



Opportunité du projet de transformation de la maison de retraite Les Acacias

CREAHI d'Aquitaine
Espace Rodesse
103 ter rue Belleville
33063 BORDEAUX CEDEX
Tél : 05 57 01 36 50
Fax : 05 57 01 36 99
Mél : info@creahi-aquitaine.org
Web : www.creahi-aquitaine.org

Etude réalisée
pour la SARL Clairefontaine

Décembre 2005

Opportunité du projet de transformation de la maison de retraite Les Acacias

Etude réalisée par Bénédicte MARABET
Conseillère technique au CREAHI d'Aquitaine

Décembre 2005

Sommaire

Introduction	3
1. Politiques actuelles à l'intention des personnes âgées et données de cadrage nationales	5
1.1 – Le Plan Vieillesse et Solidarité	5
1.2 – Le Plan maladies d'Alzheimer et maladies apparentées	7
2. Le contexte local	10
2.1 – Les perspectives dressées par le Schéma gérontologique	10
2.2 – La question du territoire	11
2.3 – Les particularités du territoire du Haut Entre-Deux-Mers	14
2.4 – Situation démographique actuelle et projection	14
2.5 – Estimation des besoins	17
3. Quelle opportunité pour le projet des Acacias ?	19
3.1 – Le point à mi-schéma	19
3.2 – Aspect quantitatif du projet	23
3.3 – Aspects qualitatifs et modalités d'accueil à développer	23
3.3.1 – <i>Le cadre global de la transformation des Acacias</i>	23
3.3.2 – <i>Les besoins en terme d'accueil de jour et d'hébergement temporaire</i>	24
3.3.3 – <i>Les conditions de mise en œuvre du projet</i>	25
3.4 – Partenariats et communication	26
Conclusion	27
Bibliographie	29
Personnes sollicitées	31

Introduction

La SARL Clairefontaine, gestionnaire de 2 maisons de retraite, va reprendre, en décembre 2005, la gestion d'un établissement situé à Caudrot, commune appartenant au canton de St Macaire à la limite de celui de La Réole (notons qu'en termes de secteurs gérontologiques, cette commune est située à l'extrême Est du secteur 6 *Les Graves* et est mitoyenne du secteur 3 *Entre-Deux-Mers*¹).

Cet établissement, **Les Acacias**, a un agrément de 61 lits mais fonctionne actuellement en sous-occupation.

Le futur gestionnaire envisage à terme de porter la capacité d'accueil des Acacias à **74 places**, de transformer cet établissement en EHPAD, de diversifier les modalités d'accueil en proposant 4 places d'hébergement temporaire, 4 d'accueil de jour et une unité Alzheimer de 23 lits.

Afin d'appuyer son projet, la SARL Clairefontaine souhaite mieux connaître les besoins de la population âgée locale et leur évolution ainsi que les réponses existantes ou en cours de mise en place dans ce secteur.

Dans cette perspective, le CREAHI a été sollicité pour accompagner cette démarche de développement d'offre de service.

☞ Evaluation de la pertinence du projet pour les Acacias au regard des politiques actuelle d'action sociale

Cette pertinence a été évaluée en référence :

- **aux Plans gouvernementaux** en cours et aux rapports ministériels autour de cette question : Plan Vieillesse et Solidarité, rapport prospective des besoins d'hébergement en EHPAD, Plan Alzheimer et maladies apparentées ...
- aux **orientations mises en œuvre au niveau départemental** au travers du schéma gérontologique et du positionnement du Conseil général.

☞ Etat des lieux de l'offre de prise en charge pour les personnes âgées sur le secteur concerné par ce projet

Un état des lieux de l'offre des prises en charge institutionnelles pour personnes âgées a donc été réalisé avec, par ailleurs, un **recensement des projets** de création et d'extension d'EHPAD et de mise en place d'unités Alzheimer en cours (ayant reçu un avis favorable du CROSMS et donc appelés à se réaliser dans un futur proche).

¹ Nous reviendrons plus en détail sur cette position particulière dans le chapitre 2.2

☞ **Approche démographique et épidémiologique**

Une estimation quantitative de la population âgée de 75 ans et plus dans la zone étudiée est proposée avec des projections démographiques, à l'horizon 2015, pour apprécier de quelle manière cette population va évoluer numériquement au cours des 10 prochaines années.

En outre, une estimation du nombre d'habitants présentant potentiellement un certain niveau de dépendance ou atteints de la maladie d'Alzheimer, actuellement et d'ici 10 ans, sera réalisée pour évaluer les besoins prévisibles de prise en charge.

☞ **Point de vue des professionnels locaux**

Enfin cette approche politique et démographique a été enrichie par la prise en compte des attentes de professionnels du territoire étudié ayant une bonne connaissance de la population âgée locale, de ses besoins et des réponses manquantes : responsables de services d'aide et de maintien à domicile, du CLIC de la Réole ou encore du centre hospitalier spécialisé de Cadillac dont certains des patients âgés pourraient relever d'une unité Alzheimer.

Ces différents contacts nous ont permis de préciser les besoins tant sur le plan quantitatif que sur celui des modalités d'accueil à mettre en œuvre.

1. Politiques actuelles à l'intention des personnes âgées et données de cadrage nationales

1.1 - Le Plan Vieillesse et Solidarité

En 2003, suite au désastre de la canicule, le gouvernement lançait un **Plan Vieillesse et Solidarité** qui prévoyait, notamment, d'ici 2007 :

- le renforcement de la médicalisation des 6 500 maisons de retraite (implantées sur le territoire métropolitain) grâce à un meilleur encadrement qui doit passer par la création de 15 000 postes d'infirmiers et d'aides-soignants
- la création de 10 000 places pour accueillir les personnes âgées, soit l'équivalent de plus de 200 maisons de retraite nouvelles.

Plus qu'une offre nouvelle, ces mesures pouvaient être considérées comme un rattrapage de l'écart pris entre les effectifs de personnes âgées et le nombre de places d'hébergement disponibles. Ainsi, entre 1996 et 2003, l'offre de places d'hébergement des personnes âgées a augmenté, au niveau national, de 4%. Dans le même temps, la population âgée de 75 ans et plus a eu une croissance beaucoup plus forte : 28%. En conséquence, le ratio d'équipement a donc évolué à la baisse passant de 166 pour 1000 personnes (de 75 ans et plus) en 1996 à 140‰ en 2003 ².

Sur la base de ce premier constat, un récent rapport de l'IGAS "**Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour les personnes âgées**" ³ soulignait que la demande en hébergement pour personnes âgées restait un phénomène mal connu :

- d'une part, parce qu'il n'existe pas, au niveau d'un territoire, de liste d'attente centralisée
- d'autre part, parce que les comportements évoluent vite : les entrées en établissements se font de plus en plus tardivement et sont le fait de personnes de plus en plus dépendantes

En outre, ce rapport faisait état de taux d'équipement sensiblement différents d'un département à l'autre.

A partir de ce rapport et des recommandations qui y figurent en matière de méthodologies à mettre en œuvre pour apprécier les besoins à venir en termes de prises en charge pour personnes âgées, le Commissariat général du Plan a réalisé un rapport sur la "**Prospective de besoin d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes**" ⁴. Le premier volet paru concerne l'évaluation quantitative des besoins, le second tentera d'établir le "modèle optimal de constitution" à partir d'une typologie de besoins, le troisième volet sera consacré "aux dispositifs de financement, montée en charge et soutenabilité".

² F. TUGORES, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel, DREES, Etudes et résultats, n°379, février 2005, 8 pages

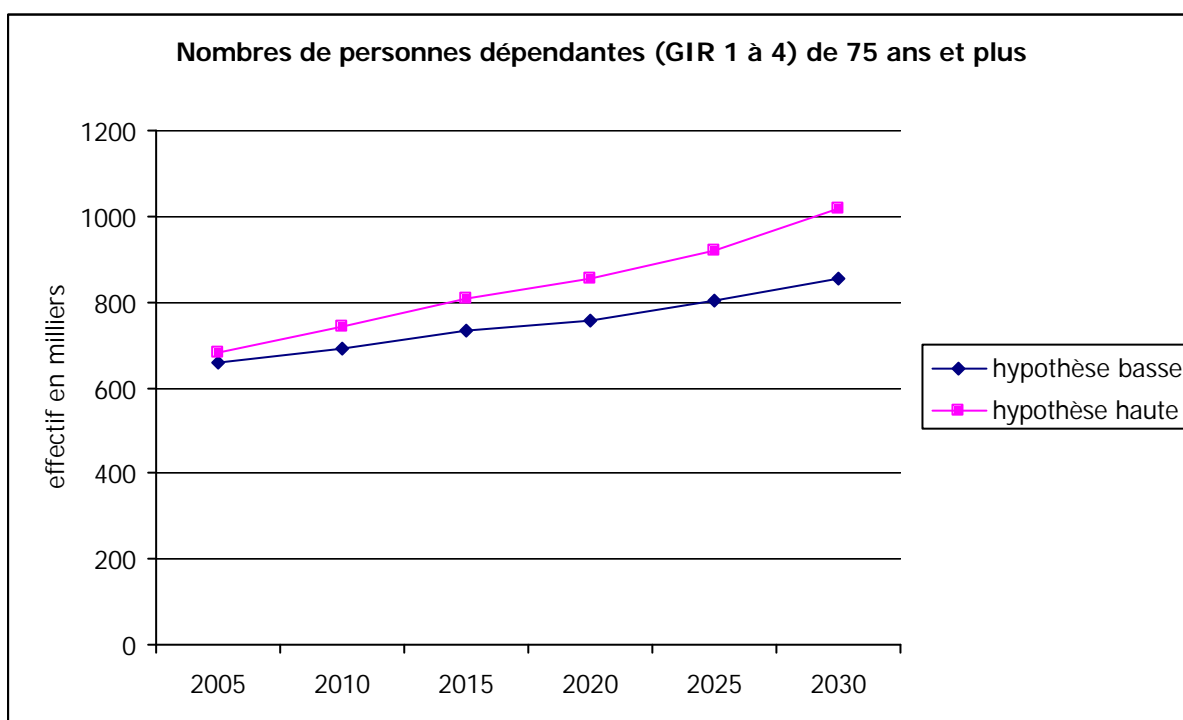
³ Rapport n°2004-133 présenté par Michel LAROQUE, 29 pages + annexes, septembre 2004

⁴ Rapport de la mission conduite par Stéphane LE BOULER, premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025, 94 pages, juillet 2005

Le rapport du Commissariat général du Plan fait le bilan sur les éléments de connaissance apportés par de récentes études en ce qui concerne la dépendance des personnes âgées : enquête HID (handicaps – incapacités – dépendance) de l'INSEE, l'INSERM et la DREES, enquête EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées) de la DREES, étude PAQUID (autour de la maladie d'Alzheimer) de l'INSERM ou encore l'étude Pathos (sur les pathologies des personnes âgées) de la CNAMTS.

Sur cette base, le Commissariat général du Plan présente des projections de personnes âgées dépendantes classées en GIR 1 à 4 (voir encadré ci-dessous) à l'horizon 2030 établies par l'INSEE et la DREES en s'appuyant sur 2 hypothèses :

- l'une démographique, qui permet d'estimer l'évolution de la population âgée
- l'autre épidémiologique, qui prend en compte le taux de prévalence de l'incapacité (*différentes hypothèses faites sur ces taux de prévalence conduisent à exprimer ces projections de populations sous forme d'hypothèse haute et d'hypothèse basse*).



source : INSEE-DREES exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Pour mémoire, les GIR – groupes iso-ressources – construits à partir de la grille AGGIR mesurant la perte d'autonomie, se décomposent en 6 niveaux :

GIR1 Groupe dont le degré de dépendance est le plus élevé, c'est-à-dire les personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR2 Groupe réunissant les personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer et celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

GIR3 Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR4 Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR5 Ce groupe comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR6 Ce groupe réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Selon ces projections, l'augmentation du nombre de personnes de 75 ans et plus nécessitant une aide plus ou moins importante pour les actes essentiels de la vie quotidienne sera comprise entre 30 et 50% d'ici 25 ans.

Ainsi, le nombre de ces personnes, évalué à 665 000 en 2005, sera compris entre 885 000 et plus d'un million en 2025.

A partir de ces données, la mission du Plan a établi des projections des besoins en places d'institution, construites autour de plusieurs scénarios parmi lesquels :

- **stabilité des taux de vie à domicile et en institution** : 40 000 à 54 000 places supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2010 (le Plan Vieillesse et Solidarités n'en prévoit que 10 000 d'ici 2007); à l'horizon 2030, c'est 170 000 à 230 000 places nouvelles qu'il faudrait créer
- **renforcement du maintien à domicile** (excepté pour les personnes en GIR 1 et 2), ce qui pourrait conduire à diminuer le nombre de places actuellement offertes en institution : moins 30 000 à moins 80 000 places d'ici 2030
- **institutionnalisation plus fréquente des personnes très dépendantes** (GIR 1 et 2) : le nombre de places à créer d'ici 2030 serait alors compris dans une fourchette allant de 195 000 à 270 000 places

Selon les hypothèses et les scénarios retenus, l'estimation du nombre de places d'hébergement pour les personnes âgées à prévoir varie donc considérablement... A noter, toutefois, que tous les cas envisagés par le Commissariat du Plan auraient pour effet **une baisse du taux d'équipement à l'horizon 2030**.

Suite à la publication de ces chiffres, **en août 2005**, le Ministère délégué aux personnes âgées confirmait sa volonté d'accélérer **le Plan Vieillesse et Solidarité** : les 10 000 places en établissements d'hébergement, qui devraient être créées entre 2004 et 2007, le seront avant la fin 2005, autant devraient ouvrir sur la période 2006-2007.

Cette nouvelle a reçu un très bon accueil des fédérations et associations du secteur avec toutefois des inquiétudes quant au financement de ces places *"alors que 20 000 à 30 000 places sont en attente de financement, le gouvernement n'a encore débloqué les crédits que pour 4 000 places en 2005"* ⁵. Nous verrons au chapitre 3 (dans le point concernant le bilan sur le schéma gérontologique en cours, que la Gironde n'échappe pas à cette situation).

2.2 - Le Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Le **Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées** ⁶, rendu public en **septembre 2004**, montre l'attention particulière actuellement portée aux personnes atteintes de ces maladies qui vont *"devenir une des premières préoccupations de santé des sociétés modernes"*.

Ce Plan présente, en préalable, la situation sanitaire de la France face à cette maladie et ses formes apparentées. Leur taux de prévalence serait de 18% parmi les personnes de 75 ans et plus, ce qui correspondait, en 2004, à plus de 800 000 personnes atteintes en France ⁷.

⁵ Actualités Sociales Hebdomadaires, 2 septembre 2005, n° 2419, p 42

⁶ Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, 2004-2007 : 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille

⁷ Etude épidémiologique longitudinale PAQUID (Personnes âgées : quid ?) coordonnée par le Pr DARTIGUE, unité INSEM 330, Bordeaux

En épidémiologie, la **prévalence** est le nombre de malades présents à un moment donné dans une population, que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment. Elle se distingue de **l'incidence** qui comptabilise les nouveaux cas enregistrés pendant une période donnée...

Avec l'accélération du vieillissement démographique (on prévoit en 2050 trois fois plus de personnes âgées de 75 ans et plus), une forte augmentation du nombre de malades est attendue.

Ce Plan précise, en outre, que ces maladies constituent **la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et d'entrée en institution** : actuellement **40% de ces malades vivent en structures spécialisées**.

Il est donc urgent de développer et d'adapter les réponses à l'intention de ces publics en fonction de leurs besoins et attentes ainsi que de ceux de leur famille.

Or, le projet porté par la SARL Clairefontaine, dans ses différentes composantes, répond de manière appropriée à certains des objectifs énoncés dans ce Plan :

- objectif 5 : **mieux accompagner les malades qui vivent à domicile** grâce à des formules telles que **l'accueil de jour** (accueil à la journée ou à la demi-journée dans des locaux dédiés de personnes vivant à domicile) ou **l'hébergement temporaire** (accueil limité dans le temps de personnes dont le maintien à domicile est momentanément compromis)
- objectif 6 : **adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées** pour prendre en compte la spécificité de ces maladies en créant des places pour ces publics au sein des EHPAD

Une circulaire ⁸ est venue préciser en mars 2005 les modalités de mise en œuvre de ces objectifs. D'ici 2007, 13 000 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire seront créées (financées par la "journée de solidarité" via la CNSA – caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

En ce qui concerne les projets d'établissement des EHPAD, cette circulaire indique que différentes possibilités, concernant les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, peuvent exister, voire coexister au sein de l'institution :

- ☞ une unité de vie spécifique qui accueille aussi pendant la journée certains résidents présentant une détérioration intellectuelle et vivant dans la partie "classique" de l'établissement
- ☞ une unité de vie spécifique pour les résidents intégrant également des places d'accueil de jour pour les personnes désorientées vivant à domicile
- ☞ un espace d'accueil à la journée pour les résidents désorientés et un accueil de jour distinct pour les personnes vivant à domicile

Définition d'une Unité de vie Alzheimer⁹

Ces unités permettent de prendre en charge de manière optimale des patients en période de décompensation ou lorsque leur maintien à domicile n'est plus possible.

Ce lieu de vie réservé aux résidents présentant une détérioration intellectuelle peut être situé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes...

Ces unités doivent satisfaire à des critères précis (admission des résidents, adaptation architecturale, quantification du personnel, participation des familles, projet de vie et de soins spécifiques).

⁸ Circulaire n°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

⁹ Mémento Alzheimer : s'informer, comprendre. Des repères pour mieux vous orienter. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère délégué aux personnes âgées, juillet 2004

Dans le prolongement de ce Plan Alzheimer, un rapport de l'Assemblée nationale ¹⁰ paru en juillet 2005 venait préciser les taux de prévalence, évaluer le coût de la maladie et faisait des propositions d'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes.

En 2005, le nombre de personnes présentant une démence sénile s'élève à 860 000 personnes et le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an s'élève à 225 000 dont les deux tiers sont en lien avec la maladie d'Alzheimer. Si la situation n'évolue pas en qui concerne la recherche, **c'est 1 200 000 personnes qui seront atteintes en 2020.**

Pour illustration, plusieurs taux de prévalence sont présentés dont ceux de l'étude PAQUID que nous appliquerons à la population concernée par le projet de Caudrot.

**Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés (en%)
selon le sexe et l'âge (étude PAQUID)**

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

Ce rapport précise, en outre, que le coût total de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer se répartit en coût médical pour 9,4% et en coût médico-social pour 90,6%. Il est **financé en premier lieu par les malades et leur entourage** (44,8%), puis par l'assurance maladie (33,6%) et enfin par le Conseil général (21,6%).

Le rapport, outre l'intérêt de développer les moyens de diagnostiquer plus précocement la maladie notamment avec la mise en place de centres ou consultations mémoires, recommande le développement des accueils de jour et les hébergements temporaires ainsi que la création des unités spécifiques en EHPAD.

Ce rapide panorama des politiques actuelles à l'intention des personnes âgées montre la pertinence du projet de la SARL Clairefontaine pour faire évoluer l'offre de la maison de retraite des Acacias. Il met en évidence des pistes à retenir à la fois en termes d'axes de prise en charge à développer et en termes d'organisation de ces nouvelles prestations. Ce projet ne peut donc, sur le principe-même, que rencontrer un accueil favorable.

¹⁰ Cécile GALLEZ, Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, n°2454, Assemblée nationale, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 256 pages, juillet 2005

2. Le contexte local

2.1 - Les perspectives dressées par le Schéma gérontologique

La création, la transformation ou l'extension d'une EHPAD est soumise à la délivrance d'une autorisation qui associe le Président du Conseil général et LE Préfet. Cette autorisation est accordée, rappelons-le, si le projet est, notamment "*compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève*" ¹¹.

En l'occurrence, c'est le Schéma gérontologique de la Gironde¹² qui servira de référence pour le projet concernant Les Acacias.

Parmi les orientations et propositions figurant dans ce schéma, nous pouvons en reprendre quelques-unes dans lesquelles s'inscrit tout à fait ce projet :

- **élaborer un programme de création de places spécifiques d'accueil de jour et d'accueil temporaire** pour favoriser la vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (y compris celles atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées)
- **adapter**, dans le cadre d'un projet d'accueil permanent, **les projets d'établissements à la prise en charge de personnes souffrant de démences type Alzheimer ou maladies apparentées**. Les gestionnaires d'EHPAD sont ainsi sollicités pour intégrer cette dimension à leur projet d'accueil. Le constat est fait, qu'à l'heure actuelle, la plupart des établissements ne sont pas adaptés à la prise en charge de ces pathologies spécifiques de par l'insuffisance de personnel qualifié, l'inadaptation des locaux et l'absence de prestations spécifiques
- aider les établissements à s'inscrire dans la réforme de la tarification en établissant des conventions tripartites, autrement dit **en transformant en EHPAD des maisons de retraite accueillant des personnes âgées dépendantes**.

En outre le schéma recommande **d'harmoniser et de renforcer le dispositif de prise en charge dans le cadre d'une approche territoriale**. L'état des lieux réalisé pour le Schéma gérontologique a ainsi mis en évidence une "*offre d'accueil hétérogène et des inégalités géographiques*" aussi bien quantitatives que qualitatives. Il s'agit donc de renforcer, structurer et optimiser l'offre de service par territoire pour mieux répondre aux besoins.

Nous allons voir dans le point suivant de quelle manière le lieu choisi par la SARL Clairefontaine pour développer une nouvelle offre peut répondre à cette exigence.

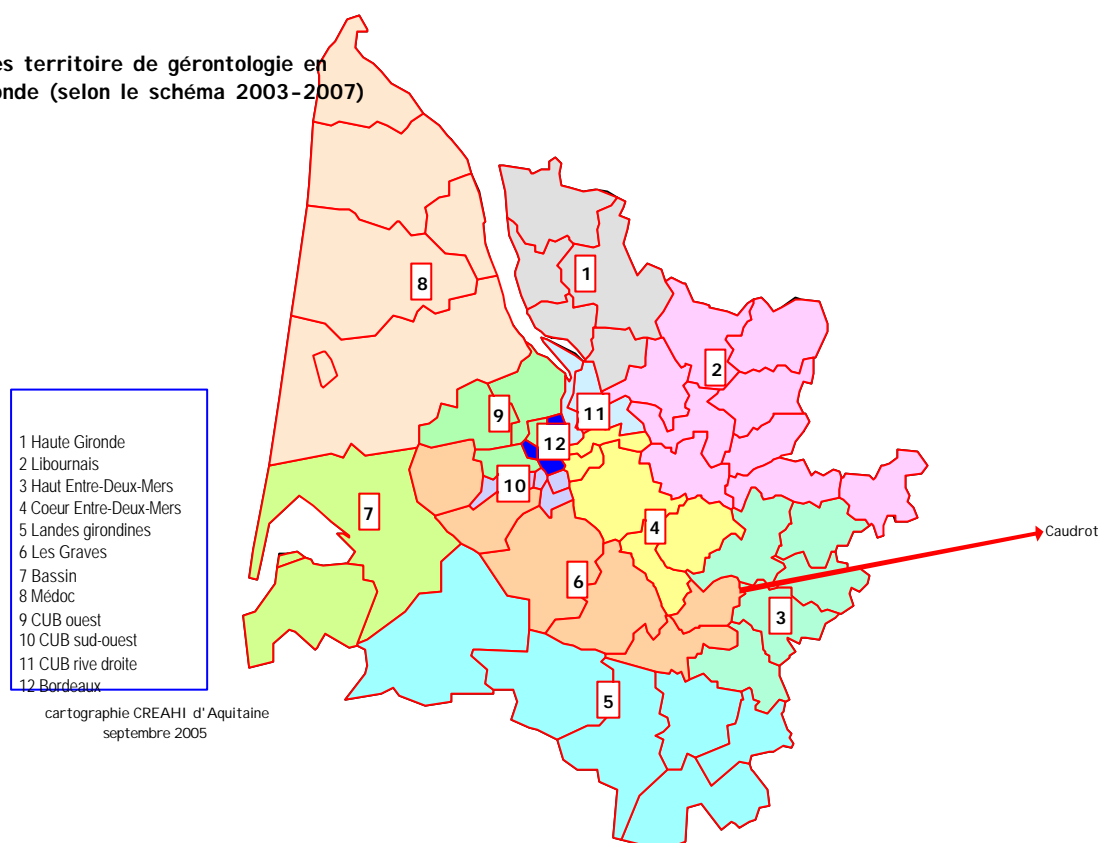
¹¹ art. 28 de la Loi n°2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹² schéma 2003-2007, novembre 2003, téléchargeable sur le site Internet du Conseil général de la Gironde : http://www.cg33.fr/doc_joint/dossier/schema_geronto.67621.pdf

2.2 - La question du territoire

La Gironde est organisée en 12 territoires gérontologiques, d'étendues diverses, dont le découpage a été "inspiré le plus fidèlement possible de la démarche des Pays et du zonage en cours de constitution"¹³.

Les territoire de gérontologie en Gironde (selon le schéma 2003-2007)



La maison de retraite Les Acacias, concernée par ce projet d'extension et de transformation est donc située à **Caudrot**, commune qui se trouve comme le montre la carte, dans le territoire 6 "Les Graves" tout en étant mitoyenne du territoire 3 "Haut Entre-Deux-Mers".

Le projet du futur gestionnaire, s'appuyant sur les constats du Schéma gérontologique ("bon équipement du territoire 6 et sous-équipement du 3") est de s'orienter vers ce territoire 3 pour le recrutement des Acacias dans sa nouvelle configuration.

Il apparaît, en effet, bien évident qu'un établissement situé à Caudrot sera plus à même de répondre aux besoins des habitants des cantons du "Haut Entre-Deux-Mers" situés à proximité immédiate (ainsi La Réole est à moins de 9 km de Caudrot) qu'à ceux des personnes âgées résidant dans la partie Ouest du territoire des Graves (comme par exemple Martignas, située à plus de 60 km de Caudrot).

Par ailleurs, s'il n'est bien sûr, en aucun cas, question de se lancer dans une argumentation spéculaire sur le bien-fondé de ce découpage en territoires gérontologiques, il faut constater

¹³ Schéma gérontologique de la Gironde, déjà cité

que de nombreux zonages existent et co-existent ¹⁴, avec des configurations parfois très éloignées les unes des autres, en fonction des différentes logiques sur lesquels ils se fondent, comme par exemple :

- *les zones d'emploi* : Caudrot appartient à la zone Langon-Bazas-La Réole
- *les aires d'influence de pôles de services intermédiaires* (ensemble de communes au sein desquelles les habitants réalisent la plus grande partie de leurs déplacements pour fréquenter commerces et services) : Caudrot relève de l'influence de Langon...
- *les bassins d'habitat* (correspondant à des zones à l'intérieur desquelles les ménages localisent la plupart de leurs pratiques en matière de logement, de travail et de consommation...) : Caudrot fait partie du bassin Vallée de la Garonne – Haute Lande
- *les secteurs sanitaires* : Caudrot dépend du pôle Langon – La Réole - Bazas, qui est rattaché au secteur de Bordeaux

D'autres découpages plus connus des usagers de services sociaux ou de santé permettent d'organiser la répartition des moyens et l'accès aux prestations dispensées par ces services au sein d'un territoire, comme par exemple les *circonscriptions d'action sociale du Conseil Général* (Caudrot est rattachée au CMS de Cadillac) ou encore *les secteurs de psychiatrie générale* (Caudrot est dans le secteur 33G15 qui couvre tout le sud-est de la Gironde relevant du CHS de Cadillac).

Enfin, signalons que le Conseil général de la Gironde dans le cadre de la mise en œuvre de la Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire ¹⁵ est en train de créer des Pays (cf. encadré ci-dessous) ; certains sont déjà constitués, d'autres sont en cours d'émergence. La carte présentée page suivante (issue du site du Conseil général) montre que le Pays des Graves a une configuration différente du territoire du même nom dans le schéma gérontologique et que Caudrot se situe, dans ce cadre dans le "Pays Langonnais". Ce nouveau découpage des Pays sert actuellement (novembre 2005) aux travaux en cours en vue de l'élaboration du Schéma départemental en faveur des adultes handicapés de la Gironde.

Le Pays a une double vocation : le développement économique et la cohésion sociale. Créé à l'initiative des communes ou de leurs groupements, le Pays est un territoire inter-départemental, "caractérisé par une cohésion géographique, historique, culturelle, économique et sociale". La construction d'un Pays met obligatoirement en œuvre un partenariat renforcé entre les élus, la société civile, les milieux socioprofessionnels et associatifs. A ce titre, conformément à la loi, un Conseil de Développement doit être créé au sein de chaque Pays.

Cette multiplicité des découpages montre la grande difficulté à retenir une approche commune et cohérente qui permette une structuration du territoire au plus proche du vécu de ses habitants.

Si dans sa lecture de la pertinence des projets qui lui sont soumis, le Conseil général est attaché, tout à fait légitimement, au respect des objectifs énoncés dans le schéma pour chaque territoire gérontologique (nous le verrons en partie 3), il est vrai, par ailleurs, que l'implantation prévue pour ce projet porté par la SARL Clairefontaine permettra de répondre, dans de bonnes conditions, aux demandes des personnes âgées du Haut Entre-Deux-Mers qui pourront ainsi continuer à vivre dans leur environnement habituel.

¹⁴ Voir à ce sujet : Les zonages en Aquitaine, Le dossier INSEE Aquitaine, n°51, octobre 2004, 113 pages

¹⁵ n°99-533 du 25 juin 1999

De plus, il est important de rappeler, comme le souligne le promoteur, que le site choisi présente de nombreuses qualités (cadre, parc, architecture des locaux...). En outre, ce projet réutilisera les murs de la maison de retraite actuelle, ce qui permettra de potentialiser l'existant et évitera d'avoir à construire entièrement par ailleurs.



2.3 - Les particularités du territoire du Haut Entre-Deux-Mers

Le schéma gérontologique nous permet d'apporter quelques éléments d'information sur ce territoire 3 qui sera prioritairement concerné par la nouvelle offre de la maison de retraite de Caudrot.

Ainsi, dans le Haut Entre-Deux-Mers, le niveau de certains indicateurs permettent de penser que **la vie à domicile des personnes âgées n'y est pas vraiment facilitée** :

- la densité de médecins généralistes est la plus basse du département,
- celle d'infirmiers libéraux parmi les plus basses,
- les formes souples d'accueil en établissement tels l'accueil de jour ou l'accueil temporaire, sont inexistantes.

En outre, en terme de prise en charge institutionnelle, le schéma gérontologique constate à propos de ce territoire 3 *"avec 94,3 lits pour 1000 personnes de 75 ans ou plus, ce territoire présente un taux d'équipement en maisons de retraite et unités de soins de longue durée inférieur à la moyenne départementale. De plus au CH de la Réole, 7 lits autorisés ne sont pas installés"*.

Dans le même temps, on observe que le nombre de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile dans ce territoire est élevé : 105,9 pour 1000 personnes de 75 ans et plus et dépasse sensiblement la moyenne girondine qui est de 75,4‰. Cet écart est révélateur d'un niveau de dépendance important sur ce secteur géographique¹⁶. Il faut voir, bien sûr, dans cet écart un rapport de cause à effet avec le faible taux d'équipement de ce secteur.

Aussi, **on peut légitimement penser que le maintien à domicile de certaines de ces personnes est plus une solution par défaut qu'un mode de vie réellement en adéquation avec leurs besoins**. Une amélioration de l'offre locale notamment en terme de diversification viendrait améliorer les conditions de vie proposées à ces personnes.

Dans la programmation des lits à créer dans les territoires girondins, annexée au schéma gérontologique, on peut lire que le territoire du Haut Entre-Deux-Mers est considéré comme un territoire prioritaire. Etant, avec le territoire 5 "Landes girondines", nettement sous-équipé par rapport à la moyenne départementale, **un rééquilibrage y est prévu grâce à la création de 236 places**¹⁷ (dont 31% habilitées à l'aide sociale).

Nous ferons le point sur l'équipement actuel de ce territoire et sur l'état d'avancement par rapport aux objectifs du schéma dans le chapitre 3.1.

2.4 - Situation démographique actuelle et projections

Une approche démographique du secteur pressenti pour le recrutement de la maison de retraite de Caudrot va permettre d'évaluer la population potentiellement intéressée par cette future offre et d'estimer son évolution sur les 10 ans à venir.

Le calcul de projections démographiques comporte, toutefois, une contrainte pour assurer la validité des chiffres présentés : il ne peut être réalisé qu'à partir d'un bassin de population comptant au minimum 50 000 habitants.

Or les 5 cantons constituant le territoire du Haut Entre-Deux-Mers ne comptait, lors du dernier recensement général de population en 1999, que 29 695 habitants. Nous avons donc

¹⁶ rappel : l'APA est attribuée aux personnes âgées classées dans les GIR 1 à 4 (cf. encadré page 6)

¹⁷ ce total des places à créer concerne les territoires 3 et 5. En 2002, le taux d'équipement du territoire 3 s'élevait à 88,7 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, celui du 5 à 76,5‰. Les créations de places sur ces 2 territoires permettraient d'atteindre un taux moyen égal à 104,6‰ en 2007.

dû rajouter 2 cantons à ce territoire, le canton de Saint-Macaire dont fait partie Caudrot ainsi que celui de Langon qui jouxte cette commune, afin de pouvoir partir d'une base suffisante en matière de population. Le territoire ainsi constitué (voir carte ci-dessous) forme un ensemble cohérent au regard des autres découpages que nous avons pu recenser. Nous pouvons de plus constater que Caudrot se situe quasiment au centre de ce territoire qui comptait, en 1999, près de 53 000 habitants.



Nous avons sollicité l'INSEE pour obtenir des estimations locales de population pour la période écoulée depuis 1999 (*rappelons qu'il n'y a pas eu, depuis cette date, de nouveau recensement général de population*) ainsi que des projections à l'horizon 2015.

Evolution des effectifs de population sur le territoire étudié

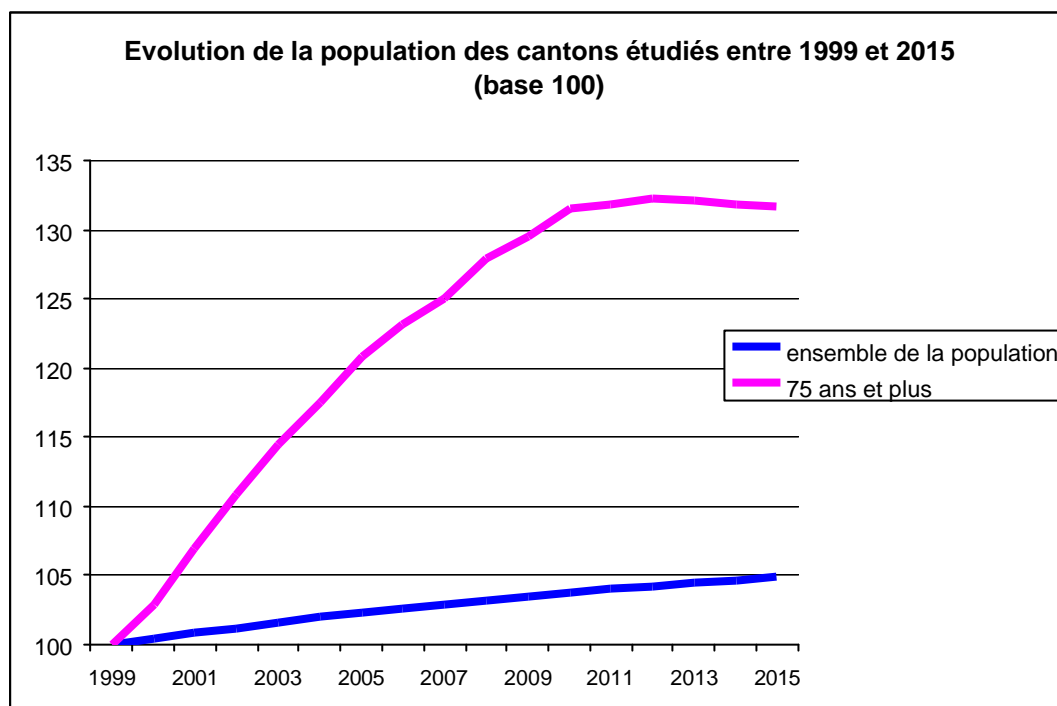
Année de référence	Population totale	Personnes de 75 ans et plus	Part des 75 ans et plus dans la population totale
1999	53 014	5 077	9,6%
2005	54 225	6 132	11,3%
2015	55 601	6 684	12,0%

Source : INSEE – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

En 2005, l'effectif actuel de la population âgée de 75 ans et plus vivant sur ce territoire s'élève à 6 132 personnes. En 2015, cet effectif atteindra 6 684 personnes. On constate que

la part de ces personnes par rapport à l'ensemble de la population est en augmentation constante passant de 9,6% en 1999 à 12% en 2015 ¹⁸.

De plus, si les projections montrent que l'effectif de **la population générale augmentera de 5% entre 1999 et 2015**, elles montrent également que, dans le même temps, celui des **personnes âgées de 75 ans et plus connaîtra une progression considérablement plus importante : 31,7%** (cf. graphique ci-dessous).



Source : INSEE – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

La progression du nombre des personnes âgées de 75 ans et plus va être très rapide jusque vers 2010 puis se ralentir, voire s'infléchir légèrement.

Parmi ces personnes âgées, ce sont celles qui ont 85 ans et plus qui vont voir leur nombre augmenter particulièrement rapidement.

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus selon le sexe (1999-2005-2015)

	1999 ¹⁹			2005			2015		
	hommes	femmes	ensemble	hommes	femmes	ensemble	hommes	femmes	ensemble
75-79 ans	1094	1385	2479	1 162	1 572	2734	954	1232	2186
80-84 ans	393	671	1064	846	1298	2144	790	1357	2147
85-89 ans	300	728	1028	196	419	615	481	1036	1517
90-94 ans	113	288	401	121	375	496	195	501	696
95-99 ans	18	87	105	28	115	143	27	111	138
TOTAL	1918	3159	5077	2 353	3 779	6132	2447	4237	6684

Source : INSEE – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

En 1999, on comptait donc dans le territoire étudié 1534 personnes de 85 ans et plus. Cet effectif a ensuite enregistré une baisse en 2005 où il s'élève à 1254. L'entrée dans la tranche

¹⁸ A titre indicatif, la part des 75 ans et plus dans la population nationale représentait 7% en 2000 et devrait atteindre 10% en 2020

¹⁹ Effectifs de population estimés à partir de l'âge en années révolues et donc différents du recensement de 1999 où ils ont été calculés à partir de l'âge atteint dans l'année

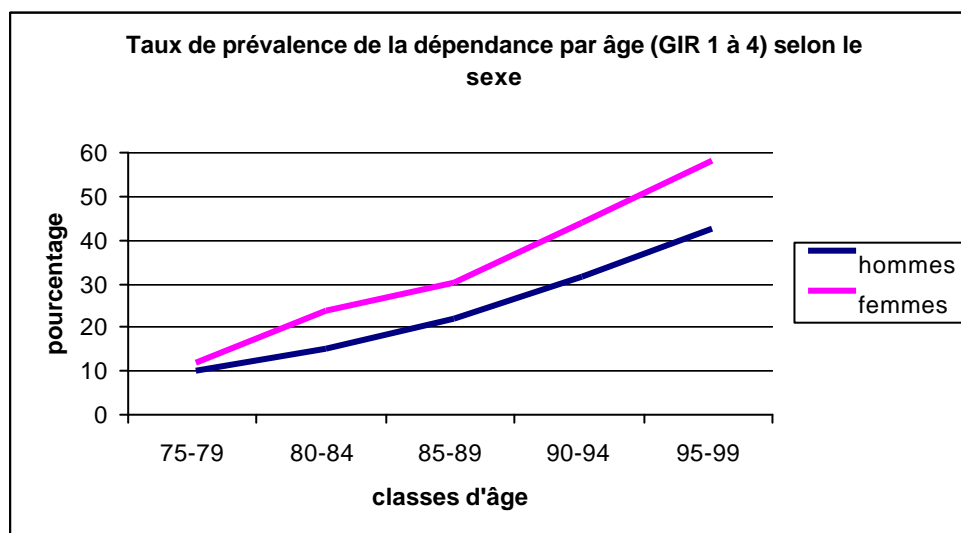
d'âge des 85 ans et plus des classes creuses nées pendant la 1^{ère} guerre mondiale explique cette baisse qui n'est que conjoncturelle puisque, **à l'horizon 2015, l'effectif des 85 ans et plus s'élèvera sur ce secteur à 2350 personnes** (ce qui constitue sur 10 ans - période 2005-2015 - une augmentation de 87%).

2.5 - Estimation des besoins

Le schéma gérontologique de la Gironde indique, sur la base du dernier recensement général de population, que 9,4% des personnes de 75 ans et plus vivent en collectivité (3,1% pour les 75-79 ans et 15,3% pour les 80 ans et plus). **Si on retient ce taux d'institutionnalisation, il faudrait sur le territoire étudiée 605 places en 2005 et 756 en 2015.**

Nous l'avons déjà rappelé, le fait de vivre en institution est largement conditionné par l'état de santé de la personne et, plus précisément, par son niveau de dépendance. Les personnes âgées classées en GIR 1 et 4 sont bien sûr celles pour lesquelles le maintien à domicile pourra être, à terme, remis en cause.

Le graphique ci-dessous construit à partir des données de l'enquête HID montre la progression rapide de cette dépendance avec l'âge ²⁰.



Ces taux de prévalence appliqués à la population âgée du territoire investigué pour l'étude nous permettent d'aboutir à des effectifs très importants de personnes potentiellement dépendantes : plus de 1000 actuellement, près de 1300 en 2015 (cf. tableau ci-après)

²⁰ Christel COLIN et Vincent COUTTON, Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête HID, DREES, Etudes et résultats, n°94, décembre 2000, 8 pages

**Estimation du nombre de personnes âgées classées en GIR 1 à 4 sur le territoire étudié
(2005-2015)**

	2005			2015		
	hommes	femmes	ensemble	hommes	femmes	ensemble
75-79 ans	84	147	231	69	115	184
80-84 ans	103	276	379	96	288	385
85-89 ans	37	115	152	92	285	377
90-94 ans	35	155	190	56	207	263
95-99 ans	11	64	75	11	62	73
TOTAL	270	757	1027	324	957	1281

Source : enquête HID – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Bien évidemment, des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées ont un impact très important sur le degré d'autonomie des personnes âgées : selon PAQUID près de 40% des personnes atteintes vivent en institution, et cette proportion est d'autant plus élevée que la démence en est à un stade sévère.

Pour l'ensemble de la Gironde, le schéma gérontologique a estimé à 16 000 personnes la population de 75 ans et plus atteintes de démence sénile, dont 13 000 souffrant d'un Alzheimer, soit un taux de prévalence de 12,4%.

Avec la croissance attendue de la population âgée et l'hypothèse d'un taux de prévalence constant pour cette maladie, le nombre de personnes de 75 ans et plus souffrant d'Alzheimer devrait atteindre 20 500 d'ici 2020.

Pour connaître plus précisément l'importance de la population souffrant de ces pathologies sur le territoire étudié et son augmentation prévisible, compte tenu des projections démographiques, nous avons appliqué les taux de prévalence estimés par l'enquête PAQUID à ces personnes âgées pour 2005, puis pour 2015.

**Estimation du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de
maladies apparentées sur le territoire étudié (2005-2015)**

	2005			2015		
	hommes	femmes	ensemble	hommes	femmes	ensemble
75-79 ans	89	90	179	73	70	144
80-84 ans	106	215	321	99	225	324
85 ans et plus	82	349	431	168	633	801
TOTAL	277	654	931	341	928	1269

Source : enquête PAQUID – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les effectifs auxquels nous parvenons sont particulièrement préoccupants : 930 personnes résidant sur le territoire seraient atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, elles seront 1270 en 2007.

On le voit les estimations du nombre de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées aboutissent à des effectifs très proches de celles qui concernent les personnes classées en GIR 1 et 4 (même si les formes de dépendance relevant de ces groupes sont censées couvrir les situations essentiellement liées à une dépendance physique).

Au regard de ces besoins potentiels dont la croissance va être forte au cours des prochaines années, les réponses que l'on peut leur apporter semblent actuellement bien insuffisantes comme nous le verrons dans le chapitre 3.

3. Quelle opportunité pour le projet des Acacias ?

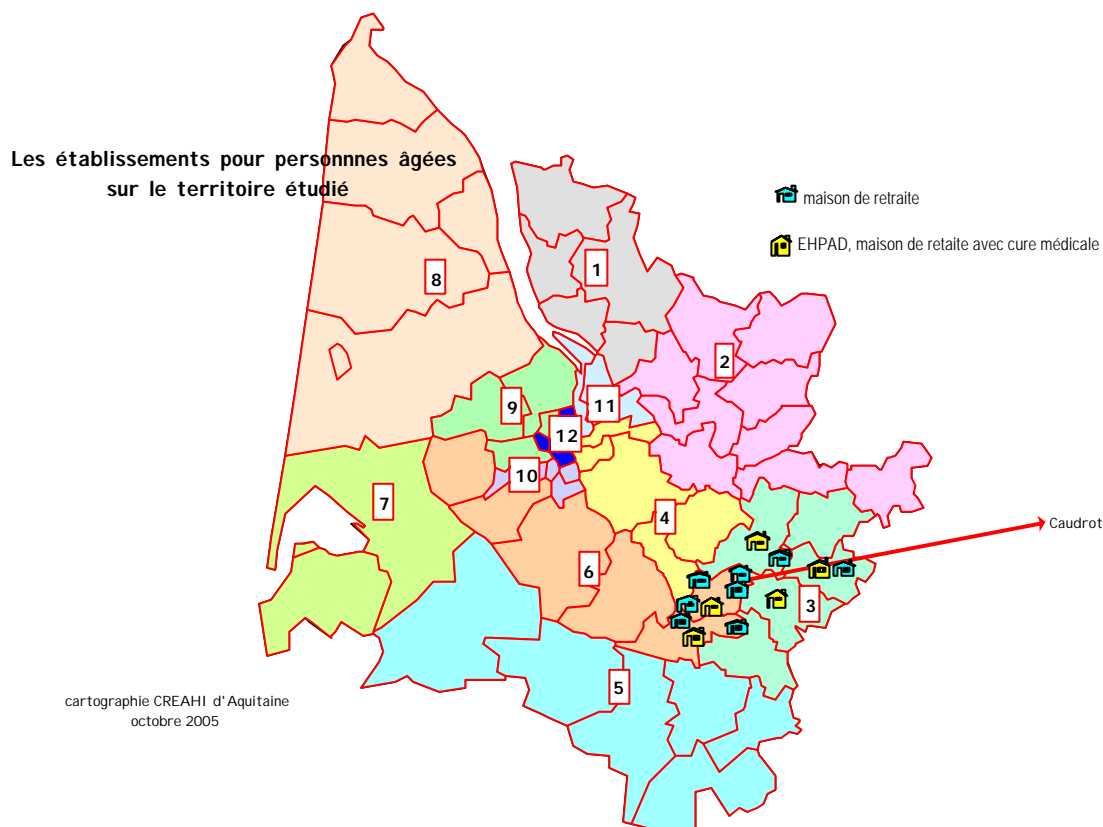
Des interlocuteurs, intéressés à divers titres par le projet de transformation de la maison de retraite de Caudrot ont été interviewés (la liste de ces personnes est communiquée en annexe de ce rapport) : des représentants du Conseil général ²¹, des services de psychiatrie, du CLIC et d'autres services intervenant localement...

Plusieurs aspects du projet de Caudrot ont été abordés avec ces interlocuteurs notamment :

- la manière dont il s'intègre dans la politique départementale de programmation de places,
- son adéquation par rapport aux besoins des personnes âgées,
- sa pertinence par rapport à l'équipement déjà existant,
- les différentes modalités d'accueil qu'il serait intéressant de développer.

3.1 - Le point à mi-schéma

Avant d'examiner les informations recueillies à travers ces entretiens, il paraît opportun de faire le point sur l'état actuel de l'équipement du territoire investigué pour cette étude et sur les avancées par rapport à la situation décrite par le schéma gérontologique.



²¹ Signalons que nous avons également sollicité la DDASS de la Gironde mais qu'il nous a été indiqué que les dossiers de création ou transformation d'établissements pour personnes âgées étant traités conjointement avec le Conseil général, il convenait de rencontrer uniquement le service responsable du Conseil général et que son positionnement reflèterait également celui de la DDASS.

Les 7 cantons du territoire étudié comptent 15 établissements d'accueil pour personnes âgées ²² qui offrent un total de **536 places** ; parmi ces établissements 5 sont des EHPAD ou, encore sur l'ancienne formule, ont une cure médicale pour un total de **260 places**.

Lieu d'implantation et capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées du territoire étudiée

Canton Communes	Etablissements	Capacité non médicalisée	Capacité en EHPAD ou cure médicale
Auros			
Langon			
Castets-en-Dorthe	Château Bellerive	21	60
Langon	Maison de retraite du CH	30	
Toulenne	Les Camélias	14	
Monségur			
Monségur	Maison de retraite de l'hôpital local	24	60
Monségur	Mieux vivre	30	
Pellegrue			
La Réole			
La Réole	Maison de retraite du CH	28	50
Saint-Macaire			
Caudrot	Les Acacias	61	90
Caudrot	Château Bouchereau	31	
Saint-Germain	Les magnolias	7	
Saint-Macaire	Maison de retraite publique	-	
Verdelais	Présentation de Marie	30	
TOTAL		276	260

L'offre sur ce secteur reste donc limitée pour les personnes dépendantes surtout au regard de la population potentiellement atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées que nous avons pu estimer. *En outre, il faut le souligner, cette estimation ne prend pas en compte les autres formes de dépendance dues à des maladies invalidantes ou des pathologies neurologiques (comme par exemple la maladie de Parkinson).*

Le schéma gérontologique de la Gironde (2003-2007) avait prévu la création de **1921 places d'hébergement sur les 5 ans** ²³, objectif qui a stimulé l'esprit d'initiative des promoteurs puisque, depuis la parution de ce schéma, le cumul de places envisagées à travers des projets communiqués au Conseil général atteint l'effectif impressionnant de 3200²⁴, certains ayant fait l'objet d'un examen par le CROSMS et d'autres ayant été déposés mais pas encore examinés.

Concrètement, depuis 2003, près de 700 places ont été créées en Gironde mais, dans le même temps, 500 autres ont été fermées : **l'excédent n'est donc actuellement (septembre 2005) que de 200 places**. En outre, il faut noter que **900 places** ayant reçu un avis favorable du CROSMS sont toujours **en attente de financement par l'assurance maladie**.

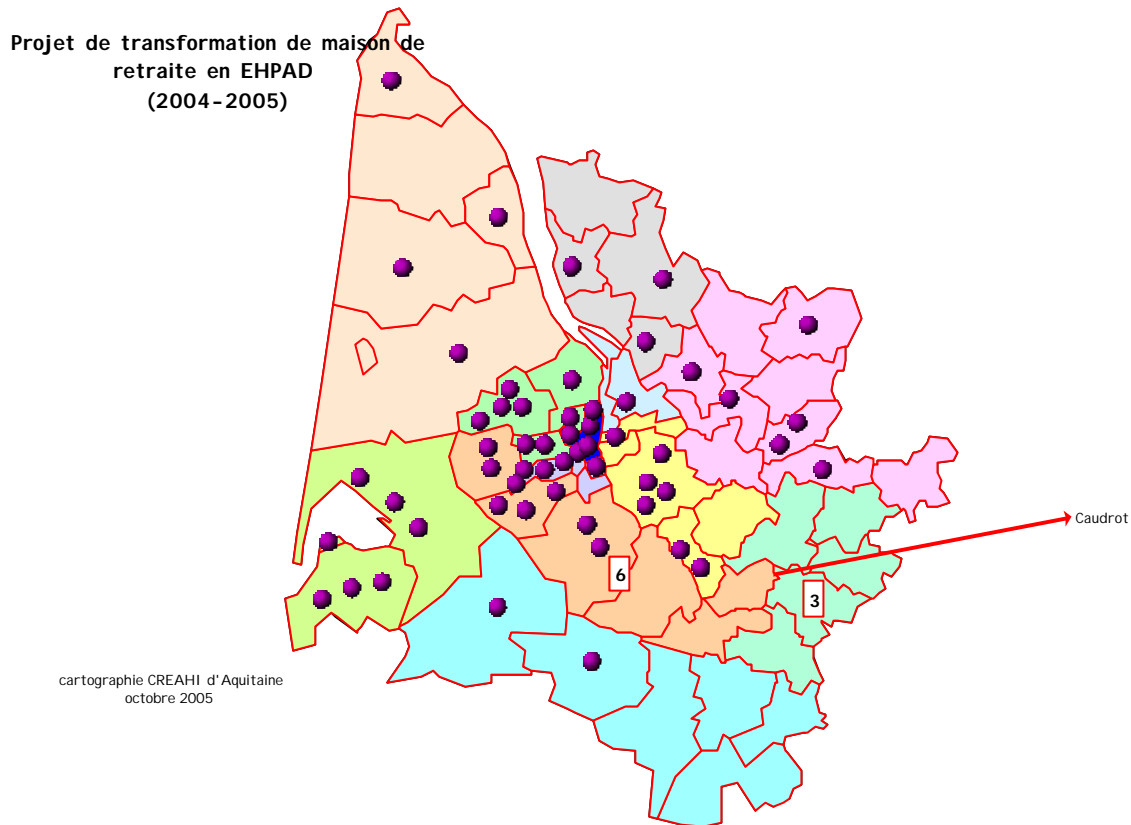
Depuis la parution du schéma gérontologique, on peut observer que, pour 2004 et le premier semestre 2005, près d'une soixantaine de projets girondins de **transformation de maison de retraite en EHPAD** ont reçu l'avis favorable du CROSMS. *A noter que certains de ces*

²² hors logements-foyers ou RPA (résidences pour personnes âgées)

²³ Pour amener le taux d'équipement moyen de la Gironde à 110 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus, soit une valeur équivalente au taux d'équipement national de 2003.

²⁴ La nature et le détail de ces projets ne nous ont pas été communiqués par le Conseil général pour des raisons de confidentialité. Seuls ceux qui sont passés en CROSMS ont un caractère public.

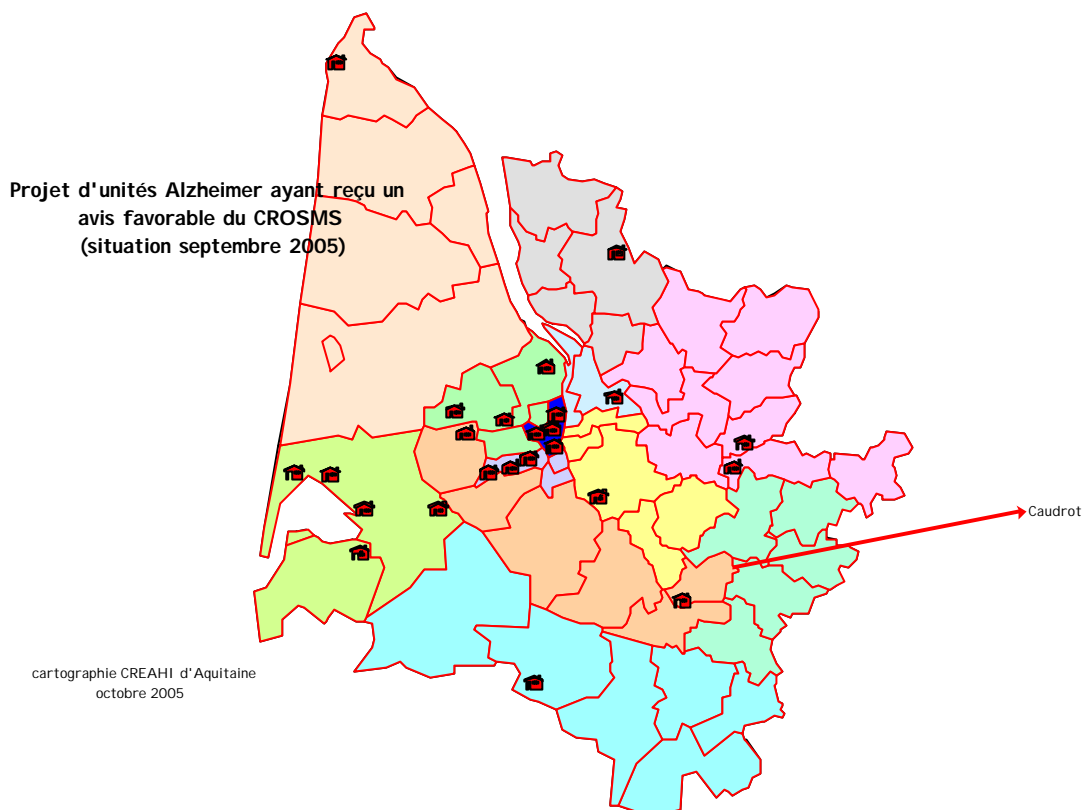
projets comportent des extensions. C'est donc au total environ 3200 places qui sont concernées, la grande majorité étant des places d'hébergement permanent mais un souci de diversification des modes d'accueil apparaît chez les promoteurs et de nombreux projets comportent des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.



La carte ci-dessus montre que tous les territoires sont concernés par des nouveaux projets de transformations, excepté le Haut Entre-Deux-Mers. En outre, si Les Graves comptent plusieurs projets, ils sont tous concentrés sur la moitié ouest de ce secteur. La transformation de la maison de retraite de Caudrot en EHPAD viendrait donc améliorer le maillage du territoire (en complétant l'offre actuelle, cf. carte page 19) en vue d'assurer un meilleur accueil des personnes âgées dépendantes.

En matière de prise en charge des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées, c'est depuis 2004 que l'on voit soumettre au CROSMS des projets d'unités expressément destinées à des publics présentant ces pathologies. En septembre 2005, nous avons pu recenser ²⁵ plus d'une vingtaine de projets de ce type ayant reçu un avis favorable du CROSMS.

²⁵ Sur la base des arrêtés parus dans le recueil des actes administratifs de la Gironde, complétée par les informations du Conseil général.



L'ensemble de ces projets devraient, s'ils obtiennent un financement, offrir 250 places d'hébergement permanent, une quarantaine en accueil de jour et une vingtaine en hébergement temporaire.

La carte ci-dessus montre que Caudrot se situe dans une zone où un seul projet de ce type est officiellement recensé, à Saint-Macaire. L'ouverture de cette section prévue pour 2006 est très attendue par les professionnels ; toutefois, selon nos informations, les 15 places qui vont être proposées sont déjà pré-remplies et une liste d'attente commence à se former.

Notons qu'aucun projet de ce type n'apparaît sur le territoire 3 "Haut-Entre-Deux-Mers" et qu'il n'y en a qu'un autre seulement sur le secteur 6 "Les Graves", à Martignas.

Actuellement, en l'absence ou face à la rareté de structures spécifiques, la plupart des maisons de retraites girondines accueillent des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : 83,5% sur les 200 ayant répondu à une enquête réalisée pour la Fondation Médéric Alzheimer en 2003²⁶. Pour autant, ces établissements n'ont souvent que peu de moyens pour réaliser cet accueil dans de bonnes conditions : **seulement 10% d'entre eux disposent d'équipements spécifiques et 46% des intervenants auprès de ces publics ont reçu une formation à cette fin.**

Signalons enfin que le CLIC du Haut-Entre-Deux-Mers nous a indiqué que d'autres projets, pas encore déposés au CROSMS (ou du moins pas encore examinés) étaient en cours d'élaboration et concernaient le territoire de recrutement envisagé par le projet des Acacias :

- un projet d'accueil de jour en famille d'accueil pour personnes présentant une maladie d'Alzheimer sur la Réole

²⁶ Recueil d'informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, FNORS, Fondation Médéric Alzheimer, mai 2003, 4 pages

- la restructuration de la maison de retraite Mieux Vivre à Monségur : transformation en EHPAD et création d'accueil de jour.

3.2 - Aspect quantitatif du projet

Si l'on se réfère au découpage territorial gérontologique, Caudrot est donc, nous l'avons vu, situé sur le territoire 6 "Les Graves" dans lequel un équipement plus important que la moyenne a été mis en exergue dans le Schéma gérontologique. Pour le Conseil général, cette situation géographique constitue donc **une limite importante à un projet qui comprend une augmentation du nombre de places.**

Aussi, le Conseil général indique que si le promoteur ne peut pas envisager de délocaliser cette maison de retraite sans risquer de mettre en péril la viabilité du projet, il est indispensable que **son montage se fasse sur la base d'un regroupement** avec un autre établissement situé à proximité de Caudrot et de petite taille (ex : Bellerive à Castets-en-Dorthe). En effet, la non-augmentation de l'offre d'accueil existante sur le territoire 6 est considérée comme un impératif quasiment "non négociable".

Donc, ce qui est préconisé c'est une restructuration de l'offre sur ce canton par rachat et fusion ; le Conseil Général précise à ce sujet que **sa priorité sur ce secteur serait de regrouper des établissements de petite taille**²⁷.

Il faut néanmoins rappeler que nous ne sommes pas, avec ce projet de Caudrot, dans le cadre d'une création ex nihilo mais d'un ré-agrément avec une faible augmentation de la capacité actuelle qui ne viendrait pas modifier sensiblement le taux d'équipement du territoire 6. De plus, nous l'avons largement exposé, la nouvelle offre qui pourrait être mise à disposition concernera en priorité les habitants du territoire 3, tout proche de Caudrot.

3.3 - Aspects qualitatifs et modalités d'accueil à développer

3.3.1 - Le cadre global de la transformation des Acacias

Le projet de transformation élaboré pour la maison de retraite Les Acacias reçoit un accueil tout à fait favorable des acteurs de terrain qui pourraient être concernés par cette nouvelle offre. Ils considèrent que la demande est forte, qu'elle va aller croissante et que les moyens actuellement à disposition sont insuffisants ; la responsable d'un des services interrogés estime ainsi *"qu'il y a le potentiel de clients pouvant alimenter le projet pour la maison de retraite des Acacias"*.

Au niveau du Conseil général, si la perspective d'une augmentation de la capacité d'accueil des Acacias, sans redéploiement de moyens existants par ailleurs, ne reçoit pas un accueil favorable, **la transformation de son offre de service est au contraire bien appréciée.**

Ainsi, la mise en conformité de l'établissement aux normes (transformation en EHPAD) et son évolution vers une formule plus en phase avec les nouveaux besoins des personnes âgées sont jugées intéressantes. Le projet de transformation des Acacias, intégrant hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour, unité pour personnes

²⁷ Le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées souligne à ce sujet un dépassement fréquent des normes budgétaires "Dominic+35" (Dominic : dotation minimale de convergence – correspond à un niveau minimal de ressources d'assurance maladie) dans la mise en place des EHPAD et ceci est particulièrement le fait des petits établissements en raison de l'effet de seuil auquel ils se heurtent (l'embauche d'un seul professionnel fait "exploser" la Dominic+35) cf. Actualités sociales hebdomadaires n° 2384 du 3 décembre 2004.

atteintes de la maladie d'Alzheimer correspond bien à l'attente actuelle en matière de diversification des modalités d'accueil. Cette diversification est reconnue par tous comme une nécessité pour pouvoir assurer une prise en charge globale des personnes âgées et proposer un éventail de réponses adaptées à toutes les situations. Il est notamment jugé important **de prévoir, dès la conception de la structure, les conditions matérielles et humaines nécessaires à la prise en charge des malades d'Alzheimer** afin de ne pas être contraint de refuser de poursuivre l'accueil de ces personnes, une fois que la maladie s'est déclarée ou que sa gravité s'est accentuée.

3.3.2 – Les besoins en terme d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

Parmi les intervenants sollicités, le service polyvalent d'aide et de soins à domicile ²⁸ "Santé Garonne" de **Caudrot** intervient sur le territoire que nous avons étudié pour ce travail et au-delà (14 cantons du sud-est girondin qui correspondent, à peu près, à l'arrondissement de Langon). Ce service connaît actuellement une progression importante de la demande qui peut s'apprécier à travers le nombre de personnes suivies : 692 en 2004, 750 pour les 9 premiers mois de 2005. Ce service, à la demande de la DDASS, envisage en conséquence l'augmentation du nombre de places de soins. Il a été également sollicité pour monter un SSIAD sur Monségur.

La responsable de ce service estime **que les besoins pour les personnes âgées sur le territoire où intervient Santé Garonne sont importants et pas toujours bien couverts** (situation renforcée par la rareté des services, des infirmiers libéraux...) et se dit particulièrement intéressée par une **offre d'accueil de jour**.

Elle signale, en effet, d'assez nombreuses situations de maintien à domicile où des personnes âgées sont en passe **d'être en danger** en raison de leur maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés alors même qu'elles ne sont pas encore grabataires, les aides à domicile possibles, même déployées au maximum, n'étant plus suffisantes.

L'ADMR de la Réole fait les mêmes constats et témoigne de la souffrance et du désarroi des familles confrontées à la prise en charge de parents âgés. La mise en place d'une structure d'accueil de jour de proximité, très souple, permettant de confier la personne âgée souffrant d'un Alzheimer sur une demi-journée, par exemple, serait extrêmement utile pour soulager ces familles.

L'accueil de jour constituerait pour ces personnes une réponse très adaptée en leur permettant :

- **de bénéficier d'un accueil sécurisé**. Cette question de la sécurité est une préoccupation importante tant pour les professionnels que pour les familles
- **de retarder l'entrée en institution**, souvent redoutée, mais d'y préparer néanmoins la personne et son entourage : l'accueil de jour jouant là son rôle de structure-relais, c'est une bonne réponse pour accueillir les malades dans un premier temps
- **de soulager les aidants naturels** et, dans certains cas, de prévenir certains risques liés à l'usure de ces aidants qui peut générer des maltraitances.

En l'absence de réponses suffisantes de ce type sur son territoire d'intervention, le service Santé et Garonne se trouve souvent en difficulté quand il doit faire accepter à la famille les limites du maintien à domicile, sans pour autant pouvoir lui proposer des réponses intermédiaires à l'institutionnalisation complète.

²⁸ service assurant les missions dévolues à un service de soins infirmiers à domicile et à un service d'aide à domicile – décret n°2004-613 du 25 juin 2004

Signalons qu'un service pratiquant l'accueil de jour est cité en exemple par plusieurs de nos interlocuteurs. Ce service, situé à Tonneins et géré par le Centre hospitalier de cette ville, est considéré comme un modèle du genre, il propose notamment une prestation "**aide aux aidants**". Les patients viennent de loin, certains même du territoire 3 "Haut Entre-Deux-Mers", mais ce service ne peut toutefois répondre à toutes les demandes (une liste d'attente a dû être constituée).

Plusieurs personnes recommandent au futur repreneur des Acacias de prendre contact avec ce service qui pourra le conseiller utilement et lui indiquer les écueils à éviter dans le cadre de la mise en place d'un accueil de jour.

Si beaucoup de nos interlocuteurs sont très intéressés, particulièrement par l'accueil de jour, la responsable du CLIC ²⁹ considère, quant à elle, que la priorité doit être mise sur le volet "unité Alzheimer" et l'hébergement temporaire. Pour le CLIC, en effet, si la diversification des modalités d'accueil au sein d'une même structure est importante, il faut veiller à ce que les **nouveaux projets soient complémentaires** avec les autres projets déjà plus avancés. Rappelons que la responsable du CLIC nous a signalé 2 projets sur ce secteur, à La Réole et Monségur (cf. pages 22-23) qui vont être axés, en partie ou en totalité, sur l'accueil de jour.

En ce qui concerne le Centre hospitalier spécialisé de Cadillac (dont un des secteurs de compétence, le 33G15, recouvre largement le territoire envisagé pour le recrutement des Acacias) qui dispose d'une unité de psychogériatrie et d'un service de soins de longue durée, le médecin-chef du secteur intéressé estime avoir actuellement assez peu de patients hospitalisés présentant une maladie d'Alzheimer. Néanmoins, il connaît et utilise déjà les Acacias comme débouché pour certains patients. Ces patients, pour lesquels existent donc des besoins, ne présentent pas de troubles cognitifs mais nécessitent un accueil dans une structure "*sécurisée, contenant*".

3.3.3 – Conditions de mise en œuvre du projet

Enfin, dans le cadre de la mise en œuvre de certains volets de cette future offre, le Conseil général fait deux remarques complémentaires :

- comme le précise le Schéma gérontologique, l'accueil temporaire et l'accueil de jour sont des alternatives à l'hébergement à développer en assurant un meilleur maillage du territoire car, outre le nombre limité de ce type de places, l'accès en est rendu difficile en raison de l'éloignement fréquent de l'offre disponible par rapport au domicile. Or, en milieu rural particulièrement, **les moyens de transports sont très réduits** ; le Conseil général demande donc que la viabilité d'un projet d'accueil de jour soit étudiée au préalable à travers la question des transports.
- **en terme de qualité et d'organisation de ces nouvelles modalités d'accueil**, le Conseil général signale qu'un groupe de travail autour de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire est actuellement à l'œuvre et aboutira à la rédaction de recommandations auxquelles les futurs promoteurs devront se référer pour bâtir leur projet de service.

²⁹ Le CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination) est un service de proximité pour accompagner la volonté des personnes âgées de rester à leur domicile : accueil, écoute, information, orientation, aide dans les dossiers, mise en place d'aides à domicile. Le CLIC du Haut Entre-Deux-Mers intervient en priorité sur les cantons de La Réole, Monségur, Auros, Sauveterre de Guyenne et Pellegrue.

De plus, en ce qui concerne également l'organisation, il paraîtrait intéressant que **l'accueil de jour puisse être clairement dissocié de l'unité de vie Alzheimer**, les besoins des 2 publics concernés étant différents. Le responsable d'une association d'aide aux aidants estime que, si les conditions le permettent, il est préférable de commencer par la mise en place de l'accueil de jour qui permettra aux professionnels de se familiariser avec ce public et de mieux le comprendre, puis progressivement d'installer l'unité d'hébergement permanent. Cette remarque nous amène à évoquer la question de la motivation et de la formation des professionnels à laquelle une attention particulière doit être portée ; il faut soutenir ces professionnels et faire en sorte de prévenir les violences institutionnelles. A propos de la formation, ce même responsable d'association nous a conseillé les apports intéressants pour les intervenants de la méthode d'Yves Gineste, utilisée en France et au Canada, dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer (comme par exemple, la "*gestion des comportements d'agitation pathologiques des patients âgés atteints d'un syndrome démentiel*").

3.4 – Partenariats et communication

Un travail en partenariat pour les diverses phases de construction, de mise en œuvre et de fonctionnement du projet est souhaité par les interlocuteurs que nous avons sollicités :

- au niveau de la **préparation du dossier en vue du passage au CROSMS**, le Conseil général recommande au promoteur de solliciter ses services afin de le conseiller sur la faisabilité de son projet et sur les aspects techniques du montage de ce dossier
- dans le cadre de la transformation de la maison de retraite les Acacias en EHPAD, le service Santé Garonne se déclare tout à fait ouvert pour l'instauration **d'un partenariat** qui pourrait se concrétiser par une délégation de soins, ce qui permettrait notamment d'assurer la continuité des soins dans les allées et venues des personnes âgées entre leur domicile et la maison de retraite (dans le cadre d'accueil de jour, d'accueil temporaire...).

D'une manière plus générale, la responsable de ce service exprime sa volonté de travailler en réseau dans ce territoire du Sud-Est de la Gironde autour de la problématique constituée par la maladie d'Alzheimer avec peut-être pour objectif ultime de mutualiser les moyens.

Notons, en outre, que le CHS de Cadillac qui adresse déjà des patients aux Acacias assure une coordination au long cours des soins et fait intervenir sur place des infirmiers de l'hôpital.

Cette volonté clairement exprimée de développer les prises en charge "en réseau" s'inscrit tout à fait dans les actions prioritaires définies par le **Programme régional pour la gériatrie en Aquitaine**³⁰ : "*améliorer de manière concrète l'articulation entre les établissements de santé, les EHPAD, les intervenants à domicile, dont les médecins traitants, la psychiatrie de liaison, les SSIAD*".

En outre, les professionnels interrogés, sans tous envisager de s'impliquer directement dans ce projet, souhaitent être informés de son état d'avancement et de sa mise en œuvre effective afin de **mieux repérer cette nouvelle offre** et de savoir qu'elle peut constituer **un débouché intéressant pour les personnes dont ils prennent soin**.

³⁰ Agence régionale de l'hospitalisation, décembre 2003, 91 pages. : <http://www.arh.aquisante.fr/> (Axe 1 – objectif n° 3 – action prioritaire n° 1)

Cf. aussi Déclinaison territoriale concertée du Programme régional pour la Gériatrie en Aquitaine et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, guide méthodologique.- Conseil général de la Gironde, ARH, DDASS de la Gironde, CRAM Aquitaine, août 2004

Conclusion

Le contexte actuel, tant national que local, est marqué par une progression démographique importante de la population âgée et, notamment, de celle dont l'autonomie est réduite.

Les pouvoirs publics tentent de répondre à la montée en force de ce public par des plans successifs, qui montrent la place accordée à cette question, mais avec des moyens financiers qui restent bien en deçà des besoins.

En ce qui concerne la Gironde, en dépit de l'augmentation actuelle de l'offre au niveau départemental, il existe toujours des besoins à couvrir, particulièrement sur le secteur du sud-est girondin, car la demande connaît, et va continuer de connaître, une croissance constante. Ainsi, les projections démographiques prévoient **une augmentation de 87%** d'ici 2015 de la population de 85 ans et plus (celle qui est principalement concernée par un hébergement en maison de retraite) résidant dans une zone constituée par 7 cantons autour de Caudrot (en terme d'effectif cette population passera de **1250 personnes en 2005 à 2350 en 2015**). Or, si l'on voulait offrir sur ce secteur le même niveau d'équipement qu'en moyenne dans le département : il faudrait déjà ajouter 70 places aux 535 actuellement offertes (cf. page 20) et créer encore 150 places d'ici 2015 pour parvenir à un effectif de 755 en 2015. En outre, les places à créer devront être adaptées aux besoins d'aide et de soins de ces personnes âgées qui sont, pour beaucoup, atteintes de pathologies invalidantes. En 2005, parmi les 80 ans et plus, 750 présenteraient une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. En 2015, elles devraient être, sur la base de l'évolution démographique attendue, plus de 1 120.

Les professionnels et les associations de ces cantons ruraux se disent d'ailleurs, souvent confrontés à l'insuffisance des réponses mobilisables et souhaiteraient que les habitants de ce secteur puissent plus facilement y accéder à différentes formules d'accueil dans le cadre d'une plus grande proximité, ce que permettrait un meilleur maillage du territoire. En fonction de leur expérience, du repérage des besoins du public auprès de qui ils interviennent et de leur sensibilité, ces interlocuteurs mettent l'accent sur une dimension ou une autre, ce qui renforce encore l'idée de la nécessité de cette diversité...

Ils font part de leur satisfaction à l'annonce d'un projet s'intéressant au public constitué par les malades d'Alzheimer. En effet, autour de ce public, une grande préoccupation est exprimée, notamment à propos de l'aide à apporter aux familles, autrement dit "l'aide aux aidants". L'intérêt de développer l'accueil de jour est ainsi largement mis en avant en raison du rôle très important que peut jouer ce dispositif pour éviter une institutionnalisation trop rapide ou soulager les familles.

De la même manière, une offre d'accueil temporaire serait très appréciée. Signalons, à sujet qu'on constatait, au 1^{er} août 2005, "*un phénomène de sous-consommation*" des crédits délégués au titre de la création de places d'hébergement temporaire ³¹. Il existe donc actuellement une opportunité à porter un projet de ce type ³².

En résumé, **une grande diversité des modalités d'accueil est attendue car jugée indispensable** pour répondre aux besoins repérés par les professionnels ; le projet bâti

³¹ Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/DGAS/2C/2005/478 du 21 octobre 2005 qui fait le point sur la campagne budgétaire

³² A titre indicatif, fin 2004, seuls 5,7 millions d'euros avaient été engagés pour ce faire sur les 20,5 millions de crédits notifiés en faveur de l'accueil temporaire.

pour Les Acacias, au travers de ses différentes composantes, devrait pouvoir répondre à cette exigence.

Des recommandations sont parfois exprimées quant à l'organisation des différentes unités du futur établissement ; par exemple, il paraîtrait pertinent que l'accueil de jour soit bien distinct de l'unité d'hébergement. En outre, une mise en place progressive de ces nouvelles prestations semblerait, pour certains, préférable, en commençant par l'accueil de jour afin que les professionnels puissent mieux connaître et comprendre les besoins des personnes ayant la maladie d'Alzheimer, puis en passant dans un second temps à l'hébergement permanent.

De plus, le conventionnement en EHPAD est très attendu pour garantir la qualité de l'accueil des personnes âgées dépendantes aux Acacias. Signalons que le "projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006"³³ annonce le report de la signature des conventions tripartites au 31 décembre 2007, de manière à coïncider "avec la fin du Plan vieillesse et solidarité qui prévoit une médicalisation progressive de ces établissements entre 2004 et 2007" (ce report tient compte du retard important pris dans la signature des conventions tripartites par rapport aux prévisions et est déploré par le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées)³⁴.

Par ailleurs, il est utile de revenir sur la question du lieu d'implantation de cet établissement qui présente la limite, au regard du Schéma gérontologique, de relever d'un territoire (n°6 Les Graves) déjà considéré comme suréquipé (même si cet équipement n'est pas réparti de manière homogène sur ce territoire). Si ce découpage, retenu en 2002, reste en vigueur pour la réalisation des objectifs inscrits dans ce Schéma et sert de référence au Conseil général pour délivrer un avis, nous avons pu largement mettre en évidence que d'autres découpages co-existent (voire évoluent, comme les Pays du Conseil général) pour analyser l'organisation de l'offre locale.

Il faut, néanmoins, rappeler que le Conseil général se déclare d'emblée défavorable à un projet aboutissant à augmenter le nombre de places sur ce territoire et recommande, si le promoteur souhaitait conserver cette option, de rechercher les possibilités d'un regroupement avec une autre structure proche géographiquement et de petite taille (rappelons que le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées a souligné que les établissements de moins de 50 places étaient confrontés à des difficultés pour rester dans les normes budgétaires fixées dans le cadre du conventionnement des EHPAD). *Précisons enfin que l'augmentation du nombre de places envisagée par le futur repreneur est de 13 places (ce qui correspond à 21% de l'effectif actuel) : il s'agit d'une extension ne faisant pas l'objet d'une demande d'avis au CROSMS puisqu'elle est inférieure à 15 places ou 30% de la capacité initiale autorisée*³⁵.

Au bout du compte ce qui se dégage de cette étude, outre les perspectives ouvertes par ce projet en terme de développement local et de création d'emplois, c'est un intérêt fort pour la mise en place d'une nouvelle offre permettant d'améliorer le "prendre soin" des personnes âgées, sans les déraciner, particulièrement de celles qui sont parmi les plus dépendantes, ainsi que leur sécurité et la coordination des soins autour d'elles.

³³ <http://www.securite-sociale.fr/secu/lfss/lfss2006/plfss2006.pdf>

³⁴ EHPAD : Catherine Vautrin veut doper les signatures de conventions tripartites, ASH, n°2384, 3 décembre 2004.

³⁵ Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Bibliographie

Textes législatifs

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

Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/DGAS/2C/2005/478 du 21 octobre 2005 qui fait le point sur la campagne budgétaire

Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006
<http://www.securite-sociale.fr/secu/lfss/lfss2006/plfss2006.pdf>

Rapports, Plans gouvernementaux

Schéma gérontologique de la Gironde - 2003-2007, Conseil général de la Gironde, novembre 2003, 160 pages

Téléchargeable sur le site Internet du Conseil général de la Gironde
http://www.cg33.fr/doc_joint/dossier/schema_geronto67621.pdf

Programme régional pour la gériatrie en Aquitaine, Agence régionale de l'hospitalisation Aquitaine, décembre 2003, 91 pages. <http://www.arh.aquisante.fr/>

Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, 2004-2007 : 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, téléchargeable sur :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimerpresse/planalzheimer.pdf>

Mémento Alzheimer : s'informer, comprendre. Des repères pour mieux vous orienter. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère délégué aux personnes âgées, juillet 2004

Michel LAROQUE

Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour les personnes âgées. IGAS, Rapport n°2004-133, 29 pages + annexes, septembre 2004

Déclinaison territoriale concertée du Programme régional pour la Gériatrie en Aquitaine et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, guide méthodologique.- Conseil général de la Gironde, ARH, DDASS de la Gironde, CRAM Aquitaine, août 2004

http://www.arh.aquisante.fr/doc/Méthodologie_version2.pdf

Stéphane LE BOULER

Prospective de besoin d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes : premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025. Commissariat général du Plan, rapport de mission, 94 pages, juillet 2005

Cécile GALLEZ

Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, n°2454, Assemblée nationale, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 256 pages, juillet 2005

Enquêtes, articles, ouvrages

Recueil d'informations régionalisées sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, FNORS, Fondation Médéric Alzheimer, mai 2003, 4 pages

Les zonages en Aquitaine, Le dossier INSEE Aquitaine, n°51, octobre 2004, 113 pages

François TUGORES

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel – premiers résultats de l'enquête EHPA 2003, DREES, Etudes et résultats, n°379, février 2005, 8 pages

Christel COLIN et Vincent COUTTON

Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête HID, DREES, Etudes et résultats, n°94, décembre 2000, 8 pages

Pour en savoir plus...

Dossier Les personnes malades d'Alzheimer ou troubles apparentés, Revue Réadaptation, n°511, juin 2004.

Alain VILLEZ

Adapter les établissements pour personnes âgées : besoins, réglementation, tarification, DUNOD, UNIOPSS, 2005, 392 pages

Personnes sollicitées

Nous remercions toutes les personnes rencontrées en entretien ou sollicitées à travers des contacts téléphoniques pour les informations qu'elles nous ont transmises, les avis et les attentes dont elles nous ont fait part :

Conseil général

Monsieur DANIEL et Monsieur CLAVERIE, DAPAH (direction des actions en faveur des personnes âgées et handicapées)

Psychiatrie générale (adultes)

Monsieur le Docteur BONNAN, Unité Charcot – CHS de Cadillac, médecin-Chef du secteur 33G15

CLIC

Madame TRESKA, responsable du CLIC du Haut Entre-Deux-Mers

Services et associations

Madame CAZAUX, responsable du service polyvalent d'aide et de soins à domicile "Santé Garonne" de Caudrot

Madame DENIAUD, ADMR du Réolais (aide à domicile en milieu rural)

Monsieur PANOFF, association d'aide aux aidants, Saint-Ferme