



Centre Régional d'Etudes,
d'Actions et d'Informations
*en faveur des personnes
en situation de vulnérabilité*

**Observatoire régional
des données médico-sociales
en Basse-Normandie :**

**LES PERSONNES ÂGÉES
ACCUEILLIES EN ÉTABLISSEMENT
D'HÉBERGEMENT**

**Mars
2016**



INTRODUCTION

Dans le cadre des travaux préalables à l'élaboration du Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS), les groupes de travail animés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont mis en exergue la nécessité de formaliser au plan régional, une fonction d'observation en continu des situations et des besoins des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Un outil d'observation partagée doit ainsi permettre une meilleure connaissance des besoins et du fonctionnement des dispositifs, utile à la démocratie médico-sociale (Commission Spécialisée de l'Organisation Médico-Sociale), à la planification et programmation pour l'ARS et les Conseils Départementaux, véritable outil d'aide à la décision pour les acteurs régionaux.

L'ARS de Basse-Normandie a alors confié au Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI Normandie) la construction d'un dispositif d'observation en trois volets, concernant les enfants en situation de handicap (en 2012), les adultes en situation de handicap (en 2013), puis les personnes âgées (en 2014-2015).

La présente étude porte sur la connaissance de l'offre régionale des établissements pour personnes âgées et les pratiques de coopération, la qualification des publics accueillis, mais s'est aussi largement attachée à éclairer la notion de parcours de la personne en amont de son entrée en établissement et les logiques d'articulation des professionnels intervenant auprès d'elle : accompagnements mis en œuvre, freins et leviers conditionnant la continuité des parcours.

MÉTHODOLOGIE

Organisation du dispositif

*La démarche d'observation a été conduite sous la direction d'un **Comité de pilotage** présidé par l'ARS et composé des représentants des directions de l'ARS concernées (Direction de l'Offre de Service et de l'Autonomie, Direction de la Performance, Directions territoriales), des Conseils Départementaux et de responsables d'établissements et services médico-sociaux désignés par la Commission Spécialisée de l'Organisation Médico-Sociale (CSOMS).*

***Un groupe de travail** a été constitué pour travailler sur les outils à mettre en place : il est composé de représentants de l'ARS, des Conseils Départementaux, des MDPH, d'établissements pour personnes âgées et de services accompagnant ces publics à un moment de leur parcours de vie.*

La méthodologie proposée a été présentée à la Commission Spécialisée de l'Organisation Médico-sociale. A l'issue de la phase d'exploitation des résultats, la méthode ainsi que les outils construits sont transférés à l'ARS.

Afin de répondre aux attentes tant d'ordre quantitatif que qualitatif, une approche en 4 étapes a été mise en œuvre.

Structuration des étapes de travail

Description de l'offre et des publics	ETAPE 1 : Exploitation de l'enquête EHPA-2011	ETAPE 2 : Collecte d'informations auprès des établissements
Parcours de la personne âgée	ETAPE 3 : Recueil d'informations sur le parcours de la personne âgée	ETAPE 4 : Consultation des services intervenant auprès de la personne âgée
ANALYSE et SYNTHÈSE des résultats des 4 étapes		



Etape 1 : Exploitation de l'enquête EHPA-2011

Objectif : Qualification de l'offre régionale et du public accueilli en établissement pour personnes âgées.

Méthode : Définition d'une grille de requêtes sur la base du questionnaire EHPA, réalisation des extractions (ARS) et exploitation des données.



Etape 2 : Collecte d'informations auprès des établissements

Objectif : Approfondir la connaissance de l'offre de service, des pratiques de coopération et du public, afin de compléter les enseignements issus de l'enquête EHPA-2011.

Méthode : Construction, mise en ligne et diffusion d'un questionnaire adressé à l'ensemble des EHPA (EHPAD et logements-foyers) bas-normands, exploitation des résultats.



Etape 3 : Recueil d'informations sur le parcours de la personne âgée

Objectif : Décrire les étapes ayant précédé l'entrée en établissement, identifier les difficultés rencontrées et les éléments facilitateurs.

Méthode : Conduite et analyse de 100 parcours de personnes âgées, décrits les professionnels de 50 établissements : construction d'un guide d'entretien, échantillonnage, organisation et conduite des entretiens téléphoniques, retranscription, analyse.



Etape 4 : Consultation de services intervenant auprès de la personne âgée

Objectif : Décrire leur rôle dans l'articulation des étapes du parcours, les relais mobilisés, les difficultés rencontrées... et appréhender la notion de temps d'attente.

Méthode : Conduite et analyse de 30 entretiens téléphoniques réalisés auprès de services sociaux d'hôpitaux, services de soins de suite et de réadaptation (SSR), services d'hospitalisation à domicile (HAD), SSIAD, services d'aide à domicile (SAD), centres locaux d'information et de coordination gériatrique (CLIC) et coordonateurs de MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) : construction d'une trame d'entretien, échantillonnage, organisation et conduite des entretiens téléphoniques, retranscription, analyse.

SOMMAIRE GÉNÉRAL

Partie 1

**Connaissance de l'offre régionale et des publics accueillis
en établissement d'hébergement pour personnes âgées**

Page 5

Partie 2

**Identification de publics spécifiques,
pratiques de partenariats et d'ouverture vers l'extérieur
des établissements d'hébergement pour personnes âgées**

Page 21

Partie 3

**Analyse des parcours des personnes âgées
entrées récemment dans un EHPAD ou un logement-foyer**

Page 33

Partie 4

**Le parcours des personnes âgées
au travers des interventions des services extérieurs**

Page 49

Synthèse - Conclusion

Page 61

Annexes

Page 63

Partie 1

Connaissance de l'offre régionale et des publics accueillis en établissement d'hébergement pour personnes âgées

*Analyse des résultats régionaux
de l'enquête EHPA-2011*

Note méthodologique

L'enquête EHPA

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est une enquête exhaustive, réalisée par la DREES. Elle est diffusée sur la base du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Réalisée tous les 4 ans, cette enquête fournit :

- un état des établissements : activité, informations sur l'aménagement des bâtiments
- une présentation des principales caractéristiques des personnels en place
- une description de la clientèle hébergée : sexe, âge, degré de dépendance, incapacité...
- une description des personnes sorties définitivement des établissements au cours de l'année.

Les dernières données d'enquête disponibles portent sur la situation au 31 décembre 2011.

Champ couvert par l'enquête EHPA

Cette enquête couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux qui hébergent des personnes âgées et intègre également depuis 2003 des établissements de santé comme les unités de soins de longue durée (USLD).

- **les maisons de retraite** : lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne âgée, incluant l'hébergement en chambre ou en logement, les repas et divers services spécifiques,
- **les logements-foyers** : groupes de logements ou de chambres autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif,
- **les unités de soins de longue durée des hôpitaux (USLD)**, structures très médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

À ces établissements, s'ajoutent les établissements d'hébergement temporaire, les centres d'accueil de jour (depuis 2007) et les établissements expérimentaux.

Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une nouvelle catégorie d'établissement est apparue : **les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**. Progressivement depuis 2002, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes signent des conventions tripartites avec leur Conseil général et l'assurance maladie, devenant ainsi des EHPAD.

Ils s'engagent alors à respecter des conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier, de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués.

Champ couvert par l'analyse régionale (champ de l'étude)

L'analyse réalisée au plan régional porte sur l'ensemble des EHPAD, ainsi que des maisons de retraite et logement-foyers non EHPAD¹. Un redressement des données régionales a permis de garantir une représentativité des résultats. Les analyses ont porté sur la qualification de l'offre régionale, la caractérisation des publics accueillis et une analyse des sorties en 2011.

¹ L'enquête EHPA-2011 a identifié deux établissements d'accueil de jour installés dans l'Orne, offrant une capacité d'accueil de 8 places, mais non inclus dans le champ de la présente étude.

Sommaire

Préambule : Les personnes âgées en Basse-Normandie : repères sociodémographiques

La population régionale
Projections de population en 2040
Les bénéficiaires de l'APA

L'offre d'accueil pour personnes âgées en Basse-Normandie

Le volume de l'offre

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées
Les établissements d'hébergement selon le type de gestionnaire
Le taux d'équipement régional

Les modalités d'accueil

Le nombre de places d'hébergement permanent
L'hébergement temporaire
L'accueil de jour
Des unités spécifiques Alzheimer et maladies apparentées

Le taux d'occupation

Les pratiques de conventionnement

Le public accueilli en établissement pour personnes âgées et les sorties

Caractéristiques socio-démographiques

Sexe et âge
Origine géographique des résidents

Mesure de protection juridique

Niveau d'autonomie

La qualification des sorties 2011

Taux de sorties
Durée d'accueil
Motifs de sorties

Préambule :

Les personnes âgées en Basse-Normandie : repères sociodémographiques

La population régionale

Au 1^{er} janvier 2012, la Basse-Normandie compte près de 290 000 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 19,5% de la population régionale ou encore 157 300 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 10,6%.

La population bas-normande est ainsi plus âgée que la population française : l'indice de vieillissement* est de 82 contre 70 au plan national.

A l'échelle de la région, le Calvados apparaît le département le plus jeune, avec moins de 10% d'habitants de 75 ans et plus (contre près de 12% dans la Manche et dans l'Orne) et un indice de vieillissement de 72, contre 91 dans chacun des deux autres départements.

Habitants de 65 ans et plus / 75 ans et plus, au 1^{er} janvier 2012

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie	France
Nombre de 65 ans et plus	121 480	105 180	62 008	288 668	11 188 276
Part des 65 ans et plus	17,7%	21,0%	21,4%	19,5%	17,1%
Nombre de 75 ans et plus	64 568	58 238	34 527	157 333	5 856 701
Part des 75 ans et plus	9,4%	11,6%	11,9%	10,6%	9,0%
Indice de vieillissement*	72	91	91	82	70

Source : Insee, RGP 2012

* Rapport de la population de 65 ans et plus sur la population de moins de 20 ans.

Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

Projections de population en 2040

D'ici à 2040, la part des 75 ans et plus devrait doubler en Basse-Normandie, et approcher les 300 000 personnes (d'après les projections de l'INSEE, réalisées selon un scénario central).

Projections de population en 2040

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie	France
Nombre de 65 ans et plus (millions)	0,21	0,17	0,1	0,47	19,77
Part des 65 ans et plus	27,3%	32,5%	32,6%	30,0%	25,3%
Nombre de 75 ans et plus (millions)	0,12	0,1	0,06	0,3	11,49
Part de 75 ans et plus	19,5%	19,0%	19,5%	17,9%	14,7%

Source : Insee, projections de population

Les bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie)

Le nombre de bénéficiaires de l'APA atteint plus de 34 000 à l'échelle de la Basse-Normandie. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, ils sont 21,8% à en bénéficier. Ce pourcentage, supérieur de 1,4 point à ce qui est observé au plan national, cache des disparités départementales importantes, puisqu'il varie entre 18% dans la Manche et 24,5% dans le Calvados.

Bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie au 1^{er} janvier 2012

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie	France métropolitaine
Nombre de bénéficiaires de l'APA (à domicile et en établissement)	15 845	10 470	7 996	34 311	1 191 897
% de bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus	24,5	18,0	23,2	21,8	20,4
Part des bénéficiaires à domicile	65%	47%	53%	57%	59%
Part des bénéficiaires en établt	35%	53%	47%	43%	41%

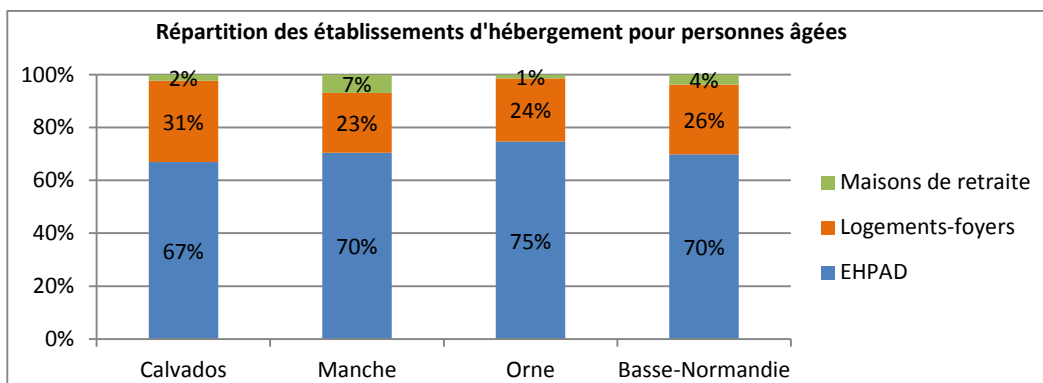
Source : DREES Enquête annuelle Aide sociale, déc 2012

L'offre d'accueil pour personnes âgées en Basse-Normandie

Le volume de l'offre

Une offre reposant sur 321 établissements d'hébergement, dont 70% sont des EHPAD

D'après les résultats de l'enquête EHPA-2011, l'offre d'accueil régionale repose sur un total de 321 établissements, répartis entre 223 EHPAD (soit 70%), 84 logements-foyers (26%) et 12 maisons de retraite (4%). Ces établissements relèvent du Calvados pour 41%, de la Manche pour 36% et de l'Orne pour 23%.

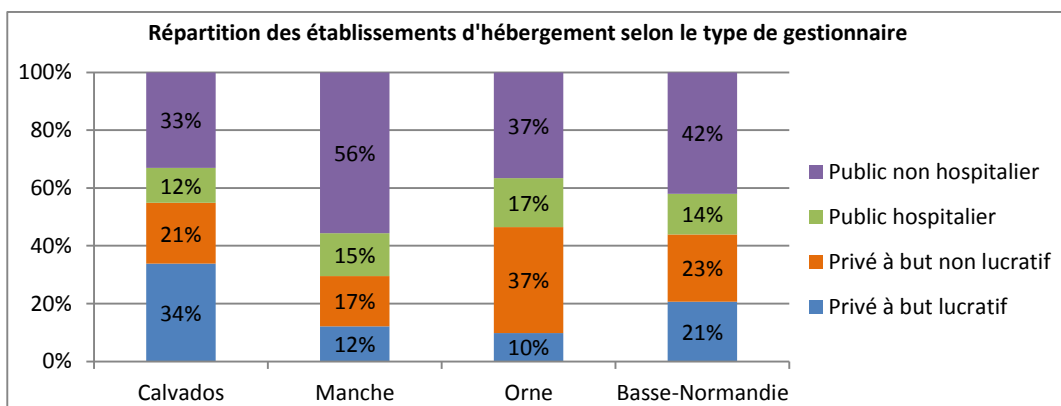


Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Selon une structure différenciée des types de gestionnaires

La répartition des établissements selon le type de gestionnaire met en évidence de nettes différences selon le département :

- Une sur-représentation des établissements privés à but lucratif dans le Calvados : ils représentent 34% de l'offre régionale, contre respectivement 12% et 10% dans la Manche et dans l'Orne,
- Une sur-représentation des établissements publics non hospitaliers dans la Manche : ils représentent 56% de l'offre du département, contre environ un tiers dans les deux autres,
- Une sur-représentation des établissements privés à but non lucratif dans l'Orne : ils sont 37% contre 21% dans le Calvados et 17% dans la Manche.



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Un taux d'équipement régional globalement supérieur au niveau national

Le taux d'équipement régional est supérieur à la moyenne française, tant en EHPAD qu'en logements-foyers. Le détail par département met particulièrement en évidence un sur-équipement en EHPAD dans le département de l'Orne et en logements-foyers dans le Calvados, et à l'inverse un plus faible taux d'équipement en EHPAD dans la Manche.

Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

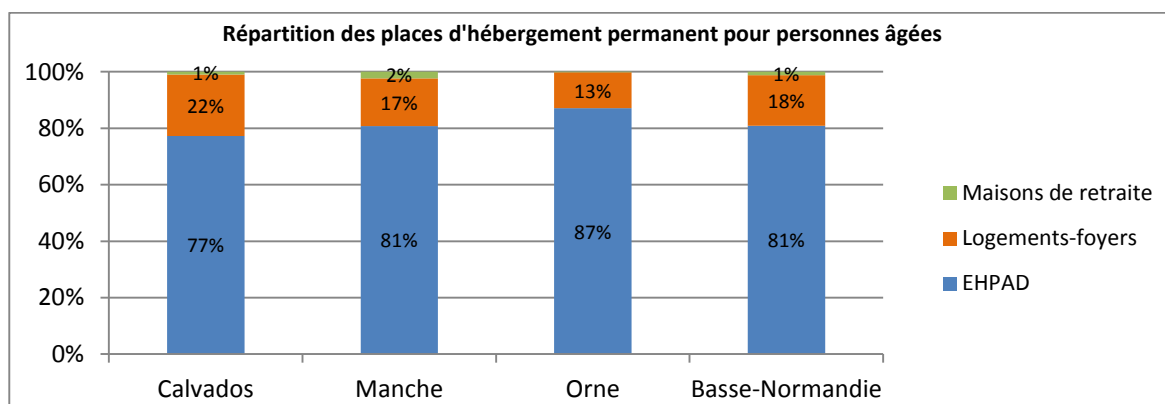
	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie	France
EHPAD	102,9	93,3	131,0	105,5	101,2
Logements-foyers	28,3	19,1	18,8	22,8	18,6
Maison de retraite	1,3	2,7	0,3	1,6	1,6

Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie et RGP 1^{er} janvier 2012

Les modalités d'accueil

Un total de 20 037 places en hébergement permanent, dont 8 sur 10 en EHPAD

L'enquête EHPA-2011 a identifié 20 037 places installées en hébergement permanent dans les établissements pour personnes âgées de la région : 8 places sur 10 sont offertes en EHPAD et près de 2 sur 10 en logement-foyer (les places en maison de retraite non EHPAD sont aujourd'hui peu nombreuses, 249 au plan régional, dont plus de la moitié dans la Manche).



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Des possibilités d'hébergement temporaire, sur une capacité de 211 places²

Les établissements pour personnes âgées, et plus particulièrement les EHPAD, proposent des places d'hébergement temporaire. D'après les données de l'enquête EHPA-2011, l'offre régionale est de 211 places installées, dont 202 en EHPAD réparties entre :

- 85 dans le Calvados, principalement sur le territoire intermédiaire de santé de Caen (60 places), puis Lisieux et Vire,
- 77 dans la Manche, principalement sur les territoires d'Avranches et Cherbourg,
- 49 dans l'Orne, essentiellement sur les territoires de Flers et Argentan.

Seuls deux territoires ne disposent d'aucune place (Coutances et L'Aigle).

² Il s'agit de l'effectif déclaré dans le cadre de l'enquête EHPA-2011.

Des possibilités d'accueil de jour, sur une capacité de 210 places³

Un accueil de jour est également proposé par certains établissements (particulièrement les EHPAD), pour 210 places offertes, dont 88 dans le Calvados, 64 dans la Manche et 58 dans l'Orne. Cette offre concerne un grand nombre de territoires intermédiaires de santé, avec des capacités très variables ; cependant, les territoires de Granville, Lessay, Saint-Hilaire-du-Harcouët, Argentan et L'Aigle n'en disposent pas.

Des unités spécifiques Alzheimer et maladies apparentées, offrant 1 278 places

Les EHPAD proposent des places spécifiques d'hébergement pour des personnes malades d'Alzheimer : l'enquête EHPA-2011 a recensé 1 278 places au plan régional, dont 600 dans le Calvados (soit 47%), 422 dans la Manche (33%) et 256 dans l'Orne (20%). Ces places représentent 6,4% de l'offre régionale.

Nombre de places Alzheimer dans les EHPAD

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Nombre de places Alzheimer (hors UHR)	600	422	256	1278
% parmi l'ensemble des places	7,2%	6,4%	5,0%	6,4%

Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Le taux d'occupation

Les données extraites de l'enquête EHPA-2011 ont permis le calcul d'un taux d'occupation selon le type d'établissement. et le département, au décembre de cette année.

$Taux\ d'occupation = Effectif\ accueilli\ (effectif\ pondéré) / Nombre\ de\ places\ installées^4$

Le taux d'occupation global est estimé à **94%** au plan régional et tous établissements d'hébergement confondus. Il se décline entre :

- 95% en EHPAD, variant entre 92% dans la Manche et 98% dans le Calvados,
- 89% en logements-foyers, variant entre 80% dans l'Orne et 94% dans le Calvados,
- 116% en maisons de retraite.

Taux d'occupation calculé (en %)

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
EHPAD	98	92	96	95
EHPAD privés à but lucratif	73	114	110	84
EHPAD privés à but non lucratif	103	80	107	98
EHPAD publics hospitaliers	129	87	80	98
EHPAD publics non hospitaliers	99	95	100	98
Logements-foyers	94	87	80	89
Logements-foyers privés non EHPAD	118	108	96	108
Logements-foyers publics non EHPAD	90	80	73	84
Maisons de retraite	151	95	147	116
Total	97	91	94	94

Source : EHPA-2011, extractions et exploitation ARS Basse-Normandie

³ Il s'agit de l'effectif déclaré dans le cadre de l'enquête EHPA-2011.

⁴ L'application d'un coefficient de pondération sur les effectifs accueillis permet de compenser les effectifs manquants ou non renseignés. Ce coefficient ne doit pas être appliqué sur les capacités déclarées installées, car les données manquantes sur ce point sont réintroduites en fonction des capacités connues par ailleurs. Cette différence de méthode pourrait cependant expliquer certains taux d'occupation sensiblement supérieurs à 100%.

Les pratiques de conventionnement

Les EHPAD travaillent en partenariat l'extérieur et notamment avec des réseaux de santé ou équipes mobiles, afin d'accompagner certaines situations des personnes âgées. Nombre d'établissements ont pour cela mis en place des pratiques de conventionnement :

- 42% d'EHPAD ont une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs : cela apparaît plus fréquent dans les départements du Calvados puis de l'Orne ; par ailleurs, ils sont 25% à avoir conventionné avec un réseau de santé en soins palliatifs, particulièrement dans le Calvados
- 14% ont une convention avec une équipe mobile de soins gériatriques (entre 9% dans l'Orne et 15% dans la Manche)
- un EHPAD sur deux a conventionné avec une équipe mobile psychiatrique (soit 37% dans le Calvados et 53% dans la Manche et l'Orne).

	Calvados		Manche		Orne		Basse-Normandie	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Equipe mobile de soins palliatifs	49	55%	23	28%	21	40%	94	42%
Réseau de santé en soins palliatifs	44	49%	6	7%	6	11%	56	25%
Equipe mobile d'intervention gériatrique	12	13%	12	15%	5	9%	31	14%
Equipe mobile psychiatrique	33	37%	43	53%	28	53%	109	49%

Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Par ailleurs, quelques maisons de retraite et logements-foyers ont aussi déclaré un conventionnement (5 maisons de retraite avec une équipe mobile psychiatrique, une maison de retraite et un logement-foyer avec une équipe mobile d'intervention gériatrique, une maison de retraite avec une équipe mobile de soins palliatifs).

Le public accueilli en établissement pour personnes âgées

Les caractéristiques socio-démographiques

19 270 personnes âgées accueillies en établissement en Basse-Normandie

Fin 2011, 19 270 personnes âgées vivent en institution en Basse-Normandie. Cela représente environ 10,6% des 75 ans et plus ou encore 23,3% des 85 ans et plus, soit des proportions semblables à ce qui est observé au plan national (source DREES). Ils résident majoritairement en EHPAD, c'est le cas pour 82% des personnes âgées accueillies en institution (soit 15 786 résidents).

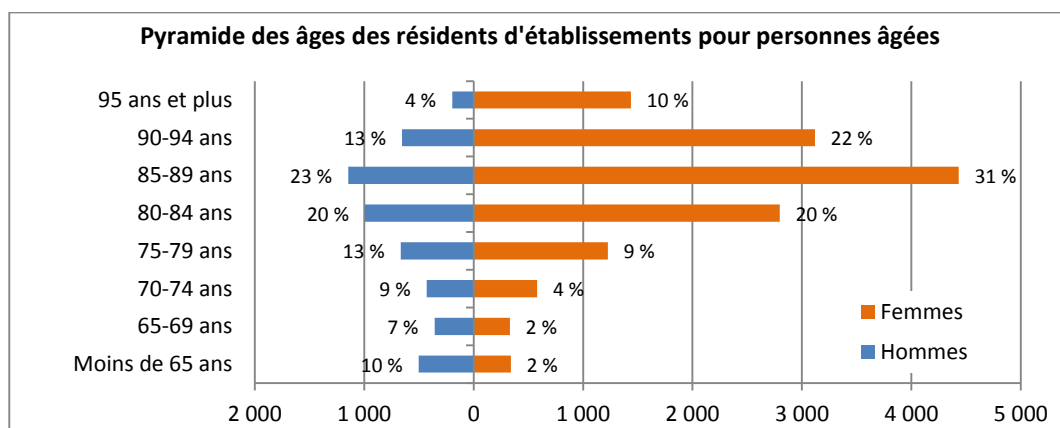
Effectifs de personnes âgées en établissement au 31 décembre 2011

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie	%
EHPAD	6 482	4 979	4 325	15 786	82%
EHPAD privés à but lucratif	1 801	800	368	2 969	15%
EHPAD privés à but non lucratif	1 529	873	1 545	3 948	20%
EHPAD publics hospitaliers	2 186	1 569	1 306	5 061	26%
EHPAD publics non hospitaliers	965	1 737	1 105	3 808	20%
Logements-foyers	1 707	963	523	3 193	17%
Logements-foyers privés à but lucratif non EHPAD	36	58	45	138	1%
Logements-foyers privés à but non lucratif non EHPAD	271	232	168	671	4%
Logements-foyers publics non EHPAD	1 400	673	310	2 384	12%
Maisons de retraite	128	147	16	291	2%
Maisons de retraite privées à but lucratif non EHPAD	94	0	16	110	1%
Maisons de retraite privées à but non lucratif non EHPAD	34	0	0	34	0%
Maisons de retraite publiques non EHPAD	0	147	0	147	1%

Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Trois résidents sur quatre sont des femmes

Trois quarts des résidents (74%) sont des femmes et cette proportion augmente avec l'âge : les femmes représentent 44% des résidents de moins de 70 ans et 85% des 90 ans et plus. Cette tendance est observée quel que soit le type d'établissement.



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Guide de lecture : Les barres représentent les effectifs de résidents.

Les pourcentages désignent la répartition par âge des hommes d'une part, des femmes d'autre part.

La structure d'âge des résidents diffère peu selon le type d'établissement. On relèvera toutefois que les maisons de retraite accueillent un peu plus de résidents « jeunes » (âgés de moins de 70 ans) ; à l'inverse, les EHPAD accueillent une plus grande part de 90 ans et plus, que les logements-foyers ou les maisons de retraite.

Structure d'âge des résidents selon le type d'établissement

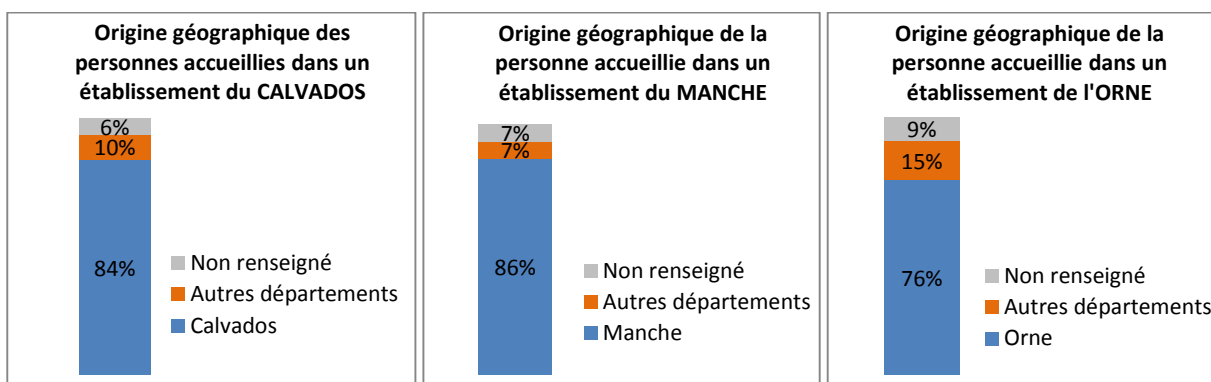
	EHPAD	Logement-foyer	Maison de retraite	Tous établissements confondus
Moins de 65 ans	4%	4%	<u>11%</u>	4%
65-69 ans	4%	3%	<u>8%</u>	4%
70-74 ans	5%	6%	6%	5%
75-79 ans	9%	12%	10%	10%
80-84 ans	19%	25%	15%	20%
85-89 ans	29%	30%	28%	29%
90-94 ans	<u>21%</u>	15%	15%	20%
95 ans et plus	<u>9%</u>	5%	6%	8%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

La majorité des personnes âgées sont accueillies en établissement dans leur département d'origine

Lors de l'entrée en établissement, la personne âgée reste dans la majorité des cas dans son département d'origine : c'est le cas pour 84% des résidents du Calvados, 86% des résidents de la Manche et sensiblement moins dans l'Orne, avec 76%.

Les autres provenances sont principalement le reste de la région (à savoir les 2 autres départements) et l'Île-de-France, dans les mêmes proportions.



835 personnes :

Île de France	29%
Manche	21%
Orne	14%
Eure	7%
Seine Maritime	5%
Bretagne	4%
Autres	22%

408 personnes :

Île de France	30%
Calvados	26%
Îlle et Vilaine	11%
Autres dépts Bretagne	5%
Orne	4%
Seine Maritime	4%
Autres	20%

748 personnes :

Île de France	26%
Calvados	20%
Sarthe	15%
Eure et Loir	9%
Manche	7%
Mayenne	6%
Eure	3%
Autres	15%

Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

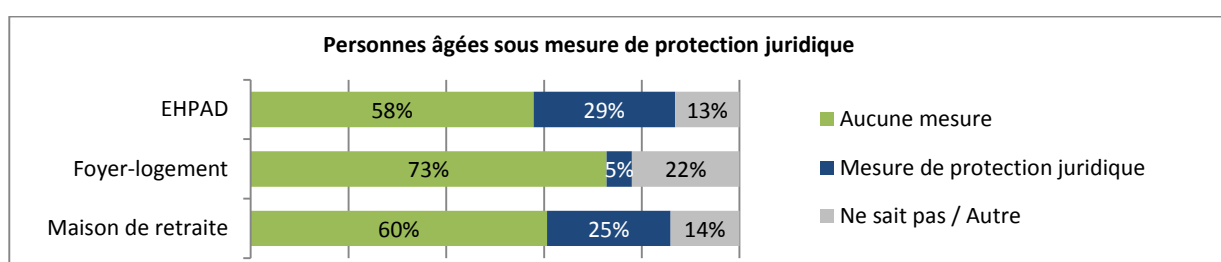
Les mesures de protection juridique

Un quart des résidents bénéficie d'une mesure de protection juridique, peu parmi les résidents de logement-foyer

L'enquête EHPA-2011 a permis d'identifier les résidents de structures pour personnes âgées qui bénéficient d'une mesure de protection juridique. Tous établissements confondus et à l'exclusion des non-réponses (15% de « ne sait pas »), ce sont 25% des personnes qui sont concernées par une mesure.

Les publics d'EHPAD et de maison de retraite sont plus fortement concernés que les publics de logement-foyer :

- EHPAD : 29% des résidents ont une mesure de protection, soit un effectif de 4 560 personnes,
- logement-foyer : 5% des résidents, soit 165 personnes,
- maison de retraite : 25% des résidents, soit 73 personnes.



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Dans le Calvados, une plus grande part de personnes âgées bénéficie d'une mesure de protection juridique, que dans la Manche ou dans l'Orne.

Personnes âgées sous mesure de protection judiciaire, selon le département

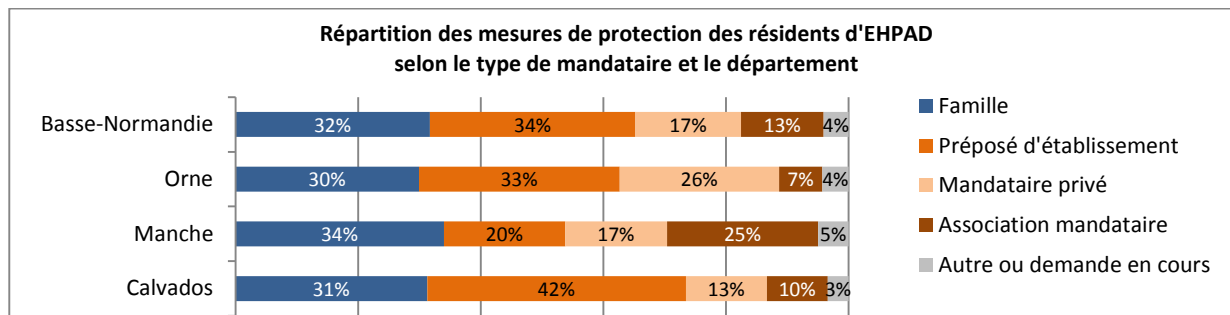
	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
EHPAD				
Aucune mesure	56%	61%	56%	58%
Mesure de protection judiciaire	34%	26%	25%	29%
Ne sait pas / Autre	10%	13%	19%	13%
Total	100%	100%	100%	100%
Logement-foyer				
Aucune mesure	74%	82%	49%	73%
Mesure de protection judiciaire	6%	4%	5%	5%
Ne sait pas / Autre	20%	14%	46%	22%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

La protection juridique est exercée par la famille dans un tiers des cas

- Pour un résident d'EHPAD sur trois, la mesure est exercée par un membre de la famille, quel que soit le département.
- En dehors de la famille, les mandataires qui interviennent le plus fréquemment auprès des personnes âgées en institution sont ensuite les préposés d'établissement : ils exercent la mesure pour 34% de résidents d'EHPAD, mais plus souvent dans le Calvados (avec 42%) et moins dans la Manche (20%). Notons que ces mesures concernent presque exclusivement des résidents d'EHPAD publics, et le plus souvent hospitaliers.
- Les mandataires privés et les associations mandataires interviennent ensuite auprès des personnes âgées, dans différentes mesures en fonction du département : les mandataires privés interviennent davantage dans l'Orne (auprès

de 26% des résidents protégés, contre 17% dans la Manche et 13% dans le Calvados), tandis que les associations interviennent auprès d'un plus grand nombre de résidents dans la Manche (25%, contre 10% dans le Calvados et 7% dans l'Orne).



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Le niveau d'autonomie ou de dépendance

Définition : Groupe Iso Ressources - GIR

L'autonomie des personnes âgées dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne est évaluée avec la grille AGGIR. La capacité des personnes est évaluée sur 10 activités : comportement, communication, orientation dans le temps et dans l'espace, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacements intérieurs.

En fonction de son degré de dépendance, la personne est classée dans un des 6 groupes iso-ressources (GIR), chaque groupe correspondant à un niveau de besoin d'aide.

GIR 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,
Ou personne en fin de vie.

GIR 2 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.

GIR 3 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

GIR 4 : Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,
Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

GIR 5 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

L'analyse du niveau d'autonomie des personnes accueillies est différenciée selon le type de structure d'accueil : EHPAD et logement-foyer, ces établissements ayant vocation à accueillir des publics différenciés sur ce plan de l'autonomie.

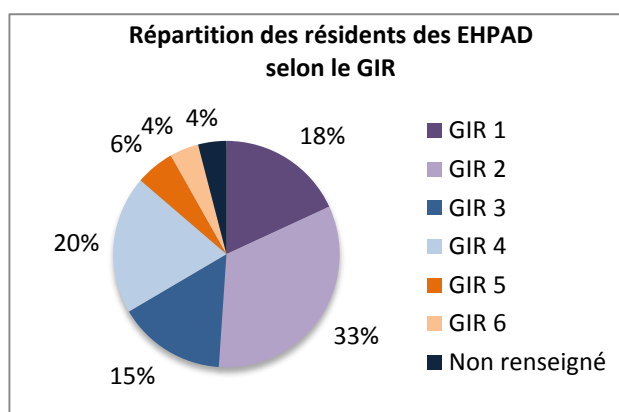
Attention : le GIR n'est pas systématiquement renseigné dans l'enquête EHPA : il l'est concernant 84% des résidents d'EHPAD mais seulement 43% des résidents de logement-foyer.

Plus de la moitié des résidents d'EHPAD sont en GIR 1 ou 2

Les résidents d'EHPAD présentent pour moitié (51%) un niveau de dépendance important, évalué en GIR 1 ou 2, nécessitant un accompagnement rapproché ou continu, pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. Ils représentent un effectif de plus de 8 000 personnes.

Plus d'un tiers des résidents ont un niveau de dépendance moyen (GIR 3 et 4).

En revanche, les personnes autonomes ou n'ayant besoin que d'une aide ponctuelle ne représentent qu'un dixième du public accueilli.

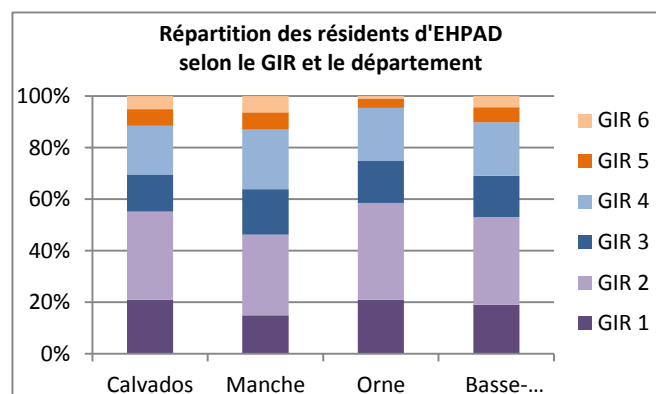


Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Un niveau de dépendance moins important des résidents d'EHPAD de la Manche

La répartition du public en fonction de son niveau d'autonomie est comparable quel que soit le type de structure gestionnaire.

En revanche, le détail par département met en évidence un niveau de dépendance moins important des personnes accueillies en EHPAD dans la Manche : 46% sont en GIR 1 ou 2, contre 55% dans le Calvados et 59% dans l'Orne.



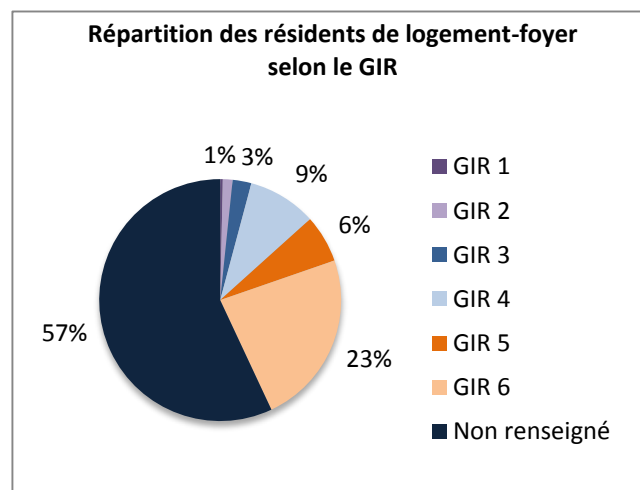
Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Un grand nombre de résidents de logements-foyers ne relevant pas de la grille AGGIR

Concernant les résidents de logement-foyer, le GIR est non renseigné (dans l'enquête EHPA) pour plus d'une personne sur deux : cela correspond à des personnes âgées qui ne relèvent pas de la grille AGGIR car autonomes, voire à des personnes pour lesquelles le GIR ne serait pas connu (l'enquête ne le précise pas).

Lorsqu'il est renseigné, le GIR porte le plus fréquemment sur les niveaux 5 et 6, c'est-à-dire que les personnes sont autonomes pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (23% des réponses) ou nécessitant seulement une aide ponctuelle (6%). Encore 9% sont en GIR 4, nécessitant une aide pour les transferts et/ou les soins corporels et les repas.

L'enquête identifie également 4% de personnes présentant un niveau de dépendance important (GIR 1 ou 2), nécessitant une présence et un accompagnement constants. Ils représentent un effectif d'environ 50 personnes au plan régional, majoritairement accueillis dans des établissements du Calvados.



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

La qualification des sorties

Un taux de sortie de 27% sur l'année 2011, plus faible en logement-foyer

Au cours de l'année 2011, un total de 5 374 personnes ont quitté l'établissement qui les accueillait. Cela représente un taux de sortie de 27%, qui est plus faible en logement-foyer qu'en EHPAD :

- 29% en EHPAD (soit 31% dans le Calvados, 29% dans la Manche et 26% dans l'Orne),
- 17% en logement-foyer (soit 17% dans le Calvados, 15% dans la Manche et 18% dans l'Orne),
- 25% en maison de retraite.

Une durée d'accueil plus longue en logement-foyer qu'en EHPAD

Les sortants de logement-foyer présentent une ancienneté dans l'établissement nettement plus importante que les sortants d'EHPAD (les entrées en EHPAD ont lieu à un âge plus avancé qu'en logement-foyer ; les entrées concernant aussi des personnes présentant un état de santé plus dégradé).

- Ils sont par exemple plus d'un tiers à avoir passé au moins 6 ans dans la structure, contre 16% des résidents d'EHPAD.

- A l'inverse, 43% des sortants d'EHPAD en 2011 ont passé moins d'une année dans cet établissement ; en logement-foyer, le pourcentage est de 16%.

Ancienneté dans l'établissement des personnes sorties en 2011

	Moins d'un an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Entre 3 et 4 ans	Entre 4 et 5 ans	Entre 5 et 6 ans	6 ans et plus	Non connu	Total général	Effectif concerné
EHPAD	43%	13%	10%	8%	5%	4%	16%	3%	100%	4 708
Logements-foyers	16%	11%	12%	7%	7%	6%	35%	5%	100%	603
Maisons de retraite	54%	11%	7%	0%	6%	2%	21%	0%	100%	63
TOTAL	40%	12%	10%	7%	5%	4%	18%	3%	100%	5 374

Ancienneté dans l'établissement des personnes sorties en 2011

	Moins d'un an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Entre 3 et 4 ans	Entre 4 et 5 ans	Entre 5 et 6 ans	6 ans et plus	Non connu	Total général	Effectif
EHPAD	43%	13%	10%	8%	5%	4%	16%	3%	100%	4 708
EHPAD privés à but lucratif	50%	14%	10%	5%	3%	3%	10%	4%	100%	1 233
EHPAD privés à but non lucratif	38%	12%	10%	9%	5%	6%	17%	2%	100%	1 078
EHPAD publics hospitaliers	42%	13%	9%	8%	5%	4%	17%	2%	100%	1 284
EHPAD publics non hospitaliers	41%	10%	8%	9%	6%	4%	19%	2%	100%	1 112
Logements-foyers	16%	11%	12%	7%	7%	6%	35%	5%	100%	603
Maisons de retraite	54%	11%	7%	0%	6%	2%	21%	0%	100%	63
TOTAL	40%	12%	10%	7%	5%	4%	18%	3%	100%	5 374

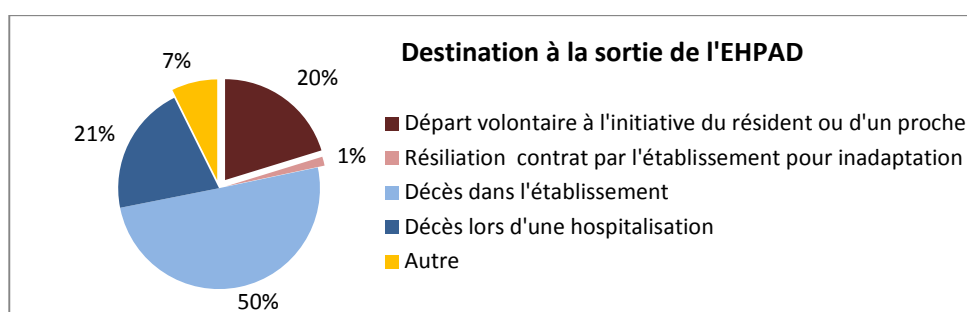
Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Des contextes de sortie différenciés entre EHPAD et logement-foyer

Les sorties d'EHPAD

Le motif de sortie d'EHPAD est dans la majorité des situations le décès de la personne. Sur l'ensemble des sorties enregistrées en 2011, une sur 2 était consécutive au décès dans l'établissement et une sur 5 au décès qui a eu lieu dans le cadre d'une hospitalisation.

Dans une situation sur 5, la sortie est justifiée par un choix de la personne âgée et/ou sa famille de quitter l'établissement.



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Ces choix sont alors justifiés :

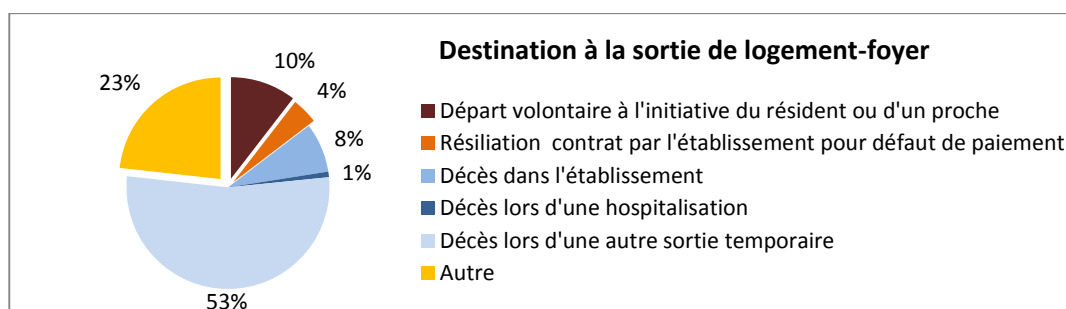
- par un retour au domicile privé ou un accueil au domicile d'un proche : 46%
- par un changement d'établissement, c'est-à-dire un accueil dans un autre établissement pour personnes âgées (maison de retraite ou EHPAD) : 43%
- certaines sorties sont consécutives à une prise en charge dans le milieu sanitaire (en unité de court-séjour, en établissement psychiatrique ou en service de Soins de Suite et de Réadaptation) : 4%
- ponctuellement, le projet peut être un accueil en logement-foyer (1%) ou dans une famille d'accueil agréée (1%).

Les sorties de logement-foyer

Les sorties de logement-foyer sont bien souvent consécutives au décès de la personne (62%) : le décès a très souvent lieu à l'extérieur de l'établissement, au domicile des proches.

Dans une situation sur 10, la sortie correspond au départ volontaire de la personne âgée ou de ses proches.

On observe aussi parmi les motifs déclarés, des résiliations de contrats consécutives à un défaut de paiement (4%).



Source : EHPA-2011, extractions ARS Basse-Normandie

Les sorties (hors décès) se justifient en grande majorité par un transfert vers une structure médicalisée (EHPAD ou maison de retraite), qui répond au besoin d'accompagnement de 3 sortants sur 4.

Les autres sorties ont pour objectif le retour au domicile privé ou au domicile d'un proche (13% des sorties hors décès), un accueil dans un autre logement-foyer (5%), voire une orientation vers un service sanitaire (2%).

Les sorties de maison de retraite, peu nombreuses, ne sont pas détaillées ici ; les motifs observés sont semblables à ceux des EHPAD (principalement décès, puis changement d'établissement).

Partie 2

Identification de publics spécifiques, pratiques de partenariats et d'ouverture vers l'extérieur des établissements d'hébergement pour personnes âgées

*Analyse de l'enquête en ligne
réalisée auprès des établissements
d'hébergement pour personnes âgées
en avril/juin 2015*

Note méthodologique

Objet de l'enquête

Afin de compléter la phase quantitative d'exploitation et de valorisation des données de l'enquête EHPA-2011, le comité de pilotage a souhaité l'organisation d'un recueil d'informations complémentaires auprès des établissements bas-normands.

Il s'agissait notamment d'identifier :

- les éventuelles difficultés liées à l'accueil de jour et à l'accueil temporaire,
- certains publics spécifiques : personnes handicapées vieillissantes, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et assimilés, personnes atteintes de la maladie de Parkinson...
- les pratiques de conventionnement avec les partenaires et d'ouverture vers l'extérieur...
- des pratiques innovantes.

Méthodologie

Pour répondre à ces objectifs, le groupe de travail a élaboré un questionnaire court (afin d'en faciliter le remplissage) et ciblé sur ces questions. Il a été adressé aux EHPAD et logements-foyers par voie de mailing, avec la fourniture d'un lien internet permettant l'accès direct à l'interface de saisie en ligne. La diffusion a été accompagnée du soutien des fédérations, qui ont relayé la démarche auprès de leurs adhérents.

La campagne de recueil s'est déroulée sur la période d'avril à juin 2015, comprenant des démarches de relance par mail et téléphone.

Participation

Avec 193 établissements ayant répondu à l'enquête, le taux de participation s'est établi à 58%.

La mobilisation la plus forte a été observée dans les EHPAD de l'Orne (participation de 87%). Les établissements de la Manche ont répondu légèrement plus que ceux du Calvados.

Etablissements répondants à l'enquête

	Calvados		Manche		Orne		Basse-Normandie	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
EHPAD	49	49%	48	58%	46	87%	143	60%
Logement-foyer	23	49%	18	58%	9	43%	50	45%
Total	72	49%	66	58%	55	74%	193	58%

Les établissements participants représentent un effectif total de 14 880 personnes âgées accueillies, soit environ trois quarts de la population en établissement.

Il convient de prendre en compte que le taux de réponse peut limiter la portée des enseignements.

Sommaire

L'accueil de jour et l'accueil temporaire

Accueil de jour en EHPAD

Accueil temporaire en EHPAD

Les publics spécifiques

Personnes handicapées vieillissantes

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles assimilés

Personnes atteintes de la maladie de Parkinson

Personnes marginalisées et autres

Les pratiques de conventionnement avec les partenaires

Pratiques des EHPAD en termes de conventionnement

Pratiques des Logements-foyers en termes de conventionnement

Association des établissements à une démarche de PSLA

Ouverture des établissements vers l'extérieur

Ouverture des EHPAD vers l'extérieur

Ouverture des Logements-foyers vers l'extérieur

Mise en œuvre de pratiques innovantes

Accueil de jour et accueil temporaire

Si la principale modalité d'accueil en établissement pour personnes âgées est l'hébergement, les accueils de répit, de jour et temporaire offrent des possibilités d'accompagnement adaptés aux besoins de la personne.

Au-delà de l'accueil en hébergement, 18% des EHPAD répondants proposent un accueil de jour et 37% un accueil temporaire, établissements pour lesquels un agrément est délivré précisant le nombre de places associées.

L'enquête a également identifié un logement-foyer proposant un accueil de jour et deux proposant de l'accueil temporaire.

EHPAD proposant un accueil de jour ou un accueil temporaire

	Calvados		Manche		Orne		Basse-Normandie	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Accueil de jour	11	15%	18	27%	5	9%	34	18%
Accueil temporaire	20	28%	23	35%	28	51%	71	37%

Accueil de jour en EHPAD

- Parmi les répondants des 3 départements, entre 9% et 27% des EHPAD proposent un accueil de jour, modalité qui apparaît moins fréquente dans l'Orne.
- Parmi eux, un EHPAD (53%) sur deux déclare rencontrer des difficultés pour remplir ces places.
- 38% évoquent des difficultés liées au transport pour les usagers : sont notamment pointées des difficultés liées à l'éloignement entre lieu de résidence de la personne âgée et l'établissement, la distance étant identifiée comme un frein.
- D'autres besoins sont évoqués quant à des difficultés de prise en charge de ces publics et l'expression de besoin de « temps psychologique » à la fois pour les aidants et les équipes.
- Deux établissements ont également pointé pour l'un, une méconnaissance de ce service et pour l'autre, une ouverture récente de cette possibilité d'accueil.

Accueil temporaire en EHPAD

- Parmi les répondants à l'enquête, plus d'un tiers des EHPAD proposent un accueil temporaire : contrairement à l'accueil de jour, cette modalité apparaît davantage proposée par les établissements de l'Orne (51%), que dans la Manche (35%) ou le Calvados (28%).
- Un quart des établissements concernés déclarent rencontrer des difficultés pour remplir ces places (autant dans les trois départements).
- La temporalité est évoquée comme une difficulté rencontrée, à savoir que les demandes se concentrent sur les mêmes périodes (souvent sur les périodes de vacances).
- Une autre difficulté évoquée par plusieurs établissements est liée au faible nombre de places (parfois une seule), ce qui rend difficile l'adaptation aux demandes. Plusieurs EHPAD ont cité le « nombre insuffisant » de places proposées.
- Certains EHPAD ont pointé à travers l'occupation de ces places, un « hébergement permanent déguisé ».
- Le profil des personnes accueillies apparaît parfois en inadéquation avec les possibilités d'accueil (exemple cité d'une sortie prématurée d'établissement hospitalier, avec une évaluation médicale insuffisante sur l'état de santé de la personne).
- L'architecture du service ou le manque de personnel sont ponctuellement cités comme des freins à la mise en place d'un accompagnement personnalisé adapté.

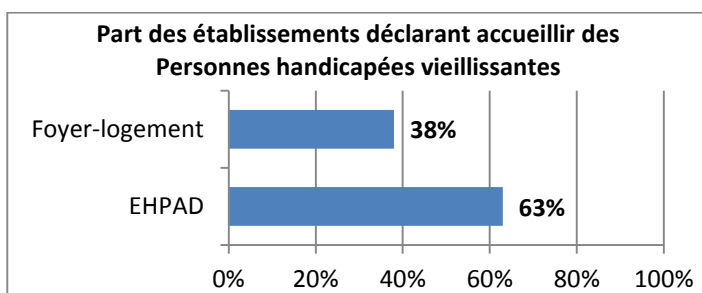
Accueil de publics spécifiques

L'identification des publics spécifiques a pour objectif d'estimer leur part parmi l'ensemble des résidents, afin d'apprécier les besoins d'adaptation des prises en charge, en terme d'équipement, de formation du personnel, d'incidences sur la vie collective des résidents...

Personnes handicapées vieillissantes

Près de deux tiers des EHPAD et plus d'un tiers des logements-foyers ayant participé à l'enquête ont déclaré accueillir des personnes handicapées vieillissantes, au sens où « la personne bénéficiait d'une reconnaissance de handicap avant l'âge de 60 ans ». Concernant les logements-foyers, cela apparaît plus fréquent parmi les établissements de la Manche (50%) et nettement moins dans l'Orne (11%).

Ce public représente en moyenne 7% de l'ensemble des résidents de l'établissement, soit 7,6% des effectifs en EHPAD et 5,4% des effectifs en logement-foyer. Cela représenterait 1 100 personnes dans les EHPAD bas-normands.



Part du public concerné :

Logement-foyer : 5,4%

EHPAD : 7,6%

Projection de l'effectif sur 100 % des établis :

FL : 75

EHPAD : 1100

Méthode d'estimation des effectifs de publics spécifiques au plan régional

A partir des effectifs déclarés par les établissements répondants, une projection est réalisée afin d'estimer le nombre total de personnes concernées à l'échelle régionale. Pour cela, des coefficients de redressement liés au type d'établissement et au département sont appliqués aux effectifs déclarés. Cette démarche repose sur l'hypothèse que l'information fournie par les répondants est représentative de l'ensemble des structures.

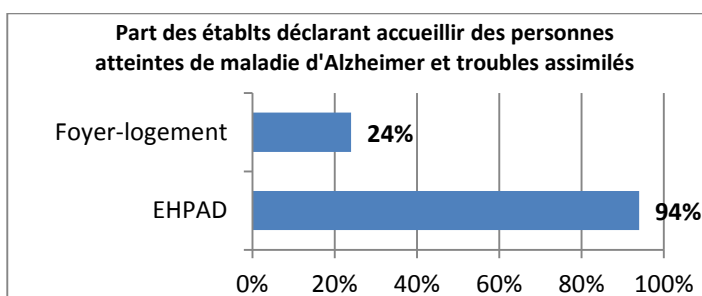
Certaines personnes handicapées vieillissantes présentent des troubles psychiatriques : elles représentent 4,5% des effectifs d'EHPAD et 1,8% de celles de logement-foyer.

Selon l'approche décrite ci-dessus, leur nombre serait estimé à 730 personnes en EHPAD et moins de 20 en logement-foyer.

Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles assimilés

La très grande majorité des EHPAD accueille des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles assimilés : ils sont 94% à l'avoir déclaré (dans une même proportion quel que soit le département). Ces publics représentent 38% des effectifs accueillis.

Les logements-foyers accueillent également ce type de public, mais de façon beaucoup plus restreinte : un établissement sur 4 se déclare concerné, plus précisément 17% dans le Calvados, 39% dans la Manche et 11% dans l'Orne. Ces publics sont peu nombreux : ils représentent en moyenne 5% de l'ensemble des résidents.



Part du public concerné :

Logement-foyer : 5%

EHPAD : 38%

Projection de l'effectif sur 100 % des établis :

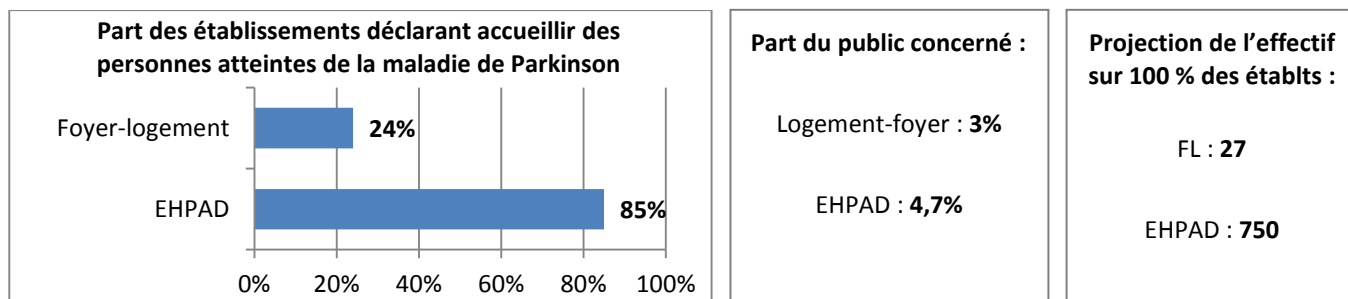
FL : 65

EHPAD : 7 300

Personnes atteintes de la maladie de Parkinson

En moyenne 85% des EHPAD accueillent des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, mais sur des effectifs relativement faibles : ces personnes représentent 4,7% de l'ensemble des résidents.

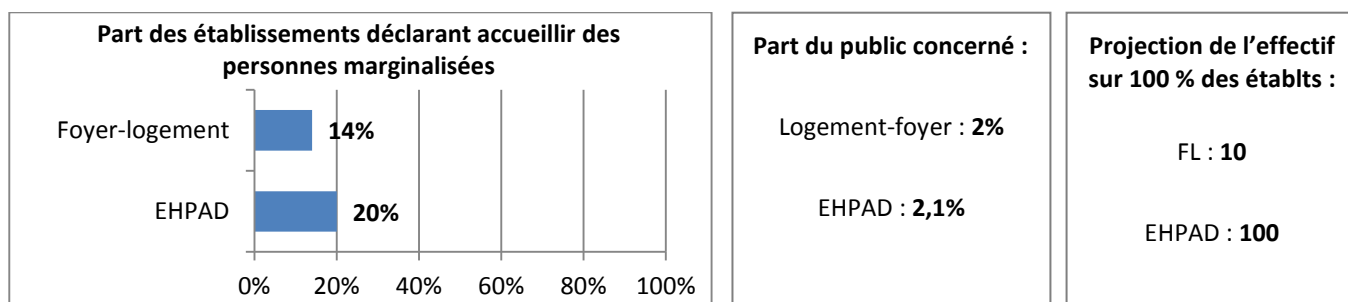
En logement-foyer, c'est un établissement sur 4 qui se déclare concerné et les effectifs portent sur 3% de résidents.



Personnes marginalisées et autres

Les personnes marginalisées sont celles qui étaient sans domicile fixe avant l'entrée en établissement (tel que défini dans l'enquête).

Un EHPAD sur 5 et un logement-foyer sur 7 déclarent accueillir ce profil de résidents : ils ne représentent que 2% de l'effectif global.



Accueils dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une alternative à l'incarcération

Trois EHPAD (1 dans le Calvados et 2 dans la Manche) ont déclaré accueillir des personnes âgées dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une alternative à l'incarcération. Ces accueils concernent 3 personnes.

Pratiques de conventionnement avec les partenaires

Les conventions passées entre les EHPA et les structures partenaires reflètent la capacité des acteurs à s'organiser et se coordonner autour de la personne, ainsi qu'à assurer un relais cohérent dans leur parcours.

Pratiques des EHPAD en termes de conventionnement

Une large majorité d'EHPAD ont mis en place des conventions avec un hôpital psychiatrique et un service d'hospitalisation à domicile (HAD). Ils sont 86% dans l'Orne, 91% dans la Manche et 96% dans le Calvados.

Trois sur quatre ont conventionné avec un service d'urgence (un peu plus fréquemment dans l'Orne).

Environ un tiers a également mis en place des conventions avec des spécialistes (plus fréquemment dans le Calvados). Lorsque l'EHPAD dépend d'un centre hospitalier, il est en lien direct avec tous les spécialistes du centre.

Les principales spécialités citées par les autres EHPAD concernés sont (par ordre de fréquence décroissante) : les équipes de soins palliatifs et les spécialistes « douleur », la dermatologie via le réseau TELAP de téléassistance des plaies, la cardiologie, l'ophtalmologie, la pneumologie. Sont également cités (moins de 5 fois) : podologue / pédicure, urologue, kinésithérapeute, chirurgien, diabétologue, gynécologue, neurologue, dentiste, consultation mémoire, CMP...

Pratiques des EHPAD en termes de conventionnement

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
Hôpital psychiatrique	96%	91%	86%	91%
HAD	96%	91%	86%	91%
Service d'urgence	70%	71%	84%	75%
Spécialistes	37%	28%	31%	32%

Pratiques des logements-foyers en termes de conventionnement

Quelques logements-foyers ont signé des conventions avec une HAD (soit 3 structures de la Manche et une du Calvados). Un logement-foyer a également déclaré une convention avec un service d'urgences.

Pratiques des Logements-foyers en termes de conventionnement

	Calvados	Manche	Orne	Basse-Normandie
HAD	5%	18%	0%	9%
Service d'urgence	5%	0%	0%	2%

Des projets de partenariats

Les établissements envisagent de développer et/ou de renforcer certaines formes de partenariat.

- Les projets les plus fréquemment cités concernent : la HAD, les équipes mobiles de soins palliatifs, mais également les partenariats avec les centres hospitaliers (pour les hospitalisations, les sorties d'hospitalisation, l'accès aux consultations...)

- Au second plan, sont cités : les SSIAD, les soins psychiatriques, la télémédecine (pour des consultations dermatologiques, psychiatriques, cardiologiques, la gestion des urgences, la néphrologie pour la prise en charge des dialyses en EHPAD ...), ainsi que l'organisation de rencontres entre EHPAD (au plan local, ou plus largement)
- Plus ponctuellement, sont également identifiés : le suivi dentaire, le suivi ophtalmologique, le partenariat avec un centre de rééducation, des médecins généralistes, des réseaux de santé... ou encore un projet de partenariat avec une bibliothèque.

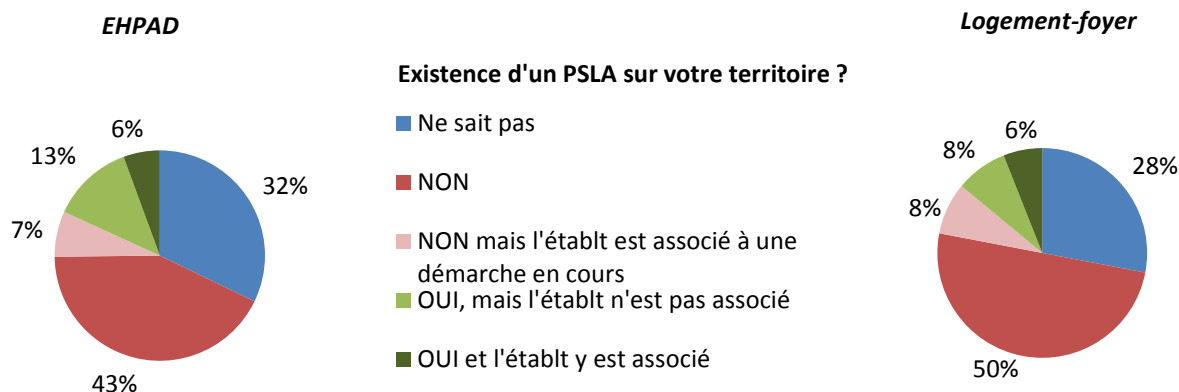
Association des établissements à une démarche de Pôle de santé libéral ambulatoire (PSLA)

Un Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA) est une organisation pluridisciplinaire de professionnels de santé dans un bassin de vie : il peut intégrer des acteurs des domaines médico-sociaux, en collaboration avec les structures et les établissements sanitaires existants sur le territoire.

Deux tiers des répondants à l'enquête se sont exprimés sur la connaissance des PSLA (un tiers de non-réponses).

Dans le cadre de l'enquête, ce sont ainsi 18 EHPAD et 7 logements-foyers qui ont déclaré être associés à une démarche de pôle de santé sur leur territoire :

- 8 EHPAD associés à un Pôle existant et 10 associés à une démarche en cours
- 3 logements-foyers associés à un Pôle existant et 4 associés à une démarche en cours.

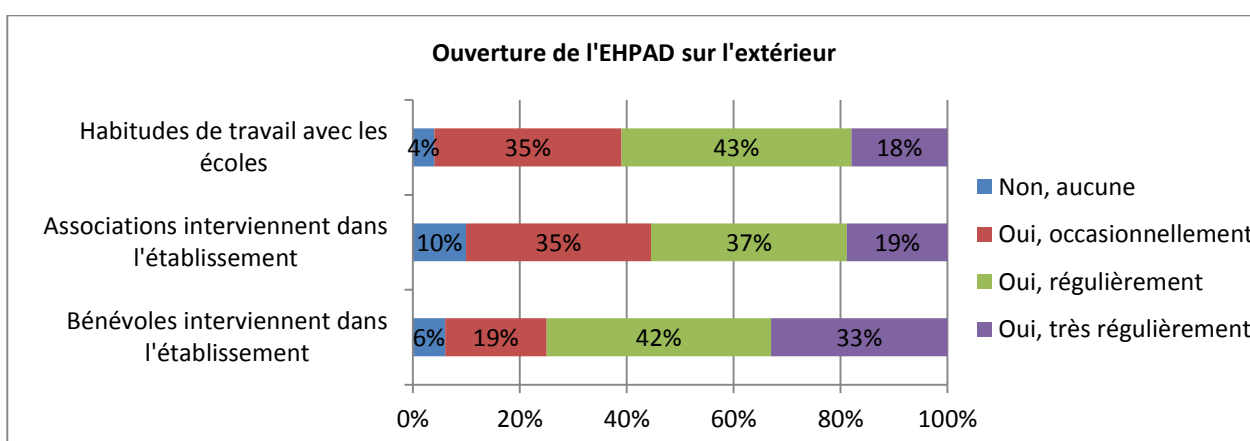


Ouverture de l'établissement vers l'extérieur

De multiples actions d'animation sont organisées dans les établissements ou à l'extérieur : des collaborations sont organisées, de façon régulière ou occasionnelle avec des acteurs locaux.

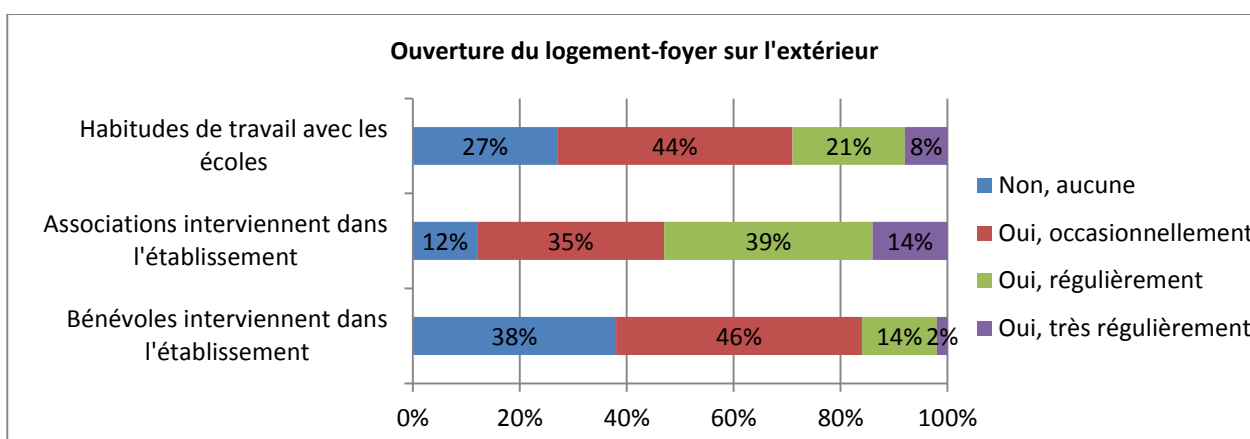
Ouverture des EHPAD vers l'extérieur

L'ouverture des EHPAD vers l'extérieur se traduit notamment par l'intervention de bénévoles dans l'établissement (cela est régulier ou très régulier pour $\frac{3}{4}$ des EHPAD), par l'intervention d'associations (56%), par un travail avec les écoles (61%).



Ouverture des logements-foyers vers l'extérieur

Des activités sont également proposées par les logements-foyers, selon des modalités de collaboration moins régulières qu'en EHPAD : plus d'un sur deux fait intervenir des associations de façon régulière ou très régulière dans l'établissement, des habitudes de travail avec les écoles sont établies de façon régulière pour 29% d'établissements, des bénévoles interviennent dans près d'une structure sur 3.



Au-delà de ces collaborations, chaque établissement met en œuvre des animations diversifiées en interne ou avec l'extérieur, parmi lesquelles des projets innovants dont les répondants à l'enquête ont fait part dans l'expression de pratiques innovantes (cf. ci-après).

Mise en œuvre de pratiques innovantes

Le recensement de pratiques innovantes ou en projet permet de rechercher les modalités mises en œuvre pour adapter l'accompagnement des établissements aux besoins nouveaux de leurs usagers.

En EHPAD

ANIMATION

- Activités physiques adaptées, équithérapie, art thérapie, piscine, ateliers marche, mémoire, lecture, esthétique...
- Atelier informatique pour les résidents, animé par des bénévoles
- Mise en place d'un pôle d'animation, mobilisant différents professionnels
- Organisation de manifestations, d'expositions
- Organisation d'un voyage annuel pour les résidents
- Mise en place d'un partenariat culturel avec la médiathèque de la commune
- Organisation de « petites pauses gourmandes entre aidants : pour les aidants de résidents de l'EHPAD et mais aussi des aidants externes
- Projet de jardin partagé entre EHPAD, personnes âgées de la commune, associations locales

VIE DE L'ETABLISSEMENT et accueil des publics

- Démarche de coopération entre établissements via un GCSMS
- Poste de coordinatrice Projet d'Accompagnement Spécialisé
- Possibilité d'hébergement de moyenne durée (3 à 4 mois) pour des personnes pouvant bénéficier de rééducation en en vue d'un retour à domicile
- Projet de mise en œuvre d'un accueil de nuit
- Partenariat avec le CPO pour l'accueil de personnes atteintes de troubles psychiatriques stabilisés
- Admission de personnes en fin de vie et soins palliatifs
- Réflexions sur possibilité d'accueil de jour (en PASA notamment)
- Projet d'unité d'hébergement renforcé
- Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : espace Snoezelen, jardin thérapeutique sensoriel,
- Projet de réalisation d'un Pôle pour Personnes Handicapées Vieillissantes

EQUIPEMENTS ET SOINS

- Mise en œuvre de la philosophie de « l'humanité » (Ginest-Marescotti) - Projet Carpediem
- Intégration de la technique de validation (Naomi Fiel) dans l'approche soignant- soigné
- Informatisation des soins (via Net-Soins)
- Mise en place de tablettes tactiles dans les chambres reliées à un plan de soins, pour une meilleure traçabilité des soins
- Développement de la télémédecine : Consultations dermatologiques via TELAP - Dispositif Domoplaies
- Equipement de tables ergonomiques spéciales pour personnes âgées handicapées ou dépendantes
- Installation de rails de transfert en plafond des chambres
- Développement d'activités en lien avec les animaux - Projet Handichien
- Projet de restructuration, avec objectif de disparition des chambres doubles

En logement-foyer

ANIMATION

- Animations intergénérationnelles
- Activités en partenariat avec d'autres EHPAD, des écoles, mais aussi une crèche ou une halte-garderie
- Thème d'animation à l'année
- Création d'un potager
- Organisation de l'animation via des résidents référents
- Création d'une gazette (4 par an)
- Sorties au cinéma
- Jeu concours photos
- Création d'un point accueil informatique accessible aux résidents
- Organisation de séjours à l'extérieur (gîte...)

VIE DE L'ETABLISSEMENT

- Conseil de la Vie Sociale commun à plusieurs établissements (d'un même CCAS) pour le dynamiser
- Ouverture du restaurant et des activités à des personnes de plus de 60 ans, extérieures au logement-foyer
- Mise à disposition d'une navette minibus pour conduire les résidents au marché, vers les pôles administratifs, médicaux, commerciaux de la ville
- Mise à disposition des familles d'un appartement de convivialité entièrement meublé et équipé, pour favoriser le lien familial

Partie 3

Analyse des parcours des personnes âgées entrées récemment dans un EHPAD ou logement-foyer

*Analyse des entretiens
réalisés auprès des établissements
en août/octobre 2015*

Note méthodologique

Objet

Le comité de pilotage a souhaité éclairer la notion de parcours de la personne âgée, les conditions de son entrée, les éventuelles difficultés rencontrées et les logiques d'articulation des différents professionnels intervenant auprès d'elle. Pour cela, un large recueil d'informations a été organisé, reposant sur **100 parcours**, soit 100 situations récentes de personnes entrées en établissement.

Méthode

Pour cela, 50 entretiens téléphoniques ont été conduits avec un échantillon d'établissements bas-normands : les directions étaient invitées à retracer le parcours de 2 résidents accueillis récemment, en s'appuyant sur une trame d'entretien commune⁵, validée en comité de pilotage.

Au préalable, le CREAL a défini un échantillon d'établissements représentatifs de la diversité de l'offre en termes de types de structure (EHPAD / Logement-foyer) et de départements. Un pas de tirage a été défini pour chaque sous-catégorie et appliqué à la liste des établissements préalablement classés par ordre alphabétique. Lorsqu'un établissement ne pouvait pas participer, il était remplacé par le suivant dans la liste. Les établissements interrogés se répartissent selon la distribution suivante.

Nombre d'établissements interrogés

	Calvados	Manche	Orne	Région
EHPAD	14	12	9	35
Logement-foyer	7	4	4	15
Total	21	16	13	50

Déroulement de la phase d'entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre août et octobre 2015. Lors du premier contact, la direction désignait l'interlocuteur pour l'entretien, une date était définie et la trame d'entretien envoyée en amont par mail.

Sur les 50 établissements sollicités, 14 se sont déclarés dans l'impossibilité de participer en raison d'une charge de travail incompatible (périodes d'évaluation externe, arrêts maladie...) avec le calendrier prévu pour les entretiens ; ils ont été remplacés par des établissements répondants aux mêmes critères de représentativité. Les professionnels répondants à l'enquête étaient principalement les directeurs, mais ont également participé des cadres de santé, des infirmières ou des responsables administratifs.

Les structures sont globalement apparues très mobilisées sur la démarche et l'objectif de l'étude engagée. Les participants ont d'ailleurs souvent exprimé leur attente des suites de ce travail.

Les entretiens se sont déroulés sur une durée variant de 30 à 45 minutes (pour les 2 parcours).

Analyse des entretiens

Le recueil des informations s'est organisé selon une approche chronologique du parcours : depuis l'amont de la demande, jusqu'à l'entrée en établissement.

Le CREAL a procédé à la saisie des informations recueillies dans une grille d'analyse permettant une lecture transversale des enseignements par thématique.

Le résultat de l'analyse qualitative propose tout d'abord une synthèse des « 100 parcours » visant à identifier des profils types. Elle présente des éléments de réflexion concernant la notion de choix de l'entrée en EHPA, le contexte de l'entrée et l'environnement de la personne âgée.

⁵ Trame d'entretien fournie en annexe.

Sommaire

Synthèse des 100 parcours

Présentation des « profils types » des 100 parcours

Choix de l'entrée en EHPA

Consentement de la personne âgée
Critères de choix
Accessibilité de l'offre
Adéquation entre l'offre et les besoins

Contexte de l'entrée en EHPA

L'urgence
L'anticipation
La transition

L'environnement de la personne âgée

Une présence favorable
Difficultés liées aux proches de la personne âgée

Synthèse des « 100 parcours »

Les 100 parcours décrits par les professionnels ont porté sur 70 résidents d'EHPAD et 30 résidents de logement-foyer. Si ces 100 parcours ne se veulent pas représentatifs au sens statistique, ils illustrent une diversité permettant de mettre en évidence des enseignements en termes de similitudes / différences entre profils accueillis en EHPAD ou en logement-foyer, qu'il apparaît essentiel de présenter en préambule à une analyse plus qualitative des entretiens.

Une majorité de femmes, dont le lieu de vie était le domicile personnel

Les 100 situations portent sur un public composé de 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes (conformément aux données de population liées à l'espérance de vie), dont l'âge diffère sensiblement : plus âgés à l'entrée en EHPAD (âge moyen de 84 ans⁶) qu'en logement-foyer (âge moyen de 80 ans⁷). Cela se justifie par la nature même de ces structures d'accueil.

Avant l'institutionnalisation, les personnes âgées vivaient en grande majorité à leur domicile (soit 7 personnes sur 10). En second lieu, le lieu de vie est le domicile d'un proche (un enfant, voire un neveu, une nièce...), plus fréquemment parmi les entrants en logement-foyer. Parmi les entrants en EHPAD, si certains ont vécu chez leurs proches auparavant, d'autres personnes vivaient déjà dans un établissement pour personnes âgées : près de 10% vivaient dans un logement-foyer et 7% dans un autre EHPAD (ces derniers ont alors souhaité un rapprochement géographique ou un changement pour raison de coût).

Le choix d'un établissement proche du domicile antérieur

Qu'elles soient accueillies en EHPAD ou en logement-foyer, les personnes âgées entrent très souvent (environ ¾ de situations) dans un établissement proche de leur domicile antérieur : dans la même commune ou une commune proche, afin de permettre le maintien d'un cadre de vie et des liens familiaux ou amicaux préexistants.

Lorsqu'ils s'éloignent de leur domicile antérieur, cela se justifie le plus souvent par un souhait de rapprochement familial ou bien cela résulte d'une contrainte de disponibilité de places.

Notons que moins d'un parcours sur 10 concerne des personnes âgées provenant d'une autre région que la Basse-Normandie.

Un quart des personnes vivant en couple avant l'institutionnalisation (surtout parmi les entrants en EHPAD)

Avant leur entrée en EHPAD, environ ¼ des personnes âgées vivaient seules et une sur 4 vivait en couple.

Parmi les 30 parcours renseignés d'entrée en logement-foyer, aucune ne vivait en couple, constat probablement à relier au motif principal de l'institutionnalisation, à savoir le sentiment d'isolement et d'insécurité.

Un soutien variable de l'entourage proche

Les parcours décrits ont fait état de peu de situations (environ 7%) dans lesquelles la personne âgée est véritablement isolée, sans aucun entourage proche (absence de proches ou absence de contacts avec des proches).

⁶ Ages observés compris entre 61 et 94 ans.

⁷ Ages observés compris entre 52 et 93 ans.

Dans la majorité des cas, les professionnels mentionnent un entourage familial présent en terme relationnel : à minima, existence de relations familiales, de contacts téléphoniques, voire visites régulières, invitations le week-end... au moins avec certains membres de la famille (par exemple, certaines personnes n'avaient plus de contact avec leurs enfants, mais avaient une relation forte avec un neveu).

Pour une partie d'entre eux, la présence est plus forte encore, se traduisant par une aide régulière ou quotidienne : prise en charge des courses, préparation de repas, aides au lever ou au coucher, entretien du logement, aide administrative... Ces différentes formes d'aides ont été plus fréquemment décrites concernant les situations d'entrée en EHPAD qu'en logement-foyer.

Des aides à domicile différenciées selon les profils

Avant une entrée en logement-foyer, la moitié des personnes âgées ne bénéficiaient d'aucune aide à domicile. Lorsque des aides étaient en place, elles étaient légères et non quotidiennes (concernant plus particulièrement quelques heures de ménage ou un soutien pour les courses par exemple).

Avant une entrée en EHPAD, c'est un tiers des personnes âgées qui ne disposaient d'aucun plan d'aide, ni d'aide particulière de la part de la famille / des proches. Pour une majorité de situations (2/3), des aides sont donc mises en place, qui portent pour moitié sur des interventions dites « lourdes » : aides quotidiennes pour la toilette, l'habillage, les déplacements, mais aussi la préparation des repas, les courses... La famille tient aussi un rôle très variable selon les situations, qui peut aller d'une aide ponctuelle des enfants pour la gestion administrative, les courses ou le ménage, à une intervention quotidienne, voire en continu, assurée par le conjoint ou les enfants (et conduisant parfois à un épuisement des aidants).

Notons que parmi les dispositifs d'aide ou d'accompagnement identifiés par les professionnels, ont aussi été cités la prise régulière des repas dans un établissement proche, un séjour d'accueil temporaire dans un établissement, une période d'hospitalisation...

Des entrées en logement-foyer pour motif d'insécurité ou d'isolement ; des entrées en EHPAD pour raison de santé

Le classement des motifs d'entrée en EHPAD d'une part, en logement-foyer d'autre part, met en évidence des contextes d'entrée très différenciés.

Les entrées en logement-foyer auraient pour motif principal un sentiment d'insécurité de la personne âgée (motif cité pour 1/3 des entrées) puis un motif d'isolement (également cité pour 1/3 des entrées). Les autres motifs sont des raisons de confort, une pathologie qui évolue et ne permet plus le maintien dans le lieu de vie actuel, l'hospitalisation ou le décès du conjoint, la volonté d'un rapprochement familial...

Concernant les entrées en EHPAD, les deux principaux motifs sont directement liés à la santé de la personne, à savoir une évolution de l'état de santé, ou un accident / une chute, qui ne permettent plus le maintien à domicile. D'ailleurs, les parcours analysés pointent une hospitalisation qui se révèle être le déclencheur de la demande d'institutionnalisation dans une situation sur deux. Parmi les autres motifs évoqués, sont identifiés le sentiment d'isolement et d'insécurité ressenti à domicile, ainsi que la situation d'épuisement des aidants (conjoint ou enfants le plus souvent).

Plus ponctuellement, l'hospitalisation de l'aidant ou encore l'institutionnalisation du conjoint, justifient une impossibilité de maintien à domicile et sont à l'origine de la demande d'entrée en établissement.

L'adhésion de la personne âgée

L'adhésion de la personne âgée au projet d'institutionnalisation est très souvent observée concernant les entrées en logement-foyer : la personne a pris conscience des difficultés rencontrées à domicile, elle cherche souvent à rompre la solitude et un sentiment d'insécurité, elle a pris le temps de se projeter vers un autre projet de vie et a fait le choix du changement.

Concernant les entrées en EHPAD, les professionnels consultés font part d'un sentiment de (véritable) adhésion au projet d'entrée pour environ la moitié des situations, même si cette étape est toujours douloureuse. Dans une situation sur 5, la personne âgée est apparue plutôt résignée : elle ne souhaitait pas quitter son domicile et a subi la situation, parfois dans un contexte de tension avec ses proches (culpabilisation...). Aussi, dans un nombre important de situations (environ un tiers), la personne âgée est dans l'incapacité d'exprimer son consentement en raison de ses troubles (notamment en cas de maladie d'Alzheimer).

La personne âgée est plus souvent à l'origine de la demande lorsque le projet est une entrée en logement-foyer

En lien avec le motif d'entrée en établissement et le ressenti de la personne âgée par rapport à ce projet, le contexte de la première demande est très différent entre EHPAD et logement-foyer.

Pour un projet d'entrée en logement-foyer, la personne âgée fait le plus souvent la démarche elle-même auprès de l'établissement (dans plus d'un cas sur 2), et parfois accompagnée de ses enfants (un cas sur 4). Plus rarement, ce sont les proches ou même un tiers tel qu'une assistante sociale..., qui prennent le premier contact.

Concernant les EHPAD, la démarche est moins souvent portée par la personne âgée elle-même, ce sont plus souvent les enfants qui sont à l'origine du premier contact, particulièrement lorsque la personne est hospitalisée et que l'impossibilité du retour à domicile s'impose. Les services sociaux des hôpitaux sont également amenés à initier le premier contact, ainsi que les mandataires lorsque la personne bénéficie d'une mesure de protection juridique.

La visite de l'établissement, généralement proposée et encouragée par les directions, et qui participe au processus de préparation du changement de vie, n'est pas réalisée de façon systématique. Elle a plus souvent lieu en logement-foyer (la personne est plus autonome et apte à le faire, la démarche d'entrée en logement-foyer relève plus souvent d'une démarche volontaire et non subie) qu'en EHPAD (certaines personnes sont dans l'incapacité de se déplacer ou l'urgence ne le permet pas... et ce sont plus souvent les familles qui visitent les locaux).

L'entrée en établissement : une démarche anticipée dans 40% de situations

Tant du point de vue des personnes âgées que des familles, le maintien à domicile est recherché le plus longtemps possible. Face au vieillissement, à la perte progressive d'autonomie, aux problèmes de santé, trois approches sont observées vis-à-vis de l'institutionnalisation :

- Une **démarche d'anticipation** : la personne âgée ou sa famille dépose une demande d'inscription « de précaution », dans l'objectif de pouvoir disposer d'une place dans l'établissement de son choix le moment venu. Les entretiens réalisés ont mis en évidence environ 40% de parcours qui se sont inscrits dans cette approche (en EHPAD comme en logement-foyer), avec une anticipation variant de quelques mois à plusieurs années.
- Une **démarche pour un projet d'entrée rapide** : la difficulté pour un maintien à domicile est reconnue, il faut rechercher une solution d'accueil, mais des alternatives peuvent être mises en place dans l'attente de place disponible. Ces situations sont fréquemment observées pour des entrées en logement-foyer.

- Une **gestion de la situation en urgence** : le maintien ou le retour à domicile est devenu impossible, le plus souvent suite à un évènement brutal (une hospitalisation, une chute, l'hospitalisation ou le décès du conjoint...) et une solution d'accueil doit être trouvée très rapidement. Ces situations sont principalement rencontrées concernant des entrées en EHPAD.

En lien avec ces différentes approches, la notion de temps d'attente recouvre des réalités très diverses (et implique pour les établissements différentes stratégies de gestion des listes d'attente).

Parmi les parcours renseignés, un quart des entrées en logement-foyer et un tiers des entrées en EHPAD se sont déroulés sans attente. Lorsque l'entrée n'a pas pu être aussi immédiate, l'attente moyenne a pu être estimée à entre 2 et 3 mois.

A noter que l'attente peut aussi résulter d'exigences particulières de la personne âgée, en dehors des situations d'urgence (lorsqu'elle peut être maintenue à domicile) :

- attente d'une place disponible dans l'établissement de son choix
- attente d'un logement particulier dans l'établissement (ex : choix de l'orientation et de la situation du logement dans l'établissement...).

Différentes modalités de réponse à l'attente d'entrée en établissement

Afin de gérer le temps d'attente concernant des personnes pour lesquelles le maintien à domicile devient problématique, différentes modalités de réponses sont mises en place :

- le maintien à domicile avec un renforcement des aides (qui pose la question de la prise en charge des coûts)
- une mobilisation plus soutenue des enfants (ou des proches) qui vont s'organiser pour assurer une plus grande présence,
- le maintien en service de suite et de réadaptation ou un accueil dans une maison de convalescence par exemple,
- l'accueil dans un autre établissement (que celui souhaité), où des places sont disponibles.

Choix de l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Consentement de la personne âgée

Il résulte de la plupart des entretiens que le souhait de la personne âgée est de rester vivre à son domicile. Dans cette situation, il est présenté comme favorable de laisser la personne prendre conscience de l'impossibilité de s'y maintenir en raison de l'absence de moyens humains et/ou financiers suffisants pour assurer sa sécurité.

Dans les situations évoquées, hors le cas de troubles spécifiques modifiant la conscience de la réalité, les personnes âgées mises en échec lors d'un retour à domicile ont fait le choix de l'EHPAD ou du logement-foyer selon le niveau de leurs difficultés. Ce choix est fait par dépit le plus souvent, la personne âgée est résignée mais aura pris conscience de sa situation.

Même si la totalité des interlocuteurs défendent l'idée que la personne âgée est actrice de son projet de vie et qu'elle doit consentir à une entrée en établissement, l'étude révèle qu'une importante partie des personnes concernées ne présentent pas la possibilité d'exprimer leurs souhaits lors d'une entrée en EHPAD, cette entrée se révèle n'être « jamais vraiment un choix ».

L'entrée en EHPAD fait parfois suite à un parcours institutionnel (ex. hospitalisation au long cours en psychiatrie puis EHPAD rattaché au service). Dans ce cas, le parcours est généralement présenté comme assez fluide grâce aux liens existants entre les équipes et à la connaissance des spécificités du public concerné.

Dans quelques situations, certaines personnes âgées n'auraient pas connaissance du lieu où elles se trouvent, les familles ayant délibérément tu les choses, dans le but qu'elles acceptent d'entrer en établissement. Elles se pensent en hébergement temporaire ou en convalescence par exemple.

Parfois, l'opposition de la personne âgée à une entrée en EHPAD renvoie le professionnel face à un choix difficile entre : permettre un temps de répit pour l'aidant et, risquer un glissement de la personne âgée qui entre en EHPAD contre son gré.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, prévoit un renforcement de la procédure de recueil du consentement de la personne âgée avant son entrée en EHPAD et la possibilité de désigner une personne de confiance afin de l'accompagner dans la connaissance et la compréhension de ses droits.

Critères de choix

Les critères retenus sont le plus souvent liés à l'implantation de l'EHPA (choix de la commune, de l'environnement, des services, la présence de proches déjà résidents de la structure...), alors qu'un élargissement semble parfois se révéler plus favorable en terme de délai d'attente.

L'autre critère présenté comme un frein dans le parcours de la personne âgée est le critère financier : manque de moyens financiers pour faire face au maintien à domicile, inadéquation entre le coût et les moyens, refus de solliciter les obligés alimentaires.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit une amélioration de l'accessibilité financière des prestations : revalorisation de l'APA à domicile et mesures en faveur de la transparence et de la régulation du coût de l'hébergement en EHPAD.

Le plus souvent, la personne âgée ou sa famille connaissent les établissements existants à proximité de leur lieu d'habitation. Ils se présentent souvent aux personnes responsables des établissements qui selon les situations peuvent être amenés à les orienter vers l'interlocuteur le plus adapté (CLIC, assistants sociaux des hôpitaux, CCAS...).

Lors des entretiens, les modifications concernant la situation des CLIC (ouvertures, fermetures, transfert de la mission d'information du public au Conseil Départemental) et l'implantation des MAIA en Basse-Normandie entraînent une grande variété de situations et des bouleversements selon les secteurs. Quelques établissements ont évoqué le manque de visibilité par les personnes âgées et les familles en termes d'interlocuteurs, de solutions pour les personnes âgées et ainsi, d'accès effectif à leurs droits.

De plus, l'absence d'unité régionale dans les politiques des Conseils Départementaux au profit des personnes âgées a été mise en exergue comme rendant difficiles certains accompagnements (ex. difficulté à envisager un plan d'aide en sortie de centres hospitaliers dont les usagers dépendent parfois de différents départements).

Des propositions pour communiquer sur les établissements

Pour une meilleure accessibilité, des établissements ont exprimé leur volonté de communiquer : création d'une fiche d'informations pour éviter les demandes inadaptées, visites auprès des personnes âgées dans les centres hospitaliers ou dans les SSR, développement de leur ouverture vers l'extérieur (accueil d'associations, ouverture du restaurant et/ou des activités de l'EHPAD ou du logement-foyer aux non-résidents, organisation de portes ouvertes...).

Tout en facilitant le parcours de la personne âgée qui connaît la structure avant d'en devenir usager à temps plein, cette ouverture est présentée comme un moyen pour modifier l'image des EHPAD (qui sont encore trop souvent perçus comme des « mouirois ») et dédramatiser l'institutionnalisation.

Adéquation entre l'offre et les besoins

- **Impact du partenariat**

A tous les moments du parcours de la personne âgée, les liens existants entre les professionnels sont présentés comme facilitant :

- pour déterminer les besoins de la personne âgée, détecter voir signaler des situations fragiles avant l'urgence (ex : services d'aide à domicile et logement-foyer gérés par la même commune, relais entre différents services à domicile),
- pour réaliser des entrées adaptées et notamment vérifier le degré d'autonomie d'une personne âgée avant son entrée en logement-foyer et éviter ainsi une réorientation (trop) rapide vers un EHPAD,
- pour organiser une entrée en établissement ou un passage entre deux établissements (EHPAD vers EHPAD, logement-foyer vers EHPAD mais également EHPAD vers logement-foyer).

Ponctuellement, une situation a mis en avant une absence de communication ou des difficultés à trouver un accord sur le moment du transfert de la personne âgée (ex. le premier EHPAD souhaitant terminer le mois).

- **Adaptation des établissements à la diversité des publics accueillis**

L'accueil de nouveaux résidents pose des problématiques en termes de temporalité et d'organisation des établissements pour permettre l'accueil. Par exemple :

- L'accueil de couple dont les membres rencontrent des difficultés différentes à des moments différents : l'un autonome, souhaite entrer pour vivre avec son conjoint qui lui, nécessite une prise en charge spécifique (ex. USLD, unité protégée), le couple souhaitant vivre dans une chambre double ou dans le même service...

- L'accueil de personnes âgées nécessitant une prise en charge médicale qui se révélerait trop importante, trop coûteuse en soins infirmiers. Les établissements ont déclaré s'adapter ou refuser certaines entrées en fonction de la situation des résidents présents dans la structure.

- L'accueil des personnes âgées en fonction de leur GIR, avec la mise en évidence des limites de cette classification :
Ex d'une personne évaluée en GIR 6 et accueillie en accueil temporaire en EHPAD, à qui on refuse une entrée définitive / Ex d'une personne en situation de dépendance, accueillie en EHPAD, puis qui se rétablit au bout de plusieurs mois et souhaite rester dans l'EHPAD malgré sa bonne autonomie.

Les logements-foyers font état d'une politique différente quant à l'accueil des personnes âgées évaluées en GIR 4, non autonomes au sens des textes. Certains logements-foyers étudient les demandes au cas par cas et acceptent une personne qui de son côté, renoncera parfois à l'APA pour pouvoir entrer, tandis que d'autres refuseront toute candidature dans cette même situation.

- L'accueil des personnes handicapées vieillissantes ou ayant un profil psychiatrique que les établissements ne sont pas habitués à accueillir.

Un logement-foyer a évoqué la nécessité d'un accompagnement supplémentaire pour ces résidents (ex. accompagnement aux achats).

Plusieurs répondants ont mis en exergue la difficulté pour ces personnes à trouver une place en établissement compte tenu de leur profil.

- L'accueil des personnes âgées dont l'âge moyen des entrées augmente dans les établissements, nécessitant une adaptation des activités proposées et du quotidien de la structure.

- L'accueil des personnes âgées à moyens modestes.

Les professionnels regrettent le manque de places habilitées à l'aide sociale. De plus, le coût de certains EHPAD est présenté être en inadéquation avec les ressources des personnes âgées qui ne peuvent accéder aux places disponibles.

- L'accueil des personnes âgées en unité protégée par opposition aux unités ouvertes en EHPAD. Les établissements s'interrogent sur le nombre de places existantes au vu de l'augmentation des demandes.

Certains interlocuteurs espèrent que le déploiement de Via Trajectoire permettra d'échanger entre établissements pour permettre l'accueil dans l'EHPAD le plus adapté à la situation de la personne âgée.

Certaines structures déclarent avoir des places disponibles que ce soient en logement-foyer ou en EHPAD. Les professionnels regrettent de ne pas pouvoir accueillir à titre temporaire ou en urgence dans certains cas au seul motif que la forme de la structure ne paraîtrait pas opportune. Leur objectif est de favoriser la situation de la personne âgée en comparaison à un maintien à domicile dangereux ou en service hospitalier. Il est question de la requalification des structures ou tout au moins d'une recherche d'une adaptation de certaines places selon les besoins.

Contexte de l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées

L'urgence

La situation d'urgence, même si elle n'est pas à exclure pour les entrées en logement-foyer, représente le contexte d'entrée le plus fréquent dans les situations présentées d'entrées en EHPAD (une hospitalisation est l'élément déclencheur dans la moitié des situations).

Aucun lit n'étant réservé à l'accueil d'urgence dans les établissements interrogés, l'accueil des personnes âgées ne pouvant pas rester à leur domicile et devant quitter un centre hospitalier ou un service de soins et de réadaptation est conditionné par le nombre de places potentiellement disponibles.

Il ressort des entretiens que le manque de places notamment en places habilitées à l'aide sociale et en unité protégée, ainsi que les contraintes financières entraînant la nécessité pour les EHPAD de remplir les établissements ne laissent que certaines places disponibles.

Ainsi, l'accueil en urgence se réalise dans les EHPAD :

- ayant des places disponibles, souvent en raison de leur coût,
- accueillant parfois sur une place d'hébergement temporaire même si ce n'est pas la vocation de ces places.

Ainsi, quand la personne âgée souhaitait entrer dans un autre EHPAD, la première entrée a pu être suivie d'un nouveau changement : plus proche de sa famille, moins coûteux, plus adapté à ses besoins...

A cet égard, les EHPAD nous disent réinterroger certains critères avec les familles notamment la distance : quand les visites ne sont pas journalières, ceux-ci évoquent qu'une distance supplémentaire à parcourir sera plus favorable qu'un nouveau changement pour la personne âgée.

De plus, cette situation temporaire peut empêcher l'intégration de la personne dans son environnement, car elle reste dans l'attente d'un nouveau changement, elle ne va pas tisser de liens....

Les interlocuteurs mettent en avant l'importance de la temporalité sur le parcours des personnes âgées. Quand il peut être pris, le temps est présenté comme un facteur de fluidité et d'adaptation des parcours : prendre le temps de s'assurer du choix et du diagnostic (ex. troubles diagnostiqués rapidement, accueil urgent mais inadapté à la situation...), prendre le temps pour fixer un cadre (ex. présentation du fonctionnement d'un logement-foyer, rappel des règles de la vie en collectivité)

L'anticipation

Parmi les 100 parcours étudiés, 4 sur 10 ont donné lieu à une démarche d'anticipation (avec le dépôt d'une demande de précaution).

La demande anticipée d'entrée (observée dans 4 témoignages de parcours sur 10) est présentée comme favorisant la préparation de la personne âgée à un nouveau lieu de vie : cheminement personnel sur le projet, choix du mobilier, des objets, organisation de l'accueil de son animal de compagnie si l'établissement ne l'accepte pas...

Dans ce cadre, les établissements évoquent l'importance de la visite préalable par la personne concernée et/ou son entourage, car permettant :

- le choix de la personne âgée entre plusieurs lieux de vie
- de se représenter l'institution

- d'écarter les images négatives parfois associées
- de favoriser l'adhésion d'une personne encore hésitante
- de se projeter dans les lieux (ex. envisager de mettre ses meubles dans un studio alors qu'un deux pièces indisponible était convoité, d'envisager des travaux).

Lorsque cette visite n'est pas envisageable (par exemple en cas d'hospitalisation ou en raison de difficultés de déplacement), certains EHPAD ont expliqué qu'une rencontre avec un professionnel de l'établissement était organisée pour rencontrer la personne âgée.

Les services intervenants à domicile (aide, portages de repas, téléalarme...) sont présentés comme des vecteurs d'anticipation, en raison de leur proximité avec la personne âgée, pour détecter ses besoins, en échanger avec elle et éventuellement sa famille.

Certaines initiatives locales vont dans le sens d'une anticipation des besoins : création d'un Conseil des seniors porteur de projets et source de signalement des personnes âgées isolées.

Enfin, les professionnels évoquent le manque de dispositifs permettant la préparation à une entrée en EHPAD à plus ou moins long terme notamment l'accueil temporaire et l'accueil de jour.

La gestion des listes d'attente par les établissements

Dans les deux types d'établissement, la gestion des listes d'attente a été présentée comme variable et donnant ainsi une valeur différente à la demande par anticipation :

- certains établissements demandent un renouvellement annuel ou trimestriel de la demande déposée,
- certains intègrent la date de dépôt de la demande dans leurs critères d'admission, d'autres non,
- certains établissements refusent les demandes de précaution et demandent aux personnes de ne déposer une demande que lorsqu'elles sont réellement prêtes à entrer.

La gestion des listes est décrite comme chronophage pour un nombre important d'établissements qui, lorsqu'un lit se libère, contactent les demandeurs qui de leur côté peuvent avoir trouvé un autre lieu de vie, ou également être décédés.

Les professionnels attendent un réel progrès du déploiement de Via Trajectoire pour une gestion optimale des listes, même s'ils s'inquiètent quant à son accessibilité pour les publics accueillis.

La transition

- **Le temps de l'accueil : un moment sensible**

Les établissements mettent en exergue la difficulté de cette étape pour la personne âgée, même si elle fait le choix de l'institutionnalisation.

Pour faciliter la transition, ils accueillent les nouveaux résidents selon des procédures variées (bouquet d'accueil, présentation des professionnels de la structure, présentation aux autres résidents). Dans la majorité des situations, il est fait état d'un accueil « personnalisé », d'une prise en charge spécifique, d'une attention particulière apportée à la personne âgée.

L'adaptation d'une personne venant d'une autre région suite à un rapprochement familial peut engendrer d'autres difficultés : les proches n'étant pas présents au quotidien, l'absence du réseau de connaissances de l'ancien lieu de vie peut peser.

Les établissements insistent sur l'importance de l'accompagnement social (création du lien avec les autres résidents) et administratif (aide à la constitution des dossiers administratifs, des demandes d'aides...).

- **Le passage des repères du domicile à ceux de l'établissement**

Une des difficultés présentée est la transition entre le lieu de vie, à savoir dans la majorité des situations le domicile, et l'établissement. Les professionnels évoquent des durées variables d'adaptation selon les personnes et le contexte de l'entrée. Concernant les personnes présentant des troubles cognitifs, l'entrée peut aggraver temporairement ces troubles, et l'adaptation peut prendre plus de temps.

Dans un certain nombre de situations, aucun retour à domicile n'a lieu entre le séjour en centre hospitalier et l'entrée en établissement. Cette absence de passage par le domicile a pu être présentée comme favorable, évitant l'étape douloureuse du départ définitif de son domicile. Dans ce cas, les établissements évoquent l'importance d'un aménagement par les proches de la chambre du résident avant son arrivée afin que cette transition soit vécue le mieux possible.

Au-delà du changement de domicile, la personne âgée doit choisir le mobilier qu'elle pourra mettre dans son nouvel appartement ou, dans un cadre encore plus restreint, sa chambre, qui lui permettra de conserver un lien avec son vécu. L'anticipation et le temps d'attente quand ils sont envisageables sont présentés comme favorables à ces choix.

Certains établissements déclarent accepter les animaux de compagnie dans la mesure où la personne âgée peut s'en occuper, qu'ils ne causent pas de nuisance et qu'un tiers soit désigné pour l'accueillir en cas d'hospitalisation ou d'absence.

Les entretiens ont également mis en avant l'importance des professionnels qui accompagnaient les personnes à domicile, avant leur entrée en établissement :

- Les aides existantes au domicile étant transposables notamment en logements-foyers, il apparaît souhaitable de favoriser le maintien des intervenants à domicile si tel est le choix du résident.
- Même si les interventions du domicile ne sont pas maintenues, leur perception de la personne âgée dans son environnement a favorisé dans certains parcours la transition par une meilleure connaissance de l'EHPAD, une coordination des acteurs.
- Le transfert entre deux établissements est présenté comme favorisé par la communication, la transmission d'informations, l'organisation qui relèvent des professionnels.
- Le moment du recueil des habitudes de vie de la personne âgée a été souligné comme étant le moment idéal pour assurer le relais.

La présence d'un résident connu ou d'un membre de la famille dans l'EHPAD a été présentée comme favorisant l'adaptation de la personne âgée.

- **Maintenir la liberté et l'autonomie de la personne âgée tout en assurant sa sécurité**

Parfois, l'établissement a été présenté comme plus favorable que le domicile dans le sens de plus de liberté tout en maintenant l'autonomie et la sécurité des personnes âgées :

- Une personne nécessitant des mesures de contention ou d'être enfermée à clés à domicile, dispositifs stoppés à l'EHPAD
- Certains résidents accueillis en logements-foyers font le choix de ne pas participer aux activités proposées et conservent leur mode de vie précédent.
- L'entrée en logement-foyer a permis à certaines personnes de reprendre de l'autonomie par rapport à leurs enfants qui les accueillait à leur propre domicile et géraient tout le quotidien.

L'environnement de la personne âgée

Une présence favorable

Parmi les parcours décrits dans le cadre des entretiens, l'environnement de la personne âgée est constitué de sa famille, d'anciens employeurs, d'amis, d'un voisinage solidaire qui permet le plus souvent, un maintien dans le lieu de vie initial.

Le rapprochement familial est présenté comme un critère important lors du choix de l'EHPA, particulièrement suite au décès du conjoint.

- **Avant l'entrée en EHPA**

La mobilisation de la famille est favorable par l'aide apportée à la personne âgée pour plusieurs raisons :

- démarches effectuées auprès des EHPA (recherches, visites, démarches administratives)
- aide au choix du mobilier ou des objets personnels que le résident conservera
- préparation de la chambre avant l'arrivée en EHPAD de la personne hospitalisée
- aide au déménagement.

- **Lors de l'entrée en EHPA**

L'entourage de la personne âgée est présenté comme ayant un rôle important durant cette phase du parcours de la personne âgée grâce à :

- Son rôle de soutien et d'accompagnement durant l'installation,
- Son aide à l'adaptation, qui se traduit par une présence parfois journalière de l'entourage qui pourra s'estomper ensuite, le temps pour le résident de s'adapter à son nouvel environnement (cependant, certains EHPA font état de situations où les visites sont devenues quasi inexistantes),
- La présence de la famille ou de résidents connus dans l'EHPA favorisant l'adaptation de la personne âgée.

Selon les interlocuteurs, les personnes âgées expriment souvent le soulagement de « ne plus être une charge pour leurs proches ».

Difficultés

- **Absence de discussions préalables**

D'après les établissements, le projet d'entrée en institution prend rarement place dans le cadre familial et apparait le plus souvent à l'hôpital.

Peu de familles semblent échanger sur ce sujet. Dans les cas rapportés, de telles discussions avaient au moins permis à la personne âgée et/ou à son conjoint d'exprimer ses souhaits notamment concernant un lieu géographique. Même si le choix peut paraître une évidence car il s'agit souvent de la commune du domicile, il permet une expression de la personne âgée qui, même si elle est rare, paraît plus favorable aux établissements qu'un consentement « en son nom ».

Même si ces échanges se révèlent être difficiles à envisager pour les familles, ils sont jugés favorables quand ils parviennent en amont de la situation d'urgence.

- **Epuisement de l'aidant**

Dans un nombre important de situations, la situation de la personne âgée est liée à la situation de l'aidant :

- Les entretiens font état d'aidants épuisés car ils sont allés au bout d'un accompagnement, sans avoir envisagé d'institutionnalisation. Les professionnels évoquent alors le sentiment de culpabilité ressenti par certaines familles à l'idée que la personne âgée quitte son domicile et intègre un EHPAD prenant cela comme un abandon, une incapacité à s'occuper de son aîné.
- Assez souvent, un aidant hospitalisé ne sera plus en mesure, après cet épisode, d'aider autant.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la reconnaissance du statut du « proche aidant » et d'un « droit au répit ».

- **Contextes familiaux difficiles**

D'autres situations familiales sont évoquées comme frein à l'entrée de la personne âgée en établissement :

- Dénier de la pathologie
- Absence de liens familiaux
- Désaccord et/ou conflits familiaux
- Refus de financer
- Non accomplissement des démarches administratives par absence de connaissance ou volontairement pour prendre en charge son aîné (demande d'aide, dossier de demande d'EHPAD)...

Certaines entrées sont jugées précipitées en l'absence de possibilité de retour à domicile même temporaire (ex. maison vidée durant l'hospitalisation, séparation, maltraitance) laissant ainsi moins de place au choix pour la personne âgée.

Dans quelques entretiens, les personnes âgées n'ont pas été informées par leur famille de leur présence en EHPAD. Cela concerne tant le lieu (convalescence, examen médical...) que la durée (retour à domicile quand reprise de la marche, hébergement temporaire). Ce non-dit rend difficile la prise en charge par les professionnels et à terme, les relations familiales.

Quelques EHPAD ont fait part d'accompagnements proposés aux familles, afin de les aider à trouver leur place auprès du proche : organisation de repas, d'un cocktail dinatoire sur le thème de la capacité à faire, d'expositions, de spectacles où les familles peuvent se côtoyer.

Partie 4

Le parcours des personnes âgées au travers des interventions des services extérieurs

*Analyse des entretiens
réalisés auprès d'un échantillon de services
accompagnant des personnes âgées
en octobre/novembre 2015*

Note méthodologique

Le comité de pilotage a souhaité éclairer la notion de parcours de la personne âgée et les conditions de son maintien à domicile ou son entrée en établissement, ainsi que la participation des familles, les relais mobilisés, les éventuelles difficultés rencontrées.

Pour cela, une consultation d'un échantillon de services a été organisée, auprès de 30 services répartis sur l'ensemble du territoire bas-normand et accompagnant des personnes âgées à un moment de leur parcours de vie.

Méthode

Sept types de services ont été identifiés pour participer à cette collecte d'informations :

- 6 services sociaux des hôpitaux
- 3 services de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- 6 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- 6 services d'aide à domicile (SAD)
- 3 services d'hospitalisation à domicile (HAD)
- 3 centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)
- 3 méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

Ces services ont été choisis de manière à couvrir l'ensemble du territoire, en s'assurant de représenter des territoires ruraux et urbains.

Déroulement de la phase d'entretiens

Les entretiens se sont déroulés par téléphone : les responsables des services ont été contactés afin de leur présenter le projet d'observatoire et le cadre de la consultation, une date était alors définie et la trame d'entretien envoyée en amont par mail.

L'ensemble des services ont répondu favorablement et se sont déclarés très intéressés par la démarche.

Les entretiens se sont déroulés sur une durée variant de 40 minutes à 1 heure.

Analyse des entretiens

Le CREAL a procédé à la saisie des informations recueillies dans une grille d'analyse permettant une lecture transversale des enseignements par thématique.

Le résultat de l'analyse qualitative propose une structuration en 3 parties, présentant tout d'abord les appuis au maintien à domicile, puis les limites qui amènent à questionner la possibilité de ce maintien et enfin encore les leviers et les freins à l'entrée en établissement.

L'appui au maintien à domicile

Contexte et objet de la sollicitation des services

La participation de la personne âgée à son projet de vie

L'implication de la famille

La coordination des services

- Autour des souhaits de la personne âgée
- Avec une souplesse de fonctionnement au plus près des besoins de la personne
- En activant les ressources partenariales
- En développant des pratiques d'anticipation et de concertation

Les limites du maintien à domicile

L'implication parfois faible des familles et le besoin d'information

L'épuisement des aidants

L'absence de service de nuit

Le manque de lien social

Les difficultés à financer le plan d'aide

Le manque de disponibilité des services et les limites des champs d'intervention

Le manque d'anticipation / de préparation des sorties d'hôpital

Accompagner l'entrée en établissement

Des leviers pour favoriser la continuité des parcours

Des difficultés liées à une entrée en établissement

L'appui au maintien à domicile

Contexte et objet de la sollicitation des services

Les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps en bonne santé à domicile. Elles sont amenées à solliciter l'intervention de services accompagnant des personnes en perte d'autonomie dans différents contextes :

- une perte d'autonomie progressive en lien avec le vieillissement et l'apparition ou l'évolution d'une pathologie,
- un accident de la vie, qui compromet le maintien à domicile (ex : hospitalisation ou perte du conjoint aidant)
- une hospitalisation consécutive à l'évolution d'une pathologie ou à une chute, qui nécessite d'accompagner la sortie d'hôpital pour un retour à domicile (puis parfois une entrée en établissement).

Les attentes liées à cette sollicitation diffèrent en fonction des situations et du type de structure sollicitée. Les principaux besoins identifiés sont les suivants :

- Information sur l'accès aux droits
- Besoin d'aides financières, question des ressources
- Mise en place ou augmentation d'un plan d'aide à domicile
- Besoin d'envisager une institutionnalisation
- Accompagnement vers une demande de protection juridique
- Problème lié à l'inadaptation du logement...

La participation de la personne âgée à son projet de vie

Dans les situations de perte légère d'autonomie, nécessitant l'intervention d'une aide ménagère par exemple, la demande est le plus souvent portée par la personne âgée elle-même ou sa famille, éventuellement relayée par une assistante sociale de secteur ou un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM).

En fonction des situations individuelles, du niveau d'implication de la famille et de la nature du besoin, la personne âgée ou ses proches initient le premier contact (ex : rencontrer un CLIC, solliciter un service d'aide à domicile...) ou bien ce sont des professionnels intervenant auprès de la personne qui assurent ce lien (ex : mise en place de l'intervention d'un SSIAD via le service social de l'hôpital, rencontre du service APA sur conseil de l'assistante sociale de secteur...).

L'implication de la famille

Lorsque celle-ci est présente, la famille tient un rôle central : elle peut contribuer au diagnostic de la situation de la personne âgée, elle peut exprimer son ressenti, ses inquiétudes, ainsi que sa capacité à se mobiliser, puisqu'elle sera d'ailleurs bien souvent actrice du plan d'aide qui sera mis en place.

Dans la mesure du possible, la famille prend en charge ou participe aux démarches à réaliser (démarches administratives, dossier de demande d'aides...). Sa présence au domicile de la personne âgée est facilitante lors des premières interventions d'un service d'aide à domicile ou d'un SSIAD par exemple. Elle permet aussi de rassurer la personne âgée et peut participer à son adhésion.

Sur un plan financier, sa capacité à prendre en charge un éventuel reste à charge sur un plan d'aide peut également s'avérer déterminante pour permettre la mise en place de l'étayage nécessaire au bien-être de la personne âgée.

La coordination des services

Tous les acteurs intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie ont un rôle essentiel d'information, de conseil, de guidance et aussi de réassurance auprès d'elles et de leur famille. Leur intervention coordonnée auprès des personnes âgées apparaît comme un levier pour faciliter la continuité des parcours.

- **Autour des souhaits de la personne**

Quelle que soit leur mission et leur vocation, les services indiquent qu'ils s'attachent dans un premier temps à connaître la situation de la personne âgée, à identifier ses difficultés et ses besoins, et à entendre ses souhaits et son projet de vie.

Si la personne n'est pas toujours en capacité de le faire (présence de troubles cognitifs, désorientation suite à une période d'hospitalisation...), exprimer ses souhaits et ses attentes permet lorsque c'est possible, de faciliter son acceptation.

- **Avec une souplesse de fonctionnement au plus près des besoins de la personne**

Les services intervenant à domicile font part d'une grande réactivité et d'une forte adaptation. Ils sont souvent amenés à intervenir en urgence et s'organisent pour répondre aux besoins. Ils adaptent également leur intervention en fonction des situations individuelles : par exemple, face à des personnes réticentes (il est parfois difficile d'accepter l'intervention d'un tiers), ils mettent en place une progressivité des interventions.

Lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention de plusieurs services auprès d'une même personne (ex : SSIAD et SAD), la coordination des interventions des professionnels est importante : lors de la mise en place, il est intéressant que chacun puisse expliciter quel est son rôle et en quoi il complète celui de l'autre professionnel.

Une organisation doit aussi être trouvée quant aux horaires d'intervention : choix d'intervention à différents moments de la journée pour assurer une présence, ou interventions en binôme (le travail en binôme permet une harmonisation des interventions).

Pour répondre aux difficultés du secteur de l'aide à domicile, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit un soutien au développement des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

- **En activant les ressources partenariales**

Face à des situations complexes, la possibilité de faire appel à la gestion de cas dans le cadre des **MAIA** est jugée très importante. Les professionnels souhaiteraient qu'un plus grand nombre de situations puissent être accompagnées dans ce dispositif.

Proposer des **lieux de répit** afin d'éviter ou limiter l'épuisement des conjoints ou proches aidants fait aussi partie des moyens évoqués pour faire perdurer l'équilibre du maintien à domicile. Certains professionnels ont souligné l'existence de la plate-forme de répit et d'accompagnement pour les aidants (à Biéville-Beuville dans le Calvados), peu connue.

Face aux réticences qui sont parfois rencontrées quant à la mise en place d'un plan d'aide, l'appui du **médecin traitant** peut être facilitatrice, les personnes âgées étant parfois plus réceptives à la parole de cet interlocuteur privilégié. Mais certains professionnels consultés regrettent une trop faible mobilisation de ces acteurs, ainsi qu'une difficulté liée à l'impossibilité de prévoir des visites à domicile.

- **En développant des pratiques d'anticipation et de concertation**

Lors d'une hospitalisation, le repérage des besoins de la personne le plus précocement possible permet d'organiser des réponses adaptées à une sortie dans de bonnes conditions. Les services sociaux des hôpitaux consultés ont mentionné différentes pratiques mises en place pour répondre à cet impératif : inscription d'une « alerte sociale » dans le dossier informatique du patient, renseignement d'un questionnaire (élaboré avec la PASS) dès l'entrée aux urgences...

Les professionnels consultés font part d'une réelle volonté de l'ensemble des acteurs de se connaître, d'échanger, de se rencontrer. Localement, des habitudes de travail sont installées et permettent une grande réactivité en cas de besoin. Certains services interviennent en binôme auprès des mêmes personnes et articulent leurs interventions. Le regard croisé qu'ils portent sur les situations leur apparaît comme un atout pour identifier l'évolution des besoins et parfois, alerter sur la nécessité de faire évoluer le plan d'aide.

Le réseau des acteurs existe de façon informelle, mais il repose aussi sur l'organisation de réunions pluridisciplinaires, notamment :

- à l'initiative des services sociaux des hôpitaux (ex : pour définir le projet de sortie)
- à l'initiative des CLIC : réunions pluridisciplinaires régulières avec des membres permanents et réunions organisées sur des situations particulières
- à l'initiative des MAIA...

Principaux partenaires

Services sociaux des hôpitaux, SSR
SSIAD, SAD, HAD, infirmières libérales
Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)
EHPAD, foyers-logements
CLIC, MAIA, Service APA, CCAS, CMP, MDPH, caisse de retraites et mutuelles
Mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM)
Médecins traitants
Elus, mairies

Les limites du maintien à domicile

Dans le cadre de cet Observatoire, il était essentiel de recenser – tels qu'ils sont cités par les acteurs de terrain – les facteurs de nature à fragiliser le maintien de la personne âgée à son domicile, voire précipiter un projet d'admission en structure.

L'implication parfois faible des familles et le besoin d'information

Le niveau d'implication des familles est déterminant pour la recherche et l'organisation de l'étayage nécessaire au maintien à domicile de leurs aînés. Pour autant, si certains professionnels font part de familles globalement investies et proches du parent, d'autres évoquent un désengagement de plus en plus fréquent de leur part, associé à un phénomène de société.

Les enfants ayant quitté la région pour leur emploi, encore actifs et ayant des enfants, manquent de disponibilité ; les plus anciens sont âgés de plus de 60 voire 70 ans et sont parfois eux-mêmes confrontés à des problèmes de santé.

Les liens familiaux sont parfois distendus, mais les questions posées par la dépendance peuvent aussi être source de tensions, voire de conflits au sein de la famille. La mobilisation des familles sur l'organisation du plan d'aide est parfois difficile. De leur côté, certaines personnes âgées sont réticentes voire opposées aux solutions proposées. Certaines personnes sont dans le refus de toute aide à domicile et dans la négation de leurs difficultés (elles vivent parfois dans des logements insalubres).

Les professionnels sont parfois amenés à tenir un rôle de médiateur, voire de négociateur.

Or les familles ont un rôle premier à jouer dans la recherche de solution adaptée à la situation de la personne âgée, et ce dans une temporalité qui sera déterminante. Très souvent, les personnes âgées et leur famille n'ont pas anticipé la perte d'autonomie et la mise en place d'aides. Face à la difficulté du maintien ou du retour à domicile, la demande d'information et de conseil est importante, tant sur les droits des personnes, les possibilités d'aides à domicile, leurs modalités de financement, les démarches à réaliser....

L'épuisement des aidants

Lorsqu'il y a un conjoint, le maintien ou le retour à domicile (notamment suite à une hospitalisation) est vraiment privilégié. Toutefois, ces situations peuvent conduire à l'épuisement du conjoint aidant.

Des formules alternatives d'accueil existent, permettant un temps de répit pour les aidants mais également la possibilité de lien social, de sécurisation pour les personnes âgées, de découverte de la vie en institution : l'accueil temporaire et l'accueil de jour en établissement, l'accueil familial. Mais les capacités d'accueil sont jugées insuffisantes au regard des besoins.

Pour répondre aux difficultés du secteur de l'aide à domicile, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la reconnaissance du statut du « proche aidant » et d'un « droit au répit ».

L'absence de service de nuit

Lorsque la famille ne peut assurer un relais, l'absence de service de nuit est parfois la cause d'une institutionnalisation. Des réflexions ont été menées sur la mise en place de services pour répondre à ce besoin :

- L'ADMR d'Aunay-sur-Odon a évoqué un projet de « service itinérant de nuit » (tel qu'il en existe dans d'autres régions), avec des interventions présentées comme moins coûteuses qu'une entrée en établissement et favorisant la qualité de vie de la personne à domicile.
- Un projet de « visiteurs du soir » porté par l'UNA de la Manche a été imaginé pour permettre une intervention tard le soir (pour des couchers tardifs) et tôt le matin.

Le manque de lien social

Les professionnels font part de nombreuses situations de personnes âgées en grande solitude, avec des enfants qui sont éloignés, des ententes familiales médiocres... Au-delà de l'aide à la personne ou de l'aide au logement apportée par les services d'aide à domicile par exemple, de nombreuses personnes ont besoin de temps de présence : pour jouer, sortir, aller faire des courses... Mais les plans d'aide étant contraints, le temps d'intervention des auxiliaires de vie permet peu d'accompagnement à la vie sociale.

Les difficultés à financer le plan d'aide

Les professionnels rencontrent fréquemment une limite à la participation de la personne âgée et/ou de sa famille, pour des raisons d'ordre financier.

Face à un besoin d'accompagnement à domicile, le financement du plan d'aide et la capacité de la personne (ou sa famille) à financer elle-même certaines interventions sont déterminantes. Lorsque la personne âgée ou sa famille ne peut prendre en charge une partie du coût, le plan d'aide risque d'être réduit et de répondre de façon partielle aux besoins de la personne.

En sortie d'hôpital notamment, lorsqu'aucun plan d'aide n'était en place en amont, la constitution du dossier de demande de l'APA et son instruction vont prendre du temps : la disponibilité de proches aidants et la capacité de la personne ou sa famille à financer seule certaines aides peuvent faciliter le retour à domicile. Ponctuellement, l'APA d'urgence peut être sollicitée pour permettre le financement d'1 heure d'aide journalière, dans l'attente du dossier APA.

Par ailleurs, la dépendance est difficile à accepter : y compris parmi les familles ayant des ressources, certaines sont très réticentes à financer des aides pour la toilette ou les repas (ce qui est différent pour des soins de santé par exemple). Certains professionnels font part d'une déresponsabilisation des familles : les aides telles que l'intervention d'un SSIAD ou d'un service de HAD étant prises en charge par la Sécurité Sociale, elles considèrent qu'elles n'ont pas à payer pour des aides ménagères ou le portage de repas...

Par conséquent, les professionnels rencontrent parfois des difficultés à se procurer les documents nécessaires à la constitution des dossiers de demande d'APA par exemple.

Le refus de financer certaines interventions peut directement impacter la qualité du plan d'aide et la qualité de la vie de la personne âgée.

Parmi les déterminants financiers, on identifie aussi la possibilité ou non de la personne à mobiliser une aide de sa caisse de retraite ou de sa mutuelle. Par ailleurs, les politiques en matière d'APA diffèrent d'un département à l'autre.

Le manque de disponibilité des services et des limites des champs d'intervention

Face à l'augmentation des besoins en SSIAD, les services sont souvent saturés. Certains sont amenés à refuser des prises en charge trop coûteuses, afin de garantir le maintien de l'équilibre budgétaire du service.

Face au temps d'attente nécessaire pour bénéficier de l'intervention du SSIAD, le service d'aide à domicile déjà en place peut être amené à dépasser son champ de compétences, pour le bien-être de la personne (exemple : faire des toilettes au lit). De la même façon, les auxiliaires de vie prennent parfois le relais du SSIAD sur le temps de week-end (lorsque le SSIAD n'intervient pas ou limite ses interventions aux personnes les plus isolées). Cela pose la question de la limite d'intervention du service, face à l'exigence de réponse au besoin de la personne.

Certains professionnels ont pointé le manque de services de soins palliatifs ou réseau douleur sur leur territoire.

Enfin, la situation de la personne peut se trouver dans un « vide » de compétence : par exemple une prise en charge apparaît trop lourde pour un SSIAD, mais pas assez pour relever d'une HAD. Les services doivent alors être en mesure de se rencontrer et se coordonner rapidement sous peine de confronter la personne à un défaut d'intervention très préjudiciable à sa santé à court terme.

Le manque d'anticipation / de préparation des sorties d'hôpital

A l'hôpital, la durée légale de séjour (DLS) contraint parfois à des sorties rapides, qui nécessitent une grande réactivité des différents services (services sociaux des hôpitaux, SSIAD, HAD, SAD, services de portage de repas...) pour permettre le retour du patient à domicile. Ces sorties trop rapides conduisent notamment :

- à accueillir la personne en SSR : cette solution est moins favorable pour la personne (un SSR est un lieu de soin, pas un lieu de vie) et cela crée parfois un engorgement des services de médecine,
- à utiliser les places d'accueil temporaire en établissement pour personnes âgées de manière prolongée.

Les professionnels font part de retours à domicile trop précoces ou mal préparés, qui entraînent des difficultés pour la personne âgée (ex : non prise des médicaments, prise des repas irréguliers, transferts difficiles...). Il est important que le lien soit établi avec les services qui interviendront à domicile, et de s'assurer que l'intervention aura lieu, afin de garantir une continuité de l'accompagnement. Un retour à domicile sans la mise en place des aides dont a besoin la personne (ex : pour la toilette, les déplacements, l'alimentation...) peut compromettre sa convalescence, voire conduire à une nouvelle hospitalisation.

De manière générale, les hospitalisations sont de moins en moins longues, un SSIAD exprime que les patients sortent avec un besoin de soins important, avec des accompagnements souvent complexes, et des prises en charge de plus en plus difficiles. Selon lui, le nombre de places de SSIAD apparaît insuffisant au regard des besoins et des listes d'attente existent.

Accompagner l'entrée en établissement

La décision d'une entrée en établissement est toujours difficile, car elle renvoie à la fin de vie. Les parcours décrits (partie 3) illustrent bien la volonté de repousser le plus possible cette échéance, qui sera pour autant mieux vécue lorsqu'elle aura été préparée.

Des leviers pour favoriser la continuité des parcours

En dehors des aidants et des proches, les services intervenant à domicile auprès de personnes en perte d'autonomie sont en situation privilégiée pour identifier l'évolution de leurs besoins, d'en échanger avec la personne et sa famille : ils participent ainsi à la prise de conscience des difficultés et peuvent accompagner le cheminement vers l'acceptation d'un renforcement des aides ou d'un projet d'entrée en établissement (EHPAD ou foyer-logement en fonction du niveau d'autonomie).

Lorsque ces professionnels intervenant à domicile savent que le maintien à domicile ne pourra pas durer, ils orientent les personnes et leurs familles vers les services sociaux ou passent le relais (CLIC, MAIA...) de manière à organiser une continuité de l'accompagnement.

Les établissements, les services sociaux encouragent les personnes âgées et leurs familles à visiter les établissements (pour découvrir, se projeter, choisir) et à déposer des dossiers. Les périodes d'essai ou accueils temporaires permettent également aux personnes de préparer une entrée future et aux aidants de se rassurer. Après un accueil temporaire, certaines personnes âgées sont prêtes et souhaitent entrer rapidement.

Les services accompagnant les personnes âgées attendent des progrès consécutifs au déploiement de Via Trajectoire, qui permettra une saisie plus rapide des établissements (les demandes seront aussi plus facilement multipliées) et une plus grande visibilité des listes d'attente.

Les difficultés liées à une entrée en établissement

Les professionnels observent souvent un manque / une absence d'anticipation, qui conduisent à la recherche de solution dans l'urgence, notamment concernant des entrées en EHPAD suite à une hospitalisation.

Ces entrées précipitées sont brutales pour la personne âgée : l'urgence de la situation ne lui permet généralement pas de faire le choix du lieu (elle peut être accueillie dans un établissement éloigné de sa famille, de ses proches et de son environnement), ni d'avoir le temps nécessaire à l'acceptation et à la préparation du changement de lieu de vie (choix des meubles et effets personnels auxquels elle tient, éventuellement séparation de son animal de compagnie...).

Ces entrées en urgence dans un établissement sont aussi brutales pour les proches, qui ressentent parfois un sentiment de culpabilité et d'abandon du parent.

La disponibilité des places est régulièrement identifiée comme un frein à l'entrée en établissement :

- Face à l'absence de places disponibles en EHPAD, des patients hospitalisés sont accueillis en service de SSR pour gérer l'attente,
- Face au manque de places disponibles dans l'établissement souhaité, des accueils se font dans un établissement plus éloigné du domicile (ce qui « déracine » la personne) : un rapprochement ultérieur est parfois envisagé, mais constitue alors une nouvelle rupture pour la personne, souvent difficile à vivre.
- La difficulté à trouver une place est renforcée lorsque la personne doit être accueillie en unité protégée ou en UHR (Unité d'Hébergement Renforcé).

La dimension financière est déterminante pour envisager une entrée en établissement, de nombreuses familles sont dans l'incapacité d'assurer son financement : le coût est un réel frein. D'après les services consultés dans le cadre de l'étude, le nombre de places habilitées à l'aide sociale apparaît insuffisant au regard des besoins de la population.

Par ailleurs, certaines personnes âgées refusent de demander l'aide sociale, pour ne pas contraindre leurs enfants à participer financièrement.

A l'inverse, la capacité à financer l'institutionnalisation peut permettre de limiter le délai d'attente pour entrer en établissement (acceptant un accueil dans un établissement plus onéreux).

Synthèse - Conclusion

L'étude réalisée dans le cadre de l'Observatoire Régional des Données Médico-sociales dresse un état des lieux de l'offre et des publics accueillis en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Le recueil d'informations sur 100 situations de personnes âgées avant leur entrée en établissement d'hébergement, ainsi que la consultation de professionnels les accompagnant à un moment de leur parcours de vie, ont également permis une analyse qualitative de la notion de parcours de la personne âgée.

En Basse-Normandie, l'offre d'hébergement pour les personnes âgées repose sur 321 établissements identifiés par l'enquête nationale EHPA-2011 (parmi lesquels 70% d'EHPAD) et propose notamment une capacité d'accueil de plus de 20 000 places en hébergement permanent, faisant apparaître un taux d'équipement bas-normand supérieur au taux national.

Parmi les publics accueillis, 3 usagers sur 4 sont des femmes et cette proportion augmente avec l'âge : ces dernières représentent 85% des 90 ans et plus. L'enquête met en évidence que la moitié des personnes âgées accueillies dans les EHPAD de la région sont classées sur les niveaux de dépendance les plus élevés, soit en GIR 1 (18%) ou 2 (33%). Cette proportion de GIR 1 et 2 apparaît légèrement inférieure dans la Manche (avec 46%, contre 55% dans le Calvados et 59% dans l'Orne).

L'analyse des 100 parcours a mis en évidence que le domicile antérieur est dans 7 situations sur 10 le domicile personnel, et en second lieu le domicile d'un proche (plus fréquent parmi les entrées en logement-foyer) ou un établissement d'hébergement : parmi les entrants en EHPAD, 10% vivaient dans un logement-foyer et 7% dans un autre EHPAD. A domicile, les personnes âgées bénéficiaient d'un soutien variable en fonction des situations : les entrants en logement-foyer ne bénéficiaient d'aucune aide (dans 1 cas sur 2) ou d'aides légères et non quotidiennes (dans 1 cas sur 2), tandis que les entrants en EHPAD bénéficiaient d'aides plutôt « lourdes » (2/3 des cas), soit des aides quotidiennes pour la toilette, les repas, les déplacements... ou bien d'aucune aide (1/3 des cas). Ces aides sont complétées dans des mesures très variables par la participation des familles.

Le contexte d'entrée en établissement diffère entre logement-foyer et EHPAD. Le projet d'entrée en logement-foyer est plus fortement porté par la personne âgée elle-même, le motif d'entrée étant plus souvent un sentiment d'insécurité ou d'isolement au domicile, la personne est bien souvent à l'origine de la demande. En EHPAD, l'entrée est plus souvent justifiée par une évolution de l'état de santé ou un accident, une chute, ne permettant plus le maintien à domicile : une hospitalisation est l'élément déclencheur dans un cas sur deux, et les proches ou des acteurs relais sont souvent à l'origine de la demande aux établissements.

Dans les deux cas de figure, l'entrée a fait l'objet d'une démarche anticipée dans moins de la moitié des situations (40%) : la personne et/ou sa famille a alors déposé une demande « de précaution », dans l'objectif de pouvoir disposer d'une place dans l'établissement de son choix le moment venu, le délai avant l'entrée pouvant varier de quelques mois à plusieurs années. De leur côté, les établissements font part d'une volonté d'ouverture vers l'extérieur, les démarches de communication mises en place contribuent à dédramatiser l'institution et à casser certaines représentations négatives encore présentes.

Les entretiens conduits auprès des professionnels ont confirmé un fréquent manque d'anticipation de la part des personnes elles-mêmes et de leur famille : l'échange sur un projet d'institutionnalisation prend trop peu souvent place dans le cadre familial. Pour autant, la démarche d'anticipation est présentée comme bénéfique à de multiples niveaux : temps pour la personne et ses proches de s'informer (sur les structures, les interlocuteurs, les droits, les aides financières...), prendre conscience des difficultés rencontrées, se projeter, faciliter l'adhésion et faire des choix... Les modalités d'accueil de jour et d'accueil temporaire sont aussi présentées comme facilitatrices, dans la mesure où elles permettent à la personne âgée de découvrir l'établissement et de faciliter une éventuelle transition vers une entrée définitive. La préparation des sorties d'hôpital apparaît aussi déterminante, afin de permettre le passage des relais entre professionnels et la mise en place d'un plan d'aide adapté.

Les partenariats développés au plan territorial et les pratiques de concertation entre acteurs (autour de situations individuelles et dans l'animation du réseau, notamment autour des CLIC, MAIA, HAD, SSIAD, SAD, services sociaux des hôpitaux, SSR, services APA...), contribuent à l'organisation de la continuité des parcours. L'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne âgée constituent aussi des acteurs clés : en raison de leur connaissance de la situation et de la proximité avec la personne, ils identifient l'évolution des besoins, participent à la prise de conscience des difficultés, échangent avec la famille et sont en cela des vecteurs d'anticipation. Ils sont aussi vecteurs d'information et répondent à un besoin important des personnes âgées et des familles d'être guidées.

Tant l'analyse des 100 parcours que les entretiens menés auprès des professionnels des services ont mis en évidence des limites au maintien à domicile. Ils ont notamment identifié : une implication parfois trop faible des familles ou au contraire des situations d'épuisement des aidants, l'absence de service de nuit, un manque de lien social dont souffrent les personnes, mais aussi des difficultés à financer le plan d'aide. Par ailleurs, si les services interviennent avec une souplesse de fonctionnement au plus près des besoins de la personne âgée, se pose parfois la question de leur disponibilité et des limites de leurs champs d'intervention (notamment concernant les SSIAD, SAD, HAD).

Au-delà du manque trop fréquent d'anticipation d'une institutionnalisation, les professionnels relèvent que l'entrée en établissement se heurte à la capacité des familles à financer, ainsi qu'aux contraintes de places disponibles (particulièrement sur des places habilitées à l'aide sociale et en unité protégée).

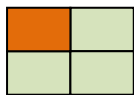
ANNEXES

Plan de recueil d'informations issues de l'enquête EHPA-2011

**Questionnaire complémentaire adressé aux établissements
(enquête en ligne)**

**Trame d'entretien sur le parcours de personnes âgées
entrées récemment en établissement**

**Trame d'entretien avec les services intervenant
auprès de la personne âgée**



Observatoire régional des données médico-sociales

Personnes Agées

ETAPE 1 : Plan d'analyse de l'enquête EHPA-2011

Champ : EHPAD, logements-foyers, maisons de retraite non EHPAD

L'ensemble des croisements identifiés seront déclinés selon le type d'établissement, le département et le statut.

I - Etat des lieux de l'offre en région au 31/12/2011

1. L'équipement en établissements pour personnes âgées en Basse-Normandie

Nombre d'établissements et capacités d'accueil (nombre de places installées) :

- par département / TIS / commune
- selon le statut : privé à but non lucratif / privé à but lucratif / hospitalier / public hors hospitalier
- signature d'une convention tripartite, perception d'un forfait soin, signature d'un CPOM
- habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'ASH, de l'ALS
- selon le mode d'accueil : hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit
- équipement en unités spécifiques : Alzheimer, UHR, PASA, fin de vie

2. Les ressources humaines dans les établissements

Difficultés de recrutement rencontrées durant l'année 2011 :

- existence de difficultés, sur quel nombre de postes, détail par fonction

Intervention de personnel extérieur :

- personnels libéraux rémunérés par l'établissement, détail par fonction

3. Le conventionnement avec des partenaires extérieurs

Nombre d'établissements ayant conventionné avec :

- équipe mobile de soins palliatifs
- réseau de santé en soins palliatifs
- équipe mobile d'intervention gériatrique
- équipe mobile psychiatrique

II - Descriptif des publics accueillis au 31/12/2011

1. Effectifs de personnes âgées accueillies au 31-12-2011

Nombre de personnes accueillies par type d'établissement – Détails selon :

- le département / TIS
- le mode d'hébergement
- l'hébergement antérieur
- l'ancienneté dans l'établissement
- l'origine géographique

2. Caractéristiques des personnes

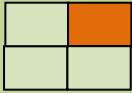
Nombre de personnes accueillies par type d'établissement – Détails selon :

- Hommes / Femmes
- âge
- protection juridique
- GIR

III - Les sorties enregistrées en 2011

Nombre de sorties enregistrées – Détails selon :

- Hommes / Femmes
- l'âge
- l'ancienneté dans l'établissement
- le motif et le type de destination



ETAPE 2 : Enquête à destination des établissements

Identification de l'établissement répondant

- 1- Nom de l'établissement - Commune :
.....
- 2- Numéro FINESS de l'établissement :
.....
- 3- Type d'établissement :
 Logement-foyer EHPAD Autre

Accueil de jour et accueil temporaire

- 4- Votre établissement propose-t-il des places d'accueil de jour ?
 Oui Non
- 5- Des difficultés sont-elles rencontrées concernant ces places d'accueil de jour ?
 Difficulté à remplir les places
 Difficulté liée au transport pour les usagers
 Autre, précisez :
- 6- Votre établissement propose-t-il des places d'accueil temporaire ?
 Oui Non
- 7- Des difficultés sont-elles rencontrées concernant ces places d'accueil temporaire ?
 Difficulté à remplir les places
 Difficulté à respecter les durées initialement contractualisées
 Autre, précisez :

Identification de publics spécifiques

- 8- Combien de personnes votre établissement accueille-t-il au 1^{er} janvier 2015 ?
- 9- Votre établissement accueille-t-il des personnes handicapées vieillissantes ?
 Oui Non
Définition : On entend par « personne handicapée vieillissante » une personne qui bénéficiait d'une reconnaissance de handicap avant l'âge de 60 ans.
- 10- Si oui, combien ?
- 11- Parmi ces personnes handicapées vieillissantes, combien présentent des troubles psychiatriques ?
- 12- Votre établissement accueille-t-il des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles assimilés ?
 Oui Non
- 13- Si oui, combien ?
- 14- Votre établissement accueille-t-il des personnes atteintes de la maladie de Parkinson ?
 Oui Non
- 15- Si oui, combien ?
- 16- Votre établissement accueille-t-il des personnes marginalisées (qui étaient sans domicile fixe avant l'entrée dans votre établissement) ?
 Oui Non

17- Si oui, combien ?

18- Votre établissement accueille-t-il des personnes dans le cadre d'un aménagement de peine ou d'une alternative à l'incarcération ?

Oui Non

19- Si oui, combien ?

Pratiques de conventionnement avec des partenaires

20- Votre établissement a-t-il un conventionnement avec :

- Un hôpital psychiatrique Oui Non

- Une HAD Oui Non

- Un service d'urgence Oui Non

- Des spécialistes Oui Non

21- Si oui, lesquels :

22- Quels partenariats votre établissement envisage-t-il de développer ?

Ouverture de l'établissement vers l'extérieur

23- L'établissement a-t-il des habitudes de travail avec des écoles ?

Non, aucune

Oui, occasionnellement

Oui, régulièrement

Oui, très régulièrement

Faites le commentaire de votre choix :

24- Des associations interviennent-elles dans l'établissement ?

Non, aucune

Oui, occasionnellement

Oui, régulièrement

Oui, très régulièrement

Faites le commentaire de votre choix :

25- Des bénévoles interviennent-ils dans l'établissement ?

Non, aucune

Oui, occasionnellement

Oui, régulièrement

Oui, très régulièrement

Faites le commentaire de votre choix :

Association à une démarche de Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA)

26+- Y a-t-il un PSLA sur votre territoire ?

Oui

Non

Je ne sais pas

PSLA : Organisation pluridisciplinaire de professionnels de santé volontaires pour coordonner les soins sur un bassin de vie.

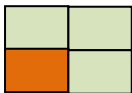
27- Votre établissement est-il associé à une démarche de PSLA ?

Oui

Non

Mise en œuvre de pratiques innovantes

28- Pouvez-vous décrire d'éventuelles pratiques innovantes mises en œuvre ou en projet, dans votre établissement ?
(Ex : dispositif d'accueil particulier, mode d'organisation interne spécifique, prestation nouvelle, équipement innovant...)



ETAPE 3 : Trame d'entretien sur le parcours de personnes âgées entrées récemment en établissement

Objet :

Renseigner la situation de 2 personnes âgées entrées récemment (au cours des 6 derniers mois) dans l'établissement, afin d'identifier les éléments de leur parcours.

I – AVANT LA DEMANDE D'ENTREE EN ETABLISSEMENT

Eléments de vie de nature à expliquer le contexte de l'entrée et les éventuelles difficultés rencontrées :

Lieu d'hébergement, liens avec la famille, état de santé, handicap...

Dispositifs d'aide et d'accompagnement dont bénéficie la personne avant la demande

Raisons ayant déclenché la demande d'accueil en structure d'hébergement

Relais d'informations mobilisés en amont

II – DECLENCHEMENT DE LA DEMANDE D'ENTREE EN ETABLISSEMENT

Connaissance du **temps écoulé avant le déclenchement** de la demande

Identification de tensions ou de conflits

Information / accord de la personne pour le dépôt de la demande

III – LA DEMANDE EST DEPOSEE : ATTENTE D'ENTREE EN ETABLISSEMENT

Temps d'attente pour l'entrée en établissement

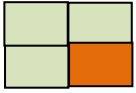
Dispositifs d'aide et d'accompagnement complémentaires dont a bénéficié la personne après le dépôt de la demande

Difficultés éventuellement rencontrées pendant l'attente

IV – L'ADMISSION DANS L'ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT

Adhésion de la personne

Difficultés éventuellement rencontrées lors de l'admission



ETAPE 3 : Trame d'entretien avec les services intervenant auprès de la personne âgée

SAD - SSIAD - HAD - Services sociaux des hôpitaux - SSR - CLIC - MAIA

L'objet de cet entretien téléphonique est de recueillir des informations concernant le parcours des personnes âgées que vous accompagnez à différentes étapes de leur projet de vie.

Cette trame vise à mieux identifier votre rôle dans l'accompagnement mis en œuvre, à recueillir les facteurs facilitant ou fragilisant ces parcours, mais également toute observation qui pourrait enrichir la réflexion.

I - Premier contact avec votre service

Prise de contact avec votre service

Contexte de cette sollicitation

Présence de partenaires ou de relais mobilisés à ce moment du parcours de la personne

II – Recherche de réponses adaptées aux besoins de la personne âgée

Rôle de la personne âgée, de sa famille, leur implication dans la recherche de solution

Rôle du service et les principales situations rencontrées

Principaux partenaires associés

Difficultés rencontrées / leviers pour assurer un accompagnement adapté et dans la continuité

Dispositifs mis en place pour pallier aux éventuels temps d'attente

III – Mise en œuvre des réponses adaptées aux besoins de la personne âgée

Implication de la personne âgée, sa famille à cette étape

Difficultés et leviers identifiés:

- dans les situations de maintien à domicile (avec la mise en œuvre d'aides adaptées...)
- dans les situations d'entrée dans un établissement (FL ou EHPAD)

Identifiez-vous des besoins non couverts, des articulations à envisager, des liens à développer... ?



CREAI Normandie

Espace Robert Schuman - 3, place de l'Europe
14200 HEROUVILLE-SAINT-CLAIR

Tél : 02 31 75 15 20

Mail : creainormandie@wanadoo.fr

Site : www.creainormandie.org