



Etude sur les conditions de vie à domicile des personnes âgées très dépendantes en Aquitaine

Phase II

Etude réalisée par
Bénédicte MARABET, Agathe SOUBIE, Marianne PINSOLLE
Conseillères techniques au CREAHI d'Aquitaine
et Alice GOULAOUIC,
stagiaire Master II Economie sociale et solidaire

Mars 2014

Sommaire

Contexte	3
1- Le parcours de la personne âgée très dépendante	6
1.1 - La construction du parcours de la personne	6
1.2 - Les ressources à mobiliser	11
2- Les compétences des professionnels	14
3- Le soutien aux aidants familiaux	16
3.1 - Les difficultés rencontrées par les aidants	16
3.2 - Aperçu de la diversité des dispositifs de soutien aux aidants mis en place	19
4- Les limites du maintien à domicile	20
4.1 - Limites liées aux personnes dépendantes	20
4.2 - Limites liées aux aidants	21
4.3 - Autres limites	21
5- Accueil de jour et hébergement temporaire : les publics bénéficiaires en Aquitaine	22
5.1 - Les personnes âgées accueillies en accueil de jour	22
5.2 - Les personnes âgées accueillies en hébergement temporaire	23
Des pistes	27
Annexes	28

Contexte

Dans son schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale 2012-2016, l'ARS d'Aquitaine a décidé de se saisir de la question du maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes et a inscrit une action spécifique (3.2/2.1) : « Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zone rurale ».

Pour mener à bien cette action, l'ARS a confié au CREAHI d'Aquitaine une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées recevant l'APA à domicile et évaluées GIR 1 et 2.

Une 1^{ère} phase de cette étude s'est déroulée d'octobre 2012 à avril 2013 et a permis :

- d'évaluer le nombre et la typologie des personnes en GIR1 et GIR2 à domicile dans les 5 départements d'Aquitaine ;
- d'interroger les acteurs principaux du maintien à domicile sur les prestations délivrées à ces publics, sur les limites et difficultés rencontrées dans le maintien à domicile et sur les perspectives d'amélioration du dispositif.

Ont été interrogés :

- les services APA des 5 conseils généraux de la région Aquitaine,
- 6 services intervenant à domicile : SSIAD, HAD et SAD,
- l'URPS, sur le rôle des médecins libéraux dans le repérage des personnes âgées très dépendantes.

Pour suivre l'ensemble de ces travaux, un comité de pilotage a été constitué avec des représentants des 5 conseils généraux, des directeurs de services à domicile, de SSIAD et d'HAD, de l'ARS d'Aquitaine et du CREAHI.

Ce comité de pilotage a été réuni à trois reprises (le 23 octobre 2012, le 22 janvier 2013 et le 23 avril 2013) afin :

- d'affiner et valider la méthodologie,
- de faciliter l'accès aux données,
- d'être associé à l'analyse des données au fur et à mesure de leur production,
- d'envisager la suite de la démarche.

Le 1^{er} diagnostic, que les investigations évoquées ci-dessus ont permis de dresser, va au-delà d'une simple étude de faisabilité grâce à la grande implication des partenaires sollicités par l'ARS et le CREAHI (les conseils généraux, leur service APA ainsi que différents services intervenant à domicile).

Un rapport présentant et analysant l'ensemble des données collectées a été remis à l'ARS en avril 2013 (A télécharger sur le site de l'ARS¹).

¹http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/405_Sect_medico_social/40511_Etude_GIR_domicile/rapport_final_personnes_GIR_1_et_2_a_domicile_-_phaseI.pdf

Plusieurs pistes pouvant permettre d'améliorer les conditions du maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes ont pu être identifiées et sont présentées à la fin de ce rapport.

Elles s'articulent autour :

- de l'organisation des parcours de vie et de soins des personnes âgées dépendantes ;
- du repérage de « bonnes pratiques », notamment en termes de coordination et de prévention ;
- de l'aide aux aidants.

L'ARS a souhaité poursuivre ces travaux en complétant le diagnostic amorcé lors de la 1^{ère} phase autour des conditions du maintien à domicile des personnes âgées sur deux territoires aquitains présentant des caractéristiques socio-démographiques et un niveau d'équipement différents. Ont ainsi été retenus :

- un territoire rural, le Sud-Est des Landes, correspondant à peu près à la Chalosse (soit les cantons d'Aire-sur-l'Adour, Amou, Geaune, Hagetmau, Grenade, Montfort, Mugron, Saint-Sever, Tartas) ;
- un autre urbain, la CUB, communauté urbaine de Bordeaux, sur sa partie rive gauche².

En outre, ces deux territoires présentent l'intérêt d'être issus de départements se positionnant assez différemment pour ce qui est du taux d'allocataires de l'APA à domicile et de la part des personnes en GIR1 et 2 parmi eux.

Rappel phase I de l'étude

Synthèse des éléments statistiques autour de l'APA selon les départements

Ecarts des valeurs départementales par rapport à la moyenne régionale

(en bleu : valeur inférieure, en vert = pas d'écart significatif, en orange = valeur supérieure)

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques
Taux d'allocataires de l'APA					
Part des allocataires à domicile					
Evolution des effectifs à domicile					
Taux de GIR1/2 à domicile					

Ainsi, la Gironde a des valeurs supérieures à la moyenne régionale concernant :

- le taux d'allocataires de l'APA,
- la part des allocataires à domicile,
- l'évolution des effectifs à domicile,

Tandis que les Landes ont un taux d'allocataires à domicile plus faible que la moyenne régionale, mais celui-ci évolue plus vite et, parmi ces allocataires, la part des personnes en GIR 1 et 2 est la plus élevée de la région.

² Au départ, c'est l'ensemble de la CUB qui devait faire l'objet d'investigations mais compte tenu de la multiplicité des acteurs et des dispositifs nous avons dû réduire le territoire enquêté. Le CLIC de Cenon a cependant été interrogé pour avoir une vue d'ensemble des dispositifs dans ce secteur.

Dans chacun de ces territoires, des entretiens ont été conduits auprès d'une large palette d'acteurs impliqués dans cet accompagnement pour repérer notamment :

- comment sont organisés les parcours et quelles sont les ressources du territoire mobilisées ?
- quelles sont compétences nécessaires pour assurer une qualité à cet accompagnement ?
- comment sont pris en compte et soutenus les aidants ?
- quelles sont les limites à ce maintien à domicile ?

Au total, 37 entretiens ont été conduits³ (23 sur la CUB rive gauche et 14 dans le Sud-Est des Landes) avec :

- les CLIC et les MAIA ;
- les réseaux de soins palliatifs ;
- des services sanitaires : HAD, USLD, EMOG (équipes mobiles de gériatrie) ;
- des services sociaux et médico-sociaux : SPASAD, SAD, SSIAD, ESA (équipe spécialisée Alzheimer) ;
- des offres de répit : plateforme de répit, EHPAD ayant des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire ;
- des services de tutelles ;
- des associations représentants des usagers (Coderpa, France Alzheimer, France Parkinson) ;
- la pilote du PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

En outre, en lien avec la question des aidants, la façon dont sont utilisées les formules de répit, accueil de jour et accueil temporaire, a été étudiée à partir des données de l'enquête EHPA 2011 :

- quelle utilisation ? durée des séjours, destination à la sortie...
- pour quel public ? niveau de dépendance, situation avant l'entrée...

³ Voir liste détaillé en annexe

1 - Le parcours de la personne âgée très dépendante

Le questionnement a comporté deux axes :

- 1) La construction du parcours, les indicateurs pris en compte pour élaborer le projet de vie des personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) ;
- 2) Les dispositifs et acteurs mobilisés, les ressources et les manques du territoire.

Il est à noter, en préalable, que les partenaires interrogés nous ont répondu la plupart du temps sur l'ensemble des personnes âgées qu'ils accompagnent, sans forcément tenir un discours spécifique sur les personnes en GIR 1 et 2, qui parfois peuvent ne représenter qu'un petit nombre de situations parmi celles suivies. Les interlocuteurs du Sud-Est des Landes recensent globalement moins de situations à domicile que ceux de la CUB, ce qui est corroboré par les données de l'APA.

Les personnes très dépendantes à domicile, cotées GIR 1 ou 2, sont soit des personnes anciennement en GIR 3 ou 4 dont l'état de santé s'est dégradé, soit sont entrées directement dans le dispositif APA en GIR 1 ou 2, souvent suite à une hospitalisation.

Ces personnes GIR 1 et 2 représentent souvent une faible part de la population vivant à domicile, qu'il est difficile d'évaluer avec précision et qui est très variable selon le type d'intervenants interrogés et leur rôle dans l'accompagnement. Ainsi ce public représenterait :

- 10 % des personnes âgées à domicile pour les partenaires de la coordination et les services à domicile, avec une augmentation de la part de ces publics ;
- moins de 25 % des patients âgés à domicile pour l'URPS ;
- environ 50 % de personnes évaluées GIR 1 ou 2 dans des places de répit⁴ ou plus encore pour celles suivies par le réseau de soins palliatifs et l'HAD (pathologies sévères et fin de vie) dans la CUB. Les mêmes intervenants dans le Sud-Est des Landes avancent des chiffres beaucoup plus bas : 15 à 25 % des usagers du réseau de soins palliatifs et de l'HAD, très peu en accueil de jour ou en hébergement temporaire (ces formules étant davantage mobilisées pour des usagers avec MAMA, essentiellement en GIR 3 et 4) ;
- 90 % de patients en GIR 1 et 2 à l'USLD, patients pour lesquels le retour à domicile est exceptionnel.

1.1 - La construction du parcours de la personne

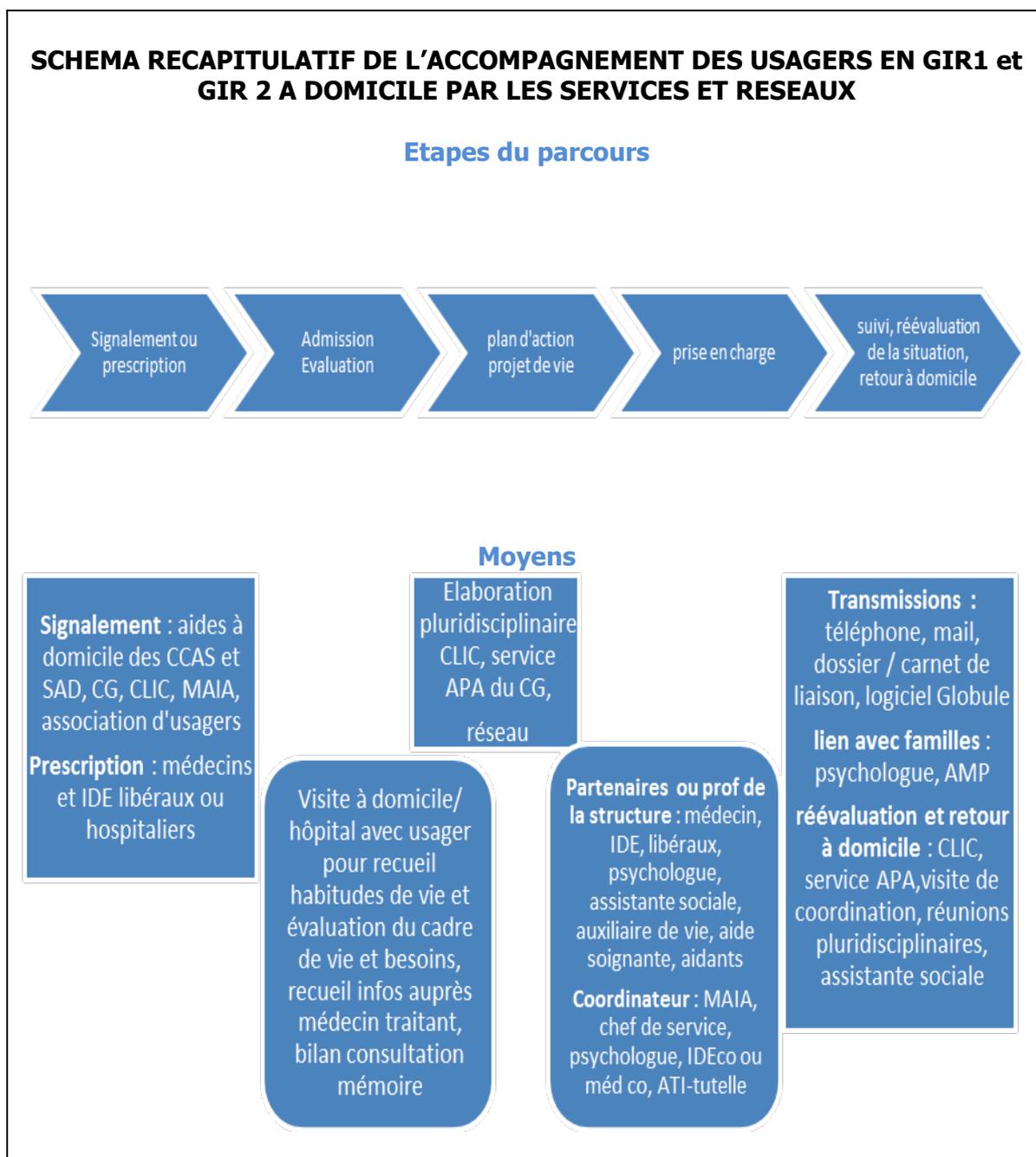
Deux modalités d'entrée dans un dispositif d'accompagnement des personnes très dépendantes à domicile peuvent être distinguées :

- soit la personne à domicile ou sa famille dispose de suffisamment d'informations et a pu solliciter directement une structure (CLIC, SAD, SSIAD...) ;
- soit la personne a été orientée par un professionnel, souvent d'un service social ou d'un service de tutelle ou par une association d'usagers (France Alzheimer, France Parkinson...) qui ont pu l'adresser à un SSIAD, un CCAS, un SAD, un CLIC ou au service APA du Conseil général pour organiser le plan d'aide. Les médecins, traitants ou hospitaliers, mobilisent essentiellement des dispositifs sanitaires (infirmiers libéraux, HAD réseau soins palliatifs...).

⁴ Selon nos interlocuteurs, des personnes en GIR 2 sont accueillies en accueil de jour mais pas celles en GIR 1, alors que l'hébergement temporaire est susceptible d'accueillir ces deux types de profil. Les données de EHPA analysées plus loin confirment en partie ces données.

Les acteurs rencontrés ont plus ou moins conceptualisé ces notions de « parcours de soin » ou de « projet de vie » selon leur place et leur rôle dans l'accompagnement des personnes âgées. Les organismes de coordination, CLIC et MAIA, ont une approche globale de ce parcours. D'autres acteurs intervenant sur des phases critiques (comme l'HAD) ou sur des temps de répit s'interrogent sur l'aval et la poursuite d'un accompagnement sans rupture. Ils sont aussi soucieux d'articuler leurs interventions avec celles des autres, professionnels ou aidants naturels, auprès de la personne. Cette préoccupation est partagée par une grande partie des opérateurs de terrain.

Si, globalement, il n'y a pas réelles différences sur la façon dont les acteurs conçoivent les parcours selon le territoire, leur nombre plus restreint dans le Sud-Est des Landes semble favoriser leur connaissance mutuelle, y compris par les professionnels de santé libéraux (alors que sur la CUB, les dispositifs sociaux et médico-sociaux sont moins bien repérés et connus des médecins libéraux).



Les acteurs de la coordination

Les CLIC sont perçus comme des partenaires solides de l'information, de l'évaluation et de la coordination pour les publics âgés très dépendants. Ils travaillent, notamment, en complément des services APA des CG aux côtés des intervenants des champs médical et social pour évaluer les situations au domicile et élaborer les plans d'aide, ils apportent également des conseils pour l'aménagement du domicile (PACT, sociétés spécialisées). Si les CLIC contactent et signent des conventions avec des partenaires pour organiser l'accompagnement (CMP, SAD, SSIAD, libéraux) et/ou l'hébergement des personnes (formules de répit, EHPAD), ils n'assurent pas de suivi, contrairement aux MAIA. Cependant, ils restent disponibles pour les acteurs du domicile, au cas où la situation se dégrade.

Pour les MAIA, le parcours de la personne (projet de vie et plan d'aide) est avant tout construit avec la personne directement concernée mais aussi avec les aidants naturels et professionnels qui l'accompagnent. En ce qui concerne plus spécifiquement les personnes ayant des troubles cognitifs très importants, le projet de vie se construit alors souvent davantage avec l'entourage familial de la personne.

Les indicateurs pris en compte concernent :

- la volonté des personnes âgées suivies,
- la présence et l'implication des aidants naturels,
- la présence et l'implication des aidants professionnels,
- l'environnement matériel des personnes âgées suivies,
- les ressources financières mobilisables.

Dans les Landes, la MAIA de Saint-Sever a élargi son champ d'intervention à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle avec troubles cognitifs pour lesquelles le maintien à domicile peut être mis à mal.

La MAIA de Bordeaux indique que, au-delà des critères pour déclencher son intervention, (diagnostic de démence - ou suspicion - avec retentissements sur les actes essentiels), elle est conduite à prendre en compte des situations particulières avec déni de la personne ou de son entourage, absence de parcours de soin et grand isolement.

Les services médico-sociaux à domicile

De plus en plus de services intervenant à domicile offrent des prises en charge conjointes SAD et SSIAD pour les personnes âgées dépendantes. Elles sont alors pilotées au sein de la même structure qui gère les deux services, qu'il s'agisse d'un SPASAD, d'un CCAS ou d'une association gérant aussi des EHPAD. Dans tous les cas, l'objectif est de permettre une continuité de l'accompagnement grâce à des outils communs autour du soin et de l'aide à toutes les étapes du parcours : repérage des situations de grande dépendance avec une sorte « guichet unique » centralisant toutes les demandes, évaluation, organisation de la prise en charge (plannings) et mise en œuvre à partir d'un (seul) « chef d'orchestre », réunions régulières interservices pour le suivi voire des démarches qualité communes. Cette organisation permet d'ajuster le parcours de l'utilisateur en fonction de l'évolution de son état de santé (amélioration ou dégradation) et de son autonomie, « *le fait d'intégrer ces différents services dans un seul dispositif évite la concurrence et les dénigrements entre services, qui nuisent finalement à la personne âgée* ».

Les partenaires du soin à domicile

L'hospitalisation à domicile : L'admission en HAD se fait obligatoirement sur prescription médicale (médecin traitant ou hospitalier) et sur des critères bien délimités. L'HAD intervient parfois en sortie d'hôpital (plus souvent dans les Landes semble-t-il que sur la CUB), parfois aussi pour des fins de vie, La prise en charge par le service de HAD n'a pas vocation à durer, elle sert de relais et vient étayer une phase du parcours de soin. Le service de HAD se donne aussi pour mission d'initier la mise en place des autres intervenants et veiller à ce qu'ils se coordonnent.

Au départ, une visite est faite à domicile avec, selon les services, une IDE coordonnatrice / ergothérapeute / assistante sociale pour réaliser une évaluation et préciser la demande au regard de la situation. Le projet de vie / de soins est ainsi élaboré avec une évaluation de l'environnement et des éléments économiques et sociaux, une rencontre avec les aidants, une identification des situations complexes.

L'IDE coordonnatrice a un rôle de chef d'orchestre et coordonne un plan de soin où chacun a sa place. Les professionnels de l'HAD (IDE, médecin coordonnateur, psychologue, assistante sociale) travaillent avec des intervenants libéraux (kiné, IDE...) et ont parfois des difficultés pour de coordination avec certains d'entre eux mais globalement le bilan est plutôt positif.

L'HAD est parfois conduite à prolonger la prise en charge, sans nécessité réelle, avant de pouvoir passer le relais à un SSIAD (ce qui pose des difficultés si d'autres personnes sont en attente de prise en charge).

Les réseaux de soins palliatifs : La prise en charge est centrée sur le projet de soins et sur la coordination. Elle est très structurée : prescription de cette intervention par un médecin (libéral ou hospitalier), évaluation globale de la situation lors d'une visite au domicile, propositions du réseau (soins, dont prescription de médicaments spécifiques et projet global) validées par le médecin traitant, suivi et transmissions régulières (à l'aide de différents supports : téléphone, dossiers, logiciel Globule) entre les professionnels intervenant (libéraux et services de soins, services à domicile). Le réseau de soins palliatif des Landes ASPAM souligne la difficulté et le coût important pour outiller les libéraux et paramédicaux (pour n'accompagner parfois qu'un seul patient).

Les plateformes d'accompagnement et de répit

L'entrée en plateforme de répit est souvent déclenchée par l'apparition de troubles cognitifs. Les prescripteurs sont les centres de consultation mémoire, les CCAS, les services des conseils généraux, les CLIC, les MAIA et les intervenants libéraux (médecins⁵, kiné, IDE...). L'évaluation pour le projet de vie se fait avec la famille et l'utilisateur, incluant souvent une visite à domicile.

Pour illustration, la plateforme de la Villa Pia vient à domicile et évalue : le niveau de sécurité pour l'aidant et l'aidé (logement, comportement...), la capacité de l'aidant à assurer une prise en charge dans conditions correctes, les données financières. Deux professionnels se déplacent afin de recueillir les envies et les attentes de l'aidant et de l'aidé séparément. La mission de la plateforme est aussi d'aider la personne et ses proches à se projeter et à mettre en place un mode de vie adapté à l'avancée prévisible de la maladie.

Les familles sont encore réticentes à mobiliser l'accueil de jour qui, quand il est accepté, est un tremplin pour mettre en place un hébergement temporaire, voire un accès ultérieur

⁵ Dans les faits, aucun médecin ne prescrit, déplore un centre d'accueil de jour de la CUB

à l'EHPAD «*La plateforme peut être une passerelle vers une entrée en institution, elle peut aider à faire évoluer une représentation erronée de l'EHPAD, à dédramatiser*».

Les services hospitaliers sollicités, USLD et gérontopsychiatrie, ne constitue pas une étape du parcours de vie à domicile. Les patients qui y sont accueillis viennent en général de court séjour ou de SSR et, en cas de sorties, il est exceptionnel qu'un retour à domicile ait lieu. Les admissions dans ces services sont longues et nécessitent le passage devant une commission qui statue sur des critères sociaux ou médicaux.

L'EMOG de Xavier-Arnozan occupe une place différente. Les personnes sont adressées par les urgentistes de l'hôpital (sur des critères d'âge, de pathologie et sociaux). Dès le début de la prise en charge, l'EMOG prend les contacts nécessaires auprès de la famille et du médecin traitant et, selon le besoins le CLIC, les services du CG, les SAD ou des IDE afin de favoriser le retour à domicile. Le quart des patients vus par l'EMOG sont évalués GIR 1 ou 2, la majeure partie des personnes en GIR 2 pourront retourner à domicile, à l'inverse de celles en GIR 1.

Les professionnels libéraux ont également été sollicités pour recueillir leur vision du projet de vie de la personne âgée très dépendante à domicile. L'URPS-Médecins libéraux indique : «*Il n'y a pas de projet de vie élaboré à domicile. Le projet de vie n'est pas un concept utilisé à domicile. Ce concept est seulement évoqué en EHPAD*». L'URPS infirmiers libéraux n'a pas apporté sa contribution.

Signalons, toutefois, que la Haute Autorité de Santé vient de sortir une note méthodologique sur la prise en charge ambulatoire des personnes âgées fragiles et la place du médecin traitant dans l'organisation de ce parcours de soin.

Les 10 points clés pour réaliser un plan personnalisé de santé(PPS)⁶

1. Désigner un coordonnateur du PPS (Ce peut être le médecin traitant ou un autre professionnel venant en appui au médecin traitant; il doit pouvoir être joint facilement par la personne et son entourage) ;
2. Identifier les situations à problèmes sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne ;
3. Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible ;
4. Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte ;
5. Négocier des objectifs communs avec le patient ;
6. Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs ;
7. Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions ;
8. Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats ;
9. Fixer des dates de révision des interventions (le suivi d'un PPS est itératif jusqu'à la résolution des problèmes identifiés, selon une séquence : planifier > faire > évaluer > planifier) ;
10. Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent (en s'appuyant sur les personnes de l'entourage, les aidants, les personnels des services d'aide à domicile).

⁶ Plan personnalisé de santé – *Les parcours de soins* – HAS, juillet 2013, 36 pages

1.2 – Les ressources à mobiliser

Sur Bordeaux, l'offre pour le maintien à domicile est assez complète en termes de diversité, même si les capacités d'accueil en particulier celles des offres de répit et des SSIAD sont insuffisantes. Au-delà des questions de capacités, des améliorations seraient souhaitables, en premier lieu sur le plan de la coordination. Les professionnels, en travaillant réellement ensemble, pourraient ainsi éviter des ruptures dans l'accompagnement lors des passages de relais.

C'est notamment pour apporter des solutions à ces problèmes que le PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est expérimenté, sur la ville de Bordeaux. Il doit permettre de définir de nouvelles pratiques professionnelles afin d'optimiser le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans.

Afin d'améliorer la cohérence des parcours, la question de « l'aval » est évoquée à plusieurs reprises :

- Après la fin d'une prise en charge en HAD, quels relais mettre en place ? Les situations sont parfois trop lourdes pour un SSIAD, aussi l'HAD poursuit parfois ses interventions alors que ce n'est plus vraiment nécessaire et que les demandes sont nombreuses pour bénéficier de son intervention.
- Après un séjour en accueil temporaire, comment préparer le retour à domicile dans de bonnes conditions ? L'évaluation de la personne avant sa sortie est indispensable et les conseils d'un ergothérapeute seraient utiles pour adapter le domicile.
- Après une hospitalisation et un retour parfois précipité à domicile qui peut se solder par une réhospitalisation.

La création de places de **SSIAD dédiées aux sorties d'hospitalisation** (qui pourrait s'entendre dans son acception large en prenant en compte les sorties de HAD) devrait permettre de répondre de façon plus adaptée à certaines de ces situations.

En termes d'organisation permettant de mieux articuler les interventions, le **SPASAD est une formule encore une fois largement reconnue et appréciée**⁷. Les atouts sont nombreux : la coordination des horaires de passage facilitant les relais, le réajustement des prises en charge rapide en fonction des besoins, la formation de terrain des AVS par les IDE et les AS...

Un autre type de ressources largement mobilisé est l'offre de répit en accueil de jour ou temporaire, considérée par tous les interlocuteurs comme essentielle pour que le maintien à domicile, qui s'appuie très largement sur des aidants, puisse rester possible.

Ce type d'offre entraîne 3 questions : cette offre est-elle connue ? Cette offre est-elle suffisante ? Cette offre est-elle adaptée aux personnes en GIR 1 et 2 ?

- Cette offre est-elle connue ? Le réseau constitué par les CLIC, les MAIA, les CCAS et les évaluateurs d'APA joue un rôle tout à fait efficace en la matière et informe bien les familles sur ces possibilités. La limite vient des médecins traitants qui n'en parlent pas assez souvent aux familles. Or quand il y a une réticence de leur part, ce qui est assez fréquent, elles ne seront convaincues que si c'est leur médecin qui « prescrit ».

⁷ A noter que dans les faits, certains services fonctionnent déjà en ayant sur un même site des équipes SSIAD et SAD coordonnées selon le principe SPASAD sans en avoir (encore) l'agrément

- Cette offre est-elle suffisante ? Les différents acteurs de terrain font le constat d'un manque de places, de délais importants d'attente pour y accéder (qui sont encore plus marqués sur la rive droite de la CUB). Bagatelle constate par exemple que, pour l'hébergement temporaire, 100 demandes par an restent sans réponse faute de places. Villa Pia fait le même constat pour l'accueil de jour, les places disponibles sont parfois assez éloignées de Bordeaux, ce qui implique beaucoup de fatigue pour les bénéficiaires. Dans les Landes, les mêmes difficultés sont avancées. Une demande plus locale y apparaît : un accueil temporaire saisonnier pour des personnes vivant dans des maisons isolées et mal chauffées en hiver.
- Cette offre est-elle adaptée aux personnes en GIR 1 et 2 ? L'offre en accueil de jour et en accueil temporaire est, selon les acteurs interrogés, peu tournée vers ces publics. Une des limites à l'accueil des personnes GIR 1 et 2 sur ces places est leur dispersion car un temps de trajet trop long est incompatible avec l'état de fatigue des personnes. En outre, il faut que ces transports soient organisés et pris en charge⁸ : les aidants finissent par renoncer à ces temps de répit lorsqu'ils doivent assumer eux-mêmes ces trajets (cela reste vrai pour tous les publics). Ce besoin de transport prend une acuité particulière en zone rurale, comme le Sud-Est des Landes. Par ailleurs, l'accueil de jour peut davantage perturber les personnes très désorientées ou dépendantes que l'hébergement temporaire et ne doit pas être proposé systématiquement. De plus, l'objectif de l'accueil de jour est la stimulation cognitive, ce qui n'est pas vraiment considéré comme la priorité pour les personnes en GIR 1 et 2. L'hébergement temporaire casse moins les rythmes, les services existants ont en général un programme d'activités moins dense et un cadre moins rigide, ce qui correspond davantage aux besoins des personnes très dépendantes. En outre, la localisation de ces places de répit, souvent quelques places au sein d'un EHPAD, rend floue leur vocation réelle et ne renvoie pas une image positive aux familles. Cette dispersion des places est aussi un obstacle à la construction d'un projet de service bien spécifique, en particulier pour les accueils de jour.

D'autres réponses de répit à domicile se développent et sont appréciées, en particulier le baluchonnage. Les possibilités de réponses restent limitées sur la CUB et, dans les Landes, cette offre n'existe que sur Biscarosse.

La garde itinérante de nuit peut, sur certains types de situations être pertinente, notamment en évitant des hospitalisations d'urgence. Il faudrait qu'une offre puisse être déployée en assurant une couverture totale en termes de plages horaires (en lien avec les intervenants de jour) et avec des modalités de passage adaptées aux personnes en GIR 1 et 2. Les deux territoires étudiés sont demandeurs (mais de façon plus marquée dans le Sud-Est des Landes car ce dispositif souple est bien adapté à la dispersion géographique des situations).

D'autres manques sont aussi identifiés en termes **de publics, dispositifs ou professionnels.**

Pour les publics, c'est avant tout les réponses à mobiliser pour les personnes ayant des troubles psychiatriques et des troubles du comportement qui font défaut. Les services de tutelle constatent, par exemple, que près de la moitié des personnes protégées à domicile auraient besoin d'un suivi assuré par un CMP (mais ces besoins ne sont que partiellement couverts). Le développement des équipes mobile de gérontopsychiatrie est aussi souhaité, leur apport serait très intéressant pour faire des évaluations à domicile et construire un parcours de soins. Le PAERPA prévoit la mise en place d'une équipe sur Bordeaux.

⁸ Les EHPAD concernées établissent parfois des conventions avec les sociétés privées de transport pour personnes âgées (avec une charte de qualité)

Par ailleurs, l'offre spécialisée en établissement sur la CUB est :

- insuffisante en UHR (12 places),
- inexistante en UCC (unités cognitivo-comportementales).

Les dispositifs, outre ce qui a été dit sur les offres de répit, d'autres manques ou insuffisances sont signalés :

- pas de CLIC ni de MAIA sur le secteur CUB sud-ouest ;
- surcharge des SSIAD, insuffisance de leurs moyens/marges de manœuvre pour intervenir 3 fois /jour, deux cantons dépourvus de SSIAD dans le territoire landais étudié (Amou et Montfort-en-Chalosse) ;
- incapacité du réseau de soins palliatifs à répondre à toutes les demandes qui lui sont faites, ce qui l'oblige à restreindre ses interventions autour de certains critères (CUB) ;
- manque de places d'accueil d'urgence en EHPAD, « *la seule réponse d'urgence, c'est l'hospitalisation* », tant sur la CUB que dans le Sud-Est des Landes ;
NB : le PAERPA prévoit d'installer des places d'urgence dans 6 EHPAD de Bordeaux
- délais d'entrée en EHPAD sur la CUB trop longs (au moins 3 mois)⁹ qui contraignent parfois les personnes à l'éloignement ;
- manque de lits de SSR qui pourraient pourtant éviter les sorties trop rapides et préparer le retour à domicile ;
- maillage en SAD considéré comme satisfaisant sur la CUB (même si l'homogénéité de la qualité n'est pas encore acquise). A l'inverse, même si dans le sud-est des Landes, les problèmes sont moins marqués que dans le Nord du département, il reste difficile de mobiliser les SAD qui "trainent les pieds" pour intervenir en milieu rural avec un habitat dispersé ;
- difficultés d'accès aux soins courants en raison de la démographie médicale dans le Sud-Est des Landes : l'ouverture d'une maison de santé pluridisciplinaire à Hagetmau pourrait améliorer la situation si des médecins peuvent être recrutés. Sur la problématique particulière des soins bucco-dentaires, l'expérience de Biscarosse serait à dupliquer (dentistes qui se déplacent à domicile ou en EHPAD) ;
- souhait de mise en place d'un numéro vert pour les aidants susceptibles de répondre 24 h/24 h (à cet égard, le numéro vert du Conseil général des Landes Im'âge est apprécié, jugé réactif et utile pour les familles qui peuvent également bénéficier de l'accompagnement d'un psychologue).

Les professionnels

- des difficultés de recrutement ou budgétaires pour avoir un taux d'encadrement adéquat sont toujours à l'ordre du jour (en particulier IDE en EHPAD et AS en SSIAD) ;
- des recrutements seraient souhaitables pour introduire de nouvelles compétences :
 - ✓ de psychomotriciens dans les services intervenant à domicile, ce qui serait de nature à lutter contre la consommation de psychotropes.
 - ✓ d'ergothérapeutes pour adapter le logement, notamment après une perte de capacité de la personne (ou justement pour prévenir des chutes pouvant générer une perte de capacité).
 - ✓ de psychologues pour intervenir à domicile auprès de personnes très isolées (en particulier dans le Sud-Est des Landes) pour les aider à supporter leur perte d'autonomie, voire les préparer à une entrée en EHPAD.

⁹ Ce problème ne concerne pas les établissements lucratifs qui demandent à leurs résidents 2 500 € par mois

2- Les compétences des professionnels

Les interlocuteurs ont été sollicités autour des compétences spécifiques pour accompagner des personnes en GIR 1 et 2 et des besoins identifiés en la matière.

Trois catégories de besoins ont pu être identifiées :

- **Besoin de formation**

La qualité de l'accompagnement des personnes en GIR 1 et 2 nécessite que soient renforcées :

- les connaissances spécifiques sur les maladies créant la situation de dépendance ;
- les compétences techniques spécifiques pour des situations complexes (savoir être attentifs aux signaux d'alerte, savoir réaliser certains gestes, notamment des gestes d'urgence...).

Les interlocuteurs considèrent que des améliorations très sensibles sur les formations initiales sont intervenues, il y a de moins en moins de professionnels de l'aide à domicile qui ne sont pas du tout diplômés.

Mais cet effort ne suffit pas car, au-delà des savoir-faire pour réaliser les actes techniques, des carences sont identifiées par des acteurs de la CUB au niveau **des savoir-être des professionnels : respect, écoute, communication...** Aussi, il est souhaité que les procédures de sélection des personnes entrant en formation puissent tenir compte de cet aspect et que des formations continues viennent faire en sorte que ces valeurs soient connues, reconnues et mises en pratique au quotidien.

Globalement, 40% des dispositifs interrogés disent ne pas être confrontés à des manques en termes de formation ou de compétences particulières grâce à un investissement important et continu dans la formation de leurs professionnels.

Toutefois, certains SAD soulignent les limites de la formation car si elle améliore les compétences des salariés elle augmente également leurs attentes salariales (ce qui est aussi justifié par des conditions de travail difficiles), qui sont très difficiles à satisfaire.

- **Connaissance des partenaires et coordination**

Sur les deux territoires, des difficultés d'orientation des personnes dépendantes ou, pour le moins, des retards dans cette orientation, du fait d'une connaissance insuffisante des différents dispositifs sont signalés. De fortes attentes en la matière sont exprimées en direction des médecins traitants qui doivent réellement jouer un rôle d'aiguillage¹⁰. Ils occupent une place stratégique leur permettant d'observer les besoins des patients et de les conseiller en ayant toute leur confiance ainsi que celle de leurs proches. Toutefois, les médecins sont culturellement plus tournés vers le sanitaire, l'hôpital, les soins de suite et de réadaptation et ne renseignent pas toujours suffisamment sur les dispositifs sociaux et médico-sociaux et leurs offres, ou encore sur le soutien que peuvent apporter les associations d'usagers. Dans les Landes, toutefois, ce point apparaît avec moins d'acuité car les acteurs, étant moins nombreux, se connaissent mieux.

Des difficultés de coordination sont également soulignées de façon récurrente et ce, à plusieurs niveaux (entre structures prenant en charge les mêmes personnes, entre structures se passant le relais dans l'accompagnement d'une personne, mais également entre intervenants au sein d'une même structure), ce qui renvoie à l'organisation et l'utilisation d'outils permettant d'assurer la transmission d'informations.

¹⁰ Selon une récente étude de la DREES (La prise en charge en médecin générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile –Études et résultats, n°869 – février 2014), un médecin généraliste suivrait en moyenne 21 personnes âgées dépendantes à domicile.

La coordination doit aussi s'entendre en termes de partage de cultures. Ainsi comme le souligne la MAIA de Mérignac : « *Les intervenants du champ médico-social restent encore trop peu sensibilisés aux principales alertes « sanitaires» et ceux du champ sanitaire aux alertes « sociales ».* Il semble indispensable de décroisonner davantage pour amener les professionnels à aborder les situations davantage dans la globalité pour apporter des réponses plus pertinentes ».

• **Soutien des professionnels**

Les conditions d'exercice à domicile sont difficiles pour les professionnels : multiplicité des lieux d'activité, interventions morcelées dans le temps, parfois difficultés d'identification des tâches attendues (frontière entre entretien du logement / assistance à la personne dans le quotidien / soins). De plus, l'accompagnement de ce public âgé très dépendant constitue une charge psychologique importante pour les professionnels, confrontés continuellement à des situations très lourdes, des maladies chroniques très invalidantes ou à des fins de vie.

A cela peuvent se rajouter pour ces salariés, parfois assez précaires, des difficultés sociales ou personnelles. Plusieurs structures font état d'un turn-over important. D'où la nécessité de mettre en œuvre des actions de soutien qui puissent bénéficier au plus grand nombre.

Synthèse des besoins des professionnels

	Besoins	Exemples d'actions conduites
Intervenants à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Formations « techniques »</u> (CUB et Landes) <ul style="list-style-type: none"> - Transformation de l'habitat - Utilisation du matériel - Manipulation des personnes, mobilité, aide à l'alimentation • <u>Formations non techniques</u> (CUB) <ul style="list-style-type: none"> - Savoir-être, souci du parcours de la personne - Maltraitance : repérage et prévention - connaissance des dispositifs - Accompagnement à la mobilité • <u>Formations à caractère médical</u> (CUB et Landes) <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des pathologies, en particulier Alzheimer - La grande dépendance et ses implications, approche gériatrique - Soins d'urgence - Repérage des signaux d'alerte - Plaies complexes - Soins palliatifs, Fin de vie • <u>Formation pour certaines catégories</u> (Landes) <ul style="list-style-type: none"> - garde de nuit - bénévoles • <u>Soutien psychologique</u> (CUB) <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des pratiques - Soutien face aux situations difficiles, soins palliatifs etc... 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation continue (sédation, maladie Alzheimer etc.) • Ateliers de formation & d'information organisés par la MAIA (CUB) • Diffusion en interne des compétences par AS et ASG d'ESA et de SSIAD • Travail des SSIAD avec HAD pour les compétences plus techniques (Landes) • SAD : formations sur les limites des interventions • Formation ASG • Interventions à 2 salariés pour les premières fois • Nécessité d'une meilleure sélection des salariés en amont • Groupes de paroles • soutien psychologique (psychologue en interne)
Médecins traitants	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Connaissance des dispositifs d'accompagnement à domicile</u> (CUB) • <u>Spécificités des pathologies liées à l'âge</u> (CUB)¹¹ <ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer et Parkinson 	

¹¹ Remarques formulées par des praticiens hospitaliers. Notons toutefois que la maladie d'Alzheimer arrive en premier, avec la polymédication, dans les thématiques auxquelles les médecins généralistes se sont formés dans le cadre de la formation médicale continue (selon l'étude citée à la note précédente)

3 - Le soutien aux aidants familiaux

Les aidants familiaux sont des acteurs essentiels ; c'est à partir d'eux que le maintien à domicile peut être pensé, mis en place et amélioré.

Pour des personnes très dépendantes, le maintien à domicile sera une solution à poursuivre si l'aidant « *s'y retrouve et est soutenu* ». En effet, il est impossible d'assurer un accompagnement à domicile satisfaisant pour l'aidé, **si l'aidant ne garde pas des conditions de vie de qualité.**

Les réponses à mettre en œuvre doivent donc prendre en compte cette dimension : correspondent-elles aux besoins des aidants ? Lui apportent-elles une plus-value, un soulagement, une facilitation du quotidien ?

Les interlocuteurs ont ainsi été interrogés sur la façon dont les aidants doivent être soutenus et sur les améliorations à apporter en la matière.

Pour mieux prendre en compte les attentes des aidants, outre la consultation des associations d'usagers (France Alzheimer, France Parkinson, association française des aidants¹²) et du CODERPA, des travaux d'études récents de la DREES et de l'INSEE sur cette thématique ont été valorisés.

3. 1- Les difficultés rencontrées par les aidants

Les personnes évaluées GIR 1 et 2 nécessitent un volume d'aide important en raison de leur fort niveau de dépendance. Cette aide apportée par des professionnels ne peut suffire¹³ et les aidants familiaux sont en général fortement impliqués, qu'ils vivent ou non avec la personne aidée.

Ainsi, les aidants familiaux non cohabitants assurent une aide quotidienne, souvent importante : « *La moitié des personnes âgées très dépendantes (GIR 1 et 2) aidées par un ou plusieurs proches reçoivent ainsi leur aide pendant au moins l'équivalent de 5 heures 15 par jour* »¹⁴.

Cette aide est encore plus importante lorsqu'elle est réalisée par une personne cohabitant avec la personne aidée mais il est parfois difficile de percevoir les limites entre aide et vie commune. Du côté des professionnels, l'aide apportée aux personnes en GIR 1-2 est évaluée à 2h10 par jour (valeur médiane)¹⁵. Pour autant, cette aide globale est souvent jugée insuffisante par les aidés : 42% estiment avoir besoin d'une aide supplémentaire pour les activités essentielles de la vie et 51% pour les activités auxiliaires de la vie quotidienne (courses, ménage, cuisine...)¹⁶.

¹² Créée en 2003 pour la reconnaissance de tous les aidants (maladie, handicap, vieillesse)

¹³ D'après les services d'aide à domicile interrogés, le plan d'aide élaboré par les services APA est souvent insuffisant pour couvrir les besoins des personnes avec Gir 1 et 2 à domicile, et ces dernières se trouvent dans l'obligation de financer elles-mêmes les heures complémentaires.

¹⁴ L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. Etude et résultats, DRESS n°771 août 2011, d'après Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

Cet investissement important a des répercussions sur la vie personnelle des aidants familiaux. L'ensemble des enquêtes à ce sujet fait ressortir les difficultés suivantes :

- **Manque de temps**
 - Difficultés à concilier aide et emploi : les aidants familiaux essaient de conserver leur activité professionnelle, notamment pour se préserver, mais il est souvent difficile de concilier les deux : 16 % des aidants ont déjà pris des congés pour assurer leur rôle et 9 % ont dû aménager leurs horaires ¹⁷ ;
 - Difficultés à concilier aide et vie sociale : 24 % des aidants disent se sentir seul¹⁸ ;
 - Manque de temps pour soi : 25 % des aidants reconnaissent ne plus avoir de temps pour eux-mêmes et leur famille.

- **Usure morale** ¹⁹
 - Anxiété, stress, surmenage ressentis par 29 % des aidants ;
 - Détresse morale ressentie par 25 %, sentiment de dépression pour 11 % ;
 - Inquiétude des aidants au cas où ils seraient eux-mêmes victimes d'un accident²⁰.

- **Impact sur la santé physique**²¹
 - 48 % des aidants disent souffrir de maladies chroniques,
 - 18 % ont des troubles du sommeil,
 - 11 % ont des problèmes dorso-lombaires.

Une autre difficulté est aussi souvent soulignée : l'inadaptation du logement de la personne aidée qui rend plus compliquées les interventions des aidants familiaux, tout comme celles des professionnels.

L'analyse que font nos interlocuteurs, qu'ils soient sur la CUB ou dans le sud-est des Landes rejoint les difficultés pointées dans ces études nationales.

Un des préalables pour pouvoir accompagner les aidants et intervenir auprès de la personne dépendante, c'est leur prise de conscience de leur besoin d'aide. Or, l'« approche » de l'aidant peut être difficile au début. Ce dernier a assumé tous les rôles souvent assez longtemps, y compris celui de soignant. Il peut ressentir l'aide professionnelle comme une intrusion, se sentir dépossédé, surtout dans les couples très fusionnels. Les professionnels arrivent parfois très tard, trop tard, les aidants sont déjà très fatigués, usés... Il n'y a pas assez de prévention. Les aidants veulent avant tout accompagner leur proche dans la dignité. Certains en viennent à ne plus prendre soin d'eux-mêmes, à négliger leur santé, ne sortent même plus pour aller chez le médecin (à tel point que 30 % des aidants décèdent avant la personne aidée).

Quatre types de besoins sont identifiés :

- **Information sur les droits et les aides existantes**

Le manque d'information des aidants a souvent pour effet de retarder la mise en place des aides et des interventions des professionnels à domicile. L'association française des aidants souligne l'importance que l'aidant puisse repérer les ressources vers lesquelles il pourra se tourner s'il se trouve en difficulté, afin qu'il bénéficie d'un accompagnement progressif et de réponses ajustées à ses besoins.

¹⁷ INSEE, enquête Aidants informels, Handicap-Santé 2008

¹⁸ Enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, DREES, 2008

¹⁹ Ibid.

²⁰ A cet effet, est proposée une carte spécifique à insérer dans le portefeuille de l'aidant, stipulant qu'en cas d'accident, il faut également porter secours à l'aidé qui se retrouve seul.

²¹ Ibid.

- **Conseils, soutien psychologique**

Des conseils doivent permettre aux aidants de clarifier leurs choix. Un soutien psychologique est indispensable avant qu'ils en soient au stade d'usure, ce soutien doit aussi viser à les préparer à l'entrée en EHPAD si elle est inéluctable. Pour certains intervenants, il semble cependant nécessaire de développer d'autres formes d'aides (sophrologie, consultations familiales systémiques) Lutter contre l'isolement des aidants est également une demande récurrente. Dans cette optique, des actions types café des aidants sont recensées. Des créations de nouveaux lieux d'accueil pour les aidants (sur le modèle des relais assistantes maternelles ou des maisons des parents) pourraient aussi être une réponse intéressante (pour les Landes).

- **Formation**

Des offres de formation se développent en particulier dans le cadre du Plan Alzheimer. La configuration de type « plateforme de répit » est jugée très pertinente car elle permet une prise en charge de la personne aidée pendant que l'aidant se forme (l'absence de solution pour l'aidé limitant l'accès à ces formations).

- **Solutions de répit**

Les avis sont unanimes sur ce point, les offres de répit doivent être développées et leurs modalités d'accès facilitées et aménagées (comme, par exemple, avec une augmentation du nombre de jours maximum en accueil temporaire qui est actuellement de 90 jours par an). Les aidants doivent pouvoir se reposer, prendre du recul, ne pas se couper de toute vie sociale. Là encore un soutien psychologique est utile pour faire tomber la culpabilité ressentie par les aidants à l'idée de recourir à ces offres de répit.

3.2 - Aperçu de la diversité des dispositifs de soutien aux aidants mis en place

		Sud-Est des Landes	CUB rive gauche
Information et formation	Information	<ul style="list-style-type: none"> Réunions de familles (EPHAD Gérard Minvielle) Interventions du médecin gériatre pour informer les familles sur la maladie d'Alzheimer (EPHAD Gérard Minvielle) 	<ul style="list-style-type: none"> Orientation vers des dispositifs de soutien (CLIC Mérignac : vers Café des aidants, France Alzheimer, CCAS, Clé des âges à Pessac) Répertoire de toutes les actions en direction des aidants naturels fait au 2ème semestre 2013 pour le territoire de la CUB Nord-Ouest (MAIA Mérignac)
	Formation	<ul style="list-style-type: none"> Formation des aidants avec mutuelles, caisses de retraite, Landes Alzheimer (CLIC de Mugron) Formations inter-établissements proposées aux aidants (l'Estèle à Hagetmau) 	<ul style="list-style-type: none"> Formation pour les bénévoles et des aidants (France Alzheimer 33): Formations aidants (Plateformes de répit de la CUB)
	Conseils	<ul style="list-style-type: none"> Conseils aidants Alzheimer par IDE spécialisées en gérontologie (CLIC de Mugron, dans le cadre du projet plateforme Alzheimer) 	<ul style="list-style-type: none"> Visite à domicile pour conseils en aménagement et prise en charge par psychologue et ergothérapeute (La clé des âges) Conseil du psychologue pour le choix des prestations (Plateforme de répit Villa Pia)
Soutien	Par l'écoute	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens individuels (CLIC de Mugron) CVS (tentative de mise en place par une psychologue de l'EPHAD Gérard Minvielle pour les familles bénéficiant de soins à domicile mais sans succès) Soutien psychologique: ASPAM, HAD Adour et Marsan, Bistrot des aidants (Alzheimer 40) 	<ul style="list-style-type: none"> Entretiens individuels CLIC Bordeaux et Cenon, Vie et Santé Mérignac Plateforme de répit Villa Pia, USLD Xavier Arnozan Café des aidants (avec psychologue : Vie et Santé Mérignac), Café des aînés (EHPAD Clairefontaine)
	Par des groupes de parole	<ul style="list-style-type: none"> Alzheimer 40, EPHAD Gérard Minvielle, l'Estèle, MAIA ACCTE (avec prise en charge des aidés sur ce temps), CLIC de Mugron (mais suspendu car offre trop importante de groupes de paroles) 	<ul style="list-style-type: none"> France Alzheimer 33, CLIC Cenon avec psy CARSAT, EHPAD (Clairefontaine, Simone de Beauvoir), Pôle gériatrique Xavier Arnozan (EMOG juge groupes de parole pas assez nombreux : plus de demandes que d'offre car il y a peu de roulement).
	Par solutions de répit	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge du transport vers l'établissement (EPHAD Gérard Minvielle) garde de jour pour permettre à l'aidant de faire ses courses + propose aide ménagère (SPASAD Aire sur l'Adour) accueil temporaire (UDAF 40) garde de nuit (HAD Adour et Marsan, UDAF 40 (service itinérant)) hospitalisation de répit (ASPAM) 	<ul style="list-style-type: none"> Accueil temporaire EHPAD Simone de Beauvoir, ASSAD Bordeaux Gardes itinérantes (Vie et Santé Mérignac : télé-assistance, dispositifs « Clémaveille » et baluchonnage « Eclaircie »), ASSAD Bordeaux Prise en charge du transport vers l'établissement CLIC Cenon, EHPAD Simone de Beauvoir (canton)
	Par des projets divers		<ul style="list-style-type: none"> Ateliers de sophrologie (CLIC Mérignac, avec un géronto psy) Pique-nique aidants/aidés (EHPAD Simone de Beauvoir)

4 - Les limites du maintien à domicile

Sur les deux territoires étudiés, les limites du maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes sont posées globalement de la même manière par les professionnels.

Ces limites sont liées à **une altération importante de l'état de santé** de la personne âgée et à **l'incapacité de l'aidant de poursuivre son investissement**.

De nombreux professionnels soulignent le fait que la question de la décision de la fin du maintien à domicile est difficile à trancher, à la fois pour les familles et pour les professionnels. Cette question voit s'entremêler des problématiques diverses : droit à la prise de risque, éthique... La première hospitalisation est souvent l'élément déclencheur pour la personne âgée et ses proches d'une prise de conscience des limites du maintien à domicile.

4.1 - Limites liées aux personnes dépendantes

Le maintien à domicile n'est plus tenable lorsque la propre sécurité de ces personnes est mise en péril (en particulier s'il n'y pas d'aidants 24 h/24). Parmi ces risques, sont citées en premier lieu les chutes répétées et la dénutrition.

Sur les deux territoires, **la nuit** est le moment le plus difficile à gérer pour ces personnes qui nécessitent une présence humaine quasi-continue. Or, l'aidant n'est pas toujours sur place (ou n'en peut plus) et les solutions professionnelles sont peu nombreuses pour la nuit, coûteuses et pas toujours adaptées à la très grande dépendance (comme les gardes de nuits itinérantes). En outre, lorsque la santé de la personne est très dégradée, les soins deviennent de plus en plus compliqués à prodiguer à domicile et de plus en plus coûteux. Le **manque de moyens financiers** peut ainsi apparaître comme une autre limite du maintien à domicile, les soins à domicile devenant plus chers que l'accueil en institution et les aides financières ne suffisant plus.

Les intervenants à domicile cherchent à réagir dès l'apparition de signaux d'alerte avant que la situation ne bascule dans l'urgence. Ces signaux sont liés en particulier à :

- une **perte brutale des capacités cognitives** ;
- des **troubles du comportement importants** : agressivité envers l'aidant (ou les auxiliaires de vie ou l'AS qui ne sont pas toujours formés afin de réagir de façon adaptée), fugue diurne et/ou nocturne, inversion du rythme jour/nuit...

A titre d'illustrations :

- Le CLIC de Mérignac cherche à établir des « alertes santé et des alertes sociales » (lors du portage de repas par exemple, les professionnels peuvent alerter s'ils remarquent un amaigrissement des usagers du service) ;
- La psychomotricienne de l'accueil de jour de l'EHPAD Gérard Minvielle (Sud-Est) lorsqu'elle repère des difficultés importantes, prévient la famille et la conseille sur une réorientation éventuelle.

4.2 - Limites liées aux aidants

L'épuisement physique et moral parfois avancé des aidants doit alerter les professionnels. Une vigilance s'impose pour protéger les aidants et, par répercussion, les aidés. Dans certains cas, le burn-out peut conduire à des formes de maltraitance envers l'aidé.

- Le service de HAD Adour Marsan indique qu'il y a des outils pour évaluer le niveau d'épuisement (grille mini-ZARIT d'évaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées recommandée par la HAS²²) ;
- Le CLIC de Cenon surveille également l'état d'épuisement de l'aidant lors d'entretiens d'évaluation et l'accompagne dans la prise de décision avec un soutien psycho-social au cours de visites régulières (2 ou 3 fois par semaine) ;
- Le CCAS L'Estèle (gérant des offres de répit, un SSIAD et un SAD) teste actuellement SEGA, une grille de scoring pour évaluer la fragilité médico-psycho-sociale des aidants pour les bénéficiaires du SSIAD (grille qui sera utilisée par les SAD si les résultats sont concluants).

4.3 - Autres limites

L'inadaptation du logement constitue aussi une limite importante : escaliers, salle de bain avec baignoire, exigüité empêchant l'utilisation d'aides techniques (lit médicalisé, lève-personne...) et, parfois, insalubrité. En outre, du fait de leur ancienneté, certains logements sont souvent difficiles à adapter.

Dans le Sud-Est des Landes, **l'isolement géographique** des personnes âgées apparaît particulièrement problématique, rendant plus complexe l'organisation des visites à domicile (à la fois pour les professionnels et pour les aidants, lorsqu'ils ne sont pas cohabitants).

Le CODERPA 40 se montre très sceptique « *le maintien à domicile des GIR 1 et 2 en milieu rural, c'est de l'utopie* ». L'aménagement des logements est aussi dans ce secteur plus difficile pour des logements souvent très isolés et très dégradés (pourquoi faire des travaux coûteux dans ces maisons qui ne se revendront que très difficilement ?)

Le service d'accueil de jour de l'EHPAD Gérard Minvielle souligne que lorsqu'un logement est identifié comme pouvant mettre en danger la vie de la personne âgée (insalubrité, absence de chauffage...), le maire, le médecin ou le procureur de la République sont saisis de la situation.

La fin de l'accompagnement à domicile est souvent difficilement vécue par la personne âgée et ses proches. Les professionnels sont ainsi confrontés aux résistances des familles, qui refusent de voir la dégradation de l'état de la personne et ont une représentation très négative de l'institution.

Ce passage du domicile vers une institution, s'il doit avoir lieu, doit être anticipé et préparé. Une réflexion est nécessaire à ce sujet car ces passages se font souvent trop brutalement. En outre, l'admission en EHPAD serait plus difficile pour des personnes âgées déjà en GIR 1 ou 2 car ces situations impliquent d'emblée un coût très important pour l'établissement (les EHPAD préféreraient, au moment de l'admission, accueillir des personnes âgées à un stade de dépendance moins important, observe-t-on sur la CUB).

²² Recommandations de bonnes pratiques : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels, février 2010

5 - Accueil de jour et hébergement temporaire : les publics bénéficiaires en Aquitaine

A partir de l'enquête EHPA, une analyse a été réalisée sur les personnes ayant été accueillies sur des places d'accueil de jour ou de temporaire en Aquitaine en 2011.

L'enquête EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées) est une enquête nationale conduite tous les 4 ans par la DREES. La dernière édition date 2011. Cette enquête recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel y travaillant et les personnes âgées y résidant. Elle apporte ainsi des éléments d'analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements (effectifs et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.) et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité) ainsi que sur la pathologie et la morbidité des résidents.

5.1 - Les personnes âgées accueillies en accueil de jour

L'enquête EHPA a permis de décrire 438 personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge en accueil de jour en Aquitaine au 31/12/2011 :

- 105 sur la CUB (soit 24 %), 27 dans le Sud-Est des Landes (soit 6 %),
- 9 étaient évaluées en GIR 1 (soit 2 %) et 100 en GIR 2 (soit 23 %)²³.

Ainsi, si les situations de personnes en GIR 1 sur des places d'accueil de jour sont très rares (9 personnes disséminées sur 8 établissements différents), les **personnes en GIR 2 sont surreprésentées sur ces places par rapport à leur taux moyen à domicile en Aquitaine** (17 %)²⁴.

Ces personnes sont âgées en moyenne d'un peu plus de 80 ans. A quelques exceptions près, elles vivent toutes dans un domicile privé²⁵.

Près de 200 personnes ont quitté définitivement leur place en accueil de jour au cours de l'année 2011²⁶. Les séjours ont duré en moyenne 10,5 mois.

Dans la très grande majorité des cas (80 %), la fin du séjour correspond à un départ volontaire à l'initiative de la personne ou de ses proches. Par ailleurs, 5 % de ces usagers sont décédés.

A l'issue de ce départ, ces personnes âgées poursuivent leur vie à domicile pour 60 % d'entre elles. Les personnes en GIR 1 et 2 sont un peu moins nombreuses à conserver ce mode de vie mais restent quand même concernées à 47 %.

Parallèlement, un pourcentage relativement important (30 %) d'anciens usagers des accueils de jour va intégrer une maison de retraite (37 % pour les personnes en GIR 1 et 2)

²³ Il est à noter que pour 9 % de ces personnes en accueil de jour, l'évaluation du GIR n'a pas été faite.

²⁴ Alors que les professionnels ont plutôt l'impression que l'accès à ces places est plus difficile pour ces personnes. Il est possible que les demandes soient plus importantes pour ce public et les refus d'admission plus nombreux, d'où ce ressenti des professionnels.

²⁵ 2 à 3 % vivent en logements-foyers ou dans une famille d'accueil.

²⁶ Les effectifs sont trop faibles pour présenter des données territorialisées.

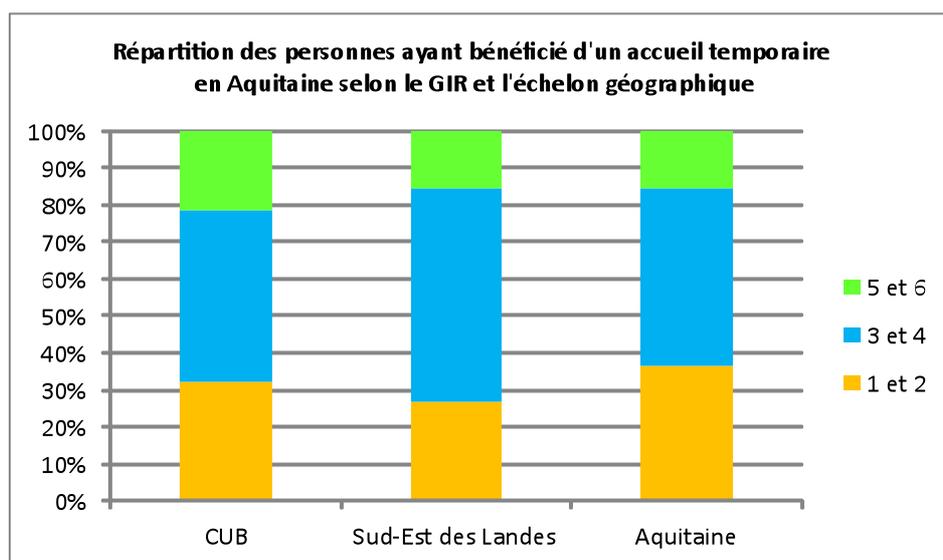
5.2 - Les personnes âgées accueillies en hébergement temporaire

L'enquête EHPA 2011 a permis de décrire 1 383 situations de personnes ayant bénéficié d'un accueil en hébergement temporaire en Aquitaine et définitivement sorties au 31/12/2011.

Parmi ces personnes :

- 289 ont été accueillies dans un établissement situé dans la CUB (soit 21 %) et 102 dans le Sud-Est des Landes (soit 7 %)
- 70 ont été évaluées GIR 1 (soit 6 %) et 394 ont été évaluées GIR 2 (29 %)

Les personnes recensées sur les places d'accueil temporaire sont en moyenne plus âgées que celles en accueil de jour, autour de 85/86 ans. Il n'y a pas de différence d'âge selon le niveau du GIR.



Source : DREES EHPA 2011 – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Selon l'échelon géographique, la part des personnes évaluées en GIR 1 ou 2 varie. Elle est plus faible dans les Landes : 27 %, un peu plus élevée au niveau de la CUB : 32 % et encore plus en moyenne régionale : 35 % (il y a donc des territoires où l'accueil de ces personnes pour des séjours temporaires est plus développé)²⁷.

Cadre de vie des personnes avant leur séjour en accueil temporaire

	GIR1-2	CUB	Sud-Est des Landes	Ensemble du public
Domicile privé	81,5	74,4	93,1	82,8
Logement-foyer/maison de retraite	1,9	1,7	-	1,3
USLD	0,4	0,3	-	0,2
SSR	2,8	-	2,0	3,0
Court séjour	6,0	13,8	1,0	4,9
Autres	0,4	0,3	1,0	0,9
Non précisé	6,9	9,3	3,0	6,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

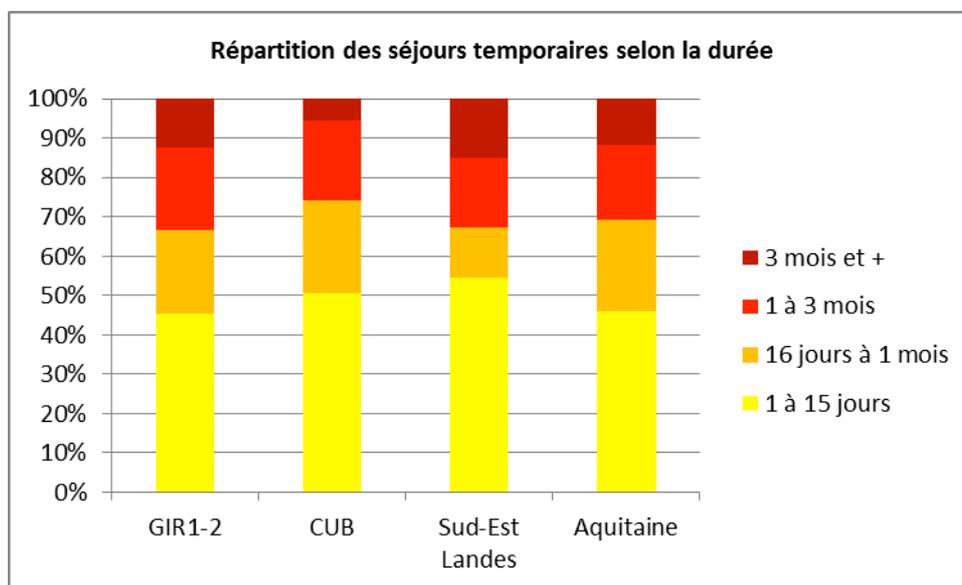
Source : DREES EHPA 2011 – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Globalement, la grande majorité des personnes ayant bénéficié d'un accueil temporaire venaient de leur domicile personnel (83 %).

²⁷ Notons cependant que plus on descend à un échelon territorial fin, plus des différences marquées peuvent apparaître sans qu'elles soient pour autant significatives.

Toutefois, sur la CUB, près de 14 % provenaient d'un court séjour. Cette modalité d'accueil est donc parfois utilisée sur ce territoire comme une réponse pour les sorties d'hospitalisation.

Dans le Sud-Est des Landes, en revanche, les places d'accueil temporaire sont quasi-exclusivement occupées par des personnes venant de leur domicile.



Source : DREES EHPA 2011 – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Au niveau aquitain, environ 45 % des séjours en accueil temporaire ne dépassent pas 15 jours. Les séjours plus longs, d'au moins un mois, ont concerné 30 % des bénéficiaires d'un accueil temporaire en Aquitaine. Les séjours de cette durée sont plus fréquents pour les personnes en GIR 1 et 2 (33 %) et sur les places implantées dans le Sud-Est des Landes (33 % vs 26 % pour celles de la CUB).

Motif de fin de séjour

	GIR1-2	CUB	Sud-Est des Landes	Ensemble du public
Décès	9,8	3,4	2,0	4,7
Départ volontaire du résident	57,4	56,1	72,5	70,9
Fin de séjour à l'initiative de l'établissement ²⁸	1,1	0,7	-	0,9
Autres	31,6	39,8	23,5	23,4
Non précisé			2,0	0,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DREES EHPA 2011 – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Le plus souvent, les résidents fixent eux-mêmes le terme de leur séjour (71 %). En toute logique, la fin du séjour en raison d'un décès est un peu plus fréquente pour les personnes classées en GIR 1 ou 2. Il n'y a pas vraiment de spécificités selon le territoire mais le poids des réponses « autres » limite l'analyse.

²⁸ En raison de l'inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil

Destination à la fin du séjour²⁹

	GIR1-2	CUB	Sud-Est des Landes	Ensemble du public
Domicile privé	72,4	79,6	89,0	76,2
Logement-foyer/maison de retraite	17,1	10,0	7,0	14,4
USLD	1,9	-	-	0,9
SSR	1,4	0,7	2,0	0,8
Court séjour	1,7	3,2	-	1,9
Autres	4,5	1,1	-	2,3
Non précisé	1,0	5,4	2,0	2,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : DREES EHPA 2011 – exploitation CREAHI d'Aquitaine

Le retour au domicile après un séjour temporaire est nettement plus fréquent (76 %) qu'à la fin d'une prise en charge en accueil de jour (60 %) et ce, même pour les personnes les plus dépendantes. Néanmoins si à peine 1 % des résidents étaient en logement-foyer ou en maisons de retraite à l'entrée, ils sont 14 % à adopter ce mode de vie à la sortie.

²⁹ Décès exceptés

Point d'information sur le projet de Loi « Adaptation de la société au vieillissement »

Le projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement a été présenté le 12 février 2014. Il comprend plusieurs volets étalés dans le temps :

Volet Accompagnement, à partir de 2015,

- l'APA à domicile sera revalorisée de 375 millions d'euros par an (ce qui permettra le relèvement des plafonds d'aide mensuels : les allocataires les plus dépendants pourront avoir une heure d'aide par jour en plus, les plus autonomes une heure en plus par semaine).
- une réduction du reste-à-charge : en fonction de son niveau d'autonomie et de ses ressources, la personne âgée verra sa contribution réduite jusqu'à 60 % (les titulaires du minimum vieillesse seront totalement exonérés).
- la professionnalisation des aides à domicile : revalorisation des salaires des aides à domicile et des frais de déplacements
- un portail internet permettra aux personnes âgées de choisir leur établissement en connaissant leurs droits et aides.
- le financement des aidants : aide maximale de 500 euros par an, dite aide au "répit" pour les personnes qui s'occupent régulièrement d'un proche âgé ou dépendant.
- création d'un "Haut conseil de l'âge": compétent sur tous les sujets concernant la vieillesse.

Volet Prévention à partir de 2015

L'objectif est de réduire l'entrée des personnes âgées dans la perte d'autonomie.

- aides techniques : généralisation de l'accès aux dispositifs de téléassistance et de domotique (comme les chemins lumineux antichute). Le but est de prolonger autant que possible le maintien à domicile.
- campagnes de formation et d'information autour de l'hygiène de vie : sommeil, bon usage du médicament ou nutrition.
- lutte contre le suicide: lutte contre l'isolement social des personnes âgées et amélioration du repérage et du traitement de la dépression.

Volet Adaptation du logement à partir de 2017

Le maintien à domicile passe par différentes mesures d'aide à l'habitat

- Rénovation : financement de mesures d'adaptation du logement (avec l'ANAH), crédit d'impôt étendu aux nouvelles technologies de soutien à l'autonomie.
- Foyers-logements. Ces logements "intermédiaires" entre le domicile et la maison de retraite seront rebaptisés "résidences autonomie" (40 millions d'euros par an pour des actions de prévention et d'animation).
- Droits et liberté : réaffirmation de la liberté de toute personne âgée d'aller et venir et du respect de son consentement lors de l'entrée en maison de retraite.
- Facturation des services réellement consommés dans les futures résidences services (et non plus intégrés systématiquement dans les charges). Une mission va examiner comment appliquer cette règle aux résidences existantes.
- Création d'un "volontariat civique senior": non rémunéré, il valorisera l'engagement républicain bénévole des personnes âgées.

Faute de moyens, l'ambition gouvernementale de réduire la facture des particuliers hébergés en maisons de retraite a été repoussée à 2016.

Préconisations

La problématique de la vie à domicile, y compris pour les personnes les plus dépendantes, est au cœur des réflexions actuelles autour des réponses à apporter aux personnes âgées. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement s'est d'ailleurs donné comme premier objectif le renforcement des moyens d'accompagnement permettant la poursuite de la vie à domicile.

Dans cette seconde phase de l'étude, à la lumière d'investigations conduites auprès des acteurs essentiels du maintien à domicile intervenant sur deux territoires (très différents en termes d'étendue, de densité de population et de niveau d'équipement), des priorités ont pu être identifiées pour améliorer les conditions de ce maintien à domicile.

Cette seconde phase confirme la pertinence des priorités retenues dans le SROMS (au regard du diagnostic et des débats territoriaux préalables à son élaboration) ainsi que dans les schémas départementaux en faveur des personnes âgées. Cette seconde phase a permis également de souligner, une nouvelle fois, la nécessité de coordonner au mieux l'ensemble des politiques à l'intention des personnes âgées, dans un contexte de compétences partagées et complémentaires.

Par ailleurs, deux constats généraux résultent de cette seconde phase d'investigations :

- les Plans Alzheimer successifs ont initié et encouragé des actions qui peuvent bénéficier à tous les publics âgés en perte d'autonomie comme le traitement des situations complexes, le soutien à apporter aux aidants et la mise en place de dispositifs de répit
- la logique de construction de parcours de vie et de soins personnalisés tend à être de plus en plus présente dans les pratiques.

• Conforter la coordination

Le rôle du médecin traitant est essentiel, il se doit d'être un vecteur d'informations pour le patient et sa famille. Toutefois, la multiplicité des dispositifs existants avec des fonctions et des modes d'accès spécifiques nuit à leur lisibilité et rend difficile l'orientation rapide vers l'interlocuteur le plus adapté aux besoins.

⇒ **Mettre en place un numéro d'appel unique départemental** fonctionnant sur une large plage horaire, y compris le week-end, pour renseigner les professionnels, les usagers et leurs proches sur l'offre mobilisable sur leur territoire.

Le mode de fonctionnement des MAIA est jugé, par les professionnels, efficace, réactif et même de proposer aux personnes un parcours de soins personnalisé.

⇒ **Modéliser la fonction de « gestionnaire de cas »** dans d'autres dispositifs afin d'assurer un suivi cohérent et concerté des personnes

Les services intégrés pouvant assurer une prise en compte globale des besoins de la personne et de ses proches permettent de mettre en œuvre des accompagnements de meilleure qualité

⇒ **Encourager le développement des dispositifs multi-agrément** pour former des plateformes de soutien à domicile proposant aide et soins à domicile, soutien aux aidants et pouvant intégrer également un service de HAD.

• Evaluer les situations à domicile

L'évaluation des situations des personnes dans leur environnement de vie habituel est essentielle pour avoir une vision globale et transdisciplinaire de leurs besoins et pour mettre en place un projet de vie / de soins bien personnalisé.

⇒ **Généraliser ces évaluations à domicile** dès la première demande d'accompagnement afin de bien prendre en compte in situ les atouts et les limites du cadre de vie (caractéristiques du logement, de l'environnement, place des aidants etc.) en s'appuyant sur des outils d'évaluation reconnus et partagés

⇒ **Développer les interventions d'équipes expertes** afin d'affiner l'évaluation et d'apporter un avis de spécialistes sur les personnes âgées présentant des troubles spécifiques telles que les ESA et les équipes mobiles de gérontopsychiatrie

• Accompagner les passages

L'accompagnement des passages d'un cadre de vie à un autre ou d'un mode de prise en charge à un autre fait partie des points de vigilance afin d'éviter des ruptures et des moments anxiogènes qui génèrent des pertes de capacités. Les sorties d'hospitalisation restent un temps particulièrement délicat à gérer. Des moyens permettant de fluidifier les sorties de HAD sont aussi attendus.

⇒ **Poursuivre la création de places de SSIAD renforcés pour les sorties d'hospitalisation**, places qui pourraient aussi bénéficier aux personnes dont la prise en charge en HAD s'achève

De même, dans la logique d'éviter des transitions brutales ou traumatisantes aux personnes âgées, une offre d'accueil pour des situations d'urgence, qui ne soit pas limitée à l'hospitalisation, est souhaitée.

⇒ **Créer des places d'urgence en EHPAD** (sans diminuer les capacités d'accueil actuelles)

• Renforcer le soutien aux aidants³⁰

Pour les personnes en GIR 1 et 2, l'investissement moyen des aidants familiaux dépasse quotidiennement 5 heures. Souvent les familles ont fait intervenir des aides professionnelles alors qu'elles étaient déjà épuisées mais les informations sur l'offre et leurs droits leur sont parvenues tardivement et elles ont, de plus, souvent hésité avant de les solliciter. Les aidants ont donc besoin en premier lieu d'informations, de conseils, de soutien psychologique pour les accompagner dans les choix de vie faits pour et avec la personne

³⁰ A noter : l'ANESM est en train de préparer une nouvelle recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'accompagnement des aidants non professionnels des personnes âgées dépendantes ou de personnes handicapées à domicile ». Cette recommandation se structurera autour des thématiques suivantes :

La place et le rôle d'aidant non professionnel dans l'accompagnement de la personne aidée (repérage des aidants, différenciation entre l'aidant représentant légal et l'aidant non représentant légal, place dans le projet personnalisé, valorisation de leur investissement, analyse et accompagnement des résistances, etc.)

La cohérence et la coordination de l'accompagnement de la personne aidée (organisation des responsabilités de chacun, organisation des informations transmises, place de l'aidant dans la coordination, etc.)

Les situations complexes (conflits entre les aidants, entre l'aidant et l'aidé, entre l'aidant et les professionnels, etc.)

L'adaptation, le changement ou la fin d'un dispositif (identification des facteurs de fragilité, avancée en âge, fin de vie, etc.)

La promotion des projets de soutien et de répit pour les aidants (mise en place d'une plateforme de répit, partenariat, information sur les dispositifs de répit existant, etc.)

Le soutien aux professionnels dans leur relation avec les aidants (projet de service/établissement, renforcement des compétences, stratégies de soutien et de formations, etc.).

aidée³¹. A cet égard, le numéro d'appel unique départemental pourrait déjà apporter un premier soutien en présentant aux familles les possibilités existant sur leur territoire.

Par ailleurs, le rôle indispensable des solutions de répit est largement reconnu. Elles peuvent permettre aux aidants, mobilisés en permanence, de tenir et de prendre soin d'eux-mêmes. En dépit d'un développement ces dernières années, les places d'accueil temporaire et d'accueil de jour restent encore insuffisantes par rapport aux besoins (et ce, sur les deux territoires étudiés).

⇒ **Poursuivre le déploiement d'une offre de répit diversifié** qui tienne compte des besoins particuliers des personnes en GIR 1 et 2 et qui inclue la question des transports. L'installation de ces places dans des unités dédiées d'au moins une vingtaine de places paraît plus appropriée que des places disséminées en EHPAD (au moins en milieu urbain) afin de proposer un projet de service spécifique. En territoire rural, l'offre d'accueil temporaire pourrait être renforcée pendant l'hiver pour accueillir des personnes isolées et vivant dans des conditions de confort précaire. La question de la durée maximale annuelle d'accès à l'accueil temporaire (90 jours) est aussi posée pour ces publics les plus dépendants. Outre, les places d'accueil de jour et temporaire, d'autres modalités sont très appréciées. Seraient ainsi à développer : le baluchonnage qui permet à l'aidé de rester dans son cadre de vie habituel, la garde de jour itinérante qui facilite les sorties ponctuelles de l'aidant ou encore la configuration « plateforme d'accompagnement et de répit » qui allie accueil de la personne aidée et prestations pour les aidants : soutien, groupe de parole, formation...

⇒ **Assurer une évaluation régulière des aidants pour éviter des situations d'usure** : 30% des aidants décèdent avant la personne aidée, beaucoup d'entre eux voient leur état de santé se dégrader sans qu'ils y prennent garde. Les professionnels intervenant à domicile doivent donc faire preuve de vigilance pour prévenir ces phénomènes d'usure prononcée. Des outils existent pour évaluer la souffrance des aidants naturels et leur état d'épuisement (notamment proposés par la HAS). Il faut les faire connaître, les diffuser et généraliser leur utilisation.

• **Veiller à l'accès aux soins courants**

L'accès aux soins courants est souvent difficile dans le Sud-Est des Landes qui souffre d'un déficit de médecins libéraux généralistes et spécialistes. En outre, de nombreuses personnes âgées dans ce secteur vivent dans un habitat isolé, sans moyen de transport. La création d'une maison de santé pluridisciplinaire à Hagetmau devrait être de nature à améliorer l'accès aux soins courants. D'autres initiatives, ayant fait la preuve de leur efficacité, doivent être reproduites

⇒ **Soutenir les actions permettant un meilleur accès aux soins courants** en milieu rural comme la mise en place d'équipes mobiles de soins bucco-dentaires.

• **Entreprendre une réflexion sur les réponses à apporter pour accompagner les nuits à domicile**

Une des limites principales au maintien à domicile des personnes très dépendantes est le besoin d'accompagnement pour les nuits. Aucune des réponses actuellement mobilisables ne semble réellement satisfaisante.

³¹ Le dispositif Im'âge du Conseil général de Landes est très apprécié, à reproduire

La garde de nuit itinérante peut être pertinente notamment dans des secteurs où l'habitat est dispersé mais elle doit être bien coordonnée avec les intervenants du jour. Le rythme des passages et le rôle de cette garde sont aussi à adapter en fonction des publics. L'accueil de nuit en EHPAD, pour lequel il existe quelques places, est très peu utilisé car jugé peu pertinent mais il est peut-être aussi méconnu³². Pour autant, ces pistes ne sont pas à abandonner. L'accompagnement des nuits est un des derniers leviers du maintien à domicile pour lequel des solutions sont encore à imaginer.

³² La DREES dans son Etudes et résultats n° 877 portant sur l'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées constate : « Le nombre de places dédiées à l'accueil de nuit, déjà peu représenté en 2007 dans les établissements pour personnes âgées, a fortement diminué, passant de 500 places à la fin 2007 à moins de 200 places à la fin 2011 (dont 150 places dans les EHPAD) »

Annexes