

ÉTUDE PROSPECTIVE ET QUALITATIVE
PRISE EN CHARGE ET
ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE
ÂGÉE DE 75 ANS ET PLUS EN PERTE
D'AUTONOMIE À L'HORIZON 2030 -
RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

DÉCEMBRE 2017

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Martine DRENEAU, Directrice déléguée, documentaliste,
Karine FONTAINE-GAVINO, chargée d'études, socio-démographe
Marie-Reine FRADET, chargée d'études, épidémiologiste en santé publique
Martine GUILLAUME, documentaliste
Valérie GONON, documentaliste - Webmaster
Patricia LAFONT, documentaliste - chargée de veille
Sylvie MAQUINGHEN, Directrice déléguée, démographe
Carole MARTIN DE CHAMPS, Directrice
Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives, sociologue
Delphine ROUSSILHE, secrétaire-comptable

Avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Remerciements

L'ORS tient à remercier ici toutes les personnes qui ont permis la réalisation des entretiens individuels et collectifs ainsi que toutes celles qui ont accepté d'être interviewées dans le cadre de cette étude.

Sommaire

PRÉAMBULE : VIEILLIR, UNE ÉTAPE DU PARCOURS DE VIE	11
SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE	12
1 La dépendance ou la perte d'autonomie, des notions complexes.....	13
2 Mesurer la dépendance.....	14
3 Des vécus différenciés de la dépendance	16
4 Les facteurs de risque de la dépendance, et la notion de fragilité.....	18
5 Évolution et projection de la dépendance	22
6 L'évolution des politiques publiques en matière de vieillesse et de prévention de la dépendance.....	25
7 La prévention de la dépendance	28
8 La prise en charge et l'accompagnement de la dépendance	30
9 Les aidants	35
10 Les attentes des personnes âgées.....	40
11 Les parcours.....	43
12 Des actions ou dispositifs innovants	47
13 Références bibliographiques	54
ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX ET PROSPECTIFS	66
1 « Parcours » et « ruptures de parcours » : des définitions qui varient entre professionnels et représentants d'usagers	66
1.1 La « rupture de parcours » selon les professionnels	66
1.2 La « rupture de parcours » selon les aidants et représentants des usagers.....	67
2 Sept profils particulièrement fragiles, à risque de « rupture de parcours »	69
2.1 Les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec des dégénérescences séniles.....	69
2.2 Les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec un problème de santé mentale ou une déficience intellectuelle.....	71
2.3 Les personnes concernées par une ou plusieurs pathologies somatiques « lourdes »	74
2.4 Les personnes isolées au plan familial et social.....	76
2.5 Les personnes concernées par un habitat, un quartier, inadaptés au vieillissement.....	78
2.6 Les personnes dépendantes, précaires ou ayant de petits revenus : la double peine	81
2.7 Les personnes géographiquement éloignées des villes ou pôles de ressources.	83
3 Les situations de risques de « rupture » et de sur-dégradation de l'état de la personne âgée dépendante	84

3.1	Un problème de santé soudain, chez la personne âgée dépendante ou son aidant naturel, et le recours aux urgences hospitalières	84
3.2	Une dégradation progressive de l'état de santé de la personne âgée... Mais un manque de ressources de prise en charge, en EHPAD et à domicile	86
3.3	La résistance de la personne âgée ou de sa famille à accepter une aide à domicile, une entrée en EHPAD.....	88
3.4	Les ruptures silencieuses de la personne âgée dépendante, qui semble « stabilisée » ou en sécurité en un lieu donné, mais qui est en souffrance	90
3.4.1	Les séjours hospitaliers, ou en SSR, prolongés.....	90
3.4.2	L'accès ou le non accès aux soins de santé des personnes âgées dépendantes, à domicile ou en EHPAD	91
3.4.3	La désorientation ou le mal-être qui peuvent être générés par le bouleversement des habitudes de vie.....	94
3.4.4	La contention physique ou chimique	95
3.5	Les « cas lourds » et les enjeux budgétaires	96
4	Les enjeux à la mise en place, la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes	98
4.1	La coordination et coopération entre acteurs du maintien à domicile et professionnels de santé.....	98
4.1.1	Pas de dépendance sans problème de santé : les médecins généralistes, acteurs indispensables du parcours de vie des personnes âgées dépendantes.....	98
4.1.2	Le besoin d'évaluation médicale systématique des personnes prises en charge au titre de l'APA et le suivi médical des cas complexes.....	100
4.1.3	La coopération et la délégation de tâches entre professionnels.....	100
4.1.4	La coordination et la coopération entre acteurs de la santé à une échelle locale: médecins, IDEL, SSIAD, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes.....	101
4.1.5	Les EHPAD : lieux de vie, lieux de soins, lieux de fin de vie.....	103
4.2	La gérontologie, la gériatrie et la géronto-psychiatrie : des ressources qui deviennent indispensables.....	104
4.3	Les SAAD : un pilier du maintien à domicile, insuffisamment valorisé	106
4.4	Les prestataires de services : une vigilance et une régulation nécessaire	107
4.5	L'articulation des ressources dans l'espace et le temps, pour fluidifier les parcours des personnes âgées dépendantes.....	108
4.6	Les différentes coordinations qui se superposent parfois et risquent de perdre en efficacité : « <i>trop de coordinations, tue la coordination</i> »	109

MÉTHODE ET RÉSULTATS DE LA TYPOLOGIE QUALITATIVE DE TERRITOIRES	111
1 Méthodologie.....	111
2 Éléments intégrés dans la typologie qualitative	114
2.1 Les grandes spécificités géographiques des territoires	114
2.2 Les spécificités démographiques des territoires.	116
2.3 Le profil socio-économique des personnes âgées, selon les territoires.....	117
2.4 Les facteurs d'entrée dans la dépendance ou d'aggravation de la dépendance, au plan de l'état de santé.....	120
2.5 La structuration locale de l'offre de soins, de prévention et d'aide à domicile ..	121
2.6 Les données qualitatives issues des entretiens semi-directifs	121
3 Typologie des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires d'Auvergne-Rhône-Alpes	122
ANNEXE 1 : TABLEAUX SYNTHÉTIQUES DES DONNÉES PAR TERRITOIRE BSI ET FILIÈRE GÉRONTOLOGIQUE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES :.....	129
ANNEXE 2 : LISTE DES SIGLES.....	136

Préambule : Vieillir, une étape du parcours de vie

La littérature en psychologie et en sociologie concernant la dernière étape de la vie est plus qu'abondante, reflet d'évolutions à la fois démographiques et sociétales liées au fait que la durée de vie s'allonge et que la majorité des personnes seront, en vieillissant, en prise avec de nouvelles possibilités par rapport aux générations précédentes, mais aussi avec de nouvelles difficultés et inquiétudes qu'il faudra apprendre à apprivoiser, préparer... Vivre « *le plus longtemps possible* » est le souhait du plus grand nombre, à condition de « *bien vieillir* ». La formule, aujourd'hui largement utilisée, recouvre les bonnes pratiques qui permettent de retarder les effets néfastes du vieillissement, mais souligne aussi le fait que cette dernière étape de l'existence peut être heureuse et satisfaisante... Malgré le fait que les êtres humains ne soient pas « programmés » semble-t-il pour accepter facilement leur finitude.

La centaine de personnes qui ont été interviewées pour réaliser cette étude sont, pour la plupart, confrontées dans leurs missions professionnelles ou activités associatives, aux difficultés des personnes âgées de plus de 75 ans, lorsque cette étape du parcours de vie que l'on appelle la vieillesse, ou d'une manière quelque peu euphémisée « le grand âge », est marquée par la dépendance, la maladie, voire le handicap. Permettre aux personnes âgées de « *bien vieillir* » constitue l'objectif principal pour tous ces professionnels ou bénévoles. Il n'en demeure pas moins que, sollicitées sur les solutions existantes ou à mettre en place, pour éviter les « ruptures de parcours » qui entravent le « bien vieillir », les personnes interviewées ont fortement mis l'accent sur les aspects les plus difficiles du vieillissement, mais aussi sur les différentes contraintes qui pèsent sur leurs actions et en limitent quelquefois la portée.

Il peut, de ce fait, émaner de l'ensemble du rapport, un sentiment global de pessimisme. Ce pessimisme prend sa source dans un ensemble d'inquiétudes, associées parfois à un ressenti d'impuissance des professionnels face à la masse des besoins, qui semble de plus en plus importante et complexe. Pourtant, ces inquiétudes fortes ne doivent pas occulter la combattivité des professionnels et bénévoles dans leur action quotidienne et leur sentiment, plus fort encore, qu'il est réellement possible d'adapter la société au vieillissement et que le vieillissement, même dans la dépendance, peut-être serein et heureux...

Nous n'avons pas recueilli, dans cette étude, le point de vue ou les témoignages directs des intéressés - les personnes âgées de plus de 75 ans - sur le « bien vieillir », mais les associations de familles de personnes âgées dépendantes, de patients, ont joué le rôle de « porte-paroles », et ce d'autant plus que certains des bénévoles interviewés avaient eux-mêmes déjà plus de 75 ans au moment de l'étude.

Synthèse bibliographique

Cette synthèse bibliographique a pour objectif de faire le point sur les connaissances actuelles en matière de dépendance des personnes âgées, dans le cadre d'une étude régionale, qualitative et prospective, sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030. Cette synthèse s'attachera à définir les concepts et à décrire les différents aspects de la dépendance, ses facteurs de risque, son évolution passée et à venir au sein de la population âgée, sa prise en charge tant en institution qu'à domicile. La notion de parcours des personnes âgées dépendantes fera l'objet d'une attention particulière, avec la mise en évidence des ruptures de parcours préjudiciables à une prise en charge adéquate et de qualité. Un aperçu des actions dites innovantes en matière d'accompagnement et de prise en charge, tant dans la région qu'hors de la région, permettra d'approcher le foisonnement des initiatives locales dans ce domaine.

1 La dépendance ou la perte d'autonomie, des notions complexes

Les termes de dépendance et de perte d'autonomie sont parfois utilisés l'un pour l'autre alors qu'ils recouvrent des concepts bien différents. Il est nécessaire de clarifier les concepts liés au vieillissement et à la dépendance, car le choix des termes n'est pas neutre, leur utilisation orientant le débat et définissant par conséquent l'approche politique et les types d'aide qui seront apportées (1). Il est vrai que les politiques en direction « des personnes âgées dépendantes », parfois perçues comme stigmatisantes envers les personnes âgées (elles associaient l'avancée en âge à une dépendance, donc aux aspects négatifs du vieillissement), ont progressivement évolué vers des politiques d'accompagnement et de prise en charge des personnes « en perte d'autonomie ». Mais certains spécialistes dénoncent ce glissement, du moins si les termes ne sont pas bien explicités, car il peut entraîner de nombreuses confusions, notamment entre l'incapacité fonctionnelle et l'incapacité décisionnelle (2).

L'autonomie est en effet définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement (3). On voit que l'incapacité décisionnelle (par exemple dans le cas de la maladie d'Alzheimer, où la personne a perdu sa capacité à décider, donc son autonomie) a peu de choses à voir avec l'incapacité fonctionnelle, qui touche à des fonctions (physiques, sensorielles ou cognitives). L'autonomie n'est ainsi pas l'absence de dépendance. La perte d'autonomie peut conduire, en droit français, à des mesures de protection juridique des majeurs : une sauvegarde de justice, une curatelle ou une tutelle (exercée par une personne, le souvent un proche, qui va défendre les intérêts de la personne concernée).

La dépendance, quant à elle, se définit comme l'incapacité à accomplir partiellement ou totalement, sans aide, certains gestes de la vie courante. Cette définition de la dépendance a été officiellement adoptée pour la première fois par la loi du 24 janvier 1997, dans le cadre de la création d'une prestation spécifique dépendance (PSD). Cette définition repose sur plusieurs notions, utilisées au plan institutionnel ou scientifique (4), qui sont :

- *les limitations fonctionnelles* : celles-ci résultent de l'altération de fonctions physiques (par exemple marcher), de fonctions sensorielles (par exemple voir), ou cognitives (par exemple s'orienter), sachant que l'origine de cette altération provient soit de la maladie, soit des accidents, soit de malformations, soit encore du vieillissement. Ces limitations fonctionnelles peuvent être compensées, en totalité ou partiellement par des aides techniques et des aménagements de l'environnement. Lorsque ces aides se révèlent insuffisantes, les limitations fonctionnelles conduisent à des restrictions d'activités.
- *les restrictions d'activité* : cette notion implique que la personne concernée se trouve dans l'incapacité d'exercer une ou plusieurs activités de la vie quotidienne, et qu'elle doit faire appel à une assistance régulière pour les accomplir. Selon le degré de restriction d'activité et selon les caractéristiques sociales, économiques et

culturelles de la personne, cette dernière ressentira et exprimera un besoin plus ou moins élevé d'aide ou d'assistance.

- *le besoin d'aide ou assistance* : il pourra se traduire selon le contexte législatif et selon les dispositifs mis en place au niveau national ou local par une assistance au quotidien, par des prestations, par une pension...

Le vocable « perte d'autonomie » dans les récentes politiques de santé publique ne contredit pas, en fait, les définitions précédentes de la dépendance. Ces politiques font seulement davantage appel à la notion d'autonomie, au sens où la personne âgée doit pouvoir conserver le pouvoir de décider et d'agir sur sa propre dépendance et son besoin d'aide.

Le Plan national d'action et de prévention de la perte d'autonomie de 2015 fait bien la distinction entre les deux termes de dépendance et de perte d'autonomie (5). Les objectifs de ce plan sont d'accroître l'autonomie de la personne âgée, c'est-à-dire la capacité décisionnelle, tant en prévention primaire (agir sur les déterminants de la santé et de l'autonomie), qu'en prévention secondaire (prévenir les pertes d'autonomie évitables) ou en prévention tertiaire (éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité).

Au vu de la complexité et de la confusion des notions de dépendance et d'autonomie, certains auteurs envisagent de remplacer les vocables négatifs de dépendance et de perte d'autonomie par le vocable européen de « besoin d'aide et de soins de longue durée » (2).

2 Mesurer la dépendance

Il existe de nombreuses façons de mesurer la dépendance, l'une reposant sur la définition administrative de la dépendance, l'autre sur des mesures épidémiologiques à partir d'enquêtes spécialisées (6). Parmi les outils de mesure, la grille AGGIR est la plus utilisée au niveau administratif. Les enquêtes utilisent par ailleurs de nombreuses échelles ou scores permettant d'évaluer les limitations d'activité des individus dans la vie quotidienne : grille de Colvez (7), indicateur de Katz (8), indicateur EHPA, grille de Lawton ou Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) (3)... D'autres outils sont également utilisés, par exemple pour évaluer le niveau de dépendance d'un patient en établissement SSR (soins de suite et de réadaptation).

- *La grille AGGIR*

En France, la prise en charge administrative de la dépendance des personnes âgées passe par une évaluation principalement établie au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources). Cette évaluation se fait à partir de dix variables discriminantes et de sept variables illustratives. Selon les limitations de capacité dont elle souffre, la personne dépendante est classée sur une échelle allant du groupe iso-ressource ou GIR 1 (le plus fort degré de dépendance) au GIR 6 (le plus faible degré de dépendance). Le classement en GIR 1 à 4 permet de bénéficier de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Or la Cour des comptes souligne que l'utilisation de cette grille peut conduire à des appréciations différentes pour un même cas, selon les équipes chargées de

l'évaluation et selon les territoires où elle est pratiquée (9). Le Conseil d'analyse économique évoque également plusieurs critiques dont a fait l'objet la grille AGGIR : imprécision du passage du GIR 5 au GIR 4, sensibilité de l'algorithme de classement à de petites variations dans le codage initial (6). Cette grille est par ailleurs spécifiquement française et interdit les comparaisons internationales.

La loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement de la population a d'ailleurs confié à la CNSA la mission d'harmoniser les pratiques des équipes médico-sociales des départements, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la situation de dépendance. La CNSA travaille ainsi à l'élaboration d'un référentiel d'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées et de leurs proches aidants, en partenariat avec des départements volontaires.

Selon les données basées sur la grille AGGIR, collectées par la DREES auprès des Conseils départementaux fin 2015, 1 260 000 personnes reçoivent l'APA en France, donc sont estimées en situation de dépendance (de niveaux GIR 1 à GIR 4). 59 % de ces personnes résident à domicile et 41 % en établissement (10). Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 60 % sont très dépendants et classés en GIR 1 ou 2, contre 18 % parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile (11).

Concernant la région Auvergne-Rhône-Alpes, un peu plus de 160 000 personnes reçoivent l'APA en décembre 2014.

(derniers chiffres disponibles sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>).

- *Les données d'enquêtes*

Les enquêtes menées par l'INSEE et la DREES utilisent les normes internationales d'évaluation des limitations fonctionnelles et des restrictions dans les activités de la vie quotidienne (activités élémentaires et activités instrumentales).

L'enquête Handicap-Santé menée en 2008-2009 par l'INSEE et la DREES a comporté deux volets, un volet « Ménages » en 2008 auprès des personnes vivant à domicile, et un volet « Institutions » en 2009 auprès des personnes résidant en établissement (EHPAD, maisons de retraite, USLD). Ces deux enquêtes sont basées sur les déclarations des personnes ou de leurs aidants à plusieurs questions, et non sur une évaluation faite par un professionnel, mais une estimation a permis ensuite de répartir les répondants selon leur GIR. En institution, 86 % des personnes de 75 ans ou plus sont considérées comme dépendantes (GIR 1 à 4), contre seulement 13 % de celles vivant à domicile (12).

Les nouvelles enquêtes CARE (Capacités, Aides et REssources des seniors), réalisées par la Drees avec le soutien de la CNSA, ont pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des personnes de plus de 60 ans, leurs relations avec leur entourage, leurs difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne et les aides financières et humaines qu'elles reçoivent pour surmonter ces éventuelles difficultés. Deux volets ont été mis en place, **CARE-Institutions** qui porte sur les seniors vivant en établissements pour personnes âgées (enquête de septembre à décembre 2016 auprès de 3 000 seniors répartis dans 700 établissements), et **CARE-Ménages** qui porte sur les seniors vivant à domicile (enquête de mai à octobre 2015 auprès d'environ 15 000 seniors). L'enquête CARE-Ménages a été

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

précédée d'une courte enquête intitulée « **Vie Quotidienne et Santé** » (VQS, 2014), dont les principaux résultats ont été présentés au niveau départemental (13) et au niveau national (14). Les réponses au questionnaire VQS permettaient de calculer un score VQS, le groupe I correspondant aux personnes les plus autonomes et le groupe IV aux personnes les plus dépendantes. Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, 3 % des personnes âgées de 60 ans à 74 ans (vivant à domicile) font partie du groupe IV, comme 13 % des personnes âgées de 75 ans ou plus (avec un pourcentage plus élevé chez les femmes que chez les hommes, 15 % versus 10 %). Les résultats nationaux mettent en évidence une moindre perte d'autonomie et une diminution des incapacités chez les seniors vivant à domicile depuis la précédente enquête réalisée en 2007.

3 Des vécus différenciés de la dépendance

En matière de dépendance, des inégalités sont observées entre les individus, inégalités qui ne sont pas seulement liées à l'état de santé mais également à de nombreux autres facteurs, tels que les conditions de vie et d'environnement, le sexe, le lieu de vie, les facteurs culturels...

- *selon le genre*

Le vécu de la dépendance est très différent entre les hommes et les femmes (15). En effet, si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus souvent en situation de perte d'autonomie aux grands âges et, contrairement aux hommes, vivent majoritairement cette situation sans conjoint auprès d'elles pour les soutenir (après 85 ans 54 % des femmes vivent seules en autonomie résidentielle en 2011, mais seulement 28 % de hommes (16)). Par ailleurs, du fait de la répartition des rôles dans la sphère domestique, les hommes seuls en perte d'autonomie sont plus désemparés que les femmes dans les tâches de la vie quotidienne, comme en témoigne la nature des aides reçues par les hommes et les femmes : davantage d'aides pour la réalisation des tâches domestiques chez les hommes, et davantage d'aides financières chez les femmes (plus souvent en situation de précarité financière que les hommes en raison de leurs faibles pensions de retraite).

- *selon les caractéristiques socioprofessionnelles et économiques*

Les différences socioprofessionnelles sont également à l'origine d'inégalités dans les situations de dépendance. On peut citer une étude réalisée par des chercheurs de l'INED et de l'INSERM à partir de l'enquête 2003 sur la santé et les soins médicaux (INSEE), qui a montré que les ouvriers vivent non seulement moins longtemps que les cadres mais vivent davantage d'années d'incapacité que ces derniers (17). Ainsi, à 60 ans, les ouvriers et ouvrières ont une espérance de vie inférieure à celle des cadres : 19 ans pour les hommes et 25 ans pour les femmes, contre 23 ans et 27 ans respectivement pour les hommes et les femmes cadres supérieurs (à souligner que l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les ouvriers et les cadres, d'environ 7 ans, est plus élevé que l'écart d'espérance de vie à 60 ans, les ouvriers étant plus nombreux à décéder avant 60 ans que les cadres). Et les incapacités de type I, peu invalidantes et fréquentes aux grands âges, s'installent plus durablement pour les professions manuelles. Après 60 ans, les ouvriers et les ouvrières vivront en moyenne plus d'années avec que sans limitations fonctionnelles. Les incapacités

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

les plus sévères, de type III, occupent 16 % des années restant à vivre après 60 ans chez les hommes ouvriers, contre 9 % chez les hommes cadres (respectivement 22 % et 16 % chez les femmes ouvrières et cadres).

Par ailleurs, les cadres, hommes et femmes, atteints de limitations fonctionnelles semblent arriver à mieux les compenser pour rester autonomes dans la vie de tous les jours : ils déclarent moins de difficultés pour les soins personnels (se laver, se lever du lit, manger et boire...) qui peuvent conduire à des situations de dépendance. Peut-être ont-ils plus de facilité à rester autonomes car ils utilisent des aides techniques ou des stratégies de compensation plus efficaces, ou bien un mobilier adapté dans leur logement (18).

Le besoin d'aides (notamment financières), pour compenser les limitations fonctionnelles, se révèle plus élevé pour les catégories sociales les plus défavorisées, et la réponse à ce besoin d'aides est souvent plus difficile à mettre en œuvre. Pour toutes les difficultés de prise en charge des personnes âgées dépendantes évoquées dans une enquête par les médecins généralistes, le fait d'être en situation économique précaire aggrave les difficultés (19).

- *selon les territoires*

Une étude de la Drees sur la prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, réalisée à partir d'enquêtes auprès d'un panel de médecins dans trois régions de France, a mis en évidence des disparités territoriales importantes dans les modalités de prise en charge de la dépendance, « en lien avec de multiples facteurs : disparités sociodémographiques, de prévalence de la dépendance, d'accessibilité aux professionnels du secteur médico-social, d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de politiques publiques en faveur des personnes âgées, etc. » (19). Par exemple, la répartition des différents intervenants à domicile varie nettement selon la zone d'exercice des médecins : les infirmiers libéraux sont fréquemment cités par les médecins exerçant en zones urbaines ou périurbaines, alors que les aides-soignants de SSIAD prennent une place plus importante pour les praticiens exerçant en zones rurales, les SSIAD étant notamment plus représentés dans ces zones.

L'Irdes, dans le cadre des territoires pilotes PAERPA, a établi un atlas qui présente les données socio-sanitaires de chacun des neuf territoires pilotes dispersés dans la France métropolitaine. Cet atlas met en exergue d'importantes différences de niveau de mortalité (mortalité prématurée et mortalité par accident vasculaire cérébral, démence, suicide), de morbidité (AVC et démence) et de dépendance (GIR 1 et 2) des populations âgées dans les territoires étudiés (20). L'offre de soins présente sur ces territoires (hôpitaux, EHPAD, professionnels libéraux), ainsi que le recours aux soins, font l'objet également de grandes différences entre territoires.

L'INSEE Auvergne-Rhône-Alpes a publié récemment une analyse sur les conditions de vie des seniors notamment des 75 ans et plus. Cette analyse montre une grande disparité au sein de la région en matière de conditions de vie, d'habitat et de pauvreté, certains territoires cumulant de nombreuses difficultés (21).

- *plusieurs facteurs de non-recours à l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) à domicile*

Le non-recours à l'APA à domicile conduit certaines personnes à vivre des situations de dépendance beaucoup plus difficilement que d'autres. Ce non-recours, de l'ordre de 20 % à 28 % selon les études, a fait l'objet d'une étude dans quatre départements français (22), où le non-recours est plus ou moins élevé.

Les facteurs de non-recours identifiés par les professionnels de terrain sont les suivants : mauvaise ou non-connaissance du dispositif (à mettre en lien avec une défaillance de la diffusion d'information par les pouvoirs publics ou une défaillance de la coordination professionnelle), limites de la prestation (lourdeur du dossier administratif, contraintes pour l'individu impliquées par une aide en nature, reste à charge trop important pour les personnes en situation de précarité financière), choix personnel (la personne ne demande pas l'allocation soit par dignité, pour conserver une image positive de soi, soit par préférence d'un autre mode d'aide, familial par exemple), déni de la personne quant à son état de dépendance et refusant toute intervention de la part des professionnels (avec parfois un risque de mise en danger de la personne).

Il faut aussi évoquer le non-recours partiel à l'APA, qui conduit certaines personnes à revenus modestes à demander un abaissement du plan d'aide, donc une aide inférieure à celle à laquelle elles auraient pu prétendre, afin d'avoir un ticket modérateur moins élevé. Certains services d'aide à domicile pratiquent également des tarifs supérieurs au tarif de référence du département, qui entraînent des surcoûts en plus du ticket modérateur, le reste à charge se révélant alors parfois trop élevé pour les personnes âgées à faibles ressources.

4 Les facteurs de risque de la dépendance, et la notion de fragilité

Pour agir en prévention de la dépendance, il est important d'en identifier les principales causes. Or il est rare, chez la personne âgée, que la dépendance résulte d'une seule cause, il s'agit le plus souvent d'un ensemble de facteurs qui se conjuguent pour aboutir à des incapacités fonctionnelles. C'est une notion bien connue en gériatrie, discipline qui se caractérise par une approche globale, biopsychosociale du sujet âgé. Cette approche globale permet notamment de repérer les sujets âgés particulièrement vulnérables dits « fragiles » à haut risque de décompensations fonctionnelles souvent en cascade.

Selon le Dr Debray, le vieillissement, qui est un processus physiologique aboutissant à une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme, n'aboutit jamais en lui-même à une décompensation fonctionnelle (23). Par contre la diminution des réserves fonctionnelles liée au vieillissement, parfois couplée aux maladies chroniques, peut aboutir à un « état pré-morbide » susceptible de décompensations multi systémiques brutales en cascade. Cet état place la personne âgée dans une situation de fragilité ou de vulnérabilité, à haut risque de décompensation fonctionnelle lors d'une situation de stress (maladie aiguë par exemple), et donc à haut risque d'hospitalisation en urgence, d'institutionnalisation ou de décès.

Pour exemple, une diarrhée lors d'un épisode de gastro-entérite aiguë peut entraîner chez une personne âgée, dans certains cas, des troubles du rythme cardiaque, eux-mêmes éventuellement à l'origine de chutes traumatiques et de fractures. L'alitement et les complications secondaires qui en découlent vont ensuite souvent entraîner des incapacités fonctionnelles. Bien que l'événement traumatique apparaisse dans ce cas comme la cause de l'incapacité fonctionnelle, il n'est que la conséquence d'une cascade d'événements qu'il faut reconstituer pour corriger un à un les facteurs de décompensation (23).

- *Les pathologies ou traumatismes à l'origine de la dépendance*

Si les limitations fonctionnelles sont bien mesurées par les enquêtes, les origines de ces limitations (quelles altérations de l'état de santé ont causé les limitations) sont peu décrites, tant les origines peuvent être difficiles à repérer et multifactorielles.

Certaines enquêtes, comme l'enquête Handicap-Santé précédemment citée, décrivent non seulement les limitations fonctionnelles des personnes âgées mais également leur état de santé, c'est-à-dire les pathologies dont elles sont atteintes (12). Grâce à cette enquête, on sait qu'en établissement (maison de retraite, EHPAD, USLD), un tiers des personnes de 75 ans ou plus ont une maladie d'Alzheimer (contre 4 % à domicile), 6 % une maladie de Parkinson (contre 2 % à domicile), 14 % des séquelles d'accident vasculaire cérébral (contre 6 % à domicile). On voit bien que ces pathologies, beaucoup plus fréquentes en institution qu'à domicile, sont certainement à l'origine de la dépendance et de l'entrée en institution. Si l'on s'intéresse spécifiquement aux résidents des EHPAD, selon l'enquête EHPA 2011 ce sont 91 % des résidents qui sont atteints d'affections neuropsychiatriques, dont 49 % d'un syndrome démentiel (Alzheimer inclus), 8 % d'un syndrome parkinsonien et 18 % ont fait un accident vasculaire cérébral (24). Selon une analyse des consommations de soins des personnes de 65 ans et plus admises en EHPAD au 1^{er} trimestre 2013, les maladies neurodégénératives (53 %) et cardio-neuro-vasculaires (51 %) étaient les pathologies les plus fréquentes (25).

A contrario, les pathologies n'engendrant pas un même niveau de dépendance, comme le diabète, le cancer ou encore la bronchite chronique, sont aussi répandues en établissement qu'à domicile (entre 10 à 13 % de la population de 75 ans ou plus) et on ne peut faire le lien entre ces pathologies et les limitations fonctionnelles qu'elles pourraient engendrer (12). Ce n'est que l'approche individuelle, soit en rétrospectif (analyse des dossiers médicaux) soit en prospectif (suivi de cohortes longitudinales), qui peut permettre de retracer l'évolution de certaines altérations de la santé vers des limitations fonctionnelles puis vers des restrictions d'activité, entraînant le besoin d'aide. À cet égard, l'analyse des certificats médicaux rédigés lors des premières demandes d'APA s'avère particulièrement intéressante, même si les données sont un peu biaisées par le phénomène du non-recours à l'APA (22).

Une exploitation de ces certificats médicaux a été réalisée en 2010 par le Conseil général de la Loire, et les résultats ont été comparés aux données de 2004 (26). Sur environ 1 800 premières demandes d'APA d'avril à octobre 2010, 1 260 certificats médicaux ont été analysés. Les principales pathologies repérées comme à l'origine de la dépendance sont les suivantes :

- les maladies neuropsychiatriques sont les premières pathologies à l'origine de la perte d'autonomie (46 %), en 2010 comme en 2004. Parmi celles-ci : les maladies d'Alzheimer et apparentées (près de la moitié), les AVC (20 %), les maladies de Parkinson (20 %)
- les pathologies ostéo-articulaires (18 % en 2010) se placent au 2^{ème} rang, avec la moitié de pathologies dégénératives (arthrose...), un tiers de séquelles post-traumatiques, et des pathologies inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde...)
- les pathologies cancéreuses sont au 3^{ème} rang (12 % en 2010)
- les polyopathologies (11 %)
- les maladies cardio-vasculaires (4 %), principalement des insuffisances cardiaques ou des myocardiopathies
- les maladies broncho-pulmonaires (3 %), principalement des insuffisances respiratoires
- les pathologies sensorielles (3 %), en grande majorité des pathologies ophtalmiques
- les pathologies endocriniennes (2 %), dont le diabète

Cette analyse porte sur un échantillon limité de dossiers, et montre qu'il existe des disparités parfois importantes d'un territoire à un autre (en infra-départemental), qui peuvent être liées à des différences d'état de santé, de prise en charge, mais également à des différences d'évaluation de la part des professionnels. Toutefois, même si la part des pathologies ou traumatismes à l'origine de la dépendance peut varier légèrement d'un territoire à l'autre, toutes les publications sur le sujet reconnaissent que ces pathologies sont bien celles qui altèrent suffisamment l'état de santé pour entraîner des limitations fonctionnelles puis des restrictions d'activité.

- *la fragilité contribue à la perte d'autonomie, elle est toutefois parfois réversible*

Le concept de fragilité (frailty en anglais) a émergé dans la littérature médicale dans les années 1980. Différentes approches de la fragilité ont proposé une mesure multidimensionnelle de la fragilité, qui repose sur une combinaison de plusieurs critères sélectionnés et pondérés « à titre d'expert » (27). Le modèle développé par Fried à la fin des années 1990 met en cohérence plusieurs éléments qui contribuent au processus de perte d'autonomie fonctionnelle, il propose la définition suivante de la fragilité : « la fragilité est une vulnérabilité liée à l'avancée en âge, due à une altération des réserves homéostatiques de l'organisme qui devient incapable de surmonter un quelconque stress » (28). Selon cinq critères physiques, les personnes sont classées en trois groupes : les personnes pré-fragiles, les personnes fragiles et les personnes robustes. Les cinq critères sont les suivants : perte de poids involontaire (ou diminution de l'appétit), fatigue déclarée, bas niveau d'activité physique (sédentarité), vitesse de marche lente (ralentissement de la marche), faiblesse musculaire (diminution de la force de préhension ou sarcopénie). La présence d'au moins trois critères définit la fragilité, la présence d'un ou deux critères la pré-fragilité.

Ce modèle est particulièrement intéressant en gérontologie/gériatrie, car il permet de repérer des personnes en situation de fragilité alors même que ces personnes n'ont pas

développé de pathologies ou de limitations fonctionnelles. Tout l'intérêt du concept de fragilité réside dans le fait qu'il y a une potentielle réversibilité vers la robustesse. On peut prévenir ou retarder l'entrée dans la dépendance en évaluant la situation des patients fragiles et en mettant en place des actions (29).

Sur le plan médical, le processus de fragilité ou « fragilisation » se déroule sur plusieurs décennies de vie. Son ampleur et de sa rapidité de développement dépendent de nombreux facteurs (avancée en âge, sexe, éducation, comportement en santé – tabac, alcool, malnutrition, sédentarité, conditions socio-économiques, dysfonctions affective, cognitive ou sensorielle) qui interviennent sur les différentes fonctions d'organe et en particulier sur le muscle squelettique (30). Le processus de fragilisation est multi-systémique, complexe, et souvent silencieux. Il peut apparaître au cours du vieillissement mais aussi être provoqué/accéléré par l'apparition d'une maladie ou les conséquences d'un traumatisme. L'état de fragilité lui-même, est souvent révélé par un incident médical, traumatique, chirurgical ou psychologique, qui fait basculer la personne d'un état d'apparente robustesse à celui de fragile, état à haut risque de perte d'autonomie (phénomène de décompensations en cascade). L'état de fragilité doit être considéré comme un stade initial de dépendance fonctionnelle.

Selon les résultats de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes de 2012, 45 % des Français âgés de 65 ans ou plus sont considérés pré-fragiles, et 13 % fragiles. Les résultats d'enquêtes peuvent varier d'une enquête à une autre du fait de l'utilisation de méthodes différentes (état de santé déclaré ou mesuré) ou de questions posées différemment. La comparaison d'ESPS 2012 et d'Handicap-Santé-Ménages (HSM 2008) montre peu de différences dans leurs résultats (31). L'étude Européenne SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), réalisée en 2011, estime que 50 % des Français de plus de 65 ans sont pré-fragiles et que 18 % sont fragiles (32). Le rapprochement des deux études, SHARE et ESPS 2012, sur le plan des déterminants de la fragilité, a toutefois mis en évidence une certaine homogénéité dans les effets des différentes variables explicatives de la fragilité. Parmi les variables associées à la fragilité dans les deux enquêtes, on retrouve le sexe (davantage de fragilité chez les femmes), l'âge (la fragilité augmente avec le vieillissement), la présence de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles, la consommation d'alcool et le niveau de revenu. Les deux modèles ne convergent pas complètement sur les variables concernant le niveau d'éducation, le fait d'avoir connu des difficultés financières dans le passé, et le fait d'être fumeur. Ces enquêtes mettent néanmoins toutes les deux en évidence la présence d'inégalités sociales de fragilité.

Le repérage de la fragilité peut être réalisé lors d'une consultation médicale, soit en hôpital de jour gériatrique (exemple du Gérontopôle de Toulouse) (33) (34), soit par les médecins généralistes, avec des outils d'évaluation simple comme le questionnaire FRAIL (5 questions), ou comme le Gerontopôle Frailty Screening Tool (GFST) utilisé par exemple à titre expérimental au sein de l'Arc Alpin (35). Une fois les causes de fragilité repérées, si le dépistage est précoce, des actions sont possibles par exemple contre la malnutrition, la fonte musculaire, les troubles de l'humeur, la cataracte ou la dégénérescence maculaire, les troubles de l'audition...

L'Académie nationale de médecine recommande, dans un rapport récent (30), l'instauration d'une consultation gratuite, à mi-vie, selon un protocole préétabli incluant une évaluation multidimensionnelle de la fragilité pour réduire les « dépendances évitables ».

Le Programme Pari (Programme d'action pour une retraite indépendante) repose sur un outil innovant de diagnostic des risques individuels de perte d'autonomie à partir des situations de fragilité sociale, économique et de santé. L'évaluation de ce programme (36) a montré que le dispositif Pari est capable de repérer des personnes ayant des besoins sociaux jusqu'à présent non révélés.

5 Évolution et projection de la dépendance

Face au vieillissement de la population, en France comme dans les autres pays développés, et aux interrogations quant à l'évolution de la dépendance, à sa prise en charge et à son coût, il a été décidé en 2011 d'organiser un grand débat national sur la dépendance (37). Dans le cadre de ce débat, un groupe a travaillé plus spécifiquement, avec de nombreux organismes (INSEE, INED, DREES, OCDE, Direction du Trésor...), sur les perspectives démographiques et financières de la dépendance (4). Ce travail constitue une référence en matière de projections de la dépendance. Partant des données connues en 2011 sur la prévalence de la dépendance et sur les évolutions démographiques, il émet des hypothèses quant à l'évolution du lien entre le vieillissement de la population et la fréquence de la dépendance.

- *Des évolutions démographiques connues*

En 2011, le groupe de travail du Débat national s'était appuyé sur les projections démographiques 2007-2060 réalisées par l'INSEE (38). Ces projections montraient, quelle que soit l'hypothèse retenue, une augmentation très forte de la part des 60 ans et plus dans l'ensemble de la population française, liée à l'arrivée dans cette classe d'âge des générations nombreuses issues du baby-boom d'après-guerre. Ainsi, selon le scénario central de projection, la part des 60 ans et plus passe de 21 % de la population en 2007 à 31 % en 2035. Cette évolution ralentit ensuite entre 2035 et 2060 (32 % de 60 ans et plus en 2060), puisque les générations suivant le baby-boom sont moins nombreuses et que les décès seront plus importants parmi celles du baby-boom. Parmi les 60 ans ou plus, c'est le nombre des personnes très âgées (plus de 85 ans) qui augmenterait le plus, passant de 1,3 million en 2007 à 5,4 millions en 2060.

L'INSEE vient de publier de nouvelles projections démographiques, pour les années 2013-2070 (39). Le scénario central de projection montre, à l'horizon 2030, peu de différences par rapport aux projections 2007-2060, les parts des 60-64 ans, 65-74 ans, 75 ans ou plus, s'avérant stables. Par contre, à l'horizon 2060, la part des 75 ans ou plus passe de 16,2 % de la population (projections 2007-2060) à 17,2 % (projections 2013-2070), ce qui montre une augmentation plus forte que prévue de la part des plus âgés. Selon ces dernières projections, la part des 75 ans ou plus passerait même à 17,9 % en 2070.

Au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes, les nouvelles projections démographiques ne sont pas encore disponibles. Les projections régionales du modèle Omphale 2010 (2007-

2042) montraient pour la région Auvergne-Rhône-Alpes des évolutions démographiques similaires à celles de la France métropolitaine, la part des 60 ans et plus passant de 22 % de la population en 2007 à 30 % en 2035, cette part restant stable ensuite jusqu'en 2042. Comme en France, c'est également la part des plus âgés qui augmente le plus rapidement : la part des 85 ans ou plus, de 2 % de la population régionale en 2007, passerait à 4 % en 2030 et à 6 % en 2042. Le nombre de ces personnes de 85 ans ou plus, correspondant aux personnes le plus à risque de dépendance, doublerait ainsi entre 2007 (155 000 personnes) et 2030 (313 000 personnes), et continuerait d'augmenter fortement jusqu'en 2042 (505 000 personnes).

- *Une évolution de la dépendance difficile à mesurer*

Le groupe de travail du débat national sur la dépendance de 2011 a analysé toutes les hypothèses en matière d'évolution de la dépendance au sein de la population française (4). En effet, les seules projections démographiques ne permettent pas d'estimer la part des personnes dépendantes, car il faut également prendre en compte l'évolution de la prévalence des pathologies, de leur prise en charge, et celle des avancées thérapeutiques. Jusqu'au milieu des années 2000, l'hypothèse dominante était plutôt optimiste, dans le sens où l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) semblait augmenter plus vite que l'espérance de vie totale, avec ou sans incapacité. Les chercheurs estimaient alors que les années de vie gagnées comportaient davantage d'années en bonne santé que d'années avec incapacité (40). Suite aux résultats de l'Enquête Handicap santé (2008-2009), il est apparu à ces mêmes chercheurs d'une part que l'espérance de vie sans restriction pour les activités de soins personnels (notion approchante de l'EVSI) continuait d'augmenter mais moins que l'espérance de vie, et d'autre part que la tranche d'âge des 50-65 ans montrait des taux de limitations fonctionnelles et de restrictions d'activité plus élevés que la même tranche d'âge dix ans auparavant (41). Une analyse récente de l'évolution de l'EVSI en 2014 et 2015 montre que la diminution ponctuelle de l'espérance de vie en 2015 a eu peu d'impact sur l'EVSI, cet impact étant plus favorable chez les hommes que chez les femmes (42).

Plusieurs facteurs d'explication peuvent être avancés à ces évolutions moins favorables que par le passé. Premièrement, de nombreuses pathologies sont mieux prises en charge que par le passé, elles sont moins létales mais entraînent une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, avec parfois des conséquences plus lourdes en termes de dépendance. L'observation de l'évolution des maladies chroniques en Auvergne-Rhône-Alpes sur les 15 dernières années confirme l'augmentation des taux d'incidence de certaines maladies cardio-vasculaires (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque) alors que les taux de mortalité liée à ces pathologies diminue dans le même temps, et l'augmentation également de l'incidence des maladies neurologiques et des maladies rhumatologiques (43). Deuxièmement, il est possible que la perception qu'ont les individus de leur état de santé évolue au cours du temps, et qu'ils identifient mieux leurs difficultés et aient davantage recours au système de soins.

Ainsi, compte-tenu des difficultés d'une part à estimer l'évolution des pathologies et d'autre part à estimer le lien entre pathologies et dépendance, le groupe de travail du Débat national sur la dépendance avait fait le choix, en 2011, de proposer trois scénarios de projection de la dépendance, basés sur le nombre de bénéficiaires de l'APA et les projections

démographiques de l'INSEE. Selon le scénario intermédiaire, qui retenait un partage neutre des gains d'espérance de vie entre espérance de vie sans dépendance ou avec dépendance, la population de personnes âgées dépendantes augmenterait de 35 % entre 2010 et 2030 et de 100 % entre 2010 et 2060, passant de 1,15 million d'individus en 2010, à 1,55 million en 2030 et à 2,3 millions en 2060 (4).

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'INSEE a procédé récemment à une estimation des personnes dépendantes à l'horizon 2030 (44). A partir des données de l'Enquête Handicap-Santé, la part des personnes dépendantes (GIR 1 à 4) a été estimée pour les années 2015 à 2030. Le nombre de personnes dépendantes dans la région, de 172 000 personnes en 2015, passerait à 187 000 en 2020 et à 215 000 en 2030, soit une augmentation de 25% entre 2015 et 2030 (mais de 21% chez les femmes et de 34 % chez les hommes). Les femmes seraient toujours plus nombreuses à être dépendantes que les hommes (135 100 femmes et 80 400 hommes en 2030), et ce sont les classes d'âge des 75-84 ans et des 90 ans ou plus qui augmenteraient le plus parmi les personnes dépendantes (respectivement +32 % et +51 % entre 2015 et 2030). Au niveau infra-régional, de fortes disparités de croissance du nombre de personnes âgées dépendantes sont à souligner : les croissances les plus élevées concernent les départements de l'Ain (+37 %) et de la Haute-Savoie (43 %), les moins fortes les départements du Cantal (+13 %) et de l'Allier (+10 %), deux départements où la proportion de personnes âgées est déjà élevée.

Une précédente étude de l'INSEE avait concerné l'ex-région Auvergne, et permis la déclinaison des estimations de personnes âgées dépendantes au niveau des BSI (bassins de santé intermédiaires). À ce niveau territorial aussi, de grandes disparités sont observées concernant la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes (45).

- *Les caractéristiques de la dépendance évoluent également*

Les projections nationales de dépendance présentées ci-dessus ne se contentent pas d'estimer le nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2030 ou 2060, elles essaient également de caractériser les formes de dépendance à venir. Ainsi, l'âge moyen des personnes dépendantes augmenterait (de 84 ans en 2010, il passerait à 86 ans en 2060), la dépendance resterait largement féminine (74 % de la population en 2010 contre 71 % en 2060), la répartition entre dépendance lourde (GIR 1 et 2) et dépendance moyenne (GIR 3 et 4) évoluerait peu (la dépendance lourde est supposée stable car étroitement liée à la mortalité). Selon les estimations du modèle de simulation Destinie de l'INSEE, les environnements familiaux (aide potentielle des enfants ou conjoints auprès des personnes dépendantes) évolueraient peu sous les effets contraires du vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie : du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, les dépendants ont, à âge donné, plus de chance d'avoir un enfant ou un conjoint survivant, mais l'âge moyen des dépendants tend à s'élever et la probabilité d'avoir un aidant survivant décroît avec l'âge. Globalement, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes se resserrant, la seule évolution sensible pour les personnes dépendantes, quant à leur environnement familial, concerne le fait d'avoir un conjoint, la part de dépendantes avec conjoint augmentant légèrement entre 2010 et 2050 et celle de dépendants avec conjointe baissant légèrement (4).

À partir d'une analyse de plusieurs études, l'INED montre que les évolutions démographiques et sociales peuvent conduire à des évolutions dans la prise en charge de la dépendance (46). Les femmes resteront les plus dépendantes, du fait de leur espérance de vie plus longue, mais vieilliront moins souvent seules du fait de l'allongement de la vie de leurs conjoints. Elles seront ainsi plus souvent en couple, donc potentiellement aidées, mais il n'est pas dit que l'aide apportée par un homme à son épouse dépendante soit plus importante qu'elle ne l'est actuellement, les hommes faisant davantage appel à des professionnels (établissement ou aide à domicile) pour un niveau de dépendance équivalent du conjoint. Il faut aussi tenir compte, dans l'analyse, de la montée de la part de divorcés et de célibataires dans la population, qui renforce l'isolement de la personne.

Les femmes sont également les principales pourvoyeuses d'aide familiale, qu'il s'agisse des filles (3/4 des cas d'aide à un parent) ou des épouses (70 % des cas d'aide au conjoint). On peut s'interroger sur la future disponibilité des femmes dans la mesure où elles seront plus impliquées dans le marché du travail (parfois de ce fait plus éloignées de leurs parents) et par ailleurs elles-mêmes plus âgées, donc avec une santé plus fragile. Les attentes des personnes âgées dépendantes évoluent également, et ces dernières comptent moins sur la famille pour une aide au quotidien que sur l'aide par un professionnel. Les aspects financiers de la prise en charge professionnelle de la dépendance sont également à prendre en compte, la capacité financière des individus et les dispositifs publics mis en place étant déterminants dans les choix de prise en charge.

En termes de projections de prise en charge, l'INSEE a procédé en 2016, pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, à un exercice d'estimation du nombre d'emplois à pourvoir à l'horizon 2020 pour accompagner le vieillissement de la population (44). En 2015, selon l'INSEE, 109 00 emplois en équivalent temps plein (ETP) sont consacrés aux soins et à l'aide des personnes âgées en perte d'autonomie, dont la moitié dédiés à l'accompagnement à domicile. Face à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes (+15 % entre 2015 et 2020), de nombreux emplois supplémentaires sont à prévoir à l'horizon 2020.

6 L'évolution des politiques publiques en matière de vieillesse et de prévention de la dépendance

De nombreux auteurs se sont intéressés à la construction des politiques vieillesse en France et au bien-fondé des textes et dispositifs mis en place (47). L'histoire des politiques vieillesse en France peut être considérée comme le reflet des représentations de la vieillesse elle-même. La problématique de la vieillesse, d'abord seulement d'ordre économique, puis d'insertion sociale, s'est progressivement scindée en deux, définissant ainsi deux politiques : celle de la dépendance (une fois que les effets du vieillissement conduisent à la dépendance) et celle de la prévention de la dépendance (afin de parvenir à un vieillissement réussi, et retarder la dépendance) (48).

Après que le droit social à la retraite soit devenu universel pour tous les salariés en 1945, une nouvelle catégorie sociale est née, celle des retraités, caractérisée par un âge, l'âge du départ à la retraite (65 ans). Trouvant sa source dans les revendications ouvrières du 19^{ème} siècle, la question principale à laquelle répondent les premiers systèmes de retraite est

essentiellement économique. Il s'agit alors de trouver une solution aux difficultés économiques et sociales que connaissent les ouvriers vieillissants, qui se retrouvent indigents lorsqu'ils ne peuvent plus travailler. Le mouvement ouvrier, le patronat et les pouvoirs publics sont les acteurs principaux de cette transformation sociale majeure, qui va voir l'État s'impliquer dans le champ de la vieillesse.

La première politique de vieillesse en France voit le jour avec le rapport Laroque de 1962 (49), qui encourage le développement de services d'aide-ménagère pour favoriser le maintien à domicile, la construction de résidences adaptées, les clubs et les résidences de vacances pour les personnes âgées... L'objectif est de faciliter l'intégration sociale tout en prévenant les facteurs d'aggravation du vieillissement. Une première sous-catégorisation de la vieillesse est faite, les retraités actifs d'une part, qui vont participer à la vie sociale, le « 3^{ème} âge », et ceux qui connaissent des déficiences physiologiques, souvent plus âgés, d'autre part. C'est de cette distinction (deux catégories de personnes âgées) qu'est née dans les années 1990 la politique de la dépendance, s'adressant aux plus âgés.

La prestation expérimentale dépendance (PED) est expérimentée à partir de 1995, puis généralisée en 1997 sous le terme de prestation spécifique dépendance. Cette loi pose légalement la frontière entre personnes handicapées et personnes âgées, l'âge (60 ans) étant un des critères d'éligibilité à la prestation. La loi de 2001 va réformer la PSD et créer l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui représente aujourd'hui le dispositif principal de la politique vieillesse en France. L'APA est accordée selon le critère de l'âge, mais aussi selon une grille du niveau de dépendance, la grille AGGIR. La politique publique se construit dès lors autour de la mesure de la dépendance, qui va déterminer les aides apportées donc leur coût, mais aussi classer les personnes en « dépendantes » (GIR 1 à 4) et en « non-dépendantes » (GIR 5 et 6), les premières reçoivent l'APA des Conseils généraux et les secondes sont du ressort de l'action sociale des caisses de retraite. C'est ainsi que la politique de la dépendance est gérée par les Conseils généraux et que les caisses de retraite se retrouvent en charge d'une politique ciblée davantage sur la prévention de la dépendance.

Le « plan national du Bien Vieillir » est instauré par les pouvoirs publics en 2007. Ce plan définit des actions spécifiques de santé publique, il repose clairement sur l'idée que la prévention relève de la responsabilité de l'individu vieillissant, qui doit prendre en charge sa propre santé et son avancée en âge. Cela correspond à la montée en puissance d'un discours qui fait de la prévention une affaire de santé publique et de responsabilisation individuelle, ignorant les conditions de vie économique et sociale des individus (48). Certains auteurs expriment même l'idée que mal vieillir devient « une erreur, une faute » (50), la prévention sanitaire est officiellement privilégiée au détriment de la prévention sociale. Une évaluation du plan national Bien Vieillir, menée par le Haut Conseil de Santé Publique en 2010, a vivement critiqué l'approche strictement sanitaire du plan, précisant d'ailleurs que cette approche allait à l'encontre de la plupart des actions de prévention menées sur le terrain, notamment par les institutions de retraite complémentaire, actions qui privilégient une vision plus large de l'individu et de son environnement (social, sanitaire, économique, culturel) (51). Schématiquement, deux visions de la prévention s'affrontent, une plus sanitaire basée sur la responsabilisation de l'individu via des actions collectives d'éducation et d'information, ne tenant pas compte des déterminants socio-environnementaux (vision

développée au niveau national), et une plus sociale basée sur des actions individuelles qui intègrent le parcours de vie des individus et tentent de compenser les inégalités sociales de santé (vision davantage développée au niveau local) (48).

Au niveau de la répartition des tâches entre les différents acteurs, les Conseils départementaux, qui avaient depuis les premières lois de 1982 et 1983 la compétence en matière sociale et médicosociale au travers de l'élaboration du schéma départemental de l'action sociale et médico-sociale, gèrent depuis 2002 l'APA, donc l'action en direction des personnes dépendantes. La CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse), acteur incontournable du maintien à domicile par ses prestations d'aide-ménagère, s'est recentrée depuis 2002 à la fois sur des actions individuelles de prévention (livret bien vieillir) et sur des actions collectives de prévention (ateliers de prévention des chutes, conférences...). L'action de prévention des institutions de retraite (Agirc-Arrco) s'est longtemps caractérisée par la gestion de centres de santé (centres de prévention) où se réalisent des bilans médico-psychosociaux dédiés aux plus de 50 ans ; Agirc-Arrco construit désormais de nombreuses actions de prévention avec la CNAV et les groupes paritaires de protection sociale (GPS), associant retraite et protection sociale complémentaire.

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), les Agences régionales de santé (ARS) mettent en œuvre à la fois la politique de l'offre sanitaire (établissements et professionnels de santé), celle de l'offre médico-sociale en lien avec les Conseils départementaux, et la politique de prévention en lien avec les autres acteurs de la prévention dont les mutuelles. Les outils de la politique de l'ARS sont les Projets régionaux de santé (PRS), accompagnés des différents schémas sanitaire, médico-social, de prévention, et les plans spécifiques en direction des personnes en difficulté (PRAPS) et pour l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC). Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, les PRS actuels des deux ex-régions se poursuivent jusqu'à fin 2017. Un nouveau PRS est en cours de rédaction et sera mis en œuvre à partir de 2018.

Parmi les plans nationaux récents en lien avec les personnes âgées, on peut citer le Plan solidarité grand âge (2007-2012) et le Plan Alzheimer (2008-2012) qui visent à adapter le dispositif d'accompagnement et de soin aux besoins des personnes âgées, malades ou non, et aux besoins de leur entourage en leur permettant repos et répit. D'autres plans peuvent concerner également les personnes âgées, tels que : le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), le Programme de développement des soins palliatifs (2008-2012), le Plan Cancer, le Programme national nutrition santé...

Le Plan pour les métiers de l'autonomie (2014) s'intéresse plus particulièrement aux ressources humaines à déployer pour la prise en charge des personnes dépendantes.

Les avancées les plus récentes des politiques vieillesse sont incarnées par la **Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement**, votée en décembre 2015. Cette loi donne la priorité au maintien à domicile avec des mesures telles que l'amélioration de l'APA, la reconnaissance et le soutien aux proches aidants à travers le droit au répit, la réforme du congé de soutien familial qui devient congé du proche aidant, de nouvelles aides pour

améliorer la prévention de la perte d'autonomie (notamment les aides domotiques). Dans le cadre de cette loi, des conférences de financeurs vont être mises en place dans chaque département (dans certains départements pilotes, les conférences ont été mises en place avant la promulgation de la loi), qui auront pour tâche de mettre en place des actions de prévention de la dépendance. En parallèle de la nouvelle loi, **un Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie** a été publié en septembre 2015 (5), destiné tout particulièrement aux conférences des financeurs, auxquels il donne un cadre pour la mise en place de leurs actions. Ce plan développe six axes : la prévention primaire (améliorer les déterminants de la santé et de l'autonomie), la prévention secondaire (prévenir les pertes d'autonomie évitables), la prévention tertiaire (éviter l'aggravation des situations de dépendance), la réduction des inégalités de santé (en améliorant l'accès aux dispositifs de soins et de prévention, via les PRAPS notamment), la formation des professionnels à la prévention de la dépendance, le développement de la recherche et l'évaluation des stratégies.

Cette loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement permet de poser le principe d'un découplage entre les différentes politiques publiques, pour aborder le vieillissement de façon globale. Elle invite tous les acteurs de terrain, qu'ils soient acteurs médico-sociaux ou collectivités locales à penser l'adaptation de la société au vieillissement. Elle encourage ainsi à fois les acteurs médico-sociaux à s'intéresser à la ville, aux déplacements des personnes âgées, à la situation des lieux de vie, et les services des collectivités locales à intégrer la question du vieillissement dans leur propre champ de compétence (urbanisme, logement, culture, éducation, sport...) (52).

7 La prévention de la dépendance

Le champ de la prévention de la dépendance est vaste puisqu'il s'intéresse, à l'instar du Plan national d'Action et de prévention de la perte d'autonomie de 2015 (5), aux différentes formes de prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

En prévention primaire, il s'agit d'intervenir sur tous les facteurs susceptibles d'entraîner une dépendance, dont les facteurs de risque sont, nous l'avons évoqué précédemment, de natures très diverses. Tous les déterminants de la santé se trouvent ainsi concernés, puisque qu'ils ont tous une influence plus ou moins importante sur l'état de santé. Ces déterminants sont listés, de façon non exhaustive, par l'Académie nationale de médecine, dans un rapport récent consacré à la prévention de la dépendance liée au vieillissement (53). Ce rapport s'intéresse aux déterminants sur lesquels il est encore possible d'agir à l'âge adulte, à «mi-vie» c'est-à-dire vers 45-50 ans. Ce sont l'activité physique régulière, une alimentation adaptée à l'âge adulte (pour limiter les risques de diabète notamment, ou encore de dénutrition), l'absence ou l'arrêt du tabagisme et une consommation d'alcool sans abus.

Le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie propose en prévention primaire des actions sur plusieurs grandes thématiques de santé, actions accompagnées chacune de propositions d'outils et bonnes pratiques, de partenaires à mobiliser (5). Le lien est fait avec les autres Plans de santé publique (PNNS, PRSE, PRAPS...). Les thématiques

abordées sont : l'alimentation, la pratique d'activités physiques et sportives, le maintien en activité des seniors dans le cadre de l'allongement des carrières (prévention en santé au travail), le maintien de la santé des aidants, la préparation à la retraite, la lutte contre l'isolement, la promotion du maintien à domicile en logement individuel ou collectif (promotion des résidences-autonomie), l'adaptation de l'environnement aux conséquences du vieillissement (promotion de la démarche Villes amies des aînés, intégration des enjeux du vieillissement dans les documents d'urbanisme, mobilité dans les quartiers), le repérage des facteurs de risque de la fragilité.

À l'initiative conjointe de la CNAMTS et de la CNAV et en concertation avec la MSA et le RSI, des « Observatoires régionaux des situations de fragilité » sont en cours de déploiement au niveau des régions. Ceux-ci réalisent une approche populationnelle et visent à identifier les personnes en risque de fragilité pour agir, de façon ciblée, sur les difficultés d'accès aux droits, aux soins et aux dispositifs de prévention et contribuer ainsi à la réduction des inégalités sociales en santé au cours de l'avancée en âge.

En prévention secondaire, pour l'Académie nationale de médecine, toujours à mi-vie, il importe de dépister très tôt le début (53) :

- des maladies cardio-vasculaires (surveillance et traitement de l'hypertension artérielle)
- du diabète (dépistage par la mesure de la glycémie et de l'hémoglobine glyquée, et mise en place des mesures hygiéno-diététiques, voire médicamenteuses, adaptées)
- de la dépression (intervention sur l'environnement stressant, soutien psychothérapeutique)
- des syndromes démentiels (repérage des premiers signes, suivi d'un AVC...)
- des maladies musculo-squelettiques (dépistage et traitement de l'ostéoporose responsable de fractures, interventions spécifiques sur l'arthrose)
- des troubles sensoriels liés au vieillissement : troubles de la vision (augmentation du risque de chutes), de l'audition (favorisant l'isolement et le déclin cognitif, et vertiges favorisant les chutes), de l'olfaction (suspectés d'être un marqueur d'état pré-démontiel)

Ce dépistage est envisagé par l'Académie nationale de médecine à mi-vie, il permettrait de repérer les troubles débutants.

Le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie propose en prévention secondaire des actions pour :

- Améliorer et coordonner les pratiques en matière d'octroi des aides techniques, de diagnostic habitat et d'adaptation du logement
- Lutter contre la sédentarité, conforter le maintien de la mobilité : équilibre, marche, prévention des chutes
- Prévenir les risques de dépression pour lutter contre ses effets sur l'autonomie
- Prévenir et accompagner les troubles sensoriels
- Préserver la plus grande autonomie possible des résidents pour les activités de la vie quotidienne en EHPAD.

Toujours en prévention secondaire, les Gérotopôles comme celui de Toulouse proposent des consultations vers l'âge de 70 ans, pour repérer les états de fragilité ou de pré-fragilité (concept défini précédemment) (33). Le test de fragilité permet de repérer les sujets à risque de glisser vers la dépendance, de rechercher les causes de la fragilité et d'intervenir sur ces causes dans la mesure où certaines d'entre elles sont réversibles. Les médecins peuvent intégrer ce test de fragilité dans leur pratique ou effectuer un ou deux tests cliniques simples (temps de station sur un pied, épreuve des levers de chaise et force de préhension des mains) (53).

En prévention tertiaire, le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie propose des actions pour :

- Réduire la dénutrition chez les personnes âgées et améliorer sa prise en charge
- Améliorer le parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie
- Mobiliser les structures hospitalières autour du risque de perte d'autonomie des personnes âgées pendant une hospitalisation et autour de l'accompagnement de leur retour à domicile après hospitalisation
- Informer, sensibiliser et former l'ensemble des professionnels intervenant en EHPAD à la prévention des risques liés à la santé des résidents inhérents à leur vulnérabilité pour optimiser leur potentiel restant.

Le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie propose également des actions visant à réduire les inégalités de santé, des actions de formation des professionnels à la prévention de la perte d'autonomie, des actions de recherche et d'évaluation des stratégies.

8 La prise en charge et l'accompagnement de la dépendance

L'aide médico-sociale apportée aux personnes dépendantes s'organise principalement autour de deux types de prise en charge, pensée comme deux réponses successives à l'aggravation de la dépendance : la prise en charge à domicile et celle en établissement d'hébergement collectif (6). Certaines aides financières, comme l'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie), concernent les deux modes de prise en charge, à domicile et en établissement.

En matière sanitaire, sont par ailleurs spécifiques aux personnes âgées (dépendantes ou non) l'offre sanitaire gériatrique, ainsi que l'offre en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

- *La prise en charge à domicile*

La prise en charge des personnes âgées à domicile est la plus fréquente puisque 5 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile fin 2015 (10). Les dépendances sont néanmoins moins lourdes à domicile qu'en établissement, 60 % des bénéficiaires de l'APA en établissement sont très dépendants et classés en GIR 1 ou 2, contre 18 % parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile (11).

La prise en charge à domicile est assurée par des intervenants multiples : des professionnels de santé libéraux (dont les infirmiers libéraux), des établissements hospitaliers (équipes mobiles de gériatrie, HAD) et des services médico-sociaux.

L'offre médico-sociale à domicile comprend les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les Gardes itinérantes de nuit portées par un SSIAD (54). En Auvergne-Rhône-Alpes, 266 SSIAD ou SPASAD sont recensés au 31 décembre 2015, correspondant à 12 777 places. Le taux régional d'équipement en SSIAD/SPASAD, de 18,1 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus) est inférieur au taux national (20,7), la répartition des places n'étant par ailleurs pas homogène sur tout le territoire (55).

Les intervenants ont des statuts divers, selon que leur employeur est une collectivité territoriale, une association, une société prestataire ou mandataire, une structure autorisée ou agréée, un particulier. Certains personnels, notamment ceux des employeurs particuliers, ne font l'objet d'aucune obligation de qualification ni aucun contrôle de qualité ; une politique de ressources humaines a été mise en œuvre au niveau national et au niveau régional (56).

Le SROMS (Schéma régional d'organisation médico-sociale) Rhône-Alpes 2012-2017 faisait les constats suivants (54):

Des difficultés apparaissent sur certains secteurs en raison de la saturation de certains services, conduisant des SSIAD à refuser de prendre en charge des personnes très dépendantes au profit de personnes présentant une dépendance moindre et ainsi à transférer des prise en charge vers le secteur infirmier libéral qui n'est pas toujours en mesure de l'honorer ou vers une aide à domicile, avec une confusion possible des qualifications. La clarification sur un territoire des rôles respectifs entre service d'aide à domicile, IDE libérales, SSIAD mais également HAD pour les cas les plus lourds se révèle être nécessaire. L'état de la personne âgée lourdement dépendante nécessite de plus en plus souvent l'intervention d'un binôme d'aide-soignant ou avec une aide à domicile ainsi que le recours à des soins dispensés par les infirmiers libéraux. Les prises en charge sur certains territoires s'allongent, limitant les taux de rotation et ainsi la possibilité de nouvelles admissions. Elles se justifient par la chronicité des maladies peu évolutives, par une aggravation de la dépendance progressive, par la nécessité d'apporter un secours à des personnes isolées ou à l'entourage du patient et par la problématique du reste à charge lié à une entrée en institution. Des besoins nouveaux s'affirment postulant un élargissement du cadre des prestations des SSIAD (couchers tardifs, places d'urgence...), une modulation des interventions et une adaptation de la qualification des personnels.

- *La prise en charge en établissement*

L'offre médico-sociale en établissement regroupe les établissements hébergeant les personnes âgées (EHPA) : maisons de retraite, résidences autonomes (ex-logements foyers : logements autonomes avec services collectifs) et petites unités de vie (PUV) disposant d'un forfait de soins courants, EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), USLD (unités de soins de longue durée des hôpitaux). À ces

établissements, s'ajoutent les établissements d'hébergement temporaire, les centres d'accueil de jour et les établissements expérimentaux.

Ces établissements n'accueillent pas tous des personnes âgées dépendantes. Les EHPAD sont spécifiquement dédiés à l'hébergement de ces personnes, et les USLD accueillent des personnes dépendantes avec des pathologies particulièrement lourdes en soins.

L'enquête EHPA, enquête menée tous les quatre ans auprès de l'ensemble des établissements publics et privés hébergeant des personnes âgées, permet de préciser les caractéristiques générales et l'activité des établissements. En France, fin 2011, 693 000 personnes âgées vivaient en institution, dont 573 600 en EHPAD et 7 500 en USLD (57). Parmi les résidents des EHPAD ou USLD, plus de 60 % étaient très dépendantes (GIR 1 et GIR 2) (6). Les résultats de l'enquête EHPA 2016, portant sur l'année 2015, ne sont pas encore disponibles.

En termes de capacités d'accueil, la région Auvergne-Rhône-Alpes présente au 31 décembre 2015 des taux d'équipement équivalents à ceux de la France métropolitaine, voire légèrement plus élevés pour les EHPAD : le taux régional d'équipement en places dans les structures non EHPAD (maisons de retraite, foyers-logements, USLD) est de 26,0 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (contre 25,5 en France), et le taux régional d'équipement en places dans les EHPAD est de 107,9 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (contre 101,4 en France) (55).

Au total, en Auvergne-Rhône-Alpes, les places se répartissent de la façon suivante : 76 283 places en EHPAD (dont 1 273 en accueil temporaire et 1 138 en accueil de jour), 1 111 places en établissements non EHPAD (dont 193 en accueil temporaire et 4 en accueil de jour), 13 255 en logements-foyers (dont 79 en accueil temporaire et 8 en accueil de jour), 4 047 lits d'USLD.

En matière d'offre médico-sociale, plusieurs constats ont été faits au moment de l'élaboration des SROMS (Schémas régionaux d'organisation médico-sociale) (54) :

- Une typologie du public des EHPAD qui évolue. Les patients atteints de troubles cognitifs sont majoritaires au sein des établissements, ce qui pose la question de l'adaptation du bâti mais également de la spécificité de la prise en charge sur le plan de l'organisation fonctionnelle.
- Des difficultés croissantes de recrutement de personnel soignant qualifié au sein des EHPAD
- Des coûts d'hébergement en EHPAD très contrastés selon les territoires, dépendants de la politique d'habilitation à l'aide sociale et des choix tarifaires des gestionnaires, coûts qui peuvent constituer un obstacle pour certaines personnes âgées à une entrée en établissement.
- Des foyers logement bénéficient dans la région de forfait de soins permettant la rémunération de personnel soignant. Ils répondent aux besoins de personnes âgées qui recherchent un compromis entre la vie à domicile et la vie en établissement accueillant des personnes très dépendantes. Ils ont un rôle important en matière d'aide et de lien social, en s'adressant aux personnes isolées et/ou personnes en forte précarité (qui présentent

souvent des pathologies avancées). Les logements-foyers classiques accueillent des personnes de plus en plus âgées, souvent confrontées à la perte d'autonomie. L'offre proposée par certains foyers logement apparaît aujourd'hui parfois inadaptée à la demande des personnes âgées, ce qui pose la question de leur devenir.

- Les places d'accueil temporaire se sont fortement développées dans la région ces dernières années, au gré des plans nationaux mais de manière disparate, alors qu'elles doivent constituer une offre de proximité. Elles sont destinées principalement à une population atteinte de la maladie d'Alzheimer et/ou de maladies apparentées mais également à des personnes âgées dépendantes, sans spécificité. Les taux d'occupation des accueils de jour et des hébergements temporaires sont globalement faibles. Ceci pose notamment la question à la fois de la connaissance et des représentations de cette offre d'accueil temporaire (par les personnes âgées et leurs aidants / par les professionnels de la prise en charge) mais également de l'accessibilité financière de ces modalités d'accompagnement. Le constat peut être fait d'un glissement dans des établissements des places d'hébergement temporaire sur des places d'hébergement permanent. Il apparaît que cette offre de prise en charge n'a pas été suffisamment pensée en amont avec les partenaires du domicile mais également du sanitaire, l'hébergement temporaire se concevant soit comme une structure de répit pour les aidants (domicile - HT - domicile) soit comme une structure de post-hospitalisation avant retour au domicile (service hospitalier - HT - domicile).

- *L'offre sanitaire*

Il existe une offre sanitaire gériatrique qui s'adresse à l'ensemble des personnes âgées, dépendantes ou non. Elle comprend les lits de court séjour gériatrique, les lits de SSR (soins de suite et de réadaptation) avec mention « polyvalents » et « affection de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance », les hôpitaux de jour gériatriques, les consultations mémoire et les équipes mobiles gériatriques.

D'autres professionnels ou d'autres types d'offre sanitaire interviennent de façon importante en matière de soins auprès de personnes âgées, sans être spécifiques à ce type de population. On peut citer les infirmiers libéraux intervenant à domicile, ou encore les structures d'HAD (hospitalisation à domicile).

- *L'offre spécifique en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou de maladies apparentées*

Cette offre relève à la fois du champ médico-social et du champ sanitaire. Des unités spécifiques ont été développées au sein des EHPAD, avec des modes d'organisation différents d'un établissement à l'autre, ce qui ne facilite pas leur repérage. Parmi l'offre spécifique aux malades Alzheimer, sont recensés :

- **Les MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer et maladies apparentées** jusqu'en 2011 puis **Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie** (les MAIA ne s'adressent plus seulement aux malades d'Alzheimer, mais à l'ensemble des personnes de 60 ans et plus) : L'objectif de la MAIA est de simplifier le parcours du malade et de l'aidant et diminuer

les risques de rupture. Sur la base des structures existantes, il s'agit de proposer un guichet unique pour l'accueil et l'orientation des patients et de leurs familles ainsi que pour une évaluation pluridisciplinaire afin d'élaborer une prise en charge et un suivi personnalisés de la personne malade. Les professionnels intervenant dans les MAIA, les pilotes et gestionnaires de cas, coordonnent et assurent le suivi des interventions médicales et sociales, pour les malades dont la situation est complexe. La MAIA peut être portée par des acteurs tels que les CLIC, les réseaux, les équipes médico-sociales APA, les SSIAD...

- **Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)** en service de soins infirmiers à domicile : L'équipe spécialisée, d'une capacité de 10 places et rattachée à un SSIAD, est constituée d'assistants de soins en gérontologie, d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien. Sur prescription médicale, elle intervient à domicile pour dispenser des séances de soins et de réhabilitation et d'accompagnement à domicile pour des personnes en début de maladie ou lorsqu'un soutien ponctuel est nécessaire.
- **Les plateformes d'accompagnement et de répit (PFRA)** : la plateforme de répit est l'un des recours proposé aux aidants et aux malades. Adossée à un accueil de jour existant, elle permet le développement d'activités complémentaires et la mise en place d'un volet aidant-aidé au travers d'une palette de prestations (groupe de parole, formation des aidants, répit à domicile...).
- **Les Unités d'hébergement renforcées (UHR) et les Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)**: Pour adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie, deux types de dispositifs sont distingués : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) au sein des EHPAD proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie (12 à 14 places) spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins ; les unités d'hébergement renforcées (UHR) au sein des EHPAD ou des USLD pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités de 12 à 20 places qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins. Leur mise en œuvre repose sur un système de labellisation.
 - *L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)*

Mise en place en 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par les Conseils départementaux aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui sont évaluées comme dépendantes d'après la grille AGGIR (GIR 1 à 4), qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. Cette prestation est une allocation personnalisée, avec un plan d'aide individualisé, qui permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Gérée et payée par les départements, l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources, mais le montant pris en charge par le Conseil général varie selon les revenus des bénéficiaires. Contrairement à la prestation spécifique dépendance qu'elle a remplacée, l'APA n'est pas récupérable sur la succession.

Les données concernant l'APA figurent dans la partie « Mesurer la dépendance - la grille AGGIR » de cette synthèse bibliographique.

La Cour des Comptes, dans son rapport récent sur le maintien à domicile (9), souligne qu'un certain nombre de prestations se caractérisent par des difficultés d'accès, pour de multiples raisons financières ou organisationnelles.

- *L'information des personnes âgées*

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), instituée par la loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA, ont pour vocation d'offrir aux personnes âgées un lieu d'écoute et d'information sur l'offre de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux dont elles peuvent bénéficier localement. Ils peuvent également être chargés d'évaluer les besoins de la personne âgée et de participer à la mise en œuvre du plan d'aide individualisé.

La Cour des Comptes souligne que, bien que l'information soit multiple, foisonnante, elle n'est pas nécessairement adéquate ni disponible à proximité (9). En conséquence, le public est trop souvent renvoyé d'instance en instance, chacune d'entre elles ne pouvant répondre qu'à une partie des questions posées. Il est nécessaire de mieux organiser localement la diffusion d'une information pertinente, en prenant appui sur les nouveaux outils des technologies de l'information et la communication et en accélérant le développement de supports les plus efficaces (portails internet, applications sur mobile, répertoire opérationnel des ressources).

- *Quelques pistes d'amélioration de la prise en charge de la dépendance*

Le Conseil d'analyse économique, créé auprès du 1^{er} Ministre pour éclairer les choix du Gouvernement en matière économique, s'est intéressé très récemment aux politiques publiques de la dépendance (6). S'il salue les avancées apportées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, il pense toutefois que des actions complémentaires permettraient de corriger les faiblesses rémanentes du système actuel : défauts de régulation, de transparence, de diversité et de concurrence pour l'offre, manque d'attractivité pour les métiers du secteur, incohérence dans les aides publiques. Parmi ses propositions : diversifier l'offre de prise en charge, améliorer la régulation et l'information pour promouvoir la qualité, revaloriser les carrières et améliorer la coordination pour fidéliser les salariés, repenser le financement.

9 Les aidants

Le terme d'aidant apparaît en France à partir des années 1980. Il va de pair avec le constat, par les pouvoirs publics, de l'existence de solidarités familiales que la mise en place de solidarités publiques n'a pas fait disparaître. D'ailleurs, la Conférence nationale de la famille de 2006 souligne que « les solidarités familiales, de par leur continuité dans le temps, de par leur diversité et leur souplesse ont une « vertu » intégratrice et protectrice qui peut être supérieure aux seules solidarités publiques. » (58).

Dans un contexte de contraintes budgétaires fortes, l'État a impulsé des politiques volontaristes en faveur du maintien à domicile des personnes âgées uniquement envisageables avec une très grande implication des aidants familiaux, reconnue comme

gisement de services gratuits et durables, jouant un rôle stratégique au croisement de politiques sociales, de santé publique et de prévention (58-60). La première décennie des années 2000 voit ce nouveau groupe social se doter de représentants (création de l'Association française des aidants en 2003, Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux par exemple) et disposer d'une charte au niveau européen (61). Depuis 2005, l'article R. 245-7 du code de l'action sociale et des familles lui donne une définition et une place officielle en établissant qu'« est considéré comme un aidant familial [...] le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent code et qui n'est pas salarié pour cette aide ».

Répondant à des dénominations variées (aidant informel, non-professionnel, conjoint/descendant proche, aidant familial ou naturel, ...), ce groupe a donc fait l'objet d'une attention croissante de la part des pouvoirs publics (62,63), de journées dédiées et de travaux scientifiques, ayant permis le dénombrement et la caractérisation de la population des aidants de personnes âgées ou en situation de handicap.

L'enquête Handicap-Santé volet "Ménages" (HSM) de 2008, concernant les personnes vivant en logement ordinaire et complétée par une enquête auprès des "Aidants informels" (HSA), conduite par l'Insee en partenariat avec la Drees, auxquelles s'ajoutent les appels à projets de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans le cadre plus particulier du Plan Alzheimer 2008-2012, des initiatives privées comme le programme Pixel développé avec le soutien de Novartis France en collaboration avec l'Association France Alzheimer et l'Association des Neurologues de Langue Française, ont abouti, sur le plan national, au constat suivant : [extraits Cour des comptes 2016 (9)] :

« 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident de façon régulière et à domicile une ou plusieurs personnes de leur entourage pour des raisons de santé ou de handicap. Parmi elles, 4,3 millions sont aidantes de personnes de plus de 60 ans et 4 millions sont aidantes de personnes de moins de 60 ans. Il s'agit le plus souvent de femmes (57 %), de personnes membres de la famille (79 % dont 44 % des conjoints), de personnes exerçant une activité professionnelle (47 %) ou étant retraitées (33 %). Par ailleurs, 11 % des aidants ont moins de 30 ans, 32 % ont entre 30 et 49 ans, 23 % ont entre 50 et 59 ans, 24 % ont entre 60 et 74 ans, et 10 % ont 75 ans ou plus. Le profil des aidants varie notamment selon le type de handicap, la pathologie et l'âge de la personne aidée. Pour les personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile, aidées par une personne de leur entourage, il s'agit le plus souvent du conjoint dans un premier temps (80 % lorsqu'elles vivent en couple). Avec l'avancée en âge, l'aide est progressivement remplacée par celle des enfants. Lorsque la personne vit seule à domicile, près de 10 % des aidants peuvent également être des amis ou des voisins ».

Les actes du colloque du 6 juillet 2013, « Handicap et Autonomie : la diversité des apports des enquêtes Handicap-Santé », ainsi que des recherches menées par l'Observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'INSERM apportent un complément d'information : en moyenne, un aidant apporte plus de quatre heures d'aide chaque jour, avec une différence marquée entre deux catégories d'entre eux : les cohabitants (plus de six

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

heures par jour] et les non-cohabitants (1 heure 30 par jour) (64). En Auvergne-Rhône-Alpes, deux études sont à signaler, une menée en 2013 auprès de 971 aidants dans la Loire (65), et une étude du CREAL en 2015 sur les besoins et l'offre de répit en Rhône-Alpes pour les proches aidants de personnes en situation de grande dépendance (66).

L'augmentation de l'activité féminine, comme l'éloignement géographique entre parents et enfants dans la société actuelle impactent fortement l'offre d'aide familiale. Doivent être aussi pris en compte des phénomènes plus récents de séparations ou recombinaison des familles (67,68).

Ces données seront prochainement actualisées par le biais de l'enquête sur les capacités, aides et ressources des personnes âgées (CARE). Grâce au modèle Autonomix et les exploitations de l'enquête CARE Ménages, seront disponibles les chiffres sur le nombre d'aidants, le volume d'aide qu'ils apportent et le « fardeau de l'aide » ressenti. Un focus sur les aidants de la « génération pivot », qui soutiennent à la fois des ascendants et parfois également des descendants, est envisagé. (69)

Parallèlement, l'identification des domaines d'intervention des aidants et des activités ou types de services qui sont liés à l'accompagnement de la personne (58,70), ont été clairement identifiés. Il s'agit des activités suivantes : aide à la toilette et à l'hygiène du corps dans son ensemble, aide à l'habillage et au déshabillage, préparation ou fourniture des repas, aide à l'alimentation, aide aux déplacements à l'intérieur et à l'extérieur de la maison, aide au ménage, petits travaux d'entretiens, mise en place d'aides techniques, aménagement du domicile, aide administrative, gestion du budget, coordination des aides, fonction de tuteur(trice) ou curateur(trice), soins paramédicaux voire médicaux, aide à la continuité des soins, soutien psychologique et affectif, accompagnement dans l'accès aux loisirs, activités de stimulation, d'échanges, de dialogue, garde, surveillance et veille sur la sécurité de la personne (pendant la journée ou pendant la nuit).

En la matière, les maîtres mots sont donc pluralité des situations et singularité des besoins.

Les motivations inhérentes au rôle d'aidant (70) renvoient d'une part, aux facteurs moraux, et d'autre part, aux facteurs affectifs préexistants. Si, pour un quart des descendants, la culpabilité apparaît comme le principal moteur de la relation d'aide vécue alors comme une contrainte, l'UDAF 49 se fait l'écho de « répercussions positives :

- 89 % des aidants estiment que leur présence et/ou leur accompagnement permet à la personne aidée de vivre le mieux possible la situation ;
- 80 % ont le sentiment de donner du confort et de l'amour à la personne aidée ;
- 60 % se sentent en accord avec leurs valeurs personnelles en étant aidant ;
- 31 % estiment vivre une expérience humaine enrichissante ;
- 29 % des aidants se sentent soutenus par le reste de leur famille, un soutien qui peut être moral en particulier ».

Ce constat semble confirmer une étude précédente (71) pour laquelle « le sens de l'engagement et l'enrichissement en matière de relations humaines priment sur les difficultés endurées ».

Ces difficultés doivent cependant être prises en compte par les pouvoirs publics car l'épuisement et la défaillance des aidants représentent des risques majeurs de rupture de parcours et d'hospitalisations pour la personne âgée à domicile (72). Plusieurs outils d'évaluation permettent de mesurer le fardeau psychologique des aidants proches, comme le questionnaire WhoQol-8 et le questionnaire Zarit (73-75), ou encore des outils d'évaluation des besoins individuels des aidants en auto-administration dont la validation scientifique ne constitue pas un objectif en soi « puisqu'il s'agit en effet prioritairement de générer une prise de conscience chez l'aidant plutôt que de l'amener à saisir immédiatement et finement ses besoins » (76). Un autre modèle intitulé Dynamique Identitaire Globale de l'Aidant (77) s'efforce « d'évaluer dans quelle mesure la situation est tenable pour l'aidant, à court terme et à moyen terme, et de comprendre les sources possibles de déstabilisation ainsi que les facteurs occasionnant au contraire des périodes de stabilité ».

Les difficultés dans la réalisation de l'investissement des proches aidants sont elles aussi clairement répertoriées en catégories mais la complexité réside dans le fait que les besoins de la dyade aidé/aidant sont susceptibles d'évoluer dans le temps (accroissement dépendance, vieillissement aidant, ...) pour passer d'une aide informelle exclusive vers une aide mixte plutôt qu'une aide formelle exclusive (67).

Les rapports produits pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2015 (76), et par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux en 2014 (78), permettent de lister les besoins suivants :

- besoin d'information centralisée, facilement accessible (via un portail d'information destiné aux personnes âgées et à leurs proches ou via les acteurs de proximité des champs médicaux, sociaux et médico-sociaux comme le CLIC, et sanitaires comme le médecin traitant) et adaptée (en utilisant un registre de langue qui ne soit pas exclusivement professionnel) mais aussi brochures, forums, conférences ;
- formation sur la manière d'accompagner la personne aidée tout en préservant l'aidant (connaissances théoriques et pratiques) ;
- amélioration qualitative de l'accessibilité aux services d'accompagnement à domicile (y compris technologiques : téléassistance, domotique) destinés à compléter ou faciliter – et non remplacer – l'aide apportée par les aidants ;
- nécessité d'un soutien moral ou psychologique ;
- continuité dans les interventions par la possibilité de recours à un référent unique ;
- organisation avec les personnes aidantes non professionnelles, et en accord avec la personne aidée, les entrées et les sorties d'hospitalisation ;
- anticipation et organisation de la gestion des situations d'urgence médicales ;
- conciliation facilitée du rôle d'aidant avec la vie professionnelle (besoins d'assouplissement, d'aménagement des conditions de travail) ;
- conforter et poursuivre le développement des plates-formes de répit à proximité du lieu de vie, à noter que les aidants ont une perception négative des dispositifs d'institutionnalisation (même provisoires : hébergement temporaire ou accueil de jour).

En revanche, les aides financières (avantages fiscaux ou rémunérations) n'apparaissent pas comme prioritaires dans les enquêtes d'opinion menées en France (9). Des recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (78) soulèvent aussi la nécessité d'une gestion des situations sensibles (échanger sur les situations de désaccord entre les professionnels et la personne aidée pouvant poser des problèmes éthiques, solutions pour les situations de désaccord entre les professionnels et les personnes aidantes non professionnelles, analyser et rechercher des formes de médiation pour les situations de tensions familiales)

La politique à l'égard du groupe des aidants a largement évolué au cours des vingt dernières années et un dispositif législatif est venu soutenir leur reconnaissance et leurs droits :

- La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 transforme le congé de soutien familial en « congé de proche aidant » (article L3142-22 modifié) donc initie un élargissement à toute personne sous certaines conditions et reconnaît le soutien aux proches aidants à travers le droit au répit (79)
- L'arrêté du 5 décembre 2016 fixe le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants.

Des outils ont été également été mis en place :

- le Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches porté par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé ;
- le guide « Aidant familial : votre guide pratique » qui s'adresse à toutes les personnes susceptibles d'aider des proches en situation de dépendance ou de handicap. Il propose un modèle de carnet d'aidant familial conçu pour optimiser les activités et le temps passé auprès du proche dépendant et permettre aussi à l'aidant de valoriser son expérience.

Parce que l'attention permanente qu'il consacre à son proche l'oblige souvent à abandonner tout ou partie de ses activités sociales et de loisirs, et pour certains leur activité professionnelle, à moins que des aménagements ne soient négociés avec leur employeur (80), l'Observatoire sur la responsabilité sociétale des entreprises et l'Union nationale des associations familiales proposent la brochure « Aidants familiaux : guide à destination des entreprises 2014 ». Les services de santé au travail peuvent aussi proposer des aménagements à l'organisation du travail en l'absence ou en complément des dispositifs d'aide institutionnels, pour les salariés identifiés en situation d'aidant pour le motif qu'ils vivent un « handicap indirect » (81).

Des expériences menées sur le plan européen proposent d'autres approches :

- la capacité à mobiliser les aidants pour qu'ils deviennent eux-mêmes les acteurs de leur accompagnement peut être une évolution culturelle à promouvoir, en lien avec les travaux sur l'éducation thérapeutique notamment (78) ;
- la Confédération suisse et l'Office fédéral de la santé publique lancent un programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants » 2017-2020 pour

lequel les villes, les communes, les entreprises et les institutions de formation qui s'engagent en faveur des proches aidants sont invitées à communiquer leur modèle de bonnes pratiques d'ici au 31 mars 2017 ;

- un système de carnets de liaison qui sert de support à la transmission d'informations, a paru insuffisant pour les aidants non cohabitants, lesquels n'ont pas de contacts réguliers et directs avec les tiers professionnels qui interviennent au domicile pour faire le point.

Enfin, le rapport remis à la secrétaire d'État chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie en mars 2017 (82) étudie, sous le terme de « relayage », les conditions d'application en France des modèles de baluchonnage québécois et belge, en regard de législation sur le droit du travail, de l'organisation d'une prestation anticipée et du modèle économique sur lequel ce service pourrait reposer.

Certaines limites au système actuel sont pointées dans le rapport publié en 2014 aux Presses des Mines (77), faisant suite à une étude financée par la CNSA (83) :

- « le saupoudrage des aides limite leur effet structurant ;
- le recours aux appels à projets se focalise ainsi sur le financement temporaire de services isolés, sélectionnés généralement pour leur caractère innovant, au détriment d'actions de consolidation ou de structuration territoriale ;
- les expérimentations ne sont généralement pas soumises à un protocole d'évaluation permettant de comparer les atouts et les limites des différents services et d'avancer dans la structuration territoriale de l'offre ;
- manque d'étude préalable concernant les besoins des aidants du territoire concerné ;
- pas seulement une question de « refus d'aide » dans laquelle seraient plongés les aidants, comme le rappellent régulièrement leurs représentants (Crédit agricole 2014), mais décalage entre l'offre de service et la demande ;
- les besoins sont peu souvent exprimés et varient d'un aidant à l'autre et au cours même de leurs parcours ».

Ce rapport propose également un accompagnement des « organisateurs de territoires », en particulier au niveau départemental, pour l'élaboration d'un plan d'action pour chaque territoire en fonction de ses spécificités. Sous l'appellation « cas fictif du département Rurbain », il définit trois territoires qui correspondraient à des zones de CLIC, présente en détail les organisations, acteurs et services procurant de l'aide aux aidants sur ces territoires et propose une méthode cartographique en trois étapes afin de développer des plans d'actions prospectifs.

10 Les attentes des personnes âgées

Aujourd'hui, le choix des personnes concernées et de leurs familles est décisif dans le mode de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Mais ce choix est fortement contraint par la disponibilité de l'entourage, par la connaissance de l'offre disponible, par la voie d'entrée - médicale ou sociale - dans les dispositifs, ou bien encore par les ressources

de la famille (9). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie répond aux souhaits d'une très grande majorité de Français, mais à peine plus de la moitié des Français s'estiment bien informés des solutions disponibles pour faire face au risque de la dépendance. Pour la quasi-totalité de la population de personnes âgées, aux quelques exceptions près de ceux et celles qui ont fait le choix de planifier leur entrée en établissement afin de ne pas devenir dépendants de leurs descendants, pouvoir prolonger au maximum son maintien au domicile, voire jusqu'à leur mort, reste une priorité. Cependant beaucoup, s'ils souhaitent être entourés (aspect affectif et sécurité), sont animés du désir de ne pas être une charge trop pesante pour leurs enfants. Ils requièrent à ce titre préférentiellement l'aide de leur conjoint.

Selon une enquête nationale réalisée en 2013 par l'Association des aidants 70 % des proches aidants ressentent également le besoin d'être plus informés (84). Ils souhaitent l'être avant tout par des services de proximité, en particulier les mairies. Une priorité est donnée à la compétence professionnelle des intervenants à domicile. Dans la hiérarchie des critères de choix, la qualité du travail effectué par l'intervenant se situe au premier rang, devant le coût du service et la capacité de nouer des relations avec les personnes âgées dépendantes.

Comme le précise une étude qualitative de l'Observatoire régional de la santé et des affaires sociales de Lorraine (85), il convient néanmoins de différencier les attentes des individus qui ont été peu marqués par la société de consommation et de loisirs du reste de cette population dont les désirs et la socialisation tertiaire (86) sont plus développés. En effet, la population des personnes âgées revêt une multitude de générations, de mode de vie et de catégories socioprofessionnelles (87). Ainsi « les retraités d'aujourd'hui sont, dans l'ensemble, plus à l'aise financièrement, plus familiers des nouvelles technologies, plus enclins à profiter des loisirs et à cultiver les liens sociaux » (88).

Face à la perte de mobilité, les individus choisissent d'adapter leur environnement et anticipent parfois des aménagements matériels de leur logement (chauffage, barres d'appui ou rampes, salle de bain) « sans pour autant se poser la question de la pertinence du maintien à domicile, question que les personnes âgées dans leur grande majorité ne veulent pas trop se poser ». L'organisation de la vie quotidienne, par la minoration des prises de risque, et la lutte contre l'isolement font partie de leurs principales préoccupations liées à leur état de vieillissement.

Si les « attentes correspondent aux souhaits, désirs, envies, éléments de projets que les personnes forment elles-mêmes » (89), elles ne sont pas nécessairement conscientes donc exprimées. En raison de l'évolution de leur situation, ce rapport propose que les attentes des personnes âgées soient régulièrement réinterrogées en prenant soin de leur permettre de prendre un maximum d'initiatives.

Les informations recueillies dans le cadre des études sur la promotion du Bien vieillir (90) placent l'activité physique en deuxième place, après le sommeil, comme éléments essentiels du bien vieillir et les activités à caractère social sont surtout mentionnées par les individus ayant un niveau d'étude plus élevé. L'approche du CREDOC (88) confirme ce constat en précisant qu'avoir des liens affectifs forts et rester à domicile sont des pré requis incontournables pour bien vieillir. « Au-delà, les seniors sont en attente d'informations sur

la prévention pour maximiser leurs capacités, en particulier pour entretenir leur mémoire et leur capital intellectuel ». Mais ce rapport souligne aussi que la recherche d'information n'est ni spontanée ni aisée et, à l'image de la prévention, il peut être envisagé « la mise en place et le développement de démarche proactive ». Au sein des 60 ans et plus, 6 personnes sur 10 disent leur intérêt pour des messages de prévention sur le vieillissement) et, dans le même temps, près d'une personne sur deux, après 60 ans, se sent démunie pour rechercher de l'information. Le fossé numérique a, en toile de fond, tendance à se combler en termes d'équipement et accès à internet, notamment chez les 60-69 ans qui sont aujourd'hui quasiment aussi nombreux (79 %) que la moyenne (85 %) à disposer d'une connexion à domicile. Même chez les 70 ans et plus qui restent encore aujourd'hui en retrait, plus de la moitié (56 %) dispose d'une connexion chez elle. Finalement le fossé numérique s'il reste très marqué après 70 ans, est aussi pour beaucoup lié à une question de diplôme ou de niveau de vie.

Dans la dynamique de la promotion du Bien vieillir, une réflexion (91) a été menée sur la mobilité résidentielle vers des « habitats intermédiaires ». Surtout pensés sur un modèle économique onéreux du secteur privé, l'émission du 2 octobre 2015 sur France Inter sur le sujet du maintien des personnes âgées à domicile (92) pointait une expérience angevine de locations à des tarifs abordables et assorties de service d'accompagnement et de frais de fonctionnement du site inclus.

Dans leur entretien à la Revue française des affaires sociales, Michel Dagbert et Odette Duriez (93) suggèrent quant à eux la possibilité « d'expérimenter durant plusieurs semaines les aides techniques existantes pour connaître la réalité de leur besoins », selon la démarche "Une réponse accompagnée pour tous" initiée par le rapport Piveteau, à savoir développer une réponse plus intégrée, plus proche des besoins des personnes, moins organisée autour de l'offre. La CNSA, dans son rapport 2015 (94), formule des recommandations concernant l'intérêt d'une démarche inclusive dans la définition des politiques ancrées sur les territoires.

Une expérience belge (95) « s'interroge sur la signification du renforcement du rôle actif de la personne âgée entre l'injonction sociétale à se sentir responsable des coûts de son comportement pour la collectivité et la liberté de définir son projet de vie et d'avoir les moyens de le mettre en œuvre ». Elle décrit « un modèle de co-construction avec la personne âgée d'un projet de vie à domicile qui favorise le maintien de son rôle actif pour la définition de ses besoins (sociaux, médicaux) et la recherche de solution ».

En effet, « l'engagement, la participation, la citoyenneté peuvent contribuer aux différentes composantes du « vieillissement réussi » (Rowe et Khan, 1997), qui englobe à la fois évitement de la maladie ou des incapacités, maintien d'un haut niveau d'activité physique et cognitive, et engagement durable dans des activités sociales et productives. Mais la caractérisation de ces personnes engagées rappelle aussi le paradoxe de la nécessité d'être déjà dans le bien vieillir pour être bénévole ou participer » (96).

De par la complexité de la notion même de dépendance, et la connaissance trop imprécise des parcours des personnes âgées dépendantes, le rapport de la Cour des comptes de 2016)

(9) souligne que les agences régionales de santé chargées de la programmation de l'offre médico-sociale n'ont pas été en mesure d'identifier précisément les besoins dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) de la première génération (2012-2016). Par ailleurs, la Cour des comptes avance que les schémas gérontologiques départementaux peinent à retracer le profil épidémiologique des ressortissants âgés. De plus, même si les écarts tendent à se réduire, des disparités locales persistent dans l'offre de services destinée aux personnes âgées dépendantes. Il n'existe pas de services équivalents sur l'ensemble du territoire. « Cette ambition ne peut trouver sa traduction qu'en mobilisant toutes les politiques locales (logement, urbanisme, transports, école, culture, sport...) et toutes les forces vives au-delà des seuls acteurs du médico-social (bénévoles, acteurs économiques, acteurs culturels...). [...] Le territoire devient le creuset d'une société inclusive quand les personnes directement concernées » sont associées au débat local ».

11 Les parcours

Tout comme il existe des parcours différenciés du vieillissement (97), il existe de nombreux parcours de santé et de nombreux parcours possibles de la personne âgée dépendante.

La notion de parcours de soins, ou parcours de santé (si on inclut tout l'environnement de la personne), a progressivement émergé depuis les années 2000 face à la montée de la prévalence des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie. Les parcours de soins ou de santé se définissent comme la prise en charge globale du patient dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement (98). Les parcours ont une dimension temporelle qui est d'organiser une prise en charge du patient et de l'utilisateur coordonnée dans le temps, et spatiale dans un territoire et la proximité de leur domicile.

La multiplicité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées, le cloisonnement des secteurs (social, médico-social, sanitaire), le manque d'information des professionnels et des personnes âgées elles-mêmes, sont autant d'éléments qui ne favorisent pas toujours un parcours fluide de la personne âgée en perte d'autonomie. Les ruptures de parcours sont fréquentes, où l'on considère que « la personne n'a pas reçu les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût » (99).

Tous les travaux menés sur la prise en charge de la perte d'autonomie s'accordent sur la nécessité de mettre en place des parcours vertueux. Le développement des parcours de santé est un des quatre axes principaux de la loi de modernisation de notre système de santé du 28 janvier 2016 (100). Les SROMS (Schéma régional d'organisation médico-social) de dernière génération ont tous insisté sur l'importance de ces parcours, c'était un des principes directeurs du SROMS 2012-2017 de la région Rhône-Alpes : « L'articulation des différents maillons de la prise en charge est essentielle à la mise en place d'un continuum de prestations sans rupture – ou limitées – au bénéfice de la personne. Il s'agit d'établir et de

dynamiser des coopérations nécessaires et inévitables entre les différents acteurs concourant à sa prise de charge. L'élaboration du projet personnalisé doit désormais s'envisager dans un cadre d'ouverture des structures, des professionnels et des interventions. » (54), c'était également un des axes forts du SROMS Auvergne 2012-2016 (101).

Une meilleure coordination des multiples intervenants auprès des personnes âgées est en effet au cœur des politiques et programmes visant l'amélioration des parcours des personnes en perte d'autonomie. Cette coordination reste toutefois souvent problématique, malgré les nombreux dispositifs existant dans ce domaine. Parmi les nombreux intervenants ayant un rôle plus ou moins assumé de coordination de l'ensemble des intervenants, on peut citer les SSIAD (avec un infirmier coordonnateur), les réseaux de santé « personnes âgées » (ou réseaux gérontologiques), le médecin coordonnateur en EHPAD, les CLIC (centres locaux d'information et de coordination à caractère gérontologiques), les consultations mémoire, les filières de soins comprenant les EMG (équipes mobiles de gériatrie), les MAIA (fonction de guichet unique et de gestion de cas complexes), sans oublier le médecin traitant dont une des fonctions est de coordonner le parcours de soins du patient...

Cette multitude de dispositifs, n'existant par ailleurs pas de façon homogène sur le territoire, n'est cependant pas le gage d'un bon parcours de la personne âgée. La Cour des Comptes souligne ainsi que chaque secteur de prise en charge (sanitaire, social, médico-social) a développé ses propres dispositifs de coordination, et que, dans la pratique, faute d'informations partagées, ces dispositifs peinent à coordonner efficacement l'action de l'ensemble des intervenants (9). Le manque d'évaluation des dispositifs est également souligné par de nombreux auteurs, même si on peut citer l'évaluation des MAIA (102) ou celle des réseaux gérontologiques de la CCMSA (103).

En Rhône-Alpes, l'ARS a mis en place des filières gérontologiques en réponse à cet enjeu de coordination des parcours. Elles associent sur leur territoire d'action l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux concourant à la prise en charge globale du patient âgé : hôpitaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, équipes mobiles de gériatrie, services d'aide à domicile, professionnels de santé libéraux (104). L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a piloté en 2016 « l'analyse de trois réponses territoriales pour faire face aux enjeux de la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus » (72). Cette évaluation s'est concentrée sur trois territoires : ceux des filières gérontologiques de Vienne et de Roanne, et celui des bassins de santé intermédiaires de Clermont-Ferrand et Riom. Elle a permis d'identifier des conditions favorables à la coordination de tous les acteurs concernés par la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le programme Paerpa, parcours de santé des aînés, est déployé depuis 2014 sur neuf territoires pilotes. C'est un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Piloté par la Direction de la sécurité sociale (DSS), ce programme est appuyé par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) et son objectif est d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides, en améliorant la coordination des différents acteurs et en évitant le recours abusif à l'hospitalisation. L'ANAP publie progressivement des retours d'expériences, notamment sur

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

la mise en place des Coordinations territoriales d'appui (CTA) (105) (106) (107). En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension à minima à un territoire Paerpa par région est programmée. Cette extension s'inscrit dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2, dont l'engagement 10 prévoit également la mise en place des plateformes territoriales d'appui (PTA) qui proposeront un panel de services aux professionnels de santé : information et orientation sur le territoire, organisation des parcours, aide à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, appui aux pratiques professionnelles (108). Le territoire Roannais fait partie des nouveaux territoires Paerpa, dans le cadre de la filière gérontologique du Roannais (109).

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) s'interroge toutefois sur l'articulation à faire entre le Plan personnalisé de soins prévu dans le cadre des expérimentations Paerpa et le plan d'aide APA pour assurer une totale coordination des intervenants au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (110).

La Cour des Comptes, dans son rapport récent sur le maintien à domicile (9), souligne le manque de connaissance sur les parcours des personnes âgées qui risque de perdurer, et ce malgré les diagnostics que doivent réaliser les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, mises en place dans chaque département par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

L'identification des points de rupture dans les parcours (ou « points de criticité » ou encore « nœuds de fragilité ») est primordiale pour apprendre aux multiples intervenants à anticiper ou repérer ces risques de rupture, ce qui permettrait d'éviter notamment des hospitalisations en urgence, des hospitalisations ou ré-hospitalisations inadéquates, des hospitalisations trop longues sans nécessité, des sorties d'hôpital non préparées... Il peut s'agir de points de rupture de la prise en charge à domicile (aidant en difficulté, changement d'aide à domicile, aggravation d'une pathologie chronique ou événement psychologique, deuil ou autre perte psychologique, changement de médicaments...), comme du passage du domicile à l'hôpital (ou à autre établissement) ou du retour à domicile.

Cette identification se fait souvent a posteriori au sein de groupes multidisciplinaires, par exemple au sein de filières gérontologiques, à partir des cas rencontrés, ces cas étant analysés afin d'éviter les parcours inappropriés et généraliser les parcours pertinents (109). Un groupe de ce type, en Champagne-Ardenne, a ainsi mis en évidence huit points de rupture dans un parcours type de la personne âgée, du domicile à la prise en charge en établissement (111). Ces points de rupture étaient les suivants :

Point de rupture 1 : Insuffisance de proximité des actions de prévention

Point de rupture 2 : Insuffisance d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées

Point de rupture 3 : Absence d'information consolidée et partagée sur l'état de santé de la personne à domicile, alors que les intervenants sont multiples

Point de rupture 4 : Manque d'anticipation de l'événement aigu

Point de rupture 5 : Peu de partage d'information sur la situation de santé des personnes âgées entre le médecin traitant et les établissements de santé

Point de rupture 6 : Recours systématique aux urgences même dans les situations où cela n'est pas nécessaire

Point de rupture 7 : Prise en charge dans un service inadapté à l'état de la personne

Point de rupture 8 : Inadaptation des réponses aux troubles du comportement chez la personne

Des actions ont été ensuite mises en place pour essayer d'éviter le renouvellement de ces points de rupture.

Un État de l'art relatif aux parcours de santé des personnes âgées, réalisé en 2012 par le Ministère de la santé, résumait ainsi les principaux points de rupture identifiés dans les PRS et dans les rapports sur le sujet (103) :

- **Dans la prise en charge à domicile : une prévention non adaptée aux personnes âgées, polypathologiques :**

« Insuffisance d'éducation thérapeutique spécifique aux personnes âgées »

« Faible niveau de sensibilisation des acteurs intervenant dans le champ aux problématiques relatives à la santé bucco-dentaire, nutrition et prévention des chutes chez les personnes âgées.

- **Dans la prise en charge en établissement de soins : une mauvaise orientation de la personne âgée dans le système de soins et notamment hospitalier qui génère de la perte d'autonomie pour la personne âgée et un engorgement des services :**

« Recours systématique aux urgences même dans les situations où cela n'est pas nécessaire »

« Phénomène des "bedlockers" »

« Inadaptation des réponses aux troubles du comportement chez la personne âgée »

« Prise en charge dans un service de soins inadapté à l'état de la personne »

« Difficulté de contacter le service de spécialité dans de bonnes conditions »

- **Dans la prise en charge médico-sociale : une prise en charge en EHPAD encore trop cloisonnée, un manque de fluidité avec l'hôpital notamment et les usagers :**

« Les EHPAD ne sont pas intégrés dans la filière gériatrique »

« Manque de coordination entre les EHPAD et les services de SSR et USLD »

« Hospitalisation de nuit ou le week-end des résidents. Manque de personnel, retour impromptu »

« Absence de dossier médical partagé entre les EHPAD et les établissements sanitaires »

- **Et toujours une prise en charge à domicile qui pourrait être davantage coordonnée :**

« Absence d'information consolidée et partagée sur l'état de santé de la personne à domicile, alors que les intervenants sont multiples »

« Défaut d'accompagnement des aidants familiaux comme professionnels »

« Superposition des dispositifs de coordination (CLIC, MAIA, Réseaux,...) »

« Mauvaise prise en charge de la sortie menant à une trop forte ré hospitalisation » : sollicitation rapide de l'aide à domicile.

Comme on le voit, l'ensemble du parcours des personnes âgées pourrait être amélioré grâce à la connaissance et à l'anticipation des différentes étapes du parcours par les acteurs de terrain. D'importants points de rupture dans les parcours de santé des personnes âgées se

situant à la sortie d'hôpital, certaines MAIA mettent en place des fiches de repérage des ruptures qui identifient les causes des ruptures en sortie d'hôpital (112).

Par ailleurs, l'enquête nationale sur les structures des urgences de juin 2013, réalisée par la DREES, qui porte sur tous les patients âgés de 75 ans ou plus s'étant présentés aux urgences un jour donné, montre que les évaluations réalisées soit par un gériatre soit par un assistant de service social lors de l'accueil aux urgences, permet de mieux organiser l'orientation des personnes âgées en évitant des recours à l'UHCD, afin d'éviter les ruptures dans les parcours intrahospitaliers de ces patients fragiles (113) (114).

12 Des actions ou dispositifs innovants

De nombreuses actions menées localement dans le champ de la dépendance de la personne âgée peuvent être considérées comme innovantes ou expérimentales, dans le sens où elles sont imaginées et mises en œuvre localement par un certain nombre d'acteurs, qu'il s'agisse d'actions de prévention en amont de la dépendance ou d'actions d'accompagnement ou de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ces actions sont souvent peu connues à l'extérieur du territoire où elles sont menées, et souvent ne font pas l'objet des évaluations qui permettraient de connaître leurs points forts, leurs points faibles, leur éventuelle reproductibilité et leur pertinence. À cet égard, il faut saluer des initiatives comme celle de l'ORAIDA (Observatoire régional des actions innovantes sur la dépendance et l'autonomie) en Rhône-Alpes), ou encore celle de l'ORIS (Observatoire régional de l'innovation en santé) en Aquitaine.

L'ORAIDA (<http://www.orida-ra.org>) a été créé en 2011 dans le sillage du débat national sur la dépendance et a été officiellement lancé en juin 2012, avec un Comité de pilotage constitué de l'ARS, le CREAL, le CRIAS-Mieux Vivre, la CRSA, l'ADAPT, La Maison Loire Autonomie (Conseil départemental de la Loire, la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, l'URIOPSS. Il se définit comme un laboratoire d'idées dédié à la dépendance et à la perte d'autonomie. De la même façon, **l'ORIS** (<http://www.oris-aquitaine.org>) se définit comme un laboratoire d'idées innovantes mais de façon plus large sur tout le champ de la santé. La base d'actions innovantes disponibles sur son site comporte ainsi des actions sur différentes populations cibles, dont les personnes âgées (115). Ces deux observatoires assurent une veille sur les expériences menées, procèdent sur quelques actions à des analyses et évaluations partagées (acteurs et experts), et apportent conseils et soutiens aux porteurs de projets.

L'ORAIDA choisit une thématique sur deux ans, autour de laquelle il sélectionne des actions. En 2012-2013 la thématique retenue était « comment aider la personne en perte d'autonomie à exercer sa liberté de choix » (116), celle de 2014-2015 « solliciter et développer la liberté d'agir de personnes en situation de handicap et de dépendance » (117). Pour chaque période de deux ans, six à sept actions sont sélectionnées et font l'objet d'une analyse détaillée publiée dans un document de restitution des travaux, où sont présentés pour chaque action les facteurs ayant facilité ou ralenti l'action, les facteurs de réussite, les difficultés rencontrées, l'utilité sociale de l'action.

La définition de l'innovation doit ici être comprise au sens large. Selon l'ORAIDA, elle peut consister un projet nouveau ou remaniant des formes ou notions connues, comme s'exprimer au travers de formes d'organisation efficaces et adaptées à des enjeux quotidiens des établissements et services existants. L'innovation, dit l'ORIS, est parfois difficile à cerner car elle s'immisce dans le quotidien des professionnels, dans des changements qui leur semblent parfois anodins. L'innovation n'est en effet pas simplement technologique, elle peut être également organisationnelle, culturelle, sociale... S'inscrire dans une démarche innovante, c'est ainsi prendre du recul pour se poser des questions sur ses habitudes et ses pratiques, c'est identifier les points forts et les points faibles de son action pour l'améliorer.

Il serait ambitieux de vouloir présenter dans cette synthèse la totalité des actions ou dispositifs innovants présentés soit dans les publications de l'ORAIDA ou de l'ORIS, soit dans la littérature spécialisée. Le choix a été fait de sélectionner quelques actions ayant fait l'objet d'analyses ou d'évaluations, de les classer par grands types de domaines d'action, et de renvoyer vers la publication ou le site internet qui présente plus en détail l'action. Cette sélection comporte également quelques études plus générales sur un type d'actions et sur l'impact de ces actions sur la perte d'autonomie.

Le classement par domaine d'actions, ci-dessous, reprend en partie celui proposé pour classer les pistes innovantes des PRS (103), en partie celui de l'ORAIDA. Certains domaines concernent des actions menées directement auprès des personnes âgées ou de leurs aidants, d'autres des actions autour de l'habitat, l'hébergement en institution, la coordination des acteurs, d'autres encore autour des technologies, numériques ou pas, appelées les « gérontotechnologies ».

Lutter contre l'isolement (considéré comme facteur associé à la dépendance)

- Une 3^{ème} voie pour prévenir la dépendance (renforcement du lien social de proximité, avec commerces, associations, professionnels...) – Lyon 3^{ème} et Grand Lyon (69) – 2010 - Détail : (116)
- Le Réseau des Voisineurs (bénévoles formés qui rendent des visites aux personnes âgées seules) – Rural Loire (42) – 2009 - Détail : (116)
- Bien vieillir : à Limonest, les aînés ont la parole... et l'action – Limonest (69) – Réseau francophone des villes amies des aînés (RFVAA), 2010 – Détail : <http://www.gazette-sante-social.fr/18669/bien-vieillir-a-limonest-les-aines-ont-la-parole-et-laction>
- Service de convivialité (nouveau métier de « visiteur de convivialité, initié par le Conseil général et des associations, maillage de proximité) – Oise (60) – 2011 – Détail : (116)
- Pass-âge (groupe de paroles, avec l'utilisation de chaises dans l'espace public) – 6 quartiers de Saint-Etienne (42) – 2012 – Détail : (117)
- Coucher tardif (des aides à domicile du CCAS interviennent le soir pour des aides limitées : repas, fermeture des volets ou aide au coucher, prise en charge par l'APA) – Châtelailon-Plage (17) – 2010 - Détail : (116)
- LATA 65 : faire faire du street-art à des mamies (rapprochement des jeunes et des aînés autour d'ateliers d'art de la rue) – Portugal - Détail : (117)

- Southwark circle (réseau social de quartier, où les seniors peuvent faire appel à des « helpers », soutien bénévole ou rémunéré pour résoudre leurs problèmes quotidiens les plus divers, via un numéro 800) – Grande-Bretagne – 2009 - Détail : (116)
- Capitol Hill Village de Washington (réseau entre personnes âgées et bénévoles pour accompagnement chez le médecin, aide administrative...) – États-Unis – 2007 - Détail : (116)
- Bien vieillir dans la société. Boîte à idées : projets transférables et adaptables (guide de bonnes pratiques pour des actions d'animation, de prévention et de lutte contre l'isolement, UNCCAS) – à partir de plusieurs actions en France – Détail : (118)
- Une étude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées : rapport transversal (CREDOC) – 2013 – Détail : (119)

Habitat (habitat partagé, aménagement de l'habitat)

- DIGI/Domicile Inter-Génération Isérois (domicile partagé par un jeune et une personne âgée, avec temps partagés de convivialité) – Isère (38)-2005 – Détail : (116)
- Vieillir ensemble mieux et autrement (habitat coopératif pour personnes âgées vieillissantes, avec une association « pépinière » des coopérateurs futurs habitants) – Vaulx-en-Velin (69) – construction 2015-2017 - Détail : (117)
- Le Réseau COSI (cohabitation intergénérationnelle jeunes/personnes âgées) – Paris et d'autres villes en France – 2005 - Détail : (116)
- Vieillir chez soi : enjeux de santé dans l'adaptation des logements (Cette étude, à partir de données disponibles et d'une enquête, identifie les facteurs favorisant la vie dans un logement aménagé et évalue l'association entre logement adapté et santé) – Ile-de-France – 2016 – Détail : (120)
- Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidants (dans la région sont citées les expériences Arche à Lyon, l'Unité Logements services du GIHP à Lyon, le référentiel Habitat Loire Autonomie) - Direction générale de la cohésion sociale - Février 2017 - Synthèse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2017_fev_synthese_enquete_dgcs_habitat_innovant_pa-ph.pdf
- Un numéro de la revue Gériatrie et Société propose une approche sociologique du « chez-soi » chez les personnes âgées et analyse différentes formes alternatives d'habitat notamment l'habitat intergénérationnel et l'apport des nouvelles technologies en résidences seniors (121)
- Le collectif « Habiter autrement » a réalisé une étude qualitative en 2016 sur 10 projets d'habitats alternatifs à destination des personnes âgées (122).

Accompagner les aidants

- Temps de médiation entre l'adulte âgé, sa famille, les bénévoles et les professionnels pour un soutien dans l'accompagnement à domicile – Villeurbanne (69) – 2012 – Détail : (116)
- Rhône + aidants : Ce service, porté par la Métropole de Lyon, en collaboration avec les Hospices civils de Lyon et l'association France Alzheimer Rhône est un lieu d'accueil, d'information et d'accompagnement pour les proches de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Rhône + aidants offre un espace de parole confidentiel, neutre et sans jugement de valeur. C'est aussi un lieu ressource, où l'aidant peut être conseillé, trouver des informations sur les prestations, les aides qui le concernent, les mesures de soutien – Métropole de Lyon (69) – Détail : <https://www.grandlyon.com/services/aide-aux-aidants-pour-personnes-agees.html>
- Plateforme d'Accompagnement et de répit « Carpe Diem » (diversification de l'accompagnement des aidants : aide aux transferts, répit à domicile, éducation thérapeutique sur la nutrition, moments de partage, séances de yoga, d'olfactothérapie, de réflexologie plantaire, de sophrologie...) – Agen (47) – Détail : <http://www.oris-aquitaine.org/2015/01/accompagnement-personnalise-des-aidants/>
- Unité mobile de soutien aux aidants : L'Assad (association de soins et services à domicile) du Pays de Redon (Ille-et-Vilaine) a créé une équipe mobile de soutien aux aidants (EMSA) pour répondre à un besoin croissant d'accompagnement et de répit de la part des aidants - Pays de Redon (35 – Détail : <http://www.gazette-sante-social.fr/18674/le-pays-de-redon-cree-une-unite-mobile-de-soutien-aux-aidants>
- Accueil de convalescence concomitant de l'aidant et de l'aidé (L'aidant est accueilli dans le service SSR pour sa convalescence et l'aidé est accueilli en hébergement temporaire au sein de l'EHPAD auquel le SSR est adossé. Les prises en charge sont distinctes, les lieux d'hébergement et les équipes de soignants également. Des temps de regroupement de l'aidé et de l'aidant sont organisés dans la journée, à l'occasion des repas ou des animations) - Bassin de vie du Bergeracois (24) – Détail : <http://www.oris-aquitaine.org/2014/10/aide-aux-aidants/>
- Plateforme d'Accompagnement et de Répit (dans un EHPAD, regroupe plusieurs services de proximité destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ainsi qu'à leurs aidants naturels) – Biscarosse (40) – Détail : <http://www.oris-aquitaine.org/2014/08/plateforme-daccompagnement-et-de-repit/>

Hébergements en institution

- Accompagner la personne dans le choix d'accueil en hébergement (innovation organisationnelle, ouverture vers l'extérieur d'un EHPAD, avec accueil de jour et accueil temporaire, liens entre résidents et personnes âgées à domicile) – Marsanne (26) – depuis 2004 -Détail : (116)
 - Vallis Aurea, un EHPAD, foyer de développement territorial et de bien vivre intergénérationnel (ouverture de l'établissement, renforcement du lien social entre les résidents et le village : familles, professionnels, commerçants, bénévoles...) – Nord Drôme (26) – 2008 - Détail : (116)
 - Les Hameaux du Coglais (bâtiment conçu comme un hameau, avec des chambres pour personnes âgées, dont une pour personnes désorientées, et lieux de vie ouverts au
- Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017
Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

public : crèche interentreprises, salle de spectacles, restaurant, médiathèque, forum avec salon de coiffure, de massage, piano bar...) – Ille-et-Vilaine (35) – 2003 - Détail : (116)

- Un centre intergénération (hébergement temporaire pour personnes âgées et multi-accueil pour petits enfants) – Belleville-sur-Loire (18) - Détail : (116)
- Quartier Hogeweyk (un quartier urbain aménagé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) – Pays-Bas - Années 1990 - Détail : (116)
- Projet de plateforme gérontologique à la résidence intercommunale Jean Villard (EHPAD avec différents services gradués et adaptés, de l'évaluation multidimensionnelle à l'accompagnement du parcours d'autonomie) – Pollionnay (69) – Détail : (123)
- EHPAD – Centre de Ressources (Objectif : proposer l'expertise gériatrique et gérontologique de l'équipe médico-psycho-sociale de l'EHPAD le plus en amont possible du parcours d'autonomie de la personne âgée, y compris à domicile) – Lanouaille (24) – Détail : <http://www.oris-aquitaine.org/2015/06/ehpad-centre-de-ressources/>

Professionnels (coordination, pratiques...)

- Programme pilote de prescription médicale de l'activité physique par les médecins généralistes (l'association Biarritz Sport Santé a lancé en partenariat avec Groupe Pasteur Mutualité et Care Labs et avec le soutien des acteurs nationaux et locaux de la Santé et du Sport, un programme de prescription d'activités physiques par les médecins traitants pour toute personne sédentaire, présentant ou non une pathologie chronique) – Biarritz/Côte basque – Détails : <http://www.oris-aquitaine.org/2016/06/programme-pilote-de-prescription-medicale-de-lactivite-physique-par-les-medecins-generalistes-de-biarritzcote-basque/>
- Équipe Pluridisciplinaire d'Appui à la sortie d'hospitalisation des personnes âgées (préparation en amont du jour de la sortie, mobilisant les compétences de multiples acteurs médico-sociaux et accompagnant l'entourage du patient dans cette étape) – Biscarosse (40) – Détail : <http://www.oris-aquitaine.org/2014/08/equipe-pluridisciplinaire-dappui-a-la-sortie-dhospitalisation-des-personnes-agees/>

Transports

- Senior mobilité par Cityzen Cab (service de « taxi partagé » à destination des plus de 65 ans, notamment isolés, avec des taxis professionnels et en partenariat avec des EHPAD, des associations...) – Trophée « coup de cœur » de la Nuit du Grand âge en 2012 – Paris, Montpellier, Lyon et Nice - Détail : (116)
- Plateforme Faciligo (accompagnement de personnes en situation de fragilité à prendre le train, pour gagner en autonomie, via un service internet de mise en relation) – Montpellier, Rennes, dans le cadre des villes intelligentes (Smart Cities) – 2015 - Détail : (117)
- Vieillesse et espace urbain : comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ? (cette note analyse les expériences urbaines, en France et à l'étranger, de « microadaptations » dans le domaine de la voirie, des transports, du mobilier, de l'accessibilité, notamment dans le cadre des Villes amies des aînés de l'OMS) – Détail : (124)

Technologies ou gérontotechnologies (aides et systèmes d'information)

- Autonom@Dom est le démonstrateur d'un bouquet de service d'aides humaines et techniques pour la santé à domicile et l'autonomie en réponse à l'AAP e. santé n° 2, porté par le Conseil général de l'Isère, la société Ericsson France et de nombreux acteurs. Cette plateforme intégrée sanitaire et médico-sociale fonctionnant 24h/24 - 7 jours sur 7, se propose de défragmenter et de décloisonner l'organisation et les offres sanitaires et médicosociales afin de réduire les ruptures dans les parcours de soin et de santé des personnes en perte d'autonomie et /ou porteuses de pathologies chroniques. Autonom@Dom devra par une évaluation pluridisciplinaire répondre à deux questions : Quel optima d'organisation et d'offres permet-il d'éviter des hospitalisations inutiles, le retour rapide et/ou le maintien sécurisé à domicile ? quelles évolutions sont nécessaires dans l'allocation des ressources de santé pour permettre un modèle économique pérenne ? – Isère (38) – Détail : http://www.tasda.fr/documents/article%20pour%20FNG_Autonom_dom.pdf.
- Amalys : services multimédia pour l'aide au maintien du lien social (services d'aide via la télévision, ou autres supports, s'adressant aux personnes âgées à domicile ou en institution – jeux, articles de quotidiens, partage de photos -, et à leurs aidants – gestion de visites, aide à la décision...) – 2009 – Télécom Bretagne - - Détail : (116)
- DomAssist (bien-être et autonomie de la personne âgée dans ses activités à son domicile, grâce à des petits objets (détecteurs de mouvements, de luminosité, de consommation électrique ...) orchestrés intelligemment par des applications, et interagissant avec la personne via une tablette numérique) – Bordeaux – Détail : <http://www.oris-aquitaine.org/2014/06/domassist/>
- Conception d'une assistance numérique domiciliaire pour la personne âgée en perte d'autonomie (thèse en sciences cognitives & ergonomie, revue de toutes les gérontotechnologies) – Bordeaux – 2016 – Détail : (125)
- ALLIAGE (retour d'expérimentation de l'utilisation d'une tablette tactile destinée aux personnes âgées et aux aidants- - Aquitaine – Détail : <http://www.oris-aquitaine.org/2015/10/alliage-retour-dexperimentation-de-lutilisation-dune-tablette-tactile-en-aquitaine/>
- Innovations en termes de systèmes d'information : mise à disposition des filières gériatriques et MAIA d'un dossier médico-social pour améliorer le partage de données et le suivi des patients, création d'un outil de gestion des flux d'admission en EHPAD à disposition des professionnels, des personnes âgées et de leurs familles - PRS Rhône-Alpes – Détail : <http://www.prs-rhonealpes.fr>
- **PASCALINE** (Parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique) : le programme PASCALINE vise à développer progressivement un ensemble de services innovants en santé pour améliorer le parcours des usagers et faciliter les échanges entre les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social. De nouveaux outils numériques permettront à chacun d'avoir un accès simple à l'information qui le concerne, dans des conditions de sécurité et de confidentialité optimales. - « Territoire de Soins Numérique » (TSN) Est de Lyon et Bourgoin-Jallieu (38) – Détail : <http://www.pascaline-sante.com/services/pepiniere-innovations/>.

Le programme Pascaline comprend différents services :
<http://www.pascaline-sante.com/services/>

La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est un dispositif à destination des professionnels de santé permettant de les accompagner lorsqu'ils se trouvent en difficulté dans la gestion d'une situation complexe.

TANDEM est mis en œuvre par les associations d'utilisateurs à travers une équipe de professionnels, les Référents Parcours de Santé (RPS), qui accompagnent dans leurs démarches les personnes en situation de santé complexe.

L'objet du démonstrateur **ISEREADOM**, piloté par le Département de l'Isère, est de tester une organisation intégrée d'aides humaines et techniques afin d'éviter l'aggravation de la perte d'autonomie et les ruptures de prises en charge.

Sisra propose à l'ensemble des professionnels de santé un dispositif de coordination et d'échange qui leur permet de partager en toute sécurité des informations nécessaires à la prise en charge des patients.

Le projet « **Objets Connectés** », encore appelé « **Quantified Self** », intervient dans un contexte de réflexion générale mené par de nombreux acteurs sur les liens entre le numérique et la santé et les différentes voies de leurs interactions possibles.

Le carnet de vaccination électronique

Le réseau social des professionnels de santé (Médecins, Biologistes, Infirmiers, Kinés, Pharmaciens, Pédiatres-podologues et Orthophonistes)

La vocation de la « **Pépinière d'innovations** » est de capter des initiatives innovantes, positionnées sur des technologies ou des secteurs d'origines très variées, mais dont l'intérêt, une fois réorientées/aménagées dans une démarche partenariale, pourra servir celui de PASCALINE.

13 Références bibliographiques

1. Colvez A. Vieillesse, dépendance, handicap : du bon usage des concepts. Actualité et dossier en santé publique [Internet]. sept 2006;(56):16-9. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad561619.pdf>
2. Ennuyer B. Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance. Gérontologie et société. 2013;(145):25-35.
3. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Autonomie et dépendance [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2008. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>
4. Charpin J-M, Tlili C. Perspectives démographiques et financières de la dépendance : rapport du groupe n° 2 sur la prise en charge de la dépendance [Internet]. Paris: Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2011 p. 60. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000333.pdf>
5. Aquino J-P. Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015 p. 204. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
6. Bozio A, Gramain A, Martin C. Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Les notes du conseil d'analyse économique [Internet]. oct 2016;(35):1-12. Disponible sur: <http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note035v2.pdf>
7. Colvez A, Gardent H, Groupe de recherche sur le besoin et les indicateurs en gérontologie. Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie : information, validation, utilisation [Internet]. Vanves: Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, Institut national de la santé et de la recherche médicale; 1990 p. 128. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/handicap_et_inadaptation/documents_CTNERHI/CTNERHI_179/CTNERHI_179.pdf
8. Grand A, Pelletier E, Barreyre J-Y, Capuano-Delestre V, Ducos-Mieral C, Eghbal Teherani S, et al. Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie : édition 2009 [Internet]. Paris: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie; 2010. 293 p. (Dossier scientifique). Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/guide_donnees_locales_interactif_avec_signets_OK.pdf
9. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler [Internet]. Paris: Cour des comptes; 2016 p. 198. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/content/download/93293/2174522/version/2/file/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>
10. Abdouni S, Borderies F. Fin 2015, les départements ont attribué 4,3 millions de prestations d'aide sociale. Études et résultats [Internet]. décembre 2016;(984):1-4. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er984.pdf>
11. Amar E, Borderies F, Leroux I. Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 [Internet]. 2016 p. 46. (Document de travail, Série Statistiques). Report No.: 200. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt200.pdf>

12. Calvet L. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. Études et résultats [Internet]. 2016;(988):1-4. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_988.pdf
13. Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; Institut national de la statistique et des études économiques ; Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie; 2016 p. 218. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/061016.pdf>
14. Brunel M, Carrère A. Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2017 p. 45. (Les Dossiers de la Drees). Report No.: 13. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd13.pdf>
15. Gaymu J. La dépendance : des vécus différents pour les hommes et femmes [Internet]. Centre National de la Fonction Publique Territoriale; 2012. Disponible sur: <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Questions-Cles/Ladependancedesvecusdifferentspourleshommesetfemmes>
16. Trabut L, Gaymu J. Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements. Population & Sociétés [Internet]. décembre 2016;(539):1-4. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26037/539.population.societes.2016.habiter.seul.ou.avec.des.proches.fr.fr.pdf
17. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population & Sociétés [Internet]. janv 2008;(441):1-4. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19109/441.fr.pdf
18. Cambois E, Robine J-M. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 8 mars 2011;(8-9):82-6. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=6856
19. Buyck J-F, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Études et résultats [Internet]. 2014;(869):1-6. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>
20. Or Z, Bourgueil Y, Combes J-B, Le Guen N, Le Neindre C, Lecomte C, et al. Atlas des territoires pilotes Paerpa : situation 2012 [Internet]. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2015 p. 130. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>
21. Balouzat B, Lavergne H. Seniors : d'assez bonnes conditions de vie mais qui se dégradent avec la perte d'autonomie. Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. juin 2017;(40):1-4. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2867316/ar_ina_40.pdf
22. Ramos-Gorand M. Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain : entre contraintes et expression du choix des personnes âgées [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2016 p. 51. (Les Dossiers de la Drees). Report No.: 10. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd10.pdf>

23. Debray M, Bioteau C. La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques. *La Revue du praticien*. janv 2005;55(2):217-23.
24. Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. *Études et résultats* [Internet]. 2016;(989):1-4. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_989.pdf
25. Atramont A, Bourdel-Marchasson I, Bonnet-Zamponi D, Tangre I, Fagot-Campagna A, Tuppin P. Résidents admis en Ehpad au cours du premier trimestre 2013 : pathologies prises en charge, traitements et hospitalisations l'année suivante. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. juillet 2017 [cité 24 juill 2017];(16-17):317-27. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/pdf/2017_16-17_4.pdf
26. Les principales pathologies à l'origine de la perte d'autonomie [Internet]. Saint-Étienne: Conseil Général de la Loire; 2011 p. 3. Disponible sur: http://pieros.orsra.fr/pdf/Etude1182_psante.pdf
27. Sirven N. Vieillesse, fragilité et dépenses de santé. *Questions d'économie de la santé* [Internet]. mars 2016;(216):1-6. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillesse-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf>
28. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [Internet]. 2001;56(3):M146-57. Disponible sur: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-lookup/doi/10.1093/gerona/56.3.M146>
29. Sirven N, Bourgueil Y. La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives [Internet]. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2016 p. 123. (Les rapports de l'IRDES). Report No.: 563. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>
30. Michel J-P. Importance du concept de FRAGILITÉ pour détecter et prévenir les dépendances « évitables » au cours du vieillissement [Internet]. Paris: Académie nationale de médecine; 2014 p. 20. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/05/Rapport-Fragilit%C3%A9_Commission-XIII-Handicap_12-Mai-14.pdf
31. Perrine A-La, Le Cossec C, Fuhrman C, Beltzer N, Carcaillon-Bentata L. Fragilité et multimorbidité : peut-on utiliser les grandes enquêtes françaises en population pour la production de ces indicateurs ? Analyse des données d'ESPS 2012 et HSM 2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. juillet 2017 [cité 24 juill 2017];(16-17):301-10. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/pdf/2017_16-17_2.pdf
32. Sirven N. Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE [Internet]. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2014 p. 20. (Document de travail). Report No.: 60. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/060-mesurer-la-fragilite-des-personnes-agees-en-population-generale-comparaison-esps-share.pdf>

33. Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B. Intégrer le concept de fragilité dans la pratique clinique : l'expérience du Gérotopôle à travers la plateforme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance. Les Cahiers de l'année gériatrique [Internet]. sept 2012;4(3):269-78. Disponible sur: <http://www.ensembleprevenonsladelapdependance.fr/wp-content/uploads/2012/10/Int%C3%A9grer-le-concept-de-fragilit%C3%A9-dans-la-pratique-clinique-.pdf>
34. Agir sur tous les déterminants de la fragilité des personnes âgées : entretien avec Bruno Vellas. La santé en action [Internet]. juin 2017 [cité 26 juin 2017];(440):4-5. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/440/personnes-agees-fragilite-agir-determinants.pdf>
35. Dufлот A, Mazière S, Gaboreau Y, Drevet S, Gavazzi G. Dépistage de la fragilité en médecine communautaire à l'aide du Gerontopôle Frailty Screening Tool (GFST) : prévalence sur l'Arc Alpin. In: Congrès Fragilité 2015 [Internet]. 2015. p. 6. Disponible sur: <http://fragilite.org/abstract2015.pdf>
36. Sirven N. Une première étape de l'évaluation du projet Pari du Régime social des indépendants (RSI) : est-il possible de repérer le risque de fragilité chez les personnes âgées à partir de données administratives ? Questions d'économie de la santé [Internet]. mars 2017;(224):1-6. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/224-une-premiere-etape-de-l-evaluation-du-projet-pari-du-regime-social-des-independants-rsi.pdf>
37. Rahola A. Synthèse du débat national sur la dépendance [Internet]. Paris: Comité interministériel de la dépendance; 2011 p. 64. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_de_debat_national_sur_la_dependance.pdf
38. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee Première [Internet]. oct 2010;(1320):1-4. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>
39. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 : deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. Insee Première [Internet]. nov 2016;(1619):1-4. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2496228/ip1619.pdf>
40. Cambois E, Clavel A, Robine J-M. L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. Dossiers Solidarité et Santé [Internet]. avril-juin 2006;(2):7-22. Disponible sur: http://www.handipole.org/IMG/pdf/dossier200602_drees.pdf
41. Sieurin A, Cambois E, Robine J-M. Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé [Internet]. Paris: Institut national d'études démographiques; 2011 p. 42. (Documents de travail). Report No.: 170. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19560/170.fr.pdf
42. Robine J-M, Cambois E. Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. juillet 2017 [cité 24 juill 2017];(16-17):294-300. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/pdf/2017_16-17_1.pdf
43. Bolamperti P, Dreneau M, Venzac M, Basset M. L'évolution des maladies chroniques en Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. Lyon: Observatoire régional de la santé Rhône-

- Alpes; 2016 p. 48. Disponible sur: http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Evolution_maladies_chroniques.pdf
44. Beaubouchez C, Frachisse D, Anguier C, Bertrand P. Des emplois à pourvoir pour accompagner le vieillissement de la population. Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. juillet 2016;(16):1-4. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2019661/ar_ina_16.pdf
 45. Gras D, Vallès V. Les personnes âgées potentiellement dépendantes de plus en plus nombreuses en Auvergne d'ici 2022. Insee Analyses Auvergne [Internet]. nov 2015;(15):1-4. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1302244/iaa_015.pdf
 46. Bonnet C, Cambois E, Cases C, Gaymu J. La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? Population & Sociétés [Internet]. nov 2011;(483):1-4. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19151/483.fr.pdf
 47. Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale. Vie sociale. oct 2016;1-216.
 48. Alvarez S. Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse. La Revue de l'Ires [Internet]. 2016;(88):33-61. Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RDLI_088_0033
 49. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille, Laroque P. Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse. Paris: La Documentation française; 1962. 438 p.
 50. Billé M, Martz D. La tyrannie du « bien vieillir ». Lormont: Le Bord de l'eau; 2010. 151 p. (Clair & Net).
 51. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009 [Internet]. Paris: Haut conseil de la santé publique; 2010. 87 p. (Évaluation). Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20101209_evalbienvieillir.pdf
 52. Guérain C, Amyot J-J, Dury I, Portier J-J. Le vieillissement au cœur des politiques publiques : méthodologie pour une approche transversale. Voiron: Territorial Ed.; 2016. 84 p. (Dossier d'experts).
 53. Michel J-P, Dreux C, Vacheron A. Prévention de la dépendance liée au vieillissement [Internet]. Paris: Académie nationale de médecine; 2015 p. 27. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/12/2-Rapport-final-ANM-Prevention-Vieillissement-24-11-15-4.pdf>
 54. Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2017 : dispositions générales, déclinaison des priorités du Plan stratégique régional de santé, priorités régionales sectorielles [Internet]. Lyon: Agence régionale de santé Rhône-Alpes; 2012 p. 264. Disponible sur: http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Supports_PRS_Telechargement/SROMS.pdf
 55. STATISS 2016 : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social [Internet]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm>

56. Martin C, Penso A. Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique [Internet]. Lyon: Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes; 2016 p. 70. (Repères). Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/activites-et-competences-pour-l'accompagnement-en-gerontologie-des-professionnels-de-niveau-v/>
57. Volant S. 693 000 résidents en établissements pour personnes âgées en 2011. Études et résultats [Internet]. décembre 2014;(899):1-6. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>
58. Pour le renforcement du soutien aux aidants : pratiques, valeurs et attentes d'aidants familiaux en Maine et Loire [Internet]. Angers: Union départementale des Associations Familiales; 2009 p. 79. Disponible sur: http://www.udaf49.fr/documents_actus/Etude_version_finale.pdf
59. Shier G, Ginsburg M, Howell J, Volland P, Golden R. Strong Social Support Services, Such As Transportation And Help For Caregivers, Can Lead To Lower Health Care Use And Costs. Health Affairs [Internet]. mars 2013;32(3):544-51. Disponible sur: <http://content.healthaffairs.org/content/32/3/544.full.pdf+html>
60. Campéon A, Le Bihan B. Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : une démarche d'investissement social ? Informations sociales [Internet]. 2016;(192):88-97. Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=INSO_192_0088
61. Charte européenne de l'aidant familial [Internet]. Bruxelles: Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne; 2007 p. 4. Disponible sur: <http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2017/01/COFACE-Disability-CharterFR.pdf>
62. Barbe C. Comment soutenir efficacement les «aidants» familiaux de personnes âgées dépendantes ? Note de veille [Internet]. juillet 2010;(187):1-10. Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/NoteVeille187_Aidants.pdf
63. Naiditch M. Comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction ? Enseignements d'une comparaison des politiques d'aide aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe. Questions d'économie de la santé [Internet]. mai 2012;(176):1-8. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf>
64. Davin B, Paraponaris A. Quelles sont les conséquences de l'aide apportée par les proches aux personnes souffrant de maladies neurodégénératives ? Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 20 sept 2016;(28-29):474-9. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/pdf/2016_28-29_3.pdf
65. Guillemin P, Gauthier A-M, Bret G, Comité des Retraités et des Personnes Âgées Loire, Gonthier R. Caractéristiques des aidants ayant à charge un proche en perte d'indépendance sévère à domicile : enquête départementale auprès de 971 aidants. La Revue de gériatrie. oct 2014;39(8):497-508.
66. Moraly S, Guyon C, Corbet E. Les besoins de l'offre de répit en Rhône-Alpes, pour les proches aidants de personnes en situation de grande dépendance. [Internet]. Lyon: CREAL Rhône-Alpes; 2015 avr p. 83p. Disponible sur: <http://www.pieros.org/wp-content/uploads/2016/11/Pieros-377-FRANCE-REPIT.pdf>
67. Paraponaris A. Aide formelle et informelle aux personnes âgées vivant en domicile ordinaire pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. Dossiers Solidarité et Santé [Internet]. avril 2014;(53):61-4. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss53.pdf>

68. Fontaine R, Arnault L. Vers une diminution programmée de l'aide familiale aux personnes âgées en perte d'autonomie ? État des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les familles et de leurs effets attendus sur l'aide familiale [Internet]. Paris: Fondation Médéric Alzheimer; 2016 p. 37. (Rapport d'étude). Report No.: 11. Disponible sur:
http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/22483/100179/file/2016_08_18%20Rapport%20Evolution%20Aide%20Informelle%20FINAL.pdf
69. Programme d'études et d'enquêtes 2017 de la Drees [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2017 p. 160. (Document de travail, série Programmes). Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_travail_2017.pdf
70. Pierron G. Les enjeux psychiques de la relation d'aide entre l'aidant familial et son proche atteint de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, lorsque le patient vit à domicile [Internet] [Thèse Psychologie]. [Besançon]: Université de Franche-Comté; 2015. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01310298/document>
71. Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R. Vulnérabilité et ressources des aidants informels d'adultes malades ou dépendants : suivi sur 20 mois. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie [Internet]. oct 2011;11(65):198-204. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483011000067>
72. Maurize C, Mercier V, Viriot M, Guilloux C. La coordination des acteurs du parcours des personnes âgées : analyse de 3 réponses territoriales pour faire face aux enjeux de la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus. Lyon: Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes; 2016 p. 78.
73. Bocquet H. Mesure de la charge des aidants de personnes âgées dépendantes par la grille de Zarit. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1996;44(1):57-65.
74. Van Durme T, Schmitz O, Cès S, Macq J. Maintien à domicile : initiatives soutenues par l'INAMI. Santé conjugée [Internet]. sept 2015;(72):71-6. Disponible sur: http://otds.sipr.ucl.ac.be/cps/ucl/doc/ir-irss/images/sante_conjuguees_2015.pdf
75. Cès S, Flusin D, Schmidt O, Lambert A-S, Pauwen N, Macq J. Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. Étude de données. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2016 p. 139.
76. Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget [Internet]. Paris: Eneis Conseil; 2015 p. 128. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/etude_de_la_politique_de_laide_aux_aidants_et_evaluation_des_dispositifs_daide_aux_aidants_subventionnes_par_la_cnsa_au_titre_des_sections_iv_et_v_de_son_budget.pdf
77. Gand S, Hénaut L, Sardas J-C. Aider les proches aidants : comprendre les besoins et organiser les services sur les territoires [Internet]. Paris: Presses des Mines; 2014 p. 25. (Économie et gestion). Disponible sur:
http://www.pressesdesmines.com/media/extrait/Aider_Extr.pdf
78. Analyse de la littérature française et internationale portant sur l'accompagnement des aidants non professionnels de personne âgée dépendante, de personne adulte handicapée ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile : note méthodologique [Internet]. Paris: Cekoia Conseil ; Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des

- établissements et services sociaux et médico-sociaux; 2014 p. 23. Disponible sur: http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Doc_appui_Aidants.pdf
79. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel [Internet]. décembre 2015;(0301):24268-338. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031700731
 80. Plaisier I, Broese van Groenou MI, Keuzenkamp S. Combining work and informal care: the importance of caring organisations: The importance of caring organisations. Human Resource Management Journal [Internet]. sept 2014;25(2):267-80. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/1748-8583.12048>
 81. Fau-Prudhomot P, Chadili N, Coll-Cabarus M, Le-Jeune C, Locher F, Montéléon P-Y, et al. Retentissement de la situation d'aidant non professionnel sur le travail et la santé. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement [Internet]. décembre 2016;77(6):1006-7. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1775878516307305>
 82. Huillier J. Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2017 p. 54. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf
 83. Gand S, Hénaut L, Sardas J-C. Soutenir et accompagner les aidants non professionnels de personnes âgées : de l'évaluation des besoins à la structuration des services sur un territoire : rapport final [Internet]. Paris: Centre de Gestion Scientifique de Mines - ParisTech; 2012 p. 215. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00818057/document>
 84. Résultat de l'enquête nationale à destination des aidants [Internet]. Paris: Association française des aidants; 2013. Disponible sur: http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2013/12/RESULTATS-ENQUETE-NATIONALE_ASSOCIATION-FRANCAISE-DES-AIDANTS_vf.pdf
 85. Analyse de la demande exprimée par les personnes âgées de Haute-Saône : étude qualitative menée auprès de 52 personnes âgées et de leur famille [Internet]. Vandœuvre-lès-Nancy: Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales Lorraine; 1999 p. 53. Disponible sur: <https://www.orsas.fr/etudes/category/5-personnes-agees.html?download=79:analyse-de-la-demande-exprimee-par-les-personnes-agees-de-haute-saone>
 86. Dou Goarin C. La socialisation tertiaire des seniors. Empan [Internet]. 2014;(94):137-43. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-empan-2014-2-page-137.htm>
 87. Vigouroux-Zugasti E. Quel regard sur les « vieux » ? Approche communicationnelle du lien social chez les Boomers in bloom. Communication & Organisation [Internet]. 2014;(45):261-70. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2014-1-page-261.htm>
 88. Albérola E, Croutte P, Hoibian S. Bien vieillir : avant tout, être au maximum de ses capacités intellectuelles. Consommation et modes de vie [Internet]. février 2017;(287):1-4. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/pdf/4p/287.pdf>

89. Les attentes de la personne et le projet personnalisé [Internet]. Paris: Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux; 2009 p. 52. Disponible sur:
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf
90. Crawford-Achour E, Castro-Lionard K, Tardy M, Trombert-Paviot B, Barthélémy J-C, Gonthier R. La promotion du bien vieillir et sa représentation par la personne âgée : quels axes de prévention privilégier ? Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement [Internet]. juin 2012;10(2):207-14. Disponible sur:
http://www.jle.com/download/gpn-293264-la_promotion_du_bien_vieillir_et_sa_representation_par_la_personne_agee_quels_axes_de_prevention_privilegier_--V45HRH8AAQEAAAKPd@YAAAAG-a.pdf
91. Thalineau A. Vieillir chez soi, un enjeu individuel, social et politique. In: Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2014. p. 7. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01424779/document>
92. Duvic B. Le maintien des personnes âgées à domicile [Internet]. Un jour en France. 2015. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/un-jour-en-france/un-jour-en-france-02-octobre-2015>
93. Dagbert M, Duriez O. Offrir des réponses les plus adaptées possibles aux attentes. Revue française des affaires sociales. oct 2016;(4):353-61.
94. Territoires et politiques de l'autonomie : rapport 2015 [Internet]. Paris: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie; 2016 p. 205. Disponible sur:
http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_annuel_2015_territoires_et_politiques_de_l_autonomie.pdf
95. Closon M-C, Léonard C. Favoriser concrètement le rôle actif et citoyen de la personne âgée : une application du care capacitant. Journal international de bioéthique. 2016;27(3):53-68.
96. Dansac C, Lacombe N, Vachée C. S'engager pour bien vieillir ou bien vieillir pour s'engager ? Exploration des enjeux dans trois contextes d'engagement des personnes âgées. In Bordeaux: ISIAI-IUT Bordeaux Montaigne, UMR 5185 ADESS; 2015. p. 14. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01222789/document>
97. Jeandel C. Les différents parcours du vieillissement. Sève Les tribunes de la santé [Internet]. 2005;(7):25-35. Disponible sur:
https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SEVE_007_35
98. Agences régionales de santé. Parcours de soins Parcours de santé Parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2016 p. 92. Disponible sur: social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
99. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le dispositif Paerpa [Internet]. 2016. Disponible sur:
<http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
100. Loi de modernisation de notre système de santé - Grands dossiers - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>

101. Schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2016 [Internet]. Clermont-Ferrand: Agence régionale de santé Auvergne; 2012 p. 42. Disponible sur: https://www.esante-auvergne.fr/sites/default/files/ars_sroms_1.pdf
102. Évaluation des dispositifs MAIA. Enquête exhaustive auprès de l'ensemble des MAIA et élaboration d'une typologie MAIA [Internet]. Paris: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie; 2016 p. 132. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/sites/default/files/evaluation_maia_rapport_final_et_annexes.zip
103. État de l'art relatif aux parcours de santé des personnes âgées [Internet]. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2012. 33 p. Disponible sur: http://www.prceps-hn.fr/IMG/pdf/5_Etat_de_l_art_parcours_personnes_ages_ARS.pdf
104. Les filières gérontologiques en Rhône-Alpes. Repères. 2012;(1):1-4.
105. Pruvot A, Pichereau P, Prout E, Lussier M-D. Mettre en place la coordination territoriale d'appui: retour d'expériences des territoires PAERPA [Internet]. Paris: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux; 2016 p. 32. Disponible sur: <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-place-la-coordination-territoriale-dappui-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>
106. Lussier M-D, Musiol C, Duchange E. Construire un parcours de santé pour les personnes âgées [Internet]. Paris: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux; 2013 p. 44. Disponible sur: http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/01/Construire_un_parcours_de_sante_pour_les_personnes_agees_Anap.pdf
107. Pruvot A, Pichereau P, Lussier M-D, Duchange E. Organiser la gouvernance d'un projet Parcours: retour d'expériences des territoires PAERPA [Internet]. Paris: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux; 2016 p. 36. Disponible sur: <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/organiser-la-gouvernance-dun-projet-parcours-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>
108. Pacte territoire santé 2: dossier de presse [Internet]. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2015 p. 27. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11.pdf
109. Filière gérontologique du bassin de santé roannais. Groupe Parcours de la personne âgée de 75 ans et plus: septembre 2014 - avril 2016 [Internet]. Roanne: Centre hospitalier; 2016 p. 74. Disponible sur: http://www.ch-roanne.fr/Data/downloads/Media/713_version-definitive-du-rapport.pdf
110. Personnes âgées, état de santé et dépendance: quelques éléments statistiques [Internet]. Paris: Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie; 2016 p. 37. Report No.: 9. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf
111. Clozet E, Maurelet J-P. Parcours de santé de la personne âgée dans le Vitryat. In Épernay: Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier; 2015. p. 23. Disponible sur: http://www.anfh.fr/sites/default/files/anfhv1/12666-jp_maurelet_-_ars_-_presentation_parcours_de_sante_pays_vitryat.pdf
112. MAIA Sud littoral Vendée. Fiche de repérage des ruptures dans le parcours de la personne âgée en sortie d'hôpital [Internet]. [s.d.]. Disponible sur: <http://www.observatoire-sante-rhone-alpes.fr/observatoire-rhone-alpes-2017-etude-prospective-et-qualitative-prise-en-charge-et-accompagnement-de-la-personne-agee-de-75-ans-et-plus-en-perte-d-autonomie-a-l-horizon-2030-region-auvergne-rhone-alpes>

http://www.clicdulittoral.com/media/fiche_reperage_ruptures_cdL_opti__088822700_1747_02032016.pdf?cache=1456999459

113. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Études et résultats [Internet]. mars 2017;(1007):1-6. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>
114. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Études et résultats [Internet]. mars 2017;(1008):1-6. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1008.pdf>
115. Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité d'Aquitaine. Les actions innovantes : base d'actions [Internet]. Observatoire Régional de l'Innovation en Santé. 2017. Disponible sur: <http://www.oris-aquitaine.org/les-actions-innovantes/>
116. Document de restitution des travaux 2012-2013. Comment aider la personne en perte d'autonomie à exercer sa liberté de choix ? Des réponses innovantes afin de l'accompagner dans sa démarche et lui permettre de développer ses propres capacités pour s'adapter à sa situation [Internet]. Lyon: Observatoire régional des actions innovantes sur la dépendance et l'autonomie Rhône-Alpes; 2013 p. 70. Disponible sur: <http://www.oraida-ra.org/content/download/206/1010/version/1/file/ORAIDA%20document%20de%20restitution%20des%20travaux%20de%20l'annee%201.pdf>
117. Résultat des travaux d'observation 2ème année 2014-2015. Solliciter et développer la liberté d'agir des personnes en situation de handicap et de dépendance [Internet]. Lyon: Observatoire régional des actions innovantes sur la dépendance et l'autonomie Rhône-Alpes; 2015 p. 82. Disponible sur: <http://www.oraida-ra.org/content/download/349/1462/version/1/file/ORAIDA%20-%20Document%20de%20restitution%20des%20travaux%20de%20l'annee%202.pdf>
118. Bien vieillir dans la société. Boîte à idées : projets transférables et adaptables [Internet]. Paris: Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale; 2015 p. 19. Disponible sur: <http://www.unccas.eu/existe/docs/Guide-bien-vieillir.pdf>
119. Galdemar V, Gilles L. Étude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées : rapport transversal [Internet]. Paris: Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie; 2013 p. 54. Disponible sur: http://www.credoc.fr/pdf/Sou/EtudeCREDOC-CombattreLaSolitude_RapportTransversal.pdf
120. Laborde C, Grudzien C. Vieillir chez soi : enjeux de santé dans l'adaptation des logements [Internet]. Paris: Observatoire régional de la santé Île-de-France; 2016 p. 84. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2016/2016_vieillir_chez_soi_.pdf
121. Dreyer P, éditeur. Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. Gérontologie et société [Internet]. 2017;39(152):1-252. Disponible sur: [←http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2017-1.htm→](http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2017-1.htm)
122. Leenhardt H. L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné, prenant en compte le vieillissement [Internet]. Clermont-Ferrand: Collectif Habiter Autrement; 2017 [cité 24 juill 2017] p. 28. Disponible sur: http://jhapa.eu/wp-content/uploads/2017/03/synthese_habitats_alternatifs_Web.pdf
123. Garnier I. De la diversification des services à leur structuration pour mieux accompagner le parcours d'autonomie : les EHPAD, futures plates-formes

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

gérontologiques. De la réflexion à la construction d'un projet de plate-forme à la Résidence intercommunale Jean Villard. [Internet] [Mémoire Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux]. [Rennes]: École des Hautes Études en Santé Publique; 2012. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/dessms/garnier.pdf>

124. Collombet C, Gimbert V. Vieillissement et espace urbain. Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ? La note d'analyse - Questions sociales [Internet]. 2013;(323):1-12. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2013-03-28-vieillissement-espace-urbain-na323.pdf>
125. Dupuy L. Conception et validation d'une assistance numérique domiciliaire pour la personne âgée en perte d'autonomie [Internet] [Thèse Sciences cognitives & Ergonomie]. [Bordeaux]: Inria; 2016. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01452662/document>

Éléments transversaux et prospectifs

1 « Parcours » et « ruptures de parcours » : des définitions qui varient entre professionnels et représentants d'usagers

Les termes de « parcours » et de « rupture » n'ont pas forcément le même sens pour les professionnels et les personnes âgées ainsi que leurs familles et il est nécessaire de préciser ce que les uns et les autres mettent derrière ces termes, définitions qui reflètent aussi leurs attentes et objectifs.

1.1 La « rupture de parcours » selon les professionnels

En ce qui concerne les professionnels, le « parcours » est globalement l'enchaînement des prises en charge dont peut éventuellement avoir besoin la personne âgée, dont l'état de santé et le niveau de dépendance nécessitent à la fois des réponses appropriées et graduées, médico-sociales et médicales.

La « rupture » est souvent associée à une attente, ressentie comme longue par les professionnels, de solution, cette attente pouvant quelquefois impliquer, selon les professionnels, une mise en danger (notamment, à domicile avec un faible niveau d'aide ou à l'hôpital avec un risque de perturbation et désorientation de la personne âgée, mais aussi le risque de contracter une infection associée aux soins) ou encore une prise en charge dans un endroit inadapté.

Les types de « ruptures » souvent cités par les professionnels sont les passages aux urgences hospitalières, alors que l'état de santé ne le justifie pas, les séjours « prolongés » en SSR alors qu'il n'y a pas de soins de suite à prodiguer ou encore les séjours prolongés à l'hôpital, alors qu'il n'y a plus de surveillance ou de soins médicaux ou post-chirurgicaux à réaliser. Dans ces cas, la personne âgée « occupe indument » une place, un lit et prend la place d'un « véritable » patient... et « coûte » alors plus cher qu'elle ne devrait.

Mais les « ruptures » désignent aussi les absences de prises en charge, ou les prises en charge inadéquates, ce qui se produit notamment lorsque certaines personnes âgées nécessitent des soins médicaux importants ou présentent des troubles du comportement importants. Ces personnes dépendantes nécessitent des traitements médicaux complexes ou des moyens humains importants, parfois les deux, ce qui est souvent très coûteux en temps, en ressources humaines et, *in fine*, en financements... Et qui peut amener les EHPAD, les SSIAD, mais aussi les infirmiers libéraux ou même les SAAD à les « éviter ».

Par-delà ces contraintes, il y a l'objectif de respecter la volonté de la personne âgée dépendante, une volonté mise à mal ou difficile à percevoir lorsque les troubles cognitifs sont importants. Pour prévenir le risque de trop s'éloigner des volontés de la personne âgée, certains (professionnels mais aussi représentants des usagers) souhaitent que l'on informe davantage le grand public (dès 40 ou 50 ans) de la possibilité de rédiger des directives

anticipées. Les directives anticipées, prévues par la révision de la loi bioéthique¹ permettent, au « grand public » ou aux patients concernés par une maladie grave, de faire connaître leurs souhaits concernant la fin de vie et notamment :

- limiter ou arrêter les traitements en cours,
- être transféré en réanimation si l'état de santé le requiert,
- être mis sous respiration artificielle,
- subir une intervention chirurgicale,
- être soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès.

Rappelons que la réglementation française considère qu'une personne est *en « fin de vie »* lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale².

Certains professionnels (notamment les professionnels de la guidance, de l'accompagnement des personnes âgées et de leurs aidants) souhaitent fortement promouvoir, auprès des personnes âgées et de leurs aidants, mais aussi de l'ensemble de la société, l'idée que la dernière étape de la vie n'est pas qu'une « *attente de la mort* », un temps vide qui serait en « rupture » avec la « *vie normale* » ou la « *vraie vie* », mais que l'on peut trouver du sens, du plaisir dans cette dernière étape de la vie, même en étant très dépendant. Ce point de vue, qui ne semble pas toujours spontanément partagé par les personnes âgées et par leurs aidants, implique un accompagnement réalisé par des professionnels qui ont des compétences spécifiques, notamment au plan psychologique et gériatrique.

1.2 La « rupture de parcours » selon les aidants et représentants des usagers

Du côté des aidants le « parcours » de la personne âgée dépendante renvoie avant tout à son parcours de vie et tout particulièrement à la dernière étape de sa vie. Elle renvoie aussi au « parcours » des aidants naturels, conjoints et enfants. Les questions de culpabilité, de volonté d'accompagner la personne âgée « *jusqu'au bout* », de ne pas « *l'abandonner* » se mêlent aux inquiétudes liées à l'aide apportée par les professionnels à domicile ou à la vie en EHPAD (avec la peur de l'isolement de la personne âgée, de certaines formes de négligences, voire de maltraitances ou simplement de perte de « vie privée »). Parallèlement à ces inquiétudes émergent les questions économiques associées à la prise en charge de la dépendance : coût des EHPAD, coût des aides à domicile, qui sont parfois difficiles à supporter pour les familles modestes.

¹ Loi du 2 février 2016 (articles L. 1111-11 et R. 1111-18 et R. 1111-19) du code de la santé publique. Cette loi a pour objectif principal de permettre aux personnes d'exprimer leur volonté concernant leur fin de vie. Cette expression de volonté, quel qu'en soit le support, est contraignante et s'impose aux médecins, sauf en cas d'urgence vitale, le temps d'évaluer la situation et lorsque les directives anticipées lui apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/pour-les-professionnels-de-sante/fiches-pratiques-a-destination-des-professionnels-de-la-sante/article/les-directives-anticipees-319350>

² Code de la santé publique : articles L1111-11 à L1111-12, Expression de la volonté des malades en fin de vie
Code de la santé publique : articles R1111-17 à R1111-20, Rédaction des directives anticipées

On sait que les personnes âgées souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible et que l'EHPAD est souvent un choix par défaut. Certains représentants d'usagers, interviewés lors de l'enquête qualitative, souvent eux-mêmes « âgés », ont précisé qu'ils préféreraient mourir plutôt que de devoir vivre en EHPAD, dans ce qui leur semble être la solitude d'une structure collective où des personnes, grabataires parfois, ne sont plus en capacité de communiquer, coupées de ce qui a fait leur « vrai » parcours de vie : leur « chez soi », leur quartier, leurs habitudes... De même, le « chez soi » dans de mauvaises conditions, fait peur, sans compter la crainte de la contention chimique, physique, qui annihile la personne et contribue à dissoudre son identité, déjà mise à mal par les troubles cognitifs, les démences...

À la croisée des différents entretiens réalisés avec les représentants d'usagers, on constate que le « parcours de vie » semble s'arrêter lorsque la personne ne peut plus rien choisir, qu'elle est déracinée et isolée : commence alors une sorte d'attente, de « non vie » en attendant la mort... Malgré ou à cause ce point de vue pessimiste, certains des aidants interrogés s'investissent eux-mêmes dans les EHPAD (participation aux animations, aux conseils d'administration...), peut-être pour accompagner un peu plus, un peu mieux, leur parent ou leur conjoint et contribuer ainsi à maintenir ou recréer « de la vie » autour de ces derniers.

Les « ruptures de parcours » renvoient souvent pour eux aux limites et difficultés de la personne âgée dépendante, tant au plan moral, mental que physique, que ce soit au domicile ou en institution. La rupture peut aussi être en lien avec une douleur somatique mal prise en charge, un problème de santé non soigné. Le sentiment de rupture peut aussi être associé au fait de vivre l'aide à domicile comme une intrusion dans sa vie privée voire, de subir des formes de maltraitements. Enfin, la tristesse ou la perte du « goût de vivre », le sentiment - voire l'angoisse - de solitude, sont autant d'éléments qui peuvent renvoyer à la dépressivité dont souffrent certaines personnes âgées, voire à une dépression, pas toujours identifiée ou suffisamment prise en charge, qui peuvent aussi traduire une « rupture » dans le parcours de vie. D'après certains représentants d'usagers interviewés, l'idéal serait finalement de pouvoir « partir » avant de devoir entrer en EHPAD ou d'être très dépendant à domicile. La question du choix du moment de sa mort, pour éviter les douleurs et la dégradation que peuvent entraîner les pathologies de la vieillesse, a ainsi été soulevée à quelques reprises.

On note que certaines situations fréquemment considérées comme des « ruptures » par les professionnels ou par une partie d'entre eux, ne sont pas forcément vécues comme une « rupture » par les personnes âgées et leurs aidants. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les « urgences ». Même si la personne n'est pas dans une situation « d'urgence vitale », son problème, souvent soudain, génère une forte inquiétude dans son environnement, notamment dans des contextes d'impossibilité de recours à un médecin traitant ou du moins à un médecin généraliste. Qu'il s'agisse de l'aidant naturel ou du directeur d'EHPAD, les urgences représentent une ressource sanitaire centrale, pour éviter de mettre en danger la personne âgée ou du moins éviter de prendre une mauvaise décision, qui pourrait la mettre en danger. Le manque de médecins généralistes accessibles, de ressources adaptées au soin dans les EHPAD et de places en USLD sont décrits comme des ressorts importants de l'utilisation des urgences.

Inversement, une « bonne solution » pour les professionnels peut être très mal vécue par la personne âgée dépendante, comme l'entrée en EHPAD pour une personne physiquement très dépendante mais sans troubles cognitifs.

2 Sept profils particulièrement fragiles, à risque de « rupture de parcours »

Les entretiens convergent sur l'existence de profils de personnes âgées dépendantes, qui présentent un risque particulièrement élevé de « ruptures » dans le parcours, à la fois au sens des aidants et personnes âgées et au sens des professionnels.

Par ailleurs, une même personne peut appartenir à plusieurs de ces « profils », cumulant ainsi des difficultés majeures, avec un sur-risque de rupture.

Enfin, au-delà des évolutions démographiques, spécifiques à chaque territoire, ces profils semblent être de plus en plus nombreux et leur importance devrait se maintenir voire s'intensifier à l'horizon 2030, de même que les difficultés de prise en charge de ces personnes.

2.1 Les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec des dégénérescences séniles

Ces personnes ont des troubles du comportement en lien avec la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées), des démences frontales, des démences vasculaires. Dans certains cas, ces troubles existent mais se manifestent de manière relativement discrète. Ils deviennent problématiques lorsqu'ils s'expriment par une agitation de la personne, une attitude agressive, voire violente, à l'égard des professionnels (infirmiers, aides-soignantes, auxiliaires de vie...) ou de leurs aidants ou autres résidents de l'EHPAD. L'un des professionnels interviewés a désigné ces personnes comme les « *trois D : déments, déambulants, dérangeants* ». Ces personnes, peuvent épuiser les professionnels car elles requièrent à la fois une surveillance constante mais aussi de la patience, de la bienveillance et une bonne formation pour comprendre la désorientation et la souffrance que traduisent ces comportements.

Prendre en charge ces personnes nécessite donc des moyens particuliers, en effectifs et aussi en formation des personnels, afin que les personnes âgées ne représentent pas un danger pour les autres (agressivité) ou pour elles-mêmes (fugues, blessures).

Deux types de ruptures récurrentes sont repérés chez ces personnes. Le premier est lié à un refus de prise en charge par les professionnels qui, face au surcroît de travail qu'impliquent ces personnes et donc au coût qu'elles représentent, ne les accueillent qu'en nombre restreint (en EHPAD, SSIAD, mais aussi SAAD et IDEL) ou ne les prennent pas ou plus en charge, faute d'avoir les moyens nécessaires en ressources humaines (effectifs ou personnes suffisamment formées pour bien prendre en charge les personnes dépendantes). Certaines personnes âgées concernées par ces troubles restent ainsi à leur domicile, parfois avec une aide minimale.

Le second risque concerne la contention excessive. Lorsque les personnes âgées développent ces troubles alors qu'elles sont déjà prises en charge (notamment en EHPAD, mais aussi à domicile), elles sont parfois « maîtrisées » par des traitements sédatifs (contention chimique), qui peuvent avoir des effets secondaires néfastes voire quelquefois létaux, d'après les professionnels. Risques d'affaiblissement des capacités cognitives, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, problèmes cardiaques... peuvent ainsi apparaître, voire entraîner le décès. La contention physique, seule ou associée à une contention chimique, comporte aussi ses propres risques : aggravation de l'angoisse et de l'agressivité de la personne âgée et surtout blessures (lorsque la personne est attachée à un fauteuil, un lit) ou encore risque accru d'escarres (lorsque la personne est maintenue attachée, mais ne change pas suffisamment souvent de position).

Le nombre de personnes concernées par la maladie d'Alzheimer et par d'autres dégénérescences séniles étant en constante augmentation, ces formes de « ruptures silencieuses » constituent un réel point d'alerte à l'horizon 2030 et au-delà.

Il existe déjà des dispositifs adaptés aux personnes âgées concernées par des troubles cognitifs et comportementaux, suivant l'intensité de ces troubles : PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés), UCC (Unité comportementales et cognitives) et UHR (Unité d'hospitalisation renforcée) développés par le récent Plan Alzheimer et repris dans le plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019, dispositifs qui sont largement salués par les professionnels. Si ces dispositifs couvrent les différents besoins repérés, leur nombre ne permet pas de répondre à tous les besoins, en augmentation constante, notamment sur certains territoires. Ainsi, les professionnels expriment une attente de davantage de places en PASA (premier niveau, activités en journée puis retour en EHPAD le soir), UCC ou UHR. Les EHPAD qui ne disposent pas de ce type de ressources sont aujourd'hui confrontés aux limites de leur aménagement interne face à l'évolution de leurs publics : manque d'espaces de déambulation sécurisés (secteur ouvert) avec risque de fugue, manque de repères spatio-temporels facilement appropriables par les personnes âgées, avec des équipes en nombre insuffisant et pas toutes formées aux spécificités de ces résidents. De plus, la cohabitation entre différents publics de personnes âgées dépendantes, au sein d'un même établissement, peut être aujourd'hui très complexe à gérer (patients Alzheimer, personnes concernées par une pathologie psychiatrique...). La mixité des publics ayant des troubles du comportement et la diversification des prises en charge, en respectant les besoins spécifiques à chacun, constitue un défi fort, à l'horizon 2030. Quelques établissements³ ont développé avec succès une démarche d'intégration de publics de personnes âgées dépendantes ayant des troubles très différents (cognitifs, psychiatriques). Cette intégration s'est appuyée sur des formations appropriées des professionnels de l'établissement, mais aussi en lien avec une cohérence de « recrutement » des personnes âgées hébergées, qui ont toutes pour point commun d'avoir habité dans les communes du territoire et qui partagent de ce fait une forme d'histoire commune, support qui facilite le lien social et la tolérance au sein de l'EHPAD.

Notons enfin que la prise en charge des personnes concernées par des troubles cognitifs est particulièrement difficile la nuit, car leurs cycles de sommeil sont souvent réduits ou perturbés (voire inversés). Ces personnes ont alors tendance à déambuler la nuit. Ceci

³ Ainsi l'EHPAD de Tence, en Haute-Loire

s'ajoute aux difficultés exposées précédemment et renvoie à la nécessité d'une veille de nuit, voire d'une réelle surveillance, pour assurer la sécurité de ces personnes, en recourant le moins possible aux outils de contention. Il existe quelques expériences de garde à domicile par les SAAD la nuit, ainsi que des expériences de « baluchonnage » qui permettent une garde la nuit, à domicile⁴ (notamment pour soulager les aidants à domicile et leur permettre de dormir). Les professionnels interviewés ont cependant globalement écarté l'idée de développer des accueils de nuit spécifiques en EHPAD, car ce type de solution pourrait peut-être aggraver la désorientation des personnes âgées.

Les personnes ayant des troubles du comportement liés à des dégénérescences séniles – Pistes à l'horizon 2030

- Renforcer la formation des professionnels des EHPAD, du domicile (aide à domicile auxiliaires de vie), aux relations avec les personnes concernées par des troubles du comportement : stratégies de communication, veille, comportements d'apaisement etc...
- Développer l'accès de ces personnes à des bilans gériatriques pour éviter les contentions chimiques ou physiques inappropriées ou excessives
- Développer les PASA, UCC et les UHR dans les territoires les plus vieillissants en termes d'effectifs, à l'horizon 2030
- Développer les savoir-faire autour de prises en charge de publics « mixtes » ayant différents types de troubles du comportement (dégénérescence cognitive, pathologie psychiatrique...), à partir d'expériences existantes.
- Développer une réflexion sur les aides qui peuvent être renforcées ou mises en place, en EHPAD ou à domicile, pour veiller et accompagner les personnes âgées très désorientées au plan spatio-temporel, qui déambulent la nuit.

2.2 Les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec un problème de santé mentale ou une déficience intellectuelle

Un profil particulièrement redouté, d'après les professionnels interviewés, est celui des personnes souffrant d'affections psychiatriques chroniques, plus ou moins stabilisées, qui peuvent décompenser notamment du fait d'autres difficultés liées au vieillissement (problèmes somatiques, troubles cognitifs). Ne relevant pas d'une hospitalisation en psychiatrie au long cours, car leurs problèmes psychiatriques ne le justifient pas, alors que leurs besoins somatiques et leur dépendance augmente, ces personnes sont fréquemment refusées par les EHPAD, mais aussi par les SSIAD, les SAAD et les IDEL. Quelquefois agressives, désinhibées, elles peuvent impliquer un surcroît de travail à la fois en termes de surveillance et de « relationnel », un relationnel spécifique auxquels les professionnels ne sont pas, ou ne se sentent pas, suffisamment formés. Par ailleurs, du fait de leur pathologie, certaines de ces personnes ont pu avoir un parcours d'errance et de désinsertion sociale (personnes sans domicile fixe ou personnes hébergées sur de longues durées dans les

⁴http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/3_du_baluchonnage_quebecois_au_relayage_en_france_version_def_3.pdf

Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) qui les rend facilement « repérables » et donc faciles à « éviter ».

Enfin, lorsque ces personnes ne peuvent pas ou ne veulent pas se déplacer au Centre médico-psychologique (déli de la pathologie...), il est apparemment très rare que les professionnels des CMP (et plus largement de la psychiatrie publique) se déplacent jusqu'à elles, à domicile ou en EHPAD (et ce, sans compter la pénurie de psychiatres libéraux et les dépassements d'honoraires qui aggravent les difficultés d'accès aux soins). Ces difficultés d'accès aux soins, pour les personnes souffrant de troubles psychiques, accroissent les risques d'évitement de la part des SSIAD, SAAD et EHPAD, qui peuvent se sentir désemparés face à ces personnes dont ils ne savent pas décoder le comportement et à qui ils ne savent pas quelles réponses apporter, sans y « noyer » tous leurs moyens.

À l'inverse, lorsqu'un lien existe entre EHPAD et CMP de proximité, il peut y avoir des formes de prise en charge ou d'aide aux professionnels, qui améliorent la qualité de vie des personnes âgées et les conditions de travail des personnels et qui réduisent ainsi les risques d'évitement.

Sans être concernées par une psychose, d'autres personnes peuvent avoir des difficultés de santé mentale et tout particulièrement les personnes âgées qui ont été concernées par une addiction à un produit. L'addiction à l'alcool est aujourd'hui bien repérée chez certaines personnes âgées dépendantes et, même si c'est à un degré moindre, les addictions à des substances illicites commencent à être visibles chez certaines personnes âgées. Lorsque ces personnes sont toujours consommatrices de ces produits (très majoritairement l'alcool) alors qu'elles sont âgées et deviennent dépendantes, cela engendre souvent ou aggrave des troubles du comportement, qui font que ces personnes sont également « évitées » par les professionnels. Refus de prise en charge ou arrêt de la prise en charge (notamment à domicile) constituent des situations fréquentes semble-t-il. Or, déjà fragilisées, physiquement et mentalement, par leurs addictions et parfois par leur très faible insertion sociale, ces personnes ont un risque de décès prématuré beaucoup plus élevé que la population générale et, *pour certains*, un risque de « clochardisation », tant qu'elles conservent une certaine mobilité. Et ce, sans compter les risques d'une contention chimique ou physique inadaptée sur leurs organismes affaiblis par les addictions.

Enfin, les personnes concernées par une déficience intellectuelle, associée à des difficultés de santé mentale peuvent également être concernées par des troubles du comportement et, de ce fait, subir les stratégies d'évitement des professionnels, pour qui elles représentent un surcroît de travail qui risque, là encore, d'absorber d'importants moyens humains et financiers.

Les professionnels interviewés soulignent que les personnes ayant des troubles du comportement ont une meilleure espérance de vie qu'il y a quinze ou vingt ans, mais qu'eux-mêmes n'ont pas été préparés à cette évolution et formés pour les prendre en charge. Les personnels des EHPAD, des SSIAD, des SAAD en ont parfois peur, ne savent pas toujours comment réagir à leur agressivité éventuelle et, notamment lorsqu'il s'agit de femmes (aides à domicile, auxiliaires de vie), craignent des formes de violence physique. À cela s'ajoute que la cohabitation avec d'autres personnes âgées, en EHPAD, est parfois très

difficile, notamment lorsqu'elle est insuffisamment encadrée, organisée par les professionnels.

Pour ce profil la question est donc double : comment les prendre en charge, en prenant en compte leurs besoins spécifiques, mais aussi comment les prendre en charge « avec » les autres, lorsqu'ils sont en EHPAD ?

Les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec un problème de santé mentale ou une déficience intellectuelle – Pistes à l'horizon 2030

- Développer les partenariats entre la psychiatrie (publique mais aussi libérale) et les acteurs de la prise en charge des personnes dépendantes (notamment CSAPA) en EHPAD ou à domicile, afin que les professionnels ne se sentent pas isolés, au quotidien ou dans des moments de « crise » avec certaines personnes âgées.

- Développer les échanges et la formation des professionnels de terrain (SSIAD, SAAD, EHPAD) avec la psychiatrie publique (CMP, CMP gérontologiques), mais aussi avec les CSAPA en ce qui concerne les addictions et les professionnels de la prise en charge des personnes handicapées (ADAPT, ADAPEI...), afin de faciliter l'accueil de publics et la prise en charge de publics diversifiés.

- Dans le prolongement de cette formation « renforcée », soutenir les dynamiques d'EHPAD qui font le choix d'accueillir une population « mixte » (sans éviter certains profils) à partir d'une cohérence de « recrutement » (par exemple, personnes ayant vécu dans le même bassin de vie) et en lien avec l'environnement extérieur à l'EHPAD. La capacité à « vivre ensemble » peut se développer à partir d'une communauté d'histoire ou d'appartenance à un territoire, en intégrant une diversité des publics qui étaient déjà en présence, avant leur entrée en EHPAD.

- Développer le soin et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ayant une maladie psychique, une addiction, en créant ou en renforçant :

* les équipes mobiles psychiatriques (en lien avec psychiatrie publique et notamment les équipes spécialisées en géronto-psychiatrie),

* les équipes mobiles des CSAPA.

Mais aussi en renforçant les liens entre ce type de ressources spécialisées et les EHPAD, de telle sorte que les EHPAD ne se sentent pas isolés face à des personnes ayant des troubles du comportement majeurs et puissent bénéficier de l'appui, ponctuel ou régulier, dont ils ont besoin.

2.3 Les personnes concernées par une ou plusieurs pathologies somatiques « lourdes »

Le vieillissement va de pair avec le risque de contracter certaines maladies chroniques. Les professionnels rencontrés évoquent ainsi les cas, de plus en plus fréquents, de personnes aidées à domicile ou accueillies en établissement, qui sont concernées par un cancer ou par d'autres pathologies : problèmes cardiaques et cardio-vasculaire, insuffisance rénale... Ces maladies nécessitent des prises en charge lourdes, qui peuvent impliquer des soins complexes, longs et coûteux.

Lorsque la personne âgée est maintenue à domicile et que ses soins sont longs et nécessitent une hospitalisation à domicile (HAD), il est souvent nécessaire qu'un « complément » de temps de soins soit organisé avec un cabinet d'IDEL (notamment la nuit et les week-ends). Or, cette coordination ne fonctionne pas bien dans certains cas, ce qui peut créer des risques de ruptures de soins, particulièrement la nuit et les week-ends, plus difficiles à couvrir (et plus onéreux aussi).

Par ailleurs et hors cadre HAD, les soins longs mais qui sont, d'après les professionnels, insuffisamment côtés, compte-tenu de la difficulté réelle des tâches à accomplir et du temps nécessaire pour les accomplir, peuvent constituer un motif d'évitement. C'est le cas pour les SSIAD, qui pour équilibrer leurs budgets, ne peuvent dépasser le temps prévu pour chaque acte (chose très difficile avec des patients concernés par des pathologies lourdes). Les IDEL, quant à eux, constatent que certaines activités sont génératrices de déficit. La requalification de certains actes en AMI 3 et AMI 6 (qui permettrait, d'après les professionnels, de rémunérer de manière plus juste les actes difficiles ou longs à accomplir) est ainsi demandée à la fois par les IDEL, mais aussi par certains médecins généralistes.

En tout état de cause, aujourd'hui, les professionnels interviewés ont abondamment souligné le fait que les « *cas lourds* » sont ceux qui ont le plus de risques de n'être pas ou insuffisamment pris en charge à domicile par les IDEL comme par les SSIAD, qui ont des contraintes fortes en termes d'équilibres budgétaires.

La prise en charge médicale des personnes âgées dépendantes en EHPAD est également complexe, puisque le budget « soins » dépend directement de l'établissement. Ainsi, lorsque plusieurs personnes nécessitant des soins onéreux et chronophages sont prises en charge dans un même EHPAD il existe un risque fort de déséquilibrer le budget de l'établissement. De ce fait, les EHPAD qui hébergent déjà plusieurs personnes ayant des maladies chroniques nécessitant des soins importants (ce qui est devenu courant aujourd'hui), veillent à ce que les personnes qui font des demandes pour être nouvellement accueillies ne soient pas « déjà » concernées par ce type de pathologies. Une personne dépendante atteinte d'une pathologie lourde a ainsi plus de risques de ne pas être acceptée en EHPAD, étant donné les contraintes budgétaires extrêmement fortes que déplorent les directeurs et professionnels des EHPAD.

Certains dossiers de demande d'entrée en EHPAD, pour des personnes ayant des pathologies somatiques lourdes sont ainsi parfois quelque peu « embellis », par des médecins traitants ou par les familles elles-mêmes, comme c'est aussi le cas pour les

personnes avec une pathologie psychiatrique, afin de passer plus facilement les « filtres » d'acceptation du dossier. Ces pratiques traduisent souvent l'impasse voire l'exténuation dans laquelle peuvent se trouver les familles.

Dans d'autres cas, il s'avère plus simplement que la personne âgée ayant été peu suivie au plan médical durant les dernières années de sa vie au domicile, c'est au moment de son arrivée en EHPAD que certaines pathologies sont finalement découvertes, à la faveur d'un bilan médical, d'un changement de médecin traitant.

Les personnes âgées dépendantes affectées par des pathologies somatiques lourdes ont ainsi un fort risque de ne pas être suffisamment prises en charge à domicile par les IDEL ou les SSIAD locaux, sans pour autant être acceptées en EHPAD.

Par ailleurs, il faut souligner qu'aussi bien à domicile qu'en EHPAD, il n'y a pas de garantie que ces personnes puissent être bien prises en charge au plan médical, l'accès aux médecins généralistes pouvant être difficile, notamment dans les territoires sous dotés. Le fait que les médecins se déplacent peu ou plus à domicile comme en EHPAD, selon les territoires, est un facteur aggravant.

Enfin, plusieurs professionnels ont souligné qu'une fois en EHPAD, ces personnes, dont les pathologies s'aggravent souvent, ont un accès insuffisant aux soins palliatifs, alors même que les hôpitaux, eux-mêmes, saturés de demandes, ne souhaitent pas accueillir ces personnes. L'EHPAD est ainsi devenu, pour certaines personnes, un lieu de « fin de vie », mais sans les ressources nécessaires et spécifiques à ces situations (au plan de la prise en charge psychologique, de la prise en charge de la douleur...), cette situation étant notamment liée au manque de places en USLD sur certains territoires.

Cette dimension est beaucoup moins repérée à domicile : les personnes âgées sont plus facilement hospitalisées lorsqu'elles viennent du domicile semble-t-il.

D'après les professionnels, les EHPAD seront de plus en plus confrontés à ce problème de prise en charge médicale de personnes âgées ayant des pathologies somatiques lourdes, à la fois en termes de fréquence, mais aussi d'intensité des problèmes de santé. La question de la prise en charge de la « fin de vie » sera par ailleurs un autre défi pour les EHPAD en 2030.

Les personnes concernées par une pathologie somatique lourde – Pistes à l’horizon 2030

- Renforcer la médicalisation de la grande dépendance, en établissement (ou à domicile), sur les territoires où l’état de santé des personnes dépendantes est le plus marqué par des pathologies chroniques nécessitant des soins onéreux (cancer, pathologies cardiaques et cardio-vasculaires, insuffisance rénale...).
- Développer les formations et les outils spécifiques à la prise en charge des résidents en fin de vie dans les EHPAD.
- Développer les équipes mobiles de soins palliatifs, qui pourront intervenir à domicile ou en EHPAD
- Faire évoluer la cotation de certains actes infirmiers effectués à domicile (AMI 3 et AMI 6) ou déléguer certains de ces actes à d’autres professionnels, mais en assortissant cette délégation d’une formation spécifique et d’une supervision infirmière (aides-soignantes des SSIAD).
- Examiner les éléments de soins qui peuvent être « sortis » du budget des EHPAD ou des SSIAD, concernant les maladies chroniques, et notamment transférer les AMI des IDEL effectués dans les SSIAD dans l’enveloppe « soins de ville », afin de permettre des prises en charge appropriées sans déséquilibrer les budgets de ces établissements ou services.

2.4 Les personnes isolées au plan familial et social

Même sans pathologie lourde au plan somatique, les personnes âgées dépendantes qui n’ont aucun aidant naturel dans leur entourage, qu’il s’agisse de conjoints, d’enfants, de proches, sont en grandes difficultés lorsque la dépendance s’aggrave.

L’isolement familial et social peut avoir différentes causes, parmi lesquelles trois sont fréquemment citées :

- la personne âgée n’a pas d’enfants et son conjoint ou ses proches parents sont décédés ou eux-mêmes vieillissants et dépendants,
- la personne âgée est en conflit avec ses proches (notamment enfants, qui peuvent aussi être en conflit entre eux et n’arrivent pas à trouver d’accord sur la solution de prise en charge à mettre en place et sur la participation financière de chacun) ou n’a plus que de très faibles liens avec ses proches (c’est parfois le cas des migrants âgés dans les résidences type Adoma)
- la personne âgée habite loin de ses enfants, de sa famille : soit parce que ces derniers ont trouvé un emploi dans un autre département ou région (ce qui est fréquent dans les territoires très ruraux), soit parce que la personne âgée a elle-même choisi de passer sa retraite dans un lieu qui l’attire, mais qui est éloigné du lieu où vivent ses enfants. Ce dernier cas de figure semble de plus en plus fréquent et on repère des territoires très attractifs pour de jeunes retraités qui s’y trouvent bien durant les premières années de retraite, mais qui peuvent rencontrer des difficultés marquées lorsque la dépendance et les problèmes de santé surviennent et s’accumulent. Parmi ces territoires se trouvent la Drôme (avec le Pays Diois, les Baronnie, le bassin valentinois...), mais aussi la Savoie, la Haute-Savoie et l’Allier avec les villes d’eaux (Vichy, Aix-les-Bains, Thonon-les-Bains...).

L'isolement social et affectif constitue, en soi, un risque de basculement dans la dépression et plus généralement peut entraîner le risque d'être victime d'un « syndrome de glissement », avec ce que cela implique en termes de sous-nutrition, de déclin cognitif... qui peuvent mener au décès prématurément.

L'isolement est aussi un frein à un bon maintien à domicile, lorsque la dépendance s'intensifie. Les personnes les plus isolées, qui ne peuvent recevoir d'autre aide que celle qui est financée par l'APA ou qui ne peuvent recevoir d'aide « de gré à gré », sont davantage en danger chez elles et doivent intégrer plus rapidement les EHPAD... Mais, même lorsque les démarches d'entrée en EHPAD sont enclenchées, l'absence de famille (ou l'absence de tuteur ou de curateur) rend complexe et parfois long le processus d'entrée en EHPAD. Une complexité souvent en lien avec le financement de la prise en charge, les descendants devant en premier lieu être sollicités pour une participation, ce qu'ils refusent parfois... Cette complexité allonge les délais d'attente pour la personne âgée et donc le temps passé à domicile, avec une aide et une vigilance (notamment la nuit) qui ne suffisent pas à assurer la sécurité et la qualité d'accompagnement de la personne âgée.

Les personnes isolées au plan familial et social – Pistes à l'horizon 2030

- Développer les systèmes de veille et de repérage de cas possiblement ou « prévisiblement » complexes en s'appuyant fortement sur les professionnels qui interviennent à domicile et constatent les besoins de manière directe (SSIAD, SAAD, IDEL), en lien avec les MAIA et ce tout particulièrement sur les territoires qui attirent les retraités ou qui comptent des migrants vieillissants en résidence de type ADOMA (voire, certains CHRS).

Les services de tutelle et de curatelle peuvent également s'inscrire dans cette veille pour les personnes âgées concernées et suivies à ce titre, en lien avec les tuteurs et curateurs effectifs.

Enfin, les Conseils départementaux, en charge de l'aide au maintien de l'autonomie des personnes âgées mais aussi de l'aide sociale, qui sont au cœur des enjeux de la dépendance, et sont amenés à se rendre au domicile des personnes, constituent des partenaires incontournables pour développer cette dynamique de veille.

La CPAM, la MSA et la CARSAT, dans deux registres différents, mais surtout par un examen de leurs bases de données, peuvent pointer des éléments de fragilité, en amont ou parallèlement à des fragilités constatées sur le « terrain ».

On peut enfin s'appuyer sur des expériences associatives qui mobilisent une cellule de repérage et d'accompagnement des situations de détresse de la personne âgée en lien avec la dépression (ainsi l'ADAG dans l'Ain...).

Reste une question épineuse : comment centraliser les signaux d'alerte provenant de différents acteurs. Les contraintes de compétences de chacun, mais aussi les contraintes juridiques (croisements de fichiers et d'informations sensibles) nécessitent une réflexion technique très précise.

- Développer les expériences de quartiers ou villages « bienveillants » (selon les expériences menées en France mais aussi aux Pays-Bas) où les commerçants, agents de la fonction

publique d'un territoire (bassin de vie, EPCI, commune) sont sensibilisés et formés (sur la base du volontariat) au repérage, à la veille concernant les personnes âgées seules et isolées, à l'alerte des professionnels si besoin et à la transmission d'informations pertinentes aux personnes âgées seules et vulnérables.

Le dispositif MONALISA⁵ s'inscrit dans cette logique, mais d'autres expériences sont repérées en différents territoires qui s'appuient notamment sur des bailleurs sociaux. Ainsi en Ardèche, une « veille » est mise en place avec un bailleur social qui construit des logements adaptés à la perte d'autonomie et un gestionnaire de « veille bienveillante » qui met à disposition une accompagnante de vie sociale.

Cette accompagnante assure une présence sécurisante plusieurs heures par jour. Ce dispositif permet par ailleurs de repérer les fragilités et de les atténuer par des aides ou interventions ponctuelles...

Il serait ainsi pertinent de développer les liens avec les communes ou EPCI qui pourraient être volontaires pour de telles expérimentations, en lien avec les services des Conseils départementaux.

En la matière, les collectivités locales peuvent en effet être à la fois force de proposition et acteurs de premier plan,

- pour favoriser, encourager la sociabilité intergénérationnelle
- pour inciter les « acteurs cachés » que sont les commerçants, services publics, bailleurs sociaux, à porter une attention particulière aux personnes âgées dépendantes ou du moins qui apparaissent « fragiles ».

2.5 Les personnes concernées par un habitat, un quartier, inadaptés au vieillissement

Ce profil semble particulièrement fréquent en zones rurales, où l'on trouve encore des habitats très anciens et rustiques, sans confort : sans point d'eau à l'intérieur de la maison ou simplement avec un évier dans la cuisine, avec un système de chauffage minimaliste, une mauvaise isolation thermique, voire des sols en terre battue.

⁵ MONALISA est une démarche collaborative d'intérêt général née de la réflexion lancée en 2012 par Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie autour de l'isolement des âgés : une trentaine d'organisations réunies dans un groupe de travail animé par Jean-François Serres, alors délégué général des petits frères des Pauvres, a préconisé dans un rapport une « mobilisation » avec et pour les personnes âgées à différents niveaux : un engagement national dans une charte commune ; une coopération des parties prenantes au niveau départemental ; une promotion de l'implication et la solidarité des citoyens avec les âgés.

Le 27 janvier 2014, 40 organisations (associations, collectivités, caisses de retraites...) se sont engagées à coopérer au niveau des territoires et susciter et soutenir les engagements citoyens multiples en signant une charte commune. Trois ans après, la Mobilisation rassemble : 379 organisations signataires de la charte MONALISA ; 40 coopérations actives dans les départements ; 216 équipes citoyennes présentes auprès des âgés. Avec MONALISA, le soutien des pouvoirs publics et des institutions s'articule avec la mobilisation citoyenne pour faire reculer l'isolement social. La coopération entre les membres permet de co-construire des outils et pratiques innovantes comme la formation socle des bénévoles. Un centre de ressources veille à la capitalisation et la mutualisation des bonnes pratiques pour l'ensemble des acteurs.

Site MONALISA : <https://www.monalisa-asso.fr/>

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

On repère aussi des logements inconfortables en ville, avec parfois une notion d'insalubrité en lien avec un système de chauffage défaillant, de l'humidité... mais aussi une absence de mise aux normes des systèmes électriques, etc.

Même si ce n'est pas une règle absolue, ces habitats inconfortables concernent souvent des personnes âgées ayant des revenus modestes et qui ne sont pas en mesure de financer elles-mêmes les travaux nécessaires pour améliorer le confort de leur domicile, voire simplement de le mettre aux normes de sécurité actuelles.

Outre les dangers que l'habitat inadapté fait courir aux personnes âgées (difficultés respiratoires en lien avec l'humidité, les moisissures, les systèmes de chauffage défaillants... mais aussi les escaliers, les couloirs trop étroits pour permettre le passage d'un fauteuil roulant...), il entrave une bonne prise en charge à domicile. Les points d'eau rudimentaires complexifient la réalisation des toilettes, l'insalubrité du logement peut rendre impossible la réalisation de soins qui nécessitent des conditions d'hygiène suffisantes... Enfin, les escaliers et plus globalement la configuration du logement peuvent aussi entraver le travail des professionnels qui interviennent à domicile.

Les logements inadaptés mènent ainsi plus fréquemment les personnes âgées dépendantes à solliciter une admission en EHPAD, sous peine d'être victime d'un accident au domicile ou de voir certains problèmes de santé s'intensifier (infections faute de toilettes suffisantes ou réalisées dans de bonnes conditions...).

Mais pour ces publics, souvent modestes, l'entrée en EHPAD n'est pas simple. En effet, la modestie des revenus peut rendre difficile l'accès aux EHPAD non habilités à l'aide sociale, alors qu'ils sont parfois les plus proches du domicile. Ceci peut conduire les personnes à attendre l'extrême limite du maintien à domicile, dans un logement inadapté et dangereux, avant d'intégrer un EHPAD habilité à l'aide sociale, potentiellement parfois éloigné (voire, très éloigné) du lieu de vie habituel de la personne âgée.

Au-delà de l'habitat inadapté, les professionnels soulignent qu'il existe, dans les villes ou les villages, des lieux et des situations particulièrement difficiles pour les personnes âgées dépendantes ayant notamment des problèmes de mobilité : état dégradé des trottoirs, vitesse des véhicules sur les grands axes, absence de bancs, absence de toilettes publiques, faible présence de transports en commun adaptés (en urbain) et absence de transports adaptés (en rural). Ces éléments peuvent aussi réduire l'autonomie des personnes (qui peuvent notamment avoir des difficultés à se déplacer dans leur quartier pour faire leurs courses...). Enfin, on sait que des environnements humains bienveillants et prévenants (gardiens d'immeubles, mais aussi commerçants, services publics...) peuvent faciliter le vécu de la dépendance et favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Le nombre de personnes résidant dans des habitats anciens, « traditionnels » et dégradés en zones rurales ayant de fortes chances de se réduire fortement après 2030 (les agriculteurs « traditionnels » et personnes ayant exercé des métiers connexes, étant déjà très âgés), la question du réaménagement de ces habitats se posera, à moyen terme, sous l'angle de la rentabilité économique à effectuer des travaux dans des logements qui ne

seront certainement plus habités à moyen terme, dans des territoires qui se dépeuplent par ailleurs.

La dégradation de certains logements en ville (qu'il s'agisse du parc social ou privé) ou leur inadaptation au vieillissement se pose différemment : les grosses villes gagnent en habitants et certains territoires (cités précédemment, ainsi les villes d'eaux) attirent particulièrement les personnes âgées. Une nouvelle géographie des « territoires de personnes âgées » se met en place qui bouleversera, au moins en partie, les cartographies actuelles sur la répartition des personnes âgées en Auvergne-Rhône-Alpes. Il sera ainsi nécessaire d'accompagner les territoires qui vont « fondre » démographiquement en termes de personnes âgées, à l'horizon 2030 et ceux où la démographie des personnes âgées ne va cesser de progresser, notamment par un soutien à l'adaptation de l'habitat à la dépendance.

D'autres formes « d'habiter » se développeront cependant sans doute en 2030 et au-delà. Elles permettront de coupler une meilleure adaptation du logement à des possibilités d'accompagnement et de sociabilité, dans des résidences qui mixent l'individuel et le collectif. C'est déjà le cas des résidences-autonomie (anciennement « foyers-logements ») qui peuvent permettre de retarder l'entrée en EHPAD, par la prévention de certains risques en lien avec la solitude ou un habitat mal adapté. Rencontrant un franc succès dans certains territoires, mais plus en difficulté sur d'autres (avec parfois une problématique de vacance et une sous-utilisation par les populations locales), cet habitat peut séduire des personnes âgées qui commencent à percevoir leur fragilité ou vulnérabilité, mais dans la limite des cultures et attentes de chacun. Ainsi, les formes d'habitat « collectif » ne conviennent pas à tous, même à ceux qui vivent dans un certain isolement.

D'autres formes « d'habitats regroupés » voient le jour, avec ou sans « accompagnant » salarié, parfois avec le support d'un bailleur social.

Reste la question épineuse de la grande dépendance : celle-ci pourra-t-elle être vécue dans ces résidences semi-collectives ou relèvera-t-elle essentiellement des EHPAD, établissements qui deviendraient alors, encore plus qu'aujourd'hui, des lieux de soins et de prise en charge des troubles sévères du comportement ? Si l'on ne peut répondre à cette question aujourd'hui, il semble acquis que le développement d'habitats semi-collectifs, adaptés, sécurisés et stimulants au plan physique, psychique et cognitif, insérés dans la vie de la cité, puisse contribuer à un vieillissement plus serein et retarder la survenue de la grande dépendance, au plan physique mais aussi cognitif.

Les personnes concernées par un habitat, un quartier, inadaptés au vieillissement – Pistes à l’horizon 2030

- Soutenir les programmes de réhabilitation ou d’adaptation des logements individuels, notamment dans les territoires où la démographie des personnes âgées va croître, en vue de faciliter la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en s’appuyant sur :
 - les bailleurs sociaux,
 - les bailleurs privés (avec l’aide d’acteurs type Soliha - Solidaires pour l’habitat-...);
 - les collectivités locales qui portent une politique de logement sur leur territoire incluant la question de la dépendance, mais aussi des programmes d’aménagement urbain, qui peuvent s’articuler de manière forte.
- Développer les systèmes de veille concernant les habitats et les quartiers qui ont besoin d’être adaptés, aménagés, pour faciliter la vie des personnes âgées en s’appuyant davantage sur le repérage et les connaissances des professionnels de l’aide à domicile et du soin à domicile (SSIAD, SAAD, IDEL, médecins généralistes).
- Promouvoir l’habitat semi-collectif adapté au vieillissement, bien inséré dans la vie de la cité, avec un accompagnement, une veille de proximité, afin de le rendre attractif.
- Développer l’évaluation des expériences de logements partagés, collectifs ou individuels (ex : étudiants et personnes âgées).

2.6 Les personnes dépendantes, précaires ou ayant de petits revenus : la double peine

Les personnes précaires sont globalement davantage concernées par la mortalité prématurée, mais aussi par un état de santé plus dégradé après la retraite. Ainsi, les inégalités sociales de santé se poursuivent aux derniers âges de la vie, jusque dans la prise en charge de la dépendance.

La précarité aggrave ainsi tous les impacts négatifs liés au vieillissement et à la survenue de la dépendance : retards de recours aux soins ou non recours, arbitrages économiques entre soins perçus comme « urgents » ou « indispensables » et soins jugés « luxueux »... et ce, même lorsque l’état de santé des personnes âgées se dégrade et que leurs besoins sont de plus en plus importants.

De même, alors que la santé des personnes précaires est globalement moins bonne que celle des personnes favorisées (et ce, à tous les âges de la vie) les possibilités d’accès aux aides nécessaires en cas de dépendance sont moins bonnes. En effet, si l’APA et les EHPAD habilités à l’aide sociale permettent de ne pas laisser sur le « bord de la route » les populations modestes ou précaires, ces ressources ne suffisent pas toujours à assurer un bon « parcours de vie » à la personne âgée. Le niveau d’aide réellement nécessaire est ainsi parfois fortement abaissé, notamment à domicile, du fait de ressources modestes, qui ne permettent pas d’avoir recours à des services (ou des heures d’aide supplémentaires) dont le coût dépasse le financement par l’APA. À cela s’ajoute un phénomène de

« déshabilitation » de certains établissements à l'aide sociale, ce qui diminue les possibilités des personnes âgées dépendantes modestes d'être accueillies en EHPAD.

Par ailleurs, certains professionnels constatent la baisse de certaines aides de la CARSAT, qui touchent plus durement les personnes ayant de petits revenus.

Ainsi, au domicile, l'APA ne suffit pas toujours à couvrir tous les besoins d'aide (voire de moins en moins, selon certains professionnels). Or, les personnes ayant des revenus modestes ne peuvent avoir recours à des aides de « gré à gré », non financées par l'APA. En cas de demande d'entrée en EHPAD, ces personnes doivent aller vers les EHPAD habilités à l'aide sociale ce qui signifie, lorsqu'ils sont « saturés » en proximité, de s'éloigner parfois considérablement de leur territoire de vie habituel. Cet éloignement forcé aggrave la perte des réseaux sociaux qui peuvent rester à la personne âgée et limite les visites de la famille, du conjoint, du fait des distances. Un éloignement qui aggrave aussi les risques de désorientation et de dépression chez les personnes âgées (surtout chez les personnes dont les capacités cognitives ne sont pas ou peu altérées). Ce risque est peut-être encore plus marqué pour les personnes ayant habité toute leur vie sur un même territoire et notamment en zone rurale. En effet, ces personnes vont perdre simultanément le contact avec le « dehors » (jardin, espaces verts, paysages), le village et s'éloigner de leur histoire de vie, ancrée dans le territoire.

Certains professionnels souhaitent que se développe une forme d'aide sociale spécifique, en sus de l'APA, similaire à celle accordée aux personnes vivant en EHPAD, pour les personnes âgées dépendantes et précaires, qui vivent à domicile, afin de réduire les impacts négatifs de la précarité sur leur vieillissement.

Les personnes précaires ou ayant de petits revenus – Pistes à l'horizon 2030

- Favoriser au maximum l'accès des personnes âgées dépendantes, ayant des revenus modestes ou précaires, aux EHPAD habilités à l'aide sociale, en proximité de leur lieu de vie habituel, en prenant en compte le fait qu'elles peuvent moins se faire aider au domicile car elles n'ont pas les moyens de financer d'autres aides, de « gré à gré », que celles couvertes par l'APA.

- Améliorer l'information de ces personnes et celles de leurs aidants sur toutes les aides financières qui peuvent compléter l'APA délivrée par les Conseils départementaux :

- aides des caisses de retraites ;
- aides des CCAS.

- Développer un système de veille, en lien avec les services sociaux des départements et les CCAS ou CIAS des collectivités locales, sur les parcours de santé des personnes âgées ayant de petits revenus, dès les premiers signes de perte d'autonomie, pour repérer les éventuels « non-recours » aux soins, mais aussi non-recours aux aides à domicile, en lien avec une problématique de revenus, qui peuvent contribuer à dégrader l'état de santé et l'autonomie de la personne.

La CARSAT et la MSA peuvent par ailleurs alimenter le système de veille par une attention particulière aux personnes âgées ayant de faibles retraites.

2.7 Les personnes géographiquement éloignées des villes ou pôles de ressources

Il s'agit principalement de ruraux mais aussi de « néo-ruraux », qui choisissent de s'installer « à la campagne » au moment de leur retraite. Or, pour ces personnes, les difficultés de mobilité associées à la dépendance viennent bouleverser, voire réduire, notablement leur qualité de vie et ce, alors que les pathologies s'accroissent en nombre et en intensité avec l'âge et que les professionnels de santé, plus rares en milieu rural, se déplacent de moins en moins à domicile.

L'éloignement géographique des villes-centres rend ainsi plus difficile la mise en place de l'aide et des soins à domicile : les distances, le temps nécessaire pour les parcourir, les moyens de les parcourir (véhicule, carburant, permis de conduire) sans compter l'effondrement de la démographie des actifs dans certains territoires, accroissent les risques de non mise en place des soins ou de l'aide à domicile, mais aussi les risques de rupture de soins ou d'aide. Sans compter que les déplacements sont souvent insuffisamment pris en compte et dédommagés (financements des temps de trajet quand le temps de transport est important...) pour les SAAD et les SSIAD qui peuvent alors être amenés à éviter les patients trop éloignés.

En effet, dans ces territoires ruraux éloignés des villes-centres, il n'y a bien souvent qu'un seul SSIAD ou un cabinet d'IDEL et un SAAD qui interviennent, tout en étant concernés par des problématiques fortes de turnover (surtout dans les SAAD, mais aussi les SSIAD). Lorsqu'un professionnel ne peut plus intervenir à domicile sur ce type de territoire, il est difficilement remplacé, notamment dans les territoires ruraux en proximité de grands bassins d'emploi. Ainsi, lorsque les possibilités d'emplois peu qualifiés sont nombreuses, les aides à domicile notamment, peuvent choisir des emplois offrant une plus grande continuité d'horaires (en usine particulièrement), moins de déplacements, pas de relationnel avec des personnes âgées « difficiles » (ainsi les personnes âgées ayant des troubles cognitifs ou de comportement)... Ce qui réduit d'autant les possibilités de trouver des intervenants en rural ou encore de « remplacer » un intervenant qui quitte son emploi ou qui a une mauvaise relation avec une personne âgée et qu'il serait alors préférable de changer d'intervenant.

On note cependant que dans certains territoires ruraux (comme en Ardèche Nord, par exemple), les SAAD locaux font partie des principaux employeurs du territoire, ce qui signifie que les problèmes de turn-over, même s'ils existent, sont moins intenses que dans les territoires ruraux proches d'un grand bassin d'emploi (le Sud-Isère par exemple).

Les personnes géographiquement éloignées des villes ou pôles de ressources – Pistes à l'horizon 2030

- Favoriser le maintien ou le développement des ressources de soins et d'aide à domicile dans les territoires ruraux, en lien :

* avec les dynamiques locales de maintien de l'emploi (notamment pour les SAAD, qui peuvent constituer des tremplins pour se former et surtout pour vivre de son travail en habitant dans un territoire rural, en lien avec Pôle emploi, les entreprises d'insertion...),

* avec les mesures pour maintenir ou attirer des professionnels de santé sur les territoires (MSP ou autres formes de regroupements...),

* en développant les expériences mobilisant des outils de « e-santé » (télémédecine, téléconsultations, domotique, ...) à partir des pratiques concrètes actuelles (en les « encadrant » médicalement le plus possible) qui existent déjà entre de nombreux médecins généralistes et IDEL (transmission d'images par téléphone, de questions ou d'information par sms ou emails).

- Favoriser la mise en place de transports adaptés pour les personnes âgées dépendantes, afin d'assurer ou d'améliorer leurs accès aux soins, et à certaines ressources spécifiques : accueils de jours, activités en EHPAD ouvertes aux non-résidents. En la matière, la Région, les départements, mais aussi les communes et les EPCI peuvent développer des offres spécifiques, réservées à certains publics et notamment aux personnes à mobilité réduite ou aux personnes âgées, comme cela se fait déjà dans plusieurs territoires ruraux.

- Mieux indemniser les visites à domicile et les temps de trajet pour ceux qui interviennent à domicile, au moins dans une certaine limite de fréquence, afin de pas laisser des personnes âgées (notamment celles qui habitent en zones rurales ou périurbaines) complètement démunies.

- Développer des aides itinérantes pour faciliter le maintien à domicile de ces personnes : accueil de jour itinérant, café des aidants...

3 Les situations de risques de « rupture » et de sur-dégradation de l'état de la personne âgée dépendante

Différentes situations sont fréquemment repérées par les professionnels comme par les représentants d'usagers, qui présentent des risques de « ruptures » au sens où des prises en charge peuvent tarder à se mettre en place, ne pas se mettre en place ou se mettre en place mais ne pas être appropriées aux besoins de la personne âgée dépendante.

3.1 Un problème de santé soudain, chez la personne âgée dépendante ou son aidant naturel, et le recours aux urgences hospitalières

Ce problème peut résulter d'une chute de la personne dépendante, qui engendre la crainte d'un traumatisme (fracture...), que ce soit dans l'entourage de la personne âgée ou chez les professionnels des services mobiles de secours ou d'aide médicale urgente (pompiers, SAMU, ...) parfois appelés lorsque l'aidant ou les voisins ne peuvent relever ou rétablir convenablement la personne qui a chuté.... Il peut s'agir également de symptômes difficiles à interpréter par l'entourage de la personne âgée, voire même par son médecin traitant, qui, dans le doute préfèrent orienter la personne âgée vers les urgences, avec quelquefois la nécessité d'examen complémentaires, notamment radiologiques ou biologiques.

Enfin, il peut survenir un problème de santé soudain chez l'aidant naturel, qui l'empêche de continuer à aider – au moins momentanément – la personne âgée dépendante, celle-ci se trouvant alors parfois brusquement démunie et sans solution, à court terme, à son domicile.

Une véritable « urgence » sanitaire peut être constatée, mais c'est quelquefois davantage d'une urgence à assurer la continuité de l'aide à domicile qu'il s'agit, alors que l'aidant naturel ne peut le faire ou encore d'un « sentiment d'urgence » dans l'entourage personnel ou professionnel de la personne âgée. Ainsi le doute ou la panique après une chute, la crainte d'intervenir trop tard, mais aussi le sentiment d'impuissance, semblent être des ressorts fréquents qui conduisent aux urgences hospitalières, à la fois pour avoir une réponse au plan sanitaire, mais aussi pour trouver une solution lorsque la personne âgée ne peut plus rester seule à son domicile.

Face à l'urgence objective ou ressentie et faute d'une réponse intermédiaire ou appropriée, la « solution » repérée par tous demeure les services d'urgence hospitaliers qui semblent les plus compétents, les mieux outillés, les plus rassurants pour déterminer la gravité – ou non gravité – d'une situation, et orienter ensuite vers la prise en charge la plus pertinente. En cas de doute, d'inquiétude sur la santé et la sécurité de la personne âgée, l'hôpital demeure la référence absolue. Nombre de particuliers mais aussi de professionnels utilisent les urgences hospitalières comme une plateforme d'accueil et d'orientation de la personne âgée, qui offre le meilleur niveau de sécurité pour celle-ci.

Si quelques professionnels repèrent parfois des familles qui, « *sur la route des vacances* », « *laissent* » leur aîné aux urgences, sous un prétexte fallacieux, afin de « *se débarrasser* » de la personne âgée quelques jours, le phénomène demeure marginal.

Reste que ce ressenti d'urgence et le recours aux urgences traduisent le fait que les aidants naturels, mais aussi quelquefois les professionnels qui interviennent auprès de la personne âgée, préfèrent prendre le risque d'un recours excessif aux urgences plutôt que de prendre le risque que le problème ne s'aggrave, et ce d'autant plus qu'ils ne repèrent aucune autre ressource en mesure d'aider la personne âgée et de lui apporter une réponse qui puisse être à la fois « graduée » et qui sécurise sa situation. L'absence ou la faible disponibilité des médecins généralistes locaux est largement pointée comme l'un des ressorts du large recours aux urgences.

L'intervention du médecin traitant est ainsi déterminante pour gérer le sentiment d'urgence. À cet égard, il semble que les astreintes téléphoniques gériatologiques (souvent gérées par des équipes mobiles gériatriques), développées sur plusieurs territoires permettent aux différents professionnels de solliciter un avis médical gériatrique et réduisent ainsi le recours aux urgences.

Un problème de santé soudain, chez la personne âgée dépendante ou son aidant naturel et « l'urgence » ressentie – Pistes à l'horizon 2030

- Développer la prévention primaire chez les sujets « jeunes », en bonne santé (soit, le « grand public », dès 50 ans - voire 40 ans selon certains professionnels - en les formant et informant sur :
- les signes de la dépendance, physiques et cognitifs et ce afin de ne pas confondre, le moment venu, certains symptômes avec une « urgence sanitaire » stricte,
- les ressources d'informations et d'aide (CCAS, Clics, MAIA guichets intégrés) concernant les problématiques spécifiques et fréquentes chez les personnes âgées,

et ce, par des communications réalisées à un niveau local (journaux municipaux, affichage municipal), mais aussi à une échelle plus importante (messages sur des stations de radio), en orientant les personnes vers des ressources d'information diverses : sites internet, CCAS, Conseils départementaux ;

- Développer chez les professionnels de santé et du domicile l'attention aux « GIR faibles » (5 et 6), pour prévenir la survenue de situations qui peuvent brusquement aggraver la perte d'autonomie ou pour informer la personne âgée et son entourage des solutions qu'il faudra peut-être mettre en place, à moyen ou long terme. Certaines aides pourraient par ailleurs éviter des mises en danger qui peuvent alourdir la dépendance (ex : aménagement du domicile pour éviter les chutes...). Les aides qui peuvent être apportées aux « GIR faibles » peuvent ainsi retarder efficacement la survenue de la grande dépendance, notamment au plan physique ;

- Soutenir le développement de « portes d'entrées » gériatriques, ou d'une expertise gériatrique spécifique, dans les services d'urgences hospitalières, afin de tirer parti de cette « opportunité » pour réaliser des bilans gériatriques, en cas de suspicion ou d'alerte sur le degré de dépendance de la personne âgée ou sur son état de santé, et pour faire le point sur les aides qu'il serait éventuellement nécessaire de mettre en place ;

- Soutenir les ressources d'aide gériatriques pour les professionnels de proximité : astreintes gériatriques, équipes mobiles gériatriques, afin que les professionnels de terrain puissent avoir une réponse, un conseil et éviter les orientations intempestives vers les urgences hospitalières ;

- Soutenir le développement de lits d'hébergement d'urgence non-programmé dans les EHPAD, dans le prolongement des expériences qui existent déjà, qui permettent un suivi médical, en lien avec des médecins généralistes du territoire, des médecins spécialistes libéraux et hospitaliers, afin de préparer au mieux le retour au domicile ou de préparer progressivement (peut-être en plusieurs étapes d'allers-retours programmés en EHPAD) l'entrée en EHPAD.

3.2 Une dégradation progressive de l'état de santé de la personne âgée... Mais un manque de ressources de prise en charge, en EHPAD et à domicile

Dans ce type de situation, il n'y a pas de ressenti d'urgence : les aidants naturels, les intervenants professionnels ont le temps de comprendre et d'analyser la situation et de mettre en place une demande d'aide ou une demande d'entrée en établissement.

Or, dans certains territoires, la saturation des EHPAD ou la faible présence de SSIAD et de SAAD est telle que la personne âgée dépendante se trouve en « liste d'attente », pour être prise en charge en SSIAD, pour être acceptée dans un EHPAD ou encore pour être prise en charge par un SAAD (ce qui semble plus rare, toutefois).

Ce type de situation peut se produire en milieu rural comme en ville (les places d'EHPAD sont très déficitaires dans certaines villes). Elles aboutissent à un risque d'épuisement des aidants naturels, mais aussi à la mise en place de solutions qui pallient mal au manque de moyens humains ou de places en EHPAD. Ainsi la contention chimique ou physique (notamment pour les personnes ayant des troubles cognitifs ou du comportement qui

s'aggravent), semble particulièrement utilisée la nuit (lorsque les aidants naturels, voire les professionnels, sont les plus seuls ou les moins nombreux et le plus fatigués) et peut apparaître comme la seule solution accessible.

La vie à domicile avec un état de santé dégradé, notamment au plan cognitif, implique donc toute sorte de risques, pour la santé comme pour la sécurité de la personne âgée.

Cette difficulté est doublée par le fait que les moyens mobilisables au domicile ne sont pas toujours suffisants, face aux besoins de la personne dépendante et compte-tenu de l'état de santé des aidants naturels, eux-mêmes parfois au bord de l'épuisement. Ainsi, le manque de places en EHPAD n'est pas toujours compensé par les ressources du domicile, notamment sur les territoires où l'offre de soins (médecins généralistes, mais aussi SSIAD et IDEL) est déficitaire ou faible et où l'offre d'aide à domicile (aides à domicile, auxiliaires de vie) est en tension, ce qui est notamment le cas dans certains territoires ruraux ou péri-urbains.

Par ailleurs, même lorsque l'offre est suffisante, le nombre d'heures d'aide à domicile prises en charge par l'APA ne permet pas toujours de couvrir les besoins de la personne dépendante, notamment lorsqu'elle n'a pas les moyens financiers d'avoir recours à des services prestataires.

Dans ces cas de figure, le domicile peut devenir maltraitant pour la personne âgée dépendante et pour son aidant naturel... jusqu'à favoriser les accidents, qui vont souvent amener la personne âgée aux urgences.

Une dégradation progressive de l'état de santé de la personne âgée... Mais un manque de ressources de prise en charge – Pistes à l'horizon 2030

Dans certains territoires, les listes d'attentes pour accéder à un EHPAD sont importantes (jusqu'à un ou deux ans d'attente). Il apparaît dès lors indispensable de développer les places en EHPAD mais aussi de renforcer les moyens de maintenir les personnes âgées dépendantes à domicile et ce, en veillant à faciliter et renforcer l'accueil des sept profils particulièrement à risque de rupture décrits plus haut (notamment personnes avec troubles du comportement importants, troubles psychiatriques, déficience, addictions)

Renforcer les moyens du maintien à domicile semble incontournable, à la fois au niveau des actes de la vie quotidienne (aides à domicile, auxiliaires de vie), comme au niveau de l'accès aux soins à domicile et de l'aide aux aidants, notamment en termes de possibilité de répit. Par ailleurs et outre la question des moyens, il faut affiner la réponse aux besoins spécifiques des personnes, selon leur problématique de dépendance et leur état de santé (physique, psychique, cognitif).

Plusieurs pistes sont mises en avant par les professionnels interviewés :

En matière d'aide à domicile :

- Reconnaître davantage les aides à domicile : formation, conditions de travail, rémunération. Ce point est essentiel à l'horizon 2030 car la part des personnes âgées dépendantes va continuer à s'accroître. Or, aujourd'hui, les rémunérations des aides à domicile et auxiliaires de vie sont très modestes, leurs conditions de travail difficiles, ce qui maintient souvent ces salariées dans une certaine précarité qui nuit à la qualité de leur

investissement auprès des personnes âgées et à la stabilité des équipes. Enfin ces professionnelles doivent être davantage mises en lien avec les acteurs du soin à domicile, pour accompagner l'adaptation nécessaire des prises en charge, selon l'évolution des problèmes de santé et la perte d'autonomie des personnes âgées.

- Développer les SPASAD, notamment dans les associations qui gèrent déjà des SSIAD et des SAAD, afin de décloisonner les prises en charge et favoriser les passerelles entre le soin et l'aide à domicile.

- Développer « l'aide aux aidants » :

- * les formations ;

- * les ressources de répit en établissement (accueil de jour, hébergement temporaire programmé) ou à domicile (« garde » de quelques heures, d'une journée ou demi-journée) ;

- * le « baluchonnage » / « relayage » et son accessibilité financière ;

- * les réseaux de bénévoles, pour des visites et activités stimulantes et étayantes, à domicile.

En matière de soins à domicile :

- Renforcer les places et budgets des SSIAD / actes IDEL, ou transférer les actes réalisés par des IDEL sur l'enveloppe des soins villes en ce qui concerne les EHPAD, afin de faciliter l'accès à des prises en charge « lourdes » à domicile.

- Revaloriser et développer les AMI 3 et AMI 6 pour les IDEL qui font des soins longs à domicile (y compris les toilettes).

- Développer les outils numériques de partage des informations entre acteurs du soin / du maintien à domicile.

- Renforcer / faciliter la coordination des professionnels de santé à domicile : ESP (Équipes de Soins Primaires) et CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé).

3.3 La résistance de la personne âgée ou de sa famille à accepter une aide à domicile, une entrée en EHPAD

Le refus de se faire aider à domicile ou le refus d'entrer en EHPAD, peut être lié à la volonté de rester « chez soi, comme avant », de ne rien changer à son mode de vie, ne pas laisser un « étranger » pénétrer dans son intimité etc. Ce refus peut aussi être la conséquence d'une gêne à demander de l'aide, à s'avouer et avouer aux autres que l'on n'arrive plus à assumer les gestes et tâches du quotidien... Une attitude que les professionnels repèrent plus fréquemment en milieu rural (où l'on décrit des gens « *durs à la peine* », qui attendent la « *dernière limite* » avant de se faire aider) mais aussi chez les personnes immigrées originaires d'Afrique du nord notamment, qui, d'une part, sont habituellement très entourées par leurs familles, mais qui, d'autre part, redoutent aussi de devoir changer des éléments importants de leur mode de vie en acceptant ce type d'aide (notamment en matière de préparation des repas...).

Enfin, il y a les aidants naturels qui surestiment leurs forces et se pensent capables d'aider la personne âgée dépendante « *jusqu'au bout* » alors qu'eux-mêmes sont à bout de forces.

D'autres ressorts au refus d'aide sont repérés : certaines personnes âgées ou leurs familles, refusent parfois de payer une aide à domicile ou un EHPAD, estimant qu'elles peuvent s'en passer et apporter elles-mêmes l'aide nécessaire sans avoir à déboursier d'argent. Cette résistance est parfois alimentée par des conflits intra-familiaux, mais aussi des tensions avec les professionnels de santé, de l'aide à domicile. On notera par ailleurs que certaines prestations en lien avec la dépendance sont récupérables sur succession, ce qui peut dissuader certains aidants naturels d'y recourir, pour éviter de léser la famille (notamment les enfants) sur le plan patrimonial.

Cette résistance devient extrêmement problématique lorsqu'elle se traduit par une insuffisance objective d'aide à la personne âgée qui se trouve alors en danger, en termes de sécurité et de santé, à la merci de certains risques liés à une insuffisance de moyens pour l'aider dans certains actes quotidiens.

Une médiation familiale, adaptée aux spécificités du vieillissement et de la dépendance, peut permettre de dénouer certaines situations difficiles, favoriser le consensus familial, la prise de décisions et faciliter le parcours de prise en charge de la personne âgée dépendante, en termes de mise en place d'aides, de partage des coûts de l'aide, de l'entrée en EHPAD... La médiation peut aussi préparer la personne et sa famille à l'entrée en EHPAD et à préparer au mieux sa fin de vie.

La résistance de la personne âgée ou de sa famille à accepter une aide à domicile, une entrée en EHPAD – Pistes à l'horizon 2030

Outre le fait de développer la sensibilisation du grand public (notamment à partir de 40 à 50 ans) sur l'importance de préparer la dernière étape de sa vie (directives anticipées, connaissance des ressources d'aide en cas de dépendance...) il semble indispensable de développer la médiation mais aussi la guidance familiale pour aider les personnes âgées dépendantes et leurs familles. Les professionnels de santé étant souvent les premiers « orientateurs » vers ces ressources de guidance et de médiation, il serait utile de les informer, en plus grand nombre, à ces différentes ressources et à leur utilité.

La médiation familiale, la guidance, peuvent à la fois permettre d'expliquer aux personnes âgées et à leurs proches, les différentes possibilités, leurs avantages et contraintes, mais aussi, plus globalement, leur permettre de mieux appréhender la survenue et le vécu de la dépendance et de se projeter avec moins d'angoisse dans la vie en étant dépendant.

Ce type de ressource peut aussi, plus largement, contribuer à l'évolution sociétale qui sera sans doute nécessaire, à l'horizon 2030, pour appréhender la dernière étape de l'existence.

Enfin, une réflexion sur l'image des EHPAD auprès du grand public s'impose. A la croisée de l'expérience des familles ayant un proche en EHPAD et de la méconnaissance du grand nombre qui se représente mal la vie en EHPAD, mais nourrit beaucoup d'appréhensions, il pourrait être utile de mieux communiquer sur tout ce que permet la vie en EHPAD (lorsque l'EHPAD n'est pas en manque de ressources humaines et que son aménagement intérieur est bien adapté) en cas de grande dépendance, qui est difficile ou impossible pour des personnes seules à domicile et notamment :

- * des possibilités accrues de lien social mais aussi de stimulation intellectuelle, cognitive
- * un accompagnement possible vers des activités physiques
- * une aide importante aux actes de la vie quotidienne (notamment toilette, habillage)
- * une meilleure nutrition

3.4 Les ruptures silencieuses de la personne âgée dépendante, qui semble « stabilisée » ou en sécurité en un lieu donné, mais qui est en souffrance

Globalement, il s'agit de situations dont la personne âgée dépendante ne se plaint pas (sous forme verbalisée), mais dont elle souffre objectivement, au plan physique comme psychique, du fait d'une prise en charge qui n'est pas ou mal adaptée. Ces « ruptures » silencieuses ne créent pas de « désordre » à proprement parler et peuvent passer relativement inaperçues. Elles sont pourtant de mieux en mieux connues des représentants des usagers et aussi des professionnels. La conscience de ces « ruptures silencieuses » crée par ailleurs une véritable frustration, voire souffrance au travail aussi bien pour les professionnels des établissements que de l'aide à domicile. Ces professionnels déplorent parfois l'inadéquation de certaines réponses aux besoins réels de la personne âgée, mais ne peuvent améliorer la situation ou seulement à la marge, faute de moyens suffisants bien souvent, mais aussi faute d'une formation spécifique et adaptée. Ce décalage entre les constats et les moyens est l'un des facteurs de « burn-out » pour les professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes.

3.4.1 Les séjours hospitaliers, ou en SSR, prolongés

Au premier chef, sont cités les séjours hospitaliers, ou en établissement de soins de suite et de réadaptation prolongés, du fait d'un manque de place en EHPAD ou d'un manque de possibilités adéquates pour un retour et un maintien à domicile de la personne âgée dépendante. La personne est prise en charge en un lieu sécurisé au plan sanitaire, où pourtant certains risques existent : désorientation et sentiment d'abandon par la famille, infections nosocomiales... Sans compter que cela ne répond pas aux attentes des personnes âgées.

Les séjours hospitaliers prolongés – Pistes à l'horizon 2030

Les ressources d'hébergement temporaire programmé en EHPAD peuvent permettre d'éviter les séjours hospitaliers prolongés, mais aussi l'utilisation indue de lits en SSR et favoriser un retour à domicile dans de bonnes conditions (ex : hébergement temporaire dans le bassin voironnais).

Les expérimentations de « plateformes de services », avec une fluidité entre différents services paraissent également apporter une réponse « décloisonnée » qui peut éviter les séjours prolongés en hôpital, notamment en mobilisant les différents services à différents moments, voire de manière simultanée (équipe pluridisciplinaire à domicile, hébergement temporaire, SSIAD, EHPAD...). Ces plateformes facilitent les articulations et passerelles entre l'hébergement temporaire, les interventions du SSIAD à domicile et l'entrée en EHPAD (exemple à Pollionnay dans le Rhône).

3.4.2 L'accès ou le non accès aux soins de santé des personnes âgées dépendantes, à domicile ou en EHPAD

Cette problématique interroge et inquiète de plus en plus les professionnels. Le manque de médecins généralistes, le fait que ces derniers se déplacent de moins en moins à domicile sont des problèmes aujourd'hui bien repérés. L'URPS pharmaciens d'Auvergne-Rhône-Alpes a réalisé une enquête par questionnaire auprès de ses adhérents pour explorer la question de l'absence de médecins traitants chez les personnes âgées qui sont vues en pharmacie. Même si cette enquête n'est pas statistiquement représentative, les résultats indiquent une tendance qui confirme les constats réalisés par les professionnels interviewés : les personnes âgées, notamment celles dont le médecin traitant est parti en retraite, ont de grandes difficultés à en trouver ou en retrouver un.

À cela s'ajoutent les difficultés d'accès aux chirurgiens-dentistes ou aux médecins spécialistes, qui ne se déplacent pas à domicile et deviennent, *de facto*, inaccessibles aux personnes âgées à mobilité réduite ou non véhiculées.

À ces difficultés objectives s'ajoute le fait que certains professionnels de santé peuvent estimer (d'après les professionnels interviewés) que les personnes très âgées ne sont pas prioritaires, qu'elles ne relèvent plus du dépistage, etc.

De ce fait, certaines personnes âgées dépendantes sont peu ou pas prises en charge, notamment en matière :

- de psychiatrie : même si leurs besoins sont importants et visibles, peu de personnes âgées dépendantes ont accès à des psychothérapies, à domicile ou en EHPAD et tous les territoires ne sont pas équipés en ressources géro-psycho-geriatriques. Quant aux traitements médicamenteux, leur ajustement à l'évolution de la maladie et aux changements d'état de la personne n'est pas suffisamment fréquent ou systématique d'après plusieurs professionnels interrogés. Cette difficulté d'accès aux soins peut favoriser, chez les professionnels, des stratégies de contention chimique, de sédation, qui facilitent le travail des intervenants mais peuvent dégrader l'état de la personne, au plan cognitif et psychique.

- de santé bucco-dentaire. Si certains chirurgiens-dentistes se déplacent pour réaliser des consultations de dépistage en EHPAD, les soins ne se font qu'en fauteuil et seule une petite minorité d'EHPAD (en général adossés à un centre hospitalier) possèdent ce genre de ressource. L'absence de soins appropriés en matière bucco-dentaire peut avoir un impact très négatif sur la santé. Les problèmes dentaires peuvent ainsi entraîner des problèmes du système digestif, des infections diverses et une baisse de la qualité de vie en réduisant notamment les possibilités d'avoir une alimentation diversifiée mais aussi le plaisir de s'alimenter.
- d'autres spécialités ont été citées, comme la gynécologie mais aussi l'oncologie, qui seraient sous-utilisées par les personnes âgées dépendantes, ce qui ne permet pas un dépistage qui pourrait éviter l'évolution de cancers vers des formes quasiment incurables ou du moins faciliterait la mise en place de prises en charge appropriées, dès l'apparition de la pathologie.
- de besoins non médicaux mais permettant de stabiliser ou d'améliorer l'état de santé : ainsi le recours à des masseurs-kinésithérapeutes (pour les problèmes articulaires, de sarcopénie, ...), le recours à des orthophonistes (troubles de la parole, de la déglutition,...).

Enfin, plusieurs professionnels ont souligné le fait que les personnes âgées en fin de vie, à domicile ou même en EHPAD n'ont pas facilement accès aux soins palliatifs dont elles auraient besoin et qu'elles sont parfois insuffisamment prises en charge en ce qui concerne la douleur... Cela fait regretter à beaucoup l'insuffisance de places d'USLD sur certains territoires, mais aussi le manque de ressources spécifiques en soins palliatifs dans les EHPAD.

Au bilan, ces difficultés d'accès aux soins aggravent ou accélèrent la dégradation de l'état de santé des personnes âgées, en dégradant aussi leur qualité de vie et peuvent entraîner plus rapidement le décès.

L'accès ou le non accès aux soins de santé des personnes âgées dépendantes, à domicile ou en EHPAD – Pistes à l'horizon 2030

La prise en charge de la dépendance ne peut se faire sans un bon accès aux soins. Or, la dégradation de l'état de santé entraîne inévitablement une aggravation de la dépendance. De ce fait, plusieurs attentes se font jour, afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes, qui est aujourd'hui de plus en plus difficile :

- Adapter la médecine générale à la prise en charge des personnes âgées malades, en facilitant les visites à domicile ou en EHPAD, mais aussi en formant les médecins aux spécificités des personnes âgées dépendantes, notamment par le développement de la formation continue en gériatrie, mais aussi en valorisant mieux la gériatrie en formation initiale, en valorisant les projets de soins qui abordent ou incluent la prise en charge des personnes âgées dépendantes (projets MSP...).

- Renforcer l'accès aux médecins traitants et favoriser le recrutement des médecins coordonnateurs en EHPAD en leur donnant la possibilité de prescrire en certaines circonstances (absence de médecin traitant, ou difficultés à recourir à un médecin traitant pour certaines personnes).

- Développer l'accès à la gériatrie pour les personnes âgées dépendantes : consultations et bilans gériatriques, « urgences gériatriques » mais aussi courts séjours gériatriques, qui permettent à la fois de faire le point sur l'état de santé (physique, cognitif et psychique) de la personne âgée, mais aussi de mieux ajuster et équilibrer les traitements médicamenteux.

- Développer la prévention et le dépistage chez les personnes âgées dépendantes : notamment en matière de dentisterie, podologie, mobilité et former les professionnels à tous les « signes mineurs d'alerte » (dépressivité, périmètre de marche réduit...).

- Adapter les EHPAD à la prise en charge de certaines maladies : notamment cancer et maladies psychiques, en :

- * renforçant la médicalisation de la prise en charge de la grande dépendance en établissement, sur les territoires où les maladies chroniques sont les plus repérées (notamment au travers des admissions en ALD, mais aussi des hospitalisations et des consommations de traitements médicamenteux),

- * en formant les personnels des SAAD, SSIAD et EHPAD à certains éléments de « base » en psychiatrie et géronto-psychiatrie, où le « relationnel » constitue une partie intégrante du soin ;

- Renforcer / développer le lien avec la psychiatrie publique. Face à des besoins croissants et de mieux en mieux repérés il est urgent de créer des passerelles entre gériatrie et psychiatrie, là où elles n'existent pas, afin de développer des espaces d'échanges entre professionnels (peut-être au sein des réunions de filières, par exemple) et de faciliter l'accès des personnes âgées à des soins ;

- Faire évoluer la prise en charge du coût des traitements pour les personnes âgées dépendantes en établissement (oncologie notamment ...) et faire évoluer la cotation des prises en charge de certains traitements à domicile (IDEL et SSIAD). La question de l'équilibre budgétaire en EHPAD, mais aussi en SSIAD (et de la « juste cotation » pour les IDEL) est devenue un ressort fréquent de refus de prise en charge. Ces refus ne feront qu'augmenter, face à une demande croissante, si aucune modification n'est appliquée à la prise en charge des traitements en EHPAD et au temps passé à domicile pour certains actes ;
- Développer et faciliter l'accès aux soins palliatifs dans les EHPAD où les résidents sont fréquemment concernés par pathologies chroniques, notamment en développant les équipes mobiles de soins palliatifs et en facilitant leurs interventions en EHPAD.

3.4.3 La désorientation ou le mal-être qui peuvent être générés par le bouleversement des habitudes de vie

Autre forme de rupture silencieuse, le mal-être lié au changement profond et parfois rapide qu'implique l'intervention régulière au domicile d'une auxiliaire de vie, notamment lorsque plusieurs passages par jour sont nécessaires, mais aussi lorsque le turnover au sein des SAAD se traduit par un changement fréquent des intervenantes au domicile.

Le mal-être peut également être important pour les personnes âgées qui arrivent en EHPAD, mais s'y sentent seules tout en ayant le sentiment d'être « envahies » par « la collectivité », déracinées, même lorsqu'elles ont des troubles cognitifs et qui sont alors parfois encore plus désorientées, perturbées par ce changement. Un mal-être, voire une souffrance qui peuvent être aggravés par le manque de personnel dans certains établissements, ces derniers étant absorbés dans les tâches quotidiennes vitales : faire manger les personnes, réaliser les toilettes et qui n'ont, de ce fait, que très peu de temps à consacrer aux contacts et échanges verbaux avec les personnes âgées.

Si l'aggravation des troubles cognitifs réduit les possibilités de verbalisation de ce mal-être, les professionnels travaillant en EHPAD notent que les comportements agressifs, la déambulation traduisent parfois une angoisse, une recherche de repères qui est liée à la maladie, mais aussi à un environnement qui n'est pas apaisant, réconfortant pour le malade.

Les personnes qui n'ont pas de troubles cognitifs peuvent aussi connaître un fort mal-être du fait de vivre en EHPAD et d'avoir laissé leur domicile (mais aussi du fait d'envisager la fin de leur existence) et être conscientes de cette difficulté morale, psychique, que rien parfois ne vient distraire.

Enfin, la question de la mixité des publics (personnes âgées handicapées souvent plus « jeunes » que les autres, personnes ayant des troubles psychiatriques, personnes ayant une dégénérescence cognitive, personnes ayant « seulement » une grande dépendance physique) peut aussi être source de stigmatisation, de conflits, de mal-être, si elle n'est pas accompagnée, soutenue, valorisée.

La désorientation ou le mal-être qui peuvent être générés par le bouleversement des habitudes de vie – Pistes à l’horizon 2030

L’enjeu de faire des EHPAD de véritables lieux de vie sera encore plus fort en 2030, face à l’augmentation des besoins, en effectifs et en intensité. L’idée n’est pas de retrouver son « ancien chez soi », mais de vivre dans un réel nouveau « chez soi », où la « vie » continue et ne soit pas « *qu’une attente de la mort* ».

Plusieurs éléments semblent essentiels à valoriser pour atteindre cet objectif :

- Développer les activités socialisantes, notamment à travers les PASA, mais aussi les formes de stimulation psychiques et physiques qui permettent le maintien de certaines fonctions et capacités : accès aux masseurs-kinésithérapeutes, aux psychomotriciens, mais aussi aux professionnels de l’activité physique adaptée.
- Ouvrir les EHPAD sur l’extérieur, en permettant à des non résidents de venir prendre des repas au restaurant de l’EHPAD, mais aussi en leur permettant de participer à des activités, d’assister à des spectacles. L’accès à un accompagnement spirituel, pour ceux qui le souhaitent, devrait également être facilité.

Cette ouverture peut aussi se traduire par une facilitation de l’accès à certaines ressources de loisirs, de sociabilité de ville aux résidents des EHPAD (spectacles, activités culturelles, mais aussi activités culturelles pour ceux qui le souhaitent, ...).

- Insérer les EHPAD dans la vie de la cité, en construisant les nouveaux EHPAD en « cœur » de ville et non plus à la périphérie des villes, en créant des liens avec les activités du quartier (commerces, services publics, écoles...).
- Communiquer davantage sur les EHPAD et ce qu’il est possible d’y faire et d’y vivre.

En ce qui concerne l’aide à domicile, la transformation des habitudes de vie est moins radicale qu’en EHPAD, mais elle peut être aggravée par les changements répétés des intervenantes au domicile ou par une implication insuffisante de la personne âgée par les professionnels dans l’organisation de sa prise en charge. La fidélisation des salariés dans les SAAD permet de « stabiliser » les intervenantes au domicile des personnes âgées et de réduire ces changements qui perturbent les personnes âgées.

3.4.4 La contention physique ou chimique

Faute de moyens humains suffisants ou d’ajustement des traitements médicamenteux, au domicile ou en EHPAD, les personnes âgées dépendantes concernées par des troubles cognitifs qui les amènent à déambuler de jour comme de nuit, à « fuguer », à avoir un comportement agressif, éventuellement avec une certaine violence physique, font parfois l’objet de mesures de contention chimique (sédation) ou physiques (attachement au lit ou à un fauteuil, enfermement dans une pièce) qui peuvent avoir des conséquences très négatives sur leur santé : diminution de leurs capacités cognitives, de leur capacité à communiquer avec autrui, mais aussi insuffisances rénales, respiratoires, cardiaques et, pour ce qui concerne la contention physique, blessures (voire étouffement, décès dans les cas extrêmes lorsque la personne se retrouve dans une position imprévue, mais qui altère sa respiration).

Ces contentions, sont parfois jugées très inadaptées aussi bien par les représentants d'usagers que par les professionnels eux-mêmes. Elles créent de la souffrance pour les personnes âgées, mais aussi pour les professionnels qui s'en occupent, avec ce que cela peut détériorer en termes de climat de travail, de conditions de travail etc... qui, *in fine*, dégradera davantage la qualité de vie des personnes âgées.

L'enjeu des moyens humains pour accompagner ces personnes, mais aussi celui de l'ajustement des traitements médicamenteux va devenir essentiel en 2030

La contention physique ou chimique - Pistes à l'horizon 2030

Afin de réduire les risques de « maltraitance », voire de décès, liés à des stratégies de contention chimique ou physique excessives ou mal adaptées, il semble pertinent de renforcer le rôle et l'accès à certaines ressources :

- Renforcer l'accès des personnes âgées dépendantes aux ressources de bilans gériatriques, indispensables pour avoir une vision globale et systémique de l'ensemble des traitements médicamenteux pris par une même personne, mais aussi renforcer la formation initiale des médecins généralistes en gériatrie, favoriser l'accès à des formations continues dans ce domaine, avec un accent porté sur les traitements médicamenteux ;
- Favoriser la veille et les possibilités d'alerte (aux médecins généralistes, mais aussi aux MAIA si besoin) par les pharmaciens libéraux, sur les traitements reçus par les personnes âgées dépendantes à qui ils délivrent des médicaments ;
- Favoriser le dialogue entre professionnels de l'aide à domicile (SAAD) et professionnels du soin (médecins, IDEL, SSIAD, pharmaciens) autour des traitements et de la nécessité éventuelle de contention à certains moments, dans certains états de « crise » éventuels ;
- Renforcer les moyens des EHPAD pour créer des espaces adaptés, bien-traitants rassurants, pour les malades Alzheimer et apparentés : places en PASA, ESA, mais aussi en UHR, lorsque le besoin est repéré.

3.5 Les « cas lourds » et les enjeux budgétaires

D'une manière générale et quelle qu'en soit la raison, les personnes âgées qui ont besoin de nombreux soins, de beaucoup d'attention et de surveillance coûtent cher en personnel et en budget. Les professionnels les prennent donc en charge, mais en veillant à rester dans la limite de l'équilibre de leur budget (SSIAD, EHPAD, SAAD) ou d'un éventuel manque à gagner (IDEL).

La tarification des traitements en EHPAD, le niveau d'APA accordé, le coût des aides qui dépassent l'APA sont autant d'enjeux qui entraînent régulièrement un évitement des « cas lourds », avec parfois des phénomènes de « *patate chaude* », c'est-à-dire des personnes âgées dépendantes que personne ne peut prendre en charge, compte-tenu de ces contraintes de budget, et qui vont d'hôpitaux en SSR, en EHPAD puis à nouveau en hôpital, sans trouver de solution pérenne, stable... Ces personnes arrivent parfois à trouver enfin une place « stable » à la faveur d'un « bon dossier », rédigé pour passer les filtres de la « sélection » d'entrée en EHPAD... Ce qui néanmoins ne protégera pas la personne âgée

d'une éventuelle prise en charge inadéquate par les professionnels de l'établissement, qui ne connaîtront pas alors véritablement ses difficultés et ses besoins.

Les « cas lourds » et les enjeux budgétaires – Pistes à l'horizon 2030

Globalement on sait aujourd'hui que :

- le nombre de personnes âgées dépendantes en 2030 sera beaucoup plus élevé qu'il ne l'est aujourd'hui, les anciens « baby-boomers » atteignant alors l'orée des 90 ans (Cf. études INSEE, projections de population - Omphale), ce qui sera particulièrement vrai dans les grands pôles urbains, mais aussi les quelques territoires ruraux ou petites villes qui attirent les retraités ;
- les personnes âgées dépendantes seront concernées par une ou plusieurs maladies chroniques, dont des dégénérescences cognitives (Alzheimer et apparentés), mais aussi des cancers et autres pathologies somatiques lourdes ;
- les personnes âgées dépendantes en 2030 vont nécessiter des soins de plus en plus complexes, pour préserver au mieux leur état de santé et leur autonomie et donc leur qualité de vie. Elles vont aussi nécessiter des moyens humains, en EHPAD, mais aussi à domicile pour les accompagner dans leur vie quotidienne (repas, toilettes...), ce qui va représenter des coûts élevés.

Au-delà des choix budgétaires qui seront faits – qui seront le reflet d'un contexte économique mais aussi de choix philosophiques et politiques – et qui encourageront (ou non) les SSIAD, EHPAD, IDEL à prendre en charge les personnes très dépendantes et très malades, quelques pistes pourraient peut-être permettre d'abaisser certains coûts de prise en charge :

- Développer les outils de prise en charge « séquentielle » ou « mixtes » avec une alternance EHPAD-domicile, qui contribueront à préserver les capacités d'aide des aidants naturels, par le recours à des temps de « répit » : accueils de jours, mais aussi hébergement temporaire (répit) programmé et en urgence (maladie de l'aidant...).

Les prises en charge « séquentielles » ou « mixtes » (qui peuvent aller de la nuit à la journée, jusqu'à quelques jours ou semaines), doivent être soigneusement accompagnées et ritualisées pour réduire au maximum les risques de désorientation et de mal-être de la personne âgée qui peuvent être liés au « changement » et elles doivent permettre une continuité et une cohérence des repères pour favoriser le sentiment d'être « chez soi ». Les Plateformes de ressources qui décloisonnent les prises en charge, les « EHPAD au domicile », le « baluchonnage » à domicile, mais aussi les EHPAD bien insérés dans la vie de la cité, du quartier et qui seront en liens étroits avec les SAAD, faciliteront ces « allers-retours » et les prises en charge « séquentielles » ou « mixtes ».

« Allers-retours » auxquels il faut néanmoins préparer les jeunes seniors d'aujourd'hui, dont certains seront les futurs « dépendants » de demain. Le sentiment d'appartenance et de « chez soi » pour la personne dépendante ne pourra pas, dans la durée, être uniquement rattaché à l'espace matériel traditionnel du « chez soi ». Ainsi, en 2030, la stabilité des équipes en EHPAD et à domicile, mais aussi leur capacité d'articulation entre l'EHPAD et le domicile (SAAD et soignants), pourraient renforcer l'émergence de nouveaux points

d'ancrage pour les personnes dépendantes. Ces éléments « d'ancrage » permettront de maintenir un sentiment d'appartenance, d'enracinement et de « chez soi » autour de figures de référence que seront les professionnels, de manière plus forte qu'aujourd'hui.

En plus de la formation des professionnels, de la stabilité des équipes, l'enjeu des petites « unités » d'hébergement sera aussi crucial : les « grandes » collectivités favorisent l'anonymat des résidents et des professionnels et sont ainsi peut-être plus difficiles à insérer dans la vie de la cité.

- Développer les outils domotiques de « d'assistance » des personnes âgées ayant ou non des troubles cognitifs, en EHPAD ou à domicile : téléalarme, mais aussi alarmes qui peuvent se déclencher seules dans certaines situations et qui permettront d'externaliser sur des machines une partie de l'attention qui est nécessaire à la sécurité des personnes déambulantes, désorientées.

- Développer les outils « robotiques » qui faciliteront la vie au domicile ou en EHPAD pour les personnes dépendantes physiquement. Si cette enquête n'a pas repéré d'expérience probante en la matière, il est nécessaire de demeurer vigilant face aux évolutions technologiques possibles et à leur coût, qui pourront faciliter certains gestes du quotidien (ainsi les « robots ménagers » qui existent aujourd'hui sous la forme de prototypes permettront aux aides à domicile et aux auxiliaires de vie de libérer du temps pour investir davantage la relation avec les personnes âgées dépendantes).

4 Les enjeux à la mise en place, la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Outre les profils et situations de personnes âgées qui sont les plus susceptibles de connaître et d'entraîner des ruptures de prise en charge, l'organisation des réponses apportées par les professionnels aux besoins de ces personnes âgées constituent également un enjeu fort à l'horizon 2030.

4.1 La coordination et coopération entre acteurs du maintien à domicile et professionnels de santé

4.1.1 Pas de dépendance sans problème de santé : les médecins généralistes, acteurs indispensables du parcours de vie des personnes âgées dépendantes

Certains des professionnels rencontrés ont souligné qu'il n'y a pas de dépendance sans problème de santé. C'est la fragilisation ou la détérioration de l'état de santé qui crée les situations de dépendance, une fragilisation qui va de pair avec le vieillissement et qui est plus ou moins intense et rapide selon les personnes. Par conséquent, la prise en charge de la dépendance doit s'articuler avec la prise en charge sanitaire, la dégradation de l'état de santé pouvant faire l'objet de mesures curatives mais aussi préventives. C'est ainsi le cas de l'ostéoporose, souvent perçue comme une « fatalité » liée au vieillissement, mais qui peut être retardée et freinée par certains traitements et mesures appropriés. Même si les environnements familiaux, l'habitat, le territoire de résidence permettent de vivre plus ou

moins facilement une situation de dépendance et de maintenir plus ou moins d'autonomie chez la personne âgée, il n'en demeure pas moins que la prise en charge, des difficultés de santé, physiques, psychiques, cognitives est indispensable.

Les médecins généralistes, les médecins traitants, dont le rôle pivot est reconnu dans la loi de modernisation du système de santé, sont indispensables pour la mise en place mais aussi la continuité de la prise en charge de la personne âgée dépendante : leur implication dans et avec la coordination des acteurs du domicile est un facteur de réduction des « ruptures » de parcours.

Cet objectif se confronte aujourd'hui à deux contraintes de taille :

- les médecins (et autres professionnels de santé libéraux) ne sont pas rémunérés pour participer à des temps de coordination formels. Si les médecins et professionnels qui exercent dans le cadre d'une Maison pluriprofessionnelle de santé participent plus facilement aux réunions d'acteurs locaux (du fait notamment des nouveaux modes de rémunération qui peuvent couvrir ces temps de travail qui ne sont pas des actes médicaux), mais aussi les médecins salariés qui exercent dans des centres de santé, seule une minorité de professionnels exerce aujourd'hui dans ce cadre.
- les médecins ne sont pas en nombre suffisant sur certains territoires ruraux et de plus en plus urbains, pour faire face aux besoins.

Les directeurs d'EHPAD, de SSIAD, de SAAD constatent aujourd'hui que l'accès à un médecin traitant devient un luxe pour de plus en plus de personnes âgées dépendantes.

Piste à l'horizon 2030 : garantir un réel suivi médical des personnes âgées dépendantes, à domicile ou en EHPAD

Ce suivi pourra être « direct » ou se faire au travers d'une délégation de surveillance (avec le développement des outils de e-santé notamment).

Pour un suivi « direct », il peut être pertinent de développer des pratiques de mutualisation et d'organisation partagée de prise en charge des patients d'un EHPAD (dans le respect de la liberté de choix de son médecin par les patients) entre les médecins généralistes d'un territoire (comme cela s'est fait dans la filière gérontologique de la Vallée du Giers).

En revanche la délégation d'une partie de la « surveillance » pourrait s'appuyer sur les IDEL, qui pourront compléter leur formation initiale afin d'affiner certaines prises en charge, sous la supervision du médecin (CF expérience CardiAuvergne).

Enfin, à l'horizon 2030, les questions de numérisation des médecins généralistes, de libre choix du territoire d'installation, de développement de centres de santé, seront certainement toujours d'actualité, en lien avec des choix d'aménagement du territoire et des enjeux d'expansion des zones urbaines. Les systèmes anglais, espagnol mais aussi scandinave et canadien inspireront peut-être certaines solutions :

- développement de centres de santé sur tous les territoires où les libéraux sont fortement déficitaires et « sectorisation » du recours aux soins pour les patients ;

- transformation du métier et de la formation initiale des IDEL vers le modèle canadien « d'infirmier clinicien » et développement de la délégation ou du transfert de compétences des médecins vers les infirmiers.

4.1.2 Le besoin d'évaluation médicale systématique des personnes prises en charge au titre de l'APA et le suivi médical des cas complexes

Plusieurs professionnels ont souligné la nécessité de coupler l'évaluation de la dépendance à une évaluation médicale de l'état de santé de la personne. Les évaluations qui sont réalisées sans regard médical risquent de manquer une dimension essentielle de la dépendance, concrète et propre à chaque personne, et de mal anticiper l'évolution de la perte d'autonomie et des besoins de la personne âgée, selon ses spécificités d'état de santé.

Enfin, le suivi et la gestion des cas complexes, dont beaucoup sont aujourd'hui pris en charge par les MAIA, implique aussi un regard médical, là encore indispensable pour anticiper l'évolution des besoins de la personne à court et moyen terme et donc nécessaire à la mise en place de solutions plus graduées, appropriées.

Piste à l'horizon 2030 : coupler l'évaluation de la dépendance ainsi que l'évaluation des « cas complexes » à une évaluation médicale

Le renforcement du rôle des médecins PA/PH des Conseils départementaux dans l'évaluation de la dépendance, mais aussi l'implication systématique de médecins dans l'évaluation des demandes de prises en charge par les MAIA semblent être une orientation à privilégier.

4.1.3 La coopération et la délégation de tâches entre professionnels

Le déficit de médecins généralistes sur de nombreux territoires ne facilite pas la coordination entre acteurs, voire la rend impossible. Dans certains territoires, notamment ruraux, la question essentielle demeure de trouver un médecin qui accepte de suivre la personne âgée à son domicile ou en EHPAD. Cette question renvoie à l'enjeu de la délégation de tâches entre médecins et infirmiers libéraux, mais aussi entre infirmiers libéraux et aides-soignantes. Malgré les différentes stratégies pour attirer les médecins sur les zones qui en manquent, les professionnels constatent que les problèmes d'accès aux soins ne font que s'amplifier. La présence d'infirmiers, mais aussi d'aides-soignantes sur les territoires est en revanche mieux répartie et les déficits sont moins forts. Sur le terrain et selon la qualité des relations entre médecins et infirmiers à une échelle locale, certaines délégations de tâches existent parfois, *de facto*, sans être officielles : infirmiers qui ajustent certains dosages selon l'évolution de l'état de santé de la personne âgée, aides-soignantes qui vérifient des pansements et auxiliaires de vie qui font des aspirations bronchiques... Ces coopérations et articulations qui existent sur certains territoires, à de petites échelles, ne peuvent fonctionner que lorsqu'elles se fondent sur un partenariat fort, une bonne interconnaissance entre professionnels et qu'elles « *rendent service à tout le monde* » : à la personne âgée qui souffre, au médecin qui ne peut se déplacer partout, à l'infirmier obligé de se recentrer sur des gestes de plus en plus techniques et à l'auxiliaire de vie qui est de plus en plus sollicitée par les familles. Ces articulations avec « délégations » formelles ou

informelles ne sont pas toujours légales au plan juridique (en France, alors qu'elles existent déjà dans d'autres pays), mais elles semblent pourtant être aidantes pour les personnes âgées (ces pratiques informelles n'ont cependant pas été strictement évaluées à des échelles locales). Par ailleurs, les personnes interviewées indiquent qu'en « cas de problème », ce sont les professionnels qui ont délégué à d'autres professionnels la réalisation d'une tâche qui prennent alors la responsabilité de la tâche réalisée.

Les articulations informelles, et non légales, qui existent parfois entre professionnels, interrogent la formation initiale des uns et des autres, mais aussi leur formation continue ainsi que les possibilités de formalisation de ces délégations, qui existent aussi bien à domicile qu'à l'hôpital d'après les personnes interviewées mais qui, à ce jour, demeurent très « personne-dépendantes ». Rappelons enfin que tous les professionnels (de la santé comme de l'aide à domicile) n'ont pas la même position sur ces articulations : certains y sont très favorables (du fait d'une montée en compétence de différents professionnels, mais aussi de bons partenariats de terrain) et d'autres y sont très défavorables, pour différentes raisons (compétences techniques, poids et coût de la responsabilité juridique, notamment).

Piste à l'horizon 2030 : faciliter la délégation de certaines tâches précises, de manière officielle entre médecins et infirmiers, entre infirmiers et aides-soignantes, entre aides-soignantes et auxiliaires de vie

Afin de protéger et d'aider efficacement les personnes âgées dépendantes qui peuvent bénéficier de ces « articulations informelles » locales (et donc de délégations de tâches) entre différents professionnels (notamment en zones rurales), mais aussi afin de garantir un véritable cadre aux différents professionnels concernés, en termes de responsabilité juridique, il est nécessaire que ces articulations soient encadrées et validées par des évolutions réglementaires et des formations techniques obligatoires (formation initiale, formation continue), autour de certains actes ou gestes précis, comme c'est par exemple déjà le cas avec l'aspiration bronchique pour les auxiliaires de vie.

4.1.4 La coordination et la coopération entre acteurs de la santé à une échelle locale: médecins, IDEL, SSIAD, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes

La dépendance est liée à un problème de santé qui nécessite l'intervention d'un médecin généraliste, mais aussi bien souvent d'autres professionnels de santé libéraux, aux premiers rangs desquels les IDEL, mais aussi les masseurs-kinésithérapeutes, de plus en plus sollicités sur les problématiques de mobilité et de mobilisation de la personne âgée. Les pharmaciens également, qui interviennent peu à domicile (location de matériel médical, essentiellement), mais qui ont un rôle clé en matière de délivrance des médicaments, avec l'enjeu du renouvellement des ordonnances, qui n'est pas toujours fait à temps ou qui n'est pas toujours autant ajusté que l'évolution de l'état de santé de la personne l'exigerait, les personnes âgées ne consultant pas toujours « à temps », ou pouvant rencontrer des difficultés d'accès aux médecins. Les pharmaciens répondent avec souplesse à ces besoins et avec d'autant plus de discernement qu'ils connaissent bien la personne âgée et aussi son médecin traitant... De même, dans certains territoires, IDEL et aides-soignantes des SSIAD développent de forts partenariats autour de patients qu'ils ont en commun, qui permettent à

la fois d'optimiser l'intervention des uns et des autres (organisation des passages à domicile dans la journée), mais aussi de renforcer l'acuité de leur « veille » sur les patients fragiles, par l'échange d'informations.

Si la souplesse, les « bonnes relations » entre professionnels de santé constituent la base d'une coopération efficace, celle-ci ne peut exister lorsque ces acteurs ne se connaissent pas, ne communiquent pas entre eux.

La coopération et coordination entre les SSIAD, IDEL, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes sont ainsi décrites comme essentielles par tous, mais pas toujours faciles à mettre en place. En zones rurales, dans des contextes de pénurie plus ou moins forte de professionnels de santé, les SSIAD et IDEL semblent parvenir à coordonner leurs interventions. En revanche, cette coopération est moins facile en ville, voire inexistante, lorsqu'il y a des problématiques de concurrence, en lien avec des phénomènes de « sur-dotation ».

Piste à l'horizon 2030 : faciliter la coordination et la coopération entre acteurs de la santé à une échelle locale

Les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé)⁶ constituent une forme de coordination plus large que les ESP (Équipes de soins primaires, qui n'ont pas de forme juridique). Les CPTS sont constituées de l'ensemble des acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à un ou plusieurs besoins en santé de la population qu'ils ont identifié. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS. La CPTS, qui se substitue aux « pôles de santé », permet la mise en place de rémunérations des temps de coordination.

Les CPTS peuvent ainsi constituer une ressource pour les Plateformes Territoriales d'Appui⁷ (PTA).

⁶ Ministère des solidarités et de la santé. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf

Les communautés professionnelles territoriales de santé ont vocation à être le fruit de l'initiative de professionnels organisés, le cas échéant, en équipes de soins primaires, auxquels viendront s'adjoindre, selon les projets des fondateurs de la communauté, d'acteurs du premier et/ou du second recours, et/ou d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Les communautés ont pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent.

⁷ Ministère des solidarités et de la santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/plateformes-territoriales-d-appui-un-soutien-pour-les-professionnels-dans-l>

Les professionnels de santé sont de plus en plus souvent confrontés à des patients présentant plusieurs pathologies, elles-mêmes parfois associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques. Pour organiser les fonctions d'appui dans les territoires, les agences régionales de santé pourront mettre en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, notamment ceux de ville et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en vue du maintien à domicile.

L'objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise.
- l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties..
- le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

Pour certains interviewés, les CPTS deviendront, à terme, un réel outil d'interconnaissance, d'échanges et de coopération entre professionnels de santé libéraux intervenant à domicile. Cette évolution nécessitera cependant une avancée décisive sur deux points :

- la mise en place de supports numériques de transfert d'information entre professionnels (de type « Mes patients » / territoire d'expérimentation Pascaline) ;
- le « dossier partagé », qui ne sera pas « médical » au sens strict, ce qui le rend complexe à partager, et qui nécessite encore une analyse poussée pour savoir qu'elles sont les informations qui peuvent aider les uns et les autres à apporter la meilleure réponse à la personne âgée dépendante.

Ces dispositifs sont cependant encore trop récents, peu développés, mal connus par les professionnels de santé libéraux et non encore suffisamment évalués pour savoir s'ils seront réellement efficaces pour améliorer la prise en charge des personnes vulnérables en général et des personnes âgées dépendantes en particulier. Par ailleurs, on peut aussi s'interroger sur le rôle de ces dispositifs par rapport au travail déjà effectué par les MAIA sur les cas complexes.

Reste deux pistes bien identifiées par tous les interviewés :

- La nécessité de faire circuler ou partager certaines informations pertinentes sur la personne âgée dépendante prise en charge, sur son état de santé, sur les personnes qui interviennent auprès d'elle et sur les différentes prises en charge. Ces informations permettent à chacun de mieux adapter sa propre réponse, d'éviter les manques, erreurs ou les « redondances ».
- La nécessité d'organiser « qui fait quoi à quel moment », afin que la personne âgée, à domicile notamment, mais aussi quelquefois en EHPAD, puisse bénéficier d'une prise en charge à la fois cohérente et fluide et ne pas être l'objet de réponses « saucissonnées », dans la journée ou la semaine, qui dégradent sa qualité de vie (par exemple, une toilette du matin découpée en trois étapes par trois intervenants différents obligeant la personne âgée à rester dans sa chambre en pyjama jusqu'à 14 h...).

4.1.5 Les EHPAD : lieux de vie, lieux de soins, lieux de fin de vie

De manière unanime, les professionnels interviewés considèrent que les EHPAD aujourd'hui travaillent à être de réels lieux de vie, mais sont aussi, objectivement, des lieux de fin de vie et enfin, de plus en plus des lieux de soins puisque les résidents sont de plus en plus concernés par des pathologies lourdes, complexes à soigner (notamment le cancer). Les établissements dont le GMP moyen est de 800 semblent devenir la norme en certains territoires, ce qui renvoie à un état de santé des résidents très dégradé, au plan physique comme cognitif et souvent psychique. Les besoins de places en USLD semblent particulièrement forts dans certains bassins de vie où les personnes âgées malades ne peuvent être soignées de manière appropriée en EHPAD, faute de moyens adéquats, tout en étant pourtant plus ou moins « refusées » par les hôpitaux, qui s'inquiètent de voir des lits occupés sur de longues périodes par des personnes très âgées, sans pour autant que leur état de santé ne s'améliore de manière notable.

Les EHPAD sont donc globalement confrontés à trois défis :

- être des lieux de vie, stimulants et bien-traitants, afin de maintenir la meilleure autonomie possible au plan physique, psychique et cognitif des résidents, le plus longtemps possible;
- soigner le mieux possible les résidents malades, même les plus âgés et les plus dépendants, ce qui renvoie au besoin de médecins traitants, à la possibilité pour les médecins coordonnateurs de prescrire et au lien qui doit être fait avec l'hôpital général et avec l'hôpital psychiatrique pour que les personnes âgées aient accès aux spécialistes dont elles ont besoin ;
- soigner et accompagner les personnes qui terminent leur vie en EHPAD avec une prise en charge de la maladie, de la douleur, de la dépression si besoin.

Pistes à l'horizon 2030 : Faire des EHPAD de vrais lieux de vie, tout en étant des lieux de soins et de fin de vie

Pour relever ce défi, plusieurs outils semblent d'ores et déjà pertinents à valoriser et développer :

- les PASA, qui associent soins et activités « stimulantes » pour personnes âgées ayant des troubles modérés du comportement, et qui les sécurisent par leur cadre et leur inscription bien déterminée dans l'espace et le temps.
- l'intervention de bénévoles dans les EHPAD, notamment dans le cadre d'activités organisées par les EHPAD.

Et d'autres doivent se développer, comme déjà décrit précédemment :

- faciliter l'intervention de médecins généralistes en EHPAD (en partageant la « charge » entre plusieurs médecins généralistes du territoire, par exemple)
- mais aussi permettre aux médecins coordonnateurs de prescrire, dans certaines conditions (absence de médecin traitant, absence de Maison médicale de garde...)
- renforcer la médicalisation de la prise en charge de la grande dépendance, en établissement, sur les territoires où l'état de santé des personnes accueillies est le plus dégradé (une analyse qui ne peut se baser uniquement sur les recours aux soins et les consommations médicamenteuses actuelles, nombre de résidents étant actuellement sous-dépistés, « sous-suivis » et insuffisamment pris en charge en matière sanitaire et tout particulièrement en matière de psychiatrie).

4.2 La gériatrie, la gériatrie et la géronto-psychiatrie : des ressources qui deviennent indispensables

Si la gériatrie est une spécialité encore peu choisie et peut-être mal-aimée des médecins, elle apparaît clairement, pour de nombreux professionnels interrogés, comme indispensable pour mieux comprendre les besoins de la personne âgée dépendante, mais aussi mieux prescrire et ajuster les traitements nécessaires.

Le regard de la gériatrie permet ainsi :

- d'affiner le diagnostic posé, par la réalisation de bilans appropriés et spécifiques ;
- de mieux ajuster les traitements et d'éviter d'avoir un recours systématique ou approximatif à la sédation ;
- de faciliter de dialogue avec les personnes âgées dépendantes et leurs familles.

Par ailleurs, la géro-psycho-geriatrie (autre approche « mal-aimée ») est encore insuffisamment développée selon nombre de professionnels interviewés, ce qui alimente les difficultés de dialogue entre gériatres et psychiatres, qui semblent particulièrement fortes sur certains territoires. Ce manque de dialogue entre les deux disciplines peut aboutir à un non-accès aux soins pour certaines personnes âgées, voire des soins mal adaptés. Or, les troubles cognitifs liés au vieillissement peuvent entraîner des problèmes qui relèvent de la psychiatrie (dépression, décompensation) et, inversement, les problèmes psychiatriques peuvent s'intensifier avec l'apparition de troubles cognitifs ou de dépendances physiques.

Il apparaît que sur les territoires où il existe un service de gériatrie et parfois même des équipes mobiles de gérontologie, voire des « astreintes » gérontologiques téléphoniques, ces ressources sont bien utilisées par les médecins généralistes et permettent souvent de lever des blocages liés à une mauvaise compréhension des besoins de la personne.

On note enfin la présence, dans certains centres hospitaliers, d'évaluations gériatriques dans les services d'urgence, voire la présence « d'urgences gériatriques ». Elles permettent d'examiner avec une approche spécifique les personnes âgées qui arrivent aux urgences, de leur proposer certains types de bilans si cela n'a déjà été fait et, si besoin, de commencer à les informer, les orienter vers des ressources d'aide à domicile ou vers une entrée en EHPAD, lorsque la vie à domicile apparaît trop risquée.

L'avantage de ce système est qu'il tire parti d'une porte d'entrée (les urgences hospitalières) naturellement très utilisée par les personnes âgées, par leurs familles et aussi par les professionnels de santé de terrain, lorsqu'ils ne savent pas ou plus, quelle réponse apporter à la personne âgée.

Pistes à l'horizon 2030 : développer la gérontologie, la gériatrie et la géro-psycho-geriatrie

En la matière il y a un travail de fond à mener qui commence par la formation initiale des médecins.

La valorisation de la gériatrie auprès des étudiants en médecine apparaît comme indispensable,

- pour encourager les jeunes à se tourner vers cette spécialité
- pour améliorer la sensibilisation de ceux qui vont choisir d'autres spécialités et notamment les étudiants qui vont s'engager dans la voie de la médecine générale et de la psychiatrie.

Des formations continues, courtes et opérationnelles, pourraient également être davantage proposées aux médecins généralistes et aussi aux médecins psychiatres qui seront en exercice dans les 15 prochaines années.

Enfin, il apparaît indispensable, à l'horizon 2030, d'améliorer l'accès des usagers et des professionnels aux ressources de gérontologie, gériatrie et géronto-psychiatrie :

- développer les « astreintes » gérontologiques téléphoniques pour améliorer la compréhension des besoins des personnes âgées par les médecins généralistes ;
- développer les « urgences gériatriques » qui permettent à la fois de tirer parti de cette « entrée naturelle » que sont les urgences hospitalières et d'avoir une « lecture » affinée des besoins de la personne âgée au plan sanitaire ;
- développer l'accès à une prise en charge géronto-psychiatrique, notamment pour ajuster au mieux les traitements de la personne âgée concernée parfois par un trouble psychiatrique et par une dégénérescence cognitive ;
- développer les hôpitaux de jour gériatrique qui permettent notamment de réaliser des bilans spécifiques...

4.3 Les SAAD : un pilier du maintien à domicile, insuffisamment valorisé

De l'avis unanime des personnes interviewées les services d'aide à domicile constituent le pilier du maintien à domicile, au quotidien, pour les personnes âgées dépendantes. Or les salariées de ces services sont aujourd'hui insuffisamment reconnues, sur tous les plans.

La pénibilité du travail des salariées des SAAD commence à être bien repérée notamment par les données de sinistralité de la CARSAT. Le travail physique auprès des personnes âgées, qui ont parfois des troubles du comportement, des troubles psychiatriques, qui impliquent des déplacements parfois longs et difficiles, notamment en rural, des horaires de travail « hachés »... entraînent à la fois des accidents ou traumatismes physiques et une élévation des risques psycho-sociaux et ce, alors que les salaires demeurent très bas et maintiennent dans la précarité des professionnelles (à une très large majorité des femmes) qui ont une très faible formation initiale et sont souvent concernées, d'après les professionnels, par d'autres formes de précarité (monoparentalité,...).

Ces conditions de travail et la faiblesse des salaires engendrent un très fort turnover, mais aussi parfois des formes de démotivation, des arrêts de travail particulièrement élevés dans cette profession.

Enfin, à la faiblesse des salaires s'ajoute un manque de reconnaissance des autres professionnels et notamment des professionnels de santé et ce, même si les aides à domicile développent de réels savoir-faire. Les aides à domicile et auxiliaires de vie peuvent ainsi être une ressource de veille et d'alerte, du fait qu'elles voient, très régulièrement, la personne âgée à son domicile (parfois même davantage que les infirmiers).

Les SAAD essayent, malgré ces contraintes très fortes, de fidéliser leurs salariées en améliorant leurs conditions de travail (à défaut de pouvoir améliorer leurs revenus aujourd'hui), et ce sur différents axes :

- proposer régulièrement des formations, avec parfois une évolution possible à la clef pour devenir aide-soignante ;

- organiser leurs journées de travail en veillant à réduire les déplacements et les discontinuités entre différentes interventions ;
- proposer davantage de congés, même si les personnes ne travaillent pas à temps plein, afin qu'elles puissent mieux se reposer, mieux articuler vie professionnelle et personnelle ;
- créer des temps d'échanges, de partage d'expériences, en équipe, que ces temps soient rémunérés, afin de réduire l'isolement au travail, mais aussi de mieux gérer les tensions psychologiques qui peuvent résulter du contact répété avec des personnes âgées dépendantes, notamment lorsqu'elles ont des troubles du comportement.

Pistes à l'horizon 2030 : valoriser le rôle des SAAD, les salariées des SAAD pour garantir une bonne prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes

La formation et le management des salariées des SAAD apparaissent comme des leviers forts, qui ne résoudront pas l'autre question majeure qu'est la revalorisation des salaires, mais qui peuvent, en créant ou renforçant de vraies dynamiques d'équipe et en reconnaissant les compétences spécifiques et nécessaires des aides à domicile :

- améliorer les conditions de travail et abaisser la sinistralité dans cette profession ;
- améliorer la motivation et la qualité des interventions auprès des personnes âgées.

Enfin, il paraît indispensable, dans les années à venir, de mieux valoriser le rôle des aides à domicile et des auxiliaires de vie en les impliquant formellement dans les partenariats professionnels constitués autour de la personne âgée, notamment en tant « qu'acteur caché » de la santé, qui assurent à la fois une veille, peuvent alerter les professionnels de santé, mais aussi être des acteurs de prévention primaire et secondaire auprès des personnes âgées.

Le fait qu'une filière gérontologique (Ardèche Nord) soit co-pilotée par un SAAD témoigne de cette évolution, qui demeure marginale, mais qui apparaît pourtant indispensable.

4.4 Les prestataires de services : une vigilance et une régulation nécessaire

Plusieurs professionnels interviewés ont souligné que les entreprises prestataires qui proposent une aide à domicile sont de plus en plus nombreuses, surtout dans les grandes villes de la région, ce qui améliore les possibilités de choix des personnes âgées mais peut aussi quelquefois complexifier le partenariat local, voire l'entraver, sans pour autant toujours bien répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes, et ce pour deux raisons principales :

- En premier lieu, ces entreprises ne sont pas toujours agréées pour être financées par l'APA tout en entretenant quelquefois une certaine confusion auprès des personnes âgées et de leurs familles. Par ailleurs, les salariées de ces entreprises ne sont pas toujours formées à la spécificité de la relation avec les personnes âgées dépendantes.
- Ces services offrent parfois de meilleurs salaires que les SAAD, mais sans forcément proposer les formations nécessaires à la prise en charge des personnes âgées, créant ainsi

une situation de concurrence dans le recrutement des aides-soignantes et auxiliaires de vie, qui n'est pas réellement transparente.

Ces entreprises à but lucratif peuvent ainsi brouiller la lisibilité de l'offre de ressources dédiées aux personnes âgées dépendantes, auprès des personnes âgées elles-mêmes mais aussi de leurs familles.

Enfin, le partenariat des professionnels de santé avec ces services prestataires semble compliqué voire difficile, étant donné que ces entreprises font rarement partie de coordinations locales ou de « groupes de travail » locaux et n'ont pas de compétences spécifiques en ce qui concerne les personnes âgées, encore moins lorsqu'il s'agit de personnes âgées dépendantes.

Pistes à l'horizon 2030 : réguler et officialiser les compétences indispensables à maîtriser pour prendre en charge l'aide à domicile d'une personne âgée reconnue comme dépendante (par les services du département, les MAIA, notamment)

Il s'agit d'éviter que dans les 15 prochaines années, le développement du « marché » de l'aide à domicile auprès de personnes âgées dépendantes ne devienne une source de traitements inadaptés de ces personnes âgées et donc un facteur favorisant les ruptures de parcours.

Réguler et officialiser les compétences à maîtriser pour être considéré comme capable de prendre en charge une personne âgée dépendante (formations reçues, nature de l'encadrement), permettra :

- de réduire le développement anarchique d'aides approximatives qui peuvent leurrer les personnes âgées et leurs familles
- d'améliorer l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes par les services prestataires

4.5 L'articulation des ressources dans l'espace et le temps, pour fluidifier les parcours des personnes âgées dépendantes

L'articulation des ressources (soins et aide aux gestes de la vie quotidienne) autour de la personne âgée, notamment à domicile, permet une prise en charge optimisée et une réduction des risques de ruptures dans le parcours de prise en charge de la personne âgée dépendante (délais d'attente, difficultés à envisager une entrée en EHPAD, refus de l'aide à domicile).

Néanmoins, l'articulation des ressources dans le temps, selon l'évolution des besoins et de l'état de santé de la personne âgée, est également un enjeu essentiel et ce d'autant plus que le niveau de dépendance des personnes s'accroissant dans le temps, les acteurs du domicile ne suffisent plus, à un moment donné, à apporter les réponses les plus adaptées.

Pistes à l'horizon 2030 : décloisonner les prises en charge en EHPAD et à domicile en développant les EHPAD polyvalents ou « EHPAD à la maison »

Ces expérimentations de décloisonnement (dans le Rhône notamment), visent à apporter la réponse la plus pertinente et ajustée aux besoins de la personne âgée, au fil de l'évolution de ses besoins, à partir de « plateformes » de ressources qui vont du domicile à l'établissement : SSIAD, Accueil de jour, Hébergement temporaire et EHPAD. Le fait que le même établissement gère toutes ces ressources, avec un budget en « vases communicants » facilite les transitions d'une ressource à l'autre, pour la personne âgée et ce, sans avoir à attendre des semaines, des mois ou des années une réponse positive. Outre le fait que la personne est bien connue de l'établissement, elle-même est de mieux en mieux familiarisée avec les ressources de l'établissement et ce d'autant plus qu'elle peut retrouver les mêmes salariés à domicile et en EHPAD, ce qui facilite l'entrée éventuelle en établissement, de manière définitive.

Le lien entre ce type de ressources et les SAAD devrait, dans la même logique, pouvoir être développé, afin d'assurer la meilleure continuité possible entre la prise en charge à domicile et en EHPAD, éventuellement avec des approches « séquentielles », à partir de l'accueil temporaire programmé des personnes âgées.

4.6 Les différentes coordinations qui se superposent parfois et risquent de perdre en efficacité : « *trop de coordinations, tue la coordination* »

Les entretiens montrent que les fonctions (et périmètres) des filières gérontologiques et des BSI sont mal ou pas connus des acteurs du soin en libéral, pour qui, mêmes connues, ces instances ne constituent pas des ressources très opérationnelles. Par ailleurs, les professionnels de santé libéraux y participent peu, faute de temps et faute d'être rémunérés pour le temps passé en réunions. Les périmètres des filières gérontologiques et BSI sont semble-t-il essentiellement visibles et utiles pour les établissements, centres hospitaliers, SSIAD et SAAD.

De même, si le travail des MAIA est salué en matière de gestion des cas complexes, les MAIA sont très mal connues des professionnels de santé libéraux. On note d'ailleurs que beaucoup de cas deviennent « complexes » lorsque les personnes âgées dépendantes ne sont suivies par aucun médecin traitant.

L'absence ou la faible présence des professionnels de santé libéraux dans la dynamique des « filières » et, tout particulièrement, des médecins généralistes, dessert la mise en place de solutions appropriées pour les personnes âgées, au plan sanitaire.

Selon les professionnels interviewés le périmètre des filières est parfois bien adapté à la réalité des territoires en tant que bassins de vie (Chablais, Haut-Bugey...). Mais il est, dans certains cas, trop vaste et, de ce fait, déconnecté des problématiques du domicile et des bassins de vie réels des personnes. C'est par exemple le cas pour la filière gérontologique Savoie-Belley, découpée en 3 « filières de proximité » ou, au contraire, celle du « Pays de Gex-Bellegarde », insuffisamment articulée semble-t-il avec les centres hospitaliers de référence, qui a créé une « interfilière » avec la filière « Annecy-Rumilly ».

Les enjeux de la prise en charge sanitaire « courante », comme de l'aide à domicile s'inscrivent cependant dans des périmètres de relative proximité, bien moins vastes. Professionnels de santé libéraux, aides à domicile et auxiliaires de vie travaillent en effet généralement dans un rayon qui n'excède pas 20 km en rural. Rayon qui est encore plus réduit en urbain. La connexion entre le périmètre des filières, celui des BSI et celui de la proximité de « la vie à domicile » ne sont pas faciles à faire coïncider.

Les périmètres des filières et des BSI ne sont pas ceux de l'action sociale, de la psychiatrie de secteur et encore moins ceux des communes ou EPCI, pourtant véritables acteurs de la proximité notamment via les CCAS et les CIAS. Chaque périmètre et chaque discipline générant ses propres outils de coordination, il existe un risque réel de « mille-feuilles » de coordinations, défavorable, *in fine*, à une prise en charge « globale » et fluide de la personne âgée.

Enfin, les filières et autres supports de coordination locaux (réseaux notamment) permettent aux professionnels des Conseils départementaux, EHPAD, SSIAD, SAAD, hôpitaux, de se connaître, d'échanger et donc de travailler ensemble plus facilement, ce qui est apprécié de tous... Ces dispositifs facilitent l'émergence d'une culture de la transversalité, voire de l'interdisciplinarité, largement saluée, qui contribue à fluidifier les relations entre différents professionnels (meilleure connaissance, plus grande compréhension des contraintes de chacun, meilleure acceptation des solutions proposées par les uns et les autres...).

Néanmoins, la multiplication des instances de coordination ne facilite pas la lisibilité des ressources et parfois dilue la responsabilité et la prise de décision, en plus de nécessiter du temps pour se réunir.

Certains professionnels interviewés redoutent ainsi l'arrivée des Plateformes territoriales d'appui, qui ne sont pas spécifiquement dédiées aux personnes dépendantes, et qui d'après eux, risquent de constituer un « doublon » avec les filières et les MAIA en ce qui concerne les parcours des personnes âgées.

Pistes à l'horizon 2030 : ne pas multiplier les périmètres de coordination

Les entretiens montrent qu'il y a trois grandes logiques qui articulent les périmètres :

- celle de l'offre hospitalière, qui peut couvrir plusieurs bassins de vie ;
- celle de l'offre en EHPAD, plus ou moins connectée aux communes et bassins de vie ;
- et celle du maintien à domicile, qui est fortement connectée à la logique des bassins de vie, le recrutement des aides à domicile et auxiliaires de vie étant impacté par la configuration de l'emploi et du chômage à une échelle locale, mais aussi aux rayons d'intervention des professionnels de santé libéraux.

En somme, le maintien à domicile se gère et se coordonne « naturellement » à une échelle locale, avec des acteurs de proximité, qui est, *de facto*, souvent celle d'un quartier, d'une commune ou d'un EPCI, mais pas au-delà. Il sera important, à l'horizon 2030 de donner davantage de place aux communes et aux CCAS notamment, en élargissant sans doute certaines des missions des CCAS et en créant davantage de passerelles avec les professionnels de santé locaux et les SAAD... ou en développant les CPTS, tout en y intégrant les SAAD, acteurs réels de la santé au sens de l'OMS.

Méthode et résultats de la typologie qualitative de territoires

1 Méthodologie

L'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie, notamment dans le cadre du maintien à domicile, est fortement impacté par les dynamiques locales et le contexte global de chaque territoire, à la fois démographique et économique. L'analyse de la prise en charge de la personne âgée dépendante doit par ailleurs aussi être mise en lien avec deux autres facteurs-clés qui ont une influence déterminante sur les besoins des personnes et sur leurs possibilités de recours aux aides : leur état de santé et leurs ressources socio-économiques.

La typologie proposée ici vise ainsi à souligner l'importance d'une approche globale et systémique des parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes, au-delà de l'analyse de l'offre sanitaire et de l'offre d'hébergement médico-sociale existantes sur les territoires. L'offre est un élément essentiel mais qui ne suffit pas à comprendre tous les enjeux autour des parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Différents éléments ont ainsi été repérés et juxtaposés, pour chaque filière gériatrique et bassin de santé intermédiaire (BSI), afin d'appréhender au mieux les conditions et contextes favorables ou défavorables à une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes sur les territoires :

- les contraintes et atouts géographiques, qui peuvent faciliter ou non les déplacements et donc les interventions à domicile, notamment en zones rurales ;
- le poids démographique des personnes âgées de 75 ans et plus et de 80 ans et plus, en taux et en effectifs ;
- les contraintes socio-économiques, avec le score de fragilité sociale des 80 et plus ;
- le poids de facteurs sanitaires d'entrée dans la dépendance (données d'ALD et d'hospitalisation) ;
- l'équipement en structures sanitaires et d'hébergement médico-social ;
- l'offre de soins de premier recours et SSIAD.

Cette analyse mixte (quantitative et qualitative) s'est appuyée sur les **études, publications et données statistiques déjà produites** :

- le rapport « L'Offre pour personnes âgées en Auvergne-Rhône-Alpes par BSI et FG » (ARS) ;
- les « Portraits de santé : l'état des territoires en Auvergne. Données de santé par BSI » (ORS Auvergne et ARS Auvergne) ;
- « Les personnes âgées potentiellement dépendantes de plus en plus nombreuses en Auvergne d'ici 2022 » - Insee Analyses Auvergne – N°15, Nov. 2015 ;

- « Des profils de territoires contrastés en Auvergne Rhône-Alpes », Insee Analyses Auvergne N°16 - Décembre 2015 ;
- l'étude prospective quantitative et qualitative de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie en région Auvergne à l'horizon 2030 (Cekoia) ;
- des données sociodémographiques diffusées par l'Insee (Recensement de la population 2013) : part des 75 ans et plus, part des ménages constitués de personnes âgées de 80 ans et plus vivant seules, part de personnes âgées de 80 ans et plus vivant dans un logement ordinaire...]
- des données sanitaires traitées par l'ORS : ont été analysés les facteurs d'entrée dans la dépendance repérés : taux de prévalence d'Affection longue durée (ALD) pour tumeurs toutes causes, Alzheimer, affections psychiatriques de longue durée pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (source : CCMSA, RSI, Cnamts, 2014), taux de patients hospitalisés pour Accident vasculaire cérébral (AVC) et fracture du col du fémur pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (Source : PMSI MCO, 2015) ;
- Des données diffusées par l'Observatoire régional des situations de fragilité de la Carsat Auvergne-Rhône-Alpes (score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général chez les personnes âgées de 80 ans et plus en 2015).

Pour chacune de ces données, 2 ou 3 catégories ont été constituées : situation favorable, intermédiaire et défavorable, avec pour territoire de référence la région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'analyse de ces différents éléments, par filière et BSI, a permis de bâtir une typologie de territoires qui a ensuite été confrontée aux informations obtenues dans le cadre de l'enquête qualitative par entretiens semi-directifs, menée dans les filières gérontologiques et les bassins de santé intermédiaires de la région.

Les informations ainsi obtenues, notamment concernant les problématiques liées au maintien à domicile (difficultés de recrutement dans les SAAD, difficultés ou facilité de recours aux médecins généralistes et spécialistes, problématiques de déplacement, problématiques de logement inadapté au vieillissement...) ont permis d'affiner et de consolider cette typologie.

La typologie proposée ne s'oppose pas aux typologies existantes, basées sur l'offre sanitaire et médico-sociale : elle a l'ambition de les compléter ou de les pondérer en interrogeant le système d'atouts ou de contraintes qui caractérise le maintien à domicile dans les territoires, en prenant notamment en compte le profil de la population locale, en termes socio-économiques et d'état de santé. Ainsi, selon le profil de la population d'un territoire, sa proximité ou son éloignement des ressources de santé, la dynamique propre au territoire, les besoins et solutions de prises en charge ne seront pas tout à fait les mêmes.

Il est à souligner que certains éléments ont un impact particulièrement fort sur la perte d'autonomie et donc sur les parcours de prise en charge, en établissement ou à domicile, tout particulièrement l'état de santé des personnes. Cet état de santé serait d'autant mieux objectivé s'il croisait, en plus des indicateurs déjà identifiés (ALD, hospitalisation), d'autres

indicateurs portant notamment sur la consommation et le recours aux soins. Cela ne doit pas faire oublier la problématique de non-recours aux soins, qui existe également chez les personnes âgées et qui rappelle qu'une absence de « consommation » ne signifie pas une absence de besoins.

Par ailleurs, certains éléments de connaissance manquent aujourd'hui, notamment du fait d'un non croisement de données entre bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et connaissance médicale de l'état de santé des bénéficiaires, mais aussi du fait que toutes les personnes dépendantes ne sollicitent pas l'APA : il est connu qu'il existe un non-recours à l'APA, plus ou moins important selon les territoires et les profils de publics, notamment lorsque la dépendance est encore « faible » (GIR 5 et 6).

Il aurait ainsi été pertinent d'intégrer des indicateurs de type :

- état de santé des personnes dépendantes, qu'elles soient bénéficiaires ou non bénéficiaires de l'APA, notamment en termes de maladies chroniques ;
- recours aux SSIAD des personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiaires et non bénéficiaires de l'APA ;
- recours aux infirmiers libéraux des personnes dépendantes, qu'elles soient ou non bénéficiaires de l'APA ;
- recours des personnes dépendantes à des aides à domicile, financées hors APA, de « gré à gré ».

Les personnes âgées dépendantes non-bénéficiaires de l'APA constituent une sorte « d'angle mort » dans la réflexion sur les parcours de prise en charge de la dépendance.

Ces différents indicateurs n'existent pas à ce jour ou ne sont pas disponibles à travers des bases de données qui les rendraient comparables entre territoires. Ils feront peut-être un jour l'objet d'un recueil systématique et seront intégrés dans une base de données appropriée.

D'autres données permettraient encore d'affiner la compréhension des besoins à l'échelle locale :

- besoins de places en EHPAD au regard des séjours indus/évitable à l'hôpital ou en SSR ;
- besoins de places médicalisées au regard des maladies chroniques et des personnes en fin de vie ayant besoin de soins palliatifs en EHPAD ;
- état de santé des personnes âgées dépendantes prises en charge en SSIAD, mais aussi en EHPAD.

En tout état de cause, l'analyse des besoins et des parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes ne peut se faire sans « reconnecter » la dépendance à l'état de santé de la personne, tant il est vrai qu'il n'existe pas de dépendance sans une problématique initiale liée à l'état de santé de la personne, qu'elle soit psychique, cognitive ou physique.

2 Éléments intégrés dans la typologie qualitative

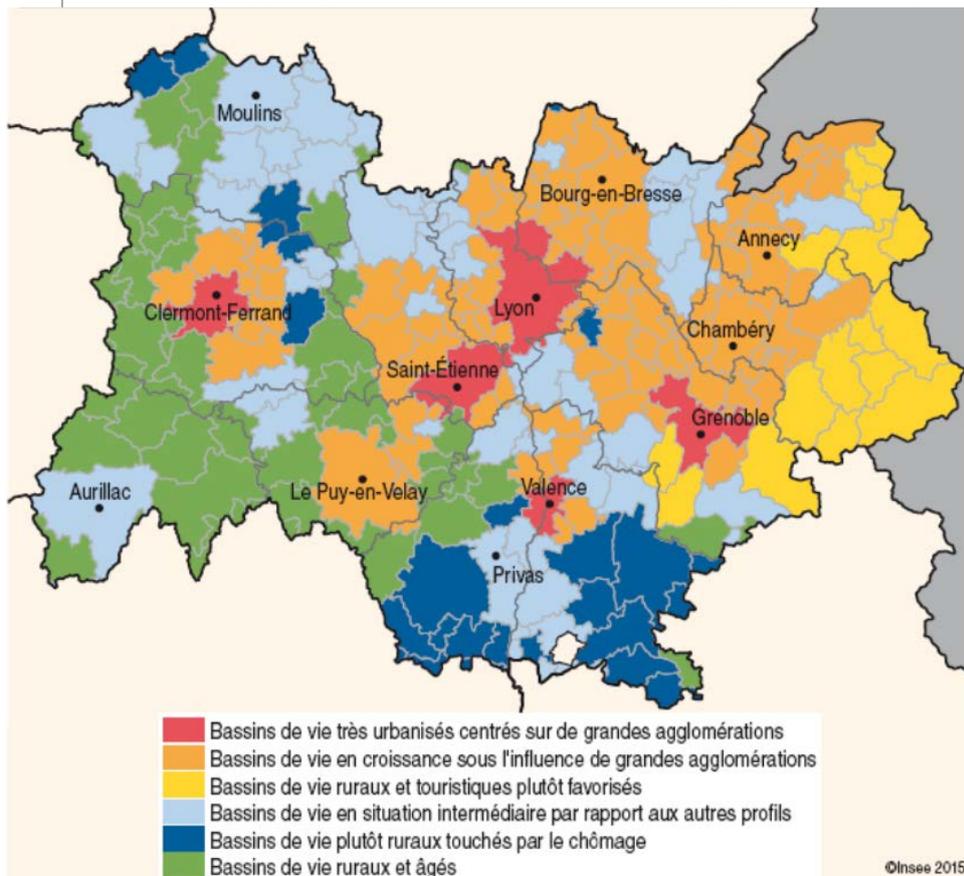
2.1 Les grandes spécificités géographiques des territoires

Organiser les ressources d'aide aux personnes âgées n'a pas les mêmes implications en territoire urbain et en territoire rural « dévitalisé »... De même, vivre en zone rurale de montagne ou en zone rurale de plaine, en centre-ville de grande agglomération ou en centre-ville de commune moyenne n'a pas les mêmes conséquences en termes d'accès à des professionnels qui se déplacent à domicile et donc, en termes de possibilités de maintien à domicile. Ainsi, les indemnités de déplacements des professionnels de santé libéraux ne sont pas les mêmes selon que les cabinets soient situés en plaine ou en montagne et ce, quel que soit le lieu de résidence des patients, ce qui peut encourager ou décourager les professionnels de santé à se déplacer à domicile, enfin – et surtout – la rémunération du temps passé dans les déplacements pour voir les patients en EHPAD ou à domicile, est souvent jugée insuffisante par les professionnels de santé. La présence de transports en commun adaptés, de transports à la demande, la proximité de commerces et services publics, jouent aussi sur la facilité ou la difficulté de se maintenir à domicile. Enfin, si certains bailleurs sociaux sont particulièrement réactifs, voire proactifs, en matière d'adaptation des logements, notamment dans les zones urbaines (transformation des baignoires en douches, notamment...), certaines vieilles bâtisses en zones rurales appartenant à des personnes âgées, propriétaires parfois impécunieux, peuvent plus ou moins être adaptées (ou non) selon les aides connues et mobilisées localement.

Ainsi, les différents territoires de la région présentent de réelles spécificités qui imprègnent à la fois les besoins des personnes et le type d'aide qui peut leur être effectivement apportée à domicile.

D'après l'étude de l'Insee en Auvergne-Rhône-Alpes, plusieurs typologies de bassins de vie sur le territoire régional sont observées.

Carte n°1 - Typologie de bassins de vie en Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : Insee, Recensement de la population 2011 ; CAF ; DGFIP

- Les bassins de vie ruraux et âgés (en vert sur la carte). Ils se concentrent principalement en Auvergne ainsi que sur le plateau ardéchois.
- Des bassins de vie plutôt ruraux confrontés à une plus forte fragilité sociale (en bleu foncé sur la carte). Ils se concentrent principalement dans le sud de l'Ardèche et de la Drôme, au nord-ouest de l'Allier ainsi qu'au nord du Livradois-Forez. Dans ces bassins de vie, le chômage est plus marqué qu'en moyenne régionale.
- Les bassins de vie très urbanisés centrés sur de grandes agglomérations (en rouge sur la carte) : Lyon, Grenoble, Valence, Clermont-Ferrand et Saint-Étienne.
- Des bassins de vie regroupant des agglomérations polarisant de vastes territoires urbains, majoritairement en croissance démographique (en orange). Ceux-ci couvrent une grande partie du Rhône, le nord de l'Isère, l'ouest de la Savoie et de la Haute-Savoie ainsi que le sud de la Loire. Côté auvergnat, ce profil de territoire se retrouve en périphérie de Clermont-Ferrand et dans la partie de la Haute-Loire sous l'influence de Saint-Étienne.
- Les bassins de vie ruraux et touristiques plutôt favorisés situés essentiellement à l'est de la Savoie et de la Haute-Savoie, ainsi que sur le massif du Vercors (en jaune sur la carte). Ces bassins montagneux sont largement ruraux et plutôt favorisés, caractérisés par un tourisme très développé.
- Enfin, des bassins de vie ayant des caractéristiques « moyennes » (en bleu ciel sur la carte) par rapport à l'ensemble des profils. Moins éloignés de l'influence des grandes aires urbaines que les territoires ruraux, ils sont plus dispersés sur l'ensemble du

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes | 2017

Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes

territoire régional. Sous l'influence de villes moyennes, parfois préfectures de département, ils sont plus souvent touchés par le chômage.

Ces éléments sociodémographiques vont influencer la façon dont va s'organiser l'offre et notamment l'aide à domicile.

2.2 Les spécificités démographiques des territoires.

Le vieillissement des personnes âgées et la part des personnes âgées dans l'ensemble de la population, ne sont pas équivalents sur tous les territoires et certains territoires verront leur population de personnes âgées de plus de 75 ans augmenter particulièrement fortement dans les prochaines années.

L'étude de l'Insee sur les personnes âgées potentiellement dépendantes d'ici 2022 en Auvergne souligne « qu'en 2012, près de 47 500 Auvergnats ont 85 ans ou plus. Ils devraient être 13 400 de plus en 2022, soit une progression de 28 %. De 2012 à 2022, le nombre d'Auvergnats âgés de 85 ans ou plus en situation de dépendance augmenterait de 32 %. La hausse serait particulièrement prononcée dans les bassins de santé intermédiaires de Riom, Aurillac, Yssingeaux et Clermont-Ferrand. »

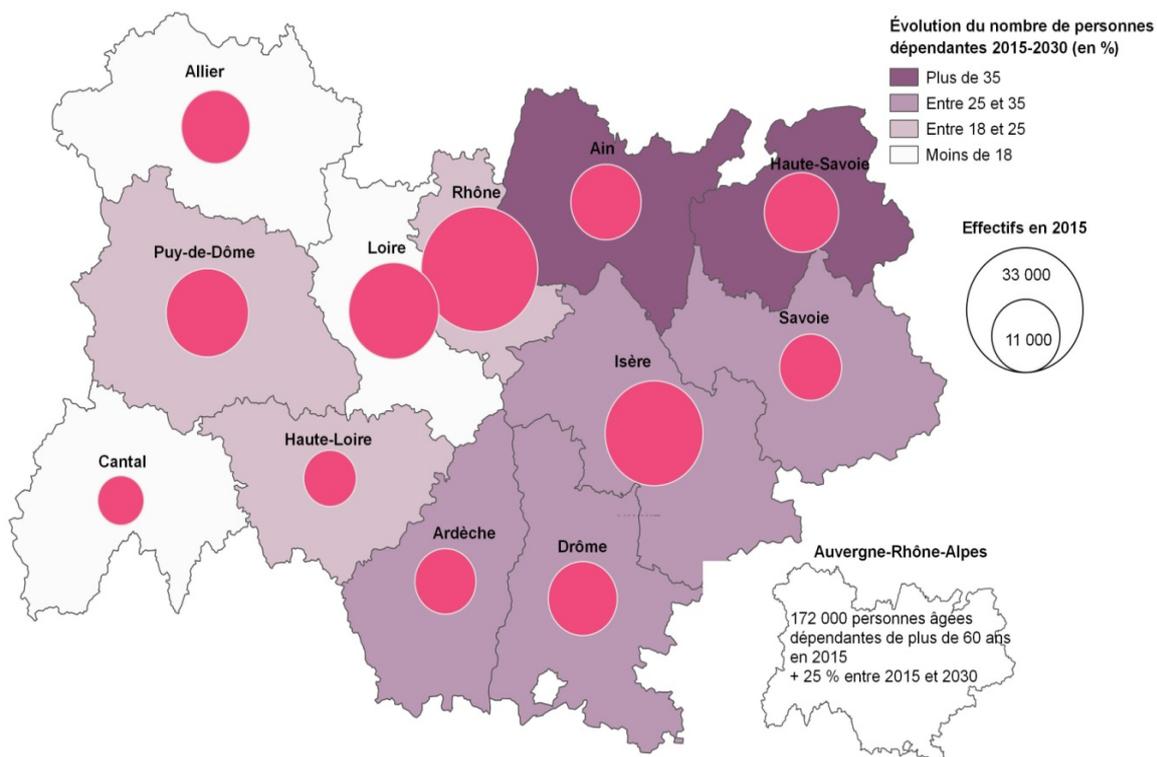
En lien avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter (cf. carte n°2). L'augmentation des besoins localement pourrait donc devenir massive dans quelques années.

Cette augmentation, d'après les projections de l'Insee, va toucher particulièrement les départements de l'Ain et de la Haute Savoie et dans une moindre mesure, les départements de la Savoie, de l'Isère, de la Drôme et de l'Ardèche.

Les départements de l'Allier, du Cantal et de la Loire, où, pour certains, la part de personnes âgées dépendantes est déjà plus élevée qu'ailleurs, seront les moins impactés par cette augmentation.

Il est à noter que même si la part (pourcentage) de personnes âgées en certains territoires est comparativement faible, les effectifs eux peuvent être conséquents et inversement. Ainsi sur les territoires démographiquement dynamiques et très peuplés, la part des personnes âgées est faible, mais le nombre réel de ces personnes peut être très important (par exemple en Isère).

Carte n°2 - Nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans en 2015 et évolution 2015-2030 par département



Source : Insee, Enquête Handicap-SANT2 (2008-2009), Omphale 2010

Par ailleurs, la structure des ménages n'est pas identique sur l'ensemble des territoires et la part des ménages constitués de personnes âgées de 80 ans et plus, vivant seules, permet de caractériser l'isolement des personnes âgées. Ces éléments sont également à mettre en lien avec la part des personnes âgées de 80 ans et plus vivant en logement ordinaire.

Ces éléments constituent des informations secondaires dans la grille d'analyse, puisque chaque territoire sera confronté au vieillissement de sa population et à ses conséquences.

2.3 Le profil socio-économique des personnes âgées, selon les territoires.

Les inégalités de santé concernent autant les personnes âgées que les autres membres de la société et il est indispensable d'intégrer à cette analyse les besoins et attentes connus chez personnes âgées dépendantes et leur entourage, selon leur position sur le gradient social. Ainsi, les publics défavorisés ont souvent un moins bon accès à l'information, à la prévention et sont plus dépendants des systèmes d'aide compte-tenu de la faiblesse de leurs revenus, certains pouvant connaître des situations de forte précarité. D'autres personnes, en revanche peuvent s'appuyer sur des prestations qui dépassent les possibilités de la prise en charge APA : recours régulier ou fréquent à des « prestations de service » qui, à partir d'un certain volume horaire, peuvent devenir onéreuses (heures de ménage, garde de nuit...) et peuvent impliquer un certain niveau de revenus (afin de salarier des personnels dédiés...).

Enfin, l'état de santé des personnes économiquement défavorisées est globalement moins bon que celui des personnes appartenant à des milieux favorisés en termes de revenus et de

niveau d'instruction. Par ailleurs, les personnes défavorisées rencontrent des problèmes de santé plus tôt que les personnes favorisées et vivent moins longtemps qu'elles.

Ces éléments impactent directement les niveaux d'aide nécessaire, à la croisée de la dégradation de l'état de santé et des possibilités économiques réelles des personnes âgées.

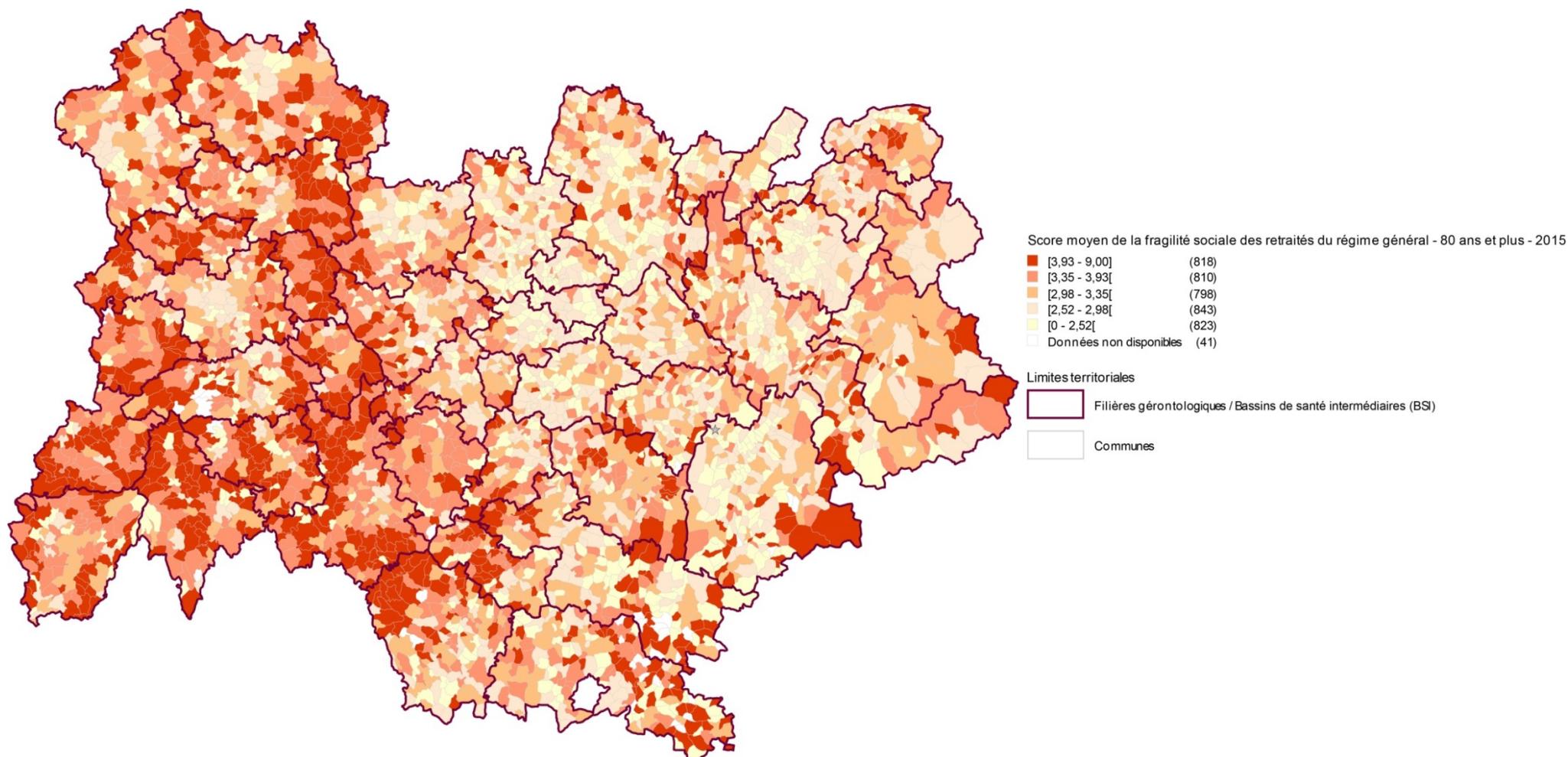
Dans le champ de la prévention des risques du vieillissement, la fragilité sociale peut être analysée au travers d'un indicateur composite élaboré par la Carsat : le score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général.

La cartographie de la fragilité sociale des territoires permet, notamment, d'identifier les territoires d'intervention prioritaires sur le champ de la prévention des risques du vieillissement et plus particulièrement auprès des seniors en situation de fragilité sociale..

L'indicateur présenté (Cf. Carte n°3) prend en compte :

- la population des retraités de 80 ans et plus du régime général ;
- l'existence ou non d'une pension de réversion, comme indication sur la situation de personne isolée ;
- l'exonération de la CSG, comme indication sur la fragilité économique.

Carte n°3 - Score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général par commune – population totale de 80 ans et plus – 2015



Source : Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), Observatoire des fragilités en Auvergne-Rhône-Alpes
 Auvergne-Rhône-Alpes

Exploitation : ORS

2.4 Les facteurs d'entrée dans la dépendance ou d'aggravation de la dépendance, au plan de l'état de santé

Certaines personnes âgées peuvent entrer relativement brusquement ou rapidement dans une situation de dépendance (AVC avec séquelles, fractures des membres inférieurs entraînant une forte perte de mobilité...) ou progressivement (maladies neurodégénératives, rhumatismes...) ou dans des formes de dépendance qui s'accompagnent d'une altération de la mémoire et du jugement, ce qui crée des besoins très différenciés et nécessite des réponses spécifiques.

Ces difficultés de santé qui peuvent entraîner une dépendance ou l'aggraver ne sont pas également réparties sur tous les territoires, parmi toutes les populations (notamment publics favorisés ou défavorisés). **Cette réalité impacte l'adéquation ou non adéquation entre besoins et réponses apportées localement.**

L'analyse de la littérature a permis de repérer certains facteurs d'entrée dans la dépendance :

- les maladies neuropsychiatriques qui sont les premières pathologies à l'origine de la perte d'autonomie, dont la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et les AVC ;
- les pathologies cancéreuses ;
- la fracture du col du fémur.

À partir des bases de données disponibles (données MSA, RSI, Cnamts, 2014 et données PMSI MCO, 2015), l'analyse par territoires a porté sur :

- le taux de prévalence de personnes de 75 ans et plus en ALD pour maladie d'Alzheimer (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) ;
- le taux de prévalence de personnes de 75 ans et plus en ALD pour affections psychiatriques de longue durée (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) ;
- le taux de prévalence de personnes de 75 ans et plus en ALD pour cancer (toutes localisations) (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) ;
- le taux de prévalence de personnes de 75 ans et plus en ALD pour maladie de parkinson (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) ;
- le taux de patients de 75 ans et plus hospitalisés pour AVC (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) ;
- le taux de patients de 75 ans et plus hospitalisés pour fracture du col du fémur (pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

2.5 La structuration locale de l'offre de soins, de prévention et d'aide à domicile

La structuration locale de l'offre de soins, de prévention et d'aide à domicile impacte la prise en charge des personnes âgées.

La densité des médecins généralistes pour les habitants âgés de 75 ans et plus est intégrée à l'analyse globale. Mais cette analyse ne prend pas en compte l'âge de ces praticiens, leur temps de travail (Équivalents Temps Plein) ainsi que la distance et les délais d'accès à cette offre de premier recours, éléments qui impactent fortement la prise en charge des personnes âgées.

L'articulation de l'offre hospitalière (notamment en lits de médecine, comprenant les lits des unités gériatriques), les services de soins ou d'aide à domicile que sont les SSIAD (aides-soignantes) sont également pris en considération dans cette analyse.

2.6 Les données qualitatives issues des entretiens semi-directifs

Ce premier niveau d'analyse, par juxtaposition d'éléments quantitatifs objectivés et qualitatifs (géographiques notamment) a été complété par les informations obtenues lors des entretiens qualitatifs semi-directifs menés à l'échelle des filières gérontologiques et des BSI, mais aussi auprès de professionnels ayant une vision régionale des problématiques (notamment les représentants des URPS médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens) ou une connaissance très fine des problématiques liées à la dépendance et à sa prise en charge.

Ainsi, des éléments-clés ont été intégrés pour affiner cette catégorisation, afin d'éclairer plus particulièrement les possibilités et enjeux du maintien à domicile, localement et notamment :

- la difficulté ou non à recruter et à fidéliser les aides à domiciles et auxiliaires de vie selon la dynamique économique des territoires ;
- les possibilités des populations locales à avoir recours à des services prestataires ou à des personnes financées de « gré à gré », en dehors ou en complément de l'APA, pour être aidées à domicile ;
- les habitudes de recours aux aides et aux soins des personnes âgées (exemple : territoires d'anciens agriculteurs qui consultent tardivement et refusent plus souvent de se faire aider à domicile) ;
- les possibilités d'avoir accès, en relative proximité, à des plateaux techniques hospitaliers complets et à des médecins spécialistes ;
- les contraintes liées à la modestie des revenus (voire à la précarité), qui peuvent plus ou moins peser sur les possibilités économiques des personnes pour adapter leur logement, pour se déplacer (coût des transports, d'une automobile...).

Si ces différents éléments sont difficiles à objectiver de manière quantitative et, par conséquent, impossibles à intégrer dans une analyse statistique de type ACP (méthode fréquemment utilisée pour élaborer des typologies), ils sont néanmoins réels et

appréhendables à travers l'expérience que les professionnels et experts en ont. Leur existence, leur importance et leur impact sur les parcours de vie et les parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont reconnus, mais leur pondération reste délicate bien que complémentaire aux éléments purement quantitatifs et notamment aux données d'offre.

L'objectif de cette étude, qualitative et prospective, étant d'établir une typologie croisant ces différents éléments, il est proposé une catégorisation des territoires qui pose un regard spécifique sur la question de la prise en charge de la dépendance, catégorisation qui pourra compléter, éclairer ou interroger les questions déjà posées par les typologies pré-existantes.

3 Typologie des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires d'Auvergne-Rhône-Alpes

À la croisée de ces différentes données, quantitatives et qualitatives, se dégagent quatre profils territoriaux (Cf. Carte n°4) :

➔ les territoires « critiques »

Ils se caractérisent par une part importante de personnes âgées de plus de 75 ans, un état de santé globalement peu favorable, des indicateurs de précarité (la précarité étant elle-même reliée à des états de santé plus dégradés) et des difficultés d'accès aux ressources (soins, mais aussi aides à domicile).

Parmi ces territoires « critiques », on distingue deux sous catégories :

- **Les territoires où il est plus facile (ou moins difficile) de recruter des personnels dans les SAAD**, notamment du fait d'une faible dynamique économique locale qui place les SAAD en tête des employeurs locaux. Ces territoires sont les suivants :

- BSI Yssingeaux
- BSI Puy -en-Velay
- BSI Vichy
- BSI Issoire
- FG Ardèche-Nord

- **Les territoires en difficultés, où il est de surcroît difficile de recruter dans les SAD**, ce qui peut encore fragiliser le maintien à domicile, dans des territoires où les personnes âgées sont par ailleurs très fragilisées (précarité, état de santé) :

- BSI Montluçon
- BSI Moulins
- BSI Aurillac
- FG Pays Roannais

Et qui peuvent en sus, se caractériser par une faiblesse démographique « absolue » (peu d'habitants sur le territoire) et une problématique de distances en rural :

- BSI Mauriac
- BSI Mont-Dore

Des pistes prioritaires émergent pour cette catégorie de territoires :

- Mieux répondre aux besoins des personnes âgées ayant un état de santé très dégradé en renforçant l'offre :

- SSIAD et IDEL pour le domicile et aussi places d'EHPAD
- places médicalisées pour les personnes en grande dépendance

et favoriser les projets de prévention, d'information de veille autour des personnes âgées dépendantes et précaires, notamment à partir des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

→ les territoires de « vigilance »

Ils se caractérisent par une démographie globale plus importante et un état de santé des personnes âgées globalement moins dégradé que sur les territoires « critiques ». Ces territoires sont néanmoins constitués de zones rurales avec des problématiques d'accessibilité géographique fortes, la présence de catégories socio-professionnelles fragiles, un manque de services de proximité et de professionnels de santé de premiers recours, des problématiques de transport et d'isolement, mais une bonne coopération des acteurs en présence.

Parmi ces territoires de « vigilance », on repère les Filières gériatriques et BSI suivants :

- BSI Ambert
- BSI Brioude
- BSI Saint-Flour
- BSI Thiers
- FG Montilienne
- FG Sud-Ardèche
- FG Ardèche Méridionale
- FG Drôme Nord
- FG Personnes âgées du Forez
- FG Vallée de l'Ondaine - Nord Haute-Loire
- FG Vallée du Gier

Des pistes prioritaires émergent pour cette catégorie de territoires :

- Mieux intégrer la problématique du coût des déplacements dans le financement des services à domicile.
- Développer des offres itinérantes, pour favoriser le maintien à domicile : accueil de jours, répit, aide aux aidants.
- Mieux intégrer les SAD dans les coordinations locales, soutenir les temps de coordination qui les impliquent.
- Tirer parti des bons partenariats locaux et développer les liens avec les « acteurs cachés » du territoire qui peuvent aider les personnes âgées dépendantes dans leurs parcours de prise en charge : collectivités locales (mairies, CCAS, CIAS...), notamment en matière de repérage, d'orientation et d'aide de premier niveau pour les personnes âgées dépendantes (aides au transport en local, avec « transport à la demande », par exemple).

→ les territoires intermédiaires

Il s'agit de territoires ayant une forte hétérogénéité socio-économique et géographique, qui comptent :

- des ville-centres sur la filière gérontologique (ou sur une filière gérontologique « mitoyenne »), offrant des ressources de soins riches (avec notamment des centres hospitaliers disposant de plateaux techniques complets en MCO) ;
- une offre sanitaire libérale de niveau équivalent à la région, ou supérieur ;
- mais aussi parfois des zones rurales ou urbaines plus pauvres en ressources et marquées par la précarité (quartiers en « politique de la ville » ou en « veille active », zones rurales et montagneuses avec d'importantes problématiques de distances et des populations parfois précaires) ;
- des difficultés de couverture sur certains points du territoire par les SSIAD et/ou les SAD, en lien avec des difficultés de recrutement de personnels (à relier avec la dynamique du bassin d'emploi local, qui offre des alternatives en termes d'emplois peu qualifiés).

Parmi ces territoires « intermédiaires », les filières gérontologiques et BSI suivants sont repérés :

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| → BSI Riom | → FG Région de Vienne |
| → FG Pays de l'Ain | → FG Haut Bugey |
| → FG Lyon-Nord | → FG Savoie-Belley |
| → FG Bassin de Valence | → FG Annecy-Rumilly |
| → FG Pays Voironnais | → FG Tarentaise |
| → FG Nord-Isère | |
| → FG Bassin de Saint-Étienne | |

Des pistes prioritaires émergent pour cette catégorie de territoires :

- Développer les moyens de faire rayonner l'offre en présence, globalement riche, des villes-centres, vers l'ensemble du territoire (transports, offres itinérantes, consultations avancées...)
- Renforcer les outils de repérage et d'aide aux personnes âgées dépendantes en situation de précarité, car malgré la richesse de l'offre des villes-centres, elles peuvent être concernées par de fortes difficultés quotidiennes et un non-recours à certaines aides et ce d'autant plus que dans certains cas, la prospérité des villes-centres peut contribuer à « invisibiliser » les publics précaires (ainsi à Annecy).

➔ les territoires « favorables »

Ils se caractérisent essentiellement par un état de santé globalement meilleur ou de niveau équivalent à la région, la présence de catégories socioprofessionnelles favorisées et très favorisées (ce qui n'exclut pas une « cohabitation, dans le même territoire, avec des publics précaires), une offre de ressources de même niveau ou meilleure que sur la région et, dans certains cas, une offre hospitalière de premier niveau.

Parmi ces territoires « favorables », il est distingué cependant deux sous-catégories :

- **Les territoires où les villes-centres particulièrement riches en ressources diverses et notamment hospitalières, rayonnent sur l'ensemble du territoire**, mais où on repère, du fait même de cette richesse, **des problématiques de concurrence** (SSIAD et IDEL, IDEL entre eux, SAD et services « prestataires ») qui ne contribuent pas à améliorer la lisibilité de l'offre pour les personnes âgées et leurs familles et ne sont pas toujours gage d'une qualité accrue. Enfin, ces territoires peuvent comprendre des populations en grandes difficultés (quartiers en politique de la ville ou en veille active), ou des zones très difficiles d'accès (rural et montagne) :

- BSI Clermont-Ferrand
- FG Rhône Nord
- FG Rhône Centre
- FG Rhône-Sud
- FG Grenoble Sud-Isère

Des pistes prioritaires émergent pour cette sous-catégorie de territoires « favorables » :

- Soutenir et développer les interventions des « acteurs cachés » du repérage des personnes âgées en fragilité : bailleurs sociaux, gardiens d'immeubles, mais aussi pharmacies de quartier etc.
- Améliorer l'aménagement urbain des grandes villes pour les rendre plus favorables à un bon maintien de l'autonomie (état des trottoirs, présence de toilettes publiques, éclairage, bancs, transports en communs adaptés aux personnes à mobilité réduite) : projets urbains des collectivités locales (Cf. Programme national de rénovation urbaine - PNRU) en lien avec l'adaptation du logement, l'accessibilité de la ville, l'intergénéralité des espaces publics.
- Faire évoluer la réglementation concernant l'intervention des prestataires privés à domicile afin de garantir les conditions d'une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes et d'éviter les « dérapages » de concurrence entre différents acteurs présents au domicile des personnes âgées.
- Faciliter le déploiement des ressources de soins et d'aide à domicile en rural éloigné.

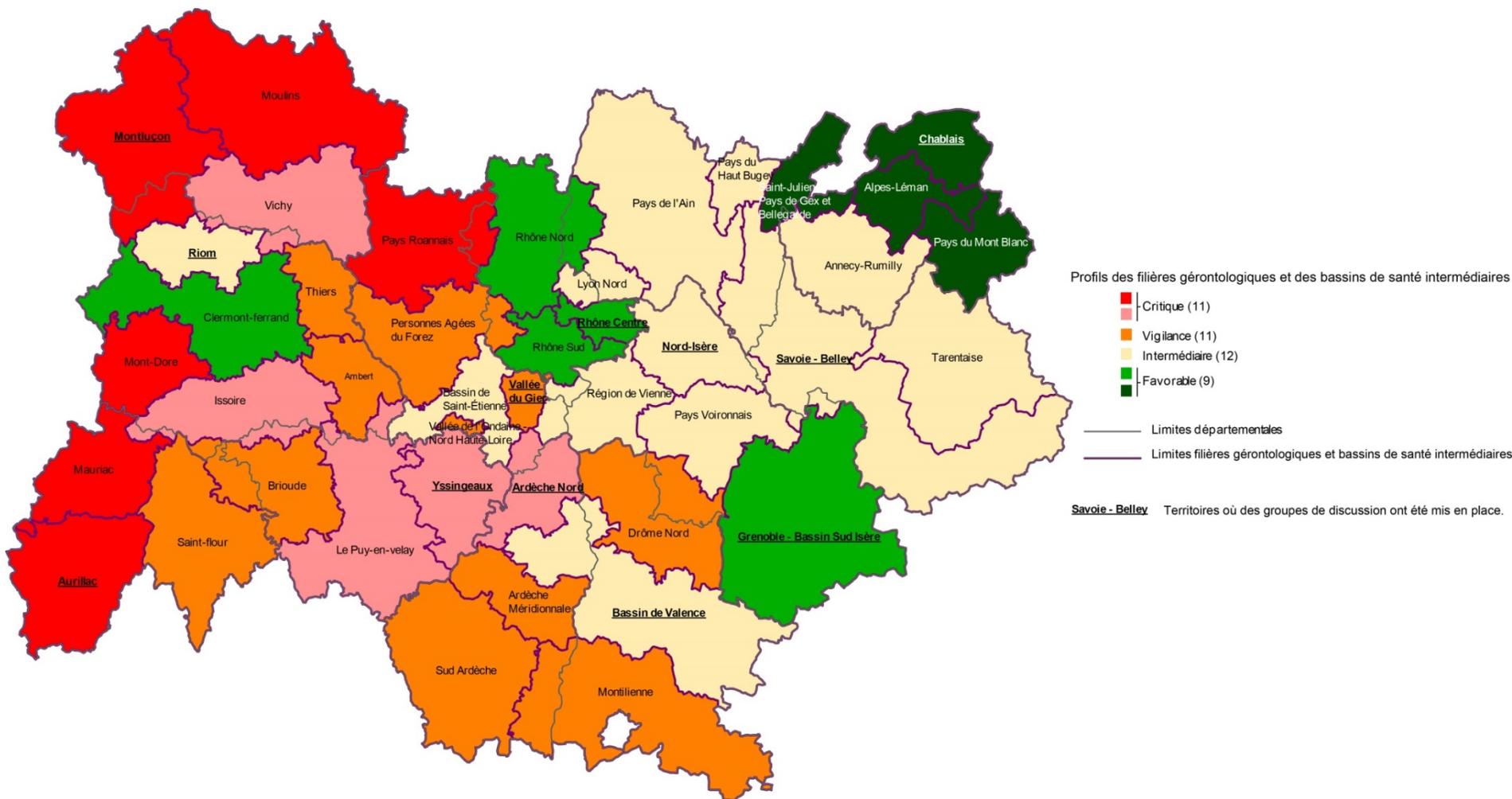
• **Les territoires qui comptent une large part de populations favorisées**, qui ont une **marge de manœuvre accrue pour être aidées à domicile** (recours aux services prestataires, aides financées « de gré à gré »...), mais qui sont à proximité d'une ville-centre qui « aspire » les ressources locales d'aide et de soins à domicile, car elle offre de meilleurs salaires (par exemple Genève) :

- FG Pays de Gex-Bellegarde
- FG Chablais
- FG Alpes-Léman
- FG Pays du Mont-Blanc

Des pistes prioritaires émergent pour cette sous-catégorie de territoires « favorables » :

- Renforcer ou maintenir l'attractivité de ces territoires pour les professionnels de santé en préservant les ressources hospitalières locales. En effet, l'attractivité de la Suisse et de Genève en particulier, est telle que la présence de médecins généralistes sur le territoire ne peut être « consolidée » par des seuls projets de MSP ou uniquement par la mise à disposition de locaux pour exercer (exercice regroupé ou non). La dynamique sanitaire globale du territoire est un enjeu important pour retenir ou attirer des médecins sur place.
- Renforcer l'attractivité du territoire pour les intervenants à domicile, en améliorant encore leurs conditions de travail, afin d'éviter ou de réduire la « fuite » vers la Suisse.
- Faciliter le déploiement des ressources d'intervention à domicile en prenant mieux en compte le coût de la vie et le coût des déplacements sur ces territoires.

Carte n°4 : Typologie des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires d’Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Annexe 1 : Tableaux synthétiques des données par territoire BSI et Filière gérontologique en Auvergne-Rhône-Alpes :

(sauf données qualitatives issues des entretiens)

1. Données géographiques et démographiques : effectifs et taux
2. Données socio-économiques
3. Taux de prévalence d’Affections longue durée (ALD) par motifs, taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
4. Taux de patients de 75 ans et plus hospitalisés par motif, taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
5. Offre sanitaire : densité de médecins généralistes et taux d’équipements pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus
6. Offre d’hébergements : taux d’équipements pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Légende :

Situation géographique

	Périurbain/urbain = accessibilité physique de l’offre favorisée
	Rural/périurbain = accessibilité physique de l’offre « mitigée »
	Rural/montagneux = accessibilité physique de l’offre aléatoire ou difficile

Situation socioéconomique

	Score de fragilité sociale assez homogène sur le territoire et favorable
	Score de fragilité sociale très hétérogène sur le territoire
	Score de fragilité sociale assez homogène sur le territoire et défavorable

État de santé

	Taux défavorable par rapport à la région
--	--

Offre sanitaire

	Taux défavorable par rapport à la région
--	--

Offre d’hébergements

	Taux défavorable par rapport à la région
--	--

1. Données géographiques et démographiques : effectifs et taux

[Source : Insee, RP 2013]

Nom du territoire	Situation géographique	75 ans et plus	80 ans et plus	Part des 75 ans et plus
BSI Ambert	rural montagneux (Ambert)	3 218	2 054	13,8 %
BSI Aurillac	rural (Aurillac)	10 765	6 822	13,0 %
BSI Brioude	rural (Brioude)	4 802	3 045	13,8 %
BSI Clermont-Ferrand	urbain + périurbain (Clermont-Ferrand)	37 258	23 337	9,0 %
BSI Issoire	rural (Issoire)	7 221	4 359	11,5 %
BSI Le Puy en Velay	rural (Puy en Velay)	12 482	7 947	12,2 %
BSI Mauriac	rural montagneux (Mauriac)	4 765	2 999	17,0 %
BSI Mont-Dore	rural montagneux - (Mont-Dore)	2 787	1 807	13,8 %
BSI Montluçon	rural de plaine (Montluçon)	16 907	10 530	13,7 %
BSI Moulins	rural de plaine (Moulins)	14 330	9 204	12,5 %
BSI Riom	rural montagneux + plaine (Riom)	6 532	4 031	9,6 %
BSI Saint-Flour	rural montagneux (Saint-Flour)	4 420	2 810	13,8 %
BSI Thiers	rural montagneux (Thiers)	4 673	2 848	11,3 %
BSI Vichy	rural de plaine (Vichy)	16 792	10 944	13,5 %
BSI Yssingaux	périurbain (Yssingaux)	8 240	5 014	9,5 %
FG Anancy-Rumilly	montagneux (Anancy)	23 778	14 886	8,0 %
FG Ardèche Nord	rural (Annonay)	7 643	4 751	10,4 %
FG Sud Ardèche	rural (Aubenas)	13 123	8 484	13,4 %
FG Pays de l'Ain	rural + périurbain (Bourg-en-Bresse)	26 916	17 025	9,0 %
FG Nord-Isère	périurbain Est de Lyon (Bourgoin-Jallieu)	17 689	10 693	6,6 %
FG Savoie-Belley	rural montagneux (Aix les bains)	33 062	20 689	9,4 %
FG Alpes-Léman	montagneux (Annemasse)	11 436	7 056	6,0 %
FG Grenoble - Bassin Sud Isère	urbain, périurbain et montagneux (Grenoble)	49 557	30 600	8,4 %
FG Lyon Nord	Urbain, Périurbain hors Lyon (Caluire-et-Cuire)	18 048	10 982	8,5 %
FG Rhône Centre	urbain (Lyon+agglo)	81 719	51 636	7,7 %
FG Vallée de l'Ondaine - Nord Haute-Loire	rural et périurbain (Firminy)	5 836	3 684	12,8 %
FG Drôme Nord	rural montagneux (Romans-sur-Isère)	16 808	10 603	9,8 %
FG Chablais	montagneux (Thonon-les-Bains)	10 467	6 351	7,6 %
FG Pays du Mont Blanc	montagneux (Cluses)	7 814	4 648	7,6 %
FG Personnes âgées du Forez	rural (Montbrison)	12 452	7 728	9,7 %
FG Montilienne	rural (Pierrelatte)	18 491	11 391	10,2 %
FG Pays du Haut Bugey	rural + urbain (Oyonnax)	4 069	2 497	7,1 %
FG Vallée du Gier	rural et périurbain (Saint-Chamond)	8 736	5 402	9,5 %
FG Rhône Sud	périurbain (Oullins)	24 036	14 854	8,2 %
FG Pays Roannais	rural (Roanne)	20 882	13 187	12,3 %
FG Bassin de Saint-Etienne	urbain, périurbain et rural (Saint-Etienne)	35 561	22 350	10,7 %
FG Pays de Gex et Bellegarde	montagneux rural (Bellegarde)	7 677	4 641	5,3 %
FG Bassin de Valence	rural et périurbain (Valence)	26 189	16 114	9,7 %
FG Région de Vienne	rural et périurbain (Vienne)	17 248	10 859	8,6 %
FG Rhône Nord	périurbain et rural (Villefranche)	22 402	14 023	7,9 %
FG Pays Voironnais	rural et périurbain (Voiron)	14 105	8 783	8,3 %
FG Ardèche Méridionale	rural (Privas)	6 225	4 016	10,6 %
FG Tarentaise	rural montagneux (Albertville)	9 684	5 981	8,3 %
Auvergne-Rhône-Alpes		668 608	416 294	9,1 %

2. Données socio-économiques

[Sources : Insee, RP 2013, Carsat Auvergne et Rhône-Alpes- Année 2015]

Nom du territoire	Part des ménages composés d'une personne de 80 ans et plus vivant seule	Part des 80 ans et plus vivant dans un logement ordinaire	Score de fragilité social
BSI Ambert	64,1 %	79,5 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Aurillac	58,0 %	82,1 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Brioude	56,6 %	82,1 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Clermont-Ferrand	63,8 %	83,8 %	Situation hétérogène
BSI Issoire	61,5 %	89,2 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Le Puy en Velay	59,5 %	77,8 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Mauriac	57,3 %	79,3 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Mont-Dore	59,9 %	84,0 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Montluçon	64,7 %	87,4 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Moulins	64,1 %	84,0 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Riom	63,0 %	80,6 %	Situation hétérogène
BSI Saint-Flour	63,1 %	79,7 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Thiers	62,9 %	91,2 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Vichy	64,0 %	84,1 %	Situation homogène (assez défavorable)
BSI Yssingeaux	59,2 %	79,6 %	Situation homogène (assez défavorable)
FG Ancey-Rumilly	61,6 %	86,6 %	Situation homogène (favorable)
FG Ardèche Nord	61,6 %	79,4 %	Situation hétérogène
FG Sud Ardèche	58,5 %	77,7 %	Situation hétérogène
FG Pays de l'Ain	60,9 %	82,4 %	Situation hétérogène
FG Nord-Isère	59,8 %	86,4 %	Situation hétérogène
FG Savoie-Belley	61,4 %	87,2 %	Situation hétérogène
FG Alpes-Léman	62,7 %	86,2 %	Situation hétérogène
FG Grenoble - Bassin Sud Isère	61,8 %	91,0 %	Situation hétérogène
FG Lyon Nord	61,8 %	83,4 %	Situation homogène (favorable)
FG Rhône Centre	64,5 %	87,9 %	Situation homogène (favorable)
FG Vallée de l'Ondaine - Nord Haute-Loire	64,4 %	84,7 %	Situation hétérogène
FG Drôme Nord	59,7 %	86,2 %	Situation hétérogène
FG Chablais	62,8 %	85,7 %	Situation hétérogène
FG Pays du Mont Blanc	59,6 %	88,5 %	Situation hétérogène
FG Personnes âgées du Forez	63,1 %	84,9 %	Situation hétérogène
FG Montlienne	57,5 %	84,8 %	Situation hétérogène
FG Pays du Haut Bugey	59,5 %	88,9 %	Situation hétérogène
FG Vallée du Gier	63,7 %	83,5 %	Situation hétérogène
FG Rhône Sud	59,7 %	84,1 %	Situation hétérogène
FG Pays Roannais	63,5 %	82,0 %	Situation hétérogène
FG Bassin de Saint-Etienne	63,8 %	82,8 %	Situation hétérogène
FG Pays de Gex et Bellegarde	57,8 %	81,1 %	Situation hétérogène
FG Bassin de Valence	61,1 %	86,6 %	Situation hétérogène
FG Région de Vienne	60,8 %	86,0 %	Situation hétérogène
FG Rhône Nord	61,2 %	83,6 %	Situation hétérogène
FG Pays Voironnais	60,4 %	83,6 %	Situation hétérogène
FG Ardèche Méridionale	56,6 %	78,5 %	Situation hétérogène
FG Tarentaise	61,4 %	87,4 %	Situation hétérogène
Auvergne Rhône-Alpes	61,9 %	85,0 %	

3. Taux de prévalence d’Affection Longue Durée (ALD) par motifs, taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

[Sources : Cnamts, RSI, CCMSA – Année 2014]

Nom du territoire	ALD Alzheimer	ALD Affections psy. de longue durée	ALD Cancer	ALD Parkinson
BSI Ambert	50,3	54,8	134,6	21,7
BSI Aurillac	54,5	34,2	142,8	16,9
BSI Brioude	49,3	36,7	127,5	14,6
BSI Clermont-Ferrand	58,9	45,3	145,2	13,2
BSI Issoire	47,3	53,1	133,8	9,5
BSI Le Puy en Velay	64,8	49,0	127,9	11,7
BSI Mauriac	52,7	36,3	126,5	15,8
BSI Mont-Dore	49,9	39,3	112,3	10,9
BSI Montluçon	49,9	37,5	157,0	16,1
BSI Moulins	47,8	38,8	139,7	14,7
BSI Riom	55,3	41,8	140,8	15,9
BSI Saint-Flour	49,7	27,1	116,9	14,8
BSI Thiers	51,8	48,6	150,6	15,2
BSI Vichy	57,1	33,9	162,2	14,7
BSI Yssingeaux	69,8	42,6	137,4	15,6
FG Ancey-Rumilly	65,4	20,0	141,0	14,2
FG Ardèche Nord	56,4	33,4	124,7	16,9
FG Sud Ardèche	43,1	22,4	109,1	12,6
FG Pays de l’Ain	57,7	32,6	152,7	13,3
FG Nord-Isère	66,8	34,5	160,3	14,6
FG Savoie-Belley	51,5	25,8	132,1	13,7
FG Alpes-Léman	59,0	28,3	125,5	15,7
FG Grenoble - Bassin Sud Isère	53,2	30,2	140,5	13,3
FG Lyon Nord	56,7	22,0	127,3	14,7
FG Rhône Centre	51,5	28,2	123,5	16,4
FG Vallée de l’Ondaine - Nord Haute-Loire	45,4	25,0	143,2	13,5
FG Drôme Nord	54,3	32,5	130,4	16,8
FG Chablais	51,4	20,9	145,7	12,3
FG Pays du Mont Blanc	50,2	21,0	145,6	15,4
FG Personnes âgées du Forez	63,7	23,5	119,5	17,0
FG Montilienne	52,8	29,0	144,0	14,2
FG Pays du Haut Bugey	49,9	21,6	147,7	12,5
FG Vallée du Gier	62,0	23,7	131,4	16,6
FG Rhône Sud	58,3	25,4	121,5	16,2
FG Pays Roannais	61,4	20,7	137,3	20,9
FG Bassin de Saint-Etienne	62,2	28,2	118,9	15,1
FG Pays de Gex et Bellegarde	37,9	17,2	113,1	10,8
FG Bassin de Valence	63,0	35,3	131,8	16,4
FG Région de Vienne	58,9	23,9	141,2	15,6
FG Rhône Nord	59,5	27,8	138,8	17,1
FG Pays Voironnais	54,7	35,6	149,2	14,9
FG Ardèche Méridionale	68,5	57,0	128,4	17,3
FG Tarentaise	58,1	23,1	132,6	12,7
Auvergne Rhône-Alpes	56,3	30,8	135,6	15,1

4. Taux de patients de 75 ans et plus hospitalisés par motif, taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

[Source : PMSI MCO – Année 2015]

Nom du territoire	Patients hospitalisés pour AVC	Patients hospitalisés pour fracture du col du fémur
BSI Ambert	11,9	12,5
BSI Aurillac	12,9	13,2
BSI Brioude	12,9	10,9
BSI Clermont-Ferrand	13,1	11,9
BSI Issoire	13,8	9,0
BSI Le Puy en Velay	10,3	13,1
BSI Mauriac	13,4	15,3
BSI Mont-Dore	16,9	14,5
BSI Montluçon	11,7	10,6
BSI Moulins	13,5	11,8
BSI Riom	14,3	13,1
BSI Saint-Flour	13,3	11,2
BSI Thiers	10,5	10,5
BSI Vichy	15,4	12,4
BSI Yssingeaux	14,0	12,6
FG Anancy-Rumilly	12,8	10,4
FG Ardèche Nord	15,3	13,2
FG Sud Ardèche	11,2	15,9
FG Pays de l'Ain	14,3	13,1
FG Nord-Isère	14,4	12,1
FG Savoie-Belley	14,2	13,0
FG Alpes-Léman	10,3	13,5
FG Grenoble - Bassin Sud Isère	14,6	14,5
FG Lyon Nord	14,5	11,3
FG Rhône Centre	14,8	13,1
FG Vallée de l'Ondaine - Nord Haute-Loire	9,8	13,0
FG Drôme Nord	11,2	12,8
FG Chablais	10,9	13,9
FG Pays du Mont Blanc	10,6	13,6
FG Personnes âgées du Forez	12,6	13,6
FG Montilienne	11,6	12,5
FG Pays du Haut Bugey	13,8	12,3
FG Vallée du Gier	12,7	13,6
FG Rhône Sud	13,4	11,8
FG Pays Roannais	13,8	9,8
FG Bassin de Saint-Etienne	13,3	12,8
FG Pays de Gex et Bellegarde	10,9	10,7
FG Bassin de Valence	11,8	13,2
FG Région de Vienne	13,3	12,5
FG Rhône Nord	13,2	10,9
FG Pays Voironnais	14,5	15,6
FG Ardèche Méridionale	9,7	15,5
FG Tarentaise	14,0	15,1
Auvergne Rhône-Alpes	13,3	12,7

5. Offre sanitaire : densité médecin généraliste et taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Nom du territoire	Densité de médecins généralistes	Établissements offrant des lits de médecine en hospitalisation complète ou partielle	USLD	SSIAD
BSI Ambert	5,6	16,5	12,4	31,4
BSI Aurillac	7,4	30,7	4,5	18,2
BSI Brioude	6,0	16,2	12,5	32,3
BSI Clermont-Ferrand	11,3	27,4	6,5	13,6
BSI Issoire	8,2	6,9	4,0	23,5
BSI Le Puy en Velay	8,0	21,1	7,6	11,5
BSI Mauriac	5,7	13,6	8,8	25,6
BSI Mont-Dore	9,7	7,2	10,8	36,6
BSI Montluçon	6,6	22,1	5,9	10,1
BSI Moulins	6,6	20,5	5,6	35,7
BSI Riom	9,8	25,1	0,0	24,0
BSI Saint-Flour	7,0	24,0	14,7	27,8
BSI Thiers	5,3	11,6	6,4	20,8
BSI Vichy	6,6	15,3	6,8	8,5
BSI Yssingeaux	9,0	5,0	3,6	21,0
FG Ancey-Rumilly	14,2	21,1	5,3	16,0
FG Ardèche Nord	8,1	23,9	0,0	16,6
FG Sud Ardèche	6,8	17,2	5,7	15,0
FG Pays de l'Ain	8,6	17,0	5,6	18,5
FG Nord-Isère	13,1	19,0	8,8	18,1
FG Savoie-Belley	11,4	25,2	3,4	18,8
FG Alpes-Léman	13,9	28,9	7,0	20,8
FG Grenoble - Bassin Sud Isère	13,1	25,0	4,8	17,7
FG Lyon Nord	9,9	8,6	8,0	12,9
FG Rhône Centre	13,9	38,8	7,5	14,2
FG Vallée de l'Onsaine - Nord Haute-Loire	7,0	25,4	25,7	15,9
FG Drôme Nord	8,0	13,7	0,0	17,2
FG Chablais	11,0	22,4	2,9	18,6
FG Pays du Mont Blanc	14,3	33,0	5,1	13,4
FG Personnes âgées du Forez	7,3	16,9	0,0	23,5
FG Montilienne	8,7	16,2	5,3	18,9
FG Pays du Haut Bugey	9,6	18,4	8,6	19,2
FG Vallée du Gier	8,9	15,3	0,0	12,0
FG Rhône Sud	11,1	30,5	1,2	16,8
FG Pays Roannais	6,2	14,0	5,7	19,3
FG Bassin de Saint-Etienne	10,1	25,8	7,6	16,2
FG Pays de Gex et Bellegarde	12,1	14,7	7,8	17,7
FG Bassin de Valence	10,6	21,7	4,1	17,9
FG Région de Vienne	9,5	17,2	0,0	14,8
FG Rhône Nord	10,3	25,7	5,9	23,2
FG Pays Voironnais	15,5	12,8	10,7	23,3
FG Ardèche Méridionale	8,4	16,2	9,6	19,8
FG Tarentaise	13,8	14,6	6,2	14,7
Auvergne Rhône-Alpes	10,3	22,8	5,7	17,5

6. Offre hébergement : taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Nom du territoire	Taux équipement hébergement médicalisé	Taux équipement hébergement non médicalisé
BSI Ambert	144,2	12,1
BSI Aurillac	139,0	5,0
BSI Brioude	106,6	9,2
BSI Clermont-Ferrand	125,3	6,6
BSI Issoire	82,4	12,5
BSI Le Puy en Velay	151,8	3,0
BSI Mauriac	126,6	17,6
BSI Mont-Dore	120,9	8,3
BSI Montluçon	86,1	12,6
BSI Moulins	112,2	12,4
BSI Riom	158,0	8,6
BSI Saint-Flour	147,5	2,3
BSI Thiers	77,5	12,4
BSI Vichy	129,6	8,9
BSI Yssingaux	155,5	2,1
FG Anancy-Rumilly	101,1	1,6
FG Ardèche Nord	154,5	28,9
FG Sud Ardèche	181,2	15,8
FG Pays de l'Ain	123,7	27,9
FG Nord-Isère	105,0	9,2
FG Savoie-Belley	113,0	4,2
FG Alpes-Léman	102,0	5,0
FG Grenoble - Bassin Sud Isère	79,7	15,6
FG Lyon Nord	103,9	23,2
FG Rhône Centre	107,0	9,0
FG Vallée de l'Ondaine - Nord Haute-Loire	108,8	10,3
FG Drôme Nord	119,8	9,0
FG Chablais	112,8	1,1
FG Pays du Mont Blanc	93,4	5,9
FG Personnes âgées du Forez	105,5	32,5
FG Montilienne	112,5	10,4
FG Pays du Haut Bugey	92,9	24,1
FG Vallée du Gier	120,9	0,0
FG Rhône Sud	116,8	7,9
FG Pays Roannais	129,0	18,3
FG Bassin de Saint-Etienne	142,7	3,2
FG Pays de Gex et Bellegarde	115,7	14,7
FG Bassin de Valence	110,5	6,1
FG Région de Vienne	98,9	10,2
FG Rhône Nord	142,7	14,5
FG Pays Voironnais	124,1	22,3
FG Ardèche Méridionale	153,7	2,6
FG Tarentaise	100,1	22,1
Auvergne Rhône-Alpes	116,1	11,0

Annexe 2 : Liste des sigles

ADAG	Association d'action et de réflexion gérontologique de l'Ain
ADAPEI	Association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales
AMI	Acte médico-infirmier
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
BSI	Bassin de santé intermédiaire
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
<i>CATTP</i>	<i>Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel</i>
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CMP	Centre médico-psychologique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ESA	Équipe spécialisée Alzheimer
ESP	Équipe de soins primaires
GIR	Groupe iso-ressources
HAD	Hospitalisation à domicile
IDEL	Infirmier diplômé d'état libéral
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA/PH	Personne âgée/Personne handicapée
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PMND	Plan maladies neuro-dégénératives
PTA	Plateforme territoriale d'appui
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SDF	Sans domicile fixe
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UCC	Unité comportementale et cognitive
UHR	Unité d'hospitalisation renforcée
USLD	Unité de soins de longue durée