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

Première phase

Mai 2013

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

Première phase

Etude réalisée par
Bénédicte MARABET et Agathe SOUBIE
Conseillères technique au CREAHI d'Aquitaine

Sommaire

Introduction **4**

1 – La population âgée Aquitaine **6**
1.1 – Structure par âge et projection 6
1.2 - Cadre de vie des personnes de 75 ans et plus 8
1.3 – Prévalence de la dépendance 9
1.4 - Les personnes allocataires de l'APA 12

2 – Caractéristiques des Aquitains en GIR 1 et 2 vivant à domicile **16**
2.1 – Age des allocataires de l'APA à domicile 16
2.2 – Année d'entrée dans l'APA 17
2.3 – La situation de famille 18
2.4 – La commune de résidence 19
2.5 - Le montant des plans d'aide 22
2.6 – Le contenu du plan d'aide 23
2.7 – Les sorties de l'APA à domicile 265

3. L'évaluation faite par les services APA des conseils généraux **27**
3.1 Les situations de vie des personnes en GIR 1 et GIR 2 vivant à domicile 27
3.2 - La construction du plan d'aide 29
3.3 Les intervenants à domicile : appréciation des atouts et des limites de l'offre départementale 30
3.3.1 - Les services d'aide à domicile *30*
3.3.2 - L'offre de soins *31*
3.3.3 - Autres dispositifs favorisant le maintien à domicile *33*
3.4. Le non-recours à l'APA 34

Encadré : les personnels des services d'aide à domicile à travers quelques études récentes 36

4 – Les acteurs de terrain **38**
4.1 – Situations de personnes en GIR 1 et 2 à domicile 38
4.1.1 – Caractéristiques personnelles *38*
4.1.2 – L'accompagnement mis en place *39*
4.2 – Points forts et limites de l'accompagnement mis en place 43
4.3 – Les difficultés liées aux ressources humaines 45
4.4 – Les difficultés liées à l'environnement 45
4.5 – Les difficultés liées à la mise en place des partenariats et à la coordination 46

Des pistes pour améliorer l'accompagnement des personnes très dépendantes à domicile **47**

Bibliographie 49
Annexes 50

Introduction

Contexte

L'Aquitaine compte plus de **330 000 habitants âgés de 75 ans et plus**, soit 10 % de la population générale. **D'ici 2040**, cette population âgée de 75 ans et plus **devrait doubler** et approcher les 650 000 personnes. Un aquitain sur 6 aura ainsi à cette date atteint ou dépassé cet âge.
La très grande majorité (90%) de ces personnes âgées vit dans un logement ordinaire. Cette proportion diminue certes avec l'avancée en âge mais reste supérieure à 50% parmi les centenaires. De nombreuses personnes poursuivent cette vie à domicile avec des restrictions plus ou moins importantes de leur autonomie, en étant soutenues dans leur quotidien par des aidants naturels et/ou professionnels.

L'APA, attribuée aux personnes de 60 ans et plus[1] ayant « *besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou étant dans un état nécessitant une surveillance régulière* », constitue un indicateur intéressant pour évaluer le niveau de dépendance de la population âgée (relevant des groupes iso-ressources 1 à 4 de la grille AGGIR – cf. encadré page 11). En 2011, en Aquitaine, environ 45 000 personnes vivant à domicile recevaient cette allocation ; environ 18% étaient évaluées GIR 1 et 2, correspondant aux situations de dépendance les plus lourdes.
Selon le Pr J.-François Dartigues de l'INSERM, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées couvriraient 60 à 70% de ces situations mais d'autres pathologies invalidantes sont aussi à l'origine d'une perte d'autonomie. En outre les situations de polypathologies sont nombreuses.

Le vieillissement rapide de la population dans les années à venir, qui va s'accompagner d'une augmentation des situations de dépendance, amène à s'interroger sur l'évolution des politiques publiques en direction de ce public âgé, sur les accompagnements à mettre en œuvre et les réponses à améliorer.
Ce maintien à domicile, présenté comme un choix de vie pour les personnes âgées depuis le rapport Laroque (1962), se fait-il dans des conditions satisfaisantes, en leur donnant des moyens adaptés pour vivre dans leur cadre de vie habituel le plus longtemps possible ?

Dans ce contexte, l'ARS a décidé de se saisir de cette question et a inscrit une action spécifique dans le SROMS 2012-2016 *: « Analyser les situations de dépendance lourde à domicile, prioritairement en zone rurale »* [2], action à mettre en œuvre à travers une étude sur les modalités d'accompagnement des personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile.

Les résultats attendus d'une telle étude sont énoncés dans la fiche concernée :
- *Repérer les conditions de vie et d'accompagnement des personnes âgées très dépendantes continuant de vivre à domicile.*
- *Examiner de quelle manière ce mode de vie (choisi ou contraint) s'organise.*
- *Définir des axes d'amélioration*

[1] vivant à domicile ou hébergées en établissement,
[2] Action 3.2/2.1

L'ARS a souhaité qu'un travail exploratoire et d'évaluation de la faisabilité d'une telle étude soit conduit, dans un 1er temps, afin d'apprécier les conditions d'accès aux données, l'adhésion des partenaires concernés à la démarche, d'affiner la problématique et de préciser les enjeux d'une politique du maintien à domicile des personnes dépendantes.

Méthodologie

Dans cet objectif, des investigations ont été mises en œuvre permettant :

- **Un descriptif de la population âgée en GIR 1 et 2 vivant à domicile**

Ce descriptif a été réalisé à partir des données statistiques des services APA des Conseils généraux : nombre de situations, caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, cadre de vie), statut matrimonial, montant et contenu du plan d'aide, ancienneté dans l'APA, flux de sorties et motifs de ces sorties.
Des comparaisons interdépartementales ont été réalisées montrant les choix faits par les différents départements aquitains en terme de politique de maintien à domicile des personnes GIR 1 et 2.

- **Une approche de la problématique du maintien à domicile en sollicitant :**

- Les services APA des 5 conseils généraux aquitains autour des raisons identifiées du maintien à domicile, de la construction du plan d'aide, de l'appréciation de l'offre territoriale, du non-recours à l'APA (quel repérage ? quels motifs ?).
- Des services de différences catégories (SSIAD, SAD, HAD) intervenant à domicile en milieu urbain et rural : description de quelques situations-types, nature des difficultés rencontrées (lourdeur des situations, ressources humaines, partenariat/coordination, environnement…), attentes…
- L'URPS, union régionale des professionnels de santé, afin de prendre en compte le regard des médecins libéraux : besoins et difficultés identifiés par les médecins suivant des patients très dépendants à domicile, connaissance des dispositifs de maintien à domicile, attentes…

L'objectif, à ce stade de la démarche, n'est pas de faire un état complet de la situation des personnes âgées évaluées GIR 1 et 2 et vivant à domicile en Aquitaine mais de repérer les enjeux, difficultés et perspectives d'évolution autour desquelles les améliorations des réponses et des dispositifs doivent être pensées.

Pour suivre l'ensemble des travaux, un comité de pilotage[3] a été constitué avec des représentants des 5 conseils généraux, de directeurs de services à domicile, de SSIAD et HAD, de l'ARS d'Aquitaine et du CREAHI.
Ce comité de pilotage a été réuni à 3 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

[3] Voir en annexe la liste des membres du Comité de pilotage

1 – La population âgée Aquitaine

1.1 – Structure par âge et projection

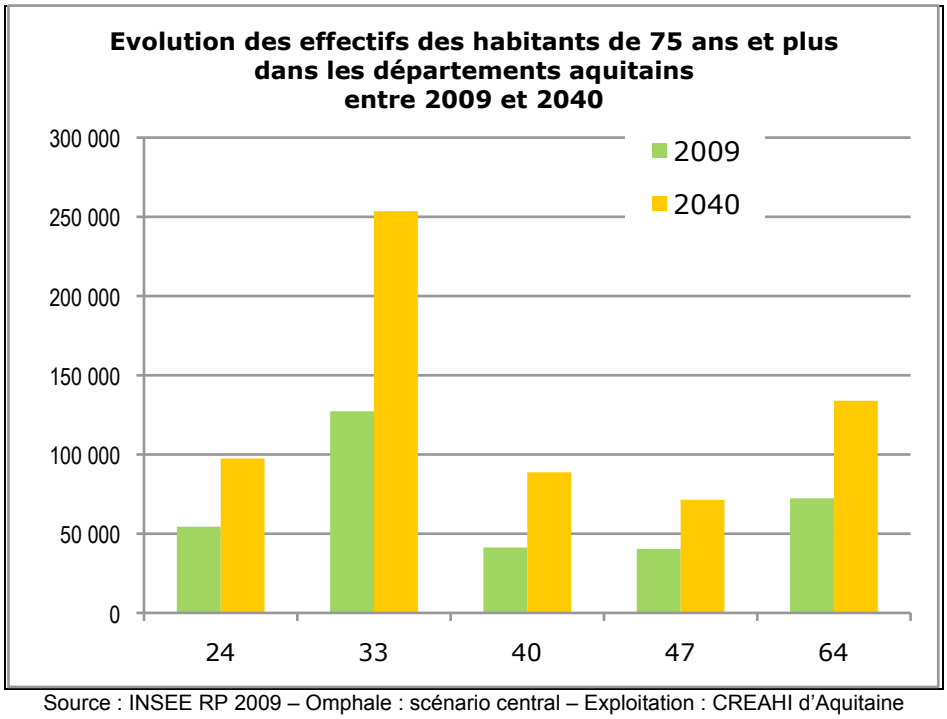
L'Aquitaine compte environ près de **336 000 habitants âgés de 75 ans et plus**, soit 10,5% de l'ensemble de la population.
Les projections démographiques[4] à l'horizon 2040 montrent cette population âgée de 75 ans et plus devrait augmenter très sensiblement et s'approcher à cette date des 650 000 personnes (soit un quasi doublement des effectifs). Un aquitain sur 6, soit près de 17%, aura alors atteint ou dépassé cet âge.

Nombre d'habitants de 75 ans et plus en Aquitaine

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Effectif en 2009	54 488	127 325	41 342	40 396	72 364	**335 915**
% de population totale	13,2%	8,9%	10,9%	12,3%	11 ,1%	**10,5%**
Effectif en 2040	97 504	253 526	88 767	71 452	133 944	**645 193**
% de population totale	21,0%	14,2%	18,0%	19,0%	17,6%	**16,6%**

Source : INSEE RP 2009 – Omphale : scénario central – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

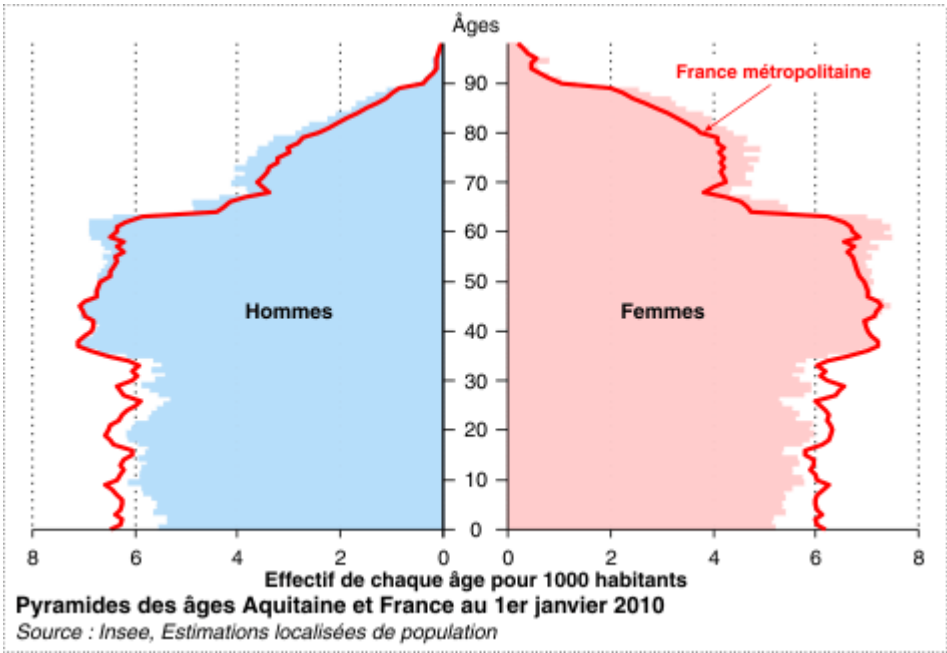
La Gironde est le seul département aquitain à connaître un phénomène de vieillissement de sa population équivalent à celui que l'on peut observer au niveau national. Dans tous les autres départements de la région, ce vieillissement déjà plus marqué continuera sa forte progression.



Source : INSEE RP 2009 – Omphale : scénario central – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

[4] Sur la base du scénario central d'Omphale (modèle de projections démographiques de l'INSEE), qui est établi à partir d'un prolongement des tendances récentes en matière de fécondité, de mortalité et de migrations externes.

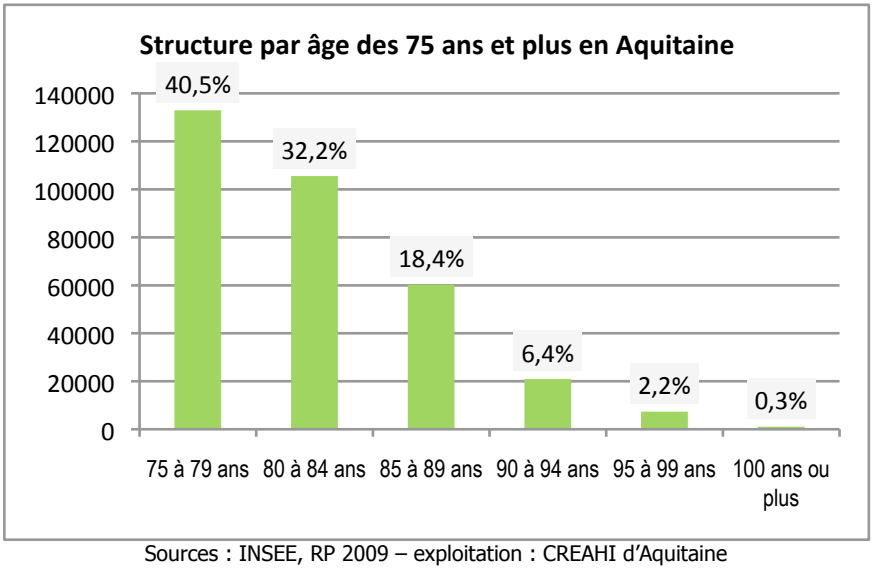
A titre comparatif, cette population âgée de 75 ans et plus représente actuellement 8,7% des habitants de la France métropolitaine. Cette proportion atteindra 14,3% en 2040.



Pyramides des âges Aquitaine et France au 1er janvier 2010

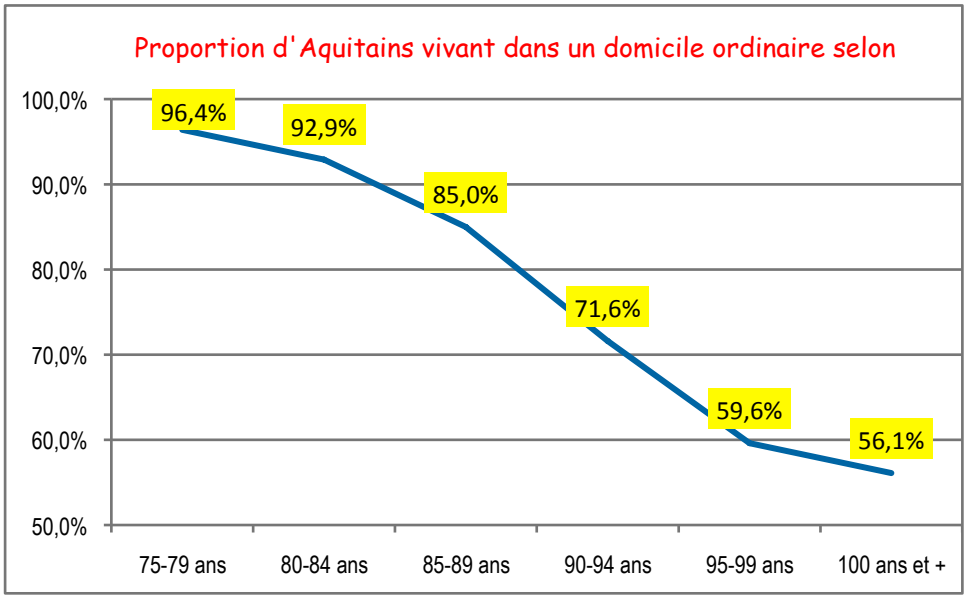
Source : Insee, Estimations localisées de population

La grande majorité des personnes de 75 ans et plus (73%) se situe dans la tranche d'âge des 75-84 ans. A partir de 85 ans, les effectifs diminuent relativement rapidement mais ils représentent néanmoins 90 000 habitants en Aquitaine.
D'un département à l'autre, cette structure par âge des personnes de 75 ans et plus connaît peu de variations.



Sources : INSEE, RP 2009 – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

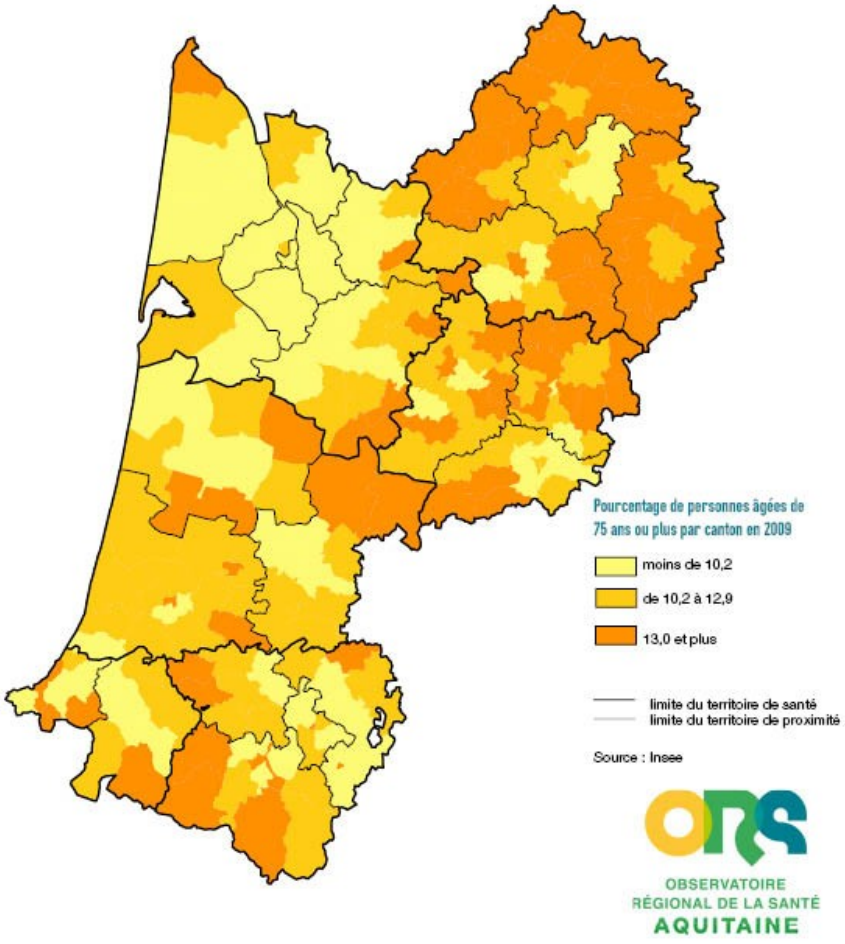
1.2 - Cadre de vie des personnes de 75 ans et plus



Sources : INSEE recensement 2007 – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

En Aquitaine, 90% de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus vivent dans un logement ordinaire (soit près de 300.000 personnes).
Cette proportion diminue avec l'avancée en âge mais reste supérieure à 50% parmi les centenaires.

Part des personnes âgées par 75 ans et plus par canton en Aquitaine



La proportion des personnes âgées de 75 ans et plus est un peu plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain ; ces personnes représentent ainsi en moyenne 12 % des habitants des communes rurales contre 9 % en milieu urbain. On note les plus fortes concentrations en Dordogne (hormis secteur de Périgueux et de Bergerac), dans le Néracais, la Haute-Lande et dans les vallées des Pyrénées.

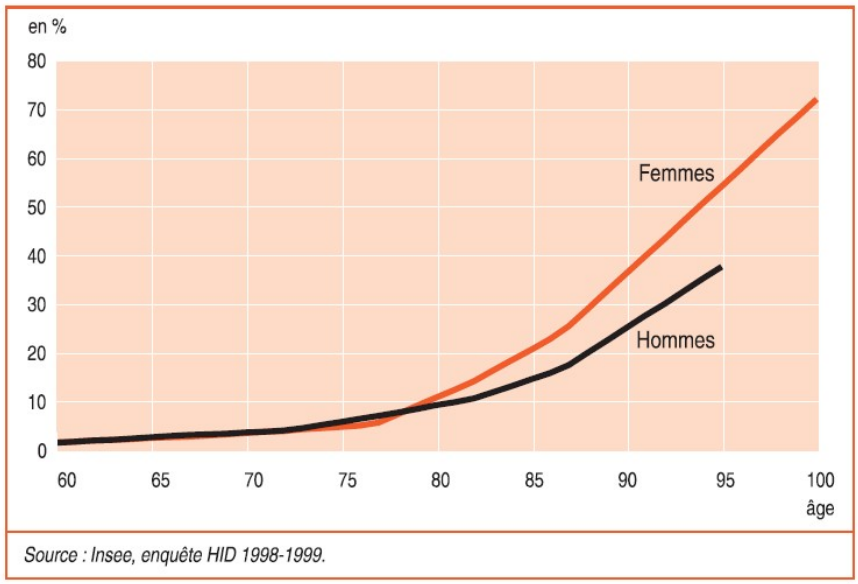
Toutefois, comme l'ensemble de la population, les personnes âgées vivent majoritairement dans une commune urbaine, même si elles y sont moins nombreuses que l'ensemble de la population : 64 % des personnes de 75 ans ou plus vivent en ville contre 74% de la population générale.

1.3 – Prévalence de la dépendance

La Loi instituant l'APA[5] définit la dépendance en lien avec un besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Pour autant, le nombre d'allocataires de l'APA ne couvre pas de façon exhaustive celui de l'ensemble des personnes pouvant être considérées comme dépendantes.

Les travaux de l'INSEE conduits, à partir de l'enquête HID (handicap, incapacité, dépendance), ont permis d'étudier l'entrée dans la dépendance selon le sexe et l'âge.

Figure 1 - **Taux de dépendance par âge**



Source : Insee, enquête HID 1998-1999.

Ainsi, même si légalement l'âge minimal d'attribution de l'APA est de 60 ans, c'est plutôt l'âge de 75 ans, voire de 80, qui marque un seuil d'entrée progressive dans cette perte d'autonomie.
Les données en termes d'espérance de vie avec/sans incapacité amènent un éclairage complémentaire. Ainsi à 65 ans, l'espérance de vie totale est de 18,5 ans qui se décomposent en : 16,7 ans sans incapacité ; 1,4 an avec incapacités modérées et 0,4 an avec incapacités sévères

[5] Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Une estimation quantitative des personnes en situation de dépendance est possible à partir des données de l'enquête DREES–INSEE **Vie quotidienne et santé** [6] conduite auprès de personnes vivant à domicile et ayant déclaré *« être limitées un peu ou beaucoup dans leurs activités en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ».*

Les personnes dépendantes à domicile en fonction de l'âge
Essai d'estimation pour l'Aquitaine

	Dépendantes (en %)	Fortement dépendantes (en %)	Effectifs personnes dépendantes Aquitaine	Effectifs personnes fortement dépendantes Aquitaine
20-39 ans	0,5%		3 800	
40-59 ans	0,9%	0,1%	8 000	900
< 60 ans			**12 800**	
60-79 ans	2,7%	0,6%	16 400	3 600
80 ans et plus	11,2%	2,5%	21 900	4 900
60 ans et plus			**38 300**	**8 500**
TOTAL			**59 600**	

Sources : DREES-INSEE – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Définition dans l'enquête Vie quotidienne et santé

- Les personnes considérées comme **dépendantes** présentent des difficultés motrices (marcher, porter des charges ou se baisser/s'agenouiller), cognitives (problèmes de mémoire, liés aux nouveaux apprentissages et de comportement), difficultés pour réaliser certaines tâches de la vie courante (courses, ménage, démarches administratives). Elles déclarent aussi des problèmes d'incontinence et rencontrent quelques difficultés sur des activités essentielles de la vie courante, comme se laver ou s'habiller.
- Les personnes considérées comme **fortement dépendantes** présentent des difficultés majeures dans tous les domaines : limitations physiques et cognitives, difficultés fréquentes à réaliser des actes de la vie courante.

Près de 60 000 aquitains de 60 ans et plus vivant à domicile peuvent donc être considérés comme dépendants selon ces données (dont 45% de personnes ayant 80 ans et plus). Or, comme le montrent les statistiques de l'APA présentées au chapitre suivant, l'effectif des allocataires de l'APA dans la région Aquitaine s'élève à 45 500 personnes. Cet effectif ne recouvre donc pas toutes les situations de dépendance.

Pour compléter ces données, une estimation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (MAMA), peut être réalisée grâce aux travaux du Pr Dartigues et de son équipe[7].

La prévalence des MAMA augmente de façon très sensible avec l'âge et est plus marquée chez les femmes.

Prévalence maladie d'Alzheimer et maladies apparentées
selon le sexe et l'âge pour 100 personnes

Tranches d'âge	Hommes	Femmes
75-79 ans	7,7	5,7
80-84 ans	12,6	16,6
85 ans et plus	23,9	38,4

Source : Etude PAQUID – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

[6] DOS SANTOS S., et MAKDESSI Y., Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, DREES, Etudes et résultats, n° 718, février 2010

[7] Prévalence établie par le Pr Dartigues et son équipe (INSERM) dans le cadre de l'enquête PAQUID : étude épidémiologique longitudinale (conduite en Dordogne et Gironde) dont l'objectif a été d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, en suivant des cohortes de population sur plus de 20 ans.

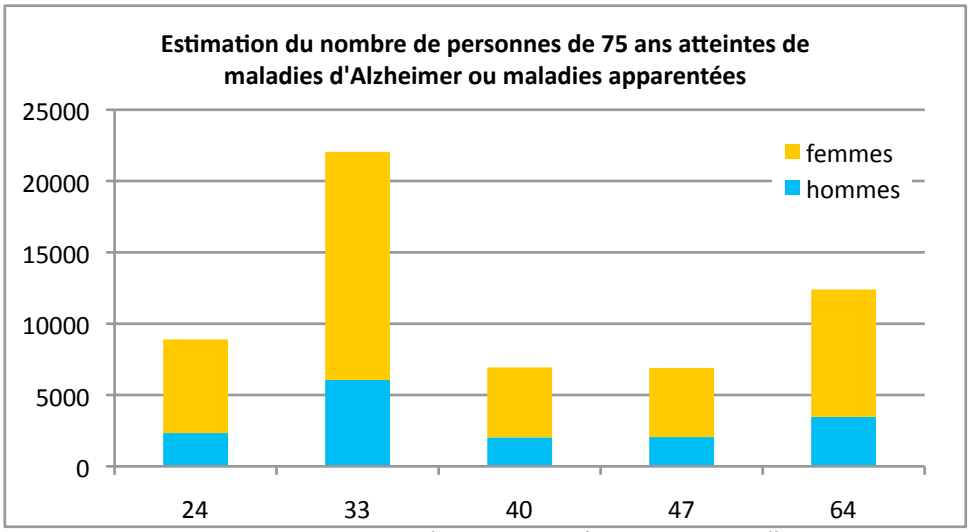
Nombre de personnes de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées[8]

	Hommes	Femmes	Ensemble
75-79 ans	4369	4355	8724
80-84 ans	5100	11007	16107
85 ans et plus	6873	25817	32691
TOTAL	**16342**	**41179**	**57522**

Sources : INSEE - Etude PAQUID - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Selon ces taux, **57 500 personnes** de 75 ans et plus seraient atteintes par ces maladies en Aquitaine. Les femmes représentent 72% des effectifs, étant à la fois plus concernées par ces pathologies et plus représentées parmi les 75 ans et plus.

Ces effectifs recouvrent des situations très différentes, certaines personnes étant au tout début de la maladie, sans restrictions notables de leur autonomie, d'autres ayant au contraire leur autonomie fortement dégradée et nécessitant donc un accompagnement permanent.



Sources : INSEE – RP 2009 - Etude PAQUID - Exploitation : CREAHI d'Aquitain

[8] Effectifs obtenus par application des taux de PAQUID à la population aquitaine. Ces chiffres sont donnés à titre indicatif et doivent être considérés avec prudence compte tenu des limites liées à l'application de données de prévalence à de petits effectifs.

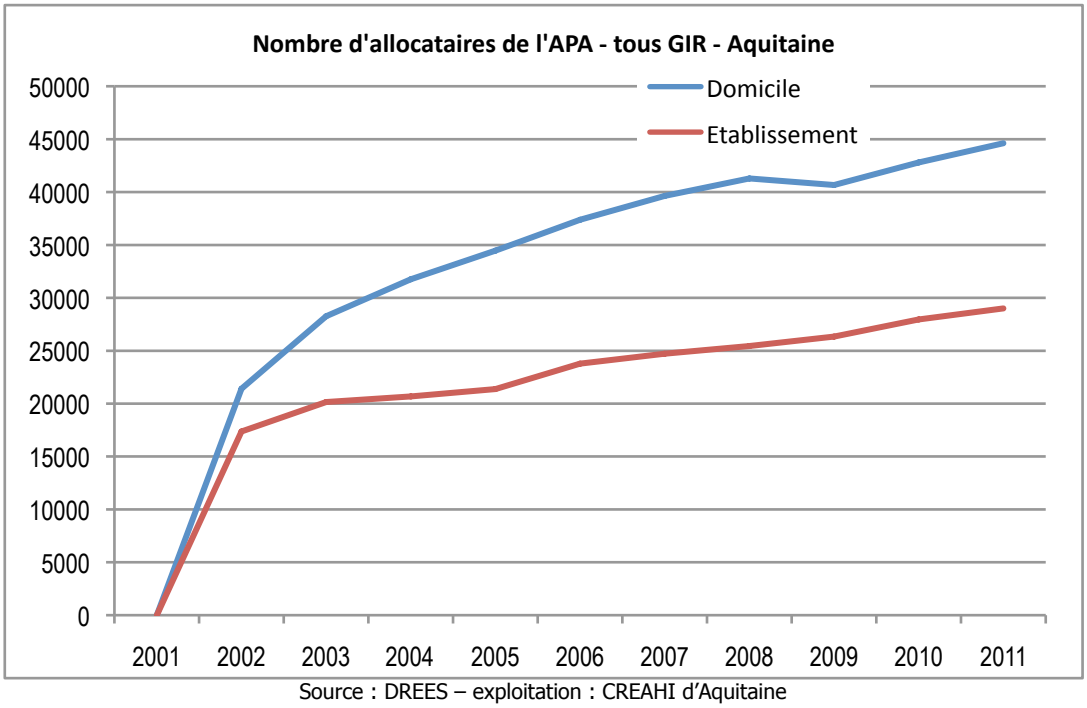
1.4 - Les personnes allocataires de l'APA

En 2002, est créée l'APA, allocation personnalisée d'autonomie, en remplacement de la PSD, prestation spécifique de dépendance.
L'APA est attribuée aux personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile ou hébergées en établissement, ayant « *besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière* », c'est-à-dire classées en groupe 1 à 4 de la grille AGGIR (cf. encadré ci-dessous)[9].

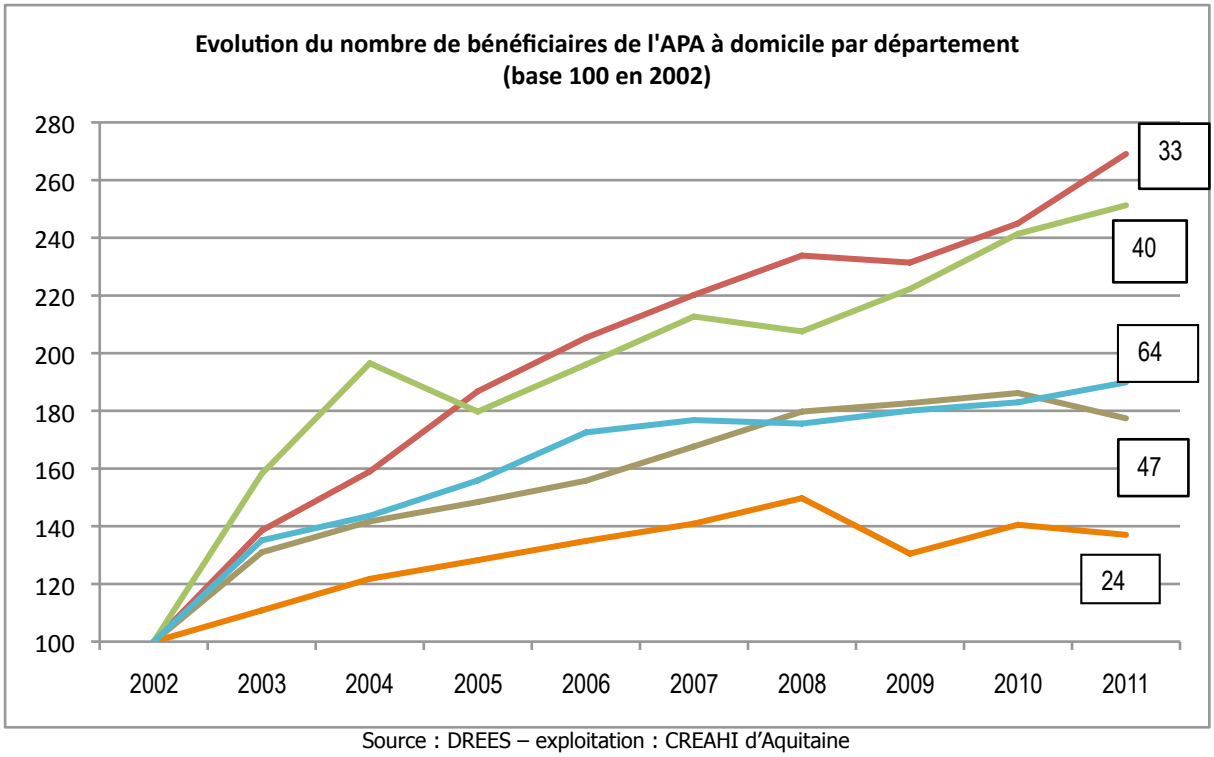
- **GIR1** : groupe de personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **GIR2** : d'une part, groupe des personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, groupe de celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices (le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement).
- **GIR3** : groupe de personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- **GIR4** : groupe de personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Depuis sa création, le nombre d'allocataires de l'APA a connu une très forte progression, en particulier pour ceux résidant à leur domicile.
Ainsi fin 2011, en France, plus 1,2 millions de personnes, tous GIR confondus, recevaient cette allocation, 60% d'entre elles vivant à domicile. En Aquitaine, la progression s'est faite sur le même rythme qu'au niveau national avec une montée en charge très rapide les premières années et une demande en plus forte expansion à domicile.

[9] L'attribution de l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources. Toutefois, une somme reste à la charge du bénéficiaire, sauf si ses revenus sont inférieurs à 725,23 € par mois (en 2012).
Par ailleurs, l'APA n'est pas récupérable sur succession (alors que la PSD l'était).



Source : DREES – exploitation : CREAHI d'Aquitaine



Source : DREES – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Le graphique ci-dessus se centre uniquement sur les allocataires vivant à domicile. Il permet de suivre l'évolution des effectifs concernés dans les différents départements depuis 2002 (toutes choses égales par ailleurs – base 100 en 2002) et de faire apparaître de forts écarts. En 10 ans, on observe ainsi des progressions très différenciées s'étalonnant entre 137% pour la Dordogne et 269% pour la Gironde. Ces écarts peuvent être imputables à l'évolution quantitative de la population potentiellement concernée par l'APA, aux flux migratoires de personnes âgées et au mode d'attribution de l'APA qui n'est pas identique dans chaque département.

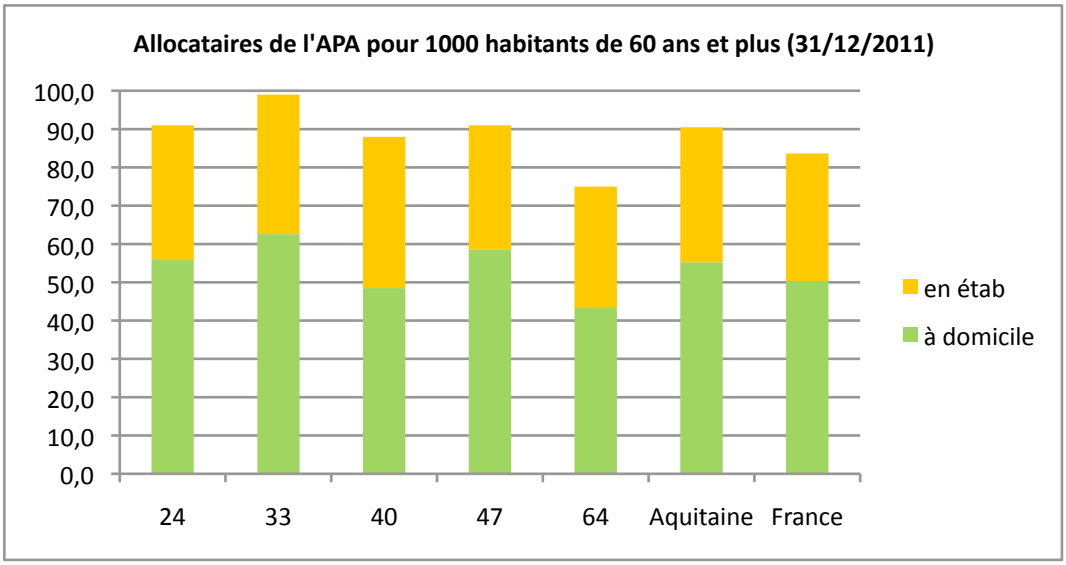
Les allocataires de l'APA en Aquitaine en décembre 2011

	Nombre au 31/12/2011	Taux pour 1000 personnes de 60 ans et +	% allocataires à domicile
Dordogne	11 741	90,5	61,3%
Gironde	31 602	99,1	63,2%
Landes	9 230	88,4	55,1%
Lot-et-Garonne	8 825	91,3	64,4%
Pyrénées-Atlantiques	13 109	75,2	57,7%
AQUITAINE	**74 507**	**90,4**	**61,1%**

Source : DREES - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

En décembre 2011, **74 500 Aquitains** recevaient l'APA, soit plus de 90 personnes sur 1000 parmi celles âgées de 60 ans et plus. Ce taux est plus élevé que la moyenne nationale (84 p. 1000) et varie assez fortement selon le département.

En Aquitaine, l'écart entre les taux d'attribution est assez significatif. Le plus bas est observé dans les Pyrénées-Atlantiques : 75‰et le plus élevé en Gironde : 99‰

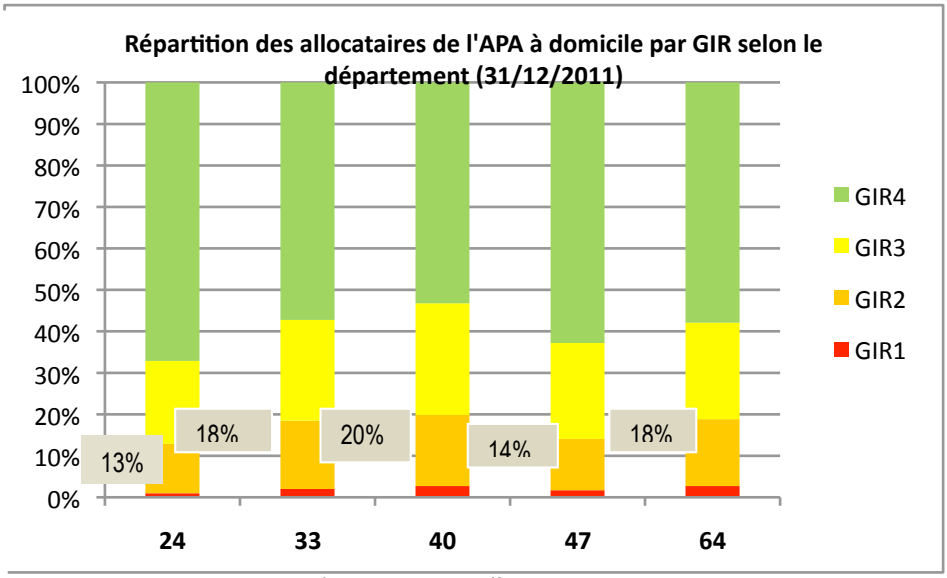


Source : DREES - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

La majorité des bénéficiaires de l'APA en Aquitaine, soit 61%, vit à domicile (pour une moyenne nationale de 60,2%). Ici encore, ce taux connait des variations relativement importantes selon les départements avec un écart de près de 10 points entre les Landes, 55,1% d'allocataires à domicile et le Lot-et-Garonne, 64,4%.

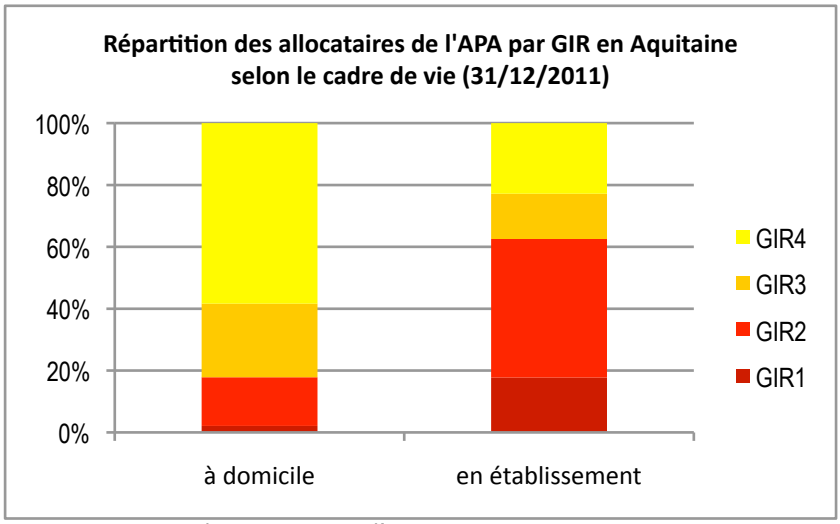
En Aquitaine, les personnes modérément dépendantes (GIR 4) représentent 59% en moyenne des allocataires de l'APA à domicile tandis que 17% sont en situation de grande dépendance (GIR 1 et 2), ce qui équivaut à un effectif de près de 8 000 personnes. Une nouvelle fois, la typologie des publics concernés est assez différente selon les départements.

Ainsi la proportion des personnes en GIR 1 et 2 varie selon le département, de 13% (en Dordogne) à 20% (dans les Landes) des allocataires de l'APA. Ce niveau de 20% est toutefois égal à la moyenne nationale.



Source : DREES - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

On note par ailleurs en Dordogne une forte proportion de personnes en GIR 4 (67% pour une moyenne régionale de 59% seulement), ce qui est le reflet d'une politique de prévention conduite par le Conseil général : quand les équipes intervenant à domicile observent des signes précurseurs d'une perte d'autonomie, la personne est évaluée en GIR 4 (même si elle ne répond pas exactement aux critères d'éligibilité) afin qu'elle puisse bénéficier de l'APA et d'une attention particulière qui permettra de freiner son entrée dans la dépendance.



Source : DREES - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

A titre comparatif, le graphique ci-contre montre comment se répartissent les allocataires de l'APA en fonction de leur cadre de vie.

En toute logique, pour les résidents des établissements pour personnes âgées, la perte d'autonomie est beaucoup plus marquée, 63% d'entre eux étant classés en GIR 1 et 2.

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					

2 – Caractéristiques des Aquitains en GIR 1 et 2 vivant à domicile

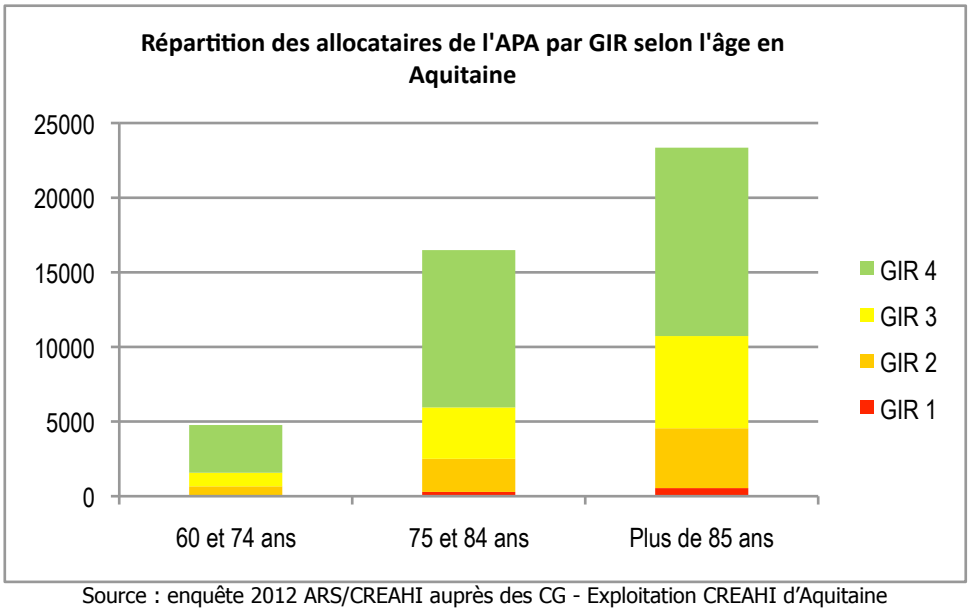
Le 1er volet de cette étude a consisté en un recueil de données statistiques auprès des services de l'APA des 5 conseils généraux de la région. Ces données sont centrées sur les personnes vivant à domicile et classées en GIR 1 et 2 ; elles sont relatives à :

- L'âge des allocataires
- L'année d'entrée dans l'APA
- La situation de famille
- La commune de résidence
- Le montant du plan d'aide
- Le contenu du plan d'aide
- Les sorties de l'APA

Les investigations pour cette étude ayant commencé en octobre 2012, la date de référence retenue pour le recueil de ces données a été le 31/12/2011.
Des limites sont à signaler dans l'analyse qui a été réalisée. En effet, selon le département, l'ensemble des données demandées n'a pas pu être obtenu ou ces données ont été transmises sous une forme qui n'a pas toujours permis de comparaisons interdépartementales[10]. Par ailleurs, plusieurs vérifications ont dû être faites pour rectifier des données qui semblaient incohérentes ou très atypiques au regard des moyennes régionales.

2.1 – Age des allocataires de l'APA à domicile

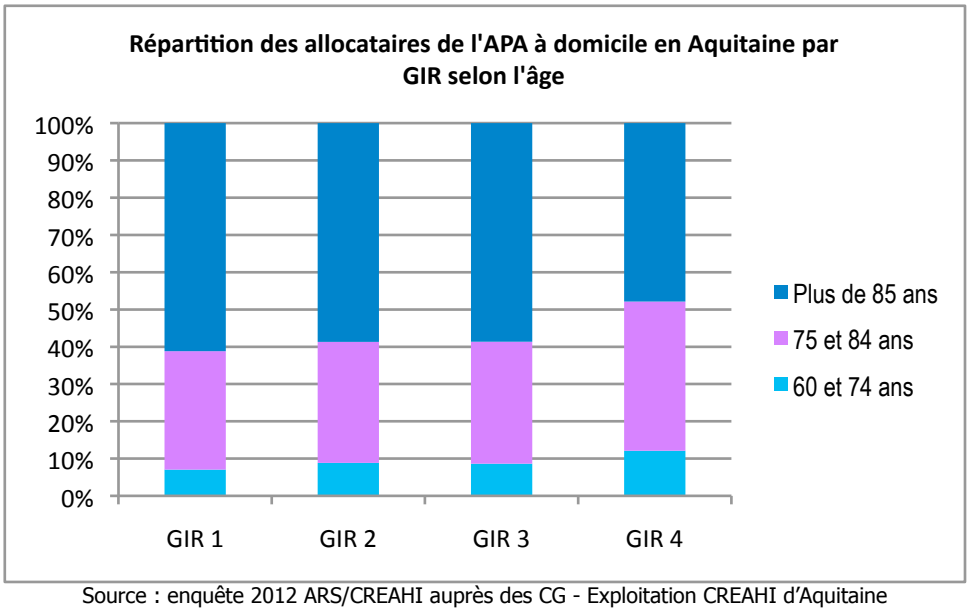
En Aquitaine, plus de la moitié des personnes recevant l'APA à domicile sont âgées de 85 ans et plus (52,3%). Plus l'âge augmente, plus la part des personnes en GIR 1 et 2 croît : elle représente 14% des personnes âgées de moins de 75 ans, 15% entre 75 et 84 ans et près de 20% pour les 85 ans et plus. Ces données varient peu selon le département.



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

[10] Voir en annexes un tableau récapitulatif des données obtenues.

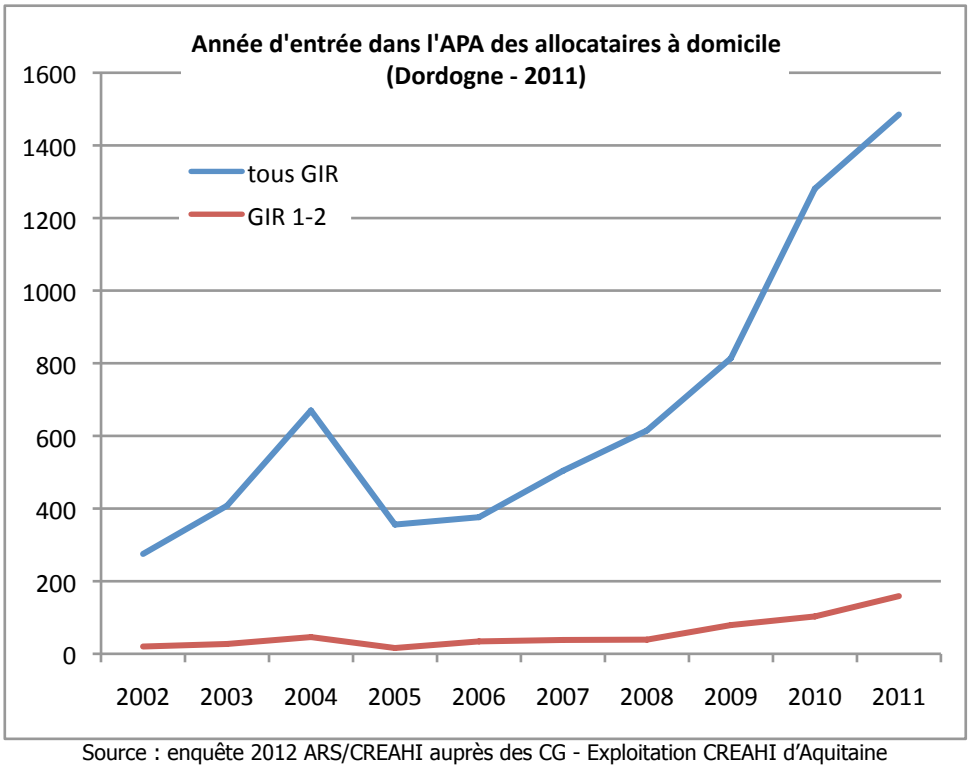
Parmi les personnes en GIR 4, les allocataires de 85 ans et plus sont légèrement minoritaires (48%) ; par contre, parmi les GIR 1 à 3, les personnes de 85 ans et plus représentent environ 60% des effectifs.



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

2.2 – Année d'entrée dans l'APA

Seul le département de la Dordogne a été en mesure de fournir des informations concernant l'année d'entrée dans le dispositif APA des allocataires actuels.



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

Tous GIR confondus, plus de moitié des allocataires (53%) sont entrés dans le dispositif APA depuis moins de 3 ans tandis que 20% en bénéficient depuis 7 ans et plus.
Les personnes en GIR 1 et 2 ont une durée moyenne de présence moins longue, 61% depuis moins de 3 ans, 17% depuis 7 ans et plus mais les écarts sont plutôt modérés.
Il faut noter que des personnes en GIR 1 et 2 en 2011 sont, pour certaines, entrées dans l'APA avec un GIR supérieur et, leur état de santé se dégradant, ont changé de GIR au fil des années.

La courbe de l'ensemble des allocataires présente une configuration assez particulière avec un décrochage en 2005, suivi d'une reprise dès 2007.
Deux facteurs d'explication sont donnés par le conseil général de la Dordogne :

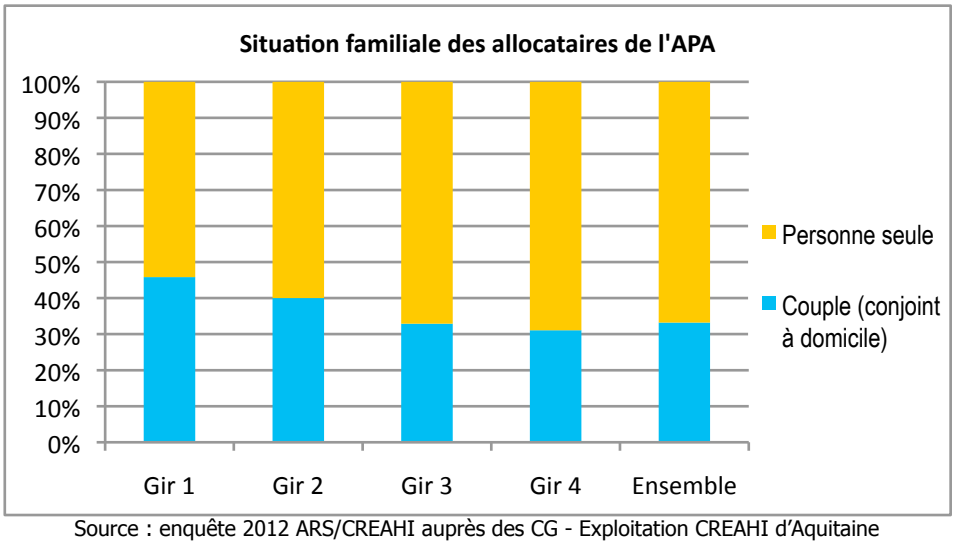
- La transformation des anciennes PSD en APA en 2002 (environ 1600 situations)
- L'attribution, au début de la mise en place du dispositif, d'une APA *« d'office »* qui a fait l'objet, par la suite, d'une régularisation avec l'évaluation des personnes concernées

Ces 2 facteurs ont ainsi généré dans les 2 ou 3 premières années un flux important d'entrées dans l'APA, qui s'est stabilisé ensuite, puis a repris un rythme de croissance plus soutenu, surtout depuis 2009.

2.3 – La situation de famille

L'objectif de cette question était de repérer la présence d'un aidant naturel à domicile (conjoint, enfant, autre membre de l'entourage…) pour estimer le soutien permanent dont pouvaient bénéficier les personnes âgées très dépendantes à domicile. Toutefois, ce type de donnée n'est pas observé systématiquement d'un point de vue statistique par les services des conseils généraux et demanderait une enquête spécifique[11].

En revanche, le statut matrimonial des allocataires est enregistré (hormis dans les Pyrénées-Atlantiques), ce qui permet d'évaluer la part de ceux qui bénéficient de la présence d'un conjoint.



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

[11] La partie de l'étude concernant le point de vue des services intervenant à domicile comporte des présentations de situations pour lesquelles l'implication des aidants familiaux a fait l'objet d'une tentative de mesure.

En moyenne, 33% seulement des allocataires de l'APA à domicile vivent en couple. Ce taux atteint 46% chez les personnes en GIR 1 et 40% pour celles en GIR 2. Compte tenu de l'âge moyen de ces personnes, la proportion de veufs et surtout de veuves est importante (à titre comparatif, en Aquitaine, 37% des habitants de 80 ans et plus vivent en couple).

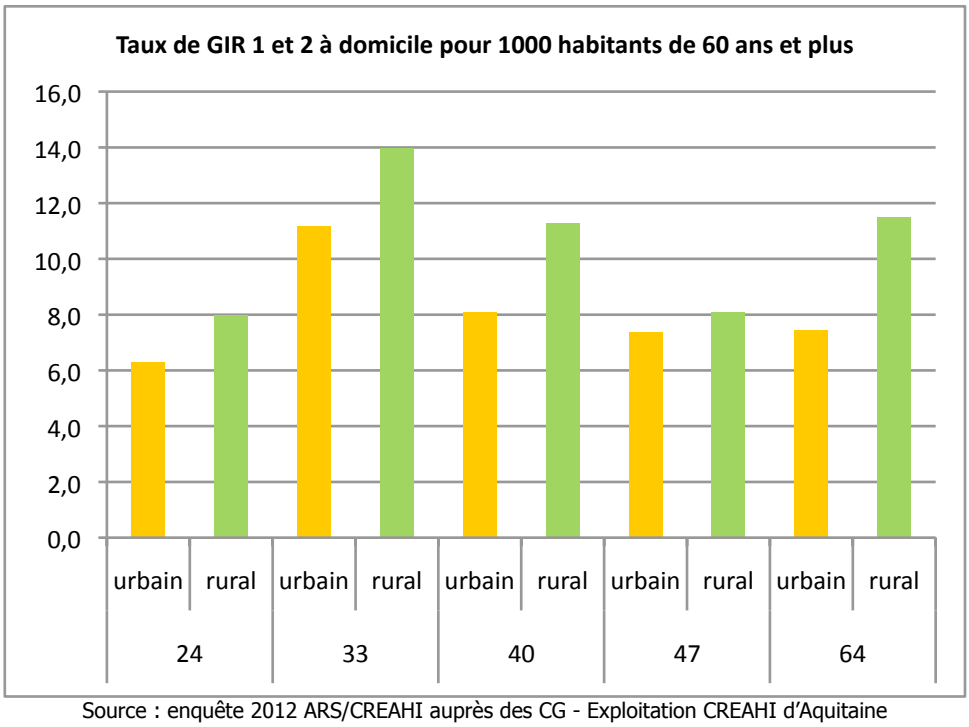
Des écarts apparaissent entre départements sur cette proportion de personnes en couple, elle s'échelonne :

- tous GIR confondus, de 33% en Gironde à 40% dans le Lot-et-Garonne
- pour les GIR 1 et 2, de 38% en Gironde à 51% dans le Lot-et-Garonne

La présence permanente ou non d'un aidant à domicile va avoir un impact certain sur le plan d'aide à mettre en place et, notamment, sur le nombre de passages quotidiens pour accompagner la personne dans les actes de la vie quotidienne et s'assurer de sa sécurité.

2.4 – La commune de résidence

Quel que soit le département ou le niveau du GIR, les allocataires de l'APA sont toujours plus représentés en milieu rural qu'urbain (cette différence peut toutefois être considérée comme minime en Lot-et-Garonne.



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

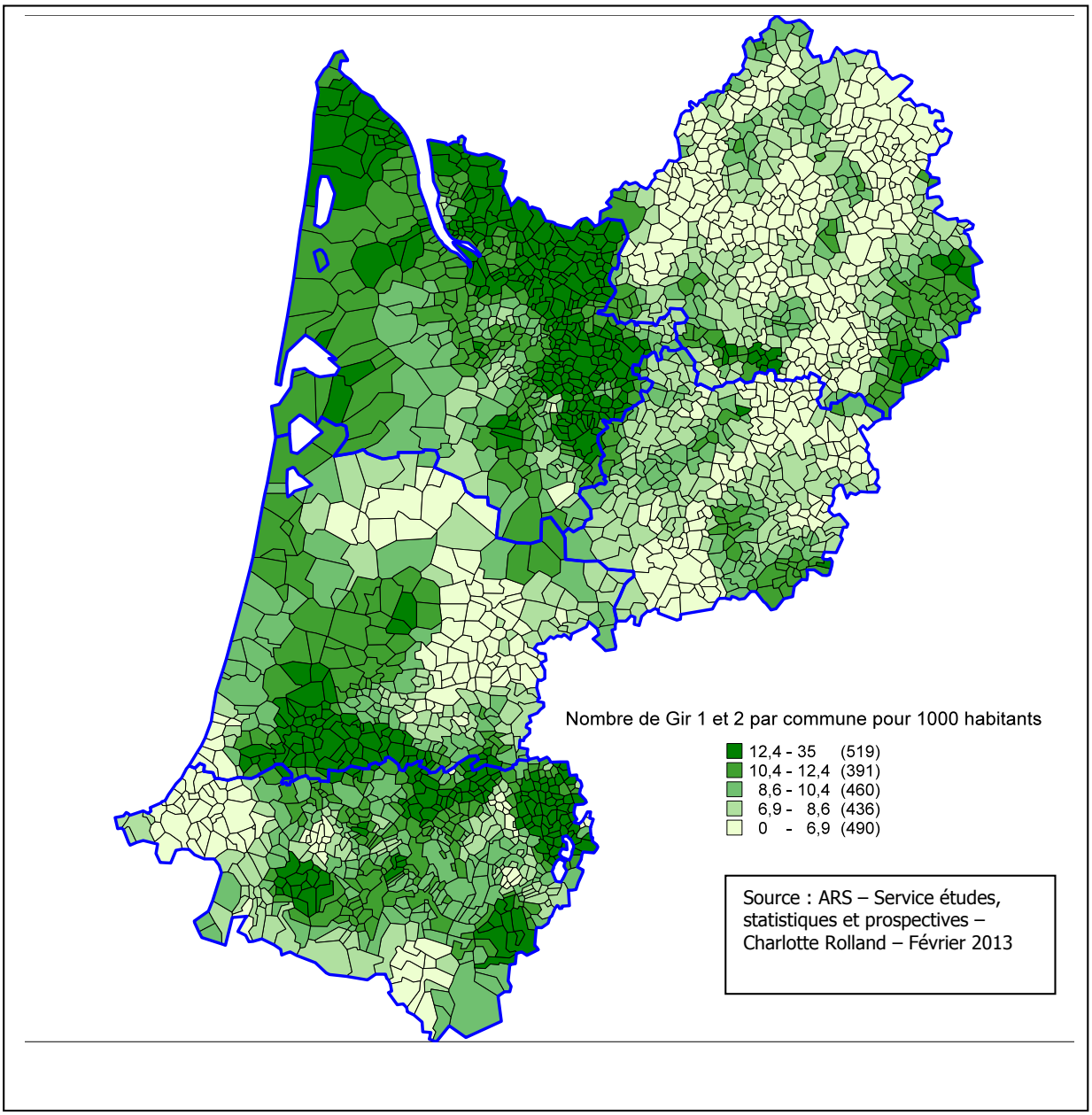
Plusieurs éléments peuvent expliquer cette situation :

- les personnes âgées résidant en milieu rural ont souvent eu des conditions de vie moins confortables que celles vivant en milieu urbain : métiers pénibles, notamment dans l'agriculture, ressources financières moindres, accès aux services sanitaires plus difficile… autant de facteurs qui vont favoriser une entrée dans la dépendance plus massive et plus précoce
- le choix de rester à domicile, en dépit d'un état de santé dégradé, plus fréquent en milieu rural est motivé par des raisons assez diverses : le coût d'un séjour en EHPAD impossible à assumer pour des personnes qui ont donc des revenus plus réduits,

un attachement plus « viscéral » à sa terre/sa maison familiale (moins marqué pour des personnes vivant en appartement en ville)…

La répartition des personnes en GIR 1 et 2 selon leur commune de résidence fait apparaître des concentrations dans certaines zones, notamment :

- en Dordogne, dans le Sarladais,
- en Gironde, dans le Médoc, l'Entre-Deux-Mers et la Haute-Gironde,
- dans les Landes en Chalosse,
- dans les Pyrénées-Atlantiques sur plusieurs cantons béarnais et dans le secteur de Mauléon

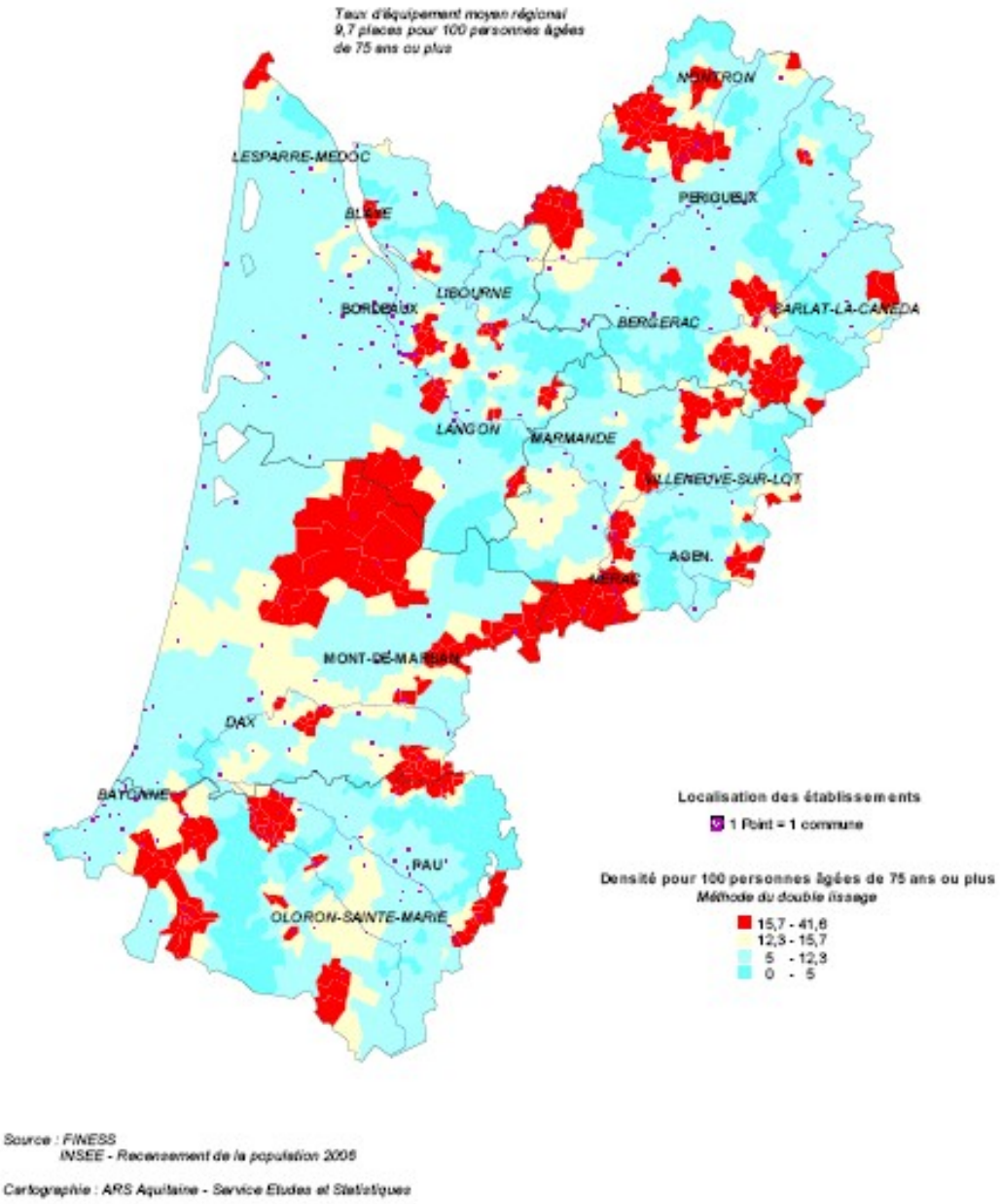


Si on rapproche cette répartition de celle des EHPAD (cf. page suivante), on peut constater que, globalement, les zones les mieux équipées en EHPAD ne sont pas celles où l'on observe les plus fortes concentrations de personnes en GIR 1 et 2 à domicile. Il y a donc un effet

« proximité » qui joue dans une certaine mesure et l'entrée en EHPAD peut être facilitée si un établissement existe dans un proche périmètre du domicile de la personne âgée.

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Taux d'équipement par commune



Source : FINESS
INSEE - Recensement de la population 2006

Cartographie : ARS Aquitaine - Service Etudes et Statistiques

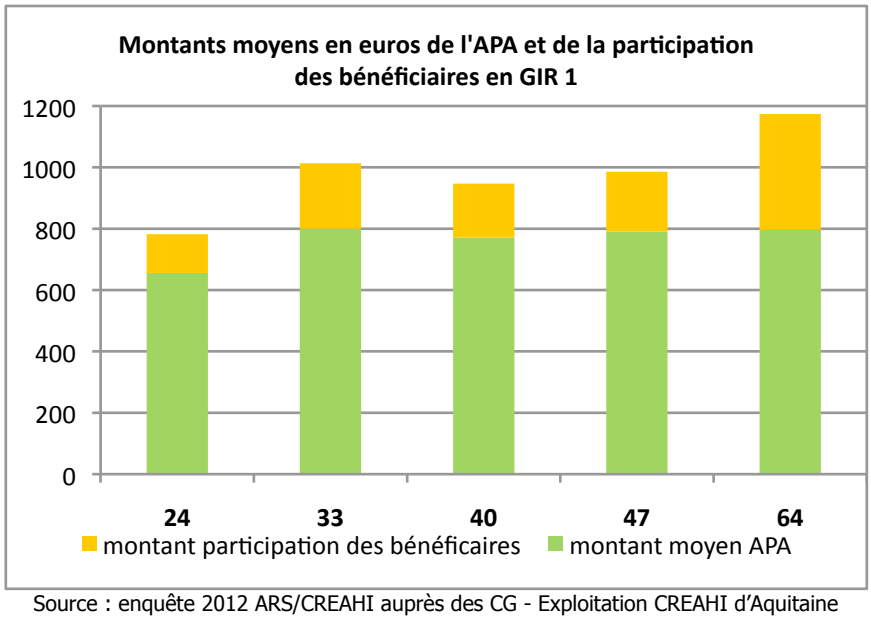
2.5 Le montant des plans d'aide

Les montants du plan d'aide attribuable sont fixés par un barème et revalorisés chaque année au 1er avril.
En 2011, année de référence de l'étude, les plafonds applicables selon le GIR étaient les suivants :

- GIR 1 : 1.261,59 €
- GIR 2 : 1.081,36 €
- GIR 3 : 811,02 €
- GIR 4 : 540,68 €

Une fois établi le montant du plan d'aide en fonction des besoins de la personne, une partie est financée par l'APA versée par le Conseil général, une autre partie peut éventuellement rester à la charge du bénéficiaire[12].

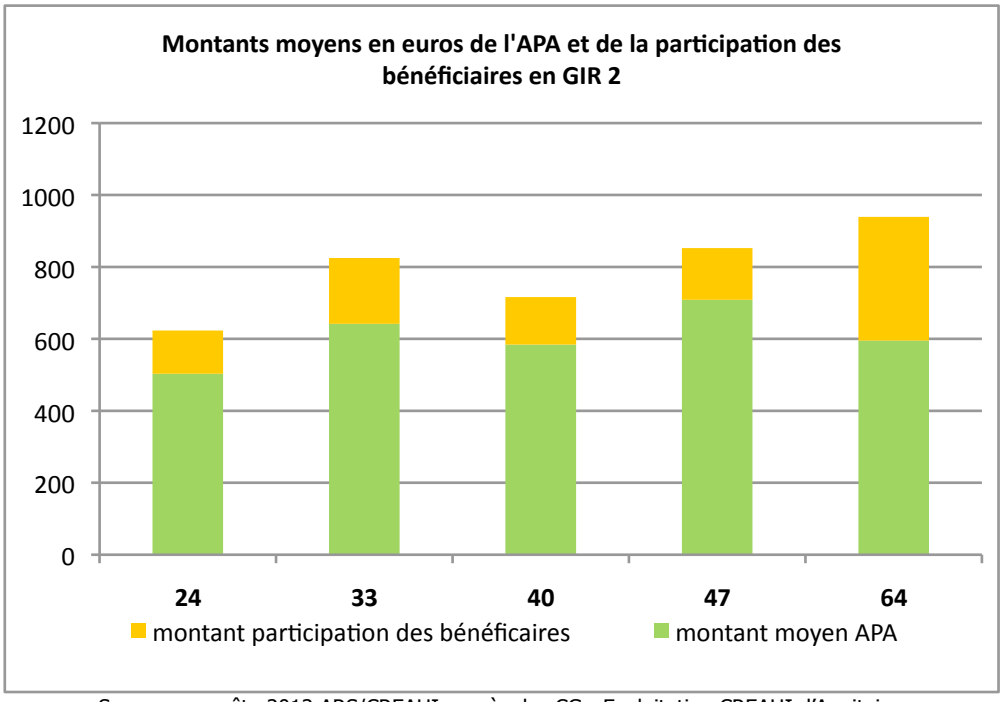
Pour les personnes en GIR 1 à domicile, le montant des plans d'aide s'élève en moyenne pour la région Aquitaine à 1018,88 euros en 2011.
Globalement, la part du Conseil général reste à peu près de même niveau dans tous les départements (autour de 800 euros), sauf en Dordogne où elle situe autour de 650 euros. Le fait que ce département intègre à titre préventif dans le champ de l'APA des personnes n'ayant pas encore de restrictions notables de la dépendance peut expliquer que l'enveloppe restant à attribuer en soit amoindrie.
C'est dans les Pyrénées-Atlantiques que les montants des plans d'aide sont les plus élevés, compte tenu d'une plus forte participation des bénéficiaires. Il s'agit aussi, rappelons-le, du département où le taux d'allocataires de l'APA est le plus faible de la région.



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

[12] Si le revenu de l'allocataire est inférieur à 725,23 euros par mois, aucune participation ne lui est demandée. Au-delà, la participation est calculée selon une formule intégrant notamment le revenu et peut atteindre jusqu'à 90% du montant total du plan d'aide.

Pour les personnes en GIR 2 à domicile, le montant des plans d'aide s'élève en moyenne pour la région Aquitaine à 809,12 euros en 2011.
Le montant versé par les conseils généraux est compris entre 600 et 700 euros avec les mêmes écarts et constats qui ont été faits pour le GIR 1.



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

2.6 – Le contenu du plan d'aide

Les aides, qui peuvent être financées pour tout ou partie par l'APA à domicile, peuvent se décomposer en grandes catégories :

- aide à domicile : entretien du lieu de vie, aide à la personne (toilette, habillage), présence relationnelle,
- portage de repas,
- aide technique, achat de petit matériel, produits d'hygiène.
- téléalarme,
- aménagement du logement,
- accueil de jour, hébergement temporaire

Les données transmises par les Conseils généraux (notons que manquent celles des Pyrénées-Atlantiques) sont difficilement comparables car construites à partir de nomenclatures et/ou de libellés assez différents.
Néanmoins, une tentative de synthèse peut être réalisée.

Pourcentage de bénéficiaires selon le type de prestations, le GIR et le département

	DORDOGNE		GIRONDE		LANDES		LOT-ET-GARONNE		AQUITAINE	
	GIR 1	GIR 2	GIR 1	GIR 2	GIR 1	GIR 2	GIR 1	GIR 2	GIR 1	GIR 2
Aide à la personne (a)	72,9%	90,5%	97,5%	99,8%	79,6%	72,0%	100,0%	100%	91,8%	94,4%
Aide-ménagère					83,2%	94,1%				
Garde (jour et nuit)	4,3%	1,3%	0,0%	0,0%	56,9%	52,8%	13,8%	4,6%	13,4%	8,9%
Portage de repas	4,3%	7,6%	0,0%	0,0%	2,2%	3,6%	1,1%	6,6%	1,0%	2,4%
téléassistance (droits d'entrée + redevance)	0,0%	14,5%	5,0%	13,3%	0,0% (c)	0,0% (c)	4,6%	14,8%	3,5%	11,6%
Achat de fournitures (dont hygiène) et petit matériel	65,7%	40,9%	72,9%	49,1%	(d)	(d)	64,4%	48,3%	56,6%	40,4%
Adaptation du domicile (amélioration habitat)	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	(d)	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Prise en charge des frais de transport			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Accueil de jour	0,0%	3,0%	1,8%	2,7%	1,5%	6,9%	3,4%	1,9%	1,7%	3,3%
Hébergement temporaire	7,1%	3,9%	1,8%	1,5%	(b)	(b)	3,4%	2,8%	6,1%	5,0%
Autres dépenses	0,0%	0,0%	8,5%	5,2%	41,6%	24,7%	1,1%	0,2%	13,3%	6,9%

Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG – Exploitation CREAHI d'Aquitaine

Compléments de lecture du tableau ci-dessus

(a) Parmi ces bénéficiaires, certains, situés en Gironde, Landes et Lot-et-Garonne, bénéficient en outre d'aide à la personne la nuit, le dimanche et les jours fériés

(b) Pourcentage difficile à évaluer pour les Landes car l'information a été donnée en termes de personnes ayant des « droits ouverts » mais pas nécessairement utilisés. Dans les faits, en 2011, 832 journées d'accueil temporaire ont été financées pour des personnes en GIR 1 et 5422 pour des personnes en GIR 2.

(c) Le conseil général des Landes ne prévoit pas de financement de la téléassistance dans le cadre de l'APA car il finance par ailleurs le matériel et l'installation mis à disposition. Seul est facturé l'abonnement, avec possibilité pour les CCAS et CIAS de moduler le tarif en fonction des ressources de l'abonné.

(d) Pour les Landes, les fournitures d'hygiène figurent sous la rubrique «autres dépenses ». Pour l'adaptation de l'habitat et le petit matériel en GIR 1, il convient de souligner que cela a généralement été proposé en amont lors des précédentes évaluations APA avant le passage en GIR 1.

2.7 – Les sorties de l'APA à domicile

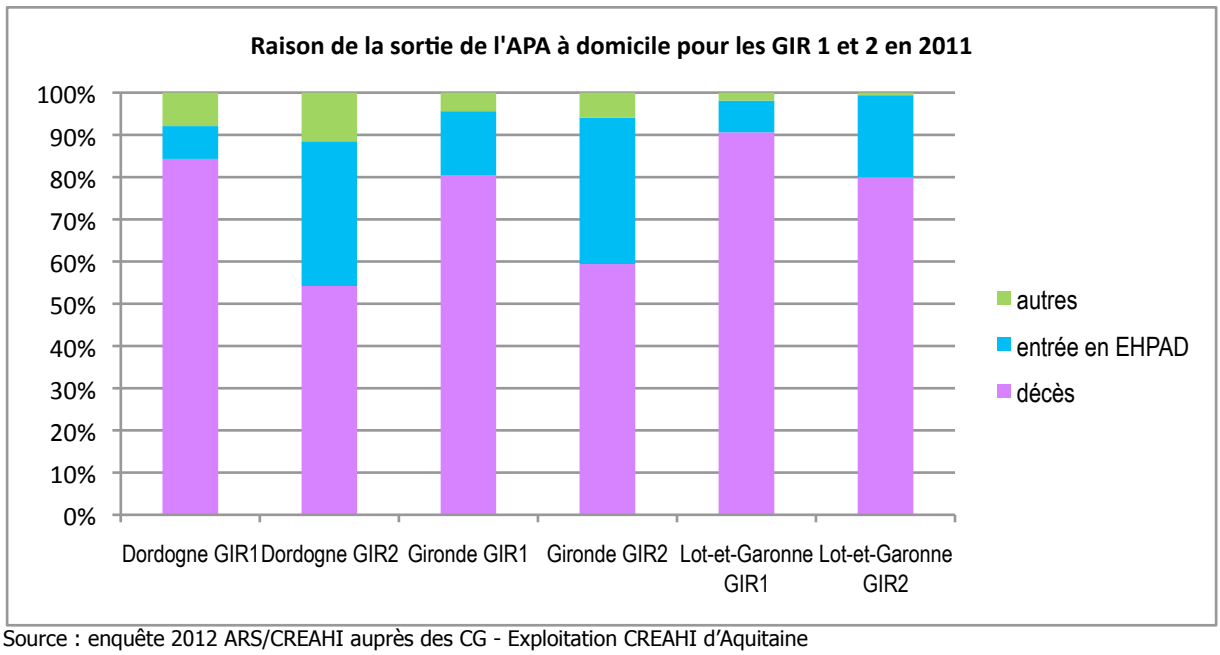
Les données sur les flux de sorties de l'APA et les motifs de ces sorties n'ont pu être obtenues que partiellement[13].

Globalement, le taux de sortie de l'APA à domicile en 2011, tous GIR confondus est compris entre 22 et 23%.
Bien évidemment, ce taux varie considérablement selon le GIR dans lequel était classée la personne mais moins selon le département.

Taux de sortie de l'APA à domicile en 2011 selon le GIR et le département (en %)

	Dordogne	Gironde	Landes [14]	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques
GIR 1	72,9	68,9	58 ,3	68,8	Pas de données par GIR
GIR 2	36,2	44,9	31,2	50,6	
GIR 3	27,8	27,0	17,8	25,6	
GIR 4	16,2	14,0	9,4	13,3	
Tous GIR	**21,8**	**23,4**	**16,8**	**22,0**	**23,0**

Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine



Source : enquête 2012 ARS/CREAHI auprès des CG - Exploitation CREAHI d'Aquitaine

Le décès de l'allocataire est la raison principale de la sortie de l'APA à domicile : 80 à 90% des personnes en GIR 1 sont concernées et toujours une majorité pour les personnes en GIR 2 [15].
L'autre mode de sortie le plus fréquent est l'entrée en EHPAD (notons que le plus souvent, l'APA est versée à l'établissement sous forme d'une dotation globale) ; plus du tiers des

[13] Ne distinguant pas les différents GIR pour les Pyrénées-Atlantiques ou ne prenant en compte que les décès pour les Landes.
[14] Attention : seules les sorties en raison d'un décès ont été prises en compte
[15] Notons que tous GIR confondus, le taux de sortie de l'APA à domicile en raison d'un décès par rapport à l'ensemble des motifs varie assez sensiblement selon le département : 45% en Dordogne, 51% en Gironde, 60% dans les Pyrénées-Atlantiques et jusqu'à 80% dans le Lot-et-Garonne.

personnes en GIR 2 sont concernées en Dordogne et en Gironde, moins souvent dans le Lot-et-Garonne où le taux de décès reste élevé pour cette catégorie de personnes âgées.
Parmi les autres sorties signalées, les motifs peuvent être :

- un déménagement avec changement de département (rapprochement d'un enfant, d'un aidant par exemple),
- parfois l'amélioration de la santé et le recouvrement d'une certaine indépendance (pour différentes raisons : chirurgie, prothèse, récupération après AVC) mais qui doit sans doute plutôt concerner des personnes en GIR 3 et 4
- et enfin une sortie décidée par l'allocataire non satisfait par le dispositif (interventions à domicile vécues comme de l'ingérence, complexité administrative du dispositif…).

3. L'évaluation faite par les services APA des conseils généraux

Une grille a été adressée aux 5 conseils généraux afin de recueillir leur analyse sur les personnes très dépendantes en GIR 1 et 2, les raisons motivant leur maintien à domicile, la façon dont les plans d'aide ont été mis en place, les ressources existant localement pour accompagner ces publics.

3.1 Les situations de vie des personnes en GIR1 et GIR2 vivant à domicile

Le maintien à domicile est le plus souvent choisi par la personne âgée, avant qu'elle ne soit très dépendante et ne puisse plus s'exprimer car elle souhaite *« finir ses jours chez elle »,* dans la continuité de sa vie passée, à proximité de ses proches.
De plus, certaines personnes ont peur de la vie en collectivité avec un quotidien peu attractif et une image dégradée du vieillissement.
Le choix peut aussi être porté davantage par l'entourage, surtout en milieu rural. Les motifs de ce maintien à domicile font alors référence au respect d'une volonté préalable de la personne ou sont liés à la culture familiale et le sentiment que seule la famille est capable d'offrir une prise en charge optimale.

Pour une partie moins importante des personnes âgées en GIR 1 et GIR 2, le maintien à domicile peut être plutôt considéré comme subi. Les motifs du maintien sont alors différents :

- moyens financiers insuffisants pour accéder à l'EHPAD (même si cette raison est rarement clairement exprimée lors des visites à domicile), la personne (ou les enfants eux-mêmes) ne veut pas que ses enfants soient sollicités au titre de l'obligation alimentaire.
- manque de places adaptées dans l'EHPAD souhaitée à un moment donné, en particulier si des besoins spécifiques sont identifiés (notamment des troubles du comportement, personnes fugueuses…) [16].
- refus de l'institutionnalisation par le conjoint ou l'entourage familial, malgré leur épuisement, car ces proches se sentent *« obligés »* de garder la personne à domicile par respect de son choix antérieur ou par devoir intergénérationnel (peur du « *qu'en dira-t-on* » en milieu rural).
- d'autres raisons ont pu être également citées : conflits familiaux, obligation morale voire acte notarié dans le cadre de succession…

Du point de vue des conseils généraux, le public en GIR 1 et GIR 2 à domicile a évolué avec, en particulier, une augmentation :

[16] En Gironde, le problème du manque de place en EHPAD est plutôt un problème de délai : la décision d'entrée se fait le plus souvent dans une phase critique d'aggravation de la dépendance ou lors de troubles du comportement ingérables à domicile, voire d'un épuisement de l'entourage. Cette entrée devient alors une urgence. Le manque de place et les délais sont, en outre, plus importants dans les EHPAD habilités à l'aide sociale.

- des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou de troubles cognitifs sévères,
- des situations où les deux membres du couple sont touchés,
- de l'âge des allocataires
- des personnes en GIR 1 et GIR 2 dès la 1ère demande[17].

Concernant les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et de maladies apparentées, le Lot-et-Garonne a pu transmettre quelques éléments de diagnostic portant sur un échantillon important de personnes allocataires de l'APA à domicile. Selon ces données, la prévalence des MAMA s'élèverait à 63% parmi les personnes en GIR 1, 29% pour les GIR 2, 26% pour les GIR 3 et 9% pour les GIR 4.

En raison de l'augmentation du niveau de dépendance, les besoins d'étayage deviennent plus importants : plus d'aides et plus de présence pour tous les actes de la vie quotidienne. Les aidants familiaux, conjoints, enfants assurent une partie de l'aide et les services à domicile complètent (présence de nuit, aide à l'hygiène, aux repas…). La prise en charge nécessite aussi une approche de plus en plus spécialisée (or la formation des personnels à domicile n'est pas toujours suffisante) ainsi qu'un soutien psychologique à la personne et aux aidants.
Des besoins croissants de réponses permettant un répit familial (hébergement temporaire et accueil de jour) sont signalés sur tous les territoires.

Les services de l'APA ne sont pas en mesure de repérer des caractéristiques personnelles ou trajectoires de vie pouvant avoir un impact systématique sur le niveau de dépendance. Cependant, les situations de certaines populations rurales cumulant faibles revenus, isolement et logement inadapté sont évoquées ou encore des personnes « usées » par des métiers fatigants ou les exposant aux intempéries, autant de critères qui favoriseraient une entrée dans la dépendance. Un département mentionne ainsi une étude de la DREES[18] qui a mis en évidence la sur-représentation de la dépendance chez certaines catégories socioprofessionnelles : agriculteurs et ouvriers du bâtiment en particulier.

Il semble, par ailleurs, que les antécédents d'addiction et/ou psychiatriques interférent avec la dépendance et compliquent la prise en charge qui pourrait être plus opérante si une meilleure coordination avec le secteur psychiatrique était mise en place.
Les services des conseils généraux observent aussi que l'amélioration des soins pour certaines pathologies chroniques permet l'allongement de la durée de vie des patients. Une partie des personnes dépendantes aujourd'hui seraient décédées il y a quelques années pratiquement autonomes en l'absence de ces progrès. En outre, grâce à de meilleurs soins, d'autres personnes entrent dans la dépendance plus tard mais n'ont jamais envisagé cet état et n'y ont pas été préparées. Une sensibilisation des personnes souffrant de pathologies évolutives pour anticiper les éventuelles difficultés à venir dues à leur maladie serait à réfléchir et à accompagner matériellement et psychologiquement. Dans cette perspective, l'éducation à la santé est un axe à développer. Un travail de prévention de l'hypertension artérielle ou du diabète, par exemple, à travers une meilleure hygiène de vie pourrait avoir un effet sur la prévalence des dépendances lourdes dues aux séquelles d'AVC graves.

[17] Notons que les statistiques ne montrent pas au fil du temps d'augmentation de la proportion des personnes en GIR 1 et 2 à domicile en Aquitaine mais les effectifs absolus augmentant, cette catégorie de public augmente nécessairement d'un point de vue quantitatif
[18] DREES, enquête SAPAD-bénéficiaires, volet personnes âgées 2000 INSEE

3.2 - La construction du plan d'aide

La procédure de mise en place de l'APA : le plan d'aide est élaboré après une visite à domicile complète effectuée par l'équipe médico-sociale.
Le médecin ou l'infirmière :

- procède à l'évaluation de la dépendance (avec la grille Aggir) et des besoins à domicile (entourage, logement, ressources, aides en place),
- recueille le certificat médical du médecin traitant,
- entre en liaison avec les différents intervenants, notamment les professionnels intervenant au domicile pour les situations complexes.

Le travailleur social est chargé de la mise en place des aides.
Dans tous les cas, les attentes de la personne et, le cas échéant, du référent familial sont recueillies lors de la visite à domicile.

La **coordination** avec les aidants professionnels et non professionnels est nécessaire. Elle est considérée comme effective dans certains secteurs mais est à renforcer dans d'autres. C'est un des éléments essentiels du maintien à domicile réussi dans la mesure où un même usager est souvent accompagné par un grand nombre d'intervenants. La coordination permet alors de pallier le manque de lisibilité de l'offre, parfois appelée un *« millefeuille de services »* (MAIA, réseau gérontologique, CLIC, ESA, EMOG, soins palliatifs, consultations mémoire, équipes de géronto-psychiatrie, services sociaux pour personnes âgées…).

La principale limite du plan d'aide évoquée par les services APA est liée **au plafonnement du GIR pour des bénéficiaires de plus en plus dépendants**. Il est signalé de plus que certains usagers à domicile en GIR 2 ont plus besoin d'aide que des usagers en GIR1.
Le maintien à domicile est rendu difficile quand l'état de dépendance de la personne âgée nécessite une présence permanente. Il faut à cette occasion souligner le **rôle-pilier de l'aidant familial dans ces situations** : *« le plan d'aide est viable seulement si la famille reste impliquée »*. En effet, l'enveloppe financière APA pour les GIR 1 et 2 ne permet pas de couvrir dans la majorité des cas un plan d'aide approprié :

- quand il s'agit d'un handicap essentiellement physique, les différentes aides (dont l'APA) avec un référent familial fiable permettent, le plus souvent, un maintien à domicile de qualité (à plus forte raison s'il y a un couple âgé et la possibilité d'associer deux plans d'aide APA).
- par contre, si l'origine de la dépendance est une pathologie cognitive ou neurodégénérative, à un certain stade de la maladie, on n'arrive pas à organiser un plan d'aide suffisant, d'autant que la situation devient *« insupportable »* pour l'aidant (crédit limité, pas assez d'heures à proposer, sécurité non assurée, problème pour les nuits…).

Par ailleurs, l'usager / sa famille demandent parfois de revoir le plan d'aide à la baisse, afin de limiter leurs frais puisque la plupart du temps une participation financière leur incombe.

Dans le même ordre d'idées, les interventions par un service prestataire, préconisées pour les grandes dépendances, sont vite limitées compte tenu du coût ; les interventions mixtes (infirmière + auxiliaire de vie), parfois nécessaires pour ces types de dépendance, sont rarement possibles pour les même raisons.

La configuration de l'habitation, mais aussi les difficultés économiques de la personne (chauffage et alimentation insuffisants), sont d'autres facteurs pénalisant susceptibles d'empêcher le maintien à domicile.

Durée du plan d'aide
Il peut y avoir des cas de figures différents selon le département. En Lot-et-Garonne et en Gironde, le plan est établi pour 5 ans[19]. Dans les Pyrénées-Atlantiques, sa durée est de 2 ans et il est susceptible d'être révisé à la demande en cas de nouvelles difficultés, d'aggravation de l'état de santé, de changement dans la situation familiale ou de résidence. La demande peut émaner de la personne, de sa famille, des services d'aide ou de soins à domicile et globalement de tout partenaire (dans ce dernier cas, il doit y avoir l'accord des intéressés).

3.3 Les intervenants à domicile : appréciation des atouts et des limites de l'offre départementale

3.3.1 - Les services d'aide à domicile [20]

La répartition territoriale de l'offre est jugée globalement satisfaisante en Pyrénées-Atlantiques, en Lot-et-Garonne et en Gironde sur le plan quantitatif, avec parfois des limites sur la qualité des accompagnements en raison de prestations inégales entre services du secteur lucratif et services associatifs ou selon le secteur géographique.
Certains conseils généraux souhaitent plus d'encadrement et de coordination autour de cette offre et de son développement.

En secteur rural, un manque d'informations et de choix entre services d'aide à domicile est signalée ainsi que parfois une saturation de ces services et un personnel insuffisant pour assurer plusieurs passages par jour[21], ce qui amène au constat que « *le plan d'aide ne pallie pas au sentiment de solitude…* ».). Des insatisfactions relatives aux prestations et exprimées par des usagers sont relayées par les conseils généraux : manque de connaissances des personnels de ces services ayant pour effet une mauvaise qualité des relations avec ce public âgé, un manque d'initiative, une préparation des repas pas adaptée aux besoins…

Des efforts de **qualifications du personnel** sont à accomplir notamment pour mieux accompagner les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Si de plus en plus d'associations forment leurs salariés dans le cadre de l'agrément qualité à l'intervention auprès de personnes âgées dépendantes, d'autres n'arrivent pas à recruter du personnel qualifié/désirant se former. Une des raisons de ces difficultés est liée à des temps de travail très partiels proposés aux aides à domicile.
Un conseil général estime qu'il faudrait améliorer le statut de ces professionnels, afin de limiter le développement des auxiliaires de vie et des aides-ménagères indépendantes (rémunérées en CESU), ce qui entraine des abus de tarifs horaires (12€ en moyenne) sans aucune qualification et aucun contrôle sur la qualité de leur intervention. C'est pourquoi une

[19] Mais pour les GIR1/2, il est exceptionnel qu'il n'y ait pas un motif de révision intercurrent (en Gironde).
[20] Voir pages 36-37, encadré recensant des études récentes sur le personnel dans les services d'aide à domicile intervenant auprès de personnes dépendantes.
[21] Ils assurent des passages quotidiens, biquotidiens mais rarement plus, ce qui est correct pour une personne sans troubles psychiques qui peut attendre au fauteuil, mais tout à fait insuffisant pour une personne démente ou angoissée.

équipe médico-sociale APA a fait le choix « *d'assurer un regard* » sur les salariées en CESU lors de ses visites à domicile.

3.3.2 - L'offre de soins

Plusieurs catégories d'intervenants dispensent des soins à domicile : les SSIAD, les IDE libérales et les services de HAD.
Cette offre n'est pas toujours adaptée pour bien accompagner les personnes en GIR 1 et 2 en raison d'un maillage territorial inégal sur chaque département et de disparités de fonctionnement des différents services et intervenants.
La question de la coordination entre les acteurs afin de mieux accompagner les bénéficiaires est également souvent évoquée, avec des territoires où des progrès ont été accomplis avec des bons partenariats[22] (rencontres et bilans entre le sanitaire, les SSIAD, l'HAD, l'ESA et certains cabinets d'IDE), mais souvent persiste une difficulté pour mobiliser les médecins traitants qui méconnaissent les offres existantes.

Les services APA sont tenus d'adapter les plans d'aide selon les territoires en fonction de la connaissance qu'ils ont de tous les paramètres de l'offre de soins et d'aide à domicile pour les prises en charge lourdes et longues. Ainsi, il arrive que les auxiliaires de vie, qui ne sont pas qualifiées pour cela, doivent faire des toilettes lourdes au lit en raison de l'éloignement ou de l'absence de soignants, ce que le conseil général ne peut tolérer que temporairement, en attendant une nouvelle organisation avec du personnel soignant. Un territoire se pose même la question de répondre à ce besoin par une activité libérale des aides-soignantes sous la supervision d'infirmiers libéraux …

- ***Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)***

Les services APA des conseils généraux déplorent des délais d'attente parfois longs pour obtenir une place en SSIAD ; la Gironde et la Dordogne précisent que le manque de places en SSIAD concerne de nombreux secteurs, notamment ruraux.

L'ensemble des départements signale des limites dans la façon de fonctionner des SSIAD :

- Sur les horaires et la continuité des soins : peu de SSIAD sont en mesure d'assurer la continuité des soins 7 jours sur 7 (dont jours fériés), certains services ne respectent pas les heures de passage convenues, d'autres n'assurent pas d'intervention après 17h, ce qui peut conduire à faire des couchers très tôt…[23] Toutefois, pour les SSIAD participant au comité de pilotage de cette étude, ces restrictions sur le fonctionnement ne semblent concerner qu'un petit nombre de ces services..
- Sur leur capacité à répondre à la demande : dans les Pyrénées-Atlantiques, par exemple, certains SSIAD refusent les situations de dépendance lourdes avec soins infirmiers. Ils sont en outre dans l'incapacité de répondre à l'ensemble des besoins sur certains territoires (ainsi localement les interventions du dimanche sont effectuées par l'HAD).

[22] Dans les territoires disposant d'un réseau gérontologique, une amélioration de la prise en charge est constatée mais ces réseaux sont souvent vite saturés.
[23] Ces éléments d'appréciation ne concordent pas avec ce que déclarent de leur côté les SSIAD (cf. Info-stat n°2 janvier 2012 – ARS Aquitaine - L'activité des SSIAD au 31/12/2012) : en Aquitaine, 85% d'entre eux disent fermer après 20 h et l'intégralité indique intervenir 7 jours sur 7 (à l'exception d'un seul).

- Sur la prise en compte du parcours de la personne : lors de sorties d'hospitalisation, les Landes remarquent que les SSIAD ont parfois des difficultés à accompagner les retours à domicile. Pour mieux prendre en compte ces situations, les Pyrénées- Atlantiques ont initié un travail pour faire le lien avec les caisses de retraite, les mutuelles pour mettre en place des plans d'aide dans les meilleures conditions...

Au regard de ces difficultés, un intervenant du service APA de la Dordogne considère que globalement *« les modalités de fonctionnement des SSIAD correspondent très rarement aux besoins des GIR1 et GIR2* ».

- ***Les IDE libérales***

En Dordogne, dans les Landes et dans les Pyrénées-Atlantiques, les IDE sont souvent surchargées et, par conséquent, pas assez disponibles ; des inégalités de répartition selon les territoires sont aussi signalées.
Par ailleurs, plusieurs critiques sont formulées par les services APA de l'ensemble des départements à l'égard de certaines IDE :

- de plus en plus d'IDE refusent de faire des soins d'hygiène (toilettes médicalisées, nursing, pose des bas de contention) et les prises médicamenteuses par manque de temps, notamment pour les prises en charge les plus lourdes ou si elles acceptent, elles ne font que 2 passages par jour au maximum
- les interventions à domicile sont parfois très rapides, manquent « d'humanité », des horaires variables sont imposés aux personnes, d'où le recours de certaines familles à l'auxiliaire de vie qui prend davantage de temps et prend mieux en compte les attentes des familles

- ***L'HAD (Hospitalisation à Domicile)***

Ce dispositif semble bien répondre aux besoins des usagers et est facilement mobilisable.
Des points de vigilance sont néanmoins à signaler :

- en Dordogne, on note globalement un bon partenariat avec une bonne réactivité de l'HAD mais elle n'est pas mobilisable sur tous les territoires et parfois est saturée
- dans les Landes, les horaires d'intervention ne sont pas toujours suffisamment adaptés. Par ailleurs, quelques communes sont couvertes en théorie mais pas dans la réalité.
- en Lot-et-Garonne, un manque de coordination avec les autres professionnels intervenant à domicile est constaté
- en Pyrénées-Atlantiques, quelques médecins libéraux se montrent réticents à mobiliser ce dispositif. Par ailleurs, les prises en charge mises en place en relais / à la place d'une hospitalisation ne sont jamais très longues. Ce département signale que pour faciliter la coordination en aval avec l'HAD, a institué une rencontre mensuelle entre le cadre responsable sur un des secteurs du département et l'assistante sociale de l'HAD.

3.3.3 - Autres dispositifs favorisant le maintien à domicile

Les **équipes spécialisées Alzheimer** (ESA), mises en place dans le cadre du Plan Alzheimer sont un dispositif opérant et réactif qui donne satisfaction. Les Landes et les Pyrénées-Atlantiques disent espérer un développement des équipes pour bien couvrir l'ensemble du département.
Toutefois, il faudrait davantage faire connaître ces équipes en particulier aux médecins traitants (notamment en Gironde), car une prescription médicale est nécessaire pour demander l'intervention d'une ESA.
Dans les Landes, l'appui apporté par l'**équipe mobile de gériatrie** est très apprécié. Cette équipe se déplace à domicile[24], réalise une évaluation de la personne et pose le diagnostic. Elle évalue aussi les besoins d'hospitalisation notamment pour réaliser un bilan plus approfondi. Le Conseil général estime que l'intervention apporte une plus-value considérable, plus pertinente que la MAIA, car les problématiques médicales sont toujours très fortes pour ces publics et une expertise sanitaire spécialisée est indispensable. Précisons également que ce partenariat est à double sens et que l'équipe mobile de gériatrie peut alerter les services de l'APA de situations délicates découvertes à domicile.

L'ensemble des départements considèrent également que **les accueils de jour et les hébergements temporaires** permettent de prolonger le maintien à domicile des usagers les plus dépendants. Des difficultés d'accès à ces offres sont toutefois signalées.
En Dordogne, les problèmes de transport dans les zones rurales limitent l'efficacité de ces dispositifs qui sont tournés de plus vers des publics moins dépendants. Ce département remarque, par ailleurs, que certains accueils de jour sont saturés. Néanmoins pour ceux rattachés à un EHPAD, si la demande comporte un projet d'entrée en EHPAD, l'admission en accueil de jour sera facilitée, ce qui constitue une distorsion par rapport à l'objectif de l'accueil de jour.
Dans les Pyrénées-Atlantiques, le Conseil général constate que ces dispositifs s'adressent aux personnes en GIR 2 mais pas à celles en GIR 1. Dans ce département et dans les Landes, l'accueil de jour nécessiterait d'être développé pour plus de proximité (départements ruraux étendus).
Concernant l'hébergement temporaire, le département des Landes suggère la mise en place d'une offre à partir des USLD (unités de soins de longue durée) pour les personnes en GIR 1. En effet, ces personnes nécessitent des soins le plus souvent permanents et un accueil médicalisé permet de meilleures conditions de sécurité, plus adaptées aux besoins de la personne, ce qu'un accueil en établissement médico-social n'est pas réellement à même de proposer (d'où cet accès plus limité observé à l'accueil de jour pour les personnes en GIR 1).
Le département des Landes estime, par ailleurs, qu'il faut dédier des places à l'urgence dans les structures d'hébergement temporaire : ces structures, étant très sollicitées, les places d'urgence, si elles existent, finissent par être occupées à l'année pour satisfaire la demande (à noter que ce département dispose de places d'hébergement temporaire qui peuvent être utilisées en cas d'urgence sans en avoir pour autant la dénomination.

Le **baluchonnage** est une autre formule qui est jugée bien adaptée pour les personnes âgées en Lot-et-Garonne où elle a pu être expérimentée. Cependant, cette formule est

[24] Il faut préciser que le déplacement des équipes de gériatrie hors de murs de l'hôpital est relativement récent dans les Landes et il n'est pas effectif partout en Aquitaine (ce qui était regretté par de nombreux acteurs du champ des personnes âgées lors des travaux relatifs au SROMS).

onéreuse et elle n'a pu être développée dans ce département que grâce aux financements de la CNSA et à l'intégration des prestations dans le plan d'aide.

Pour ces publics très lourdement dépendants, la fin de vie et les conditions de son accompagnement ont été également évoqués. Ainsi, en Pyrénées Atlantiques, le Conseil général salue la qualité du travail du **réseau de soins palliatifs** Béarn-et-Soule, et souhaite un développement des dispositifs de soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie à domicile.
Enfin, au-delà des prestations à mettre en place au bénéfice des personnes âgées très dépendantes, les aidants sont également à prendre en compte et à soutenir :

- d'une part à travers une information, claire et largement diffusée, sur les différents dispositifs, les modalités d'accès, les associations de familles de personnes (malades Alzheimer, Parkinson…). Les services des conseils généraux indiquent que les différents professionnels (y compris eux-mêmes) pourraient profiter de cette information et s'en faire le relais
- d'autre part à travers des actions de formation

3.4 Le non-recours à l'APA

Les raisons de ce non-recours sont multiples :

- manque d'information, méconnaissance du dispositif en particulier pour des personnes isolées, en milieu très rural
- peur de l'intrusion répétée « d'étrangers » dans l'intimité familiale, avec la crainte que ne soient pas respectés les horaires définis, ce qui pourrait perturber le mode de vie habituel
- moyens financiers estimés suffisant par certaines familles pour assumer elles-mêmes le coût des services
- peur de la récupération de l'aide à percevoir sur la succession
- culpabilité des aidants
- recours à des emplois non déclarés
- déni de leur situation par des personnes avec des troubles cognitifs et/ou des problèmes psychiatriques, sans mesure de protection

Aucune évaluation quantitative n'est proposée mais les conseils généraux estiment que ce public est peu important. Les CLIC permettent, selon le conseil général de Gironde, de repérer certaines personnes en situation de grande dépendance qui n'auraient pas recours à l'APA. Dans les Landes, le conseil général estime qu'il n'y a pas de personnes en GIR 1 et 2 qui ne recourent pas à l'APA.
Ce non-recours à l'APA, en dépit de conditions d'éligibilité réunies, a pu être estimé à 9% du public concerné dans le cadre de travaux conduits par l'ODENORE[25] . Ce taux de 9% appliqué à la région équivaudrait à un effectif d'environ 7400 personnes âgées éligibles à l'APA mais n'en bénéficiant pas.
Les différentes raisons expliquant ce non-recours rejoignent celles évoquées ci-dessus : les personnes concernées bénéficient déjà de l'assistance d'aidants familiaux, refusent les interventions extérieures, veulent se préserver d'éventuels placements en établissement, ont suffisamment de ressources financières pour rémunérer des aides ou n'apprécient pas le côté inquisiteur lié à la constitution du dossier.

[25] ODENORE – Observatoire du non-recours aux droits et services

Une fois l'évaluation des besoins effectuée par les services de l'APA et le plan d'aide constitué, **l'usager et sa famille peuvent refuser le plan d'aide à cause :**

- d'une demande de participation financière des familles trop élevée (l'usager et sa famille peuvent estimer que le plan d'aide génère trop de contraintes administratives par rapport au gain financier escompté)
- d'une mauvaise information au départ (les usagers attendaient plutôt une aide financière directe utilisable à leur guise).
- du refus par les services de l'APA d'un salariat extérieur ou de la limitation d'un salariat familial, refus d'un prestataire en relais de la famille
- du déni de la personne âgée de ses difficultés qui la conduit à refuser une demande faite par un de ses proches

Les personnels des services d'aide à domicile : éléments de connaissance à travers quelques études récentes

Selon une étude de l'Observatoire de santé au travail d'Aquitaine[26], il y avait en 2006 dans la région entre 23 550 salariés (source : DARES) et 26 140 salariés (source : CRAM) dans les services à la personne se répartissant de façon assez équilibrée entre activité mandataire (48,2%) et activité prestataire (51,8%).
Les catégories de professionnels essentiellement représentées dans ce secteur sont :

- Les aides à domicile. L'appellation recouvre plusieurs types de métiers : l'aide à domicile appelée aussi agent ou employé à domicile ou encore employé familial dans l'emploi direct. Elle peut exercer sans diplôme.
- Les auxiliaires de vie sociale, appelés aussi assistantes de vie dans l'emploi direct
- Les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF, anciennement "travailleuse familiale").
- Les coordonnateurs ou responsables de secteur : l'important développement de ce secteur ces dernières années s'est accompagné d'un renforcement de l'encadrement. La part des cadres et professions intermédiaires au sein de la population des salariés de ces services est ainsi passée de 6% à 11% entre 2003 et 2007[27].

Concernant l'emploi direct, il est estimé par la FEPEM en Aquitaine à 90 000 salariés relevant de 222 000 employeurs particuliers. Selon cet organisme, les métiers d'accompagnement des personnes dépendantes sont les assistantes de vie et les employées familiales. L'assistante de vie accompagne la personne, qui fait sa propre toilette, ou pour la prise des médicaments mais elle ne prend pas directement en charge ces actes. Sur la question de l'aide à la toilette pour une personne en situation de grande dépendance, en l'absence de l'infirmière, la FEPEM estime qu'il faudrait que la loi évolue pour prendre en compte les situations humaines intolérables sur le terrain (ex : une personne souillée ne peut pas attendre la fin de matinée et le passage de l'infirmière).

Une étude de la DREES publiée en 2010[28] permet de dresser un portrait assez fin des professionnels intervenant à domicile *« auprès de personnes fragilisées »*[29]. Ces professionnels sont en quasi-totalité des femmes (97,5%) avec une moyenne d'âge de près de 45 ans (25% ayant 52 ans ou plus). Globalement, 62% de ces salariés n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire ou social.
Le diplôme d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est le plus représenté parmi les intervenantes qualifiées (21%) avec des écarts assez notables selon le mode d'exercice. Par ailleurs, près de 10% des ces intervenants sont titulaires d'un BEP sanitaire et social ou d'une BEP agricole équivalent (ces 2 BEP viennent d'être remplacés par de nouveaux diplômes).

Diplôme ou titre des personnes intervenant à domicile auprès de personnes fragilisées
selon le mode d'exercice (en %) – *Données nationales*

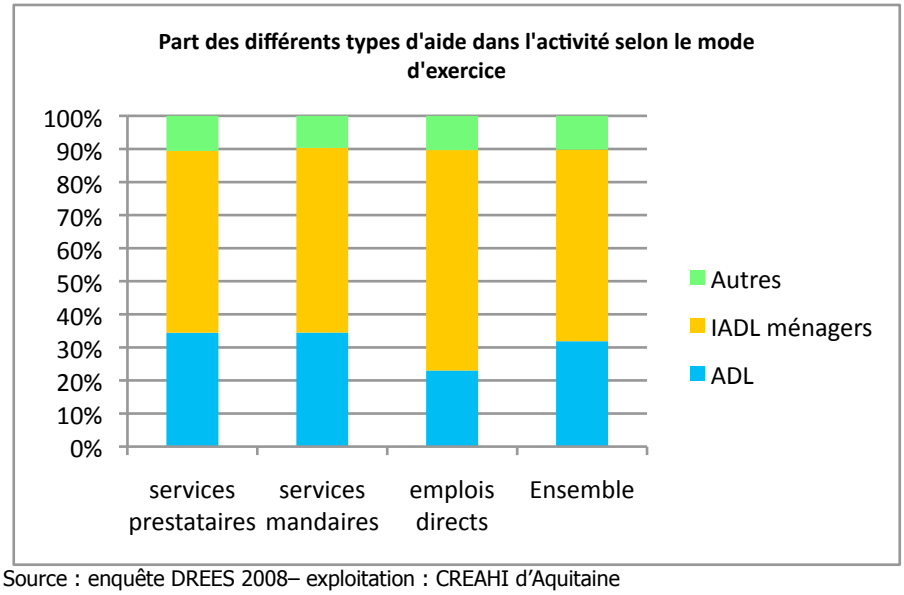
	Organismes prestataires	Organismes mandataires	Emplois directs	Ensemble	Extrapolation Aquitaine[30]
Pas de diplôme du secteur sanitaire et social	48,3	61,3	85,1	62,1	16 100
Ayant un diplôme du secteur sanitaire et social	51,7	40,7	14,9	37,9	9 900

Source : enquête DREES 2008– exploitation : CREAHI d'Aquitaine

[26] GEKIERE F., NICOLAS V. Maintien à domicile : état des lieux en Aquitaine de la connaissance et des pratiques d'observation de la santé au travail dans le secteur de l'aide à la personne, ORST juillet 2010, 80 pages
[27] ALDEGHI I., LOONES A. *Les emplois dans les services à domicile pour personnes âgées : approche d'un secteur statistiquement indéfinissable*. Credoc, cahier de recherche n°77, décembre 2010, 82 pages
[28] MARQUIER R. *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*. DREES, Etudes et résultats, n°728, juin 2010
[29] Définies dans cette étude comme suit : les personnes âgées en perte d'autonomie (allocataires de l'APA), les personnes handicapées (notamment allocataires de la PCH) ou toute autre personne nécessitant de l'aide dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne.
[30] Tous modes d'exercice confondus sur la base d'une hypothèse de 26.000 intervenants auprès de personnes fragilisées à domicile en Aquitaine (≈5% du total des emplois recensés par la DREES au niveau national, soit 515.000).

Selon les travaux récents de Aquitaine Cap Métiers[31], 42% des aides à domicile et aides-ménagères en Aquitaine n'ont aucun diplôme, 40% un CAP ou un BEP, 18% un diplôme équivalent ou supérieur au Bac, ce qui semble plutôt en décalage avec ces données nationales. Toutefois, ces 2 séries de données ne sont pas directement comparables pour diverses raisons :

- les données Cap Métiers sont issues du recensement 2007, donc basées sur les déclarations des personnes recensées
- dans l'enquête DREES, l'entrée « diplômé ou non » est plus restrictive puisqu'elle prend en compte uniquement les diplômes du champ sanitaire et social



ADL (Activity of Daily Living) : actes essentiels de la vie quotidienne : hygiène, prise de repas, élimination, habillage, transferts…
IADL (Instrumental Activities of Daily Living) : actes instrumentaux de la vie quotidienne : ménage, vaisselle, préparation des repas, lessive, repassage…
Autres : aide administrative, loisirs et sorties

Source : enquête DREES 2008– exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Globalement, les tâches accomplies par les intervenantes à domicile se répartissent[32] entre :

- 31% d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (ADL)
- 56% d'aide aux actes instrumentaux de la vie de la quotidienne (IADL)
- 10% d'autres aides

Les interventions auprès des personnes représentent une part variable selon le type de service. Dans les services prestataires ou mandataires, où les salariées sont plus diplômées que celles exerçant en emploi direct, la place consacrée à ces tâches est un peu plus importante (33% vs 22%). De la même manière, la part de ces aides « actes essentiels de la vie quotidienne » est plus importante chez les professionnelles ayant un diplôme du secteur sanitaire et social :

- 37 à 39% pour celles ayant un DEAVS, un BEP sanitaire et social (ou BEPA) ou un titre d'assistante de vie
- 27% pour celles n'ayant aucun diplôme de ce secteur

Les personnes dépendantes à domicile reçoivent aussi en général une aide apportée par un proche, le plus souvent le conjoint (en très grande majorité c'est l'épouse qui aide son mari) ou les enfants. Selon l'INSEE, le nombre d'aidants potentiels devrait baisser d'ici 2040, passant de 2,8 à 2,3 pour les hommes, et de 2,2 à 2 pour les femmes (pour des raisons diverses : couples séparés, enfants éloignés géographiquement, augmentation de l'espérance de vie…)
En dépit de ces aides diverses, beaucoup de personnes âgées dépendantes à domicile estiment ne pas recevoir toute l'aide dont elles auraient besoin[33]. C'est le cas de 42% des personnes classées en GIR 1 et de 28% de celles classées en GIR 3 et 4. Les personnes ayant de faibles

[31] Aquitaine Cap métiers, *Emploi métiers, Marché du travail, Perspectives d'emploi Formation professionnelle Données statistiques sur 22 métier*s, Observatoire des métiers du secteur sanitaire et social, juillet 2011.
[32] MARQUIER R., *Les activités des aides à domicile en 2008.* DREES, Etudes et résultats, n°741, juin 2010
[33] SOULLIER N., WEBER A. *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile.* DREES, Etudes et résultats n°771, août 2011

ressources (inférieures à 1000 euros/mois) déclarent plus souvent ressentir une besoin d'aide humaine supplémentaire que les personnes plus aisées.

4 – Les acteurs de terrain

L'activité des acteurs de terrain a été approchée à travers 6 services de différentes catégories intervenant à domicile répartis sur les 5 départements aquitains :

- 3 SAD (services d'aide à domicile) prestataires,
- 1 SSIAD,
- 2 services ayant le double agrément SSIAD et SAD pour l'un et SSIAD et HAD (hospitalisation à domicile) pour l'autre.

Ces services interviennent en territoire rural (Périgord Noir, Haute-Gironde, Moyenne Garonne), urbain (Périgueux, Dax) ou mixte (Pays Basque) et déclarent tous être satisfaits de leur périmètre d'intervention

Nous avons demandé à ces intervenants à domicile de :

- présenter brièvement quelques situations représentatives de personnes suivies, classées en GIR 1 et 2
- décrire les difficultés rencontrées dans l'exercice de leur activité, difficultés liées aux caractéristiques des bénéficiaires, aux ressources humaines du service, à l'environnement ou à la mise en œuvre de partenariats
- d'identifier des pistes d'amélioration.

Pour compléter cette approche, nous avons également sollicité l'URPS, union régionale des professionnels de santé, afin que les médecins traitants libéraux puissent faire remonter leurs constats et leurs préconisations concernant leurs patients dépendants suivis à domicile.

4.1 – Situations de personnes en GIR 1 et 2 à domicile

4.1.1 – Caractéristiques personnelles

Le recueil de données a permis d'accéder à 18 situations. Les personnes concernées se répartissent en 2 groupes équilibrés entre GIR 1 et GIR 2 avec deux exceptions : une personne classée GIR 3 par le Conseil général qui relèverait plutôt du GIR 2 pour le service qui intervient auprès d'elle et une personne de 77 ans recevant une PCH, prestation compensatoire du handicap[34].
Ces personnes sont âgées de 70 à 101 ans avec une moyenne d'âge élevée de plus de 87 ans, les nonagénaires (voire plus), représentant 45% d'entre elles.

Les tableaux cliniques sont extrêmement variés mais tous évocateurs de situations lourdes, générant des restrictions d'autonomie majeures, voire totales, et justifiant leur classement en GIR 1 et 2 : maladie d'Alzheimer (à des stades parfois très avancés), autres troubles cognitifs importants, troubles psychiatriques, maladie de Parkinson, paralysie supranucléaire[35], hémiplégie, insuffisance cardiaque… Ces pathologies se cumulent souvent les unes aux autres.

Pour le service qui les accompagne, ces personnes restent à domicile par choix. Ce choix est porté par les personnes elles-mêmes et aussi, en général, par leurs proches. Rarement, le

[34] Rappel : toute personne handicapée dont le handicap est survenu avant l'âge de 60 ans peut bénéficier de la PCH.
[35] Maladie neurologique dégénérative

choix de la famille semble être prédominant sur la volonté réelle de la personne. Des raisons financières sont aussi parfois évoquées.

L'entourage de ces personnes très dépendantes à domicile paraît assez présent :

- un tiers des personnes vivent avec leur conjoint (ce qui est correspond tout à fait aux données APA des conseils généraux – cf. point 2.3)
- des enfants (plus rarement un autre membre de la famille) vivent sous le même toit dans deux tiers des cas et peuvent assurer une présence, au moins le soir et le week-end[36]. Le caractère rural ou semi-rural de la zone d'intervention de plusieurs de ces services peut expliquer ces situations de cohabitation intergénérationnelle aussi fréquentes.

Une aide de proximité peut aussi parfois être mobilisée en complément de cette présence familiale.
Sur les 18 situations décrites, il n'y a qu'une seule personne (en GIR 2) qui vit entièrement seule et qui ne reçoit aucun appui de l'entourage. Le service déplore cette absence d'interlocuteur et d'appui, *« aucun référent familial »,* ce qui complique l'accompagnement.

4.1.2 – L'accompagnement mis en place

L'accompagnement mis en place est assuré par plusieurs types d'intervenants sous des configurations très différentes d'un bénéficiaire à l'autre, ce qui révèle le souci de construire des réponses personnalisées, adaptées aux problématiques de chacun.

Le questionnaire avait identifié les catégories d'intervenants suivantes :

- SSIAD
- IDE d'exercice libéral
- HAD
- SAD mandataires
- SAD prestataires
- Emplois directs
- Aidants familiaux salariés
- Autres

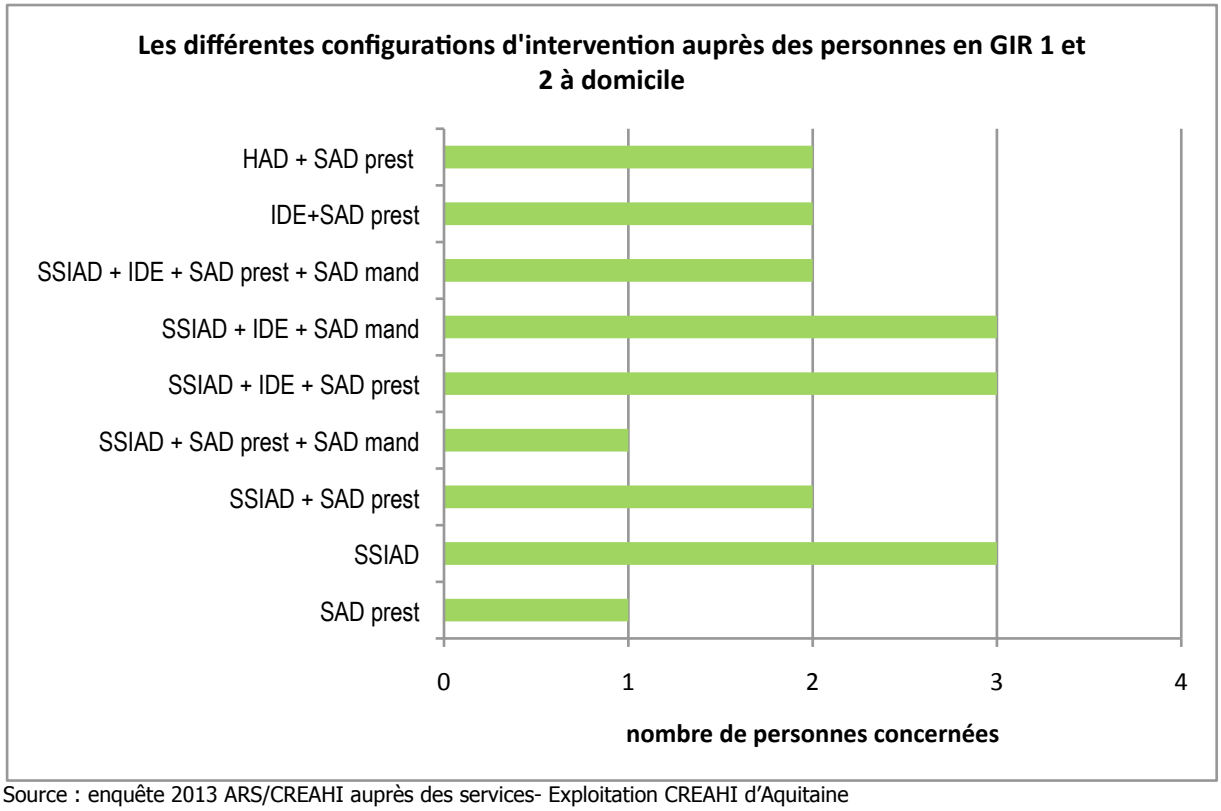
Dans les situations décrites, on ne dénombre donc ni aidants familiaux salariés, ni non plus d'emplois directs.
La catégorie « autre » n'a été que peu utilisée, si ce n'est pour signaler l'intervention de kinésithérapeutes (ce qui est logique vu les limitations fonctionnelles de beaucoup de ces personnes) mais aussi de délégués à la tutelle[37]. Un seul service a mentionné l'intervention de ces professionnels (qui concerne les 3 situations qu'il décrit) mais il est fort probable que les autres services répondants soient aussi amenés à suivre des majeurs protégés.
A propos de ces tutelles, ce SAD signale que leur mise en œuvre a été *« difficile et longue ».*
En outre, souligne un autre service, la mise en place de ces mesures de protection, pourtant indispensable, « *peut parfois venir bouleverser l'équilibre familial* ».
Le diagnostic, réalisé en 2009-2010 par le CREAHI pour la DRJSCS, en préalable à l'élaboration du schéma régional des mandataires judicaires à la protection des majeurs, avait montré que ce constat de difficulté et de lenteur pour déclencher une mise sous protection était partagé par plusieurs acteurs. De leur côté, les mandataires, dont l'avis avait été recueilli dans le cadre de ce schéma, observaient que les situations des personnes âgées

[36] Notons toutefois qu'aucun de ces aidants familiaux n'est salarié par la personne âgée
[37] Sans mentionner s'il s'agissait de mandataires privés ou de services tutélaires

dépendantes maintenues à domicile se complexifiaient : *« Ces situations nécessitent un grand savoir-faire, des temps d'intervention importants, plus de visites à domicile et de coordination avec d'autres intervenants »* (contraintes qui prennent une dimension particulière en milieu rural, quand le mandataire est, en plus, confronté à une grande dispersion géographique des situations suivies).

Parmi les 18 situations étudiées, on compte 8 configurations différentes dans l'accompagnement mis en place, avec quelques points à souligner :

- Deux acteurs occupent une place majeure : les SSIAD et les SAD prestataires, qui interviennent chacun auprès de 13 personnes.
- Près de 80% des personnes (14 sur 18) bénéficient de l'intervention d'au moins 2 catégories de services. Les accompagnements mobilisant 3 intervenants et plus ne sont pas rares : 8 situations sur 18
- Une seule personne ne reçoit pas d'interventions régulières de services de soins (personne atteinte de la maladie de Parkinson vivant avec son conjoint, actuellement en GIR3 mais considérée GIR 2 par le SAD qui intervient)
- Dans plus du quart des situations (5 sur 18), on observe l'intervention concomitante d'un SSIAD et d'IDE libérales



Source : enquête 2013 ARS/CREAHI auprès des services- Exploitation CREAHI d'Aquitaine

- SAD prest = Service à domicile prestataire - SAD mand = service à domicile mandataire – IDE : IDE libérales

L'approche en termes de nombre de passages quotidiens et de nombre d'heures d'interventions montre également que la palette des réponses mises en place est très large.

Rythme et durée des interventions des services de soins

	Nombre de passages quotidiens	Durée des interventions
SSIAD	1 passage = 4 2 passages = 8 3 passages = 1	< 1 heure = 3 1 h à 1 h 30 = 8 Plus d'1 heure 30 = 1
IDE libérales	1 passage = 5 2 passages = 3	≤ 30 minutes = 6 2 heures = 1
HAD	2 passages = 1 4 passages = 1	2 heures = 1 3 heures 30 = 1

Source : enquête 2013 ARS/CREAHI auprès des services- Exploitation CREAHI d'Aquitaine

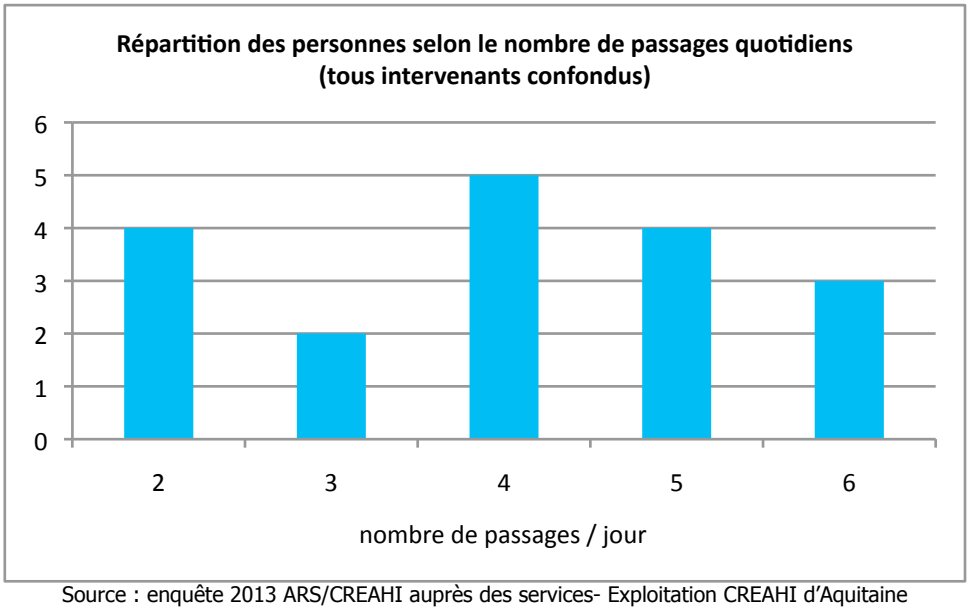
Cette répartition montre bien que les modes d'intervention des SSIAD et des IDE libérales sont très différents (de durée bien inférieure pour ces dernières). Il semble que, pour ces publics âgés dépendants, ces 2 types d'intervenants soient complémentaires plutôt que substitutifs. Il y a d'ailleurs très peu de personnes qui bénéficient uniquement de l'intervention d'IDE libérales. D'où des difficultés qui se posent sur les secteurs bien dotés en IDE libérales et sur lesquels l'implantation de SSIAD ne peut pas se faire en raison d'une convention passée entre l'assurance maladie et ces professionnelles libérales (la « convention libérale »). Dans ce contexte, des besoins vont rester sans solutions satisfaisantes.

Répartition des personnes bénéficiaires de l'intervention des SAD

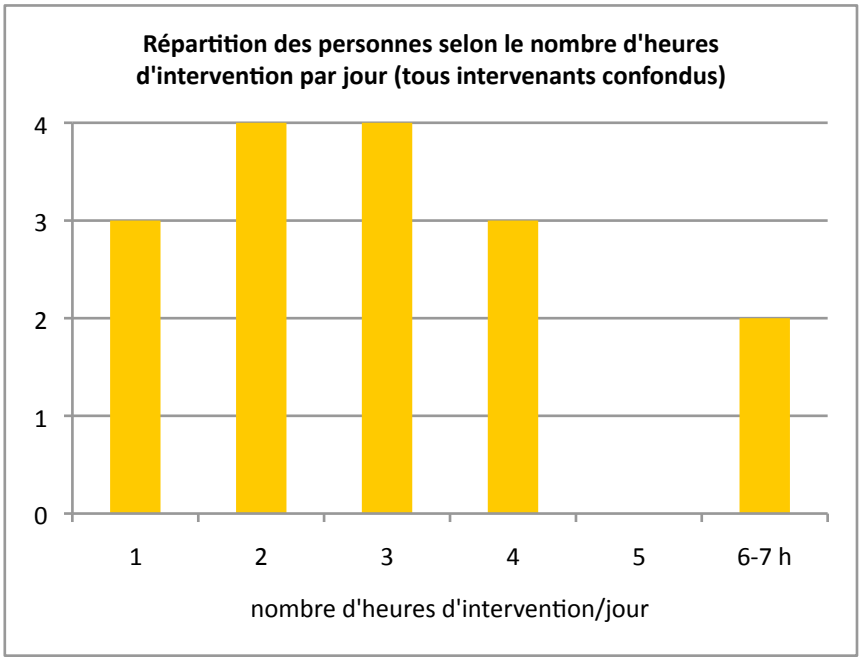
	Nombre de passages quotidiens	Durée des interventions
SAD prestataires	1 passage = 2 2 passages = 7 3 à 4 passages = 3	1 heure = 4 2 heures = 3 3 heures = 3 4 heures et + = 3
SAD mandataires	Rythme plutôt hebdomadaires	5 à 6 heures / semaine = 3 10 heures / semaine = 1

Source : enquête 2013 ARS/CREAHI auprès des services- Exploitation CREAHI d'Aquitaine

Les SAD prestataires assurent une présence plus continue et viennent tous les jours, en général à plusieurs reprises, au domicile de la personne âgée, ce qui peut contribuer à la continuité des interventions et permettre de veiller à sa sécurité.
Les SAD mandataires sont plutôt sur un modèle d'intervention « tous publics » et se déplacent au domicile de personnes une ou deux fois par semaine, le plus souvent.



Source : enquête 2013 ARS/CREAHI auprès des services- Exploitation CREAHI d'Aquitaine



Source : enquête 2013 ARS/CREAHI auprès des services- Exploitation CREAHI d'Aquitaine

NB : le nombre total d'heures d'intervention par jour a pu être sous-estimé pour certaines situations, faute de données suffisamment précises ou complètes.

4.2 – Points forts et limites de l'accompagnement mis en place

Pour chacune des situations présentées, les services répondants ont dégagé les principaux points positifs et points de satisfaction. Cette analyse a été étendue, au-delà de ces situations, aux difficultés rencontrées pour accompagner l'ensemble des personnes en GIR 1 et 2 accompagnées par ces services.

Les points positifs

Quand un accompagnement cohérent a été mis en place, les services se réjouissent d'avoir pu apporter des réponses qui tiennent compte des vœux de la personne. Le fait qu'elle reste dans son environnement habituel avec ses repères lui permet, en outre, de conserver plus longtemps les capacités qui lui restent.

Les services ayant un double agrément estiment avoir réussi à établir une bonne coordination au sein de l'équipe pluridisciplinaire, basée notamment sur une circulation efficace de l'information entre intervenants, ce qui permet aux réponses mises en œuvre de bien fonctionner et avec plus de souplesse.

Compte tenu de la lourdeur des situations qui nécessitent de multiples interventions, une coordination efficace entre les différents services, (SSIAD, SAD, IDE, services sociaux…) d'une part, et avec la famille d'autre part, est une condition essentielle à un accompagnement à domicile de qualité, *« ce qui conforte et réconforte les salariées sur le but de leur mission qui est l'aide à la personne et leur maintien à domicile ».*

La place de l'aidant familial est largement soulignée, son implication active est vraiment un atout indispensable pour l'équilibre et la réussite du maintien à domicile. Certains aidants ont appris à connaître le secteur de la dépendance, l'éventail des aides à mobiliser, les possibilités d'adaptation du logement etc… et se révèlent très efficaces.

Les points d'insatisfaction

L'accompagnement de ces personnes très dépendantes à domicile se heurte, toutefois, à de nombreuses difficultés.

En 1er lieu, est fait le constat que les plans d'aide APA sont souvent insuffisants pour bien prendre en compte la dépendance lourde[38].
Seule une partie des besoins primaires sont satisfaits, il manque du temps pour l'accompagnement aux actes de la vie quotidienne (toilette, repas…) et les interventions sont parfois très fractionnées.
Ces limites amènent des familles à rémunérer elles-mêmes des heures complémentaires avec des SAD prestataires, notamment, ce qui précarise la situation car l'effort financier est important pour beaucoup de ces familles. D'autres besoins d'accompagnement ne sont pas toujours bien satisfaits aussi comme de la stimulation cognitive pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce soutien fait partie des attributions des centres d'accueil de jour (mais cette réponse n'est utilisée dans aucune des situations étudiées).
Parfois, une sous-évaluation du GIR serait effectuée par les services de l'APA (pour contenir le plafond d'aide et prendre en compte davantage de demandes).

[38] ce qui est parfois amplifié par la lenteur des procédures administratives qui induit un manque de réactivité

La question de l'épuisement, tant des professionnels que des aidants familiaux, est aussi fréquemment évoquée.
Les risques professionnels sont notamment liés aux manutentions fréquentes de ces personnes âgées, nombreuses à être alitées, avec des familles parfois réticentes à l'utilisation d'aides techniques, de verticalisateurs… De plus, le domicile, dans son ensemble, est rarement adapté aux restrictions d'autonomie majeures.
Ces conditions de travail peuvent entraîner des arrêts maladie qui obligent le service à être toujours prêt à y faire face, voire à les anticiper, car les intervenantes à domicile doivent pouvoir être remplacées immédiatement, les situations de grande dépendance n'autorisant aucune rupture d'accompagnement.
L'épuisement de l'aidant familial principal peut mettre en péril la pérennité du maintien à domicile, d'autant plus que les solutions de répit (comme l'accueil temporaire) ne sont pas assez mobilisées par ces aidants qui culpabilisent fréquemment à l'idée de vouloir s'accorder des moments de répit.

L'absence de référent familial, comme cela a déjà été signalé, rend plus délicate l'intervention du service. Il arrive aussi qu'un aidant familial soit bien présent mais vienne « parasiter » l'accompagnement, notamment en refusant certaines interventions ou certains aménagements.
Rarement, le constat d'un très grand isolement de la personne âgée (même si elle est au domicile d'un enfant) a été fait : *« la personnes âgée vit isolée à l'étage dans sa chambre, aucun partage de la vie familiale ».*

En ce qui concerne les éventuels refus d'admettre certaines situations par ces services, les SSIAD se rejoignent globalement dans les motifs avancés :

- Le coût d'actes infirmiers est trop élevé, le mode de tarification pour les SSIAD n'est pas adapté aux soins lourds
- Le nombre et le type d'interventions : plus de 3 passages par jour, notamment pour l'accompagnement des personnes en fin de vie. Un SSIAD précise *« nous refusons parfois si la personne âgée nécessite 3 passages par jour pour des interventions d'aides-soignantes (mais 3 interventions d'IDE pour les diabétiques ne posent pas de problème). »*
- Le non-respect de la sécurité des salariés : refus des bénéficiaires et/ou famille de s'équiper de matériel médicalisé (déjà évoqué ci-dessus) ou d'aménager, a minima, le domicile (ex : bouger un meuble) ou encore d'enfermer les animaux pendant les interventions
- L'absence de places vacantes (demandes supérieures aux capacités de suivi)

Pour les SAD, des demandes d'intervention peuvent être différées plutôt que refusées. Pour répondre à toutes sollicitations, les SAD ont besoin de temps pour organiser le plan d'intervention. Ainsi, lorsqu'une fin d'hospitalisation est annoncée du jour au lendemain, sans que le retour à domicile ait pu être préparé, le SAD peut négocier pour obtenir un report de cette sortie et accompagner celle-ci dans de meilleures conditions.

Enfin, peu de personnes âgées très dépendantes n'ayant pas fait de demande d'APA sont signalées par les services. Il s'agit essentiellement des personnes aisées qui n'en ressentent pas le besoin ou des personnes qui refusent de dévoiler leurs revenus.

4.3 – Les difficultés liées aux ressources humaines

Certaines interventions deviennent, avec la dépendance, particulièrement difficiles pour les professionnels intervenant à domicile. Sont particulièrement mises en avant :

- d'une part, la « technicité » de l'accompagnement : Quelle attitude face aux pathologies cognitives ? Comment utiliser le matériel ? Comment éviter les fausses routes lors de la prise des repas ?
- d'autre part la fragilisation des professionnels (augmentation des accidents de travail, des inaptitudes) en raison notamment de l'inadaptation du domicile et/ou des réalités financières qui empêchent les interventions en binôme.

Les compétences initiales des professionnels intervenant à domicile sont très variables selon les services : un SAD cite le faible niveau initial des agents -qui est partiellement compensé par des formations internes afin d'obtenir le diplôme d'Auxiliaire de vie, d'AMP, d'assistante de soins en gérontologie- alors que pour un autre SAD, presque tous les professionnels sont diplômés.
Les services à domicile soulignent à nouveau le besoin de clarifier le rôle des intervenantes (aides-soignantes / auxiliaires de vie) notamment lors des manipulations des personnes âgées. L'un de ces services regrette l'absence d'ergothérapeute et de psychologue au sein de la structure.

En ce qui concerne les aides-soignantes, les SSIAD signalent :

- des recrutements parfois difficiles pour des temps partiels
- l'intérêt de pouvoir faire bénéficier un plus grand nombre d'entre elles de la formation d'« assistante de soins en gérontologie », formation très appréciée.

Diverses actions sont mises en place ou souhaitées pour améliorer les compétences des professionnels des services à domicile :

- Formations :
  - à l'ergonomie et à l'utilisation des matériels (lève-malades, verticalisateur…),
  - sur certaines pathologies (démences, troubles du comportement…)
  - aux soins palliatifs, à l'accompagnement de fin de vie
  - sur les relations avec les familles,
  - sur les spécificités de l'intervention à domicile…
- Réunions régulières entre professionnels avec des temps d'échanges suffisants sur les situations des personnes accompagnées,
- Soutien des professionnels confrontés à des situations lourdes
- Mise en place du tutorat pour les nouveaux salariés / personnels en difficulté

4.4 – Les difficultés liées à l'environnement

Certaines difficultés mises en exergue sont liées aux moyens mobilisables et à leurs limites.
Elles peuvent générer des **ruptures de soins/ d'accompagnement.**
Les services évoquent à ce sujet des plages horaires des différents intervenants professionnels qui ne permettent pas toujours d'assurer une prise en charge en continu : des difficultés peuvent survenir la nuit, le week-end, les jours fériés… Des efforts semblent à faire pour une meilleure compatibilité des plannings des intervenants ou mutualiser des personnes (garde itinérante de nuit, par exemple).

De nouveau, sont mis en avant aussi :

- un maillage du territoire insuffisant (offre en SAD sur certains territoires)
- une offre peu cohérente des SAD qui se sont développés, remarquent notamment les médecins libéraux, en profitant de l'APA mais pas toujours avec une qualité de service suffisante. *Deux systèmes coexistent pour les SAD (autorisation délivrée par le Conseil général ou agrément qualité délivré par le Préfet via la Direccte), ce qui nuit à un pilotage cohérent du développement de ces services.*
- des carences en médecins et IDE libérales dans certains secteurs, néanmoins, même dans des zones éloignées des centres hospitaliers et des médecins spécialisés, des synergies peuvent se créer grâce à une grande implication des intervenants locaux (médecins, IDE, kinésithérapeutes, assistants sociaux...)

Par ailleurs l'inadaptation du cadre de vie est également une des limites de la prise en charge des personnes très dépendantes : logement inadéquat, familles qui ne peuvent pas ou ne veulent pas l'adapter, manque de ressources empêchant parfois d'acquérir des fournitures liées à la dépendance non prises en charge par le plan d'aide ou les organismes de protection sociale/mutuelles etc… Il aussi est regretté que le fonds FNASS pour les soins palliatifs ne concerne que les assurés de la CPAM.

4.5 – Les difficultés liées à la mise en place des partenariats et à la coordination

L'accompagnement des situations de dépendance est réalisé en réaction à des événements, dans l'urgence, et souvent n'est pas préparé suffisamment en amont (sortie d'hospitalisation mais aussi entrée en EHPAD).
Le manque d'implication de certains professionnels (notamment des médecins libéraux) est déploré, souvent, estime-t-on, par manque de lisibilité du processus du maintien à domicile : qui fait quoi ? quelles sont les limites des rôles de chacun ? à qui s'adresser ?

Face à cette situation, les services interrogés soulignent :

- la nécessité d'une meilleure information des acteurs libéraux, des usagers et de leurs familles sur les compétences et fonctions des différents acteurs du maintien à domicile, les offres existantes sur leur territoire : établissements d'accueil de jour, d'accueil temporaire (nombre de places, disponibilité, critères d'admission…)
- la pertinence des CLIC pour relayer ces informations[39].

En outre, la coordination entre services n'est pas toujours effective en raison des contraintes des uns et des autres : temps disponible, incompatibilité des horaires (ex : celles des AS, IDE et kiné). Par conséquent, il manque des temps de synthèse, d'échanges sur une même situation pour améliorer les accompagnements, notamment avec les professionnels libéraux. Pour remédier à cela, quelques propositions sont émises :

- ➔ Un référent professionnel pourrait organiser et animer ces temps de coordination
- ➔ Une valorisation de ces temps de travail qu'il s'agisse des intervenants des services ou des praticiens libéraux est indispensable. L'URPS indique que pour que les médecins traitants soient bien associés au suivi des situations de dépendance il faut que les visites à domicile donnant lieu à une évaluation de la personne soit codifiée VL (visite longue) et qu'un forfait mensuel soit versé au médecin pour le suivi et le temps de coordination.

[39] Pouvant aboutir à une "prescription" de prise en charge médico-sociale

➔ La création de postes de médecin coordonnateur en SSIAD, comme cela existe en EHPAD.

Des pistes pour améliorer l'accompagnement des personnes très dépendantes à domicile

Plusieurs pistes pouvant permettre d'améliorer les conditions du maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes ont pu être identifiées par les professionnels de terrain. Elles s'articulent autour :

- des parcours de vie et de soins des personnes âgées dépendantes
- des moyens d'actions des services
- de coordination et de d'animation territoriale
- de l'aide aux aidants

Soutenir les parcours de vie et de soins des personnes âgées dépendantes à travers :

- une évolution du dispositif APA, notamment avec une augmentation des plans d'aide pour la dépendance lourde[40]
- la mise en place d'une procédure indiquant les étapes à respecter pour engager un accompagnement à domicile, en identifiant des critères et des conditions nécessaires
- le développement de l'offre de soins sur les zones carencées avec en particulier l'augmentation du nombre de places en SSIAD ruraux (en ne tenant pas compte du nombre d'infirmières libérales sur le territoire mais plutôt de leur activité en AIS[41])
- la prévention de la dégradation des personnes atteintes de MAMA en favorisant leur accès à l'accueil de jour

Adapter les moyens d'actions des services en termes de pratiques et de financement pour mieux répondre à la grande dépendance avec :

- une nouvelle tarification pour les SSIAD plus adaptée à la prise en charge des soins lourds
- le déploiement de moyens humains suffisants pour une meilleure qualité de l'accompagnement : interventions sur un rythme plus soutenu des aides-soignantes en SSIAD (jusqu'à 3 fois par jour)[42] y compris dimanche et jours fériés, possibilités d'intervention en binôme pour des aides à domicile pour des situations de dépendance très importantes
- des temps de soutien à l'attention des équipes plus importants, notamment en SAD, pour prévenir et limiter l'usure professionnelle

Renforcer la coordination et l'animation territoriale avec :

- la poursuite du déploiement des dispositifs tels que les CLIC et les MAIA (des services citent par exemple l'ouverture d'une MAIA sur Périgueux et en attendent beaucoup)
- l'organisation de réunions régulières entre intervenants de divers horizons : ESA, SSIAD, SAD…
- la diffusion d'outils de communication partagés permettant des échanges plus efficaces

[40] Les plafonds des aides actuelles sont trop bas, ce qui pénalise les familles les moins favorisées qui doivent assumer des dépenses importantes en fournitures, heures complémentaires etc.
[41] L'AMI, acte médico-infirmier, représente les soins réputés plus techniques tandis que l'AIS, acte de soin infirmier, comprend les soins dits de confort et d'hygiène.
[42] Pouvant permettre par exemple des couchers « tardifs » à 21 h

- la mise en place d'un référent professionnel en charge de la coordination autour de chaque situation de personne âgée dépendante maintenue à domicile
- la nécessité d'associer/impliquer davantage les médecins traitants, d'une part en les informant sur le rôle et les missions des acteurs du domicile (SSIAD, SAD etc)[43], d'autre part en rémunérant le temps que ces médecins vont consacrer à la coordination pour leurs patients accompagnés…
- l'amélioration de la planification des sorties d'hôpital vers le domicile
- une information claire et diffusée permettant de rendre plus visible l'ensemble des dispositifs et intervenants, leurs rôles et leurs limites, un manque de lisibilité voire une opacité, étant souvent déploré tant pour les usagers et leurs familles que pour les professionnels

Développer l'aide aux aidants pour éviter leur épuisement :

Les aidants familiaux sont considérés par l'ensemble des services comme les pivots du maintien à domicile et il est vraiment indispensable de leur apporter un soutien étayé et régulier.

Pour cela, divers types d'actions et de moyens sont préconisés :

- Développement des « formules de répit » (avec des aides financières pour y accéder) :
  - en structure d'accueil temporaire en prenant en compte la question des transports, en ouvrant cet accueil aux personnes en GIR 1/GIR 2[44]
  - au domicile avec des systèmes de garde de jour et de nuit ponctuelle ou permanente, comme le baluchonnage
- Accompagnement direct des aidants :
  - groupes de parole et d'échange d'expérience
  - mutualisation des moyens humains et financiers pour proposer aux familles de temps de vie sociale
  - évaluation régulière de l'état de santé physique et psychologique des aidants par des professionnels formés à cette problématique
  - mise en place d'un soutien en cas d'arrêt brutal de l'accompagnement à domicile du proche : décès, entrée en institution en urgence…

[43] De nombreux médecins, y compris hospitaliers, connaissent surtout les infirmières libérales comme acteurs du maintien à domicile. Ils s'interrogent également sur les CLIC et MAIA dont les spécificités sont mal perçues. Certains considèrent que ces structures devraient recevoir les demandes de mise sous protection et signalement

[44] Pour les personnes en GIR 1, un conseil général estime que les unités de soins de longue durée (USLD) sont plus adaptées et qu'elles devraient réserver des places pour cet accueil temporaire

Bibliographie

ALDEGHI I., LOONES A. *Les emplois dans les services à domicile pour personnes âgées : approche d'un secteur statistiquement indéfinissable*. Credoc, cahier de recherche n°77, décembre 2010, 82 pages

Aquitaine Cap métiers, *Emploi métiers, Marché du travail, Perspectives d'emploi Formation professionnelle Données statistiques sur 22 métier*s, Observatoire des métiers du secteur sanitaire et social, juillet 2011.

CAMALON F., *L'activité de services aquitains de soins infirmiers à domicile, situation au 31 décembre 2011,* Info-stat, n° 2, janvier 2012, ARS Aquitaine

DOS SANTOS S., et MAKDESSI Y., *Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées*. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, DREES, Etudes et résultats, n° 718, février 2010

GEKIERE F., NICOLAS V. *Maintien à domicile : état des lieux en Aquitaine de la connaissance et des pratiques d'observation de la santé au travail dans le secteur de l'aide à la personne*, ORST juillet 2010, 80 pages

MARQUIER R. *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*. DREES, Etudes et résultats, n°728, juin 2010

MARQUIER R., *Les activités des aides à domicile en 2008.* DREES, Etudes et résultats, n°741, juin 2010

SOULLIER N., WEBER A. *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile.* DREES, Etudes et résultats n°771, août 2011

Annexes : Membres du comité de pilotage

Organisme	Commune	Représentant	fonction	mail
DDSP Dordogne	Périgueux	Yves MARECAUX	chargé de mission gérontologie	y.marecaux@dordogne,fr
DDSP Dordogne	Périgueux	Nathalie WONE	Médecin territorial, équipe médico-sociale APA	n.wone@dordogne.fr
DSG Gironde	Bordeaux	Dr Marie BOUTINEAU	médecin responsable APA	m.boutineau@cg33.fr
DSG Gironde	Bordeaux	Dr Marc FRIOUX	médecin responsable APA	m.frioux@cg33.fr
DSD Landes	Mont-de-Marsan	Delphine RUFFAT	responsable prestations PA	delphine.ruffat@cg40.fr
DSD Landes	Mont-de-Marsan	Dr Dominique LEMAIRE	médecin coordonateur pôle médical	dominique.lemaire@cg40.fr
DDS Lot-et-Garonne	Agen	Evelyne DELAY	responsable PA /PH	evdelay@cg47.fr
DDS Lot-et-Garonne	Agen	Dr Monique NAWRACALA	Médecin territorial PA / PH	monawrac@cg47.fr
DDS Pyrénées-Atlantiques	Pau	Eric VILLACAMPA	directeur de l'autonomie	eric.villacampa@cg64.fr
URPS	BORDEAUX	Dr Alain FORCADE	Président commission personnes âgées	aquitaine@urpsmla.org
ADMR - Fédération des Landes	SOUSTONS	Mr GARCIA	Directeur	jgarcia@fede40.admr.org
UNA - AMSAD Haute Gironde	SAINT SAVIN	Jacques VIDAL	Directeur Asso maintien à domicile de Hte Gironde	j.vidal@amsad33.fr
SSIAD Les Terrasses de Garonne	MAS D'AGENAIS	Marc DARAMY	directeur	ssiad.mas@wanadoo.fr
Santé Service Bayonne et Région	BAYONNE	Dr Anne COUSTETS	Médecin-directeur	a.coustets@santeservicebayonne.com
CODERPA Dordogne	PERIGUEUX	Jean CARRERE	vice-président	jeancarrere@srf.fr
CODERPA Lot-et-Garonne	AGEN	René de NADAÏ	membre du bureau	Coderpa47@netcourrier.com
ARS Aquitaine	BORDEAUX	Viviane LUFFLADE	responsable du département offre médico-sociale	viviane.lufflade@ars.sante.fr
ARS Aquitaine	BORDEAUX	Julie DUTAUZIA	responsable planification médico-sociale	julie.dutauzia@ars.sante.fr
ARS Aquitaine	BORDEAUX	Pierre JAMET	médecin-inspecteur de santé publique	pierre.jamet@ars.sante.fr
CREAHI d'Aquitaine	BORDEAUX	Bénédicte MARABET	responsable Pôle Etudes	benedicte.marabet@creahi-aquitaine.org

CREAHI d'Aquitaine	BORDEAUX	Agathe SOUBIE	Conseillère technique	agathe.soubie@creahi-aquitaine.org

Nature des données sur les allocataires de l'APA au 31 décembre 2011 transmises par les services des Conseils généraux

Etude sur les personnes âgées très dépendantes à domicile ARS – CREAHI d'Aquitaine

	24	33	40	47	64
Année naissance	oui	oui	oui	oui	oui
Année entrée dans l'APA	oui	non	non	non	non
Commune de résidence	oui	oui	oui	oui	oui
Situation familiale	oui	oui	oui	oui	non
Montant	oui	oui	oui	oui	oui
Plan d'aide	oui	oui	oui	oui	non
Sortie APA	oui	oui	Oui (partiel)	oui	Oui (partiel)