicile intervenant sur le secteur
- L'association onco 94

Le SSIAD de C. s'intègre donc dans un réseau de prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées tant au niveau départemental que local qui se caractérise par :

- La participation aux réunions du CLIC du secteur 7
- La participation aux réunions de la coordination personnes âgées de C. réunissant des professionnels de l'aide à domicile et des structures d'hébergements.
- La participation aux réunions du groupe de travail initié par la municipalité sur l'aide en direction des personnes handicapées de C.
- L'organisation ou la participation à des points de concertation individualisés sur les prises en charge entre les professionnels concernés. (Aides à domicile, infirmières libérales, médecins traitants, équipe APA....).
- La participation aux réunions de réflexion des Infirmières Coordinatrices du V.
- La participation aux réunions de l'UNA 94 (commission des directeurs, commission soins)
- La participation aux réunions de commission soins nationale de l'UNA

Evolution personnel d'encadrement et administratif

(Source SSIAD ASMD de C. Janvier 2008)

Evolution Personnel d'encadrement et administratif		
	Equivalent Temps Plein	
	Actuel	Prévu
Direction	0,5	1
Infirmière Coordinatrice	1	1
Comptable	1	1
Agent Administratif	0	0,5
Infirmière	0,5	1,5
Aide Soignante	8,75	10

(...) Deux services d'hospitalisation à domicile interviennent sur la ville de C. : P. B. et santé service (...).

(...) L'offre médico-sociale existant est particulièrement dense. La ville de C. bénéficie d'une proximité géographique avec plusieurs structures sanitaires importantes :

- Institut G. R. de V.
- Hôpital P. G.
- Etablissements Hospitaliers Universitaires du K., de P. B., de C. F.

(...)

(...) La structure a pour mission de participer au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. Le service a ouvert en 1982 avec une capacité de 25 places, le 1^{er} septembre 2003 la capacité a été étendue à 50 places. Il est le seul service de soins infirmiers à domicile de la commune mais collabore avec les infirmiers libéraux de la ville. Le SSIAD s'intègre dans un réseau de prise en charge des personnes âgées et handicapées tant au niveau local que départemental (...).

Les infirmiers libéraux à C.

Densité pour 1000 habitants de 75 ans et +

Zone géographique	Infirmiers Libéraux
Ville de C.	1.4
Département du V.	8
France	13

C
(94016 - Commune)
INSEE Chiffres clés : Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007

La population de la commune a été estimée à 27 800 habitants.
Cette estimation est issue des enquêtes annuelles de recensement de 2004, de 2005, de 2006 et de 2007 effectuées chacune sur un échantillon annuel de 8 % de logements.
Les résultats présentés dans cette fiche concernent la population des ménages.

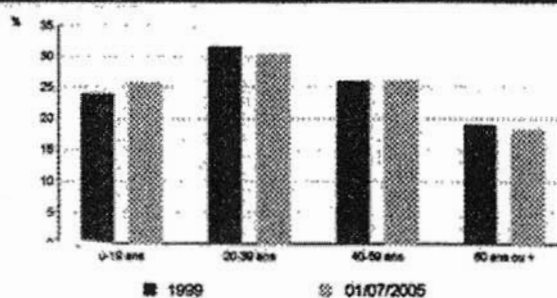
Population des ménages

	01/07/2005	1999
Population des ménages	25 165	22 729
Part des hommes (%)	48	48
Part des femmes (%)	52	52

Sources : Insee, Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007
RP99 - Exploitations principales

- Depuis 1999, la population des ménages a augmenté de 2 436 personnes, soit une progression de 10,7%.
- 55 % de la population des ménages de 14 ans ou plus a un emploi.

Répartition de la population des ménages selon l'âge



Sources : Insee, Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007
RP99 - Exploitations principales

Composition des ménages

	01/07/2005	1999
Nombre de ménages	10 882	9 843
Part des ménages dont la personne de référence est active (%)	66	66
Nombre moyen de personnes par ménage	2,3	2,3

Sources : Insee, Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2007 - RP99 - Exploitations principales

Depuis 1999, la commune compte 1 039 ménages supplémentaires, soit une augmentation de 10,6%.



C: (94016 - Commune)

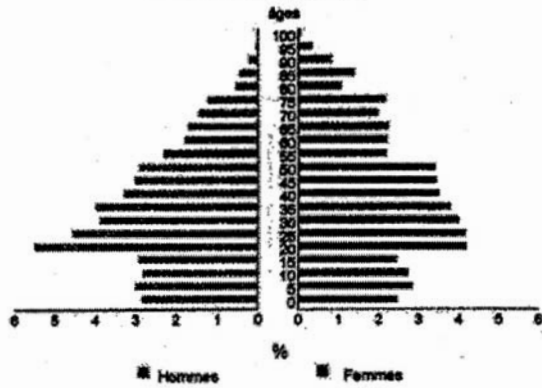
Chiffres clés

Évolution et structure de la population

Ville

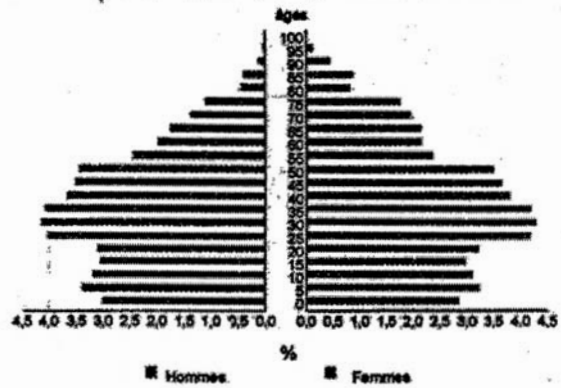
Département

Pyramide des âges du territoire en 1999



Source : Insee, RP1999 exploitation principale.

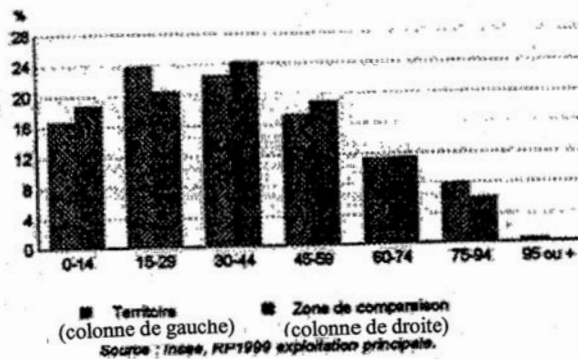
Pyramide des âges de la zone de comparaison en 1999



Source : Insee, RP1999 exploitation principale.

Il s'agit de pyramides quinquennales. L'âge noté "0" représente les 0 à 4 ans, "5" représente les 5 à 9 ans, etc.

Population par grandes tranches d'âge en 1999



Source : Insee, RP1999 exploitation principale.

PANORAMA CHIFFRE du département

(Au 31 décembre 2007)

LES PRESTATIONS

15 219 Allocation aux adultes handicapés + Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (versées), 1,24 % de la population totale du département (1 227 250 hab.)

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

18931 dossiers instruits (source MDPH)

12 110 bénéficiaires – allocation versée (source CAF)

Répartition par sexe

6 577 hommes

5 533 femmes

Répartition par âge

1 945 de 20 à 29 ans

2 801 de 30 à 39 ans

3 433 de 40 à 49 ans

3 352 de 50 à 59 ans

578 de 60 ans et plus

Répartition suivant le taux de handicap

2 124 avec un taux de 50 à 79 %

9 960 avec un taux de 80 % et plus

Pension d'invalidité (source CRAMIF)

7 753 bénéficiaires

Pension de compensation du handicap (PCH) (source Conseil général)

909 bénéficiaires

Prestation compensatrice tierce personne (ACTP) (source Conseil général)

3 605 bénéficiaires

Prestations d'aide sociale (source Conseil général)

1676 prestations d'aide sociale pour l'hébergement en établissements

470 prestations d'aide sociale pour l'aide ménagère

L'ACCUEIL DES ADULTES EN ETABLISSEMENTS

1 683 habitants du département sont hébergés en établissements (quel que soit le lieu) dont 963 dans le département, 350 dans la région et 370 hors région

Médicalisation des établissements pour adultes (source DDASS)

1 177 places en établissements et services non médicalisés

(Accueil de jour–Foyer de vie–Foyer d'hébergement–Service d'accompagnement à la vie sociale)

867 places en établissements et services médicalisés

(Foyer d'accueil médicalisé–Maison d'accueil spécialisée - Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé, Services de soins infirmiers à domicile, Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes...)

3ème schéma départemental en faveur des personnes handicapées dans le département V.

Les services d'aide à domicile interviennent de façon restreinte :

- 13% des personnes dépendantes bénéficient d'un service d'aide à domicile (aide ménagère, auxiliaire de vie, services de soins infirmiers ou soins infirmiers en secteur libéral).
- par ailleurs, ces services interviennent peu en appui à un tiers de l'entourage non rémunéré (10% des situations où un tiers de l'entourage est présent)
- le type de service intervenant le plus fréquemment est le service prestataire d'aide ménagère, des services mandataires sont également utilisés (femmes de ménage salariées).
- les soins infirmiers sont essentiellement réalisés par le secteur libéral.

L'aide à la vie quotidienne et à la réalisation des actes élémentaires de la vie reposent en majeure partie sur un tiers de l'entourage non rémunéré, le plus souvent familial :

- 90% des personnes dépendantes mentionnent ce type d'aide.
- parmi ces situations, la tierce personne de l'entourage est le seul intervenant, sans accompagnement par un service, dans 9 situations sur 10 .
- lorsque la personne vit seule, le tiers est le plus souvent représenté par des voisins ou des amis, 65% des cas.
- lorsque la personne vit en cellule familiale, la tierce personne est le plus souvent représentée par les parents (63% des cas), suivi du conjoint (17% des cas) et d'autres membres de la famille (15% des cas).

Le soutien à domicile dans le domaine des aides humaines est donc fragile, notamment pour les personnes vivants en famille :

- les tierces personnes parentales avancent en âge, dans 40% des situations elles sont âgées de plus de 60 ans.
- 185 situations dans lesquelles les tierces personnes sont âgées de plus de 70 ans ont été retrouvées.

Globalement ces études n'ont fait que confirmer

- l'aide familiale est le pilier du soutien à domicile des personnes handicapées dépendantes, sa défaillance ne doit pas être méconnue (avancée en âge, maladie) et peut être prévenue (besoin de souffler).
- les services de proximité sont représentés essentiellement par les services d'aide ménagère dont le métier a évolué vers un accompagnement à la personne.
- cependant malgré le faible coût de leurs interventions pour les V. ces services seront ils en mesure de répondre à d'autres types de demandes (en terme d'amplitude horaire, par exemple), à d'autres types de déficiences (en terme de formation), compte tenu des difficultés de recrutement et de la pression démographique que représente le vieillissement de la population.

PRESENTATION DE L'ACTIVITE DU SERVICE DE SOINS

ACTIVITE	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Nombre de patients Autorisés	50	50	50	50	50	45
Taux d'occupation	99,86%	100,31%	100,47%	102,10%	99,93%	99,89%
Nbre de patients suivis	85	87	85	97	88	91
Nombre de patients de moins de 60 ans	5	3	3	5	4	5
Nombre de demandes au cours de l'année	78	75	81	77	60	43
Nombre de d'admissions	39	37	31	44	33	17
Nbre de demandes en attente au dernier jour de l'année	29	15	27	24	12	13
Age moyen	82,56	82,89	83,06	81,75	81,75	81,46

SSIAD ASMD C.
Janvier 2008

DROITS DES PATIENTS DU SSIAD

	Au 1/08/07	2005	2004	2003	2002
Demandes de l'allocation adulte handicapé	23	21	16	25	18
Bénéficiaires de l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne)	52		62	56	59
Demande de reconnaissance d'un taux d'invalidité > à 80%	90	85	70	89	88
Demandes de carte de stationnement (<80%) (GIC)	18	16			
Demande de cartes de station debout pénible (entre 50 et 80%)	17	5			

SSIAD ASMD C.
Janvier 2008

ORIGINE DES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE (en %)

	2007	2005	2004	2003	2002
La personne elle-même	4	3,68	4,49	5	9,30
La famille, les voisins	65,33	64,96	60,67	60	67,44
Le médecin traitant	8	3,58		1,66	2,33
L'infirmière libérale	4	8,59	11,24	6,67	2,33
Service d'HAD		2,95	1,12		2,33
Service hospitalier/ hébergement temporaire	9,34	2,65	7,87	13,33	4,65
Service d'aide à domicile		7,32	7,87	6,67	6,98
Services sociaux	2,67	3,69	3,37		
Hébergement permanent	5,33				
Autres	1,33	2,56	3,37	6,67	4,65

SSIAD ASMD C. Janvier 2008

REPARTION DES PATIENTS PAR CLASSE D'AGE

	* en %				
	HOMMES	FEMMES	2007*	2006*	2005*
< à 60 ans	1	2	4,45	3,57	5,15
60 à 65 ans	2	0	2,30	1,19	
65 à 70 ans	0	2	2,30	1,19	3,09
70 à 75 ans	1	3	4,60	4,76	7,22
75 à 80 ans	6	6	13,79	16,67	14,43
80 à 85 ans	7	16	26,44	26,19	23,71
85 à 90 ans	8	13	24,14	16,67	28,87
90 à 95 ans	4	12	18,39	23,81	14,43
95 à 100 ans	1	2	3,45	4,76	2,06
> à 100 ans	1	0	1,15	1,19	1,03
TOTAL	31	56	100	100	100
Age moyen	82,42	83,14	82,89	83,06	81,75

RECAPITULATIF DES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE

PERIODE	2007	2006	2005	2004	2003
Nombre de demandes (moins de 60 ans)	6	4	5	3	2
Nombre de demandes (plus de 60 ans)	72	71	76	74	58
Nombre de nouvelles PEC (*)	39	37	31	44	33
Délai d'attente avant admission	77 jours	86 jours	72 jours	43 jours	66 jours
Nombre de demandes en attente au 31/12	29(**)	15	27	24	12

(*) prise en charge

(**) dont une personne de moins de 60 ans

REPARTITION DES PATIENTS PAR DEGRE DE DEPENDANCE (groupe GIR)

Le degré de dépendance est évalué de 1 à 6 (1 : dépendance lourde ; 6 : autonomie)

En %

GROUPE	2007	2006	2005	2004	2003
1	3,6	8,89	1,19	3,09	3,41
2	37,6	26,67	39,29	29,90	34,09
3	25,9	37,78	30,95	35,05	34,09
4	30,5	24,44	28,57	29,90	27,27
5	1,2	1,11	0	2,06	1,14
6	1,2	1,11	0	0	0
Total	100	100	100	100	100

EVOLUTION DE LA DUREE DES PRISES EN CHARGE

En %

Durées	Nombre	2007	2006	2005	2004
De 0 à 10 jours	0	0	0	4,12	3,41
De 11 à 20 jours	2	2,30	3,53	2,06	7,95
De 21 à 30 jours	2	2,30	2,35	4,12	3,41
De 31 à 60 jours	6	6,90	5,88	7,22	6,82
De 61 à 90 jours	6	6,90	4,71	6,19	3,41
De 91 à 180 jours	10	11,49	7,06	13,40	13,64
De 181 à 364 jours	14	16,09	21,18	17,53	10,23
De 1 à 2 ans	16	18,39	24,71	18,56	21,59
De 2 à 3 ans	16	18,39	11,76	12,37	9,09
Plus de 3 ans	15	17,24	18,82	14,43	20,45
total	87	100	100	100	100

Proportion de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population totale (en %)

	Commune	Département	Région	Pop. Totale
60 - 74 ans	11,4	11,4	10,8	12,9
75 ans et +	8,4	6,2	5,8	7,7
total	19,8	17,6	16,6	20,6

Recensement partiel 2006 : source INSEE

Estimation du nombre de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer dans le département V.

	Pop. De V.	Tx incidence %	nbre Nvx cas/an	Tx prévalence	Nbre total de cas
Plus de 75 ans	75696	3,3	2400/2500	12,5	9000/9500

SSIAD ASMD C. 01/01/2008

L'observatoire régional de santé d'I. a réalisé une étude sur l'évolution démographique et la prise en charge de la population âgée en I. - janvier 2007

Services de soins à domicile : l'ORS a constaté une forte disparité entre Paris et les autres départements ; les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont des services sociaux et médico-sociaux dépendant de l'Etat. Ils nécessitent un agrément du CROSS (Comité Régional de l'organisation sanitaire et sociale) et une autorisation préfectorale (création en 1978). **En 2001, on compte 8650 places en Ile de France de SSIAD.** Il y a 14,4 places de SSIAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 31 décembre 2001. Ce taux est en dessous du taux national de 15,6 places pour 1000 personnes âgées. Le taux de personnes recevant des soins à domicile est donc voisin de 1,44 % et les 167 SSIAD répertoriés par l'ORS conduisent à une prise en charge de soins infirmiers à domicile de 51 à 52 personnes âgées par entité soignante. Les 167 services franciliens sont implantés dans 154 communes qui assurent des soins sur 1017 communes environnantes. Un peu moins de 5 % de la population francilienne âgées de plus de 75 ans n'a pas accès aux soins, car ne disposant pas de communes d'exercice de SSIAD. Les communes non desservies sont situées principalement dans la grande couronne.

On distingue deux types de statut de SSIAD (167).

Secteur public	CCAS	Centres municipaux de santé	Hôpitaux	Syndicat, maison de retraite, autres
27 %	52 %	8 %	9 %	31 %

Secteur privé non lucratif	Associations, Fondations	Croix-Rouges Française	Cliniques
73 %	90 %	8 %	2 %

Source : guide municipal de la ville de C.

Les personnes handicapées

(...) La ville de C. poursuit une action forte en faveur de l'accessibilité des services publics (rampes d'accès, signalétique en braille dans les ascenseurs) et l'aménagement des espaces publics (emplacements réservés dans les parkings publics, bandes podo-tactiles aux passages piétons). Pour favoriser l'intégration des handicapés, la municipalité a également créé en 2002 un groupe de travail réunissant des personnes handicapées, des parents d'handicapés, des élus, des associations, des responsables de services communaux, des médecins. Il a pour mission de briser l'isolement des personnes concernées et d'ajuster les mesures municipales. La commune s'implique par ailleurs dans l'accueil de personnes handicapées (formalisation par la Charte Handicap). Réalisation de 1600 logements collectifs accessibles aux personnes à mobilité réduite (...)

Renseignements auprès du CCAS

Les services municipaux

Circonscription d'action sanitaire et sociale

Responsable : Christiane P.

Espace des solidarités

3, rue Camille Desmoulins, 3^e étage

Tél : 01 46 65 29 90

Service public départemental ouvert du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30.

Lieu d'accueil et d'écoute où intervient une équipe de travailleurs médico-sociaux (assistants sociaux, éducateur, moniteur-éducateur, sage-femme, secrétaires ...) pour vous informer sur vos droits, vous conseiller, vous orienter en fonction de vos demandes. Ces professionnels exercent également des missions de prévention et de protection de l'enfance.

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

1 ter, rue Camille Desmoulins

Accueil du public du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h

Accueil téléphonique : 08 20 90 41 56

La CPAM gère les demandes de C.M.U. (couverture maladie universelle).

Tél. : 01 49 69 12 40 (service médical)

Caisse d'allocations familiales (CAF)

2, voie Félix Eboué - 94033 C.

Tél. : 08 20 25 94 10

www.caf.fr

Permanence d'accueil à C

1 ter, rue Camille Desmoulins

Le service d'action sociale (CCAS)

Directrice : Isabelle D.

Tél. : 01 49 69 15 70

Le CCAS traite les affaires suivantes :

- instruction des dossiers d'aides légales
- aide médicale de l'Etat
- demande d'aide sociale pour le placement en établissement hospitalier ou en maison de retraite
- demande d'aide personnalisée à l'autonomie (APA)
- demande de carte d'invalidité, de carte Améthyste ou Rubis, d'allocation taxi
- attribution d'aides au transport pour les demandeurs d'emploi
- constitution des dossiers COTOREP, Allocation adulte handicapé, Allocation Education Spéciale
- Aides aux impayés d'énergie, eau, téléphone
- Demande de télé-assistance
- Instruction des dossiers d'aides facultatives
- aides aux familles, aux personnes âgées ou handicapées en difficulté
- remise de chèques d'accompagnement personnalisé
- dossier d'aide alimentaire via l'épicerie solidaire
- voyages et manifestations en faveur des personnes âgées
- remise ponctuelle de colis alimentaires aux personnes âgées ou handicapées

Conseillère en économie sociale et familiale

Laurence R. : reçoit tous les jours sur rendez-vous. Tél. : 01 49 69 15 79

Missions :

- en collaboration avec de nombreux partenaires, accueil et aide à toute personne en difficulté
- conseil, orientation, information et étude de toute demande de RMI (pour les personnes isolées), d'aides diverses, notamment financières.

Soins à domicile: de nouvelles articulations à construire

La diversité des intervenants et des structures rend urgente la recherche de nouveaux équilibres.

Soutenu par les progrès des thérapeutiques et le souhait croissant des personnes d'être soignées au plus près de leur milieu de vie, porté aussi par le souci des pouvoirs publics de rationaliser les dépenses de santé, le secteur des soins à domicile, comme celui de l'aide, est en plein essor.

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), qui réalisent des soins d'hygiène générale pour des personnes dépendantes et emploient essentiellement des aides-soignants, totalisaient 92 000 places début 2007, dont 4 525 créées en 2006. Les infirmiers libéraux, dont 75 % de l'activité réside dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans pour des soins techniques et d'hygiène, ont quant à eux vu leur nombre passer de 45 000 à 50 600 entre 1996 et 2006. Enfin, les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), véritable alternative à l'hospitalisation avec hébergement, et dont la mission se distingue de celle des autres acteurs du domicile par la complexité et la longueur des prises en charge (*), comptabilisaient 8 200 places en juin 2007, 1 000 de plus qu'en avril 2006.

Décloisonnement

Ce développement devrait encore s'accélérer dans les années à venir: le plan Solidarité grand âge, présenté l'an dernier, prévoit le doublement des capacités de l'HAD d'ici à 2010 et une augmentation de 40 % des places de Ssiad en cinq ans. Comme le souligne Jean Malibert, chargé de mission à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, cette nouvelle priorité donnée au domicile, qui vise à remettre le patient « au centre du système



Le plan Solidarité grand âge de 2006 prévoit le doublement des capacités d'hospitalisation à domicile d'ici à 2010.

DÉMARCHE DE SOINS INFIRMIERS: UN ÉCHEC

Créée dans le cadre de la convention signée le 15 février 2002 entre l'assurance maladie et les infirmiers libéraux, la démarche de soins infirmiers (DSI) devait améliorer le maintien à domicile des personnes dépendantes, en permettant aux infirmiers d'évaluer eux-mêmes les besoins en soins et d'organiser le relais avec les services d'aide. Mais, comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport sur les dépenses de la Sécurité sociale publié en septembre 2006, la profession s'est très peu approprié ce dispositif. Les infirmiers libéraux, qui revendiquent pourtant un rôle de pivot dans le maintien à domicile des patients dépendants, ont donc décidé, dans leur nouvelle convention nationale signée en juin, de «remplacer» la DSI par un nouvel outil, dont les contours ne sont pas encore dessinés.

« Les premières hospitalisations à domicile, créées avec des intervenants salariés, ont parfois mis à mal le tissu libéral. »

Elisabeth Hubert, présidente de la Fnehad

de santé», a été soutenue par les récentes politiques de santé « visant à promouvoir une vision plus transversale des soins et un décloisonnement des pratiques ». Mais si l'on en croit le titre 3 de la nouvelle convention nationale, signée en juin dernier entre l'assurance maladie et les infirmiers libéraux, ces efforts ont été largement insuffisants, « l'organisation actuelle des soins en ambulatoire ne permettant pas une prise en charge optimale des patients ».

Pour les libéraux, c'est l'articulation entre l'offre infirmière et celle des autres acteurs de proximité, Ssiad en particulier, qui pose aujourd'hui problème. « Il faut laisser la place à différentes formes d'organisation des soins. Mais de là à ignorer, dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire, le rôle des infirmiers libéraux, il y a un monde! » s'exclame Philippe Tisserand, président de la Fédération nationale des infirmiers, qui dénonce un développement des places de Ssiad « totalement déconnecté » de l'offre disponible en libéral.

Régulation

Ce phénomène vient ainsi accentuer le problème de la répartition de l'offre de soins sur le territoire. Le maillage territorial encore imparfait des Ssiad et de l'HAD, conjugué à des écarts de densité allant de un à sept chez les infirmiers libéraux selon les départements, produit en effet d'importantes inégalités dans l'accès aux soins. Lesquelles favorisent les glissements de compétences entre intervenants. « Dans certains départements, entre des Ssiad qui affichent des listes d'attente de plusieurs mois et des libéraux surchargés, les familles n'ont souvent pas d'autre choix, pour les soins de nursing, que de s'adresser à un service d'aide », reconnaît Serge Canape, adjoint au chef de bureau « personnes âgées » à la Direction générale de l'action sociale.

Dans un protocole d'accord joint à leur convention nationale, les infirmiers libéraux se sont engagés à mettre en place, d'ici à 2008, un système de régulation démographique. « Mais cette disposition devra être conjuguée à une régulation parallèle

>> des créations de Ssiad et d'HAD», espère Philippe Tisserand.

Par ailleurs, les infirmiers, comme les autres paramédicaux exerçant en libéral, devraient signer, d'ici quelques mois, une convention de partenariat avec la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad). « Il est vrai que les premières HAD se sont créées avec des intervenants salariés, ce qui a parfois mis à mal le tissu libéral, explique la présidente de la Fnehad, Elisabeth Hubert. Avec cette convention, nous souhaiterions désormais privilégier les coopérations avec les libéraux, dans le respect des droits et des devoirs de chacun. »

Confusion des missions

Restera ensuite à régler la question de la tarification des Ssiad. Comme l'explique Michelle Landreau, membre du conseil d'administra-

tion de L'Association du service à domicile (ADMR), la sous-dotation de ces services ne leur permet pas, à l'heure actuelle, de prendre en charge les patients dépendants nécessitant des soins infirmiers répétés: « Ils ont donc tendance à renvoyer ces patients vers l'hôpital, les infirmiers libéraux, voire les auxiliaires de vie. » Selon Serge Canape, ce phénomène entretient tout particulièrement la confusion entre les missions des Ssiad et celles de l'HAD: « On voit régulièrement des patients âgés, insulinodépendants par exemple, être pris en charge par l'HAD, alors que leur cas relève à l'évidence d'un Ssiad. »

Pour remédier à ce problème, une étude a été lancée au printemps par Philippe Bas, alors ministre délégué à la Sécurité sociale. Impliquant quarante Ssiad dans cinq régions, celle-ci doit aboutir, d'ici à la fin de

l'année, à l'élaboration d'un outil de caractérisation des patients nécessitant les soins les plus lourds. « Lorsqu'ils prendront en charge de tels patients, les Ssiad pourront se retourner vers l'assurance maladie, qui leur versera une dotation spéciale », explique Serge Canape.

Dotation globale

Ce système est déjà très critiqué par certains professionnels. « On ne réglera pas le problème avec une prime », estime ainsi Florence Leduc, directrice générale adjointe de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), qui a refusé de participer à l'étude. « C'est la dotation globale des Ssiad qu'il faut revoir à la hausse, si l'on veut leur permettre de remplir correctement leur mission. » ■

(*) Définies par la circulaire Dhos/O3 n° 2006-506 du 1^{er} décembre 2006.



VOS DROITS ET DÉMARCHES : Personnes handicapées

Qu'est-ce que la grille AGGIR et à quel degré de dépendance les différents groupes de cette grille correspondent-ils ?

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un *outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique*, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de **dx-sept variables** :

- **dx variables dites "discriminantes"** se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillement - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;
- **sept variables dites "illustratives"**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable possède **trois modalités** :

- A : fait seul les actes quotidiens ;
- B : fait partiellement ;
- C : ne fait pas.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les **six groupes iso-ressources** que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- le **groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le **groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- le **groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale,

partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;

- le **groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- le **groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le **groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.