



LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

à l'horizon 2015 en BASSE-NORMANDIE



ÉTUDE DU COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION DE L'OBSERVATION SOCIALE

Septembre 2007

*Nous remercions vivement les personnes âgées et leurs aidants
qui ont bien voulu nous consacrer un peu de leur temps
ainsi que tous les professionnels qui ont facilité
et permis la réalisation de cette étude.*

4

AVANT PROPOS

9

ÊTRE UNE PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE AUJOURD'HUI

11

Situation actuelle des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants

17

Trois axes de progrès pour des services d'avenir

23

LA POPULATION ÂGÉE DÉPENDANTE ET LES ÉQUIPEMENTS À L'HORIZON 2015

25

Projections à l'horizon 2015

29

Ce que pourrait être l'offre de services à l'horizon 2015

31

LES PROBLÉMATIQUES GÉNÉRALES À PRENDRE EN COMPTE À L'HORIZON 2015 UNE RÉPONSE À LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

33

Le vieillissement de la population et ses principales conséquences

37

La dépendance des personnes âgées d'ici 2015 : évolutions possibles et préconisations

AVANT PROPOS

En appui du Réseau Etudes des services de l'Etat en région, dans le cadre partenarial du Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale, une étude a été menée afin d'évaluer les besoins face à la dépendance des bas-normands de 60 ans et plus à l'horizon 2015.

Cette étude doit permettre :

- d'alimenter les réflexions du groupe Personnes âgées du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale ;
- de nourrir les travaux préalables à l'élaboration du PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie et des Schémas départementaux des personnes âgées des Conseils généraux ;

Conçue comme un outil d'aide à la décision et un des aspects de l'évaluation des besoins, cette étude ne saurait en aucun cas se substituer aux compétences des différents acteurs publics (Etat, Conseils généraux, assurance maladie...) dans l'élaboration de leurs schémas directeurs en faveur des personnes âgées.

Elle comprend plusieurs phases :

- Une estimation au 31 décembre 2006 du nombre de personnes âgées **dépendantes** et de sa part parmi l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans, ainsi qu'une projection à l'horizon 2015 de cet effectif.
- Une identification à partir du panel des besoins des personnes âgées dépendantes :
 - estimation chiffrée des équipements et services qui pourrait être créés à l'horizon 2015 ;
 - évaluation qualitative des réponses actuellement apportées aux personnes.

Cette évaluation qualitative doit également permettre de cerner ce qui a été déterminant dans le parcours d'entrée en dépendance des personnes, ainsi que dans le choix du domicile ou de l'établissement, afin de pointer les améliorations possibles en matière d'accompagnement.

Une trentaine d'entretiens a ainsi été menée auprès d'un échantillon illustratif de personnes âgées et de leurs aidants, dans un souci de compréhension de ce qui est important pour « bien accompagner » une personne âgée en perte d'autonomie.

La réalisation de cette étude, pilotée par la DRASS, a été confiée à l'INSEE et au Centre Régional d'Etudes et d'Actions pour l'Insertion (CREAI), et coordonnée par un **comité de suivi** composé de représentants du CRCOS signataires de la convention d'étude : Préfecture de Région, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Direction Régionale de l'Équipement, Conseils généraux de la Manche et de l'Orne, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, association régionale des Caisses de Mutualité Sociale Agricole, Conseil Economique et Social Régional.

Ce comité de suivi s'est réuni régulièrement et a validé chaque étape de travail. Le comité de pilotage du CRCOS a par ailleurs validé l'ensemble des travaux lors de deux réunions, en avril et septembre 2007.

Ont en outre été constitués :

Un groupe méthode, afin de délimiter la population concernée par le champ de l'étude et proposer une méthode d'approche de cette population.

Ce groupe méthode animé par le CREAI était composé de représentants de l'INSEE et de la DRASS.

Un groupe ressource, afin de :

- identifier quels types de réponses peuvent être proposés aux personnes âgées selon leur degré et type de dépendance ;
- repérer les principales problématiques à approfondir dans le cadre des entretiens auprès des personnes âgées ;
- proposer des critères de choix des personnes à interviewer, et constituer un relais pour le repérage de ces personnes.
- réfléchir à des pistes d'amélioration des services rendus

Ce groupe ressource, animé par le CREAI, était constitué de représentants des professionnels des différents types d'établissements et de services s'adressant aux personnes âgées : maisons de retraite, Unités de Soins de Longue Durée (USLD), Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), services d'aide à domicile, équipes d'évaluation de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), services sociaux de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et de la Mutualité Sociale Agricole ...

Cette étude a donné lieu à un rapport final dont la présente synthèse ne reprend que les éléments essentiels.

Qu'est-ce qu'une personne âgée dépendante ?

On appelle une « **personne âgée** » une personne qui a atteint ou dépassé 60 ans.

Une personne âgée est dite « **dépendante** » quand elle ne peut plus accomplir seule les actes essentiels de la vie courante. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie-Groupe Iso-Ressources) est un outil permettant de mesurer l'autonomie des personnes âgées. Elle les répartit en six groupes selon leur capacité à effectuer une dizaine d'activités courantes. Les personnes classées en GIR 1 à 4 sont considérées comme dépendantes. Les groupes GIR 1 et GIR 2 correspondent à une dépendance sévère, le groupe GIR 3 à une dépendance moyenne et le groupe GIR 4 à une dépendance modérée.

GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

GIR 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.

GIR 5 et GIR 6 : personnes très peu ou pas dépendantes.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comprennent les maisons de retraite et les logements-foyers autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes, et les unités de soins de longue durée des hôpitaux (USLD). Les USLD hébergent des personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements médicaux d'entretien. Dans la majorité, elles sont rattachées à un hôpital.

Lorsque les personnes vivent chez elles, les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** peuvent assurer des soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement d'actes essentiels de la vie. Ils interviennent au domicile mais aussi dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou handicapées.

ÊTRE UNE PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE AUJOURD'HUI

Quels sont les besoins des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie ?

Pour répondre à cette question, une enquête qualitative a été menée auprès de 28 personnes âgées et de leurs aidants. Les entretiens ont été réalisés dans le souci de comprendre ce qui était important pour bien accompagner une personne âgée en perte d'autonomie.

Quelles améliorations proposer en conséquence en matière d'accompagnement ?

En complément de cette enquête qualitative, un panel d'améliorations des services rendus est proposé.

Situation actuelle des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants

Le parcours d'entrée en dépendance et la mise en place des aides

Il est difficile pour les personnes âgées d'évoquer clairement l'enchaînement des événements ayant entraîné leur perte d'autonomie, de porter un regard distancié sur leur histoire : l'entrée en dépendance, « c'est un tas de choses »...

Ces extraits d'entretiens permettent de dessiner quelques pistes d'action afin de mieux accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie, en particulier en ce qui concerne la prévention des chutes, pour toutes les personnes âgées :

- adapter les modes de vie (alimentation, exercices physiques...), ce qui implique que, dès la soixantaine, les personnes

âgées prennent conscience des risques et les acceptent ;

- organiser des retours à domicile « sécurisés » dans le cadre des suites d'hospitalisation, ;
- soutenir rapidement les aidants familiaux, afin qu'eux aussi, évitent la fatigue et les chutes.

Ils donnent également un éclairage sur les critères de choix entre établissement et domicile. Ainsi, vivre à domicile implique souvent la présence d'un environnement aidant, sur lequel la personne âgée peut s'appuyer, mais repose aussi sur une réelle volonté de la personne de vivre à domicile.

La maison de retraite peut être un véritable choix pour des personnes célibataires et peu entourées. Ces personnes sont d'ailleurs plus aisément orientées vers ce type d'établissement. Elle représente éga-

Madame, 74 ans, vit en maison de retraite suite à un déclin progressif de son état de santé

Depuis combien de temps êtes-vous dépendante comme ça ?

Oh il y a longtemps que je boitais... J'avais mal dans le dos pendant six mois au moins. Le dos est usé. Tout est usé. Jusqu'à soixante ans, parce que je travaillais dans un hôtel restaurant, le médecin m'avait dit qu'il fallait que j'arrête de faire le ménage parce que je faisais de l'arthrose déjà à cette époque-là et que je pourrais me retrouver en chaise roulante. Et c'est ce qui est arrivé.

C'était prévisible ?

Faut croire.

Vous n'y croyiez pas vous ?

Non. J'aurais jamais pensé.

lement la sécurité pour des personnes sujettes à de nombreux « accidents de santé ». Une entrée en établissement imposée, pour répondre à une situation

Madame, 80 ans, dépendante, après avoir accompagné son mari dépendant pendant des mois, vit désormais seule à son domicile, son mari étant accueilli en maison de retraite

Je voulais tenir jusqu'au bout, si vous voulez mais je ne pouvais plus. Je ne tenais plus debout. Je mangeais presque plus. J'avais pas le temps. Je ne pouvais pas, il y avait jusqu'à six voitures, les plateaux repas, j'avais l'ADMR, j'avais les aides soignantes, j'avais D. qui venait pour lui tout ça... Et donc j'avais un va et vient. A la fin, les filles m'ont dit « on va prendre une personne pour te faire manger » puisque j'arrivais des fois, j'avais même plus le temps de manger. J'avais plus de force. Et je suis tombée. J'ai tenu jusqu'au bout, jusqu'à ce que je sois tombée dans les waters. Je me suis trouvée mal et après je ne pouvais plus aller sur mon lit ». Elle raconte comment sa fille l'a trouvée, l'appel au SAMU etc.

Madame, 77 ans, qui est allée « au bout du domicile », après des hospitalisations à répétition, a finalement accepté de venir vivre en maison de retraite

Vous vous sentez chez vous ici ?

Ah complètement. Je suis plus heureuse là qu'avant de venir. Par contre, ça a été très très dur de s'habituer au départ. Le premier soir, j'avais un copain qui venait, je lui disais « Si je pouvais passer par la fenêtre, si j'avais mes jambes, j'irais... ». « Tu irais où ? » qu'il me demandait. Ben je disais « Je sais pas » (rires). Mais c'est pour vous dire l'idée...

Vous êtes là depuis quand alors ?

Depuis trois ans.

Vous me dites que vous étiez chez votre fille avant d'entrer en maison de retraite ?

Ça faisait quinze ans que j'étais chez ma fille. Ça va faire dix neuf ans que mon mari est parti. Et j'étais tellement mal, que je savais pas mettre ça au dessus de moi. C'était pour quelques jours et ça a duré quinze ans... Mais là j'étais souvent malade, à chaque fois, c'était arrivé les dernières années que au moins une fois par mois, des fois plus, j'allais à l'hôpital alors !

Pour un problème pathologique alors ?

Un problème cardiaque, et si j'avais du stress, c'était les poumons qui prenaient. Ce qui fait que j'ai changé de cadre. C'est vrai qu'on est suivi là. Dès qu'il y a un petit peu de fièvre toc, allez hop tout de suite... Chez nous il fallait déjà attendre le médecin une journée, après il fallait prendre l'ambulance. Ça n'en finissait pas. J'étais toujours en crise avant d'arriver là. Alors ça ne pouvait pas marcher. Le dernier coup le cardiologue m'a dit, « Je vous renvoie mais n'allez pas chez vous ». « Ben si vous voulez pas alors je vais aller où moi ? » ? et ils m'ont envoyée là. C'est comme ça que je suis arrivée là.

Monsieur, 79 ans, ancien ouvrier agricole célibataire, ayant toujours habité dans la ferme de son employeur, est entré en maison de retraite suite à son accident de travail

Qu'est-ce qui vous a amené là ? Que s'est-il passé ?

Un accident du genou qui m'a fait aller à la clinique. Mon genou était tellement abîmé qu'il fallait comme un genre de ponction [...] Il était écrasé - il explique les conditions de l'accident, un taureau qu'il fallait porter à l'abattoir -

C'était donc un accident de travail ? Qui vous a valu une hospitalisation ?

Oui, quand j'ai été à peu près relevé, mais pas complètement. J'étais resté, à la clinique. Le docteur me dit « Et votre jambe ? Vous en avez au moins pour un mois à l'hôpital ». Il me dit « Ne vous cassez pas la tête, vous avez (maison de retraite) qui sont ici, ils vont vous prendre en charge si ça ne vous fait rien ». Ah j'ai dit « Maintenant à l'âge que j'ai ! ». J'étais resté à la ferme alors j'avais bien voulu. Donc pour moi j'ai demandé à venir ici. Ils m'ont accepté sans problème.

donnée, peut aussi après quelque temps, après le refus ou la colère, être reconnue par la personne âgée comme une solution bien adaptée à ses difficultés.

Les relations avec les aidants professionnels et la satisfaction générale au regard des services rendus

Que ce soit à domicile ou en établissement, les personnes âgées expriment des attentes à l'égard des aidants, en matière de :

- respect de l'autonomie, du rythme de vie et des habitudes de vie,
- connaissance minimale et compréhension de leur pathologie.

Le maintien à domicile peut être ainsi mis à mal du fait de la trop grande diversité des intervenants, pas toujours au fait de la problématique des personnes, ou des amplitudes horaires parfois importantes des professionnels. La coordination des interventions à domicile apparaît ici primordiale. La question du coût des aides à

domicile se pose également, en particulier pour les personnes ayant besoin d'une présence constante (cf également chapitres suivants concernant les aidants familiaux).

La compréhension des dispositifs d'aide à domicile semble peu aisée pour les personnes, du fait de la multiplicité des intervenants et des modes d'intervention possibles. La désignation d'un interlocuteur unique pour l'information de la personne âgée dépendante et de sa famille pourrait être encouragée dans ces situations.



Avant de faire une demande d'admission en maison de retraite conjointe avec son épouse dépendante, Monsieur vivait à son domicile

Vous aviez de l'aide chez vous ?

Oui, enfin... [...] parce que on dit beaucoup de bien des aides à domicile.... Enfin, il y a pas de mal à en dire mais enfin, une fois elles ont la grippe, une fois elles ont autre chose, elles ont des enfants, il arrivait souvent que cette aide à domicile en laquelle nous avons entière confiance manquait un peu à ses obligations disons... On n'avait pas quelqu'un de sûr.

Donc ce n'était pas sécurisant pour vous ?

Non, enfin, ils envoyaient bien une remplaçante, mais ils envoyaient quelqu'un qu'on ne connaissait pas, et changer de gens tous les quatre jours c'est un peu ennuyeux parce que ces gens ne vous connaissent pas.

En établissement ces questions de compréhension des dispositifs se posent avec beaucoup moins d'acuité. En revanche, les personnes âgées peuvent également connaître des horaires d'intervention des professionnels qui ne correspondent pas à leur rythme.

Madame, 77 ans, qui est allée « au bout du domicile », après des hospitalisations à répétition, a finalement accepté de venir vivre en maison de retraite

Bon alors sur « comment vous êtes-vous adaptée », je vois un peu...

Ah ben là très bien. Mais j'ai eu du mal. Enfin au début c'était très dur. Quand on quitte tout pour venir... Moi qui étais en famille, avec mes enfants, mes petits enfants, mes arrière petits enfants... Je vous assure qu'il faut un bon mois avant d'arriver à avaler le contenu...

Vous vous couchez à quelle heure ?

Oh moi, les autres... Dès 7 h et demi 8 heures elles couchent tout le monde hein ! Alors moi au départ, je leur ai dit « Je peux pas me coucher à cette heure-là ». Et avec ma fille, comme elle vient, on a dit comme ça elles ne viendront pas. Alors c'est elle qui me couchait quand elle repartait et puis maintenant, je me couche toute seule quand ma fille s'en va. Dès fois, il est 10 h, 10 h et demi. 11 h moins le quart des fois. Ça dépend.

Madame, 95 ans, veuve et sans environnement familial de proximité, est venue vivre en maison de retraite après avoir été hospitalisée suite à une chute

Est-ce que cela veut dire que dans votre maison avant vous n'aviez pas cette sécurité-là ?

Toute seule, non.

Qu'est-ce qui vous rassure aujourd'hui ici ?

La façon que le personnel s'occupe de vous et tout ça. Je vais vous dire un drôle de mot, c'est ce qu'on appelle vraiment, des braves gens, à s'occuper de gens dans mon genre à moi. Ça m'aide beaucoup. [...]

C'est une sécurité que vous ne pouviez pas avoir à domicile ?

Non. Non parce que d'ailleurs quelqu'un à domicile il n'a pas tout sous la main comme ici. Comme les infirmières peuvent avoir. Comme le personnel enfin ; Ce serait comme un petit hôpital qu'il faudrait avoir chez soi. C'est pas possible.

L'avantage, souligné par tous, de l'accueil en établissement réside dans la sécurité qu'il apporte. De plus, après la délicate période « d'acceptation/adaptation » de ce mode de vie, succèdent souvent de bonnes relations avec les aidants professionnels, une fois la confiance gagnée, la parole libérée...

Etre aidant familial

1 • Comment les aidants sont entrés dans leur rôle :

De manière générale, les professionnels jouent un rôle important auprès des aidants familiaux potentiels, pour les informer sur ce qu'implique un tel engagement.

Pour les personnes en couple, l'accompagnement du ou de la conjointe se réalise dans la continuité de la vie de couple,

Monsieur accompagne son épouse atteinte d'une maladie neurologique évolutive depuis environ 4 ans, à leur domicile

Depuis quand considérez-vous que vous êtes aidant ?

Depuis 7 ans, depuis que ma femme est comme ça parce que avant non, on était comme un couple normal. J'allais à la pêche et puis ma femme, elle cuisinait, elle faisait le ménage et tout allait bien. Moi, j'ai été malade longtemps parce que, il y a 12 ans, j'étais pas solide, c'était ma femme qui était plutôt à mes soins. Oui, et puis bon après c'est ma femme qui est tombée malade. Et j'ai pris le relais.

Donc les rôles se sont inversés ?

Oui, c'est ça.

Vous avez été amené, progressivement j'imagine à... ?

Oui, je n'avais jamais cuisiné, je me suis mis à cuisiner, faire le lit, faire tout parce que ma femme ne pouvait plus faire. Je m'y suis fait progressivement, parce que je ne sais pas...

Monsieur, accueillez sa mère de 92 ans à son domicile suite à une hospitalisation, celle-ci ayant progressivement perdu en autonomie suite à un problème de hanche, et envisageant difficilement un accueil en maison de retraite

Ça a été une discussion, parce que le sujet c'était ça « Qu'est-ce qu'on fait à la sortie de la maison de convalescence » et on s'est très vite mis d'accord parce que moi j'étais d'accord au moins pour essayer. J'ai vite dit « Si c'est pas réaliste ou si c'est pas faisable, bon on s'en rendra compte très vite ». Voilà, puis on a pris la décision. J'étais celui qui pouvais le plus facilement mettre ça en œuvre (parmi les enfants de Madame), et en plus pour moi, ne pas essayer ça aurait été pire. Et je ne regrette pas d'avoir essayé. J'espère qu'on va pouvoir continuer. Donc on s'est mis d'accord. Pour moi, pour que moi je le sente, que je le vive bien, il faut que je sente qu'entour, il y a un certain nombre de moyens qui peuvent encore s'élargir pour répondre d'abord à une dégradation de l'état. C'est avant tout ça.

Vous avez donc eu vos réponses auprès des professionnels de la santé essentiellement ?

Oui. Oh j'ai eu des contacts, trois contacts avec des gens qui ont été des professionnels. Qui ont vécu des expériences identiques et qui m'ont aussi rassuré. Au départ, même des professionnels m'ont mis en garde. On m'a dit « Attention : c'est une responsabilité qui n'est pas gérable pour tout le monde ». On m'a bien mis en garde. Par moment, je me suis dit, si on voulait me faire abandonner l'idée de tenter l'expérience... Parce qu'au départ, pour moi, c'était une expérience. « Est-ce que je pourrai le faire, bon je veux essayer ». Mais on m'a mis en garde. Mais tout le monde : médicaux, para médicaux, tout le monde m'a mis en garde mais finalement c'est bien parce que ça ouvre les yeux. Ça fait prendre conscience, ça amène déjà à une réflexion. Attention, ça paraît facile comme ça de l'extérieur mais ça n'est pas aussi facile de l'intérieur.

même si cela n'est jamais simple. Quant aux enfants aidant leur parent âgé, certains avaient le projet d'accompagner leur ascendant avant que ne s'engage la perte d'autonomie, et dans ce cas avaient préalablement pensé l'aménagement des lieux, l'organisation..., tandis que d'autres ont dû prendre la décision avec l'entrée en dépendance de leur parent.

Au final, malgré les « mises en garde » des professionnels sur la complexité du rôle d'aidant, certaines personnes décident néanmoins de s'engager, au risque de se confronter à des difficultés qu'elles n'avaient pas imaginées.

Pour Madame, décision était prise depuis longtemps avec son mari d'accompagner sa belle-mère, âgée maintenant de 88 ans, et atteinte de la maladie d'Alzheimer, dans sa vieillesse (cf travaux d'aménagement de maison), mais elle ne pensait pas qu'ils auraient à accompagner une telle dépendance, malgré les mises en garde de leur entourage et des professionnels

Depuis quand vous êtes engagée dans ce rôle ?

Moi et mon époux sommes à la retraite depuis plusieurs mois. Nous avons l'habitude de beaucoup sortir, on fait partie de plusieurs associations, mais malgré tout on a choisi en tout état de cause de prendre ma belle mère. C'était prévu depuis le départ mais on ne savait pas que la maladie évoluait de cette manière...

2 • Les conséquences du rôle d'aidant :

Le fait de devenir aidant familial d'une personne âgée dépendante entraîne souvent une complète réorganisation de la vie de couple et de la vie sociale, du fait de la raréfaction des contacts avec l'environnement amical et de proximité (voire l'environnement familial), en particulier lorsque la personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou souffre de troubles du comportement. Ce risque d'isolement semble toutefois moindre dans certains cas, grâce à un environnement résidentiel ouvert, une vie de quartier très développée.





Le fait d'être aidant familial nécessite dans tous les cas une vigilance permanente, allant parfois jusqu'à des relations très tendues entre mère et fille, mari et épouse... en raison de trop grandes exigences de la personne âgée, perçue alors comme véritablement « tyrannique ». De même, les attentes de l'aidant peuvent être inadaptées à la capacité de la personne aidée à les satisfaire.

Monsieur aide son épouse, 76 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer, à leur domicile

Qu'est-ce que votre femme est encore en capacité de faire seule aujourd'hui ?

Rien.

C'est-à-dire que vous devez l'accompagner en permanence ?

Oui, je l'accompagne. Elle ne sort plus aux courses. Au début, ça m'amusait mais maintenant ça commence à me coûter. Faire des courses, ouhhhh ! Et puis y a aussi un phénomène de proximité. Tout le monde nous connaît. Bon « Alice ça va comment, qu'est-ce qu'elle devient ? » J'en ai bientôt marre de répondre aux mêmes questions toute la journée quoi ! Ou alors des questions du genre « Elle fiche pas le camp encore ? » des choses comme ça, c'est difficile à entendre. Une fois ça va mais...

Et vos relations avec les amis, le voisinage ?

Oui aussi mais on se rend compte que, pour un peu elles viennent les unes ou les autres parce que c'est surtout les femmes qui viennent, elle ne sait pas répondre aux questions, enfin, c'est pas des questions... Elle aime pas trop qu'il y ait des gens qui viennent la voir. Elle a un peu, pas honte, mais un peu. Pour elle c'est une charge et elle veut garder ça pour elle ; enfin. C'est sûr l'amitié ça va bien quand ça va bien mais il y a des amis qui lâchent. Ils lâchent pas à l'extérieur mais pour venir il y en a de moins en moins. Ça c'est dur. J'aimais beaucoup, j'avais des relations professionnelles, j'étais habitué à voir beaucoup de gens moi. Ça, ça me... Je ne comprends pas très bien...

Monsieur accompagne son épouse atteinte d'une maladie neurologique évolutive depuis environ 4 ans, à leur domicile

Ça veut dire que vous sortez vraiment peu ?

Oui on ne va pas loin. Il y a plus moyen parce que ma femme ne peut plus monter en voiture alors, oui. Mais, je ne sais pas, c'est vrai, ça a changé la vie drôlement pour moi, mais on a beaucoup de visites comme là dans la famille on a beaucoup de gens. Enfin, il y a la famille principalement mais on a beaucoup de voisins qui viennent régulièrement, des amis qui viennent dire un petit bonjour, passer deux heures...

Vous avez de la visite toutes les semaines ?

Oh oui, toutes les semaines. On n'a jamais été abandonnés

Il y a combien d'années que vous vivez dans ce lotissement ?

Il y a douze ans.

Et vous me disiez en arrivant que c'était un chouette endroit ?

Oh, oui, oui, oui. C'est vrai hein ! C'est mignon comme maison, c'est agréable à vivre.

Donc c'est une petite cité HLM, est-ce que c'est réservé à des personnes retraitées ?

Non, non. Il y a quatre retraités, autrement ce sont des jeunes qui travaillent qui ont vingt à trente ans. Mais qui sont gentils comme tout. On fait bien un méchoui tous les ans.

Entre voisins comme ça ?

Oui, toute la cité. Oui oui. Quand il y a une naissance on trouve un petit papier dans la boîte pour la naissance du petit bébé. C'est jamais économique parce que... Mais enfin, c'est une coutume. Mais c'est gentil après les gens ils paient un petit coup. S'il y a un mariage, c'est pareil. Il y a une invitation. C'est presque une vie de famille. Dans l'agriculture, je disais toujours « J'irai jamais habiter dans un HLM. Jamais ». C'est incroyable ça, ce qu'on peut changer, parce que j'étais habitué à la ferme avec les bestiaux tout ça, le travail... Mais là, là c'est tranquille, vraiment, c'est calme.

Dans ce contexte, le soutien que doit pouvoir trouver l'aidant dans son environnement social (amis, voisins, famille...) est particulièrement important, quitte, la situation devient trop « destructrice », à envisager un autre mode d'accompagnement de la personne dépendante.



Madame a accompagné sa mère, âgée de 77 ans aujourd'hui, qui vivait seule à son domicile juste à côté d'elle, jusqu'à ce qu'une entrée en maison de retraite s'impose du fait de son état de santé

Alors qu'est-ce que ça a changé dans votre relation avec votre maman ?

Et bien avant on était ensemble par plaisir, on faisait les boutiques ensemble comme deux copines plus des fois que comme mère et fille. Du jour où elle a été dépendante j'ai trouvé à avoir que des obligations. Du plaisir il y en avait plus parce qu'il y avait trop de choses, comment expliquer... Elle était beaucoup plus exigeante avec moi qu'elle ne l'est aujourd'hui avec le personnel de la maison de retraite. Elle attendait plus de moi qu'elle n'en attend de là-bas. Donc c'était trop pesant pour moi. Il fallait du sans sel, sans sucre, il fallait l'hydrater. Fallait lui faire de la soupe avec évidemment pas de sel et quand mon mari allait la voir pour lui dire bonsoir, elle lui disait « Ce que me donne D., c'est dégueulasse » alors que j'avais passé une demi heure à éplucher les légumes pour faire sa soupe et tout. Parce que c'est vrai que ce n'était pas bon. Alors voyez, c'est violent. Moi, j'avais fait tout ce qu'il fallait, écouté le médecin. Si je sortais elle n'était pas contente parce qu'elle était restée seule, j'étais pas rentrée à l'heure. C'était trop lourd.

3 • Regard des aidants familiaux sur les aides professionnelles :

Les aidants familiaux soulignent l'importance des échanges avec les professionnels, du soutien ainsi apporté, y compris de manière informelle. La prise en compte de leurs préférences en tant qu'aidants dans la répartition des différentes tâches à assumer au quotidien est primordiale.

Monsieur accompagne son épouse atteinte d'une maladie neurologique évolutive depuis environ 4 ans, à leur domicile

Vous faites tout vous-même ou vous avez vous aussi de l'aide ?

Et bien, les aides ménagères elles ne touchent pas beaucoup à la cuisine, hein... C'était les conditions que j'ai posées parce que j'aurais plus rien à faire autrement et ça me plaît. Oui, c'est très bien. Je mets le linge dans la machine et c'est elles souvent qui l'étendent et le remettent dans l'armoire tout ça. Oui, autrement je m'occupe.

Les aidants familiaux pointent les mêmes difficultés que celles relevées par les personnes âgées : nombreux mouvements de personnels, horaires d'intervention pas toujours adaptés, coût trop élevé du maintien à domicile dès lors qu'une présence constante est nécessaire, mais aussi manque de temps des professionnels pour effectuer les actes à domicile, ou encore critères de qualité d'intervention ne correspondant pas toujours aux attentes des aidants familiaux.

Madame aide sa belle-mère, de 88 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui vit dans la maison familiale

Donc vous avez l'aide à la toilette pour votre belle-mère ?

Oui, l'infirmière vient le matin, une demi-heure le matin, une demi-heure le soir pour lui faire sa toilette. Donc moi ça m'aide quand même, moi je la lève le matin, je la change, je lui donne son petit déjeuner. Les infirmières elles viennent à onze heures et demi hein ! Pour sa toilette, faut attendre ce temps là donc moi je suis obligée de la changer après la nuit parce que c'est une dame qui est incontinente. Elle ne demande pas. Avec sa maladie ce n'est pas possible.



Monsieur, accueille sa mère de 92 ans à son domicile suite à une hospitalisation, celle-ci ayant progressivement perdu en autonomie suite à un problème de hanche, et envisageant difficilement un accueil en maison de retraite

Alors qui vous rassure, les professionnels qui interviennent ?

Essentiellement, oui. Que ce soit le kiné, qui a l'expérience. Quand j'ai posé des questions par rapport aux inquiétudes que j'ai exprimées tout à l'heure, les questions étaient posées clairement donc à ces gens là, les kinés et les aides soignantes. Des aides soignantes j'en ai vu plus d'une douzaine depuis. Il y a douze aides soignantes qui font partie du SSIAD, je les ai vues toutes depuis cinq, sept mois. Alors il y a des gens avec lesquels ça communique plus ou moins. C'est pas avec les gens qu'elles ont à communiquer, c'est avec le patient... Mais bon on communique aussi. Et à chaque fois que j'ai posé une question par rapport à une inquiétude, j'ai toujours eu la réponse. Pas la réponse pour me faire plaisir mais la réponse qui me rassurait. Tant qu'on n'est pas devant le fait accompli, on se dit c'est abstrait tout ça.



Madame accompagne son mari de 83 ans, très dépendant, sous oxygène en permanence, à leur domicile

Vous avez des femmes de ménage donc le matin ?

Oui, une qui vient deux heures le matin. Pas tous les jours.

C'est-à-dire ?

Le mardi, le jeudi et le vendredi après midi.

Ca vous fait combien d'heures ça ?

58 heures que j'ai par mois, même le samedi. Mais voilà le jour des fêtes on n'a personne pour le faire manger. En plus le midi, j'ai une femme pour me préparer à manger et j'ai une femme qui vient le faire manger le midi.

C'est pas la même que celle qui vient faire le ménage ?

Ah non, non, non. Elle vient spécialement pour le faire manger. Mais il faut une heure pour le faire manger. Et encore comme le samedi c'est pas la même, il ne mange pas avec... Il mange un peu mais pas comme avec l'autre qui vient tous les jours. Quand il connaît c'est bien. Rien que par la main il reconnaît.

Donc vous rentrez, vous mangez ?

Oui. Il y a la femme qui le fait manger. Ah mais entre deux, il y a les aides soignantes qui viennent le lever. Le soir, les infirmières reviennent après, le temps que les autres vont faire les soins. Des fois, il y en a cinq ou six dans la maison...

4 • Les besoins d'accompagnement des aidants :

De façon générale, les aidants familiaux expriment le besoin de « souffler », que ce soit :

- par un temps de présence plus important des professionnels à domicile, ce qui pose la question du financement de ces heures d'intervention. Certaines familles emploient directement des personnes afin justement de minimiser les coûts (emploi de gré à gré), en consacrant leurs moyens au financement direct d'un supplément d'heures plutôt qu'aux services aidant au recrutement de personnel, à son remplacement durant les congés, son suivi en qualification et à la gestion administrative, prestations généralement comprises dans l'offre de services des associations agréées.



Se pose alors la question de la qualification et des compétences des personnes rémunérées sur ce mode du gré à gré, mais aussi de leur stabilité d'emploi... Les services financeurs ne peuvent dans ce cadre s'assurer que la prestation a bien été effectuée, contrairement aux interventions effectuées par les services d'aide à domicile.

- par un développement de l'accueil à temps partiel de jour ou de nuit, et/ou de l'hébergement temporaire à temps complet

Pour les personnes âgées ayant besoin d'une surveillance y compris la nuit, la question de la garde de nuit se pose avec

acuité. Plusieurs réveils la nuit peuvent en effet aboutir à l'épuisement des aidants et le coût d'une garde de nuit de manière régulière est malheureusement réhibitoire.

Monsieur aide son épouse, 76 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer, à leur domicile

Vous avez alors maintenu une relation avec votre métier ?

Ah oui, oui, oui, oui mais... Maintenant, je ne peux plus partir parce que ma femme ne peut pas rester toute seule. Ou alors quand l'aide familiale arrive, moi je prends ma veste et je m'en vais. Mais c'est pas long deux heures...

Ça vous laisse à peine le temps de faire ce que vous avez à faire à l'extérieur ?

Oui, c'est pas long quoi ! Pour peu qu'il faille aller chercher du pain ou les aliments pour la semaine... C'est vite passé deux heures.

Les aidants recherchent aussi des échanges avec d'autres aidants familiaux et/ou avec les professionnels. Un soutien moral pourrait être de nature à aider certaines personnes, dans leur démarche d'accompagnement car la souffrance est visible, palpable, mais le besoin n'est pas formulé.

Enfin, le manque d'intervenants professionnels le dimanche reste une réelle préoccupation pour certaines familles. La famille élargie apporte parfois dans ce cas une aide ponctuelle, pour certains

Madame aide sa belle-mère, de 88 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui vit dans la maison familiale, et sa fille intervient également

On avait espéré qu'elle puisse rester dans cette maison en nous mettant l'un à côté de l'autre. Mais là, c'est pas le cas maintenant parce que on doit être ensemble complètement, parce que c'est une maladie qui oblige à être là 24 h sur 24. C'est très difficile, tout le monde nous le disait. On pensait que ça n'allait pas être aussi difficile que ça.

Qu'est-ce que vous avez mis en place comme aide alors ?

Au niveau de l'APA nous avons eu 67 heures d'accordées. Alors AL (sa fille) est là le lundi après midi, le mardi et mercredi après midi. Avant ça ne me convenait pas comme c'était dispatché. Il faut savoir que de 14 à 18 h on peut aller aux courses, à la bibliothèque, on peut s'accorder du temps avec une association etc. Ça me convient mieux comme ça parce que une heure comme ça dans la journée... Parce que finalement, il faut tout le temps quelqu'un qui soit présent. Ça nous convient mieux comme ça. Donc AL étant chez nous pour l'instant...

Donc vous avez choisi l'option chèque emploi ?

Oui, et quand AL ne sera plus là - parce que c'est provisoire pour elle-, on reprendra quelqu'un d'autre en chèque emploi.

actes ; le chèque emploi service peut aussi constituer une réponse complémentaire, permettant l'embauche de personnes résidant à proximité.

Monsieur accompagne son épouse atteinte d'une maladie neurologique évolutive depuis environ 4 ans, à leur domicile

A l'avenir, vous envisagez d'avoir davantage d'aides ?

C'est surtout la nuit, que c'est le pire. Oh oui, oh la la... En ce moment ça va mais je vous dirais qu'il y a un mois... J'ai été sous oxygène pendant trois mois. 15 heures par jour. Oui, j'avais la grosse bouteille là... J'ai été sept jours hospitalisé parce que j'avais plus que 10 de tension. Alors je ne pouvais même plus prendre le volant. Ça n'allait pas.

Et c'était lié à votre maladie ?

Non, c'était de la fatigue

Vous disiez donc que le problème se pose surtout la nuit ?

Oui parce qu'il faut se relever.

Vous ne faites donc jamais de nuit complète ?

Oh non.

Et vous n'avez jamais personne la nuit pour vous aider ?

Vous savez ce que ça coûte une nuit ? Quand je suis parti à l'hôpital j'ai pris une femme qui ne fait que ça. 65€ la nuit et c'est pas remboursé. Elle a fait huit nuits quand je suis rentré de l'hôpital, moi je voulais reprendre comme d'habitude mais les jeunes ont jamais voulu. Ils m'ont dit « Tu vas jamais tenir le coup ou tu vas retomber ». Alors, ils avaient trouvé cette femme-là. Moi je ne savais pas. Je dormais là haut. Bon je dormais plus mal que maintenant. (Rires) Je ne dormais pas plus alors combien elle a pris la dernière fois, 400 € oui. Ah non, plus que ça, 600 €, 1000 € pour les deux mois. Il y a eu 8 nuits et 6 le mois d'après. Ça faisait 14 nuits pour 1000 €. Oui.

Donc c'est quelque chose que vous ne pouvez pas vous permettre ?

Oh non, c'est pas possible. Je ne sais pas si vous voyez... Plus de 3000 pour un mois... La retraite de cultivateur n'est pas si importante.

Trois axes de progrès pour des services d'avenir

Développer les mesures et/ou pratiques pouvant contribuer à la prévention de la dépendance

Quelques mesures et/ou pratiques pourraient contribuer à prévenir ou retarder la dépendance.

En effet, quelques « situations types » évoquées illustrent l'inadaptation du système à certains besoins. Ces exemples sont certes caricaturaux, mais ils sont parlants :

- bien souvent, les personnes accueillies en établissement ne peuvent pas se servir de la cuisine en raison de normes de sécurité sanitaire Ceci restreint de fait l'autonomie de celles qui en sont encore capables... ;
Pourrait-on envisager des modes d'accueil intermédiaires ?
- les professionnels observent très souvent une dégradation de l'état de santé des personnes âgées suite à une hospitalisation ;
Or ce type d'hospitalisation a généralement lieu le week-end, quand sont absents le médecin traitant, les services de maintien à domicile, les enfants...
Un suivi régulier par un professionnel le week-end pourrait dans certains cas éviter l'hospitalisation ;
- parfois une aide à domicile, ne serait-ce que 2h par semaine, permet d'éviter l'entrée en institution...

Des propositions d'amélioration :

- axer les interventions des professionnels sur la prévention des chutes, dès l'arrivée de la soixantaine : alimentation et modes de vie pour éviter les chutes ; mobilité à développer... en favorisant les liens avec voisinage, famille, amis... ;
- s'appuyer sur les capacités d'autonomie de la personne âgée dans l'aide apportée au quotidien, en respectant ses habitudes et son rythme de vie, afin de la maintenir « en activité ». Cet accompagnement adapté suppose une connaissance et une compréhension « a minima » de la pathologie de la personne.

- prévenir les complications de santé suite à l'hospitalisation en organisant des retours à domicile « sécurisés », avec un étayage des aidants très rapide, afin d'éviter l'accueil « d'urgence » en structure par crainte de l'isolement et d'une nouvelle chute...

Cela suppose de s'appuyer sur le service social des centres hospitaliers, sur la réactivité des services intervenant à domicile, et sur les liens que ces services peuvent entretenir entre eux.

REMARQUES

Quelques remarques concernant les modes de prise en charge des personnes âgées :

Actuellement, manque de fluidité du système :

Par exemple, dans les Services de Suite et de Réadaptation, de nombreuses personnes sont en attente de sortie, faute le plus souvent de places en service adapté : saturation du dispositif d'accueil en EHPA dans la Manche et l'Orne, listes d'attente importantes dans les SSIAD.

Précisions concernant les SSIAD :

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes¹ les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Ils interviennent auprès de personnes très dépendantes mais qui n'ont pas forcément l'APA. Ce peut être à la suite d'une hospitalisation ou dans le cadre d'une pathologie grave.

Ils ont ainsi pour objet de prévenir ou de différer l'entrée à l'hôpital ou en établissement d'hébergement et de raccourcir certains séjours hospitaliers, et interviennent au domicile des patients ou dans des établissements d'hébergement non médicalisés. Les SSIAD peuvent dans certains cas intervenir sur une période très courte.

Les listes d'attente sont importantes dans les SSIAD de la région. De fait, de nombreuses places sont en attente de financement.

Ainsi, quand une Hospitalisation A Domicile est mise en place après l'hôpital, elle cesse dans tous les cas après 40 jours, passant théoriquement le relais aux SSIAD. Or de nombreux patients ont encore besoin de multiples soins... que ne peuvent pas toujours assurer les SSIAD.

A cela s'ajoutent les difficultés à recruter des aides-soignants en SSIAD compte tenu des contraintes de l'activité (par exemple sur Cherbourg et Alençon).

1 - Mais aussi aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques.

Favoriser le maintien à domicile, tout en développant les solutions intermédiaires

Au-delà du degré et du type de dépendance, le fait de pouvoir s'appuyer ou non sur un entourage (famille, voisins...) est essentiel dans le « choix » qui s'offre à la personne âgée entre l'établissement et le domicile. Le fait d'être un homme ou une femme est aussi discriminant : Un homme ne vivant pas en couple et sans entourage ira plus facilement en établissement.

Le « risque » que sont prêts à prendre la personne âgée et son entourage entre également en ligne de compte, dans le choix du domicile ou de l'établissement. En effet, le domicile laisse potentiellement la personne âgée seule à certains moments de la journée, et de la nuit.

« Dans l'absolu », le mode de vie à domicile peut être proposé dès lors que la personne le souhaite, quel que soit le degré de dépendance. C'est la configuration des services à mettre en œuvre qui change alors, selon le degré et le type de dépendance.

Toutefois certains facteurs peuvent constituer des freins à ce maintien à domicile :

- des facteurs comme l'isolement et le fait que les personnes ne se sentent plus en sécurité à leur domicile ;
- des facteurs très concrets comme l'aménagement du logement qui peut être parfois insoluble ou comme la disponibilité du personnel aidant, notamment en milieu rural (sur ce dernier point, des évolutions sont toujours possibles...) ;
- des ressources financières limitées, qui ne peuvent suffire à rémunérer les nombreux intervenants nécessaires dans certaines situations (personnes en GIR 1 parfois ou certaines personnes en GIR 2) ;
- mais enfin et surtout, l'usure des aidants, essentiellement familiaux... Car ce qui

compte le plus dans le maintien à domicile, c'est bien l'entourage, en particulier familial, sur lequel la personne peut s'appuyer.

Cette usure va bien souvent de pair avec les troubles du comportement, la désorientation de la personne âgée (usure qui peut parfois aller jusqu'à se traduire par de la maltraitance...). Les troubles du comportement constituent ainsi un frein au maintien à domicile, car ils impliquent un besoin de présence intense.

Les pré-requis nécessaires au maintien à domicile des personnes dépendantes ont ainsi été identifiés :

- présence d'un environnement aidant, environnement familial large, mais aussi amical et/ou de voisinage. Du fait de la dépendance et de la moindre mobilité des personnes, il existe en effet un réel risque d'isolement. De plus, le maintien à domicile suppose des relais possibles en cas d'absence ponctuelle des professionnels ;
- un environnement résidentiel ouvert peut dans ce cadre aider à maintenir des liens sociaux, une vie de quartier... ;
- réelle volonté de vivre à domicile de la personne dépendante ou de son environnement proche, car une adaptabilité est nécessaire (diversité des intervenants, amplitudes horaires...). Le

maintien à domicile implique une certaine prise de risques pour certaines personnes dès lors que la présence médicale n'est pas constante.

Dès lors qu'une surveillance constante est nécessaire à domicile, y compris la nuit, en particulier pour les personnes ayant des troubles du comportement, le maintien à domicile devient problématique, compte tenu du coût de l'ensemble des heures d'intervention à domicile (en particulier coût des gardes de nuit). Certains aidants familiaux assurent ainsi une présence jour et nuit... jusqu'au jour où...

Ainsi l'accueil en établissement est-il fréquemment envisagé quand se cumulent plusieurs facteurs : personne âgée trop désorientée, environnement aidant usé, isolement, logement qui ne convient plus...

Des solutions intermédiaires existent entre le domicile et l'établissement :

- l'accueil à temps partiel de jour en établissement, qui permet le répit des aidants, le maintien des acquis des personnes âgées, une éventuelle préparation à une entrée en maison de retraite ; une réticence « culturelle » demeure à l'égard de ce type d'accueil... ;
- les activités en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (ateliers mémoire par exemple...) ;



- les unités mobiles / Alzheimer (expérience dans l'Orne d'une unité mobile de professionnels d'une maison de retraite se déplaçant à domicile, avec bilan, stimulation et discussion avec les aidants) ;
- l'accueil à temps partiel de nuit en établissement, pour des personnes ayant des troubles du comportement, confondant le jour et la nuit... (accueil intégrant repas du soir et petit déjeuner), accueil qui peut être ponctuel ;
- la garde de nuit, y compris garde de nuit itinérante, qui permet de « visiter » plusieurs personnes âgées ; personnes désorientées ou agossées la nuit...

Ce type de garde peut contribuer à la prévention de la dépendance, en évitant certaines hospitalisations qui se produisent la nuit.

Des propositions d'amélioration :

Ces dispositifs intermédiaires, créant des passerelles entre domicile et établissement, doivent être développés (accueil de jour, accueil de jour itinérant – unités mobiles –, accueil de nuit, garde de nuit...), car ils peuvent permettre à la fois :

- le répit des aidants, et la prévention de l'épuisement de ces aidants ;
- le maintien des acquis en particulier pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- une préparation à une éventuelle entrée en établissement.
Pour les situations où une surveillance constante est nécessaire à domicile, y compris la nuit, en particulier pour les personnes ayant des troubles du comportement :
- le développement de prestations de garde de nuit itinérante, moins onéreuses que les gardes de nuit « à temps complet », pourrait en particulier être proposé ;
- le recours à ces modes d'accueil à temps partiel de jour ou de nuit pourrait être facilité financièrement.



L'hébergement temporaire devrait être développé, prioritairement dans le cadre de l'aide au répit des aidants. Cette possibilité d'hébergement devrait être offerte pour des situations où le conjoint d'une personne âgée est hospitalisé ou décède. Enfin, l'hébergement temporaire a toujours son intérêt pour permettre un premier essai de vie en collectivité.

L'idéal serait de créer quelques places d'hébergement temporaire dans chaque structure, pour une couverture de l'ensemble du territoire.

Rappelons que l'hébergement temporaire peut être mobilisé par des personnes dont le logement est inadapté en hiver (décembre/janvier).

L'emploi de gré à gré semble actuellement recherché par les personnes âgées et leur famille du fait de son moindre coût. Il peut permettre le développement d'une aide de proximité rémunérée (famille, voisinage...). En revanche, il ne permet pas actuellement de garantir :

- la qualification et les compétences du salarié pour « l'usager personne âgée » ;
- la stabilité d'emploi et un certain niveau de rémunération pour le salarié ;
- l'information sur les droits du travail, convention collective...

Les services financeurs ne peuvent dans ce cadre s'assurer que la prestation a bien été effectuée, contrairement aux interventions effectuées par les services d'aide à domicile.

On ne peut donc vraisemblablement pas s'appuyer essentiellement sur ce mode d'intervention pour accompagner les personnes âgées les plus dépendantes à domicile.

Des formules intermédiaires, entre domicile et établissement, pourraient être adaptées en particulier pour certaines personnes ayant des troubles du comportement et pour lesquelles une présence constante est nécessaire : ce pourrait être par exemple de Petites Unités de Vie, présentant un habitat adapté et sécurisé, avec une présence professionnelle « légère » mais permanente, ouvertes sur le quartier, travaillant en partenariat avec les services médico-sociaux et d'aide à domicile locaux, et s'appuyant également sur l'implication des familles.

En ce qui concerne spécifiquement les aidants familiaux :

- l'information préalable des « candidats » aidants familiaux sur ce qu'implique un tel engagement doit rester une préoccupation des professionnels ;
- afin que la décision des aidants familiaux ne soit pas irréversible, les professionnels devraient également aider ces derniers à envisager des aménagements éventuels de la situation. En effet, malgré toute l'information donnée, les aidants reconnaissent le plus souvent qu'ils ne s'imaginaient pas ainsi la réalité de l'aide au quotidien ;
- les professionnels doivent avoir le souci d'articuler leurs interventions avec les « préférences » des aidants familiaux dans l'accompagnement au quotidien (par exemple la préparation des repas, le linge...).

Afin de répondre au besoin de « souffle » des aidants familiaux (besoin exprimé... ou implicite) :

- le recours à des modes d'accueil à temps partiel de jour ou de nuit et d'hébergement temporaire à temps complet devrait être facilité ;

- les échanges entre pairs aidants familiaux devraient être développés (lors de groupes de parole, de temps organisés d'aide au répit...);
- les échanges réguliers avec les professionnels devraient être encouragés.

De véritables dispositifs d'aide aux aidants pourraient être développés, avec des professionnels se rendant au domicile des personnes. Des expériences d'équipes mobiles, en particulier auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, permettent ainsi de reculer le placement en institution, mais aussi que celui-ci se déroule dans de bonnes conditions lorsqu'il doit avoir lieu.

Plus globalement, la formation de l'ensemble des professionnels aux problématiques des troubles du comportement devrait être envisagée.

Enfin, l'accueil familial peut constituer une alternative, lorsqu'une présence constante est nécessaire, et que des places en établissement manquent (sous réserve qu'il y ait des candidats accueillants familiaux). Il peut aussi être recherché en tant que tel par les personnes et leur famille pour sa plus grande convivialité, ou encore pour les possibilités d'accueil « mère âgée dépendante / enfant handicapé » qu'il offre.



Adapter l'offre d'hébergement en établissement

Les établissements devraient préférentiellement se développer au cœur des bourgs et des villes, pour faciliter les échanges : par exemple, animations ouvertes aux personnes de l'extérieur, repas pris en maison de retraite pour certaines personnes toujours à leur domicile... La proximité du service proposé par rapport au domicile actuel de la personne devrait être prise en compte (quartier, chef lieu de canton...).

Il faut également insister sur :

- l'intérêt, pour les personnes désorientées, de les accueillir au sein de maisons de retraite généralistes, avec la création d'espaces de liberté sécurisés pour les personnes les plus « perturbantes » pour le collectif ;
- la nécessité de mener une réflexion autour de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein des maisons de retraite. Les personnes handicapées connaissent en effet aujourd'hui, comme le reste de la population, une augmentation spectaculaire de leur espérance de vie, qui amène à envisager leur accompagnement à des âges que, jusqu'alors, peu d'entre elles atteignaient ;
- la nécessité de prévoir un accueil en institution, même si cet accueil est peu médicalisé, pour certaines personnes socialement démunies et marginalisées, avec des parcours de vie difficiles (addictions...), et ne pouvant s'assumer seules au quotidien.

Les entretiens auprès des personnes âgées montrent l'importance des échanges qui peuvent être suscités, favorisés au sein des établissements, en amont même des animations, dans les différents moments du quotidien, notamment les repas.

De manière générale, c'est bien le lien aux autres qui tient les personnes en éveil... d'où la nécessité de susciter les occasions de « faire lien », de réfléchir aux modalités du « vivre ensemble » de personnes d'horizons variés.

A l'heure actuelle, les durées de séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes se raccourcissent, en lien avec des moyennes d'âge plus élevées en institution. Les professionnels sont ainsi très souvent confrontés à des accompagnements de fin de vie... tandis que les personnes âgées elles-mêmes voient partir leur voisin ou leur voisine de chambre...

La formation et le soutien de ces professionnels, confrontés à ces problématiques de plus en plus délicates, devraient être développés à l'avenir (y compris formation / gestes d'urgence).

De même, le développement d'équipes mobiles de soins palliatifs (accompagnement de fins de vie) doit être envisagé, que ce soit à domicile, en maison de retraite ou à l'hôpital, pouvant apporter :

- interventions auprès de l'entourage ;
- conseils techniques auprès des professionnels ;
- soutien des professionnels / gestion de la douleur.

De manière plus générale :

- les professionnels devront se montrer vigilants quant à la qualité des services proposés aux personnes âgées, compte tenu du contexte actuel très ouvert au marché ;
- il faudrait organiser une veille sur les différents territoires de la région afin de connaître en continu les besoins, en s'appuyant notamment pour cela sur une meilleure communication entre les professionnels concernés.

Objectif des entretiens

L'étude comporte une approche qualitative des besoins des personnes âgées dépendantes devant permettre de cerner ce qui a été déterminant dans leur parcours d'entrée en dépendance (facteurs qui freinent ou à l'inverse accélèrent le processus d'entrée en dépendance ; moments charnières dans leur parcours et adéquation ou non des réponses), ainsi que dans le choix du domicile ou de l'établissement (et quel domicile, quel établissement), afin de pointer les améliorations possibles en matière d'accompagnement.

Il ne s'agit pas en tant que telle d'une enquête de satisfaction mais plutôt d'un souci de compréhension de ce qui est important pour « bien accompagner » une personne âgée en perte d'autonomie.

Nous avons ainsi fait le choix de mener des entretiens directement auprès des personnes âgées et de leurs aidants. Nous avons pour cela constitué un échantillon illustratif de quelques situations types, l'objectif au travers de ces entretiens n'étant pas de représenter l'ensemble des situations existantes.

Constitution de l'échantillon

Critères pris en compte pour illustrer la diversité des vécus et des parcours :

- niveau de dépendance : GIR 1 et 2 / GIR 3 et 4 / GIR 5 ;
- présence de troubles du comportement ou non ;
- vie à domicile / vie en établissement ;
- environnement humain :

A domicile : la personne vit seule sans environnement familial aidant, la personne vit seule mais bénéficie du soutien d'un aidant familial, la personne vit en couple, la personne vit avec un enfant ou un autre proche

En établissement : présence d'un environnement familial ou non

- homme / femme
- proximité des services de base (commerces, médecins, professionnels para-médicaux) : moins de 10 minutes ; de 10 minutes à moins d'une demi-heure ; 30 minutes et plus.

Les personnes de l'échantillon ont été repérées grâce au relais des membres du groupe ressource constitué pour l'étude qui ont proposé des situations pouvant correspondre à l'objet de l'étude.

Le CREAL a ensuite constitué un panel de situations permettant de respecter les critères de constitution de l'échantillon. Les services ont alors pris contact avec les personnes concernées afin de présenter l'enquête et de solliciter leur accord.

Au final, 21 situations ont été retenues, validées par le comité de suivi ; seules 18 personnes âgées ont pu être effectivement rencontrées (3 personnes pour lesquelles l'entretien était impossible, d'où entretien avec l'aidant), et 17 entretiens uniquement ont pu être exploités (1 entretien sans cohérence).

10 entretiens ont en outre été réalisés avec des aidants familiaux, et un avec une famille d'accueil.



Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de mi-décembre 2006 à fin février 2007 par Madame LECHEVALIER, du Cabinet Interfert « Ingénierie pour des territoires fertiles ». Ces entretiens duraient en moyenne 1h, et s'appuyaient sur deux guides d'entretien validés en comité de suivi (un guide domicile et un guide établissement).

Ces guides se présentent en trois grandes parties :

- cadre de vie et trajectoire résidentielle (habitat et environnement géographique, avec une approche du parcours résidentiel éventuel, environnement socio-familial...);
- aides actuelles et vie quotidienne (les aidants professionnels ou familiaux et l'aide qu'ils apportent dans les différents moments de la vie quotidienne, le contexte de mise en place ces aides, les relations avec les aidants...);
- avenir (questions portant sur la satisfaction à l'égard du mode de vie et des aides actuelles, les souhaits pour l'avenir en fonction de leur état de santé...).

Un dernier chapitre regroupe des questions portant sur les conséquences du rôle d'aidant, s'adressant uniquement à l'aidant principal s'il n'est pas professionnel.

Ce guide se présente sous la forme de questions générales posées à la personne. En italique apparaissent les points pour lesquels une information est souhaitée par l'enquêteur, sans que la question soit posée en tant que telle : l'idée est que la personne interrogée donne les éléments d'information au fil de sa réponse, et plus généralement au fil de l'entretien. Les entretiens menés sont ainsi dits « semi-directifs ». Toutefois, pour certaines questions, des réponses plus précises sont attendues, en particulier pour ce qui concerne la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, et nous avons procédé à une analyse thématique de leur contenu.

Les thèmes suivants ont été dégagés :

Auprès des personnes âgées :	Auprès des aidants familiaux :
Le cadre de vie Les relations familiales et amicales	Comment l'aidant est entré dans son rôle
Le vécu dans la journée Les activités	Les conséquences du rôle d'aidant
Le parcours d'entrée en dépendance La mise en place des aides L'entrée en maison de retraite	Les besoins d'accompagnement de l'aidant
Les aides actuelles Les relations avec les aidants	La vision de l'avenir de l'aidant
Les besoins d'accompagnement Les conseils pour aborder la vieillesse La vision de l'avenir	Le regard de l'aidant sur les aides

Ces thèmes constituent la base de l'approche qualitative des besoins des personnes.



LA POPULATION ÂGÉE
DÉPENDANTE
ET LES ÉQUIPEMENTS
À L'HORIZON 2015

Afin de proposer des services répondant aux besoins des personnes âgées dépendantes sur chacun des départements de la région à l'horizon 2015, il est nécessaire de connaître l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes par département, ainsi que l'évolution des caractéristiques de ces personnes : âge, sexe... depuis 2007.

L'INSEE a réalisé, à partir des enquêtes Handicap Incapacités Dépendances (HID) menées en 1998 et 1999, une projection de la population âgée de plus de 60 ans dite « potentiellement dépendante », au 1^{er} janvier 2007 et au 1^{er} janvier 2015 par département (et pour toutes les années entre les deux dates).

C'est cette projection de l'INSEE qui va permettre de repérer les évolutions générales en cours et à venir.

MÉTHODE

Nous nous appuyons pour cette étude essentiellement sur les évolutions de personnes âgées potentiellement dépendantes et non sur les chiffres absolus, dans la mesure où les effectifs de personnes potentiellement dépendantes estimés en 1999 dans l'enquête HID fournissent seulement un ordre de grandeur de la réalité.

Les données présentées ci-dessous ont fait l'objet d'une publication 100% INSEE.¹



Projections à l'horizon 2015

AVERTISSEMENT

Les projections s'intéressent aux personnes âgées dites « potentiellement » dépendantes à l'horizon 2015. La méthode de projection repose en effet sur l'hypothèse d'un prolongement dans le futur de tendances démographiques observées dans le passé en matière de mortalité et migrations, qui ne prend pas en compte par exemple les progrès de la médecine, ou encore les politiques de prévention. Les résultats de la projection sont donc à considérer à leur juste mesure, « toutes choses égales par ailleurs ».

En résumé :

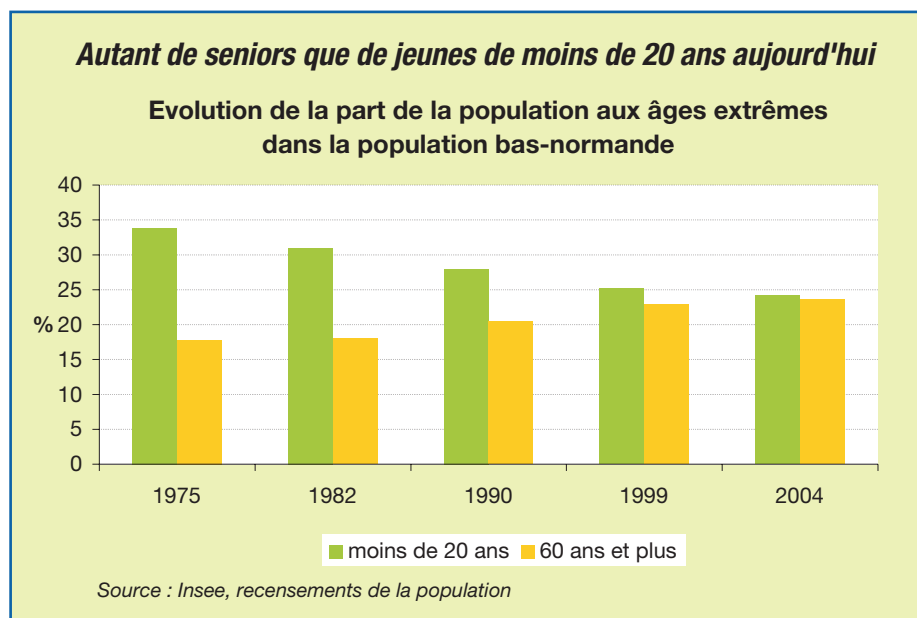
- La population de personnes âgées bas-normandes potentiellement dépendantes devrait croître à l'horizon 2015 (+ 16 %), plus fortement qu'en métropole, et cela concernerait tous les départements. Cette augmentation s'accélérerait dès 2007.
- La population dépendante augmenterait plus rapidement dans le Calvados, + 18 %, contre + 14 % pour la Manche et l'Orne. Ce département devrait connaître la plus forte hausse du nombre de seniors de la région d'ici 2015 (+ 27 %, + 18 % pour les deux autres départements).
- Au-delà de 60 ans, les femmes seraient et resteraient les plus touchées par la perte d'autonomie. Certes leur plus grande longévité, mais aussi le fait qu'elles soient plus fréquemment dépendantes à âge donné, expliquent cette différence avec les hommes.
- Du fait du vieillissement général de la population, les formes sévères de dépendance risqueraient de devenir plus fréquentes, car la perte d'autonomie toucherait plus de personnes très âgées qu'aujourd'hui : à l'horizon 2015, presque un senior bas-normand sur deux ayant perdu son autonomie aura déjà fêté ses 85 ans.

¹ - BONIOU C., MENARD A., NEELZ S., « Une conséquence du vieillissement en Basse-Normandie : les personnes âgées dépendantes plus nombreuses en 2015 », INSEE, Cent pour cent Basse-Normandie, n°167, juin 2007.

Un vieillissement inéluctable

En 2015, plus de 400 000 bas-normands auront atteint ou dépassé 60 ans, soit 22 % de plus qu'aujourd'hui. Comme les autres régions françaises, la Basse-Normandie n'échappe pas au vieillissement de sa population. D'ailleurs, dès aujourd'hui, les seniors tiennent une place presque aussi importante que les jeunes de moins de 20 ans dans la population bas-normande. En 2015, ils seront plus nombreux qu'eux et représenteront 28 % des bas-normands (23 % pour les moins de 20 ans).

Trois facteurs sont déterminants. D'abord la durée de vie s'allonge. On gagne environ un an d'espérance de vie tous les quatre ans. Ensuite, les enfants du baby-boom d'après-guerre gonflent mécaniquement les nouvelles générations de seniors. Enfin, la Basse-Normandie est prisée par de nombreux retraités, en particulier sur le littoral.



Bien souvent le vieillissement s'accompagne d'une détérioration de la santé et d'une perte progressive d'autonomie. Certaines personnes âgées deviennent ainsi incapables d'assurer seules les gestes quotidiens de la vie courante. Selon leur degré d'invalidité, elles sont alors plus ou moins

dépendantes de l'entourage.

En 2007, près de 7 % des seniors (d'après les projections de population, voir encadré Méthode) seraient dans cette situation en Basse-Normandie. Cette perte d'autonomie s'accroît avec l'âge, un bon nombre d'entre eux est très âgé.

Personnes âgées de 60 ans ou plus potentiellement dépendantes en 2007 et à l'horizon 2015

	Population totale des 60 ans ou plus		Population dépendante des 60 ans ou plus		Taux de dépendance (%)	
	Effectifs 2007	Evolution 2007-2015 (%)	Evolution 1999-2007 (%)	Evolution 2007-2015 (%)	2007	2015
Calvados	140 600	27	8	18	6,7	6,2
Manche	120 550	18	7	14	7	6,7
Orne	74 210	18	4	14	7,3	7
Basse-Normandie	335 360	22	7	16	6,9	6,6

Source : Insee, Projection de population dépendante Omphale (méthode "mode de vie")

Les femmes plus touchées

Au-delà de 60 ans, les bas-normandes seraient deux fois plus nombreuses à être potentiellement dépendantes que les bas-normands, alors qu'il y a 1,4 fois plus de femmes que d'hommes à ces âges. Elles sont bien plus souvent touchées par l'incapacité à subvenir seules à leurs besoins (8 %) que les hommes (5 %).

Cette différence est liée en partie à la plus longue espérance de vie des femmes. En 2003, une fois atteint 60 ans, les femmes françaises peuvent espérer vivre en moyenne encore presque 26 ans contre 21 ans pour les hommes. La Basse-Normandie est d'ailleurs la région où l'écart

Une différence de longévité entre les sexes marquée en Basse-Normandie

Espérance de vie à la naissance par sexe et par département

	1990		2003	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Calvados	72,4	81,3	75,2	83,5
Manche	72,5	80,8	75,0	83,2
Orne	72,5	80,2	75,2	83,4
Basse-Normandie	72,5	80,9	75,1	83,4
France métropolitaine	72,9	81,0	75,9	82,9

Source : Insee, état civil

de longévité entre les sexes est le plus important. Aujourd'hui, on compte trois bas-normandes de plus de 84 ans pour un bas-normand du même âge.

Les femmes vivent plus longtemps mais tombent plus souvent dans la dépendance. Au-delà de 84 ans, près d'une bas-

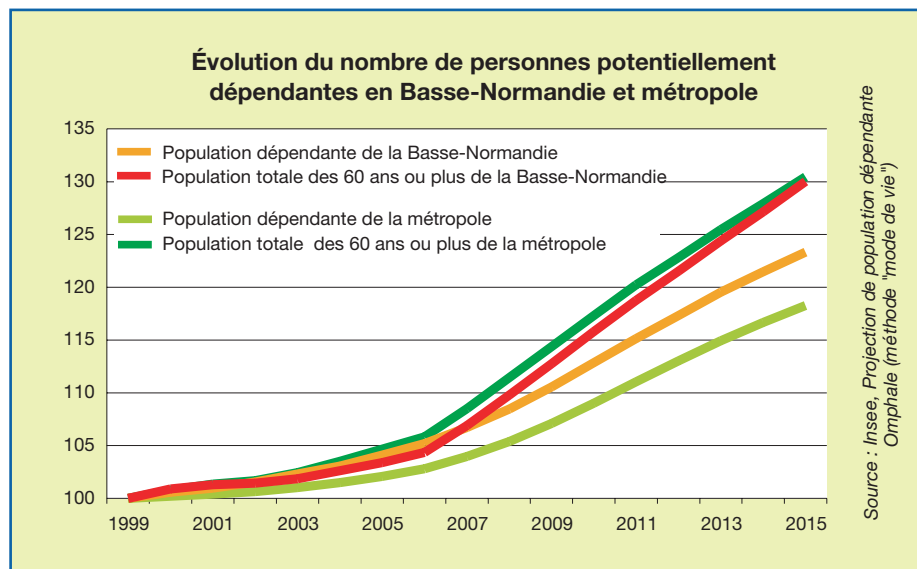
normande sur trois est touchée par une incapacité physique ou mentale liée au vieillissement contre un bas-normand sur cinq. Cette surexposition féminine devrait perdurer jusqu'en 2015 avec le même écart.

A l'avenir, une augmentation des besoins

En 2015, la Basse-Normandie compterait 16 % de seniors potentiellement dépendants de plus qu'aujourd'hui. Le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes progresserait plus vite en Basse-Normandie que dans l'ensemble de la métropole. Dans tous les départements, le rythme d'accroissement devrait s'accroître dès 2007 avant de se stabiliser. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes serait la plus rapide dans le Calvados (+ 18 % contre + 14 % pour la Manche et l'Orne). La population totale de personnes âgées devrait en effet y croître plus vite (+ 27 %) que dans les deux autres départements (+ 18 %).

En fait, la dépendance devrait s'accroître parce que la population va vieillir. D'ici 2015, la pyramide des âges prendra de l'embonpoint aux âges les plus avancés qui sont aussi les plus concernés par la perte d'autonomie. En conséquence, la population des personnes âgées potentiellement dépendantes de 85 ans ou plus pourrait s'accroître de 40 % entre 2007 et 2015. Dans le même temps, chez les plus « jeunes », entre 60 et 74 ans, elle ne progresserait que de 8 %, uniquement à partir de 2010. Enfin, aux classes d'âges intermédiaires, entre 75 et 84 ans, elle diminuerait même à un rythme constant de - 7 % (voir le zoom sur l'impact des événements historiques sur la démographie de la région).

La région doit donc s'attendre à l'avenir à une forte augmentation de la prise en charge de la dépendance chez les personnes âgées mais aussi à une dépendance sévère plus fréquente. En effet, en 2015, la dépendance touchera une population plus nombreuse mais aussi encore plus âgée qu'aujourd'hui : les personnes de plus de 84 ans représenteraient près d'une personne âgée invalide sur deux.



Évolution du nombre de personnes potentiellement dépendantes par département et par âge entre 2007 et 2015

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Entre 60 et 74 ans	16%	2%	3%	8%
Entre 75 et 84 ans	-5%	-8%	-9%	-7%
85 ans ou plus	41%	40%	39%	40%
Ensemble	18%	14%	14%	16%

Source : Insee, Projection de population dépendante Omphale (méthode "mode de vie")

Note : le Calvados présentera une hausse plus importante (+ 16 % entre 2007 et 2015) du nombre de ses personnes dépendantes âgées entre 60 et 74 ans. Pour autant la part de la population potentiellement dépendante à ces âges y restera en 2015 comparable à celle des autres départements. C'est en fait la population totale des 60 et 74 ans qui, au regard des comportements passés en termes de fécondité, de mortalité et des mouvements migratoires, devrait augmenter plus dans le Calvados (+ 34 %) que dans la Manche (+ 21 %) et l'Orne (+ 22 %).

MÉTHODE

La méthode de projection du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes à l'horizon 2015

Les taux de dépendance pour la France sont estimés à partir des résultats des enquêtes Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) réalisées en 1998 auprès des personnes vivant en institution, et en 1999 chez celles vivant à domicile. Age, sexe et mode de vie (en institution, à domicile seul ou en ménage) sont les variables retenues dans ces estimations, car elles jouent sur l'état de dépendance.

Ces taux de dépendance métropolitains sont alors appliqués aux populations départementales au 1er janvier 1999 réparties par sexe, âge et mode de vie.

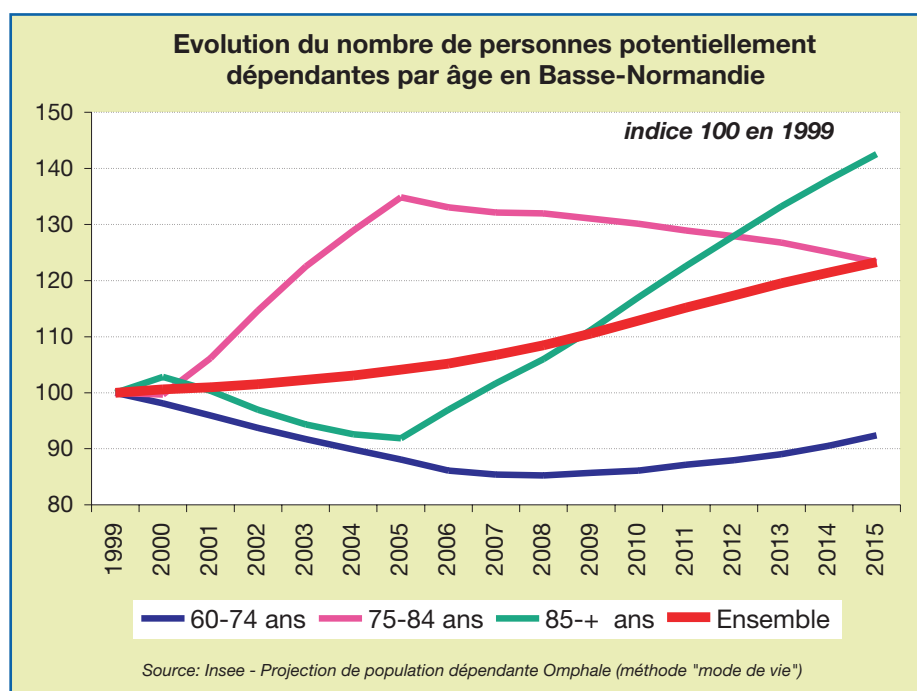
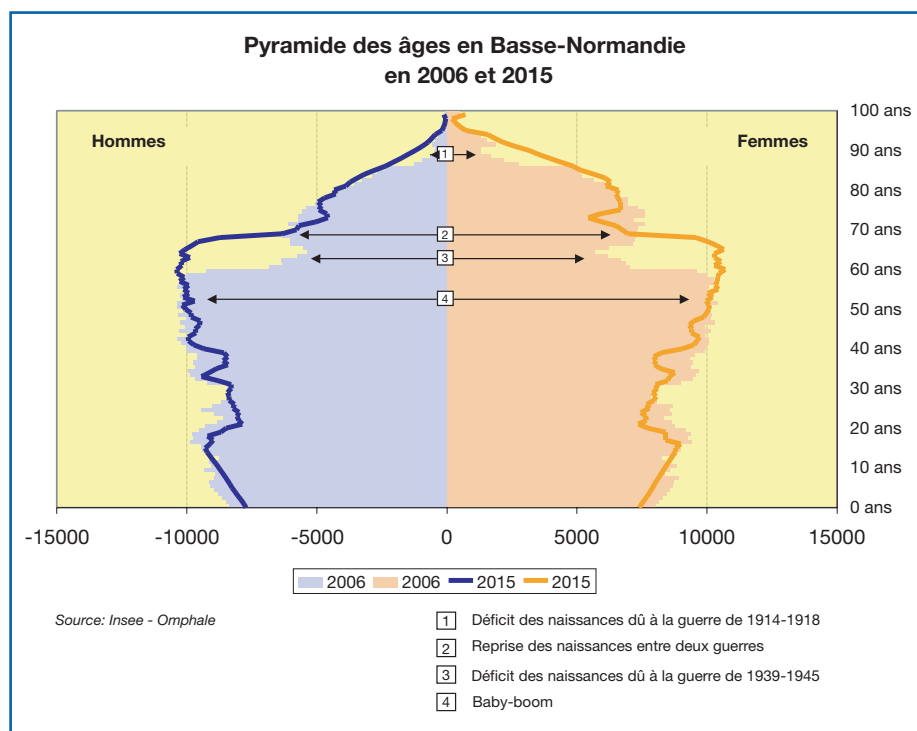
On projette les populations départementales sur les années 2000 à 2015, par mode de cohabitation, selon un scénario du modèle Omphale qui correspond à une évolution tendancielle de la mortalité et à un maintien des comportements migratoires observés au cours de la période 1990-1999.

Pour chaque année, une population potentiellement dépendante par sexe, âge et mode de vie est calculée en appliquant des taux de dépendance métropolitains qui évoluent selon différentes hypothèses faites sur la morbidité. Les taux de dépendance de chaque département et chaque mode de vie d'une année donnée (2000 à 2015) sont égaux aux taux de 1999 multipliés par le rapport des taux métropolitains de l'année de projection et de 1999.

ZOOM : Les événements historiques laissent leur empreinte sur la démographie bas-normande de demain

Les grands événements de l'histoire ont profondément marqué la démographie sur le long terme de notre région : la première guerre mondiale 1914-1918, la grippe espagnole de 1919, la seconde guerre mondiale 1939-1945 suivi du baby-boom... De fait, la natalité et la mortalité ont connu d'importantes fluctuations qui se répercutent des années plus tard sur l'évolution de la population générale des seniors. Ces effets se retrouvent aussi sur l'évolution de la population potentiellement dépendante.

Ainsi l'évolution du nombre de personnes potentiellement dépendantes âgées de 60 à 74 ans devrait rester faible d'ici 2015, freinée dans un premier temps par les effets de la seconde guerre mondiale, puis reprenant doucement, conséquence d'un effet positif du baby boom.



Pour les autres classes d'âges, les retournements de tendance seraient plus marqués.

La reprise de la natalité entre les deux guerres explique que le nombre de personnes potentiellement dépendantes âgées entre 75 et 84 ans progresse fortement jusqu'en 2005. Ensuite, l'effet de la seconde guerre mondiale inverse la tendance vers une légère baisse.

L'évolution des effectifs de personnes potentiellement dépendantes âgées de plus de 85 ans est marquée par une baisse jusqu'en 2005, liée aux effets de la guerre de 1914-1918. Conséquence de la reprise de la natalité entre les deux guerres, la tendance s'inversera ensuite à la hausse.

MÉTHODE

L'estimation du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes par l'INSEE repose en effet sur une reconstruction « après coup » d'équivalents des groupes iso-ressources (GIR) de l'outil AGGIR, puisque ce sont les enquêteurs de l'INSEE qui ont recueilli les réponses à différentes questions permettant de déterminer les groupes d'appartenance GIR des personnes interrogées.

Les effectifs actuels de personnes âgées dépendantes par département selon qu'ils sont issus de l'estimation INSEE à partir d'HID ou des statistiques des Conseils généraux concernant les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie sont donc différents, étant issus de deux « sources – méthodologies » différentes.

Ce que pourrait être l'offre de services à l'horizon 2015

Face à l'augmentation de la population des « personnes âgées potentiellement dépendantes » à l'horizon 2015, les acteurs publics vont être amenés à développer l'offre de services dans chacun des départements de la région (programmation des extensions, créations, etc) : hébergement en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA), Services de Soins Infirmiers à

Domicile (SSIAD), services d'aide à domicile...

Si le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes s'accroît de 16 % entre 2007 et 2015, et si le taux d'équipement restait constant d'ici là, à savoir le nombre de lits ou de places rapporté au nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes, alors il faudrait prévoir 3 350 lits supplémentaires en établissement et 390 places de SSIAD

d'ici 2015. Ces besoins théoriques se répartiraient de la façon suivante :

- 1660 lits et 170 places de SSIAD dans le Calvados ;
- 970 lits et 140 places de SSIAD dans la Manche ;
- 720 lits et 80 places de SSIAD dans l'Orne.

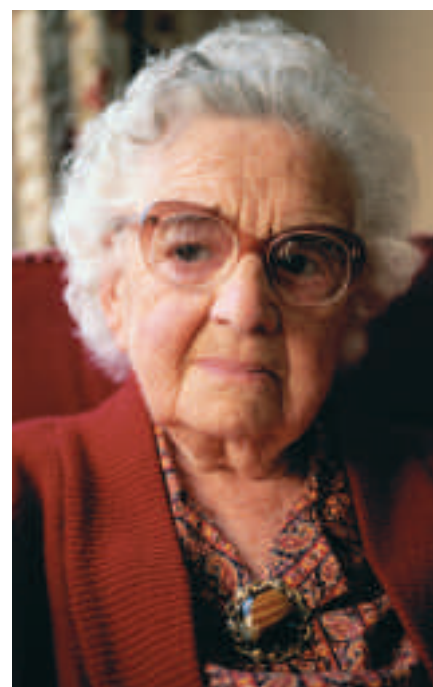
L'équipement au 1^{er} novembre 2006 :

	Calvados	Manche	Orne	Basse Normandie
Total hébergement (dont temporaire)	9048	7185	5271	21504
Nombre de places SSIAD	938	999	569	2506
Taux d'équipement en structures d'hébergement (dont temporaire) / 100 Personnes Agées Potentiellement Dépendantes de 60 ans et + ¹	96.8%	85.4%	97%	92.7%
Taux SSIAD / 100 Personnes Agées Potentiellement Dépendantes de 60 ans et +	10%	11.9%	10.5%	10.8%

Source : Pour l'hébergement en EHPAD / EHPA : Conseils généraux, 01/11/06, places autorisées. Les places autorisées ne sont pas forcément toutes installées (la part des places non installées peut varier de 1/50ème à 1/20ème). Les EHPAD intègrent ici les Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Les EHPA, qui ne sont pas médicalisés, intègrent la plupart des logements foyers. Pour les SSIAD : FINISS, places autorisées au 01/11/06. Les données ici fournies intègrent les places autorisées pour les personnes handicapées, de fait très peu nombreuses.

Estimation à l'horizon 2015 :

	Calvados	Manche	Orne	Basse Normandie
Total hébergement (dont temporaire)	10708	8158	5989	24855
Comparatif hébergement 2015 / 2006	+1660	+973	+718	+3351
Nombre de places SSIAD	1106	1137	648	2891
Comparatif SSIAD 2015 / 2006	+168	+138	+79	+385
Taux hébergement (dont temporaire) / 100 Personnes Agées Potentiellement Dépendantes de 60 ans et +	96.8%	85.4%	97%	92.7%
Taux SSIAD / 100 Personnes Agées Potentiellement Dépendantes de 60 ans et + ⁴	10%	11.9%	10.5%	10.8%



L'hypothèse de taux d'équipement constants en EHPAD, EHPA et SSIAD est peu probable. Ils seront vraisemblablement amenés à évoluer en fonction des priorités décidées par les élus locaux et les services de l'Etat concernés, mais aussi de la capacité des services d'aide à domicile à accompagner

1 - Ces taux sont différents des taux d'équipement habituellement calculés en se rapportant à la population générale des personnes âgées (qu'elles soient ou non dépendantes).



les personnes âgées dépendantes. Celle-ci dépend pour beaucoup du nombre de professionnels qualifiés qui seront formés pour assurer ces métiers et de leur financement.

Or, à l'avenir, le vivier traditionnel de recrutement des aides à domicile pourrait fortement diminuer. Il est aujourd'hui constitué essentiellement de femmes de 35 à 50 ans avec peu de qualification initiale qui reprennent souvent

une activité après avoir élevé leurs enfants². Cette capacité dépendra en outre de la possibilité de mobiliser les aidants familiaux puisque aujourd'hui, les deux tiers des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie reçoivent non seulement une aide fournie par des professionnels³ mais aussi par leur entourage.

Les acteurs publics et privés seront également amenés à l'avenir à élargir et

développer la palette des services proposés afin de répondre aux attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs familles : accueil de jour et accueil temporaire en établissement, hébergement privé collectif, unités mobiles d'intervention, accueil de nuit, garde de nuit, accueil familial, dispositifs d'aide aux aidants, aménagement des logements et aides techniques....

2 - Même si de nombreuses jeunes femmes, de moins de 30 ans, avec ou sans qualification initiale, déposent aujourd'hui leur candidature dans les services.
3 - PETITE S., WEBER A., « Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées », DREES, Etudes et résultats, n°459, janvier 2006.

LES PROBLÉMATIQUES GÉNÉRALES
À PRENDRE EN COMPTE
À L'HORIZON 2015
UNE RÉPONSE
À LA DÉPENDANCE
DES PERSONNES ÂGÉES

Le vieillissement de la population et ses principales conséquences

La situation de la Basse-Normandie au regard de la dépendance des personnes âgées va évoluer et ce d'une manière probablement conséquente au cours de la prochaine décennie.

Deux raisons à cela :

- la population des personnes âgées dépendantes s'accroîtrait au plan régional de 16 % d'ici 2015
- et le nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 85 ans augmenterait de 40 % d'ici cette même date.

Ces projections démographiques vont s'accompagner d'évolutions et de mutations économiques, institutionnelles et sociologiques. Elles devront être prises en compte et intégrées par les pouvoirs publics et les associations dans les politiques qu'ils mettront en œuvre.

Il demeure cependant difficile sinon délicat de donner dans ce document une vision anticipatrice et surtout détaillée des évolutions qui marqueront, au plan de la dépendance des personnes âgées, les dix prochaines années. Pour autant, une telle étude ne saurait faire l'économie d'un recensement des difficultés que pourraient affronter en ce domaine les responsables politiques, administratifs et associatifs ainsi que l'environnement familial.

Cette vision prospective repose sur une double approche. D'une part, il faut dessiner le contexte futur et les problématiques générales afférentes au vieillissement inéluctable de la population, problématiques dont l'évolution à moyen terme (5 à 10 ans) va nécessairement influencer sur le contenu et la tonalité des politiques mises en œuvre et d'autre part, se pencher sur les domaines d'évo-



lution et d'intervention plus spécifiquement liés à la question de la dépendance.

Les paramètres les plus significatifs et les plus générateurs de conséquences du vieillissement sont des situations de solitude en augmentation, une présence médicale en déclin, la mobilité croissante des 3ème et 4ème âges, des revenus des retraités en amorce de diminution, une incidence financière du vieillissement probablement accrue pour la collectivité.

L'augmentation de la population âgée constitue dès aujourd'hui un phénomène démographique d'une ampleur inédite et durable. Non seulement, le nombre de personnes concernées est considérable (400 000 bas-normands auront 60 ans et + en 2015) mais encore le rythme d'accroissement est-il plus que soutenu (2,5 % par an). Pour autant, ces projections chiffrées donnent aux pouvoirs publics la possibilité d'élaborer, de programmer, et donc

d'anticiper les actions et les politiques structurelles adaptées.

La montée des solitudes

Alors qu'aujourd'hui les parentèles se composent de plus en plus fréquemment de quatre voire cinq générations, paradoxalement une montée des solitudes apparaît.

A cet égard, deux phénomènes sociaux peuvent être identifiés.

D'une part, la cellule familiale est de plus en plus fractionnée et éclatée. Cette évolution déjà bien ancrée pose le problème des solidarités familiales intergénérationnelles et plus particulièrement celui d'une disponibilité déclinante des aidants familiaux pour accompagner les personnes dépendantes dans leur maintien à domicile.

D'autre part, il y aura de plus en plus de personnes âgées seules. Les deuils, les divorces, les migrations font que le nombre de personnes seules passera en France de 7 millions (estimation 2007) à 8.5 millions en 2015, et à 11 millions en 2030, selon le rapport de MM. GODET et MOUSLI (Vieillesse, activités et territoires à l'horizon 2030). Cette croissance, s'accompagne en général pour les intéressés d'une moins grande aisance financière (en 2005, les familles monoparentales et les personnes seules comptaient pour environ 35 % des personnes considérées comme pauvres), d'une exposition à la morbidité supérieure et finalement d'une espérance de vie diminuée.

Cette augmentation probable des situations de solitude est de nature à susciter une demande accrue, à la fois quantitative et qualitative, en termes de services d'accompagnement. De façon corollaire, cette évolution va poser la question du recrutement de personnels qualifiés tant au niveau des services à domicile que des structures d'accueil.

Une présence médicale menacée

La question du maintien d'une présence médicale suffisante et adaptée aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire se pose d'ores et déjà. Qu'en sera-t-il en 2015 alors que le vieillissement et les départs en retraite auront concerné une partie significative du corps médical et para-médical et que l'augmentation des numéros clausus (pour les médecins notamment) n'aura pas encore produit ses effets ?

Aujourd'hui, une douzaine de bassins de vie bas-normands affichent et souffrent d'un déficit prononcé de professionnels de santé¹. Compte tenu des prévisions de départs en retraite des médecins, pharmaciens, dentistes et personnels para-médicaux et des incertitudes profondes concernant leur remplacement, le problème du maintien d'une offre en services de santé suffisamment dense et

efficace pour répondre aux besoins, même à minima, d'une population vieillissante va se poser avec une acuité grandissante.

Quand les solutions reposant sur une organisation améliorée et une mutualisation des moyens seront épuisées, sera-t-il possible d'envisager le maintien d'EPHAD, de SSIAD en certaines micro-régions ? La question va se poser à l'avenir de plus en plus fréquemment avec son cortège de difficultés générées par la sous-médicalisation, c'est-à-dire l'éloignement et finalement le dépaysement des personnes âgées.



De façon impérative, la mise en œuvre de politiques volontaristes de maintien de la présence médicale et para-médicale apparaît indispensable, d'autant qu'elles n'auront pas pour seule finalité de répondre aux besoins, certes considérables, des seules personnes âgées. Il s'agit en l'occurrence d'un enjeu global d'aménagement du territoire.

En outre, la santé n'est pas le seul service à la population présentant un risque d'étiollement territorial ; d'autres services, publics ou privés, lucratifs ou non lucratifs, (transports, commerces, finances...) connaissent des problèmes comparables quoique moins aigus.

Des seniors de plus en plus mobiles

C'est à dessein que cette problématique est ici évoquée. La corrélation est en effet évidente entre l'offre de services, de confort, d'aménités et la mobilité des populations et en particulier des seniors. Le temps où les personnes étaient attachées à leurs lieux de vie semble de plus en plus révolu. Les personnes âgées, en nombre croissant, réfléchissent à leur confort de vie futur en termes d'exigences de mobilité, d'accessibilité, de proximité des services... Les premiers effets de ces choix de vie par anticipation se font sentir et se traduisent par une mobilité accentuée et en particulier par un processus de rapprochement vers les villes et les agglomérations les plus susceptibles de disposer et d'offrir des services adaptés aux besoins actuels et futurs des seniors.

Ces phénomènes migratoires, insensibles mais pourtant bien réels, vont se poursuivre, et très probablement s'accroître au cours des prochaines années. Si le milieu rural accueille des populations en âge de travailler pour des motifs de moindre coût (relatif) de l'immobilier notamment, il voit s'éloigner progressivement ses personnes âgées, soit avant la retraite, soit peu après. Le chef-lieu de canton est une destination, le chef-lieu d'arrondissement voire de département le deviennent de plus en plus.

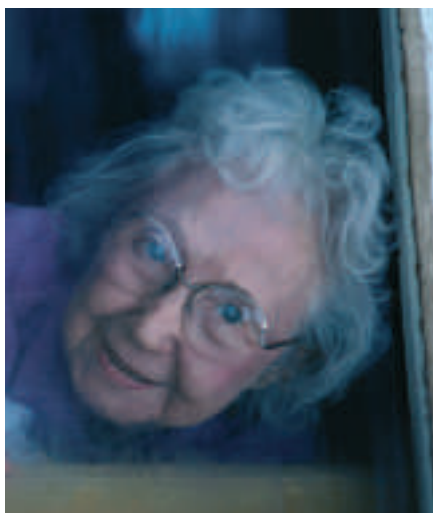
Il est fort probable que d'ici une dizaine d'années la demande en dispositifs d'accueil et d'accompagnement des plus âgés dans les villes de moyenne et de grande importance n'aura cessé de croître. De façon corollaire, en certaines zones rurales déjà menacées par la dévitalisation,

1 - Selon l'URCAM de Basse-Normandie, ces bassins de vie compteraient de l'ordre de moins de 3 médecins pour 5 000 habitants. D'une manière générale, environ 50 cantons en Basse-Normandie présentent des signes variés de fragilité en matière de présence médicale.

la question se posera en termes de redimensionnement par diminution ou par extinction des structures d'accueil en question.

La question du maintien dans la majorité des chefs-lieux de canton de structures d'accompagnement et d'accueil des personnes âgées constitue donc sinon un défi du moins un enjeu d'aménagement du territoire particulièrement important car susceptible de maintenir les proximités et les solidarités notamment familiales.

Ces réflexions sur la mobilité des seniors incitent par ailleurs à évoquer deux questions d'essence plus spécifiquement régionale. Tout d'abord, la proximité de l'île de France, dont on sait que 21 % des retraités migrent dès leur retraite (vous voulez dire que 21 % des retraités d'île de France quittent l'IdF dès leur retraite où que 21 % viennent dans la région ?), n'est pas sans donner une tonalité particulière à l'évolution prévisible du nombre des personnes âgées en Basse-Normandie et notamment dans le département de l'Orne et dans l'Est du Calvados. Cela constitue une vraie problématique en termes de capacités d'accueil à développer. Néanmoins, ces populations migrantes de seniors, généralement dotées d'un pouvoir d'achat supérieur à la moyenne des retraités régionaux, doivent aussi être considérées comme un facteur économiquement positif pour les zones d'accueil concernées.



La mobilité des seniors participe également aux tensions observées sur le marché locatif et surtout de l'accession à la propriété. Compte tenu de la focalisation de ces migrants sur certaines micro-régions (Pays d'Auge, Perche, zones littorales...), les politiques foncières et immobilières devront progressivement prendre en considération ce facteur pour éviter des phénomènes par trop conséquents de rejets des populations jeunes vers des zones éloignées, ces mêmes populations constituant le vivier de recrutement des salariés de l'aide à domicile et des établissements d'hébergement.

Les revenus des retraités aujourd'hui plus élevés que les générations précédentes

Le pouvoir d'achat et de la capacité contributive des seniors pourrait diminuer progressivement d'ici peu. En effet, les revenus des seniors vont se restreindre de façon durable. Cette prédiction n'est jamais que la traduction mécanique des effets des réformes successives des régi-

mes de retraites (réformes Balladur, Fillon...). En outre, d'autres facteurs vont sans doute amplifier ce phénomène d'érosion des revenus des seniors. Ainsi, le nombre d'arrivées à la retraite de personnes ayant connu des carrières incomplètes (chômage) ou ayant travaillé à temps partiel (de façon volontaire ou contrainte) devrait s'accroître. Enfin, se pose le problème des pensions de reversion et donc du revenu des veuves dont le niveau pourrait reculer, compte tenu des facteurs exposés ci-dessus et du contenu possible des futures et probables réformes des régimes de retraite. Ce dernier problème n'est pas négligeable quand on sait que les veuves (c'est le cas le plus fréquent) ont une espérance de vie en veuvage de 9 à 10 ans².

La concrétisation de ces hypothèses, de façon isolée ou cumulée, semble plus que probable. La Basse-Normandie n'y échappera donc pas, et le niveau inférieur à la moyenne nationale des revenus des seniors bas-normands (surtout les plus de 75 ans) est de nature à amplifier cette problématique et pose à moyen terme la question plus que préoccupante des capa-

2 - En effet, les hommes ont une espérance de vie inférieure d'environ 7 années aux femmes et ils épousent en général des femmes de trois ans plus jeunes qu'eux.



cités financières pour accéder aux services qu'il s'agisse d'aide à domicile ou d'accueil en établissements spécialisés.

Le vieillissement accru de la population : un facteur de coûts supplémentaires pour la collectivité

L'accroissement du nombre de seniors constitue un facteur incontestable d'augmentation des coûts pour la ou les collectivités pour deux raisons essentielles: une plus grande durée de vie à la retraite d'où un montant global de pensions servies en augmentation continue et un nombre plus important de personnes consommatrices de soins.

Heureusement, le problème sanitaire ne se pose pas en ces termes puisque les enquêtes épidémiologiques concluent à une compression de la morbidité : l'âge moyen d'apparition des maladies incapacitantes est davantage retardé que l'âge de la mort³.

En revanche, le coût accru du vieillissement de la population est pour la collectivité et en particulier pour la collectivité départementale une réalité incontournable.

Dès lors qu'en sera-t-il du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans les prochaines années. Deux scénarios s'affrontent.

Le premier considère qu'à législation inchangée, les besoins de financement

futurs liés à l'APA n'évolueront que faiblement en euros constants. Cette vision, optimiste, repose sur l'hypothèse d'une indexation du barème de l'APA sur les prix avec une stabilité du plafond de l'APA en euros constants et une baisse du pourcentage de ce plafond effectivement pris en charge par la collectivité⁴.

Le second table sur une indexation du barème de l'APA sur les salaires. Une telle hypothèse tient a priori mieux compte de l'évolution probable des coûts de soins aux personnes dépendantes. Dans ce cas, on assisterait à une croissance des dépenses occasionnées par l'APA (estimée à plus du doublement en 20 ans).

Ainsi, il est possible que le coût du vieillissement et en particulier de la dépendance des personnes âgées impute de plus en plus considérablement les dépenses publiques. L'incertitude demeure quant aux arbitrages qui seront opérés en la matière :

- prise en charge accrue par la ou les collectivités alors que leurs finances sont d'ores et déjà tendues ;

- exigence progressive d'une participation accrue des ménages aux dépenses de santé ;
- effort accru et conjoint des collectivités et des ménages.

A ces incertitudes financières et budgétaires, il faut ajouter celles ayant trait aux évolutions probables de la réglementation instaurant des postes de dépenses supplémentaires en équipement et/ou en fonctionnement. De nouvelles obligations de mises aux normes sanitaires ou de sécurité, sans même évoquer celles relatives à l'encadrement en personnel des patients, interviennent et contribuent à peser un peu plus encore sur le coût global du vieillissement de la population.

A ces facteurs de nature générale qui peuvent constituer autant d'éléments de nature à influencer d'ici 2015 les conditions et les modes de vie des seniors, il faut en ajouter d'autres, plus spécifiques, ayant cette fois trait à la population plus restreinte des personnes âgées dépendantes.



3 - A ce propos, il convient de signaler que l'âge médian d'entrée en maison de retraite s'est considérablement accru ces dernières années. Il est désormais, au moins au niveau national, égal à l'âge moyen des pensionnaires, c'est-à-dire 85 ans. Pour mémoire, en 1998, l'âge médian d'entrée en établissement était de 76 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes alors que l'âge moyen des pensionnaires était de 80 ans pour les hommes et de 86 ans pour les femmes. Cette évolution est, pour partie, à mettre au crédit de l'amélioration continue de l'état de santé des personnes âgées.

4 - La question essentielle étant celle du maintien du niveau du ticket modérateur qui croît avec les ressources des ménages. Si les ressources des ménages croissent, mécaniquement, on assisterait à une augmentation du pourcentage de l'APA laissé à la charge des ménages et donc prise en charge contenue des dépenses d'APA par la collectivité.

La dépendance des personnes âgées d'ici 2015 : évolutions possibles et préconisations

D'ici une dizaine d'années, d'après les projections, le nombre de personnes âgées dépendantes aura considérablement augmenté. De 2007 à 2015, le nombre de personnes âgées dépendantes croîtrait de 16 % et celui des + 85 ans dépendantes de 40% en Basse-Normandie !

Ces deux indicateurs chiffrés, considérables dans leur évolution, imposent la prise progressive de mesures adaptées. A plus ou moins brève échéance, la nature de certains services et surtout de certaines institutions va intrinsèquement être modifiée. De façon volontairement caricaturale, les années à venir vont se caractériser du point de vue du 4ème âge par une forme de dichotomie :

- maintien à domicile accru, en bonne santé ou avec une dépendance légère et tolérable par les intéressés et leur immédiat entourage ;
- transformation progressive des EHPAD en structures d'accueil pour personnes âgées et très âgées, dépendantes et très dépendantes (polypathologies), avec une médicalisation de plus en plus prégnante.

Cette vision à la fois rassurante - maintien en forme physique et intellectuelle jusqu'à un âge avancé de la plupart des seniors - et préoccupante - augmentation forte du nombre de personnes âgées, de dépendantes à très dépendantes - constitue le futur très probable que les pouvoirs publics, les associations et la parentèle devront prendre à assez brève échéance en considération.

Ces perspectives sont d'ores et déjà prises en compte et intégrées dans les actuels schémas gérontologiques départementaux. Pour autant, la projection des besoins à l'horizon 2015, correspond à

l'élaboration d'une autre génération de schémas. Il convient donc d'insister sur les types de besoins qu'un accroissement du vieillissement et des situations de dépendance susciteront d'ici moins de 10 ans.

Les futures politiques, pour la plupart publiques, pourraient prendre en compte les problématiques et les orientations suivantes.

- développement des politiques d'amélioration de l'immobilier existant (adaptation du logement au vieillissement) et de construction de logements adaptés afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées devenant dépendantes ;

- poursuite du développement de l'offre d'aide et de soins à domicile afin d'autoriser un libre choix du lieu de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cela suppose :

- une certaine attractivité des métiers de l'aide à la personne. Cela implique une réflexion sur le statut et les types de formations initiales et continues des personnels concernés soit par l'assistance à domicile, soit en institution. Une synergie Conseils Généraux et Conseil Régional est à ce propos indispensable pour l'établissement du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales ;
- une stimulation de l'exercice des solidarités individuelles et collectives



(bénévolat) et intergénérationnelles (congés pour le parent aidant, soutien psychologique, formation, aides aux associations...), et la véritable structuration d'un dispositif d'aide aux aidants familiaux ;

- élaboration d'un programme immobilier d'évolution des structures d'accueil en fonction d'une médicalisation accrue, elle-même génératrice de besoins en personnels qualifiés supplémentaires. Egalement, la possibilité de doter les

EHPAD d'une fonction parallèle de pôle de services aux personnes âgées devra être étudiée ;

- réflexion sur les dispositions à mettre en œuvre pour faire face à la montée en charge du nombre de personnes désorientées (démences séniles, Alzheimer...) en termes de structures d'accueil (spécialisées ou non), ou en relais temporaire des aidants ;
- plus largement, mise en œuvre d'une observation mutualisée des évolutions

des besoins et des pratiques locales, départementales et extra-régionales en matière de réponses apportées aux problèmes causés par la dépendance des personnes âgées ;

- en outre, le recours à l'expérimentation et à l'évaluation devra être développé pour juger de la faisabilité et du bien-fondé de certaines solutions aux situations rencontrées en Basse-Normandie.



Création - Impression

Nii

2 av. du Pays de Caen - 14460 Colombelles - 02 31 70 88 10

19940 - 11/07

