



EHESP

DESSMS

Promotion : **2012-2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**EHPAD et domicile : une nécessaire
complémentarité. L'exemple de
l'EHPAD de Biscarrosse**

JOSLET Marine

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Jean-Louis GIRARD, directeur de l'EHPAD de Biscarrosse aux côtés duquel j'ai pu découvrir et apprendre le métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, tant dans sa mission de gestion quotidienne d'un établissement que dans sa dimension stratégique avec une politique dynamique de développement.

Je lui suis reconnaissante pour sa disponibilité tout au long de ce stage de professionnalisation de huit mois et son partage de connaissances et d'expériences quant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Je remercie aussi l'ensemble des personnels de l'EHPAD dont Mesdames SABY (cadre de santé), LIBOURNET et LAMBROT (adjoints des cadres), OLIVERA (psychologue du «Pôle hébergement») et Monsieur GUIGON (médecin coordonnateur) pour leur écoute, leur attention et leurs apports à travers de riches échanges qui m'ont permis d'avoir une approche pratique des enjeux de la prise en soins de la population âgée dépendante, notamment lors des réunions d'instances ou des groupes de travail pour l'évaluation interne.

Merci à l'équipe du «Pôle Domicile», en particulier Mesdames CAPDEPUY (Coordonnateur de santé en gériatrie, IDE référente du «Pôle Domicile»), JUNCQUA (IDE coordinatrice du SSIAD), BRUNO (psychologue), FUZEAUX (art-thérapeute) pour leur motivation, leur investissement et leurs explications quant à la pertinence de développer des services tournés vers le domicile de la personne.

Enfin, j'ai perçu l'importance de prendre en compte les caractéristiques du territoire d'intervention dans lequel on se situe, et la nécessité de se tenir informer des besoins de la population et des orientations des politiques médico-sociales en vue d'adapter l'offre de sa structure. La rencontre des tutelles (ARS, Conseil Général), d'autres directeurs d'établissements et d'acteurs locaux tels que le CCAS ou le CIAS a été très instructive.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Le nécessaire développement de la prise en charge à domicile : le rôle central de l'EHPAD	7
1.1 Les évolutions démographiques, économiques, juridiques et sociétales justifiant le développement de la prise en charge à domicile	7
1.1.1 Un vieillissement de la population accentué	7
1.1.2 Un contexte économique et financier contraint.....	10
1.1.3 Des politiques favorables à la prise en charge à domicile	12
1.1.4 Une évolution des mœurs à prendre en compte.....	14
1.2 Un exemple au niveau local : l'EHPAD de Biscarrosse, moteur dans le développement de la prise en charge à domicile dans le Nord des Landes	17
1.2.1 Un territoire de santé rural et vieillissant.....	17
1.2.2 Le développement de modes innovants de prise en charge à domicile à Biscarrosse	19
2 L'expérience positive d'un EHPAD impliqué dans le développement de la prise en charge à domicile	28
2.1 Retour d'expérience à l'EHPAD de Biscarrosse : entre opportunités et limites....	28
2.1.1 Une adaptation positive de l'offre de prise en charge	28
2.1.2 Des résultats inscrits dans la moyenne nationale	35
2.1.3 Des contraintes de gestion budgétaire et organisationnelle	38
2.2 Le maintien à domicile, une prise en charge souhaitable à renforcer et pérenniser dans l'avenir.....	42
2.2.1 Formulation de préconisations pour l'EHPAD de Biscarrosse	42
2.2.2 Les possibilités d'amélioration au niveau national	44
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	53
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AJA :	accueil de jour Alzheimer (Accueil de jour thérapeutique de Biscarrosse)
AGGIR :	grille «Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources»
APA :	allocation personnalisée d'autonomie
ARS :	agence régionale de santé
ASPAM :	réseau d'accompagnement des soins palliatifs de l'Adour et du Marsan
CAPD :	commission administrative paritaire départementale
CAPL :	commission administrative paritaire locale
CCAS :	centre communal d'actions sociales
CH :	centre hospitalier
CHSCT :	comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail
CIAS :	centre intercommunal d'actions sociales
CLIC :	centre local d'information et de coordination
CNIL :	commission nationale pour l'information et les libertés
CNSA :	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CTE :	comité technique d'établissement
CVS :	conseil de la vie sociale
DGCS :	direction générale de la cohésion sociale
DRESS :	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA :	équipe spécialisée Alzheimer
GCSMS :	groupement de coopération sociale et médico-sociale
HAD :	hospitalisation à domicile
HT :	hébergement temporaire
INSEE :	institut national de la statistique et des études économiques
MAIA :	maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
OCDE :	organisation de coopération et de développement économiques
ONDAM :	objectif national dépenses d'assurance maladie
PAR :	plate-forme d'accompagnement et de répit
PASA :	pôle d'activités et de soins adaptés
PIB :	produit intérieur brut
PRIAC :	programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SIVU :	syndicat intercommunal à vocation unique
SROSM :	schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD :	service de soins infirmiers à domicile

Introduction

Le 25 janvier 2013, le Président de la République François Hollande déclare que la réforme de la dépendance des personnes âgées « sera prête d'ici à la fin de l'année ». Les rapports Aquino¹, Broussy² et Pinville³ ont ensuite été rendus au 1er Ministre au mois de mars, en vue de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Cette loi retient une vision globale de la dépendance et a pour vocation de mettre en place une réforme de société impliquant toutes les dimensions de la prise en compte de l'avancée en âge et reposant sur trois principes : l'anticipation, l'adaptation de notre société et l'accompagnement. L'esprit de ce projet de loi est de repenser les politiques publiques (sanitaire, sociale, médico-sociale, urbanisme, logement, transports...) en insistant sur une approche transversale et interministérielle de la problématique du vieillissement de la population. Cette loi d'adaptation de la société au vieillissement montre que la prise en charge des personnes âgées est toujours au cœur des agendas politiques en France et reste un défi majeur au plan financier et organisationnel.

En effet, de nombreux rapports ont été rédigés sur le thème de la dépendance afin d'anticiper le vieillissement à venir de la population, tels que le Rapport Laroque en 1962, le « Plan Solidarité Grand Âge » en 2006, le « Plan national Bien Vieillir - 2007/2011 », le rapport « Vivre chez soi-Autonomie, inclusion, projet de vie » en 2010, le « Débat national sur la dépendance » en 2011, ou encore le « Plan Alzheimer 2008/2012 ». Ces travaux tentent de formuler des solutions adaptées aux besoins et souhaits des personnes âgées dépendantes, en tenant compte d'un contexte budgétaire contraint et des évolutions démographiques.

En France, d'après une enquête de la CNSA⁴, de 2010 à 2060, la population augmenterait de 16% passant de 64 à 73,6 million. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions, soit plus de 12% de la population française (contre 5% aujourd'hui). Actuellement, les personnes âgées de 60 ans et plus sont 15 millions ; ils seront 20 millions en 2030, et près de 24 millions en 2060. De plus, aujourd'hui, en termes d'offre de prise en charge en institution, 54% des places pour personnes âgées dépendantes sont dans des établissements publics, 28% dans des

¹ Rapport AQUINO J-P., mars 2013, « Anticiper pour une autonomie préserver : un enjeu de société »

² Rapport BROUSSY L., mars 2013, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO ! »

³ PINVILLE M., mars 2013, « Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales »

⁴ Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie

établissements privés à but non lucratif et 18% dans des établissements privés à but lucratif .

Il convient de préciser que des comparaisons internationales sont régulièrement incluses dans les rapports, afin d'observer les différentes politiques menées face à un vieillissement global de la population occidentale. Ainsi, cette évolution démographique, qui va se renforcer dans l'avenir, n'est pas spécifique à la France ; cependant, selon Martine Pinville, « aucun autre pays n'a vraiment pris en compte dans des politiques transversales et cohérentes cette révolution de l'avancée en âge. La France doit jouer un rôle pionnier en la matière ».

Aujourd'hui, en fonction des pays, les réponses sont diverses et souvent liées à des raisons culturelles, telles que l'articulation entre l'État, la famille et le marché, et les relations entre les échelons locaux et nationaux. Toutefois, en moyenne « l'effort public dédié à la dépendance dans les pays de l'OCDE⁵ représente 1,2% du PIB⁶», et la France y consacre environ 1,7 % du PIB (dans la plupart des pays de l'OCDE, le financement public est largement prédominant). Si certains pays « précurseurs », comme le Danemark, la Suède ou les Pays-Bas, disposent de systèmes de prise en charge des personnes dépendantes depuis la fin des années 1960, la plupart des autres pays ne s'en sont dotés qu'au cours des années 1990. Beaucoup de réformes sont régulièrement mises en œuvre, et malgré la diversité des systèmes, il est possible d'observer des tendances convergentes, telles que les objectifs de maîtrise des dépenses et de satisfaction des besoins de la population vieillissante.

Ainsi, l'ensemble des systèmes de prise en charge doit faire face à deux défis majeurs. Tout d'abord, il s'agira d'un défi financier, en conciliant la maîtrise des dépenses publiques avec les exigences de protection auxquelles aspirent les personnes âgées en perte d'autonomie. Ensuite, un défi organisationnel se posera, puisqu'il faudra permettre une meilleure couverture des besoins des personnes âgées dépendantes, en leur assurant une prise en charge de qualité, selon leurs souhaits, soit à domicile, soit dans une structure adaptée, notamment par un soutien aux différents intervenants (professionnels ou familiaux).

Dans la majorité des pays de l'OCDE, des types de prise en charge alternatives à l'hébergement classique en institution se développent, telles que le maintien à domicile, qui est un objectif prioritaire en matière d'accompagnement des personnes âgées, compte

⁵ Organisation de coopération et de développement économiques

⁶ Produit intérieur brut

tenu du coût et des souhaits de la population. En effet, 80 % des citoyens européens déclarent préférer être pris en charge à domicile s'ils devenaient dépendants, et en France, la majorité des plus de 65 ans estiment que le maintien à domicile reste la meilleure prise en charge en raison de la « vie agréable » (pour 75%) et du « traitement de qualité » (pour 62%)⁷.

Ainsi, le « maintien à domicile » serait à privilégier, puisque dans des contextes nationaux étant marqués par de fortes contraintes budgétaires, la prise en charge dans un établissement d'accueil spécialisé apparaîtrait plus coûteuse. La prise en charge à domicile renvoie donc à des préférences collectives partagées par les pouvoirs publics et les individus : vivre chez soi « le plus longtemps possible » est une visée majeure affichée. Cependant, si le développement des services à domicile est une orientation partagée par les pays occidentaux, avec un effort de politiques de structuration de l'offre à domicile, d'adaptation des logements, de diversification des lieux de vie et de soutien aux aidants familiaux, les « formules » proposées varient en fonction des acteurs responsables du financement et de l'organisation.

Le maintien à domicile correspond à des situations très hétérogènes en fonction des États. En effet, l'offre de services à domicile et de formes alternatives à l'institution est plus ou moins développée, et l'intégration de ces services est plus ou moins marquée, ce qui traduit des choix de politiques d'accompagnement distincts selon les pays.

Par exemple, au Danemark, le maintien à domicile est organisé collectivement et intégré à une démarche d'ensemble. C'est le résultat d'un fort engagement politique, qui repose sur une offre très structurée de services à domicile, dont le financement et l'organisation incombent aux municipalités. Le rôle joué par les pouvoirs publics est majeur et la famille n'est pas censée s'occuper de son proche dépendant.

En revanche, en Italie, le maintien à domicile est organisé par les familles, qui font souvent appel à des travailleurs immigrés. Le système de prise en charge s'articule autour d'une prestation nationale et d'offres de services minimaux proposés par les municipalités. L'entrée en institution est généralement envisagée comme une solution de tout dernier recours, lorsque la personne âgée ne bénéficie d'aucune aide informelle (veuve ou non mariée et sans enfant), ou lorsque le niveau de dépendance et les besoins de soins sont trop élevés.

Par conséquent, différents systèmes d'accompagnement de la dépendance existent en Europe, mais la coordination des acteurs du domicile, en vue d'un parcours fluidifié et cohérent de la personne âgée et la prévention de la perte d'autonomie, sont des enjeux communs.

⁷ FHF, 2009, « La prise en charge des personnes âgées : un enjeu crucial pour les français »

A travers sa dernière orientation politique, la France affirme vouloir adopter une vision transversale et globale, pour faire face au vieillissement de la population et donc à l'accentuation de la dépendance. En effet, comme l'explique le Rapport Pinville, les « politiques de l'âge sont encore trop ciblées et sectorisées », et la France peut jouer un « rôle pionnier », en mettant en place une politique interministérielle traitant de l'ensemble des dimensions de l'action publique (la santé, l'emploi, le logement, la ville, l'égalité, les territoires, le tourisme, l'économie, la décentralisation...) pour accompagner de manière pertinente « l'avancée en âge ».

De plus, la circulaire budgétaire 2013⁸ souligne « l'effort budgétaire consenti en faveur du secteur médico-social (avec un ONDAM médico-social qui progresse, en 2013, de 4%), traduisant la priorité donnée par le Gouvernement à la qualité de la prise en charge des personnes âgées - et handicapées - et à la poursuite du développement et de la diversification de l'offre, en application des plans gouvernementaux ».

Le rapport Broussy précise que « le maintien à domicile doit devenir (enfin) une véritable priorité nationale assumée », et que les pouvoirs publics se concentrent depuis une quinzaine d'années sur les établissements en général, et les EHPAD⁹ en particulier.

En ce sens, le rôle des EHPAD peut être central, notamment dans la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Ces établissements connaissent les enjeux de la prise en charge de cette population, et au-delà du simple adossement d'un SSIAD et de la préparation en amont d'une entrée en institution, l'EHPAD peut avoir un rôle d'impulsion et d'orientation concernant le maintien à domicile.

En effet, l'EHPAD a la possibilité de jouer un rôle moteur dans le développement de « services tournés vers le domicile ». Il convient d'entendre ces « services tournés vers le domicile » de manière assez large, c'est-à-dire tout service présentant une alternative à l'hébergement classique en institution : SSIAD¹⁰, hébergement temporaire, accueil de jour, plate-forme d'accompagnement et de répit...

Ces services semblent permettre de répondre aux besoins et souhaits de la population, non seulement pour l'utilisateur qui reste au domicile en évitant une entrée en institution, mais aussi pour l'aidant qui bénéficie de temps de répit.

⁸ Circulaire n°DGCS/5C/DSS/CNSA/2013/106 du 15 mars 2013 relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

⁹ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

¹⁰ Service de soins infirmiers à domicile

Ainsi, il paraît intéressant de s'interroger sur les ressources et les limites dont dispose l'EHPAD pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes à domicile. Cette place essentielle qu'occuperait l'EHPAD dans la prise en charge à domicile peut apparaître surprenante, voire hors de ses missions traditionnelles (prise en charge de qualité en institution), toutefois il est indispensable aujourd'hui de prendre en compte les évolutions des besoins et les souhaits de la population, les orientations politiques et le contexte économique et financier.

Par conséquent, le développement de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes implique l'action de nombreux acteurs qui doivent se coordonner (hospitalisation à domicile, soins à domicile, maintien à domicile : établissements publics, associations à but non lucratif, personnels libéraux et structures privées...). Si une collaboration effective de ces acteurs parvient à se mettre en place, le maintien au domicile semble être une solution pertinente face aux besoins futurs de la population française.

Sur le plan de la méthodologie, j'ai pu utiliser la technique de l'observation directe au cours des différentes réunions de service et des instances, mais aussi des groupes de travail, durant l'évaluation interne de l'établissement. De plus, j'ai mené divers entretiens, semi-directifs ou non-directifs, avec les membres des équipes des services tournés vers le domicile, notamment les chefs de service (IDE¹¹ coordinatrice du SSIAD, IDE référente du « Pôle Domicile », directeur de l'EHPAD, adjoint des cadres du « Pôle Domicile »). Ces échanges ont été très enrichissants et m'ont permis d'avoir une vision des aspects positifs et négatifs du développement de tels services par un EHPAD. J'ai réalisé l'évaluation interne de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire de Biscarrosse, ce qui m'a fourni des éléments qualitatifs importants sur ces services avec les axes d'amélioration à prévoir. J'ai effectué une enquête de satisfaction en direction des usagers, des familles et du personnel de l'hébergement temporaire (questionnaire d'administration directe / questions fermées). L'ensemble de ces outils m'a permis de donner une « dimension pratique » à mon mémoire, en analysant les opportunités et limites vécues par l'EHPAD de Biscarrosse, qui développe encore son « Pôle Domicile ». Enfin, j'ai souhaité mener des investigations vers d'autres EHPAD du territoire, mais la majorité se limitait à la mise en place d'un accueil de jour et de quelques lits d'hébergement temporaire.

Ce mémoire m'a offert la possibilité de mobiliser des compétences nécessaires au métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, puisque j'ai pu

¹¹ Infirmière diplômée d'Etat

comprendre la dimension stratégique et opérationnelle de cette fonction, à travers des choix de développement de services répondant au mieux aux besoins des usagers. Cela suppose donc d'être attentif aux évolutions du contexte d'intervention et de sa population, mais aussi aux orientations prises par les politiques nationales et locales. J'ai pu approfondir de manière concrète mes connaissances relatives au fonctionnement des appels à projet et aux services proposant une alternative à l'institution. Pour finir, j'ai aussi pu mener des réunions faisant intervenir divers professionnels, au cours de l'évaluation interne, par exemple.

Ainsi afin d'étudier ce sujet relatif à « l'EHPAD et le domicile », il conviendra d'aborder précisément pourquoi, en raison des évolutions actuelles (politique, économique, démographique, sociétale...), la prise en charge à domicile est souhaitable à développer (1.1). Pour participer au développement de ce type d'accompagnement, l'EHPAD dispose de différents leviers en tant « qu'acteur ressource » connaissant les attentes du secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ; l'exemple de l'EHPAD de Biscarrosse illustre bien cette possibilité, avec la création d'un « Pôle Domicile » (1.2). Ensuite, il faudra analyser les résultats, tant quantitatifs, que qualitatifs de cette expérience d'un établissement tourné vers le domicile (2.1). Enfin, il sera intéressant d'imaginer les pistes d'amélioration, à la fois au niveau local et national, en vue de renforcer et pérenniser la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes (2.2).

1. Le nécessaire développement de la prise en charge à domicile : le rôle central de l'EHPAD

Compte tenu des évolutions actuelles, tant au plan démographique, économique, juridique, sociétal que culturel, il semble pertinent de développer des solutions alternatives à l'entrée en institution (1.1). En ce sens, de nombreux acteurs sont susceptibles d'intervenir, dont l'EHPAD, qui peut avoir un rôle moteur d'impulsion et d'orientation dans l'accompagnement au domicile, comme le montre l'exemple de l'établissement de Biscarrosse (1.2).

1.1 Les évolutions démographiques, économiques, juridiques et sociétales justifiant le développement de la prise en charge à domicile

Face aux changements de la société contemporaine, quels sont les besoins et les demandes à prendre en compte ? Une analyse des évolutions actuelles, qui se renforceront dans l'avenir, permettra d'envisager la pertinence du développement de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes.

1.1.1 Un vieillissement de la population accentué

Le développement de la prise en charge à domicile apparaît important, compte tenu des évolutions démographiques de nos sociétés.

En effet, de nombreux rapports s'accordent sur un vieillissement de la population française, qui va s'accroître dans les années à venir (le « papy-boom »), ce qui oblige à réfléchir sur une prise en charge adaptée des personnes âgées.

Le « vieillissement » se définit comme l'effet général du temps sur un organisme biologique ; ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques, entraînant ainsi une vulnérabilité à de nombreuses maladies. Le débat national sur la dépendance s'explique par l'accroissement de la proportion des plus de 60 ans dû aux progrès médicaux, sociaux et culturels depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, entraînant une forte augmentation de l'espérance de vie.

A titre indicatif, en 1750, les hommes de plus de 60 ans représentaient 7 % de la population masculine, 10% en 1860, 15% en 1968, 20% en 2010, et la part des femmes de plus de 60 ans se situait à 13,5% au début du siècle, à plus de 21% en 1960 et 25% en 2010. D'après les dernières prévisions de l'INSEE¹², la France comptera 73,6 millions d'habitants en 2060 (soit 11,8 millions de plus qu'aujourd'hui), et la part des 60 ans ou plus va augmenter jusqu'en 2035, passant de 23% à 31%; enfin les plus de 75 ans, qui étaient 5,2 millions en 2007 (9% de la population) seront 11,9 millions en 2060 (16% de la population) et les 85 ans et plus passeront de 1,3 à 5,4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui.

Par conséquent, la France va connaître dans les 50 prochaines années, une profonde transformation de la structure de sa population, de par l'allongement de la durée de vie grâce aux progrès sanitaires, et à l'élévation du niveau de vie, et par l'arrivée à l'âge de la retraite des « baby-boomers », alors que les personnes nées dans les années 1975 - 1990, seront moins nombreuses.

Cet accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes pose la question de leur prise en soin, dans un contexte budgétaire restreint. Les demandes de prise en charge vont augmenter, alors que la proportion des aidants diminue, ainsi que les solidarités familiales. De plus, les ARS¹³ tendent à stabiliser le nombre de places en institution et à favoriser le développement d'alternatives à l'institution, telles que la prise en charge à domicile, qui semble garante du respect de la volonté de la personne vieillissante. En ce sens, le nombre d'EHPAD ne va probablement pas se multiplier, au contraire, étant donné que les mutualisations et regroupements des structures sont mis en avant.

Le « Plan national Bien Vieillir 2007 / 2011 » revient aussi sur les conséquences du vieillissement de la population française en précisant qu'en 1962, le Rapport Laroque anticipait déjà cette évolution démographique potentiellement porteuse de déséquilibres pour la structure économique et sociale. Pierre Masse affirme qu'« *il s'agit moins de décrire le futur que de le construire, moins de prédire l'avenir que de préparer le meilleur avenir souhaitable* ».

Ainsi, le « Plan national Bien Vieillir » avait pour ambition de proposer les étapes pour un vieillissement réussi, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. En effet, si la santé physique des personnes de plus de 60 ans s'est améliorée,

¹² Institut national de la statistique et des études économiques, www.insee.fr

¹³ Agences régionales de santé

la question de la « qualité de vie » se pose comme corollaire de l'accroissement de la durée de vie. Entre 50 et 70 ans, il est possible pour cette population d'organiser une prévention ciblée et une vie active et adaptée, pour maintenir au plus haut niveau ses performances, et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités.

Il s'agit donc de « repenser le vieillissement », qui est souvent associé à une représentation négative comme l'expliquait Alfred Sauvy en 1928 : « *Le vieillissement démographique est analysé comme l'accroissement du nombre de vieillards à la charge de la collectivité (diminution de la productivité, charges pour les jeunes générations...)* ». La connotation négative du vieillissement se prolonge par une perception pessimiste de la dépendance. Le mot « dépendance » des personnes âgées apparaît en 1973 en France, et s'impose progressivement depuis 1997¹⁴ pour désigner « *un état d'incapacité, qui s'observe parfois aux âges avancés, ou le besoin d'une personne âgée d'être aidée par un tiers pour réaliser les actes de la vie courante (s'habiller, se laver, aller aux toilettes, se déplacer, se nourrir...)* ». Ces actes sont aujourd'hui mesurés par la grille AGGIR¹⁵, permettant d'attribuer l'APA¹⁶.

L'idée d'envisager le vieillissement de manière plus positive naît dans les années 1980, on parle alors d'un « vieillissement en bonne santé », d'un « vieillissement habituel ou usuel », ou encore d'un « vieillissement réussi ».

Le concept de « vieillissement réussi », qui apparaît en 1987, concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge avancé, malgré l'existence de pathologies, ou bien les personnes qui disposent de fonctions physiologiques moins bonnes, mais qui vont les améliorer au cours de l'avancée en âge, ou bien encore les personnes chez lesquelles on remarque une bonne adaptation à ce qu'elles peuvent faire physiologiquement et à ce qu'elles ont envie de faire. En ce sens, le libre choix est un élément important du vieillissement, notamment en matière de prise en charge (choix d'entrer en institution ou de rester à domicile).

Enfin, une projection de la dépendance des personnes âgées montre que 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 aujourd'hui¹⁷. Ainsi, la prise en charge actuelle de ces personnes combine solidarité familiale, à travers l'aide apportée par les proches, et solidarité collective, par le biais de prestations comme l'APA. Or, ces deux formes de solidarité vont évoluer, puisque la solidarité familiale pourrait s'amoinvrir, sachant que le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée

¹⁴ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997

¹⁵ Grille «Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources»

¹⁶ Allocation personnalisée pour l'autonomie

¹⁷ DUEE M., REBILLARD C., édition 2006, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », Données sociales-La société française

dépendante aura tendance à diminuer ; d'autre part, l'évolution des dépenses au titre de l'APA dépendra fortement de ses modalités d'indexation.

Par conséquent, il semble nécessaire de revoir le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes, en valorisant le domicile, compte tenu des évolutions démographiques prévues, puisqu'il n'y aura certainement pas suffisamment de places en institution ; de plus, il convient de prendre en considération les contraintes budgétaires et financières, qui sont incontournables de nos jours.

1.1.2 Un contexte économique et financier contraint

Aujourd'hui, les contraintes budgétaires et financières s'imposent à la fois à l'État, aux collectivités territoriales et à la Sécurité Sociale, portant une problématique globale de maîtrise des dépenses publiques. La France présente un taux de chômage de plus de 10%, et une dette publique avoisinant 90% du PIB.

Le journal « Le Parisien », dans un article du 1er octobre 2012, affirmait que 2,4 milliards d'économies seraient à faire en dépenses de santé en 2013. Le gouvernement, lors de sa présentation du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2013, a indiqué que le déficit du régime général de la Sécurité Sociale devrait s'élever à 11,4 milliards d'euros en 2013, contre 13,3 milliards en 2012.

La branche maladie reste la plus déficitaire à 5,1 milliards d'euros (5,5 milliards en 2012), selon le projet de budget qui prévoit 2,4 milliards d'économies sur les dépenses de santé en 2013. La branche retraite est déficitaire de 4 milliards d'euros (5,2 milliards en 2012), la branche famille de 2,6 milliards. Seule la branche accidents du travail est excédentaire (+300 millions d'euros).

Hors régime général, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance le minimum vieillesse et les cotisations retraite des chômeurs, serait ramené à 3 milliards d'euros en 2013 (4,2 milliards prévus en 2012).

Le gouvernement va tenter d'augmenter les recettes, grâce à différentes mesures, dont certaines ont été dévoilées à l'occasion de la présentation du projet de loi de Finances 2013. Par exemple, l'instauration d'un nouveau prélèvement de 0,15 % en 2013 (0,3 % en 2014) sur les pensions des retraités imposables, l'augmentation des taxes sur la bière et le tabac, et le relèvement des cotisations d'assurance maladie des travailleurs indépendants.

De plus, au niveau des dépenses, il est prévu une baisse des prix des médicaments et un effort accru sur la consommation des génériques, le développement de la chirurgie ambulatoire, ou encore la maîtrise des prescriptions... Dans ce contexte économique difficile, les soins à domicile sont moins coûteux que l'hospitalisation conventionnelle, et sont donc une des solutions pour l'État à la maîtrise des dépenses de santé.

Concernant plus spécifiquement le secteur médico-social, le gouvernement a maintenu la progression des crédits en 2012, puisque l'ONDAM¹⁸ médico-social augmente de 4% par rapport à l'année 2011, tandis que la progression de l'ONDAM général est limitée à 2,5%. Les dépenses de l'assurance maladie continuent ainsi de progresser plus vite en 2012 dans le secteur médico-social que dans les autres secteurs. Ces progrès restent prioritairement tournés vers le développement de l'offre et l'achèvement de la médicalisation des EHPAD.

D'autre part, le Conseil de la CNSA, réuni le 13 novembre 2012, a voté son budget prévisionnel 2013, qui s'élève à 21,113 milliards d'euros (+3%), et consacre 18,248 milliards d'euros aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées. Les crédits supplémentaires doivent permettre de revaloriser les salaires des professionnels en poste dans les établissements sociaux et médico-sociaux existants, et de recruter pour accompagner les personnes âgées hébergées en établissement (147 millions d'euros pour la médicalisation des EHPAD en 2013 contre 140 millions en 2012). Par ailleurs, 248,5 millions d'euros financeront l'ouverture de nouvelles places, tel que prévu dans le Plan Solidarité grand âge, le plan Alzheimer, et le programme pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie. Les travaux engagés en 2012, relatifs au Fonds d'aide aux services à domicile sont prolongés, ce qui montre l'importance du développement des prises en charge à domicile pour la CNSA.

Enfin, d'après le rapport d'activité 2011 de l'ARS Aquitaine, il existe 1446 établissements sociaux et médico-sociaux dans la région, dont 653 établissements pour personnes âgées dépendantes ; 33 900 places dans les EHPAD et 7 040 places dans les SSIAD pour personnes âgées. Au niveau des financements, 47% sont dédiés au champ médico-social (992,5 millions d'euros) ; à titre d'exemple, 2,3 millions d'euros ont été attribués à 19 établissements publics et privés, pour soutenir financièrement 8 millions d'euros de travaux de construction ou d'aménagement de Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA), destinés à accueillir dans un espace adapté pendant la journée les

¹⁸ Objectif national des dépenses d'assurance maladie

résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. De plus, 468,6 millions d'euros ont été donnés par la CNSA pour financer le champ des personnes âgées en Aquitaine.

Par conséquent, et malgré un contexte financier tendu, le secteur médico-social, et en particulier, celui des personnes âgées, reste une priorité nationale et locale, ce qui semble encourageant pour développer des prises en charge innovantes envers cette population.

1.1.3 Des politiques favorables à la prise en charge à domicile

La prise en charge des personnes âgées dépendantes est donc un sujet d'actualité, en raison des évolutions démographiques, mais aussi économiques et financières, comme vu précédemment ; d'ailleurs, ce thème fait l'objet depuis quelques années de nombreux rapports et textes législatifs et réglementaires. Ainsi, on observe une véritable prise de conscience au niveau national, quant à l'urgence de réfléchir à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution ou à domicile.

Tout d'abord le plan « Solidarité Grand Âge »¹⁹, présenté par Philippe Bas, alors ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, qui affirme que « *La France doit avoir une politique ambitieuse de la longévité* », compte tenu de la révolution démographique à venir, de la dépendance qui pèse de plus en plus sur les familles, et de la volonté des personnes âgées de rester chez elles. D'après ce rapport, le mode de prise en charge actuel est « *trop binaire* », entre maintien à domicile et hébergement en établissement ; il est indispensable de développer et de diversifier des formules intermédiaires souples, afin de répondre aux besoins et souhaits de la personne.

Ensuite, le Plan national « Bien Vieillir »²⁰ va plus loin en formulant des mesures tendant vers un « vieillissement réussi ». D'ailleurs, parmi les objectifs généraux de ce plan, figure « *l'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée à travers le logement, les aides techniques, et l'aménagement de la cité* », ce qui montre l'accent mis sur la prise en charge à domicile. A titre d'exemple concret, le rapport préconisait de favoriser les expériences « *d'habitat intergénérationnel* », avec l'offre d'un logement par la personne âgée en contrepartie d'une aide bénévole de

¹⁹ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 27 juin 2006, « Plan solidarité Grand Age »

²⁰ Ministère de la santé et des solidarités, 2007, « Plan national Bien Vieillir-2007/2011 »

l'occupant du logement, et de relations amicales et de solidarité (sur le mode du projet « un toit, deux générations »).

Le rapport de la mission « Vivre chez soi », présenté à Nora Berra, secrétaire d'État en charge des Aînés, en juin 2010, se focalise sur la mise en œuvre effective du maintien à domicile des personnes âgées, à partir du constat que « *plus de 90 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à domicile et l'immense majorité d'entre eux souhaite vivre chez soi le plus longtemps possible* ». En ce sens, six volets d'action ont été définis selon une approche transversale des besoins liés au vivre chez soi : Diagnostic autonomie habitat / Technologies et services pour l'autonomie / Mobilité et urbanisme / Métiers, compétences et formations / Inclusion et prévention des discriminations / Optimisation de gestion des services.

Au cours de l'année 2011, un « grand Débat national sur la dépendance »²¹ a été organisé, afin de préparer une réforme sur le sujet. Ce rapport reprend les idées principales du plan « Bien Vieillir », en pointant la nécessité d'adapter les politiques publiques, qui doivent accentuer la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, et penser le logement comme un levier de la politique vieillesse. Le débat dénonce le manque de coordination lors du parcours de la personne âgée dépendante et les difficultés du secteur d'aide à domicile qui doit être réformé.

Enfin, le plan Alzheimer 2008-2012²² insiste sur la « *nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants* », à travers 44 mesures. L'un des objectifs du plan est de « *Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile* », grâce à deux mesures : le renforcement du soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés, et l'amélioration du soutien à domicile, grâce aux nouvelles technologies.

Pour finir, les derniers rapports (Aquino, Broussy et Pinville), remis au Premier Ministre le lundi 11 mars 2013, visant à préparer la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, s'articulent autour de trois principes généraux : l'anticipation / l'adaptation de notre société / l'accompagnement. Permettre le maintien à domicile est une priorité dans l'objectif d'accompagnement, et cette prise en charge est abordée dans les trois rapports dans le cadre d'une politique globale interministérielle.

²¹ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, février 2011, «Débat national sur la dépendance»

²² www.plan-alzheimer.gouv.fr

Par conséquent, depuis un peu moins de dix ans, la problématique des modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes est abordée, en mettant en avant le développement du maintien à domicile à travers les rapports, lois et décrets. De plus, la politique de santé mise en œuvre actuellement, semble favorable à la prise en charge à domicile puisqu'elle tend à une limitation des créations de places en institution, et au regroupement des établissements de petites tailles (mutualisation des moyens, GCSMS²³, recherche d'un établissement de « taille critique »).

De même, les ARS encouragent le développement du maintien à domicile dans les régions ; par exemple, à l'occasion du 1er février 2012, date du 4ème anniversaire du plan national Alzheimer, l'ARS d'Île-de-France a lancé un guide à l'intention des malades et de leurs familles, et renforce l'offre de la prise en charge à domicile des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer par la création d'une trentaine de nouvelles équipes.

Autres exemples, l'ARS Franche Comté a élaboré son SROSM²⁴ avec une fiche intitulée « optimiser le maintien à domicile », ou encore l'ARS Aquitaine avait prévu un chapitre sur les dispositifs de maintien à domicile pour personnes âgées dans le PRIAC²⁵ 2010 / 2013, et « l'accompagnement et le maintien à domicile » est un thème récurrent dans le SROSM 2012 / 2016.

1.1.4 Une évolution des mœurs à prendre en compte

Le développement de la prise en charge à domicile dans l'avenir semble aussi nécessaire en raison des évolutions sociologiques se traduisant par une montée de l'individualisme et un affaiblissement du lien social (société capitaliste / libéralisme).

En effet, l'individualisme a perturbé les modèles anciens hérités de la société traditionnelle reposant sur des solidarités familiales importantes. La famille a subi des transformations profondes ; une réduction globale de la taille des familles (malgré les familles recomposées) et un éloignement de la famille du fait de la mobilité géographique, diminuent le nombre de personnes avec qui l'individu a des liens familiaux. Par conséquent, la solidarité familiale sera limitée à un nombre réduit de personnes. De plus, l'individu s'est affranchi de l'emprise des normes, engendrant une « désinstitutionnalisation » de la famille ; en ce sens, la famille est de moins en moins une institution normée, aux formes et aux codes préétablis et la solidarité familiale s'amointrit.

²³ Groupement de coopération sociale et médico-sociale

²⁴ Schéma régional d'organisation médico-sociale

²⁵ Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

D'autre part, l'individu est de plus en plus exigeant avec le modèle de l'État providence, système qui assure la protection des individus contre les risques sociaux (maladie, chômage, vieillesse) par une redistribution des revenus.

Les erreurs en matière de santé paraissent intolérables, comme le montre la médiatisation de multiples affaires : l'affaire du sang contaminé²⁶, de la grippe aviaire²⁷, du Médiator²⁸ ou encore des pilules de 3ème et 4ème générations²⁹.

De plus, les générations à venir seront des personnes plus difficiles à satisfaire ; par exemple, en termes d'hygiène, l'individu souhaitera une à deux douches par jour, ou en termes de confort, l'accès aux technologies sera réclamé (internet, ordinateurs, téléphones...) ; ainsi, l'hébergement en institution sera complexifié avec des attentes grandissantes.

Enfin, la volonté de rester à domicile et les réticences à une entrée en institution sont régulièrement affirmées dans divers rapports et enquêtes.

Par exemple, d'après une enquête réalisée par Eurobaromètre, près de 80% des citoyens de l'Europe des Vingt-sept déclarent préférer être pris en charge à domicile, dans l'hypothèse où ils deviendraient dépendants.

Le « Débat national sur la dépendance » de 2011, indique que la majorité des personnes âgées vivent à domicile (87 % des 75 ans et plus) et désirent y rester. Selon une étude de la DREES³⁰, 80 % des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible.

Au sein des EHPAD, l'entrée en institution est souvent difficile, aussi bien pour le futur résident dont le quotidien se voit chamboulé, que pour les aidants qui ont l'impression d'abandonner leur proche.

Il apparaît essentiel de préserver le libre choix des personnes et des familles, entre le maintien à domicile, et l'hébergement en établissement, tout en assurant des soins et un accompagnement adaptés à l'état de santé de la personne. Ainsi, au-delà du principe réaffirmé de liberté, le choix des personnes âgées et de leurs familles doit surtout

²⁶ Scandale ayant touché plusieurs pays dans les années 1980 et 1990 relativement à des infections ayant eu lieu par des transfusions sanguines.

²⁷ La grippe aviaire correspond à différentes formes du virus de la grippe qui infecte les oiseaux sauvages et domestiques. En 2004, une souche H5N1 du virus a été médiatisée en raison de sa dangerosité et de sa transmissibilité à l'homme.

²⁸ Médicament présenté comme un antidiabétique utilisé comme coupe-faim, qui a été commercialisé à partir de 1976 jusqu'à son retrait en 2009. En 2013, un procès au pénal débute contre le laboratoire Servier

²⁹ Médiatisation de recherches ayant montré que ces pilules augmenteraient le risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire. Elles ne sont plus remboursées depuis le 31 mars 2013 en France

³⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

être éclairé ; cela suppose une bonne information, à jour et précise, sur les prestations fournies.

Enfin, d'après le sondage « Les Français et le grand âge », réalisé pour la Fédération Hospitalière Française et L'Express, avec le Mensuel des Maisons de Retraite et Geront Expo - Handicap Expo, la prise en charge des personnes âgées est une préoccupation importante de l'opinion française, d'autant plus que la dépendance d'un proche concerne 1 français sur 3.

Ainsi, les français, et notamment la majorité des plus de 65 ans, estiment que le maintien à domicile reste la meilleure prise en charge (« vie agréable » pour 75% et « traitement de qualité » pour 62%) ; toutefois, 1 personne sur 2 privilégie une prise en charge en maison de retraite pour des raisons de « praticité et de sécurité ». 67% des personnes interrogées jugent insuffisante l'action des pouvoirs publics en matière de prise en charge des personnes âgées et 2 français sur 3 estiment ne pas être assez informés sur les dispositifs d'aide et de prise en charge.

Pour finir, près de 90% des français se disent prêts à consacrer du temps à une personne âgée de leur entourage et 80% à payer une aide à domicile pour une personne âgée proche.

Par conséquent, rester à domicile est un choix de vie que la personne âgée dépendante doit être en mesure d'exercer en toute liberté, si son état de santé le permet. Il est nécessaire de faciliter la vie au domicile, en mobilisant tous les leviers, pour adapter le domicile au service du grand âge : développement de l'offre de soins et de services ménagers, soutien à l'entourage familial, création de nouvelles formes de logement...

Dès lors, le maintien à domicile est une problématique globale, qui devrait faire l'objet d'une politique interministérielle dans l'avenir, d'après les derniers rapports rendus. En ce sens, de nombreux acteurs entrent en jeu, parmi lesquels se trouve l'EHPAD, qui peut avoir un véritable rôle moteur. En effet, il peut impulser le développement de cette prise en charge à domicile de la population âgée dépendante. L'EHPAD est certainement l'acteur qui bénéficie de l'expertise la plus fine s'agissant des besoins et attentes de la personne âgée dépendante, mais aussi des aidants. De plus, ces « ex-maisons de retraite » sont fortement identifiées et reconnues comme compétentes notamment au sein de communes rurales. En ce sens, l'EHPAD constituerait un appui pertinent pour développer le maintien à domicile en France.

1.2 Un exemple au niveau local : l'EHPAD de Biscarrosse, moteur dans le développement de la prise en charge à domicile dans le Nord des Landes

L'EHPAD de Biscarrosse a fait le choix de diversifier son offre auprès de la population âgée dépendante des Landes, département rural et vieillissant ; en effet, il comporte un « Pôle Domicile » en plus d'un « Pôle Institution », et propose ainsi des accompagnements diversifiés et complémentaires. Cet exemple montre que l'établissement peut, lui aussi, intervenir dans la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes, avec un rôle d'impulsion et d'orientation de l'utilisateur en fonction de ses besoins.

1.2.1 Un territoire de santé rural et vieillissant

L'EHPAD de Biscarrosse se situe dans le département des Landes, au cœur de la région Aquitaine. Deuxième département le plus vaste de l'Hexagone, les Landes comptent 371 500 personnes au 1er janvier 2008, avec un accroissement moyen de 1,4 % par an depuis 1999, le plus fort observé en Aquitaine. Ce taux les classe au 7ème rang des départements métropolitains, mais la densité de population de 40 habitants / km², y reste la plus faible de la région.

Les Landes, département de tradition rurale, ont vu le tourisme se développer. Le taux d'emploi industriel est supérieur à la moyenne de l'Aquitaine et à celle de la France. L'industrie occupe 17% de l'emploi salarié départemental. Les principaux atouts naturels du département des Landes (bois, océan et lacs, espace, climat océanique...) ont permis de développer des filières naturelles majeures (agroalimentaire, industrie du bois, thermalisme). Il convient de préciser que 26,9% de la population landaise a 60 ans ou plus.

Biscarrosse est une station balnéaire de la côte Aquitaine, et la troisième ville des Landes, qui se décline en trois pôles complémentaires : la ville, véritable cœur administratif et commercial de la commune, les lacs et la station balnéaire. La commune de Biscarrosse est la plus étendue du département, avec une superficie de 16 040 hectares. En 2010, l'INSEE recense 12 163 habitants et environ 28% de la population a 60 ans ou plus ; 41,7% des ménages sont retraités.

L'ARS Aquitaine fait état d'un territoire régional étendu, avec une métropole régionale excentrée. Il faut noter que trois départements aquitains sont les plus étendus de France métropolitaine : la Gironde, les Landes et la Dordogne. Cet élément, qui s'associe au caractère encore rural de la région, est à l'origine de zones de faible densité de population, pour lesquelles se pose le problème de l'organisation de l'accès aux soins.

La population aquitaine est plus âgée que la moyenne des régions françaises, avec un vieillissement plus marqué dans les zones rurales. En effet, la part des personnes âgées de plus de 60 ans (25% de la population) est plus élevée que celle de jeunes de moins de 20 ans (23%), et la proportion de personnes de 75 ans et plus s'élève à 10% de la population régionale, et jusqu'à 12% de la population des communes rurales. En Aquitaine, la moitié des personnes de 75 ans ou plus dispose d'un revenu inférieur au SMIC. Entre 1999 et 2007, l'espérance de vie a progressé de 75,3 ans à 77,9 ans pour les hommes, et de 82,9 ans à 84,7 ans pour les femmes, ce qui positionne l'Aquitaine en 5ème et 6ème positions les plus favorables, par rapport aux 22 régions métropolitaines.

Enfin, l'ARS Aquitaine a défini 6 territoires de santé, qui servent de base à l'organisation de l'offre de soins du médico-social, et aux actions de prévention, afin de faciliter la concertation avec tous les acteurs de la santé. En complément de ce périmètre départemental, des territoires de proximité plus fins (26 unités de proximité) ont été définis, en fonction des réalités d'accès aux soins des populations, et des espaces les plus pertinents pour conduire des projets de santé ; ainsi, le territoire du département des Landes est divisé en trois territoires de proximité (Nord, Sud et Est), et l'EHPAD de Biscarrosse s'inscrit dans le territoire du Nord des Landes.

L'ARS Aquitaine affiche régulièrement sa volonté de prise en compte réelle des territoires de santé définis, puisque l'inscription dans ce cadre déterminé peut être une condition pour la validation des réponses aux appels à projet. En ce sens, l'EHPAD de Biscarrosse s'inscrit dans le projet d'un GCSMS Nord des Landes, qui a pour projet la mise en place d'une MAIA³¹.

Dans un contexte rural, et avec une population vieillissante, l'EHPAD de Biscarrosse a souhaité développer la prise en charge à domicile en créant un « Pôle Domicile », à côté du « Pôle Institution », afin de répondre au mieux aux besoins des personnes âgées dépendantes.

³¹ Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

1.2.2 Le développement de modes innovants de prise en charge à domicile à Biscarrosse

Suite à une étude approfondie des besoins de sa population (enquêtes, échanges avec les usagers et les aidants), l'EHPAD de Biscarrosse a créé deux pôles complémentaires, afin d'offrir un véritable choix à la personne âgée dépendante en matière de prise en charge ; ainsi, cet établissement a un rôle moteur dans le maintien à domicile sur le territoire du Nord des Landes. Le « Pôle Domicile » se compose de divers services, dont la plupart sont orientés sur la maladie d'Alzheimer. Il est donc indispensable de prendre en compte le niveau de dépendance et le type de pathologie de la personne, afin que l'EHPAD puisse lui proposer la prestation la plus adaptée à ses besoins au sein de sa « palette de services ».

A) Des services mobiles au domicile



Le service le plus ancien du « Pôle Domicile » de l'EHPAD de Biscarrosse, est le **SSIAD** du Pays-de-Born, créé en 1994 à l'initiative des communes de Biscarrosse, Gastes et Parentis-en-Born. C'est un établissement public local, doté de la personnalité juridique et financière, et administré par le Syndicat Intercommunal à Vocation Unique (SIVU) du Pays-de-Born, créé par arrêté préfectoral du 29 janvier 1993, et présidé par Madame Teulet, conseillère municipale à la mairie de Biscarrosse.

Le SIVU comprend deux instances : le conseil syndical, organe décisionnel composé de représentants élus des communes adhérentes, et le comité consultatif qui est composé de représentants des membres du personnel du service.

Le service est géré et dirigé par le directeur de l'EHPAD de Biscarrosse, par le biais d'une convention de cogestion établie entre les deux établissements depuis le 17 février 1995, permettant la mutualisation des moyens administratifs. De plus, le SSIAD est soumis aux dispositions comptables et budgétaires des établissements médico-sociaux.

Il comptait 52 places en 2012 : 50 places pour personnes âgées, et 2 places pour personnes handicapées. Depuis janvier 2013, le SSIAD est autorisé pour 60 places, suite à une réponse à un appel à projet de 8 places supplémentaires. En 2014, il devrait être rattaché juridiquement à l'EHPAD (dissolution du SIVU), et son territoire d'intervention restera les cantons de Parentis-en-Born et de Pissos.

Le SSIAD est destiné à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées (plus de 60 ans), ou handicapées (moins de 60 ans), fragilisées par les handicaps et la maladie, à prévenir et différer l'hospitalisation, à favoriser un retour rapide au domicile après une hospitalisation, à apporter aide et réconfort aux personnes soignées et à leurs familles, et enfin à apporter une solution en attendant une admission en institution.

Le service assure l'aide aux actes essentiels de la vie (toilette, habillage, lever, coucher...), ainsi que des soins infirmiers. Ainsi, les aides-soignants du service dispensent des soins d'hygiène, de confort, de prévention, de conseils éducatifs et préventifs, un soutien relationnel et psychologique, sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice qui les encadre.

Les usagers du service bénéficient de cette intervention à domicile sur prescription médicale; le médecin établit un certificat médical de demande d'admission, et la demande est transmise au service, puis soumise au contrôle et à l'avis de la caisse d'assurance maladie. Après avoir évalué les besoins en soins de la personne lors de la visite précédant l'admission, l'infirmière coordinatrice établit un plan de soins et organise les interventions des aides-soignants.

Le financement des places du SSIAD est couvert par l'assurance maladie, et versé au service sous la forme d'un tarif journalier. Les soins réalisés par les infirmières libérales (ayant signé une convention avec le service) sont pris en charge par le SSIAD, sur présentation des feuilles de soins.



Le SSIAD du Pays-de-Born a été complété en juillet 2012 par une équipe spécialisée Alzheimer (**ESA**). Ce service a été créé suite à la mesure 6 du plan Alzheimer 2008 - 2012, qui prévoit la « *mise en place d'une prise en charge adaptée à domicile, afin de permettre à la personne malade de continuer à vivre à son domicile si elle le désire. Le plan prévoit donc la possibilité pour les SSIAD de constituer une équipe de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ergothérapeute et / ou psychomotricien assistés par des assistants de soins en gérontologie)* ».

Cette prestation s'adresse aux personnes, vivant à domicile, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée diagnostiquée à un stade léger ou modéré. L'ESA de Biscarrosse intervient sur les cantons de Parentis-en-Born et de Pissos, et une dotation globale annuelle de l'assurance maladie est allouée au fonctionnement du service. Au sein de l'EHPAD de Biscarrosse, deux salles sont dédiées

à ce service, service dont les valeurs sont : « la revalorisation », « l'autonomie », « le professionnalisme » et « la mobilité ».

Les objectifs de l'ESA de Biscarrosse sont :

- réduire les symptômes (apathie, dépression, indifférence) et / ou maintenir ou faire émerger les capacités résiduelles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer afin de permettre le maintien à domicile ou de retarder une entrée en structure
- prendre à nouveau du plaisir à faire les choses en vue d'une meilleure estime de soi
- montrer aux aidants que la personne a encore des capacités et favoriser un autre regard sur celle-ci.

Les moyens et missions fixés dans le projet de service sont de :

- maintenir ou développer les capacités motrices et sensorielles ainsi que l'indépendance, l'autonomie et la communication,
- aider à la préservation de l'image de soi et maintenir l'identité,
- favoriser la confiance en soi, le plaisir et le bien-être du patient,
- maintenir et améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage,
- valoriser l'action et le rôle de l'aidant,
- permettre l'amélioration de la relation patient-aidant,
- prévenir les complications et amener l'aidant à s'adapter,
- conseiller l'aidant et le patient sur l'aménagement du domicile,
- réhabiliter par les soins et les activités.

Le service se compose de 4 agents : une IDE coordinatrice, une ergothérapeute et deux assistantes de soins en gérontologie (ASG). Pour bénéficier de l'ESA, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées doivent être diagnostiquées à un stade précoce ou modérément sévère, sans restriction d'âge. Ce diagnostic doit être posé par un médecin gériatre ou un neurologue (consultation mémoire) et la prescription peut émaner soit du médecin spécialiste, soit du médecin traitant. Lorsque l'ESA débute son accompagnement, un projet de soins individualisé est rédigé et l'équipe détermine les activités qui vont être réalisées.

L'ESA de Biscarrosse comprend 10 places et une file active de 30 patients, ce qui représente environ 1 à 2 séances par patient par semaine (durée des séances : 1 heure en moyenne), et la durée de prise en charge est de 3 mois maximum (12 à 15 séances, renouvelables tous les ans). Les séances sont couvertes par la Sécurité Sociale, suite à la prescription du médecin. Enfin, le service est ouvert toute l'année du lundi au vendredi,

de 09h00 à 12h00 et de 14h30 à 18h00, sauf durant les fêtes de fin d'année et les jours fériés.

Ces deux services (SSIAD et ESA) gérés par l'EHPAD, permettent donc une véritable prise en soins au domicile de la personne âgée dépendante.

B) Des services d'aide et de répit en établissement

Les services d'aide et de répit qui se déroulent à l'EHPAD de Biscarrosse, sont l'accueil de jour thérapeutique Alzheimer (AJA) et l'hébergement temporaire (HT) ; ces deux services sont souvent très liés pour le suivi de l'usager. En effet, une personne présente à l'AJA dont l'état se dégrade pourra se voir proposer des séjours en HT. De plus, il semble pertinent de placer ces différents services au sein de l'EHPAD puisqu'ils peuvent permettre de préparer une future admission en établissement et de soutenir les aidants.



Créé en 2010, l'**accueil de jour** thérapeutique « Maison Alain Lartigue » est intégré à l'EHPAD de Biscarrosse, dans des locaux spécifiquement dédiés à ce service. Sa capacité est de 10 places, et le centre est ouvert du lundi au vendredi de 09h30 à 16h30, sauf jours fériés.

L'AJA a deux objectifs principaux ; tout d'abord, l'accompagnement des personnes accueillies grâce à l'accueil, sur une ou plusieurs journées par semaine, de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés vivant à domicile. Ce lieu d'écoute, d'aide et de stimulation a pour but de rompre l'isolement social, de permettre une revalorisation de la personne en proposant des activités adaptées aux potentialités de chacun, et de maintenir certaines capacités en lien avec la vie quotidienne. Les jours d'accueil sont établis en fonction de la demande et des possibilités de l'AJA, et ces jours sont, de préférence, non consécutifs et fixes. Les personnes sont accompagnées par leurs familles, ou peuvent bénéficier d'un service de transport.

Cet accueil vise également un accompagnement des familles, puisque l'AJA est un lieu permettant à chaque famille de se sentir écoutée et comprise, grâce à une écoute individuelle (par téléphone ou en entretien) avec l'infirmière coordinatrice ou la psychologue, afin de permettre la verbalisation des difficultés rencontrées avec leur parent malade (trouble du comportement, non-reconnaissance, culpabilité). Ce temps d'accueil de l'usager constitue aussi un temps de répit pour l'aidant.

De même, des rencontres et des échanges avec d'autres familles sont organisés dans ce même lieu, sous la forme de temps de parole, au moins tous les trimestres, et

plus si nécessaire. Ce soutien émotionnel permet aux familles de se rendre compte qu'elles ne sont pas seules, elles peuvent ainsi partager leurs expériences, sans émettre de jugement, et définir leurs propres limites, l'objectif étant d'aider sans s'épuiser. Ce lieu permet également de travailler la culpabilité, et de se préparer à l'accueil en établissement.

Des réunions d'informations sur le thème de la maladie d'Alzheimer, son évolution et ses conséquences (source d'incompréhension et de malentendus), sont tenues, afin d'aider à mieux gérer certaines difficultés au quotidien.

D'autre part, le projet d'animation et de vie sociale de l'AJA s'articule autour de 3 axes de travail précis :

- Permettre le maintien des capacités physiques avec ateliers esthétique, manucure, gymnastique, jardinage, dessin, peinture, cuisine, pâtisserie, bricolage, tricot...
- Aider au maintien des capacités intellectuelles avec ateliers de stimulation cognitive, jeux de mémoire, de logique, de raisonnement, jeux de société, ateliers conversation, chansons, lecture de contes, écoute musicale,
- Favoriser une intégration sociale en marquant les anniversaires, ou en permettant une ouverture sur l'extérieur (activités culturelles et de loisirs, sorties diverses : expositions, bibliothèque, spectacles, cinéma, rencontres avec d'autres structures, après-midi dansant).

L'organisation des animations est établie pour la semaine, et le programme est affiché à l'entrée du service. Elles prennent en compte les traditions, les fêtes, les actualités, mais également le passé et les souvenirs des usagers. Les groupes se font en fonction des centres d'intérêts des personnes et de leur niveau cognitif et psychique, afin de ne pas les mettre en échec. Enfin, toute participation est consentie par la personne puisque l'animation est proposée, mais en aucun cas, obligatoire. D'ailleurs, un coin repos est prévu, si la personne souhaite momentanément se retirer du groupe.

D'autre part, s'agissant du confort et de la sécurité, les locaux et le mobilier, entretenus par l'équipe de l'AJA, sont adaptés et sécurisés, ainsi que les aménagements extérieurs, favorisant la déambulation. Il est demandé aux aidants de fournir le nécessaire de change (protections d'incontinence et éventuellement, une tenue vestimentaire), et il est possible d'apporter ses chaussons. Le linge de table et de toilette est fourni par le service, et entretenu par l'EHPAD (contrairement au linge personnel).

Concernant la restauration, l'accueil du matin se fait autour d'une collation pour la personne, et éventuellement, son accompagnant, et le repas de midi est préparé par

l'EHPAD, avec des menus élaborés en collaboration avec la diététicienne de l'établissement. La fin de journée est marquée par le rituel du goûter. A l'occasion d'événements festifs, les familles peuvent être conviées, et des plats peuvent être confectionnés (entrée, dessert) dans le cadre de l'atelier cuisine. Mettre, desservir et laver la table, balayer, faire la « petite vaisselle », font l'objet d'activités de la vie quotidienne.

Pour chaque personne accueillie, un projet individuel d'aides et de soins adaptés est élaboré prenant en compte son environnement social, le stade d'évolution de sa maladie, son histoire, ses volontés, désirs et refus, dans la mesure du possible. L'écoute des familles est primordiale pour mieux connaître la personne accueillie, et afin de réaliser un accompagnement personnalisé. L'évaluation initiale de la personne est réalisée par l'infirmière coordinatrice et la géronto-psychologue, en collaboration avec les équipes médico-sociales en charge de l'instruction des dossiers APA, le centre de consultation mémoire, les spécialistes, le médecin traitant et les différents professionnels qui l'entourent.

Il importe à ce service de préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique des personnes accueillies ; ainsi, la constitution des groupes est réfléchie afin d'obtenir un meilleur résultat sur le comportement et la participation des personnes accueillies. Afin de faciliter une meilleure prise en charge globale de la personne accueillie, il est mis en place des fiches de suivi (évaluations régulières), transmises systématiquement au médecin spécialiste, et figurant dans le cahier de liaison à disposition de la famille, des aidants professionnels du domicile et du médecin traitant.

Enfin, concernant le transport pour se rendre à l'AJA, une convention avec le CCAS de Biscarrosse a été formalisée, pour faciliter l'accès des usagers à ce service. Suite à quelques incidents au cours de l'année 2012 (personne pas prête à l'heure, inquiétude de certains agents du CCAS et de son conseil d'administration...), un règlement de fonctionnement a été annexé à la convention, en vue de préciser les conditions d'utilisation du transport collectif (être ponctuel, ne pas montrer d'agressivité...).



D'autre part, s'agissant de l'**hébergement temporaire** (HT), ce type d'accueil s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis, du fait d'une situation particulière (travaux dans la maison, transition entre une hospitalisation et le retour à domicile, absence des aidants professionnels...). Il peut aussi être utilisé pour soulager les aidants familiaux (vacances, maladie...) et / ou préparer l'entrée définitive en établissement ; toutefois, l'HT n'est pas une solution à utiliser par défaut, dans l'attente d'une place en EHPAD.

L'EHPAD de Biscarrosse s'inscrit dans le développement des HT en France, suite à la conjonction de trois facteurs :

- >une évolution de la demande sociale des personnes et de leurs aidants, allant vers davantage de souplesse et de personnalisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux, vers la prise en compte du souhait majoritaire de soutien au domicile, et de reconnaissance de la place et des attentes des aidants dans ce soutien,
- >un impact sur les typologies des activités des établissements et services médico-sociaux, diversifiant leurs interventions au-delà des cadres traditionnels de l'accueil permanent,
- >une impulsion politique permettant progressivement l'évolution des cadres juridiques se traduisant par des fixations d'objectifs quantifiés dans le cadre des plans nationaux de développement de l'offre médico-sociale.

Ainsi, l'hébergement temporaire est un mode d'accompagnement qui se situe principalement sur le versant du soutien à domicile : par nature, une personne accueillie temporairement a vocation à retourner à son domicile ou son lieu d'accueil habituel. La prestation doit offrir un temps d'accueil professionnel adapté à la personne âgée ou handicapée, qui est aussi un temps de soutien aux aidants, sans que le lien aidant / aidé soit durablement modifié par cette période, comme cela peut l'être lors de l'entrée en hébergement permanent. À ce titre, l'articulation avec le domicile, dans toutes ses composantes, constitue un élément essentiel de l'hébergement temporaire et l'une des clés de sa réussite.

A Biscarrosse, 4 places d'HT sont proposées. En effet, l'établissement dispose de 4 chambres individuelles réservées à des séjours temporaires : 2 dans l'EHPAD et 2 au sein du service spécialisé Alzheimer (Unité de vie Alzheimer). Les séjours durent entre 3 et 30 jours consécutifs, et s'adressent à des personnes habituellement soutenues à domicile, et dont l'état de santé ou de dépendance nécessite une aide supplémentaire ponctuelle. Il convient de préciser que le Conseil général des Landes finance 60 jours d'HT, tandis que le Conseil général de la Gironde finance 30 jours.

L'utilisateur est donc hébergé dans une chambre individuelle et l'ensemble du linge, marqué impérativement au nom du résident, est entretenu par l'établissement. Le résident est associé, autant qu'il le souhaite, aux activités quotidiennes de l'établissement, et la surveillance médicale continue à être assurée par le médecin traitant. L'équipe soignante assure les soins et la prise de médicaments, ainsi que les aides à la vie quotidienne, en fonction des besoins constatés.

Concernant les modalités d'admission, les admissions temporaires se font sur réservation, après dépôt du dossier individuel complet (administratif et médical). La décision d'admission précise les dates effectives du séjour. Une confirmation écrite de la réservation d'un accueil temporaire doit être effectuée par la famille 15 jours avant le début du séjour ; en l'absence de réponse, la réservation est caduque.

Par conséquent, l'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont des services « hybrides », qui se déroulent au sein de l'EHPAD (bien qu'ils aient des locaux spécifiques), et qui permettent un maintien à domicile, en évitant une entrée définitive en institution. Ces services sont appréciés des usagers, mais aussi des aidants, qui bénéficient ainsi de temps de répit, sans pour autant « abandonner » leur proche.

C) Un service mixte récent



Le service le plus récent proposé par l'EHPAD de Biscarrosse est la plate-forme d'accompagnement et de répit (PAR). La PAR a été créée en septembre 2012, dans le cadre du plan Alzheimer 2008 - 2012 (mesure 1 « développement et diversification des structures de répit »), et couvre les cantons de Parentis-en-Born, Mimizan et Pissos.

Elle propose plusieurs services de proximité, destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, ainsi qu'à leurs aidants naturels.

La PAR vient compléter le dispositif du « Pôle Domicile » de l'EHPAD, et s'inscrit dans la volonté de l'établissement d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives et de leurs aidants, grâce à une diversification des modes d'accueil.

Une enquête locale a mis en évidence la nécessité pour l'aidant d'avoir un temps de répit, notamment pour se consacrer à des activités de loisir, pour satisfaire le besoin d'être informé et formé, et pour pouvoir rencontrer d'autres aidants et rompre l'isolement social. La démarche de Biscarrosse privilégie les actions de proximité dans un environnement rural, pour aller à la rencontre de cette population et générer du lien social.

L'objectif principal est d'apporter aux aidants un soutien adapté, diversifié et accessible, et de leur offrir un accompagnement individualisé dans leur cheminement tout

au long de la maladie. Ainsi, la PAR a pour mission d'écouter, d'identifier les besoins et d'adapter les propositions aux singularités de chacun, puis de proposer un accompagnement durable de proximité et pluridisciplinaire.

La PAR de Biscarrosse a des missions croisant les dimensions sociales et thérapeutiques, qui concernent les aidants et les aidés. Les valeurs du service sont « la satisfaction de la demande du patient et de son entourage », « la qualité de service » et « la proximité géographique des interventions ». Les domaines d'action et services proposés sont diversifiés :

- >communiquer auprès des partenaires (réunions d'information en direction des professionnels de santé, CCAS, CIAS ... / plan de communication / coordination des services),
- >informer, écouter, éduquer et soutenir l'aidant (prise de contact à domicile, groupes de paroles, ateliers bien-être, relaxation, art-thérapie),
- >proposer un accueil de jour itinérant (ateliers d'art-thérapie ou de stimulation cognitive, physique ou sensorielle dans le minibus thérapeutique ou dans des salles de proximité),
- >développer les activités culturelles et la vie sociale (sorties culturelles, cafés mémoire, ateliers aidants/aidés),
- >former les aidants et bénévoles (actions de formation sur le territoire).

La PAR bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire : un coordonnateur de santé en gériatrie, une psychologue, une art-thérapeute et une assistante médico-psychologique (AMP). Les locaux sont intégrés au « Pôle domicile » de l'EHPAD, et le service fonctionne du lundi au vendredi sauf durant les fêtes de fin d'année. En terme de financement, comme le prévoit la réglementation, « chaque accueil de jour porteur d'une plate-forme d'accompagnement et de répit pourra bénéficier, dans le respect du cahier des charges annexé à la présente circulaire, d'une dotation forfaitaire d'un montant maximum de 100 000 euros ». Ainsi, la PAR de Biscarrosse bénéficie d'une dotation de l'ARS, et a fixé un tarif, en fonction des activités, qui reste à la charge de la personne accueillie. De plus, le Conseil général des Landes est associé, sur le volet social de proposition d'activités, qui favorisent la poursuite de la vie sociale.

En conclusion, l'EHPAD de Biscarrosse s'est véritablement attaché à développer des services « innovants », à travers son « Pôle Domicile », afin de proposer une alternative à l'entrée classique en institution. Ce choix stratégique, axé sur le maintien à domicile, s'est fait suite à l'analyse de données locales et nationales (études de terrain, recensement des besoins de la population, politiques médico-sociales...). A présent, il semble intéressant d'examiner les résultats de ce « Pôle Domicile », tant au niveau

quantitatif (nombre de journées, séances, taux d'occupation...), que qualitatif (satisfaction des usagers, du personnel, des familles, conséquences sur l'organisation et la charge de travail...).

2 L'expérience positive d'un EHPAD impliqué dans le développement de la prise en charge à domicile

L'EHPAD de Biscarrosse illustre la possibilité, pour un établissement, de s'investir et de promouvoir le maintien à domicile. A présent, il convient d'analyser les éléments positifs et les limites que génère la création d'un « Pôle Domicile » au sein d'un EHPAD, tant au plan quantitatif, que qualitatif (2.1). A priori, il semble évident que la mise en place de nouveaux services élargit les possibilités de choix de la personne âgée dépendante, en ce sens cette orientation est souhaitable, mais elle reste à renforcer et pérenniser (2.2).

2.1 Retour d'expérience à l'EHPAD de Biscarrosse : entre opportunités et limites

L'expérience de l'EHPAD de Biscarrosse est positive du point de vue des usagers, qui ont des choix multiples de prise en charge, en fonction de leurs besoins et de leurs souhaits, mais aussi du point de vue de l'établissement, qui montre un certain dynamisme dans sa politique de développement. Toutefois, certaines limites apparaissent au niveau de la gestion des différents services, notamment au plan organisationnel, comptable ou budgétaire.

2.1.1 Une adaptation positive de l'offre de prise en charge

Au cours du stage, j'ai pu réaliser l'évaluation interne de l'EHPAD de Biscarrosse (incluant l'hébergement temporaire et l'accueil de jour), le compte administratif et des enquêtes de satisfaction. Concernant le SSIAD, l'évaluation et l'enquête de satisfaction ont été effectuées en 2011. L'ESA est un service trop récent pour être évalué, tout comme la PAR, mais des entretiens ont été tenus. Enfin, une enquête de satisfaction a été faite pour l'AJA en 2011, par la géronto-psychologue du « Pôle domicile ».

A) Le SSIAD du Pays de Born



Tout d'abord, s'agissant du SSIAD, l'enquête de 2011 montre que les usagers sont satisfaits de la communication régulière et efficace et des relations avec l'infirmière coordinatrice. Ils évoquent le fait que « *le service s'adapte systématiquement à leurs besoins* ». Ainsi, le SSIAD améliore la vie au domicile des usagers, et entraîne peu de contraintes dans le quotidien des personnes. Concernant les soins, l'attitude des aides-soignants est bonne : ils sont à l'écoute des usagers, ils sont discrets et respectueux de la vie privée, ainsi que de l'intimité des personnes. Une relation de confiance est créée entre l'utilisateur et ce service, et il y a une assez bonne coordination avec les différents intervenants auprès de la personne. Généralement, les usagers sont prêts à renouveler une demande au SSIAD.

Concernant les aidants, la connaissance de ce service se fait principalement grâce aux médecins. Le délai de prise en charge semble convenable, mais il faudrait faire une présentation des différents intervenants auprès de la personne. Le contact avec l'infirmière coordinatrice est satisfaisant, et au cours de la prise en charge de la personne, les idées des aidants paraissent prises en compte, et les horaires d'intervention sont adaptés. Pour les soins, la qualité est très satisfaisante et les aides-soignants sont compétents, discrets et respectueux des usagers. De façon générale, le SSIAD est un service d'aide quotidien pour les personnes qui souhaitent rester à leur domicile, et non une contrainte. Il convient de noter que ce service est recommandé à d'autres personnes.

Concernant le personnel, les agents ont une bonne connaissance de ce service (organigramme, instance représentative du personnel), et les locaux sont qualifiés « d'accessibles, sécurisés, et adaptés aux besoins ». L'encadrement semble correct, ce qui permet une bonne prise en charge des usagers. Il serait souhaitable que les plannings soient connus plus tôt, et que les agents puissent intervenir sur l'ensemble des tournées. Les horaires et les congés sont assez satisfaisants, et l'ambiance de l'équipe est bonne ; le matériel utilisé est adapté. La collaboration avec les aidants et les intervenants est effective et efficace ; en revanche, la relation avec les usagers pose parfois problème. Tous les agents bénéficient de la formation continue, mais « il y a peu d'information sur les évolutions de carrières ». Le temps consacré aux échanges entre collègues est suffisant ainsi que le temps avec l'infirmière coordinatrice, qui est à leur écoute ; d'ailleurs, les réunions de transmissions sont fréquentes et indispensables. Enfin, il y a peu de communication avec les services cuisine, lingerie et hôtellerie de l'EHPAD.

L'évaluation interne de 2011 met en avant 4 axes d'amélioration :

- « Droit et participation des usagers » = informer sur le droit d'accès au dossier de soins, présenter les outils de la loi 2002-2, associer l'utilisateur dans son projet de soins individualisé
- « Ressources humaines » = formaliser une grille d'entretien d'embauche, élaborer un passeport de formation par agent, créer les fiches de postes, mettre en place un pool de remplacement
- « Risques professionnels » = formaliser des procédures en cas de contravention ou d'accident, vérifier tous les 6 mois les permis de conduire des agents, analyser les pratiques professionnelles, intégrer les risques psychosociaux au DUER
- « Démarche qualité » = structurer la démarche qualité, mettre en place une gestion documentaire des différentes procédures.

Par conséquent, pour le SSIAD, les conclusions sont plutôt positives, tant du point de vue des usagers et des familles, que du personnel. De plus, le rapport d'activité 2012 montre un fort taux d'occupation (94,5% pour les personnes âgées et 107,5% pour les personnes handicapées), un taux d'absentéisme moyen (13%), et un résultat comptable excédentaire (3 018,02€ en section d'exploitation et 251 199,18€ en section d'investissement).

B) L'accueil de jour thérapeutique Alzheimer « Maison Alain Lartigue »



Ensuite, s'agissant de l'AJA, l'enquête de 2011 révèle que 60% des usagers fréquentent l'AJA pendant plus d'un an, à raison de deux jours par semaine environ. 95% des usagers sont satisfaits des journées passées à l'AJA, et la totalité des personnes ayant répondu à ce questionnaire se disent satisfaits de l'ambiance, des relations avec les personnes de leur groupe, et de la qualité des contacts avec le personnel. 88% apprécient les repas servis et le jardin, 94% des usagers sont satisfaits des locaux, des activités proposées, et conseilleraient l'AJA thérapeutique de Biscarrosse.

Toutefois, certains usagers regrettent qu'il n'y ait pas plus de sorties, notamment au bord des lacs, d'autres affirment que les « *jeux de mots organisés à l'AJA peuvent provoquer une angoisse* », et qu'ils n'apprécient pas l'art-thérapie. Parmi les « choses les plus agréables » citées par les usagers dans l'enquête, se trouvent : « *l'ambiance de coopération à tous les niveaux* », « *le contact avec les autres* », « *les échanges* », « *le changement de vie par rapport à la maison* », « *les personnes sont sympathiques et accueillantes* ».

Concernant les aidants, plus de la moitié des aidants ayant répondu à l'enquête ressentent un sentiment de charge en s'occupant de leur parent, et souhaitent être aidés ; ils ne reconnaissent plus leur parent et pensent que cela génère des difficultés dans la vie familiale, mais aussi dans les relations avec leurs amis, dans leurs loisirs et travail. La majorité des aidants considèrent la prise en soins de leur parent en accueil de jour comme bénéfique, puisque cet accueil représente un répit pour l'aidant (plus de disponibilité pour soi), un soutien psychologique, et cela permet de « dédramatiser » la maladie, de réduire le sentiment d'impuissance face à la maladie.

85% des aidants sont très satisfaits du fonctionnement de l'AJA (repas, activités, personnel), et 42% des aidants pensent que l'arrêt du suivi à l'AJA sera très difficile pour l'usager. Quelques commentaires sont apparus dans l'enquête tels que : « *la cohabitation et l'entraide AJA et EHPAD est bénéfique* », « *ceci est un souffle pour les aidants malgré les difficultés rencontrées depuis de nombreuses années* », « *l'AJA est un élément positif tant pour le malade que pour la famille. Il reste essentiel et est à conserver absolument* ».

Concernant le personnel, la majorité du personnel estime que les locaux, le matériel et le rythme de vie imposé sont adaptés à la prise en soins des personnes accueillies. Les repas et l'animation sont satisfaisants même si les échanges avec l'extérieur pourraient être développés. 75% du personnel est satisfait des relations avec les familles ; en revanche, les relations avec les autres services de l'EHPAD pourraient être largement améliorées. Quelques commentaires sont mentionnés dans l'enquête, tels que « *bonne communication et coordination avec l'équipe* », « *service un peu exclu* », « *il faut de nombreuses compétences et disponibilités pour prendre en soin de telles pathologies* ».

En conclusion, les enquêtes de satisfaction sur l'AJA sont positives ; il en est de même s'agissant de l'évaluation interne de 2013 puisqu'elle met en avant une majorité de forces du service (prise en charge adaptée, locaux adéquats, équipe formée...). Le principal axe d'amélioration serait la formalisation de projets d'accompagnement individualisés adaptés à l'AJA, pour chaque usager.

Enfin, le rapport d'activité 2012 montre que l'AJA a pris en charge 40 personnes, que le taux d'occupation se situe à 89% et que 37,5% des bénéficiaires sont en forte perte d'autonomie (GIR 1/2). Au plan financier, l'AJA présente un résultat comptable excédentaire de 16 962,10€.

C) L'hébergement temporaire de Biscarrosse

Concernant l'Hébergement Temporaire, une enquête spécifique a été réalisée envers les usagers et familles. Les résultats sont très positifs, tant de la part des usagers, que des aidants.

S'agissant des usagers, la majorité souhaiterait revenir « *pour ne pas rester seule à la maison* », et « *pour voir du monde et être en contact avec les résidents* », mais « *il faudrait faire des jeux* ». Les locaux, les repas, le personnel et l'ambiance sont très satisfaisants.

Concernant les familles, l'hébergement temporaire est choisi pour différentes raisons évoquées : « *plus de liberté* », « *avoir du répit* », « *que mon parent voit du monde et ne s'ennuie plus* », « *que mon parent se sente en sécurité* », « *la maladie s'aggrave, il faut une surveillance de tous les instants... ainsi hébergé en EHPAD quelques jours, j'ai le répit nécessaire* », « *vos possibilités d'accueil sont très intéressantes compte tenu de l'état de mon épouse* », « *j'aimerais que mon proche vienne une semaine par mois, en continu, pour que je trouve le répit nécessaire à mon état de santé* ». Malgré une grande satisfaction vis-à-vis du service (ambiance, locaux, entretien, repas, activités, personnel, accueil...), quelques recommandations ont été formulées : « *il faudrait plus de places* », « *il faudrait de la lecture* », « *je regrette l'absence de médecin* », « *il faudrait la pratique de jeux - genre scrabble - et échanges verbaux* ».

L'évaluation interne 2013 met en avant de nombreux défis pour ce service ; par exemple, il n'existe pas de projet de service spécifique, le contrat de séjour est rarement signé, les documents nécessaires à l'admission sont difficiles à réunir... Ainsi, l'hébergement temporaire génère des difficultés de gestion administrative, mais aussi médicale, et il est prévu des axes d'amélioration dans les années à venir : formaliser un projet de service, ou un chapitre à part, dans le projet d'établissement 2014 / 2019, désigner un « référent HT » pour assurer la continuité de la prise en charge, formaliser un contrat de séjour adapté à l'HT, à partir de celui de l'EHPAD, réfléchir sur des projets d'accompagnement adaptés à l'HT.

Le rapport d'activité 2012 affiche un taux d'occupation à 99% avec 1 446 journées effectuées et 50 personnes prises en charge, avec une durée moyenne de séjour qui s'élève à 15 jours, et le niveau de dépendance se situe en moyenne autour du GIR 2. De plus, 10 usagers sont venus régulièrement, entre deux et quatre fois dans l'année, ce qui montre le succès de ce service.



D) L'équipe spécialisée Alzheimer du Pays de Born

L'équipe spécialisée Alzheimer n'a pas fait l'objet d'une évaluation interne, ni d'enquêtes de satisfaction, du fait de sa mise en place récente. Toutefois, des entretiens ont été réalisés et le rapport d'activité 2012 fait état de la première année de fonctionnement du service.

Le personnel composant l'ESA de Biscarrosse, à savoir l'IDE coordinatrice, les deux ASG et l'ergothérapeute, estime que ce service est « *très complémentaire du SSIAD* », en raison de sa spécialisation sur la maladie d'Alzheimer. L'ESA permet aux personnes atteintes de cette maladie ou d'une maladie apparentée diagnostiquée à un stade léger ou modéré, un maintien à domicile, ce qui peut « limiter une déstabilisation liée à une entrée en institution ». De plus, les professionnels de l'ESA ont la possibilité d'informer la personne et sa famille sur l'existence d'autres services au sein du « Pôle Domicile », plus adaptés en fonction de l'évolution de la maladie (l'AJA, l'hébergement temporaire du service spécialisé Alzheimer ou la PAR, voire une entrée dans le SSA en hébergement permanent).

L'équipe individualise les séances selon les besoins de la personne ; différentes activités sont mises en œuvre telles que : scrabble, jeu de l'oie adapté, aménagement et organisation du lieu de vie (aides techniques avec pictogrammes dans la chambre ou la salle de bain, mise en place d'un planning hebdomadaire...), écoute et conseils, cuisine, courses, sorties au lac, tricot...

En 2012, avec une activité démarrant seulement en juillet (fonctionnement sur 6 mois), 236 séances se sont tenues, et 20 personnes ont été prises en charge, avec moyenne d'âge s'élevant à 82 ans. 80% des usagers sont atteints de la maladie d'Alzheimer et 55% ont des GIR 3/4. Enfin, la totalité des prescriptions a été faite par le médecin traitant. Sur le plan financier, l'ESA présente un résultat comptable excédentaire de 24 051,77€.

E) La plate-forme d'accompagnement et de répit



Pour finir, s'agissant de la plate-forme d'accompagnement et de répit, elle n'a pas été soumise à une évaluation interne compte tenu de son récent lancement (septembre 2012).

Néanmoins, des entretiens et des réunions régulières avec les équipes ont été faits. Ainsi, son activité se caractérise par un « travail important de communication », des

actions de formation relative à la maladie d'Alzheimer, et le démarrage assez lent de diverses activités. Il apparaît que la communication est essentielle pour ce type de service novateur et atypique, surtout dans un territoire rural tel que le Nord des Landes. De nombreuses affiches et plaquettes ont été distribuées (plus de 2000 dans les commerces, cabinets médicaux, mairies, CCAS, CIAS...), des réunions d'information sont faites dans plusieurs villes des cantons d'intervention, et on compte une cinquantaine de parutions d'articles ou d'affichages (panneaux d'information) et plus de 120 « spots radio ».

Malgré tout cet effort de communication, la PAR rencontre des difficultés pour lancer véritablement son activité, puisque les cafés-mémoire ont une fréquentation très aléatoire, l'accueil de jour itinérant n'a que très rarement de participants, tout comme les ateliers aidant - aidé.

Face à ce lent démarrage, il a été décidé au cours d'une réunion du mois de mars 2013, de réajuster les activités proposées, afin de s'adapter au mieux aux besoins de la population (modification des lieux et dates des cafés-mémoire, adaptation de l'accueil de jour itinérant, mise en place de « permanences Alzheimer », communication plus globale sur le « Pôle Domicile »...).

En ce sens, il n'est pas évident de lancer des services aussi novateurs et inédits, surtout en zone rurale ; cela demande une grande flexibilité et de la patience de la part des équipes.

En conclusion, l'expérience de l'EHPAD de Biscarrosse montre qu'un établissement peut diversifier son offre, sans se limiter à la seule prise en charge classique en institution, avec la création par exemple d'un « Pôle domicile ». Ce pôle permet de répondre aux besoins de la population de manière efficace ; d'ailleurs, au cours du Comité de participation de l'AJA de Biscarrosse du 18 décembre 2012, les familles se sont déclarées très satisfaites de la « palette complète de services » proposés par l'EHPAD. La complémentarité des services présents à l'EHPAD est garante d'une réelle satisfaction des besoins de l'utilisateur.

De plus, cette diversification des activités de l'EHPAD semble être l'une des orientations de l'ARS Aquitaine, qui a pour projet de constituer des EHPAD « centres ressources », offrant des services différents, à la fois sur le plan hébergement (institution), que sur le plan domicile. De même, au niveau national, de nombreuses formules alternatives à l'hébergement en institution se développent, et la CNSA ou encore la DRESS ont publié des rapports faisant état de ces services ; il semble, dès lors, opportun de comparer les données nationales avec celles de l'EHPAD de Biscarrosse.

2.1.2 Des résultats inscrits dans la moyenne nationale

D'après l'enquête de la DRESS de 2010, les $\frac{3}{4}$ des SSIAD présentent un taux global d'occupation de 93% et comptent entre 20 et 70 places. Initialement créés pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, les SSIAD sont ouverts depuis 2004 aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap, ou atteintes de pathologies chroniques ; néanmoins, plus de 95% des places restent destinées aux personnes âgées de 60 ans ou plus. Le SSIAD de Biscarrosse a actuellement 60 places et affiche un taux d'occupation de 95% ; de plus, il offre deux places réservées aux personnes handicapées de moins de 60 ans. La totalité des usagers vivent à domicile et les $\frac{3}{4}$ des bénéficiaires du SSIAD sont des femmes, ce qui correspond aux moyennes nationales apparaissant dans l'enquête de la DRESS. De même, les horaires sont classiques : 08h00-13h00/16h00-20h00 (seulement 6% des SSIAD sont ouverts toute la journée sans interruption). En revanche, l'un des points faibles, mis en évidence par l'étude comparative, est le manque de liens formalisés entre le SSIAD du Pays-de-Born et les réseaux, même s'il a une convention avec le CLIC³² et le réseau ASPAM³³ (63% des SSIAD ont des liens formalisés avec un réseau gériatrique ou un CLIC, et 30% avec un réseau de soins palliatifs).

D'autre part, d'après l'enquête de la CNSA de 2012 , l'accueil de jour des personnes âgées dépendantes est une activité récente puisque 68% des structures ont commencé leur activité après 2005, dont 19% d'entre eux en 2010 ou 2011 ; il convient de noter que 86% des unités d'accueil de jour sont dans des maisons de retraite ou des logements-foyers (73% ont des locaux dédiés à l'accueil de jour) et 14% sont des centres autonomes d'accueil de jour. L'accueil de jour « Maison Alain Lartigue », dont les locaux se situent au sein de l'EHPAD de Biscarrosse, a été inauguré en 2010, et sa capacité d'accueil est de 10 places, alors que la capacité d'accueil installée moyenne des unités d'accueil de jour est d'environ 7,1 places.

Selon la CNSA, un peu plus de la moitié des structures pratiquant l'accueil de jour ont un projet d'établissement spécifique pour cette activité, et près de 60% des unités ont établi des liens formalisés avec des CLIC ou des réseaux gériatriques, 52% avec des établissements (EHPAD, hôpitaux), et environ 37% avec des services à domicile (services d'aide à domicile ou SSIAD) ou des associations d'usagers et de famille. L'accueil de jour de Biscarrosse a un projet de service spécifique et a formalisé des liens avec le SSIAD du Pays-de-Born, l'EHPAD de Biscarrosse et l'association France Alzheimer.

³² Centre Local d'Information et de Coordination

³³ Réseau de Soins Palliatifs de l'Adour et du Marsan

En terme de fonctionnement, près de 85% des établissements d'accueil de jour sont fermés le week-end, et le nombre de jours d'ouverture autorisés par an atteint en moyenne 272 jours. Par ailleurs, 36% des établissements indiquent que le nombre de journées de présence par semaine par bénéficiaire est plafonné à 4 jours par semaine. De même, l'accueil de jour « Maison Alain Lartigue » est fermé le week-end, et il est autorisé pour 264 jours par an ; cependant, il n'existe pas de plafonnement par semaine et par usager, ni d'organisation en demi-journée.

Concernant le personnel, le taux d'encadrement à Biscarrosse (3,7 ETP pour 10 places) est légèrement supérieur à la moyenne nationale (3,34 ETP pour 10 places), et la composition de l'équipe de l'accueil de jour est classique avec une IDE coordinatrice, une psycho-gérontologue, des AMP³⁴ et ASH³⁵, et un adjoint administratif. Comme 79% des structures offrant de l'accueil de jour, celle de Biscarrosse prévoit une possibilité de transport grâce à une convention avec le CCAS³⁶.

En 2011, les établissements ayant une activité d'accueil de jour ont, en moyenne, accueilli 23 bénéficiaires différents et réalisé 961 journées ; les malades Alzheimer (ou maladies apparentées) représentent la majorité des usagers. Les personnes accueillies sont surtout des personnes en G³⁷IR 3/4 (55%) et, dans une moindre mesure en GIR 1/2 (35%).

A Biscarrosse, en 2012, l'AJA a accueilli 40 personnes et réalisé 2 244 journées ; la totalité des usagers est diagnostiquée maladie d'Alzheimer ou apparentée. 37,5% ont des GIR 1/2 et 50% ont un GIR 3/4.

Enfin, d'après la CNSA, certaines structures (3%), proposent un accueil de jour itinérant et la moitié des établissements déclarent avoir mis en place une activité à destination des aidants familiaux ; à Biscarrosse, ces activités sont proposées par la plate-forme d'accompagnement et de répit, mise en place en 2012.

Concernant l'hébergement temporaire, l'enquête de la CNSA indique que 72% des établissements recensés ont démarré leur activité d'hébergement temporaire après 2003, dont 43% après 2008 ; l'EHPAD de Biscarrosse a commencé cette activité en 2001 et sa capacité d'accueil actuelle est de 4 places, ce qui est proche de la moyenne nationale égale à 3,8 places, même si la moitié des établissements ne disposent que de deux places au plus. Seulement 5% des établissements disposent de 10 places ou plus installées d'HT.

³⁴ Aide médico-psychologique

³⁵ Agent des services hospitaliers

³⁶ Centre communal d'action sociale

³⁷ Groupe iso ressource

Peu d'établissements font part d'un projet d'établissement spécifique pour l'hébergement temporaire (19%), et près de 70% des établissements ont établi des liens formalisés avec au moins un partenaire (53% avec des CLIC ou des réseaux gérontologiques, 51% avec des établissements).

L'hébergement temporaire de Biscarrosse ne bénéficie pas d'un projet de service particulier, d'ailleurs, cela fera partie des fiches-actions du projet d'établissement 2014 / 2019 ; en revanche, il existe une convention avec l'HAD³⁸. Il est autorisé pour 365 jours par an, et concernant le plafonnement du nombre de jours par usager, le minimum est de 7 jours, et les conseils généraux fixent un nombre maximum de jours de prise en charge (60 jours pour le Conseil général des Landes et 30 jours pour le Conseil général de Gironde). L'EHPAD de Biscarrosse n'impose pas de plafond maximum et la durée moyenne de séjour s'élève à 15 jours (alors que la moyenne est d'un mois et que 60% des établissements fixent un plafond d'environ 118 jours par usager par an).

Les séjours en hébergement temporaire ont, pour principal motif, le besoin d'un relais ou d'un répit à l'aidant non professionnel accompagnant les personnes en situation de dépendance.

Certaines périodes de l'année correspondent à des « pics de demandes » : 55% des établissements précisent que les mois de juillet et août sont davantage sollicités, et environ un tiers indiquent la période hivernale ; à Biscarrosse ce phénomène s'observe durant les vacances scolaires (surtout l'été et la période de Noël).

En général, suite au séjour en hébergement temporaire, l'usager retourne à son propre domicile (65%), ou entre en institution.

Un peu plus de la moitié des établissements déclare avoir une démarche de communication sur son territoire (40% par le CLIC, 15% via une plaquette d'information, et 8% via un site internet) ; l'EHPAD de Biscarrosse s'appuie sur son site internet pour la communication globale du « Pôle Domicile » afin d'informer les usagers de l'existence de places d'hébergement temporaire.

Enfin, les principales difficultés rencontrées, citées dans l'enquête, se retrouvent à Biscarrosse : « nombre de places insuffisant, une gestion administrative compliquée par les annulations et les imprévus, des demandes qui ne correspondent pas à l'offre (urgence, hébergement définitif, ...), de trop fortes variations d'activités et des difficultés de planning ».

Concernant l'ESA, d'après l'enquête de la CNSA de 2012, 159 ESA étaient ouvertes en 2011, représentant une capacité de 18 442 places ; environ 5 000 patients

³⁸ Hospitalisation à domicile

ont été reçus, soit une file active de 550 patients par mois. Une ESA reçoit en moyenne, sur un an, 52 patients atteints de maladies Alzheimer (69%) ou de maladies apparentées (23%), la durée moyenne de prise en charge d'un patient est de 13 semaines et l'âge moyen des patients est de 81 ans.

De plus, la majorité des patients sont adressés par médecin généraliste (66%), par consultation mémoire hospitalière (27%), ou encore par un médecin spécialiste (7%).

Les dotations des ESA sont en moyenne de 131 500 euros, mais 70% d'entre elles ont une dotation de 150 000 euros. Les ergothérapeutes sont présents dans 80% des ESA, et dans 32% des cas, un binôme ergothérapeute / psychomotricien est constitué.

A Biscarrosse, l'ESA a ouvert en juillet 2012 et a pris en charge 20 personnes (80% atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée), dont la moyenne d'âge s'élevait à 82 ans. La durée moyenne de prise en charge se situe dans la moyenne nationale, tout comme le personnel présent (ergothérapeute), et la dotation financière (150 000 €). La quasi-totalité des patients est adressée par le médecin généraliste.

Par conséquent, on constate à travers cette étude comparative avec des données nationales, que les services du « Pôle Domicile » de Biscarrosse se situent dans la moyenne nationale, ce qui est d'autant plus encourageant pour continuer à approfondir ces activités.

Si la mise en place de ces nouveaux services tournés vers le domicile semble positive pour l'utilisateur, avec un libre choix de prise en charge, et pour l'EHPAD, avec une politique dynamique de développement, certaines limites apparaissent toutefois dans le fonctionnement.

2.1.3 Des contraintes de gestion budgétaire et organisationnelle

A) Une gestion complexifiée

Si la multiplication des services au sein de l'EHPAD de Biscarrosse permet de proposer une offre de prise en charge diversifiée, répondant aux besoins de la population, elle est aussi source de complexité en termes de gestion quotidienne.

En effet, tout d'abord s'agissant des instances, les élections, réunions, compte-rendu et délibérations, sont plus nombreux, puisque pour l'EHPAD on compte le Conseil d'Administration (CA), le Comité technique d'établissement (CTE), le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), le Comité de vigilance et de bientraitance

(CVB), le Conseil de la vie sociale (CVS) et les Commissions Administratives Paritaires Locales (CAPL). Pour l'AJA, un Comité de participation se réunit deux fois par an ; enfin, pour le SSIAD et l'ESA, un Conseil syndical (équivalent du CA), et un Comité consultatif (équivalent du CTE), sont constitués et les Commissions Administratives Paritaires Départementales (CAPD) sont compétentes.

Ainsi, la multiplication des instances engendre une certaine lourdeur administrative pour le directeur et une partie du personnel (cadre de santé, IDE coordinatrice, adjoints des cadres) ; toutefois, l'existence de ces diverses instances assurent une réelle « démocratie médico-sociale ».

En 2014, lorsque le SSIAD sera rattaché juridiquement à l'EHPAD, cela permettra une simplification administrative, puisque le SIVU sera dissout, tout comme le Conseil syndical et le Comité consultatif. Néanmoins, le directeur de l'EHPAD de Biscarrosse s'attache à ce que les « intérêts » du SSIAD et de l'ESA puissent continuer à être représentés, grâce à la constitution d'un « Comité de participation SSIAD / ESA », par exemple.

D'autre part, la coexistence de nombreux services a pour conséquence une complexification au niveau budgétaire et financier, avec la multiplication des budgets annexes.

A Biscarrosse, actuellement, le directeur doit gérer deux budgets principaux : celui de l'EHPAD, et celui du SSIAD, et différents budgets annexes. Ces budgets sont classiquement divisés en trois sections (article L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles) :

-la section « soins », à la charge des régimes d'assurance maladie, dont la dotation est arrêtée par le directeur général de l'ARS, suivant « un barème et des règles de calcul » fixés par l'arrêté du 26 février 2009.

-la section « dépendance », à la charge du conseil général, dont la dotation est arrêtée par son président ; celle-ci couvre « l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins, que la personne âgée est susceptible de recevoir » (article R. 314-160 du Code de l'action sociale et des familles).

-la section « hébergement », à la charge du résident.

Les budgets sont présentés en groupes fonctionnels (CHARGES : Groupe 1 = dépenses liées à l'exploitation courante / Groupe 2 = dépenses liées au personnel / Groupe 3 = dépenses liées à la structure. PRODUITS : Groupe 1 = produits de la

tarification / Groupe 2 = autres produits relatifs à l'exploitation / Groupe 3 = produits financiers et produits non encaissables).

Au sein de la structure de Biscarrosse, il s'agit, d'une part, du budget principal de l'EHPAD, qui se compose d'une section d'investissement et d'une section d'exploitation EHPAD. A cela s'ajoutent les budgets annexes, dont la section d'investissement est commune avec l'EHPAD : une section d'exploitation Accueil de Jour et une section d'exploitation Plate-forme d'accompagnement et de répit.

D'autre part, s'agissant du budget principal du SSIAD, il se compose d'une section d'investissement et d'une section d'exploitation SSIAD ; le budget annexe ESA comporte une section d'exploitation, la section d'investissement étant commune avec le SSIAD.

En ce sens, la préparation du budget, la comptabilité de fin d'exercice (opérations d'ordre), le compte administratif et l'analyse financière sont des opérations très lourdes, à Biscarrosse, compte tenu de la multiplication des budgets.

L'une des améliorations prévues en 2014 est le rattachement juridique du SSIAD (et donc de l'ESA) à l'EHPAD ; ainsi il existera un budget principal (EHPAD : section d'investissement et section d'exploitation) et 4 budgets annexes (sections d'exploitation de AJA, PAR, SSIAD, ESA).

A ces difficultés de gestion administrative et financière, s'ajoute un possible risque de confusion de la part des usagers et même du personnel.

B) Un risque de confusion possible

Tout d'abord, au niveau du personnel, un risque de confusion est possible, surtout au plan administratif. En effet, le directeur et les adjoints des cadres doivent « jongler » entre les différents services pour toutes les opérations de gestion courante ; par exemple, dans le domaine des ressources humaines avec les demandes ponctuelles du personnel, ou en finances avec les opérations de mandats / titres, ou encore en qualité, avec des évaluations de chaque service (multiplication des enquêtes de satisfaction à adapter pour les différents services, référentiel qualité spécifique pour le SSIAD, l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et le service spécialisé Alzheimer).

En terme d'information, les agents de l'accueil doivent être clairs pour expliquer la « palette de services » proposée aux usagers, d'autant plus que plusieurs de ces services sont destinés aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer (différents stades de la

maladie sont visés : AJA, ESA, Hébergement temporaire au sein du service spécialisé Alzheimer) ; certains s'effectuent à domicile (ESA, SSIAD, PAR) et d'autres se déroulent à l'EHPAD (AJA, Hébergement temporaire...).

Enfin, la communication entre les services est une condition sine qua non de leur bon fonctionnement, afin d'assurer une prise en charge adaptée de l'utilisateur, et surtout, un parcours cohérent de la personne âgée dépendante. Par exemple, le SSIAD peut présenter l'ESA à l'utilisateur, et conseiller d'en discuter avec son médecin traitant (ou contacter directement le médecin traitant) ; l'ESA peut suggérer de se rendre à l'AJA une fois par semaine ; l'AJA peut recommander quelques séjours en hébergement temporaire, en vue de préparer une entrée en institution dans le service spécialisé Alzheimer. Ainsi, il semble important que les dossiers-patients soient transmis entre les services en cas de mouvement interservices de l'utilisateur.

Ensuite, s'agissant des utilisateurs eux-mêmes, un risque de confusion est possible du fait de la multiplicité de services offerts à l'EHPAD de Biscarrosse.

Cette confusion entre les différents types de prise en charge peut s'expliquer de part le lancement de nombreux services sur la même période (2010 / 2012) ; d'autant plus que la majorité de ces services est à destination des malades Alzheimer (ou maladie apparentée). La nuance entre les services peut sembler ténue, et il est nécessaire de solliciter une orientation par l'IDE coordinatrice.

De plus, des services tels que l'ESA, l'AJA et surtout la PAR, paraissent très novateurs en milieu rural ; ainsi, un effort de communication a été essentiel pour démarrer l'activité des services (le « bouche à oreille » étant essentiel à déclencher). Or, comme cela a pu être constaté pour la PAR, l'information communiquée a sûrement été trop complète sur les diverses activités, et la population a pu se perdre au milieu de tous ces services.

Malgré ces difficultés rencontrées avec la mise en place des nouveaux services tournés sur le domicile, ce développement « atypique » de prises en charge pour un EHPAD semble souhaitable et doit être poursuivi. En effet, la pertinence d'une gestion de ces services par un EHPAD, qui connaît les problématiques de la population âgée dépendante, est reconnue par les professionnels (personnel de l'EHPAD, professionnels du secteur médico-social, autorités : ARS, Conseil général...), d'autant plus que l'établissement peut orienter lui-même l'utilisateur sur ses différents services. De plus, la satisfaction des utilisateurs ne fait pas de doute ; en ce sens, il est nécessaire de renforcer et pérenniser ce type de service dans les années à venir.

2.2 Le maintien à domicile, une prise en charge souhaitable à renforcer et pérenniser dans l'avenir

La prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes semble donc être une solution pertinente à développer, dans laquelle l'EHPAD peut avoir un rôle moteur. Toutefois, des améliorations sont envisageables, tant au niveau de l'EHPAD de Biscarrosse, qu'au niveau national, en vue d'encourager l'approfondissement de ces services tournés sur le domicile.

2.2.1 Formulation de préconisations pour l'EHPAD de Biscarrosse

Au regard de la mise en place récente et assez rapide de multiples services au sein de l'EHPAD de Biscarrosse, il semble nécessaire à présent de « faire vivre l'existant ».

En effet, l'ESA, l'AJA et la PAR ont été institués entre 2010 et 2012, durant une période mouvementée de travaux d'extension / restructuration de l'établissement ; il convient alors d'entamer en 2013 une « phase de stabilisation ».

Cette phase va permettre à l'ensemble du personnel (soignant, hôtelier, technique, administratif), de faire le point sur l'activité naissante des services avec les points forts et les axes d'amélioration à envisager. Le personnel va pouvoir profiter du bâtiment neuf mis à disposition (locaux du « Pôle domicile » identifiables au sein de l'EHPAD). De même, la population locale va pouvoir s'approprier ces services, et en faire un usage adapté ; le but premier étant de répondre efficacement aux besoins de la population.

D'autre part, l'évaluation interne 2013 met en avant pour l'hébergement temporaire la nécessité de formaliser les documents et les pratiques. En effet, le projet d'établissement 2014 / 2019 prévoira la création d'un projet de service spécifique, ou d'un chapitre particulier relatif à l'HT, la désignation d'un « référent HT » pour assurer la continuité de prise en charge des usagers (usager venant de l'ESA, de l'AJA ou du SSIAD), la formalisation d'un contrat de séjour et d'un projet d'accompagnement individualisé adaptés à l'HT, et enfin, un travail sur l'admission sera réalisé (regroupement des pièces nécessaires à l'entrée).

Concernant l'AJA, des projets d'accompagnement individualisés adaptés à cette prise en charge seront mis en place et signés par chaque usager et famille.

Au plan budgétaire, une tentative de simplification paraît opportune, dans le respect de la réglementation en vigueur. Le rattachement du SSIAD du Pays-de-Born à

l'EHPAD de Biscarrosse est indispensable en vue d'une simplification administrative et budgétaire, et celle-ci est prévue en 2014.

De plus, l'une des pistes à explorer serait de clarifier et simplifier les mouvements financiers entre l'EHPAD et ses « services annexes » ; par exemple, la mutualisation des fournitures administratives et des locaux entraînent des remboursements de la PAR vers l'EHPAD, ou de l'AJA vers l'EHPAD (papier, stylos, encre de photocopieuse, chauffage, eau...), qui sont difficilement évaluables, et qui sont à imputer aux différents comptes. Il faudrait envisager l'imputation de ces frais divers à un seul compte de l'EHPAD (« remboursements de frais » / compte 6588).

Ensuite, la communication sur ces services atypiques dans le département doit rester une priorité de l'EHPAD, en particulier pour la PAR, qui propose des activités variées dans différentes communes. Le planning sur deux mois est affiché sur de multiples supports (panneaux d'affichage communaux, journaux, site internet, prospectus), et des journées portes-ouvertes peuvent être bénéfiques. De même, une communication plus globale sur le « Pôle Domicile » dans son ensemble semblerait plus efficace avec une « plaquette », synthétique et globale, relative à ce pôle, mettant en évidence le contact de la personne-ressource de l'établissement (l'IDE coordinatrice du « Pôle Domicile ») qui orientera au mieux l'usager (SSIAD / ESA / AJA / PAR / HT / Hébergement permanent).

Une information claire et complète envers les usagers et les aidants est indispensable afin que la population s'approprie au mieux ces multiples services du domicile. Les aidants jouent d'ailleurs un rôle essentiel dans le bon fonctionnement des services à domicile, tout comme dans les services de l'EHPAD.

Enfin, l'EHPAD de Biscarrosse doit continuer à s'inscrire dans une logique de territoire, en approfondissant les coopérations au sein du Nord des Landes. A titre d'exemple, l'EHPAD s'est lancé dans un projet de GCSMS avec différents EHPAD du secteur (EHPAD hospitaliers, territoriaux, HAD, centres hospitaliers), en donnant son accord de principe fin 2012. Ce GCSMS a notamment pour projet la création d'une MAIA, qui est un levier essentiel pour la coordination des différents acteurs, en vue d'un parcours de vie de l'usager fluide.

Il semble aussi intéressant de se tenir régulièrement à jour de « l'existant » qui entoure l'EHPAD, l'environnement extérieur et l'ouverture de l'établissement étant indispensables aujourd'hui. A ce titre, le site du « Plan Alzheimer » permet d'avoir une photographie par région des différents services présents. Ainsi, en ce début 2013 en Aquitaine, on ne compte qu'une quinzaine de SSIAD dotés d'une ESA (Biscarrosse est le

premier EHPAD des Landes avec le SSIAD du Pays de Born à s'en être doté), une douzaine de MAIA (seulement dans le sud et l'est des Landes), moins de cinq PAR, et peu d'accueils de jour respectent les seuils de places minimaux...

Le seul service qui semble manquer à l'EHPAD de Biscarrosse serait un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), notamment pour occuper les résidents les plus agités de l'établissement ; toutefois, aujourd'hui, les locaux ne paraissent pas adaptés pour accueillir convenablement ce type de pôle. Néanmoins, l'année 2013 pourrait inciter au développement de ce type de service, puisque la circulaire budgétaire du 15 mars affirme que « la notification de crédits de mesures nouvelles intègre, sur 6 mois, la dernière tranche de financement des PASA... En ce qui concerne les PASA et les unités d'hébergement renforcé (UHR), il est prévu de faire évoluer, pour l'assouplir, en 2013, le cahier des charges en un document de synthèse unique ».

L'établissement a déposé, en juin 2013, un projet innovant de « PASA de nuit » permettant de compléter sa filière Alzheimer en renforçant la prise en charge des troubles du comportement la nuit.

Il semble indispensable que l'EHPAD de Biscarrosse reste dans sa logique de développement dynamique ; d'ailleurs un travail a été initié s'agissant d'un projet d'accueillant familial salarié de l'établissement ; cette nouvelle prise en charge à envisager avec le Conseil général viendrait étendre les offres du « Pôle Domicile ».

Pour finir les réseaux interprofessionnels sont essentiels, et il est nécessaire de continuer à les développer (consultations-mémoire, conventions avec médecins spécialistes -psychiatre, dentiste...-...), d'autant plus compte tenu de la position géographique assez isolée de l'établissement.

Suite à ces conseils formulés pour l'EHPAD de Biscarrosse, il semble intéressant d'aborder les axes d'amélioration qui seraient souhaitables, au niveau national, pour favoriser les services tournés vers le domicile.

2.2.2 Les possibilités d'amélioration au niveau national

Le premier levier pour développer ces « services atypiques », rattachés à un EHPAD, mais intervenant au domicile, serait la **sensibilisation du corps médical**. En effet, les médecins généralistes sont les interlocuteurs majeurs, surtout dans les communes rurales, pour orienter les personnes âgées dépendantes.

Les équipes spécialisées Alzheimer n'interviennent que sur prescription médicale, tout comme les SSIAD ; ainsi le médecin est incontournable.

De même, un accueil de jour thérapeutique spécialisé Alzheimer, ou un service spécialisé Alzheimer, qui prévoit de l'hébergement temporaire (comme à Biscarrosse), nécessite le diagnostic de cette maladie (ou maladie apparentée) par un médecin.

De manière générale, une information relayée par un médecin généraliste auprès de ses patients aura un « poids » et une influence non-négligeables sur le choix de l'usager. Dès lors, des actions de sensibilisation / formation doivent être menées auprès des médecins, surtout pour ceux qui exercent en milieu rural et qui soignent souvent une population vieillissante.

Ensuite, la **collaboration des acteurs institutionnels** (CNSA, CLIC, CCAS, EHPAD, Conseil Général, Fonction Publique Hospitalière, Fonction Publique Territoriale, hôpital, secteur privé) est indispensable, en vue de coordonner le parcours de l'usager. Cet axe de travail a déjà été abordé dans plusieurs rapports et reste toujours d'actualité.

Le Plan Alzheimer comporte un objectif (Objectif n°2) intitulé « Renforcer la coordination entre tous les intervenants ». Le but est d'offrir une « *réponse personnalisée et évolutive* » aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leur famille, en accentuant la collaboration entre les intervenants.

Cette volonté avait émergé suite au constat que les malades et les familles ne se sentaient pas assez accompagnés suite à l'annonce du diagnostic et au cours des évolutions de la maladie. Souvent familles et malades ne savent pas à qui s'adresser et se perdent dans des dispositifs multiples, mal articulés et cloisonnés, d'autant plus que les formules de prises en charge se sont largement diversifiées. Dans la plupart des cas, il y a une absence de réponse coordonnée, un manque d'interlocuteur stable pour répondre aux nombreuses questions telles que : « Qui va suivre le malade ? Quelles sont les aides possibles à domicile ? Quelles structures de prise en charge existent ? Quels professionnels doivent intervenir ? ».

D'autre part, une personne âgée dépendante bénéficie en moyenne de l'intervention de trois professionnels et pour un quart d'entre elles de six ou plus ; ces chiffres mettent en évidence la nécessité d'une réelle coordination et communication entre les intervenants.

Ainsi, des dispositifs d'aide et de soins se sont juxtaposés sans que soient clairement définis les champs de compétence de chacun des acteurs, ni les modalités de communication et de partage d'information. De plus, à l'instar de l'EHPAD de Biscarrosse,

les établissements eux-mêmes tendent à diversifier leurs activités et peuvent se tourner sur le secteur du domicile, ce qui ajoute un acteur au domicile de l'utilisateur.

En ce sens, le Plan Alzheimer proposait de « *favoriser l'intégration des dispositifs d'aide et de soins, c'est-à-dire par une réelle coordination des acteurs et des financeurs dans le but de simplifier la vie quotidienne des personnes malades, d'améliorer le bien être des aidants et d'apporter les meilleurs soins et services pour tous* ».

L'objectif était de construire un véritable parcours de prise en charge et d'accompagnement pluri-professionnel et multidisciplinaire, social, médical et paramédical, avec des objectifs partagés par les différents acteurs. Ainsi, ont été mis en place les MAIA comme « porte d'entrée unique » (Mesure n°4 : « Labellisation sur tout le territoire de « portes d'entrée unique ») et les « coordonnateurs » (« case manager ») qui sont des professionnels coordonnant les interventions médicales et sociales (Mesure n°5 : Mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire : responsables du suivi sur le long terme de la coordination des différentes interventions pour les personnes atteintes de la maladie dont le cas est complexe).

Ensuite, la logique de territoire doit véritablement s'inscrire dans l'action des différents intervenants, en vue d'une bonne coopération. En ce sens, les établissements doivent prendre en compte les territoires de proximité arrêtés par les ARS, et travailler collectivement avec leurs collaborateurs proches géographiquement. Ainsi, les établissements et les professionnels de santé doivent être capables de réorienter un usager vers une structure adaptée au mieux ses besoins. Les ARS doivent continuer à publier des appels à projet en cohérence avec la logique de territoire propre à chaque département.

De manière plus générale, l'une des orientations à retenir pour que le maintien à domicile puisse pleinement se développer est la création et la diffusion de **nouvelles technologies** adaptées.

Le Plan national « Bien Vieillir » aborde cette solution dans son axe 8 « Développer la recherche et l'innovation dans le domaine du « Bien Vieillir » ».

De même, le Plan Alzheimer prévoit, dans son objectif n°3 intitulé « *Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile* » une mesure (n°7) visant « *l'amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies* ».

Ce rapport constate qu'il est nécessaire d'aménager le lieu de vie, afin de favoriser l'autonomie et de prévenir les accidents ; aujourd'hui, le handicap physique semble être connu et pris en compte par les professionnels (adaptation des architectures, fonction d'ergothérapeute...), contrairement aux handicaps cognitifs pour lesquels les nouvelles

technologies auraient un intérêt certain. Ainsi, des appels à projet pluridisciplinaires peuvent inciter au développement des « géron-technologies », de la domotique et des nouvelles technologies de l'information et de la communication en faveur des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

Aujourd'hui, l'enjeu majeur des innovations technologiques est de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles. Différents outils sont déjà à disposition des personnes âgées et sont utilisés, par les EHPAD ou au domicile, mais la question de l'accessibilité peut se poser en raison du coût de ces aménagements.

Tout d'abord, la notion d'habitat intelligent a émergé avec la mise en place de « chemins anti-chutes » lumineux. Ces détecteurs de présence, placés au pied du lit, allument automatiquement les lampes sur le parcours allant de la chambre aux autres pièces du domicile. Cela coûte environ 500 euros. De même, il est possible d'installer au domicile un monte-escalier silencieux, ou encore un lit médicalisé dont le matelas peut descendre jusqu'au sol, pour prévenir les chutes. Ensuite, les « télécommandes malignes » permettent de contrôler l'environnement - ouverture et fermeture des portes, des volets roulants, de l'électricité (chauffage, lampes), lits automatisés- en limitant les déplacements. Ces boîtiers représentent un coût important de 2 000 euros pour l'équipement complet d'un domicile. Enfin, des piluliers programmables à prix raisonnable (20 euros) existent avec une alarme (ou un flash émis) qui retentit lorsque vient le moment de prendre le médicament, et le boîtier s'ouvre et se verrouille automatiquement suite à la prise.

L'innovation technologique s'est aussi penchée sur la problématique du « lien social » des personnes âgées dépendantes. S'agissant de la téléphonie fixe, les appareils peuvent être équipés de grosses touches (ce qui est souvent fait en EHPAD), ou remplacés par des bracelets/montres innovants.

En téléphonie mobile, des téléphones simplifiés avec moins de touches, plus contrastés, voire à commande vocale, ont de plus en plus de succès. Aujourd'hui, il existe un téléphone avec un unique bouton (Bazile Telecom) qui permet d'entrer directement en relation avec une opératrice, simplifiant ainsi toutes les complications liées à l'usage d'un répertoire. Des « mini téléphones intelligents » pour personnes âgées permettent d'être relié à différents services, tels que les urgences, un centre d'écoute 24 h / 24 et 7 j / 7, des taxis... Cet appareil dispose aussi d'un GPS qui permet à la famille de localiser la personne, et d'un avertisseur lorsque celle-ci sort d'un périmètre défini (Coût : 300 euros).

L'informatique s'adapte aussi à travers les écrans tactiles ou les visio-conférences (par exemple, le logiciel Skype est utilisé à Biscarrosse pour les résidents voulant communiquer avec leurs proches, avec l'aide de l'animatrice)... Des dispositifs pratiques et adaptés ont été créés, tels que la souris anti-tremblements pour les personnes atteintes

de la maladie de Parkinson, ou encore la tablette interactive pour personnes âgées, qui est simplifiée et apporte de nombreux avantages dans le quotidien (communiquer avec ses proches par écrit ou à l'aide de caméras / dossier médical intégré pour une meilleure coordination du personnel médical / système de télésurveillance permettant l'intervention des secours rapidement. Coût : 400 euros).

D'autre part, les progrès en matière de domotique permettent un maintien de l'autonomie, grâce à un contrôle de l'environnement, au moyen d'interfaces tactiles et d'interrupteurs de plus en plus élaborés (commandes vocales...). D'ailleurs, les établissements de santé se sont intéressés à ces aménagements, comme le montre la motorisation des portes des parties communes, qui est essentielle pour des populations en fauteuil roulant. Au domicile, les portes, lits ou volets peuvent être automatisés ; il existe aussi des commandes pour les luminaires, le chauffage, ou le gaz... Concernant, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des repères spatio-temporels apparaissent avec des horloges et des aide-mémoires vocaux (enregistré par l'aidant, par exemple). Par conséquent, la domotique permet d'adapter son domicile à ses besoins, avec ses capteurs, ses outils de contrôle, sa communication à distance... L'une des dernières innovations est le « robot-auxiliaire de vie », capable d'interagir avec une maison domotique, qui pourra détecter des dangers, alerter en cas de chute, envoyer une liste de courses à une plate-forme dédiée qui livrera directement au domicile, organiser une visioconférence avec le médecin, ou encore rappeler à la personne de s'hydrater et de prendre ses médicaments... Le coût sera en revanche très important : entre 3 000 et 5 000 €.

Pour finir, les nouvelles technologies peuvent renforcer la sécurité et le suivi de la personne âgée dépendante, comme le montrent les dispositifs de GPS qui se sont développés, notamment suite à des fugues récurrentes de résidents d'EHPAD ou de malades, sous forme de balises, bracelets, pendentifs, broches, puces (en cas de sortie du malade de la zone géographique paramétrée par l'entourage, l'alerte est donnée auprès d'un service de téléassistance qui contacte les secours). Des détecteurs de chute « nouvelle génération » apparaîtront bientôt sur le marché (dalles intelligentes informant sur la position, et pouvant analyser les déambulations...). D'autre part, la téléassistance et la télémédecine connaissent des innovations significatives : bracelets montres mesurant le suivi d'activité de la personne (activités diurnes et nocturnes), et transmettant l'information aux aidants naturels ou professionnels, bracelets ou médaillons permettant à la personne d'alerter en cas de malaise, chute, crise d'angoisse (appuyer sur le bouton), détecteurs de dangers (gaz, fumée, fuites d'eau...) reliés à une alarme (ces capteurs peuvent simplement émettre un bruit d'alarme ou être reliés à des sociétés d'assistance, ce qui est plus coûteux)...Aujourd'hui, certains détecteurs décryptent même les

mouvements de la personne, et en cas d'anomalies (immobilité prolongée, chute, respiration anormale...), ils envoient une alerte à la famille et aux aides-soignants. Concernant la téléassistance, il faut préciser que l'APA peut prendre en charge l'abonnement à ce service sous certaines conditions (degré de dépendance notamment) et elle peut être déductible des impôts (ou permettre un crédit d'impôt) à hauteur de 50%, dans le cadre d'un recours à un service de soins à la personne.

En juillet 2013, la CNIL³⁹ émet des conseils pratiques pour encadrer au mieux ces dispositifs proposés pour assurer la sécurité des personnes âgées en perte d'autonomie⁴⁰. Cette institution pointe des limites à l'utilisation des systèmes de géolocalisation qui « *ne doivent en aucun cas porter une atteinte excessive aux droits et libertés des personnes, en particulier à leur dignité. Ils ne peuvent pas non plus se substituer à la vigilance humaine. De fait, les professionnels, familles et aidants doivent être les premiers acteurs de la sécurité des personnes concernées* ». La CNIL préconise de recueillir l'accord de la personne concernée et si celle-ci n'est pas en mesure de répondre, « *il faut au minimum l'informer de la mise en place du dispositif et recueillir l'accord de ses représentants légaux ou de ses proches* ». Les dispositifs doivent pouvoir être désactivés ou réactivés à tout moment par les personnes en possession afin de s'adapter au mieux à l'évolution de l'état de la personne.

De même, « *prendre en compte la localisation d'un individu revient à pénétrer dans son intimité et sa vie privée* », ainsi les caméras utilisées « *ne doivent pas être placées dans les lieux où le respect de l'intimité s'impose (toilettes...)* ». La mise en œuvre de ces dispositifs ne doit pas reposer sur une logique de précaution générale mais doit au contraire faire l'objet d'une évaluation individuelle du risque, c'est-à-dire au cas par cas. La CNIL précise qu'un « *contrôle de pertinence devrait s'appuyer sur un avis médical, pris après avoir effectué une évaluation collégiale et pluridisciplinaire par l'équipe prenant en charge la personne* ».

Enfin, la télémédecine est un secteur dans lequel la France a de nombreux progrès à faire, mais une évolution des mœurs sera nécessaire, afin d'utiliser cet outil de manière efficace. La télémédecine permet un suivi de la personne âgée dépendante, au domicile ou en institution, sans un déplacement qui peut être problématique. Pour les EHPAD situés en zone rurale et qui ne bénéficient pas de certaines spécialités médicales, la télémédecine peut être une solution à privilégier (psychiatrie, suivi des escarres...).

³⁹ Commission nationale de l'informatique et des libertés

⁴⁰ HOSPIMEDIA, 25 juillet 2013, « La CNIL émet des recommandations sur la géolocalisation des personnes âgées désorientées », consulté le 25/07/2013

Pour terminer sur les axes d'amélioration de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes, il faudrait une **professionnalisation du secteur**.

C'est un levier indispensable pour un véritable développement efficace et fiable de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, l'aide à domicile est un secteur avec des personnes peu qualifiées, qui manque d'attractivité du fait des faibles rémunérations et d'une reconnaissance sociale et juridique insuffisante.

Tout d'abord, la place de l'aidant familial est à valoriser, puisque c'est souvent grâce à cette aide que la personne âgée dépendante peut rester à domicile (« nursing », soins, accompagnement, démarches administratives, soutien psychologique, activités domestiques et culturelles...). Des efforts en matière de soutien et d'accompagnement des aidants familiaux sont en cours (congrés familiaux, valorisation financière ...), mais il serait souhaitable qu'une véritable reconnaissance du statut d'aidant familial ait lieu.

Cette problématique de reconnaissance du secteur domicile est abordée dans différents rapports dont le rapport « Vivre Chez Soi » de 2010, qui met en avant la potentialité d'emploi dans ce domaine : « une étude récente de la DREES évalue à un peu plus de 515 000 le nombre d'intervenants à domicile (hors double compte), répartis de la façon suivante : 23,5% en emploi direct, 39,5% en emploi mandataire et 37 % en emploi prestataire. Ce nombre, déjà significatif, est appelé à croître. En effet, les travaux de prospective font apparaître une croissance particulièrement forte des besoins en personnels aidant les personnes âgées, à domicile... D'ici 2015 environ 350 000 postes à pourvoir».

Ainsi, le défi à venir est d'attirer de nouveaux professionnels dans le secteur de la prise en charge à domicile, de fidéliser les personnes qui sont déjà en poste, et enfin d'améliorer la qualité des services proposés.

Aujourd'hui, la majorité des intervenants à domicile sont des femmes, 2/3 sont sans qualification et 85% sont directement employés par des particuliers. En moyenne, ces personnes travaillent 26 heures par semaine et accompagnent entre 6 et 7 personnes. 97% effectuent des tâches d'aide ménagère (vaisselle, nettoyage) et 73% font la préparation des repas ; seulement 38% aident à la prise des repas, 25% à l'habillage et 22% à la toilette. Souvent, les compétences mobilisées sont considérées comme des « qualités naturelles des femmes » ne nécessitant pas une réelle professionnalisation des métiers concernés. Or, il faudrait renforcer l'attractivité de ces fonctions et clarifier les statuts, de façon à rendre les qualifications nécessaires plus lisibles.

En ce sens, il peut paraître pertinent de développer le rattachement des services à domicile (pour les soins) à des structures clairement identifiées par la population, telles que les EHPAD, en vue de rendre plus attrayantes ces fonctions (sécurité de l'emploi de part le statut de fonctionnaire hospitalier). De plus, les EHPAD sont soumis à des évaluations (internes et externes) qui garantissent la qualité des prestations et services fournis ; ces évaluations, gage de qualité, s'appliquent alors aux services tournés vers le domicile.

Conclusion

En conclusion, ce mémoire permet de mettre en avant la nécessité de faire évoluer les modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, la population vieillissante va être de plus en plus importante dans les années à venir, et les personnes auront des attentes diverses en termes d'accompagnement (institution, domicile), en fonction de l'évolution de leur état de santé.

Il est indéniable que l'EHPAD aura un rôle à jouer dans la diversification des prises en charge des personnes âgées dépendantes y compris à domicile, même si ce secteur peut sembler a priori exclu des missions traditionnelles des maisons de retraite. L'exemple de l'établissement de Biscarrosse montre les possibilités et les limites que rencontre un EHPAD en participant au développement du maintien à domicile.

Il semble in fine que cette implication des EHPAD dans les services tournés vers le domicile est à encourager compte tenu de « l'expertise » dont bénéficient ces acteurs sur les besoins et les attentes de la population âgée dépendante et de leur reconnaissance sur le plan professionnel.

En tant que futur directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, il apparaît essentiel de développer dans son établissement des services répondant au mieux aux besoins de la population, en sortant de la simple « vision binaire » : institution / domicile. Des solutions innovantes et « hybrides » entre le domicile de l'utilisateur et l'établissement doivent être mises en place.

D'ailleurs, la DGCS, Sabine Fourcade, s'est dite intéressée par des expérimentations de regroupement sur une « plateforme de recours » des différents types d'hébergements pour les personnes âgées dans l'objectif de favoriser le maintien à domicile⁴¹. *« L'avenir est de construire une offre de répit beaucoup plus adaptée pour la famille et les proches, ceux qu'on appelle les aidants, pour permettre la prise en charge au domicile des personnes âgées. Il faut de plus en plus arriver à penser en termes de parcours, par exemple autour de plateformes de recours, avec des établissements proposant tous les type d'offres, non pas comme des systèmes totalement distincts qui créent une rupture mais comme une palette d'offres. Il s'agirait de construire une offre beaucoup plus adaptée aux besoins de la personne [dont] l'état de santé n'est pas totalement stable, dans laquelle il puisse y avoir des solutions intermédiaires, et non pas le tout-domicile ou le tout-EHPAD, et éviter l'hospitalisation ».*

⁴¹ APM news, 16 juillet 2013, « Personnes âgées: la directrice générale de la cohésion sociale s'intéresse à un concept de plateforme associant EHPAD et accueil de jour », consulté le 16/07/2013

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

-Ministère des solidarités et de la cohésion sociale et Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État. Circulaire n°DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 du 5 avril 2012 relative aux orientations de l'exercice 2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

-Ministère de l'économie et des finances et Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire n°DGCS/5C/DSS/CNSA/2013/106 du 15 mars 2013 relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

Ouvrages

-DUEE M., REBILLARD C., édition 2006, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », Données sociales-La société française, disponible sur internet : www.insee.fr (consulté en décembre 2012)

Articles

-APM news, 16 juillet 2013, « Personnes âgées: la DGCS s'intéresse à un concept de plateforme associant EHPAD et accueil de jour », consulté le 16/07/2013

-FHF, 2009, « La prise en charge des personnes âgées : un enjeu crucial pour les français », disponible sur internet : www.fhf.fr (consulté en décembre 2012)

-FHF, 13 novembre 2012, « CNSA : publication d'une étude sur les accueils de jours, hébergements temporaires, PASA, UHR et ESA -Alternatives à l'hébergement », disponible sur internet : www.fhf.fr (consulté en décembre 2012)

-HOSPIMEDIA, 25 juillet 2013, « La CNIL émet des recommandations sur la géolocalisation des personnes âgées désorientées », consulté le 25/07/2013

-MACREZ P., 23 juin 2010, « La prise en charge des soins à domicile » (mise à jour le 15 mai 2012), disponible sur internet : www.infirmiers.com (consulté en décembre 2012)

Rapports

-AQUINO J-P., mars 2013, « Anticiper pour une autonomie préserver : un enjeu de société »

-BROUSSY L., mars 2013, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO ! »

- CNSA, juin 2012, « Les chiffres clés 2012 de l'aide à l'autonomie », disponible sur internet : www.cnsa.fr (consulté en janvier 2013)
- CNSA, octobre 2012, « Rapports d'activités 2011-Accueils de jour et Hébergements temporaires », disponible sur internet : www.cnsa.fr (consulté en janvier 2013)
- CNSA, octobre 2012, « Rapports d'activités 2011-ESA, PASA et UHR», disponible sur internet : www.cnsa.fr (consulté en janvier 2013)
- FHF, mars 2011, « Chiffres clés 2011 du secteur médico-social », disponible sur internet : www.fhf.fr (consulté en décembre 2012)
- FRANCO A., juin 2010, « Vivre chez soi-Autonomie, inclusion, projet de vie », disponible sur internet : www.travail-emploi.gouv.fr (consulté en décembre 2012)
- GIMBERT V. et MALOCHET G., juin 2011, « Les défis de l'accompagnement du grand âge- Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance », disponible sur internet : www.strategie.gouv.fr (consulté en décembre 2012)
- KPMG, janvier 2012, « Observatoire des EHPAD », disponible sur internet : www.kpmg.fr
- Ministère de la santé et des solidarités, 2007, « Plan national Bien Vieillir-2007/2011 », disponible sur internet : www.social-sante.gouv.fr (consulté en décembre 2012)
- Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 27 juin 2006, « Plan solidarité Grand Age », disponible sur internet : www.cnsa.fr (consulté en décembre 2012)
- Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, février 2011, « Débat national sur la dépendance », disponible sur internet : www.social-sante.gouv.fr (consulté en décembre 2012)
- PINVILLE M., mars 2013, « Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales »

Thèses et mémoires

- MIP 2012, mai 2012, « Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë »

Sites internet (consultés de janvier à juin 2013)

- www.plan-alzheimer.gouv.fr
- www.tresor.economie.gouv.fr
- www.insee.fr
- ars.sante.fr
- www.ehpad-biscarrosse.fr

Liste des annexes

Annexe I : Projet de service du Pôle Domicile de l'EHPAD de Biscarrosse

PROJET DE Service

Pôle Domicile

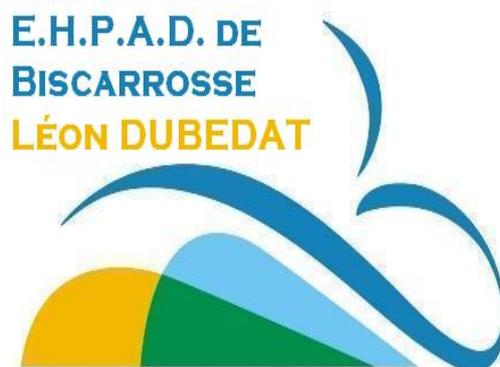


SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

EQUIPE SPECIALISEE ALZHEIMER

ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER

HEBERGEMENT TEMPORAIRE



SOMMAIRE

INTRODUCTION

OBJECTIF STRATEGIQUE

 *Le maintien et la préservation de l'autonomie*

 *Les valeurs*

 *Le territoire*

MISSIONS OU OBJECTIFS OPERATIONNELS

 *Informier, communiquer et orienter*

 *Soigner, accompagner et aider*

 *Former, adapter et coordonner*

MOYENS D' ACTIONS

 *Le projet de vie personnalisé*

 *Les services et les équipes*

 *La coordination et le partenariat*

INTRODUCTION

L'allongement de la durée de vie de la population engendre plusieurs types de vieillissements, la population âgée forme ainsi des groupes hétérogènes aux attentes diverses.

A ce titre, la politique médico-sociale actuelle invite à proposer « **une palette de services** » permettant de diversifier les modalités d'accueil et de prise en charge de la population âgée afin de s'adapter au mieux à **ses besoins et à ses désirs** ainsi qu'à ceux de son entourage et de ses aidants.

Le plan Solidarité Grand Age de Monsieur Philippe BAS, le plan Alzheimer 2008-2012 et récemment la mission « Vivre chez soi » de la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés Mme Nora BERRA apportent des orientations et des outils permettant d'adapter les services existants ou de créer des expériences nouvelles afin de favoriser efficacement la diversification des modes d'accueil et de prise en charge.

Le maintien à domicile concerne une importante proportion de la population âgée (environ 90% des personnes de 75 ans ou plus) et participe à l'expression du libre choix du mode de vie de la personne âgée. En conséquence, le développement de dispositifs adaptés aux besoins des aidants et des personnes âgées est aujourd'hui incontournable afin de proposer un **maintien à domicile accompagné**.

C'est dans ce contexte que l'EHPAD Léon DUBEDAT situé à Biscarrosse, dans le Département des Landes, a réalisé son extension et sa restructuration qui aboutit à un établissement composé :

- D'un pôle « **institution** » comprenant 65 lits d'hébergement traditionnel dont 2 lits d'hébergement temporaire et 12 lits d'hébergement spécialisé Alzheimer dont 2 lits d'hébergement temporaire.
- D'un pôle « **domicile** » comprenant 60 places de SSIAD (58 places personnes âgées et 2 places personnes handicapées), 10 places d'accueil de jour Alzheimer, 10 places d'équipe spécialisée Alzheimer et une plateforme d'accompagnement et de répit.

Particulièrement investi dans la prise en charge des maladies neuro-dégénératives et apparentées ainsi que dans la participation à une prise en charge globale de la population âgée, l'établissement et ses équipes ont décidé de valoriser ce pôle domicile par la mise en place d'un projet de service spécifique. La filière ainsi constituée avec la participation des établissements et services médico-sociaux du territoire permet de répondre aux besoins et souhaits de la population âgée.

OBJECTIF STRATEGIQUE

→ **Le maintien et la préservation de l'autonomie**

La condition essentielle pour permettre de rester à domicile est de **maintenir et préserver l'autonomie de la personne âgée**.

Pour atteindre cet objectif primordial, il faut :

- agir précocement afin de limiter les risques de perte d'autonomie,
- accompagner la personne tout au long du parcours de vie,

- proposer des modes de prises en charge diversifiées, coordonnées et graduées,
- proposer des services spécifiques de qualité aux usagers atteints de la maladie d' Alzheimer,
- reconnaître la place centrale de l'aidant et organiser son accompagnement,
- Renforcer la prise en charge sanitaire à domicile.

L'établissement à travers son pôle domicile a un rôle d'animateur et de coordonnateur de la prise en charge en favorisant la complémentarité des services et des personnels.

➔ **Les valeurs**

Les services du pôle domicile ont arrêtés des valeurs communes qui participent à la cohésion et à la coordination des actions :

- **le professionnalisme**

Les équipes sont composées de professionnels qualifiés et motivés.

Ces professionnels favorisent les échanges, la concertation et la coordination.

Ces professionnels s'interrogent sur leurs pratiques afin d'adapter leurs réponses aux besoins des usagers.

- **la qualité du service rendu**

L'objectif recherché est la satisfaction de la demande de l'utilisateur et de son entourage.

Le service et ses actions sont régulièrement évalués soit en interne soit en externe. Les enquêtes de satisfaction sont largement utilisées.

Les résultats de ces évaluations sont pris en compte et permettent de réajuster les objectifs et les moyens.

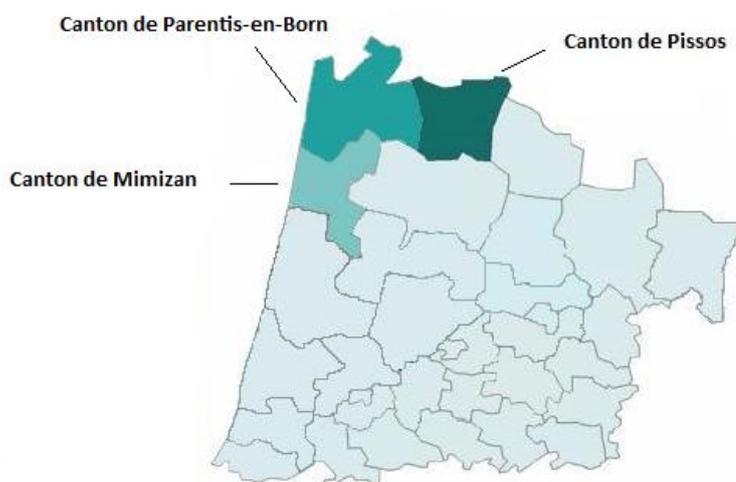
- **La mobilité et la proximité des interventions**

Des actions personnalisées

Des actions au domicile

Des actions établies sur des relations de confiance qui permettent d'apaiser les craintes et les représentations.

➔ **Le territoire**



L'ensemble des services du pôle domicile intervient sur les cantons de Parentis en Born et de Pissos.

Seule la plateforme d'accompagnement et de répit intervient sur le canton de Mimizan en complémentarité des services existants.

MISSIONS OU OBJECTIFS OPERATIONNELS

➔ **Informier, communiquer et orienter**

La faiblesse de l'information et de la communication sur les dispositifs de maintien à domicile autant pour la personne âgée que pour sa famille est patente. Cette situation résulte d'une grande complexité de la réglementation et d'une absence de services de proximité.

L'accessibilité à l'information est encore plus difficile pour les usagers particulièrement isolés : ceux habitant en zone rurale ou ceux atteints de maladie d'Alzheimer. Les aidants, très souvent âgés eux-mêmes ou en épuisement connaissent aussi ce manque important d'information et de communication.

Pas ou peu d'information, ne permet pas à la personne âgée ou à sa famille de s'orienter vers une prise en charge adaptée.

Le pôle domicile a une mission primordiale dans ce domaine :

- Il informe sur les services disponibles soit de façon générale au niveau du territoire soit de façon ciblée à destination d'une population particulière : plaquettes, réunions d'information, réunions de professionnels, rencontres.
- Il communique sur ses services et ses actions : professionnels, médias, CCAS.
- Il communique en provoquant des rencontres entre les familles, en organisant des groupes de paroles et en proposant des retours d'expérience.
- Grâce à cette information et à cette communication et suite à une évaluation gériatrique de qualité, il propose aux usagers une orientation adaptée,
- Il envisage avec l'intéressé et sa famille le projet de vie personnalisé à mettre en place.

L'ensemble des services du pôle domicile apporte cette information et provoque la communication, mais la plateforme d'accompagnement et de répit a un rôle essentiel dans la réalisation de cet objectif.

➔ **Soigner, accompagner et aider**

Les actions fondamentales permettant le maintien à domicile assurées par les services existants manquent parfois de qualité, d'efficacité et de consistance :

- La préparation de la prise en charge suite à une bonne évaluation passe par la visite des professionnels à domicile si possible avec la présence des aidants.
- Le glissement des tâches est trop fréquent. Chaque professionnel qualifié doit intervenir pour ses compétences. La confusion des tâches doit laisser la place à la complémentarité des compétences.
- Le soin doit s'analyser dans une démarche de prise en charge globale et pas uniquement dans un souci de service ou de spécialité. La coordination des interventions en plaçant la personne âgée au centre du dispositif est un des défis majeurs du maintien à domicile.
- L'accompagnement doit être individualisé :
 - il doit dépasser le soin et prendre en compte la dimension sociale avec un souci de partenariat vers un objectif commun : le bien-être de la personne âgée.
 - Il doit être efficient autant lors des périodes de stabilisations que lors des périodes de crises

- Il doit être particulièrement actif pour les usagers vulnérables : personnes protégées, personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer.
- La prise en charge sanitaire des personnes âgées vivant à domicile doit être renforcée.
- Le rôle de l'aidant doit être valorisé et ses actions seront relayées par la mise en place d'aides spécifiques en particulier pour ceux concernés par un parent Alzheimer.
-

Le pôle domicile doit combler ces insuffisances en :

- assurant une prise en soins de qualité par des professionnels qualifiés (AS, ASG, AMP, Ergothérapeute, psychologue, art thérapeute, coordonnateur de santé en gériatrie)
- coordonnant ses actions entre ses services et avec les services extérieurs intervenant auprès des usagers
- plaçant la personne âgée au centre du dispositif par la mise en place d'un projet de vie personnalisé consenti par l'intéressé et sa famille
- en développant des partenariats avec le secteur sanitaire et ses équipes mobiles (HAD, soins palliatifs, équipes mobiles de gériatrie)
- en proposant aux aidants des solutions de répit : accueil de jour, hébergement temporaire, activités communes aidants/aidés.

L'ensemble des services du pôle domicile participe à ces actions en particulier :

- le SSIAD pour la prise en soins avec son équipe spécialisée pour les usagers ALZHEIMER
- l'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les solutions de répit
- la plateforme pour la coordination des actions.

Former, adapter et coordonner

Ces actions qui ne concernent pas la prise en charge directe de l'utilisateur sont également à développer ou à renforcer pour consolider le maintien à domicile :

- Trop d'aidants se trouvent en situation d'épuisement ou d'abandon face aux difficultés du soutien du maintien à domicile de leur parent en particulier ceux dont le parent est atteint de troubles cognitifs. Ces aidants doivent être soutenus et formés.
- La préservation de l'autonomie se réalise aussi par une adaptation de l'environnement au sens large et en particulier du logement et des outils ménagers à la disposition de la personne âgée
- La coordination des interventions (déjà évoquée à plusieurs reprises) en plaçant la personne âgée au centre du dispositif est un des défis majeurs du maintien à domicile. Coordination entre SSIAD, HAD et Hôpital, coordination entre SAD et SSIAD, coordination entre le domicile et les séjours de répit, etc.

L'ensemble des services du pôle domicile développe ces actions en particulier :

- La plateforme d'accompagnement et de répit pour la formation et le soutien des aidants et pour la coordination des acteurs du domicile.
- L'équipe spécialisée Alzheimer pour les actions d'aménagement de l'environnement d'adaptation du logement et de ses équipements.

MOYENS D'ACTION

→ Le projet de vie personnalisé

C'est à travers ce projet que la prise en charge de la personne âgée va s'organiser. Obligation légale et morale, le projet de vie qui implique l'usager, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire du pôle domicile doit répondre à la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne mais également à ses attentes. C'est une action de planification et de coordination des interventions des services du pôle domicile ainsi que des intervenants extérieurs nécessaires à la réalisation du projet.

Elaboré lors de l'inclusion dans le dispositif d'aide, le projet de vie personnalisé fait l'objet d'une contractualisation et il est révisé autant de fois que nécessaire et obligatoirement une fois par an.

Un support informatique connu et partagé par tous les acteurs est indispensable pour mener à bien cette action. Cet outil de coordination permettra en plaçant l'usager au centre du dispositif, de définir le profil de l'usager (motifs d'inclusion, dossier administratif, dossier social, évaluation, dossier médical, dossier de soins), de synthétiser les plans d'aide et les plans de soins (intervenants, plans, suivi et évaluations), de recenser les professionnels concernés et de communiquer avec eux et de tracer les actions des services du pôle domicile. La prise en charge par le pôle domicile est également l'occasion, après accord de l'usager, de mettre en place le dossier médical personnel.

→ Les services et les équipes

Le pôle domicile est composé de cinq services rattachés à l'EHPAD qui interviennent au domicile de l'usager ou qui proposent des solutions d'aide et de répit. Ces services étant **complémentaires** tant dans leurs missions que dans leur fonctionnement, la personne âgée et ses aidants bénéficient d'une filière ou « **palette de services** » qui vise à une prise en charge graduée et adaptée en fonction des besoins et des attentes. Le projet d'intégration de familles d'accueil pour personnes âgées est à l'étude.

Les services mobiles au domicile

Le SSIAD du Pays de Born

Capacité	60 places (58 personnes âgées et 2 personnes handicapées)
Missions	Soins infirmiers, soins d'hygiène et aide à l'accomplissement des actes de la vie courante à domicile
Territoire	Cantons de Parentis en Born et canton de Pissos
Localisation	Siège : EHPAD Biscarrosse Antenne : bureau à Pissos
Projet de service	2011



L'Equipe Spécialisée Alzheimer

Capacité	10 places
Missions	Soins d'accompagnement et de réhabilitation à domicile pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées
Territoire	Canton de Parentis en Born et canton de Pissos
Localisation	EHPAD Biscarrosse
Projet de service	2012



Les services d'aide et de répit

L'Accueil de Jour Alzheimer

Capacité	10 places
Missions	Accueil à la journée des malades avec activités thérapeutiques Répit, écoute et soutien des aidants
Territoire	Canton de Parentis en Born
Localisation	EHPAD Biscarrosse
Projet de service	2010



L'Hébergement temporaire

Capacité	4 places : 2 hébergement traditionnel/2 hébergement Alzheimer
Missions	Accueil à la semaine Répit, écoute et soutien des aidants
Territoire	Pas de limite territoriale
Localisation	EHPAD Biscarrosse
Projet de service	En cours de réalisation

Les services mixtes

La Plateforme d'Accompagnement et de Répit

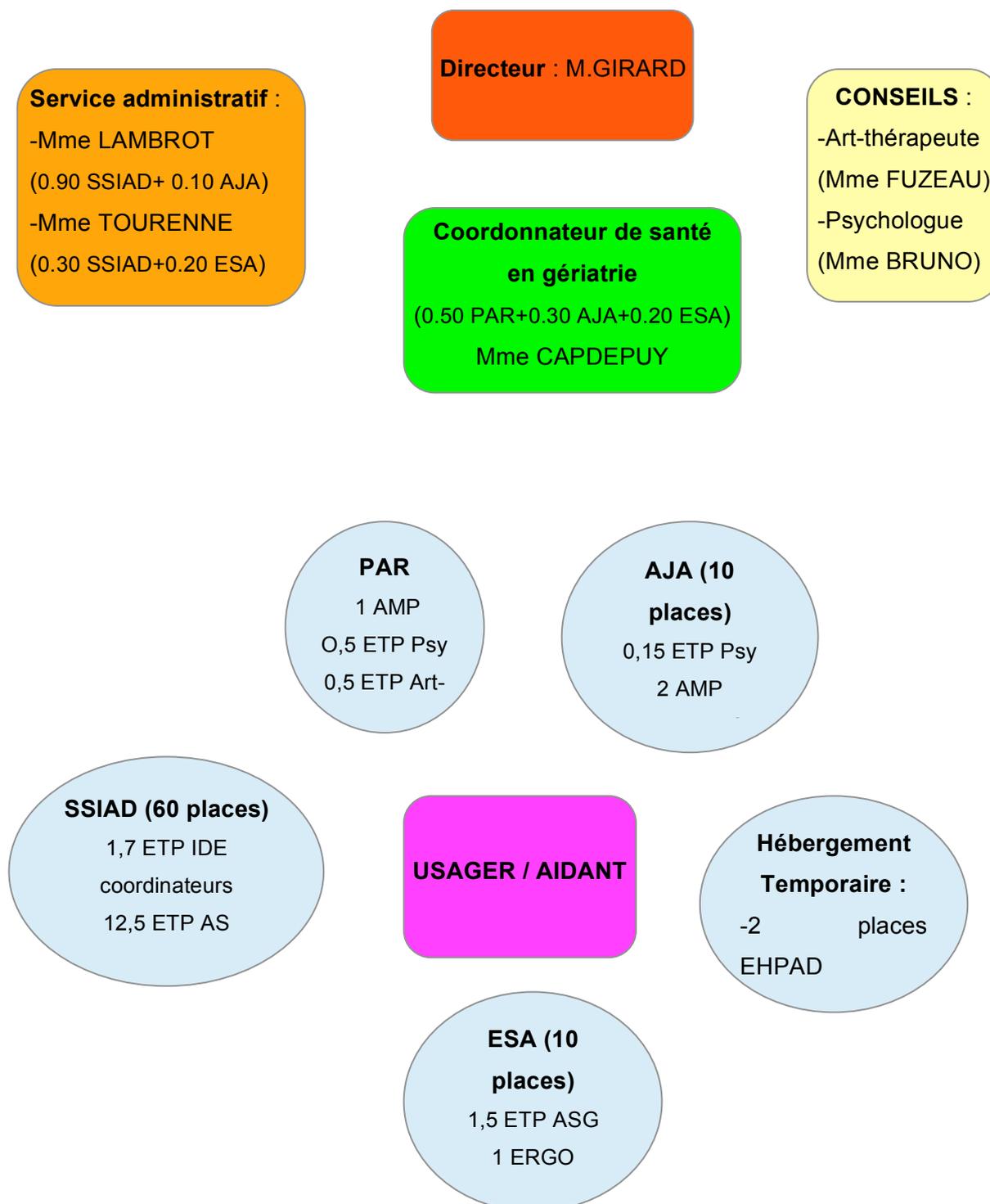


Public	Malades Alzheimer et leurs aidants
Missions	Information, soutien, communication et orientation Formation Offre de répit à domicile Accueil de jour itinérant
Territoire	Canton de Parentis en Born, canton de Pissos et canton de Mimizan
Localisation	EHPAD Biscarrosse
Projet de service	en cours de réalisation

Les équipes

Le pôle domicile possède des équipes pluridisciplinaires qualifiées.

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DU POLE DOMICILE



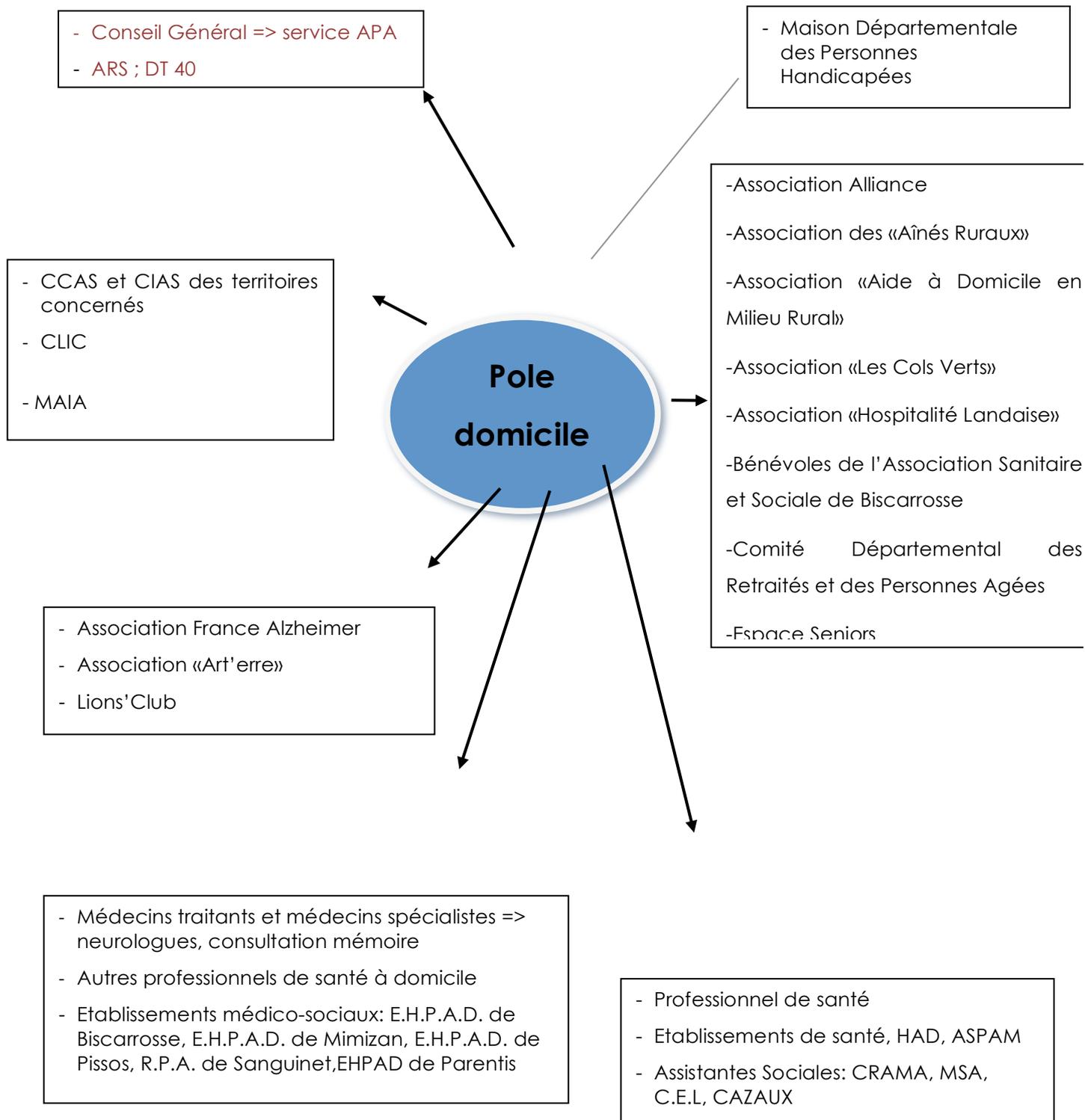


La coordination et le partenariat

La coordination est le défi majeur pour assurer un maintien à domicile efficace et de qualité ainsi qu'une approche progressive de la vie en EHPAD au travers des offres de répit.

Elle s'exerce entre les services du pôle domicile et entre le pôle domicile et l'EHPAD. Elle s'exerce entre les services du pôle domicile et les services sanitaires, les professionnels de santé et les services sociaux qui interviennent au bénéfice de la personne âgée concernée.

Cette coordination sera facilitée par la mise en place du projet de vie personnalisé, du DMP et d'un outil informatique commun.



PÔLE DOMICILE

Le pôle domicile de l'EHPAD vous présente ses différents services et leurs équipes



Françoise CAPDEPUY
Infirmière Coordinatrice du Pôle Domicile



Nancy TOURENNE et Régine LAMBROT
Adjointes administratifs

SSLAD

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile du pays de Born intervient sur les cantons de Parentis et de Pissos.

Sa mission principale est de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées. Le service assure l'aide aux actes essentiels de la vie (toilette, habillage, lever, coucher,..) ainsi que des soins infirmiers.

La prise en charge se fait sur prescription médicale, c'est une prise en charge 100% sécurité sociale.



Jennifer JUNQUA - Infirmière Coordinatrice

Aides soignants :

Laëtitia GASTALDELLO, Véronique AUGÉARD,
Françoise LESIEUR, Isabelle BOYER, Rachida
MAZZEGA, Lena REMY, Florence BELLENGE,
Lydie GASPAROUX, Catherine DUBES,
Gilbert PION, Christelle LARRIEU, Carole BOULET,
Christine GOSTISBEHERE

Les services spécialisés dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et de leurs aidants familiaux :

ESA

L'Equipe Spécialisée Alzheimer est en service depuis juillet 2012. Les interventions se font sur les cantons de Parentis et Pissos, au domicile des personnes, sur prescription médicale, et sont prises en charge par la Sécurité Sociale. Ces prestations d'accompagnement et de réhabilitation sont destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et diagnostiquée à un stade léger à modéré.

Véronique Fagot : Assistante de Soins en Gériatrie
Marie Leblanc : Ergothérapeute
Véronique Augéard : Assistante de Soins en Gériatrie



PÔLE DOMICILE

AJA

L'Accueil de Jour Alzheimer, appelé « Maison Alain LARTIGUE », a pour but d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, vivant à domicile, à raison d'une ou plusieurs journées par semaine. Ce service se situe dans des locaux adaptés et sécurisés, dédiés uniquement à cet Accueil de Jour. Il propose pour la personne accueillie des activités qui stimulent les capacités intellectuelles, physiques et sensorielles, favorisent le lien social et redonnent le plaisir de participer à des activités régulières. Pour les familles il offre un temps de répit et propose écoute et soutien.



Sandrine FAYARD : Aide Médico Psychologique
 Marie-Odile ROBERT : Agent de Service Hospitalier
 Valérie OBSER : Agent de Service Hospitalier
 Chantal BONNEAU : Aide Médico Psychologique
 Céline FUZEAU : Art-Thérapeute
 Sandra BRUNO : Gériopsychologue

PAR

La Plateforme d'Accompagnement et de Répit est en service depuis le mois d'octobre 2012. Elle vise à soutenir, informer, orienter et offrir du temps de répit aux aidants familiaux. Elle a également un rôle de prise en soin du proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Elle couvre les cantons de Parentis-en-Born, Pissos et Mimizan et propose diverses prestations.

Sur le canton de Parentis :

LES CAFÉS MÉMOIRE Un temps d'échanges convivial entre aidants familiaux et leurs proches malades, un lieu de partage d'expériences pour rompre l'isolement et apporter les informations pour améliorer le quotidien :

Tous les 2^{ème} jeudis du mois au « PUB » place Marsan à Biscarrosse,
 et tous les 4^{ème} jeudis du mois au « Cochon qui rit » 101 route du lac à Parentis.

De 14h30 à 16h30 l'équipe vous accueille, chacun est libre d'arriver et de repartir quand il le souhaite.

LES REUNIONS DES FAMILLES Ces réunions trimestrielles permettent de rencontrer d'autres aidants et de partager ses difficultés. Un accueil du proche malade est possible si besoin.

Prochaine réunion le 4 janvier 2013 à 14h30 à l'EHPAD de Biscarrosse, sur inscription.

LES ATELIERS AIDANTS/AIDÉS EN ART-THÉRAPIE Danse, chant, musique, arts plastiques... Un espace d'expression et de partage qui permet de s'évader et de mieux surmonter les difficultés quotidiennes liées à la maladie. Nul besoin d'avoir des compétences artistiques pour participer !!

Un lundi sur deux en alternance entre Biscarrosse (Espace Montbron) et Sanguinet (Salle des Fêtes), de 14h à 16h, sur inscription, 25€ les 2 séances pour le couple aidant/aidé.

ACCUEIL, RENSEIGNEMENTS, ECOUTE TELEPHONIQUE :

Françoise Capdepuuy au **05 58 83 01 50**

Aurélie LOVALLO : Aide Médico Psychologique
 Sandra BRUNO : Gériopsychologue
 Céline FUZEAU : Art-Thérapeute



Annexe III : Tableau comparatif services EHPAD de Biscarrosse et données nationales

COMPARATIF DONNEES NATIONALES (Enquêtes CNSA 2012 et DRESS 2010)

ACCUEIL DE JOUR

	Données CNSA	EHPAD Biscarrosse
Année d'ouverture	68% après 2005 dont 19% entre 2010/11	2010
Capacité d'accueil	7,1	10
Locaux spécifiques	74%	Oui
Projet de service spécifique	50%	Oui
Liens formalisés avec:		
-CLIC/Réseau géronto	60%	Oui
-Etablissements (EPS, EHPAD)	52%	EHPAD Biscarrosse
-Services à domicile/Asso	37%	SSIAD Pays de Born France Alzheimer
Fermeture le WE	85%	Oui
Nb jours d'ouverture autorisés	272	264
Plafonnement nb j/semaine/usager	36% à 4 jours/semaine	Non (pas formel)
Organisation en demi-journée	60%	Non
Taux d'encadrement	3,34 pour 10 places	3,7 ETP pour 10 places
GIR moyen usagers	55% sont GIR 3/4 et 35% sont GIR 1/2	
Organisation du transport	79%	Convention CCAS
Personnels	AS/AMP/Psychologues/IDE	IDE coordinatrice/ Géronto-psychologue/Art-thérapeute/AMP/ASH/ adjoint adm
Tarif journalier	27 euros en moyenne 65% tarif entre 20 et 40 euros	Hébergement=32,35 GIR 1/2=28,62 GIR 3/4=18,14 GIR 5/6=7,7
Activités envers les aidants	49%	Groupes de parole pour les aidants du service PAR
Accueil de jour itinérant	3%	PAR

ESA

	Données CNSA	EHPAD Biscarrosse
Année d'ouverture	159 ESA en 2011	2012
Durée moyenne de fonct (1ère année)	8 mois	6 mois
Nb patients/an	52 patients	20 sur 6 mois
Durée moyenne PEC/patient	13 semaines	12/15 séances
Age moyen patients	81 ans	82 ans
Prescription par:		
-Médecin généraliste	66%	100%
-Consultation mémoire hosp	27%	
-Médecin spécialiste	7%	
Dotation financière	131500 mais 70% ont eu 150 000	150000
Personnels	80% ont ergo, 32% ont binôme ergo/psychomot	Ergo/2 ASG/IDE coordinatrice/Adjoint adm

SSIAD	Données DRESS	EHPAD Biscarrosse
Nb de places	3/4 ont entre 20 et 70 places	52
Taux d'occupation	93%	95%
Places réservées personnes handicapées	40% des SSIAD	2
Usagers vivant à domicile	96%	100%
Proportion Hommes/Femmes	2/3 usagers sont des femmes	3/4 femmes
Intervenants extérieurs	90% infirmiers libéraux	Infirmières libérales
Liens formalisés avec:		
-Réseau gérontologique/CLIC	63%	Oui
-Réseau soins palliatifs	30%	AS PAM
Personnels		IDE coordinatrice/AS/ Adjoin adm
Jours d'ouverture	98% interviennent tous les jours	Tous les jours
Horaires	6% sont ouverts toute la journée sans interruption 1/3 interviennent avant 7H30 40% terminent à 20H ou après	08H00-13H00 16H00-20H00
GMP	30% sont GIR 2 3 ou 4 / 7% sont GIR1	89% sont GIR 2 3 ou 4 / 6% sont GIR 1

HEBERGEMENT TEMPORAIRE

	Données CNSA	EHPAD Biscarrosse
Année d'ouverture	72% après 2003 dont 43% après 2008	2001
Capacité d'accueil	3,8 et 1/2 étapt ont 1 ou 2 places	4
Projet de service spécifique	19%	Non
Liens formalisés avec:	70%	
-CLIC/Réseau géronto	53%	Oui
-Etablissements	51%	HAD
Nb jours d'ouverture autorisés	346	365
Plafonnement nb j/usager	60% plafond à 118 j/an	Minimum 7jours CG40= 60j/ CG33=30j
Durée moyenne séjour	1 mois	15 jours
GIR moyen usagers	46% GIR 3/4 et 32% GIR 1/2	
Liste d'attente	45%	Oui
Période de pic demande	55% en juillet	Vacances (été et Noel)
Dispositif spécifique de retour domicile	19%	Non
Suite de HT	65% domicile, puis institution	Domicile
Démarche de communication	52% (40% au CLIC, 15% plaquette info, 8% site internet)	Site internet
Difficultés rencontrées	Nb places insuffisant, gestion adm compliquée par annulations et imprévus, variations d'activités, pb planning	Difficulté de gestion , Nb places insuffisant pour répondre aux besoins
Tarif journalier	50% tarif entre 49,1 et 62,2 euros	Hébergement=58,97 GIR 1/2= 23,84 GIR 3/4=15,14 GIR 5/6=6,42

JOSLET

Marine

Décembre 2013

DESSMS

2012-2013

EHPAD et domicile : une nécessaire complémentarité. L'exemple de l'EHPAD de Biscarrosse

Résumé :

Aujourd'hui, la prise en charge personnes âgées dépendantes est un enjeu de société incontournable compte tenu des évolutions démographiques, économiques, politiques et culturelles.

L'offre d'accompagnement du vieillissement de la population doit s'adapter aux besoins et souhaits des individus et donc se diversifier. A côté du classique hébergement en institution, le maintien à domicile se développe en faisant intervenir de nombreux acteurs dont l'EHPAD peut faire partie.

A priori, il apparaît surprenant de penser à l'EHPAD en tant qu'intervenant au domicile puisque sa mission centrale est la recherche d'un hébergement de qualité au sein de sa structure ; or l'EHPAD peut être envisagé comme un «acteur-ressource» qui connaît les attentes du secteur des personnes âgées dépendantes et qui dispose de différents leviers.

L'exemple de l'EHPAD de Biscarrosse permet d'analyser les opportunités et les limites de la mise en place de «services tournés vers le domicile».

Mots clés :

EHPAD, maintien à domicile, personnes âgées dépendantes, SSIAD, accueil de jour, équipe spécialisée Alzheimer, hébergement temporaire, accompagnement, répit

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.