



HAL
open science

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et les perspectives d'amélioration selon le rapport de Libault

Émilie Marnat

► **To cite this version:**

Émilie Marnat. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et les perspectives d'amélioration selon le rapport de Libault. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-04143176

HAL Id: dumas-04143176

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04143176v1>

Submitted on 27 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2022

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 27 juin 2022
par
Emilie MARNAT

LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE ET LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION SELON LE RAPPORT DE LIBAULT

Directeur de thèse : Mme Elodie LAFARGE

Jury

Président : Mme Catherine COUDERT	Maitre de conférences, HDR UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membres : Mme Elodie LAFARGE	Maître de conférences associés, UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand
Mme Sabrina BEDHOMME	Professeur associé, UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand
Mme Prune BOUDET	Docteur en Pharmacie, Pharmacie Boudet, Saint Eloy les Mines, 63700
M. Camille CHOLET	Docteur en Pharmacie, Pharmacie Boudet, Saint Eloy les Mines, 63700

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2022

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 27 juin 2022
par
Emilie MARNAT

LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE ET LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION SELON LE RAPPORT DE LIBAULT

Directeur de thèse : Mme Elodie LAFARGE

Jury

Président : Mme Catherine COUDERT	Maitre de conférences, HDR UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membres : Mme Elodie LAFARGE	Maître de conférences associés, UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand
Mme Sabrina BEDHOMME	Professeur associé, UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand
Mme Prune BOUDET	Docteur en Pharmacie, Pharmacie Boudet, Saint Eloy les Mines, 63700
M. Camille CHOLET	Docteur en Pharmacie, Pharmacie Boudet, Saint Eloy les Mines, 63700

*« Développer au maximum le service à domicile afin que les personnes âgées ne soient pas
comme chassées de leur propre vie avant le jour de leur mort »*

De François Mitterrand,
Le 7 avril 1982 lors de la journée mondiale du vieillissement

REMERCIEMENTS

A Madame Catherine COUDERT,

Qui me fait, aujourd'hui, l'honneur de présider ma thèse. Vous aurez marqué mes années universitaires (en effet, je me souviendrai à jamais de votre talent de chanteuse lors de mon oral de troisième année sur un air de colchique dans les prés). Je vous remercie pour votre professionnalisme, pour vos cours si bien structurés et clairs et pour votre gentillesse.

A Madame Elodie LAFARGE,

D'avoir accepté de m'accompagner tout au long de la rédaction de ma thèse. Merci de m'avoir accordé votre confiance, de m'avoir encouragée et aidée. Merci de m'avoir consacré vos après-midis, vos soirées et parfois vos week-ends (nous avons comme cohabité ensemble pendant quelques semaines). Cela n'aura pas été tous les jours facile mais je suis très fière de notre travail et très heureuse d'avoir relevé le défi que nous nous sommes lancées. Nous avons bien fait de ne pas lâcher, nous y sommes arrivées. Je vous témoigne mon plus grand respect et ma plus grande reconnaissance. Mille mercis !

A Madame Sabrina BEDHOMME,

De m'avoir aidée dans la recherche de mon sujet et de m'avoir orientée vers Madame LAFARGE. Merci pour votre façon d'enseigner, pour votre gentillesse et pour votre écoute. Les étudiants en pharmacie d'officine ont la chance d'avoir des professeurs (l'équipe OFFISIM en général) aussi géniaux !

A Madame Prune BOUDET et Monsieur Camille CHOLET,

D'avoir été des maîtres de stage, des collègues et des patrons exceptionnels. Les mercis ne sont pas suffisants face à tout ce que vous avez fait pour moi. Merci de m'avoir acceptée en stage, merci de m'avoir formée et mille mercis de m'offrir le CDI que je voulais tant : il était impensable, pour moi, de quitter cette formidable équipe que vous formez. Votre présence dans mon jury était une évidence et je suis très honorée que vous ayez accepté cette demande. Recevez ma reconnaissance et mon plus profond respect.

A Madame Marie-Pierre CONDAT,

D'avoir pris le temps de rechercher des documents pour la rédaction de ce travail. Désolée de vous avoir dérangée tant de fois...

A ma famille,

***A mes parents,** pour leur soutien dans les bons et les mauvais moments, le jour comme la nuit (misère que vous avez été patients...). Merci d'avoir toujours cru en moi, d'avoir été présent et de m'avoir aidée à réaliser ce rêve de petite fille : devenir docteur en pharmacie. Merci à toi maman, pour ces merveilleux petits plats que tu me concoctais le dimanche soir pour emmener à Clermont, pour tes petits mots touchants avant chaque examen. Merci pour toutes les fois où tu as essuyé mes larmes (je crois que tu as fini plus malade que moi avec ces études). Je suis si fière d'avoir hérité de votre courage et de votre qualité de travailleurs acharnés.*

***A mon frère Mathieu et ma sœur Sandrine,** de m'avoir encouragée, remotivée dans les périodes difficiles. Désolée d'avoir été si chiant avec mes « je n'y arriverai jamais » ou avec mes crises de colère, de ras le bol, ces moments où je ne supportais plus rien (même pas vous). Merci pour le temps que vous avez passé à me faire réciter tous mes cours (même si vous ne compreniez rien). Loulou merci, pour ces nuits apaisantes et endormissantes à vèler les vaches (mdr il fallait bien trouver un moyen pour m'endormir à 3H du mat'). Dondon, merci de m'avoir laissée ta chambre pendant la période de Covid, que nous aurons, à jamais, renommé « amphi dondon ». Je n'oublierai pas vos multiples conneries que vous faisiez pour me détendre et me faire changer les idées. Je vous aime.*

***A mon beau-frère Flavinus,** pour sa joie de vivre et son grain de folie (nous formons un bon duo pour la connerie je trouve, pas vrai coucouette). Merci de m'avoir supportée et encouragée. Merci également de m'avoir donné le COVID, c'est grâce à toi, finalement, que j'ai démarré cette thèse. Merci d'avoir joué le rôle de jardinier ces derniers jours, j'ai vraiment honte de ce que je vous ai fait endurer mdr. Comme prévu, nous arroserons ce diplôme à sa juste valeur et je te nomme, d'avance, DJ de la soirée.*

***A Annabelle, ma sœur, Mathieu, mon beau-frère, Roxane et Marcelin, ma nièce et mon neveu,** je suis heureuse d'avoir repris contact avec vous, dix ans après. Plus qu'à récupérer le temps perdu maintenant.*

***A ma tata Régine**, pour ses encouragements. Promis, maintenant que les études sont finies, je viendrai plus souvent !*

***A ma mamy, mon papy et ma Tati Sylvie** de m'avoir encouragée. Vous étiez si fière de mon travail, de ma réussite... J'aurais aimé vous avoir à mes côtés aujourd'hui, la vie en a décidé autrement mais je sais que de la haut, vous me regarderez.*

***A pépère et mémère**, mes grands-parents de cœur, pour votre gentillesse. Les moments partagés avec vous (même s'ils étaient courts parfois, les révisions m'appelaient) m'auront toujours permis de me faire décompresser. Merci mémère pour les petits plats préparés et livrés à domicile les vendredis soirs chez papa et maman.*

***A ma Roro**, bien plus qu'une amie, une véritable grande sœur. Tu es un exemple pour moi, une fille exceptionnelle, avec le cœur sur la main. Il y aurait tellement de choses pour lesquelles je devrais te remercier : ta patience, ton écoute, ta gentillesse, ta sagesse, ta capacité à me rassurer, ta présence permanente à mes côtés... Je t'ai embêtée tant de fois (nous ne parlerons pas de la livraison de thèse à 22h, je crains tellement)... Merci de m'avoir encouragée dans tous mes projets. Merci d'avoir réussi à trouver les mots qui m'ont permis de retrouver le sourire et un peu de confiance en moi (il reste encore un long chemin à faire quand même...). Quand je pense à tous nos appels dans une même journée... Mille excuses Seb', j'espère que tu ne m'en voudras pas... Je sais ce qu'il me reste à faire pour me faire pardonner, un bon festin, plutôt bien mérité car tu auras, toi aussi, subi mes pleurs, mes crises de panique et mes histoires d'amour (ahaha),... Mais tu auras réussi à me faire oublier tout ceci par ta gaieté, ta folie, tes âneries (petites pensées à nos folles soirées, au baptême Juju ou au 31 décembre, il ne faut vraiment pas nous laisser tous les deux). Merci à vous deux d'être à mes côtés au quotidien. Je suis si fière de la famille que vous avez construite, si fière de mes deux princesses : ma Lolinette et mon bébé Ju. Merci d'avoir fait de moi, une tata Mimi gaga. Je vous aime. (PS : pensée à JB qui doit, maintenant me trouver la fille la plus chiante au monde !)*

A la pharmacie Boudet

Merci pour votre aide, votre soutien, vos encouragements et votre implication tout au long de mes années d'études. Merci à tous de m'avoir remotivée dans la rédaction de cette thèse que je n'aurais probablement toujours pas terminée si vous n'aviez pas été là (même si j'ai maudit Prune pendant une journée de m'avoir virée de la pharma). Désolée pour ces journées où j'ai été insupportable, stressée et fatiguée mais vous avez toujours su trouver les bons mots pour me faire avancer.

***Prune**, si on fait un résumé de vos fonctions pour moi : maître de stage, patronne, psychologue, essuyeuse de larmes et jumelle de COVID depuis février. On n'oubliera pas ce rôle si particulier de coach love que je vous ai donné mdr (oui, il fallait bien que ça reste dans les annales car ce n'est pas donné à tout le monde #coucoucoincoin#). Désolée pour les cauchemars que j'ai dû vous faire faire après avoir corrigé mes fautes : vous aurez embauché une pharmacienne sans compétences dans le domaine de l'orthographe ni dans l'anglais (you phone the quinze).*

***Camille**, nous n'avons pas fini de rire du « je ne deviendrai jamais pharmacienne », il y a 6 ans, quand je t'ai vu la première fois à la pharmacie. Et pourtant, voilà où j'en suis aujourd'hui... Merci d'avoir toujours cru en mes capacités, merci pour ces moments de rigolade, pour ces apéros, ces salades de fruits du samedi matin (RIP, elles sont finies pour moi). Nous allons former, avec Christian, un bon trio de choc. Je suis fin prête à te supporter !*

***Christian**, mon futur co-adjoint, mon voisin de poste de pharmacie, le roi de la connerie. Merci pour tes petites interventions majestueuses que personne ne comprends sauf nous. J'espère que tu es prêt à revivre un nouveau Bougnat cet été, nous allons bien nous amuser.*

***Carine**, la plus grande chieuse de la pharmacie. A moi maintenant de t'en faire voir autant que tu m'en as fait voir pendant mon stage. Bon courage aux autres, avec nous deux, ils sont mal, toujours une pour entrainer l'autre dans ses conneries. Je me demande laquelle des deux sera licenciée en premier ! Et quand tu veux maintenant pour la picole, les études c'est fini !*

***Cathy**, la reine des chaussures et de la boulette. Tant de fous rires que l'on peut avoir avec Christian à cause de toi et tes sous-entendus. Tu es une pépite ! (PS : je suis fan de ta souplesse).*

Coco, la petite douceur de la pharmacie, toujours à l'écoute. Promis, je deviendrai ta créatrice officielle d'affiche !

Christine, fournisseuse de saucisson et de pâté. Tu ne pensais pas me supporter encore pendant tant d'années mais finalement ... la retraite ce n'est pas pour maintenant !

Nini, et dire qu'on a commencé ensemble il y a 5 ans, dans l'apprentissage des commandes et du rangement de boîtes... Merci pour ta gentillesse, pour ces bons moments (même si quand vous êtes réunies avec Carine j'en vois) et quand tu veux pour un petit repas à Sioule !

Tout ça pour dire que j'ai vraiment eu la chance de tomber sur une équipe exceptionnelle, toujours unie et c'est rare. Et c'est avec beaucoup de plaisir et une immense fierté que j'intégrerai cette si merveilleuse équipe que vous êtes. Et oui, comme une deuxième famille !

A mes amis

Ma petite Auréa, mon aureovariegatus ou mon Didier (#bienvenueàneuf-eglise), l'une de mes plus belles rencontres de ces années de fac. Tout a commencé pendant ces séances de TP ... La misère, on se fait un mémo ou pas ?! Nos conneries et notre désespoir nous auront liées et ce à tout jamais. Tu auras réussi à me supporter pendant toutes ces années et je t'en remercie. Merci d'avoir été Cette Amie (oui avec un grand A) que peu ont la chance d'avoir mais que moi j'ai, toujours présente dans les bons et dans les mauvais moments, de jour comme de nuit. Merci pour tous ces moments de folie, ces moments inoubliables que ce soit à Clermont, à Neuf-Eglise ou en Aveyron (#ripbamby#). J'aurais découvert au fil du temps tes multiples fonctions (et j'en suis ravie) de ramasseuse de patate à urber l'aspiro en passant par livreuse de beurre à 23h. Mais c'est surtout cette fille formidable, joyeuse, souriante et toujours de bons services que je garderai en souvenir. Nous allons chacune prendre des chemins différents mais rien n'arrêtera cette amitié. Nos balades, nos séances shopping (validation de panier : Côte d'Azur, elle a les yeux azur), nos soirées improvisées et ta petite bouille vont me manquer. Je connais déjà la destination de nos futurs week-ends, les kilomètres ne nous arrêteront pas (et prévoit des journées téléphone, j'ai bien peur qu'on explose les 3heures d'appel, 15 fois dans la journée). Plein de bonheur et de réussite pour la suite, je t'aime mon acolyte.

A mon petit groupe d'amis Clermontois : Léa, Melanight, Flo et à notre JB international. Un seul mot à dire : vous êtes unique. Merci pour tout, pour votre soutien, pour votre bonne humeur au quotidien. (Merci ma petite Léa d'avoir passé ton dimanche aprem à m'aider dans la finition de cette thèse alors que tu n'avais pas dormi de la nuit). Merci pour vos précieux conseils qui m'ont aidé à sortir de cette spirale négative et qui m'ont redonné du baume au cœur et de la joie de vivre. On le dit bien, c'est dans les mauvais moments qu'on s'aperçoit qui sont les vrais amis. Merci d'avoir fait de cette 6^{ème} année, ma plus belle année de fac, qu'est-ce qu'on a pu rire et s'amuser. Nous avons construit un petit groupe merveilleux, et nous resterons à jamais soudés. Et maintenant que les études sont finies, DJ Marnat va reprendre ses fonctions pour ambiancer vos folles soirées. Et bien entendu, on n'oublie pas le rendez-vous de l'année, en octobre, pour la foire à Cournon (« beau troupeau de génisse »).

Pour finir, je vous l'avais promis, petite dédicace à notre plus gros fou rire (et on n'a pas fini d'en rire encore), elle est signée JB : « JB, ta passion préférée ? Les laxatifs » ! On a vraiment des problèmes !

Eloise, ma petite pharmacienne grenobloise qui me manque énormément. J'ai été ravi de faire mes débuts d'année de fac en ta compagnie. Ton départ m'a profondément touché et j'ai eu beaucoup de mal à l'accepter (tu été mon pilier, ma source de motivation) mais j'ai toujours su qu'on garderait notre amitié. Alors oui, on se voit moins, on se parle moins et pourtant rien n'a changé. Nous voilà enfin dans la dernière ligne droite ou plutôt dans nos dernières heures de cette longue vie étudiante. On s'en sera donné de la peine mais on y sera enfin arrivé. Je suis fière de nous, fière de toi.

Lauriane, merci de m'avoir aidée à réussir ce fichu concours. Finalement on aura formé un bon binôme de travail pendant plusieurs années ! Merci d'avoir toujours été présente, merci pour ton soutien, merci d'avoir toujours cru en moi.

A Audrey, Esthel, Léa et Amélie, de m'avoir encouragée, soutenue. Merci d'avoir toujours compris que mes études passaient avant tout, je m'excuse de ne pas avoir passé plus de moments avec vous ces derniers temps. Mais me voilà de retour, et nous allons rattraper le temps perdu.

A mon ancien professeur,

Mr Lestrade : mon nain préféré, que je n'arriverai jamais à tutoyer. Tant d'années que vous me supportez. Vous m'avez vu évoluer, grandir mais je n'ai jamais vraiment changé. A la base, vous étiez un simple prof de sport, devenu à mes yeux, comme un deuxième papa, à me soutenir, m'encourager, à me pousser vers le haut et toujours de bon conseil (il faut dire que vous étiez un peu comme moi quand vous étiez étudiant). Et dire que je passais quasiment, mes semaines à faire du sport avec vous pour finir déguisée en singe sur une magnifique photo pendue en haut d'une belle montagne alors que j'ai le vertige (je ne vous remercierai pas de m'avoir bloquée sur le mur d'escalade, quelle horreur mdr) ! Le cours de la vie a fait qu'aujourd'hui nous ne nous voyons plus beaucoup mais nous avons toujours gardé cette complicité. Merci d'être présent pour ce jour si spécial pour moi, la consécration d'un rêve auquel vous avez contribué. Promis, je serai votre fournisseur officiel de couches pour vos vieux jours, par contre, je laisse ma place à quelqu'un pour les changer.

Un grand merci à tous ! Promis, je ne vous embête plus (ou, alors, autrement), cette fois-ci c'est

fini ☺

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	5
SOMMAIRE.....	12
LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	20
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	22
INTRODUCTION.....	25
PARTIE 1 : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LA PERTE D'AUTONOMIE.....	26
1 Personnes âgées et vieillissement de la population.....	26
1.1 Définition de « personne âgée ».....	26
1.2 Définition du vieillissement.....	26
1.3 Les modifications physiologiques liées au vieillissement.....	27
1.3.1 La composition de l'organisme et les modifications du métabolisme.....	27
1.3.2 Les organes des sens.....	27
1.3.3 Le système nerveux.....	28
1.3.4 Le système cardiovasculaire.....	28
1.3.5 L'appareil respiratoire.....	28
1.3.6 L'appareil digestif.....	28
1.3.7 L'appareil locomoteur.....	28
1.3.8 L'appareil rénal.....	29
1.4 La population âgée et l'augmentation de l'espérance de vie.....	29
2 La perte d'autonomie.....	30
2.1 Définition de la « perte d'autonomie ».....	30
2.2 Définition de « dépendance ».....	30
2.3 Données démographiques actuelles.....	31
2.4 Le contexte socio-économique : une étude de la DRESS.....	32

2.5	La perte d'autonomie : de son dépistage à sa prise en charge	34
2.5.1	Signes d'alerte de la perte d'autonomie	35
2.5.2	Les principales causes de la dépendance	37
2.5.3	L'évaluation de la perte d'autonomie	38
2.6	Les conséquences de la perte d'autonomie	41
2.6.1	Les conséquences environnementales.....	41
2.6.2	Les conséquences relationnelles	41
2.6.3	Les conséquences familiales.....	42
2.6.4	Les conséquences psychologiques	42
2.6.5	Les conséquences financières	43
2.6.6	Les autres conséquences	44
2.7	Stratégies de réduction des risques et l'impact de la perte d'autonomie	45
2.7.1	Les objectifs	45
2.7.2	Les stratégies mise en œuvre	45
2.7.3	Réduire l'impact de la perte d'autonomie	46
3	Prévention de la perte d'autonomie	47
3.1	Définition de la prévention	47
3.2	Les objectifs de la prévention	48

PARTIE 2 : MAINTIEN A DOMICILE (MAD) DE LA PERSONNE AGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE
..... **51**

1	Généralités.....	51
1.1	Définition.....	51
1.1.1	Domicile	51
1.1.2	Définition de « maintien »	52
1.1.3	Définition de « maintien à domicile »	52

1.2	L'évolution du maintien à domicile	53
1.2.1	Historique	53
1.2.2	Une demande de plus en plus croissante.....	54
2	Les acteurs clés.....	55
2.1	La personne âgée	56
2.2	Les professionnels de santé (acteurs sanitaires)	57
2.2.1	Les libéraux.....	57
2.2.1.1	Médecins généralistes	57
2.2.1.2	Le pharmacien.....	57
2.2.1.3	Les infirmiers libéraux.....	60
2.2.1.4	L'aide-soignant.....	61
2.2.1.5	Le kinésithérapeute	61
2.2.1.6	L'ergothérapeute	62
2.2.1.7	Les autres professionnels.....	63
2.2.2	Les structures.....	64
2.2.2.1	Services d'aides aux soins à domicile	64
2.2.2.1.1	Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).....	64
2.2.2.1.2	Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).....	65
2.2.2.1.3	Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	66
2.2.2.2	La coordination entre les professionnels de santé et réseau de santé.....	67
2.2.2.2.1	La coordination des acteurs de santé	67
2.2.2.2.2	Les réseaux de santé	69
2.3	Les professionnels du secteur social.....	71
2.3.1	L'assistante sociale	71
2.3.2	Les structures.....	72
2.3.2.1	Les services d'aides à domicile (SAD).....	72

2.3.2.2	Portage de repas	73
2.4	Les aides externes	74
2.4.1	Garde malade	74
2.4.2	Garde de nuit à domicile	74
2.4.3	Dame ou homme de compagnie	74
2.4.4	Accompagnant de sorties	75
2.4.5	Livraison de course à domicile	75
2.4.6	Téléassistance	75
2.4.7	L'aide aux déplacements	76
2.4.8	L'homme d'entretien	76
2.4.9	Les bénévoles.....	76
2.4.10	Les sources d'informations.....	77
2.4.10.1	Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)	
	77	
2.4.10.2	Centre communale d'action sociale (CCAS).....	78
2.4.10.3	Autres sources d'information	79
2.5	L'aidant.....	80
2.5.1	Définition	80
2.5.2	Les freins.....	82
2.5.3	Relation professionnel-aidant	83
2.5.4	Les risques pour l'aidant.....	84
2.5.5	Stratégies pour réduire les risques.....	84
2.5.5.1	Sécuriser le déplacement.....	85
2.5.5.2	Lutter contre l'épuisement	85
2.5.5.3	Droits du proche aidant	86
2.5.6	Relais de l'aidant : les accueils temporaires.....	87

2.5.6.1	L'accueil de jour	87
2.5.6.2	L'accueil de nuit	88
2.5.6.3	L'hébergement temporaire.....	88
2.5.7	Les protections juridiques	88
2.5.8	Les associations d'aidants.....	92
2.5.9	Conseils pour préserver l'équilibre social et psychologique de l'aidant.....	94
2.5.10	Conseils pour préserver l'équilibre social et psychologique du séni dépendant	94
2.6	Les dispositifs d'appui à la coordination.....	97
3	L'aménagement de l'habitation et les aides techniques.....	99
4	Les alternatives au maintien à domicile.....	101
4.1	Les principales causes du changement de milieu de vie	101
4.2	Les structures intermédiaires au domicile et à l'établissement	102
4.2.1	Les résidences autonomes et les résidences services.....	102
4.2.1.1	Les résidences autonomes	103
4.2.2	Les résidences services	104
4.2.3	L'accueil familial.....	104
4.2.4	Les petites unités de vie et les logements collectifs	105
4.2.5	De nouveaux habitats intermédiaires	106
4.3	Les établissements	108
4.3.1	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) 110	
4.3.2	Les établissements de soins de longue durée (les USLD).....	112
5	Les aides financières	113
5.1	L'allocation personnalisée d'autonomie (APA).....	115
5.2	L'aide-ménagère à domicile.....	117

5.3	Les aides versées par les caisses de retraite.....	117
5.3.1	Les aides à l'aménagement du logement.....	117
5.3.2	Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	119
5.4	Les aides des complémentaires santé	120
5.5	Les aides fiscales	121
5.6	Les aides au logement.....	122
5.7	Les aides à l'aménagement du logement	122
5.7.1	Les aides de l'ANAH	122
5.7.2	Les aides extralégales	124
5.8	L'aide sociale à l'hébergement	125
5.9	L'assurance dépendance.....	126
5.10	Tableau récapitulatif des aides financières contribuant au MAD	127

PARTIE 3 : LES REFORMES ENVISAGEES POUR PALLIER LES LIMITES ACTUELLES DU MAINTIEN A DOMICILE SELON LE RAPPORT LIBAULT128

1 Les limites du maintien à domicile128

1.1	Le risque d'isolement.....	129
1.2	Les limites en lien avec les professionnels.....	129
1.2.1	La désertification médicale.....	129
1.2.2	Le manque de professionnels du domicile.....	130
1.3	Des difficultés d'accès aux informations et aux aides financières	131

2 Les perspectives d'amélioration.....132

2.1	Plus d'investissements dans la perte d'autonomie en renforçant la prévention	132
2.2	Maintenir la personne âgée au cœur de la société	136
2.2.1	Respect de la dignité de la personne âgée	136
2.2.2	Lutter contre l'isolement.....	137

2.2.3	Améliorer le cadre de vie de la personne âgée	137
2.3	L'aidant.....	138
2.3.1	Plus de reconnaissance et de soutien à l'aidant	138
2.3.2	Faciliter le travail du proche aidant.....	139
2.4	Réformer les métiers du grand âge	140
2.4.1	Refonte des formations et approfondissement des compétences.....	140
2.4.1.1	Conditions d'accès aux formations et recrutement	140
2.4.1.2	Développer l'apprentissage	141
2.4.1.3	L'évolution des formations	141
2.4.2	Renforcer la coordination pour prévenir les ruptures de soin et de prise en charge	143
2.5	Améliorer la qualité de prise en charge et revaloriser les métiers	144
2.5.1	L'amélioration de la qualité de prise en charge et d'accompagnement.....	144
2.5.2	Revaloriser les métiers du grand âge	146
2.6	Revoir l'offre médico-sociale	147
2.6.1	Reconnaitre la perte d'autonomie comme risque de protection sociale. ...	149
2.6.2	Remplacement de l'APA par une prestation autonomie	150
2.6.3	Faire de la CNSA l'unique financeur de la perte d'autonomie.....	151
2.6.3.1	Utilisation des ressources publiques	152
2.6.3.2	Mobiliser le patrimoine financier et immobilier.....	152
2.6.3.3	Les outils pour mobiliser le patrimoine	152
2.6.4	Autres modifications dans le financement.....	154
2.7	Une gouvernance simplifiée et plus claire.....	154
2.7.1	Replacer le conseil départemental au cœur de la politique du grand âge ..	155
2.7.2	Revoir le pilotage de l'offre médico-sociale	155
2.7.3	Approfondir les compétences de la CNSA.....	155

2.8 Conclusion du rapport de Libault.....	156
CONCLUSION	157
BIBLIOGRAPHIE.....	158
ANNEXES	172
Annexe I : Modèle de fiche, réalisée par l'ANSM, pour aider au repère du risque de trouble de nutrition, dénutrition et la déshydratation.....	172
Annexe II : Grille d'aide au repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation.	173
Annexe III : Fiche générale reprenant les principales sources d'information.	174
Annexe IV : Fiche patient reprenant les principales sources d'information disponible sur le secteur de Saint Eloy les Mines.....	175
Annexe V : Fiche patient reprenant les informations principales sur l'aidant et les solutions de repos existantes.	176
Annexe VI : Fiche générale reprenant les différentes structures intermédiaires au domicile et à l'établissement	178
Annexe VII : Fiche patient reprenant les différentes structures intermédiaires au domicile et à l'établissement sur le secteur de Saint Eloy les Mines	179
Annexe VIII : Fiche générale sur les différents établissements pour les personnes âgées... ..	180
Annexe IX : Fiche patient sur les différents établissements pour personnes âgées accessible dans les environs de Saint Eloy les Mines	181
Annexe X : Fiche patient reprenant les aides financières	182
SERMENT DE GALIEN	184

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I : Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie en 2015	31
Tableau II : Corrélations entre les indicateurs contextuels départementaux et les prévalences de l'indicateur GALI, des limitations fonctionnelles physiques et cognitives, de 2019.....	33
Tableau III : Détermination du groupe iso-ressource en fonction du degré de dépendance .	40
Tableau IV : le tarif hébergement de l'EHPAD de Montaigut en Combraille en fonction du niveau de dépendance	111
Tableau V : Comparaison entre APA à domicile et APA en établissement.....	115
Tableau VI : Tableau représentant le montant de l'ASPA, par mois, en fonction des revenus	120

Liste des figures

Figure 1 : Représentation du vieillissement de la population et son évolution	29
Figure 2 : Cartographie du nombre de personnes de 60 ans et plus selon la zone géographique	32
Figure 3 : Schéma reprenant la stratégie à mettre en place face à un risque de perte d'autonomie	35
Figure 4 : Cartographie représentant, selon les départements, le taux d'institutionnalisation en 2015	54
Figure 5 : Graphique représentant une comparaison entre le nombre de personnes en perte d'autonomie et le nombre d'intervenants à domicile	55
Figure 6 : Graphique représentant les différents secteurs intervenant au domicile exprimé en pourcentage	56
Figure 7 : Schéma de la répartition des dépenses du MAD en fonction des deux profils de patientèle	59
Figure 8 : Carte représentant la coopération MONALISA sur le territoire français	77
Figure 9 : Schéma représentant les différents services proposés par les CCAS/CIAS	79
Figure 10 : Schémas représentant la répartition des aidants en fonction du lien social avec l'aidant et selon les types d'aides apportées	81
Figure 11 : Schéma expliquant le dispositif d'appui à la coordination (DAC)	99
Figure 12 : Schéma représentant la répartition du financement des aides entre les différents organismes financeurs	114
Figure 13 : Schéma représentant la répartition des aides financières selon le lieu d'hébergement.....	114

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADIL : Agence Départementale pour l'Information sur le Logement

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

ALS : Allocation de Logement Social

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANIL : Agence Nationale pour l'Information sur le Logement

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agence Sociale à l'Hébergement

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement (loi)

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Actes de la Vie Quotidienne

BPM : Bilan Partagé de Médication

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCAS : Centre Communale d'Action Sociale

CESU : Chèque Emploi Service Universel

CHSLD : Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Social

CISSS : Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux

CLIC : Centre Locaux D'information et de Coordination Gérontologique

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNAV : Caisse Nationale de l'Assurance vieillesse

CNCESU : Centre National Chèque Emploi Service Universel

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPF : Compte personnel de formation

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DP : Dossier Pharmaceutique

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

ESLD : Etablissement de Soins de Longue Durée

GALI : Indicateur de Limitation d'Activité Générale

GIR : Groupe Iso-Ressources

GRATH : Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAD : Maintien A Domicile

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin

MARPA : Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées

MONALISA : Mobilisation Nationale contre l'Isolement des Sujets Ages

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Parcours de santé des Aînés en Risque de Perte d'Autonomie

PEC : Parcours Emploi Compétences

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

PUV : Petites Unités de Vie

RSI : Régime Social des Indépendants

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAD : Services d'Aides à Domicile

SDPA : Schéma Départemental pour les Personnes Agées

SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

SPASAD : Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSIAD : Services de soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Aujourd'hui, le maintien à domicile des personnes âgées est au cœur de l'actualité suite aux nombreux scandales autour des structures d'accueil (établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) notamment) comme le scandale ORPEA, de 2022, où maltraitance et mauvaise qualité de prise en charge associées à un détournement de fond financier ont été mentionnées. Ceci vient aggraver la perception déjà négative, que les français ont des établissements pour personnes âgées. Cette affaire va donc renforcer la volonté de la majorité de la population : vouloir vieillir chez soi, qui s'explique par les nombreux avantages que le maintien à domicile a : pas de déracinement de la personne âgée donc pas de perturbations psychologiques, coût moins important que les établissements, ... Ainsi, le maintien à domicile est un enjeu majeur dans une société de plus en plus vieillissante, il est perçu comme une finalité éthique. C'est pourquoi, j'ai fait le choix de traiter ce sujet dans le cadre de l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie puisque nous verrons que dans cet enjeu, le pharmacien joue un rôle fondamental.

Dans un premier temps, nous traiterons le vieillissement et la perte d'autonomie avec ses modalités d'évaluation ainsi que les moyens existants pour pallier à la dépendance (notamment la prévention) et à ses conséquences. Ensuite, nous aborderons tout ce qui a trait au maintien à domicile. Nous listerons, de façon non exhaustif, les professionnels et les structures qui interviennent auprès du patient et nous accorderons une importance particulier à l'aidant, acteur non professionnel, au rôle majeur, difficile et pourtant peu reconnu. Puis, nous évoquerons les possibilités d'aménagement de l'habitat et les techniques d'aides à la compensation du handicap et nous passerons en revue les différentes aides financières existantes. Tout au long de ces différentes parties, nous mettrons en avant des points contraignants du maintien à domicile (le manque de prévention, le manque de professionnels et de coordination entre eux, les disparités de prise en charge entre les territoires, etc). C'est en nous appuyant sur le rapport de Libault nommé « Concertation grand âge et autonomie », dans notre dernière partie, que nous tenterons de trouver des solutions pour pallier ces différentes problématiques.

Partie 1 : Le vieillissement de la population et la perte d'autonomie

1 Personnes âgées et vieillissement de la population

1.1 Définition de « personne âgée »

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) et l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (2), une personne est définie comme personne âgée à partir de ses **60 ans**. Cependant, cette définition est source de débat. En effet, les signes de vieillissement ne s'installent pas brutalement à l'âge de 60 ans mais ils apparaissent **progressivement** et la majorité des problèmes de santé rencontrés (fragilité, polypathologie, démence, dépendance) interviennent, souvent, après les 60 ans (souvent vers l'âge de 70 ans) (1). Il n'existe aucun stéréotype pour une personne de 60 ans puisque la population gériatrique est une population très **hétérogène**, présentant un l'état physiologique et pathologique variable (1).

Si on caractérise une personne âgée selon « l'âge chronologique », cela correspond à son âge exprimé en année (3).

Ainsi, selon les ouvrages, l'âge définissant une personne comme sujet âgé varie. Une distinction est, cependant, faite entre « **personne âgée** » aussi appelé « **aîné** », correspondant au terme utilisé pour les personnes de **75 ans et plus** et « **grand âge** » faisant référence aux personnes de **plus de 85 ans** (4).

Remarque : la filière gériatrique inclue toute personne âgée polypathologique avec ou sans fragilité, présentant un fort risque de perte d'autonomie sur le plan physique, psychique ou sociale. Ici, l'âge (souvent, au-delà de 75 ans) n'est pas pris en compte. Il permet juste de déterminer les individus les plus à risque de complications au cours d'une hospitalisation et d'en connaître le nombre. (5)

1.2 Définition du vieillissement

D'après l'OMS, le vieillissement est un processus **naturel, progressif, continu et irrégulier**. Biologiquement, le vieillissement correspond à une **accumulation** de dommages,

au niveau des cellules et au niveau moléculaire, source d'une restriction **progressive** des aptitudes physiques et psychologiques à l'origine d'un risque de maladie puis du décès. En effet, les réserves fonctionnelles du corps sont diminuées, ce qui a pour conséquence une altération des capacités d'adaptation de l'organisme provoquant une fragilisation qui peut se dégrader rapidement, et conduire à une incapacité totale. C'est, alors, le début de la dépendance (6). Les **problèmes de santé**, plus que l'âge, sont les principales causes des pertes fonctionnelles observées. Le risque de pathologies augmente avec l'âge (3).

En dehors du concept biologique, au moment du vieillissement des changements majeurs viennent chambouler la vie (le départ en retraite, le placement en institution ou en établissement ou le décès du partenaire) et les « **syndromes gériatriques** », (les escarres, l'incontinence urinaire, les chutes, la fragilité et autres problèmes de santé) apparaissent (6).

Aucun stéréotype pour une personne de 60 ans ne peut être établi puisque la population gériatrique est une population très **hétérogène**, présentant un état physiologique et pathologique variable (1).

1.3 Les modifications physiologiques liées au vieillissement (7)

1.3.1 La composition de l'organisme et les modifications du métabolisme

Au cours du vieillissement, les masses musculaires et squelettiques sont réduites, contrairement à la masse graisseuse qui augmente. Une modification du métabolisme glucidique est aussi retrouvée, avec apparition d'une résistance à l'insuline et d'une intolérance au glucose rendant alors, le sujet âgé, plus à risque de diabète. De plus, sa sensibilité à la déshydratation augmente du fait d'une baisse de production de la créatinine et d'une diminution de l'eau corporelle totale (8).

1.3.2 Les organes des sens

Au niveau de l'**audition**, la vieillesse est associée à une perte progressive des sons aigus principalement.

D'un point de vue **visuel**, il y a une diminution de l'acuité visuelle et, du fait d'une réduction de l'accommodation, par baisse de la souplesse du cristallin, un risque de presbytie.

Concernant l'**odorat**, celui-ci est altéré tout comme le **goût**. De ce fait, le sujet âgé perd l'appétit. (8)

1.3.3 Le système nerveux

Du fait d'un trouble de l'équilibre associé à l'avancée en âge, le sujet âgé est plus à risque de chute.

De façon physiologique, les informations seront plus difficiles et plus longues à retenir que pour une personne jeune.

Les osmorécepteurs présents au niveau cérébral deviennent, au cours du temps, beaucoup moins sensibles à la sensation de soif : majorant le risque de déshydratation. (8)

1.3.4 Le système cardiovasculaire

Anatomiquement, le cœur d'une personne âgée est fibrosé ce qui signifie qu'il se contracte moins et que la fraction d'éjection ventriculaire est diminuée. Ainsi, elle est plus à risque de troubles cardiaques et une insuffisance cardiaque est souvent retrouvée chez cette population.

Au niveau vasculaire, il y a une augmentation de la résistance périphérique à l'origine d'une hypertension. (8)

1.3.5 L'appareil respiratoire

Avec l'âge, diminution de la capacité ventilatoire et du débit expiratoire rendant l'adaptation à un exercice plus difficile. (8)

1.3.6 L'appareil digestif

Le sénior est plus sujet à la constipation du fait d'un ralentissement du péristaltisme intestinal et d'une augmentation du temps de transit (8).

1.3.7 L'appareil locomoteur

Au niveau de l'appareil locomoteur, l'avancée en âge entraîne :

- **Un vieillissement osseux** avec une perte de densité minérale osseuse.
- **Un vieillissement du cartilage articulaire** à l'origine d'une altération des propriétés mécaniques du cartilage. Ceci joue, notamment, un rôle dans l'arthrose.
- **Un vieillissement du muscle squelettique** avec baisse de la masse et de la force musculaire. (8)

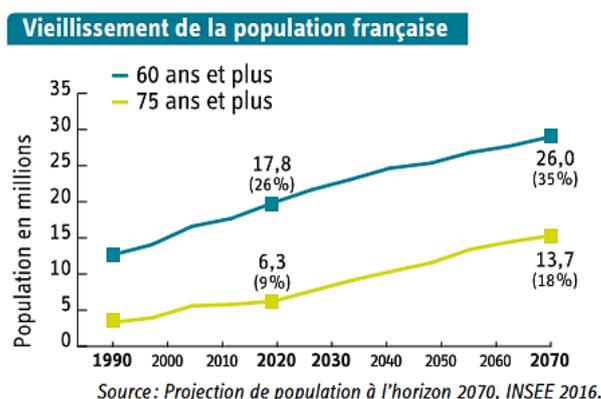
1.3.8 L'appareil rénal

Physiologiquement, il y a, progressivement, une baisse du débit sanguin rénal et de la masse rénale à l'origine d'une diminution de la filtration glomérulaire. De plus, la vieillesse provoque une modification tubulaire avec diminution de la sécrétion et de la réabsorption tubulaire. Le rein se fragilise et devient donc moins fonctionnel. Ceci est alors à prendre en compte dans l'adaptation des posologies des traitements afin de prévenir tout effet iatrogène. (8)

1.4 La population âgée et l'augmentation de l'espérance de vie

D'après les chiffres du ministère des solidarités et de la santé, en 2019, la population française est composée de **1,5 millions de personnes âgées de 85 ans et plus**. D'ici **2050**, une augmentation à **4,8 millions** sera observée (9).

Figure 1 : Représentation du vieillissement de la population et son évolution (10) :



Selon les chiffres de la caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) (10), une augmentation de l'espérance de vie a été observée entre les années 2000 et 2020 (augmentation de 1,8 ans pour les femmes et de 2,2 ans pour les hommes). En 2019, l'espérance de vie des hommes est estimée à 79,8 ans et elle est de 85,7 ans pour les femmes (11).

2 La perte d'autonomie

Comme vu précédemment, d'ici 2050, la population âgée de 85 ans serait multipliée par 3,2 entre 2017 et 2050 expliquant alors l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie de **2,2 millions** en 2050 (contre 1,3 millions en 2017) (9).

2.1 Définition de la « perte d'autonomie »

Aujourd'hui, la **perte d'autonomie**, aussi appelé **dépendance**, n'est pas reconnue comme une pathologie mais plutôt comme **un problème de santé publique** (12).

La perte d'autonomie correspond à l'incapacité, pour une personne, d'effectuer les tâches de la vie courante qui lui permettront de répondre à ses besoins, de garantir son bien-être et sa sécurité, et de vivre dans son environnement. D'apparition **brutale** ou **progressive**, elle peut être **temporaire** ou **permanente**. Son intensité et sa nature varient selon les individus (la dépendance peut être multifactorielle) : il peut s'agir d'une perte d'autonomie partielle ou totale. En effet, certaines personnes seront dépendantes car elles ne pourront plus se laver seule et d'autres parce qu'elles perdront la mémoire (exemple : personne souffrant de la maladie d'Alzheimer) (13), (14).

2.2 Définition de « dépendance »

Dans le **dictionnaire Larousse**, plusieurs définitions sont données au terme « dépendance » :

- « Fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose ».
- « État d'une personne qui ne peut accomplir sans aide les tâches normales de la vie quotidienne ». Cette définition est également celle donnée par les médecins gériatres.

Les synonymes de « dépendance » cités sont les suivants : « liaison », « rapport » « solidarité », « à la merci de ». Ils attribuent une connotation négative au terme de « dépendance », donnant des aspects d'incapacité de la personne âgée.

2.3 Données démographiques actuelles

En France, selon les données obtenues par l'INSEE en 2015, **2,5 millions de personnes** de 60 ans ou plus sont en perte d'autonomie (soit 15,3% de la population de cette tranche d'âge). 30,2% ont 75 ans ou plus et 6,6% ont entre 60 et 74 ans. Parmi ces 2,5 millions, 700 000 ont une perte d'autonomie considérée comme sévère. Si l'état de santé de la population continue de s'améliorer, **4 millions de personnes âgées** seraient en perte d'autonomie d'ici 2050.

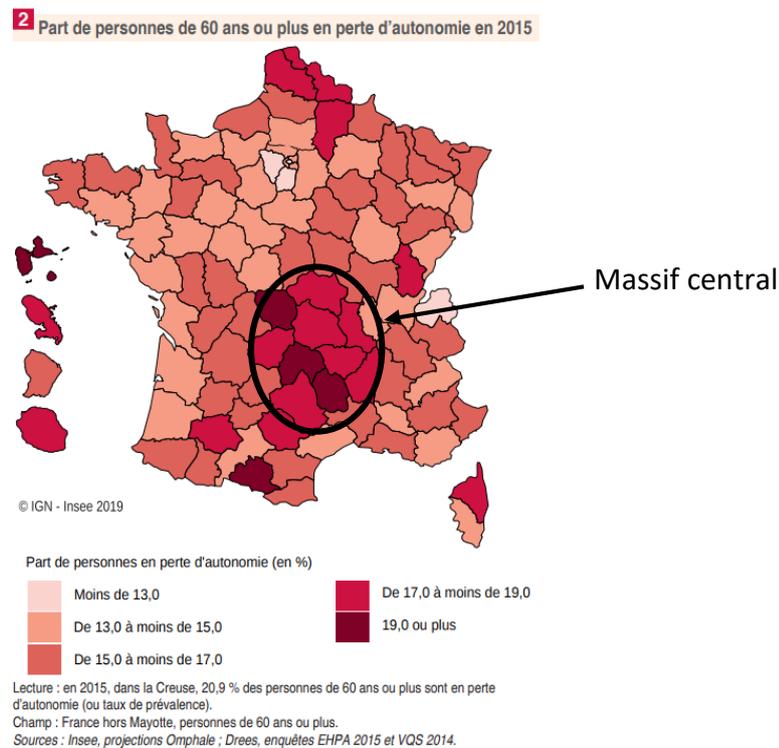
La **prévalence** de cette perte d'autonomie (nombre de personne en perte d'autonomie/nombre de seniors) est surtout élevée au niveau des départements du Massif Central. Ceci s'explique par une population de personnes âgées plus importante dans cette zone par rapport aux autres territoires.

L'évolution de la perte d'autonomie se ferait en deux temps entre 2015 et 2050. Tout d'abord, entre 2015 et 2027, le nombre de seniors dépendants diminuerait faiblement (passage de 15,3% à 14,8%) puisque les personnes nées au cours du baby-boom atteindraient leurs 60 ans. Ensuite, le taux réaugmenterait à 16,4% : les baby-boomers entreraient dans la catégorie du grand âge : c'est le papy-boomer (voir graphique). (15)

Tableau I : Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie en 2015 (15)

	2015	2027	2050
Nombre de seniors	16 235 900	19 933 500	24 274 500
Nombre de seniors en perte d'autonomie	2 488 900	2 958 300	3 989 200
<i>À domicile</i>	<i>1 948 700</i>	<i>2 347 400</i>	<i>3 160 200</i>
<i>En établissement</i>	<i>540 200</i>	<i>610 900</i>	<i>828 900</i>

Figure 2 : Cartographie du nombre de personnes de 60 ans et plus selon la zone géographique
(15)



Face à l'augmentation exponentielle du vieillissement, un projet de loi est envisagé par le Sénat. Il s'agit de la **loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV)** qui se déroule en trois temps : l'anticipation du vieillissement et la prévention de la santé, l'adaptation de la société à ce vieillissement et enfin, l'accompagnement de la perte d'autonomie. De plus, cette loi aura pour mission de réduire les dépenses des personnes âgées et de leur famille. (12) Ces différents points feront, également, l'objet de propositions de réforme, dans le rapport de Libault abordé en dernière partie. L'objectif, étant, de favoriser le maintien à domicile via une diminution des limites qui peuvent se présenter.

2.4 Le contexte socio-économique : une étude de la DRESS

Dans cette étude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (16), est mis en évidence l'**hétérogénéité** de la perte d'autonomie en lien avec le **contexte socio-économique et l'offre de soin** des territoires.

Le tableau qui suit met en corrélation ce qui est proposé dans les départements et la prévalence de l'indicateur GALI (= indicateur de limitation d'activité générale), la prévalence des limitations physiques et celle des limitations cognitives.

Tableau II : Corrélation entre les indicateurs contextuels départementaux et les prévalences de l'indicateur GALI, des limitations fonctionnelles physiques et cognitives, de 2019 (16)

	Corrélation avec...			Nombre de départements concernés
	...la prévalence de l'indicateur GALI	...la prévalence des limitations physiques	...la prévalence des limitations cognitives	
Taux d'équipement en places en établissement d'hébergement pour personnes âgées	-0,401***	-0,359***	-0,393***	100
Taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile	0,180*	0,231**	0,279***	100
Densité d'infirmiers libéraux en activité	0,371***	0,346***	0,520***	100
Taux de recours à de l'aide professionnelle	0,538***	0,581***	0,621***	100
Taux de recours à de l'aide de l'entourage	0,720***	0,795***	0,789***	100
Ratio des PCS'	0,371***	0,497***	0,314***	100
Taux de pauvreté des 75 ans et plus	0,468***	0,532***	0,713***	98

Les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude sont les suivantes :

- **Corrélation entre perte d'autonomie élevée à domicile et nombre de places limité en établissement pour personnes âgées** : ce taux de prévalence négatif signifie que, dans les départements où le nombre de places disponibles dans les établissements est faible, la dépendance à domicile devient plus importante. L'accès aux établissements devient, logiquement, plus difficile et les personnes souffrant d'une dépendance sévère restent plus longtemps chez eux. A l'inverse, pour les personnes à forte dépendance, vivant dans des départements où le nombre de place en établissement est plus élevé, la prise en charge dans les institutions est plus rapide et simple.
- **Corrélation entre perte d'autonomie élevée à domicile et offre et recours à des aides professionnelles ou non à domicile élevés** : les demandes d'aides de la part d'un proche ou d'un professionnel sont plus importantes dans les départements où la dépendance est élevée. De plus, il est important de noter que dans les départements avec beaucoup d'infirmiers libéraux ou dans les zones où le recours à des aides professionnelles est important, le nombre de places en établissement est plus faible. Ainsi, nous pouvons conclure que selon la demande, des spécialisations se font dans

les départements : en fonction du mode de prise en charge principal (domicile ou établissement), l'offre est différente.

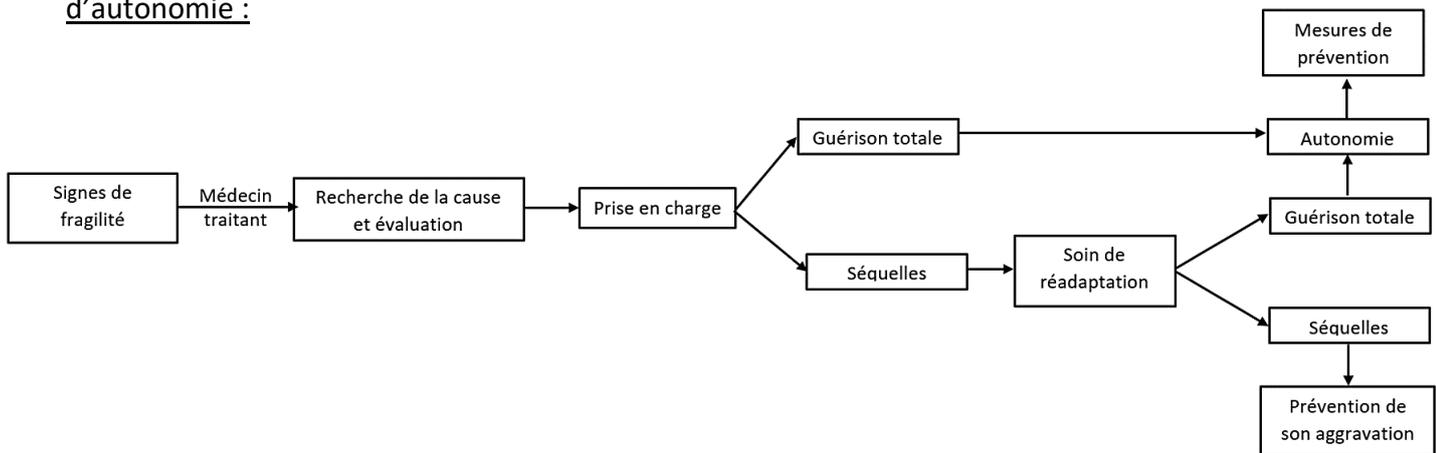
- **Corrélation entre pauvreté et perte d'autonomie** : dans les départements où le taux de pauvreté est important, la perte d'autonomie à domicile est plus élevée.
- **Corrélation entre professions et taux de dépendance à domicile** : dans les départements où résident principalement des retraités cadres, la prévalence de la dépendance à domicile est plus faible que dans les départements où habitent des anciens employés, ouvriers ou agriculteurs (dans ces départements, ce sont principalement des troubles physiques et des difficultés dans l'accomplissement d'activités générales qui sont les causes de la perte d'autonomie).

Ce schéma met donc en évidence les fortes inégalités territoriales qu'il peut y avoir au niveau des services proposés. Ces inégalités sont également retrouvées sur le point financier (les conditions d'attribution des aides peuvent varier d'un département à l'autre).

2.5 La perte d'autonomie : de son dépistage à sa prise en charge

Les modifications du comportement de la personne âgée sont souvent constatées par l'entourage (elle ne sort plus, elle ne va pas bien, elle n'est plus motivée, elle a des difficultés à marcher ou elle perd un peu la mémoire, etc). Face à cette situation, un rendez-vous avec le médecin traitant doit être pris. Au cours de ce rendez-vous, un bilan sera établi pour déterminer l'origine des symptômes et une évaluation de son état sera effectuée afin d'instaurer une prise en charge adaptée permettant de réduire ou faire disparaître les symptômes. En cas de rétablissement total, la personne retrouve, donc, totalement son autonomie. Dans le cas inverse, des séquelles peuvent persister nécessitant des soins de réadaptation pouvant restaurer complètement l'autonomie. Cependant, il arrive que des séquelles persistent parfois conduisant, alors, à la dépendance (14).

Figure 3 : Schéma reprenant la stratégie à mettre en place face à un risque de perte d'autonomie :



2.5.1 Signes d'alerte de la perte d'autonomie

L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) propose des fiches sur les principaux signes de la perte d'autonomie afin d'aider les intervenants du maintien à domicile (diplômés ou non) à repérer son apparition ou son aggravation. Chaque fiche est divisée en 4 grandes parties : les signes d'alerte, les facteurs de risques, les recommandations et le résultat attendu (exemple de fiche en annexe I). D'autres outils sont proposés systématiquement à la fin de chaque fiche et elles sont disponibles et téléchargeables sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS) : [Haute Autorité de Santé - Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/autonomie/repere_risques_perte_autonomie).

Certains signes sont spécifiques de la perte d'autonomie :

- Signes **de l'isolement** : perturbation de la vie sociale de la personne âgée, l'activité sociale diminuée, éloignement de l'entourage. La personne se plaint de solitude.
- Signes **d'une difficulté d'accès aux soins** : la personne âgée n'a pas de médecin traitant et, médicalement, elle n'est pas suivie régulièrement.
- **Altération de l'état général** : perte ou gain de poids, perte d'audition ou de vue, difficultés de déplacement à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile, etc
- Signes **d'une souffrance psychique** : tristesse, perte d'envie, perte d'estime de soi, perte de motivation, repli sur soi avec dépression, confusion, perte d'appétit, idées noires.
- Signes **relatif aux traitements** : médicaments non pris, réhospitalisation.

- Signes **des troubles du comportement** et **des troubles cognitifs** : troubles de la concentration, oublis fréquents, oublis de mots, difficultés à s'exprimer, perte de la notion temporelle et spatiale, difficultés de reconnaissance des personnes, troubles du comportement et/ou de l'humeur (agressivité, violence, agitation).
- Signes **de précarité** : problèmes financiers, pas de sécurité sociale, conditions matérielles au domicile sont insuffisantes (pas de chauffage, ménage non fait, etc).
- Signes **d'une difficulté aux déplacements, aux transferts** : difficultés à se lever, les déplacements sont rares ou difficiles nécessitant, parfois une aide (cannes, déambulateur), **chutes à répétition**.
- Signes **de trouble sensoriel** : en cas de perte d'audition, la personne a des difficultés à comprendre ce que les autres disent, elle fait répéter. En cas de diminution de la vision, le sujet âgé a tendance à tomber, à se cogner. Enfin, face à des troubles gustatifs, la nourriture ne lui fait plus envie.

Un **outil d'évaluation** du risque de perte d'autonomie a également été créé par l'ANSM. Il s'agit d'une grille, simple et rapide à remplir, nommée « **Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation** », disponible sur le site de la HAS (voir annexe II) qui s'appuie sur les fiches vues précédemment. Elle permet au professionnel de garantir le maintien de la personne à son domicile et d'apporter des modifications dans la prise en charge si cela est nécessaire.

Les **objectifs** de cet outil sont les suivants :

- Identifier toutes modifications du comportement ou de l'environnement chez la personne aidée ou aidante
- Signaler les changements pour adapter le projet personnalisé, les interventions et/ou l'habitation.
- Assurer un tracé de l'information
- Prévenir l'apparition de la perte d'autonomie ou son aggravation.

Cette grille d'évaluation est aussi utilisée pour repérer un **épuisement** ou une **perte d'autonomie de l'aidant proche**. Il est important de détecter précocement ces signes chez l'aidant, **acteur majeur** du maintien de la qualité de vie de l'aidé (voir partie sur l'aidant), afin d'éviter l'arrêt brutal, temporaire ou permanent, de l'accompagnement (17), (18).

2.5.2 Les principales causes de la dépendance

Il existe deux types de perte d'autonomie : la **perte d'autonomie liée à l'avancée en âge** de celle liée à une **maladie**.

La perte d'autonomie due au **vieillessement** est, elle, progressive et n'empêche pas de prévoir la suite de sa vie. Cependant, elle est majoritairement **irréversible** et au fur et à mesure du temps, elle a tendance à s'aggraver.

Dans le cas d'une perte d'autonomie des suites d'une **maladie**, la prise en charge est plus conséquente. L'accompagnement du patient est plus important et une adaptation des conditions de vie à domicile est nécessaire rapidement. (7)

Les causes pathologiques de la perte d'autonomie sont **multiples**. Parmi les principales, nous pouvons citer (19) :

- **La maladie d'Alzheimer et autres maladies démentielles** : il s'agit de la principale cause de dépendance. Lorsque la mémoire est altérée, ce sont les capacités de la personne à pratiquer les actes de la vie quotidienne, à discuter, à s'orienter qui sont réduites.
- **Les maladies neurodégénératives et la maladie de Parkinson** : ces maladies induisent des tremblements, une perte de précision dans les gestes effectués expliquant alors la dépendance.
- **Les AVC (accidents vasculaires cérébraux)** : les personnes victimes d'AVC peuvent, dans un tiers des cas, souffrir de séquelles d'ordre **sensoriel** (déclin visuel ou auditif, troubles de la parole), d'ordre **cognitif** (troubles de la mémoire, de la concentration, difficultés à reconnaître), d'ordre **physique** (paralysies) ou d'ordre **psychique** avec une baisse du moral (fatigue, troubles du comportement, dépression, changement de la personnalité).
- **L'arthrose** : c'est une pathologie évolutive avec l'avancée en âge (85% des personnes de plus de 70 ans souffrent de cette maladie). La dépendance est due aux symptômes associés (des douleurs, des raideurs articulaires, des difficultés à effectuer certains mouvements). L'arthrose touche principalement les mains, les pieds, les genoux, les hanches et la colonne vertébrale : organes indispensables à l'autonomie.

- **L'ostéoporose** : pathologie touchant majoritairement les femmes qui induit une baisse de la masse osseuse et donc une fragilité osseuse. L'ostéoporose, du fait de la fragilité du squelette, est source de chutes, pouvant engendrer de simples douleurs, voire, dans les cas les plus graves, des fractures se consolidant difficilement. La fracture du col du fémur est une des fractures conduisant le plus à la dépendance (20 à 25% des personnes âgées victimes de cette fracture finissent dépendantes).

Plusieurs causes peuvent être associées chez un même individu.

2.5.3 L'évaluation de la perte d'autonomie

L'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée par des professionnels tels que médecin, infirmier ou par un travailleur social (assistant social ou conseiller en économie sociale et familiale), au domicile du patient, à partir de la **grille AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources). Cette grille est constituée de **six groupes iso-ressources (GIR)** définissant le degré de la perte d'autonomie. Cette évaluation est indispensable pour déterminer **l'éligibilité** du patient aux aides existantes (aides financières et aides dans les actes de la vie quotidienne) et notamment pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (20). Cette grille prend donc **en compte le niveau d'incapacité de la personne, ses capacités financières, l'aspect géographique**, l'environnement (logement, équipement, famille, entourage) etc. Cependant, les volontés de la personne ne font pas parties des critères de la grille ce qui peut être vécu comme une perte de liberté, point pourtant essentiel dans le maintien à domicile (MAD), comme nous le verrons ultérieurement (21).

L'évaluation se base sur les capacités de la personne à réaliser, **seule**, dix activités dites **discriminantes** (= activités corporelles et mentales) et sept activités **illustratives** (= activités domestiques et sociales). Les activités discriminantes vont permettre de déterminer le GIR auquel le patient appartient. Concernant l'évaluation des capacités à réaliser les activités illustratives, elle apporte des informations supplémentaires sur l'état général du patient. L'objectif final est d'établir un **protocole d'aide personnalisé, adapté** à la personne.

Les activités discriminantes évaluées sont :

- **La cohérence** : capacité à communiquer, à agir et à se comporter de façon sensée
- **L'orientation** : se repérer dans l'espace et dans le temps
- **La toilette** : capacité à réaliser sa toilette corporelle du haut du corps jusqu'en bas seul
- **L'habillement** : se vêtir, se déshabiller seul
- **L'alimentation** : se servir et manger
- **L'hygiène et l'élimination urinaire et fécale** : problèmes d'incontinence urinaire ou fécale ?
- **Le transfert** : se lever, se coucher, s'asseoir et pouvoir passer de l'une de ces positions à une autre (par exemple, pouvoir passer de la position couchée à assise)
- **Les déplacements intérieurs** : se déplacer à l'intérieur de son lieu d'habitation
- **Les déplacements extérieurs** : se déplacer en dehors de son lieu de vie
- **Le moyen de communication à distance** : capacité à utiliser un téléphone portable ou une alarme afin de pouvoir prévenir en cas de besoin.

En fonction des aptitudes de la personne à réaliser ces activités, une note est attribuée :

- A : activité réalisée seule totalement, habituellement et correctement
- B : activité réalisée partiellement ou non habituellement ou incorrectement
- C : activité non faite.

Les « **activités illustratives** » correspondent à :

- La préparation des repas et leurs conditionnements
- La capacité à gérer ses affaires, son budget, à reconnaître la valeur de l'argent, d'un billet ou d'une pièce ou encore savoir effectuer des démarches administratives
- Effectuer les tâches ménagères
- L'aptitude à utiliser des moyens de transports collectifs ou individuels
- L'achat volontaire de biens
- Respecter l'ordonnance du médecin et la capacité à gérer soi-même ses traitements
- Pratiquer des activités physiques, loisirs en groupe ou seul. (20)

L'étude de ces critères permettra de classer le patient dans l'un des six GIR : (22)

Tableau III : Détermination du groupe iso-ressource en fonction du degré de dépendance

GIR	Degré de dépendance
GIR 1	= Correspond aux personnes au niveau de dépendance le plus élevé. <ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• Personne ayant conservé une 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	<ul style="list-style-type: none">• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aide 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	<ul style="list-style-type: none">• Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	<ul style="list-style-type: none">• Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Au sein du même groupe, peuvent être classées des personnes avec un profil de dépendance différent mais aux besoins identiques (21).

Pour les personnes non inclus dans l'une des six catégories, des conseils leur sont délivrés et une réévaluation de la dépendance sera faite en cas d'aggravation de leur état de santé (22).

Le proche aidant désigné est, lui aussi, évalué pour déterminer le repos qu'il a besoin afin d'anticiper sur la mise en place d'aides, de soutien voire de remplacements ponctuels si besoin. Des informations complémentaires lui sont également fournies, sur les différents services d'aide à domicile, sur l'aide personnalisée au logement avec les modalités à suivre pour obtenir les aides financières, sur les dispositifs d'aide au répit et sur les alternatives existantes au domicile (22).

A la suite de cette évaluation, est élaboré un « **plan d'aide** » dans lequel est listé l'ensemble des aides humaines ou matérielles dont le dépendant a besoin ainsi que les aides financières à laquelle la personne peut prétendre (elles prennent souvent en compte le niveau de dépendance et les ressources (se référer à la partie sur les aides financières)).

Une deuxième grille est utilisée pour évaluer le degré de la perte d'autonomie : la grille **AVQ (Actes de la Vie Quotidienne)**. Elle évalue la capacité à effectuer les **six tâches majeures** de la vie quotidienne : la toilette, l'habillage, l'alimentation, la continence, les déplacements et les transferts (se coucher, s'asseoir et se lever). En fonction du nombre de tâche que la personne ne peut effectuer, elle est classée au niveau 1,2 ou 3, sachant que le niveau 4 répertorie les personnes les plus dépendantes (19). La grille AGIRR est une version plus complète puisqu'elle évalue le patient selon 17 critères et le classe selon 6 niveaux de dépendance.

2.6 Les conséquences de la perte d'autonomie

La dépendance induit de multiples conséquences (environnementales, sociales, familiales, psychologiques, financières, ...) pour la personne dépendante mais aussi pour son entourage (23).

2.6.1 Les conséquences environnementales

La perte d'autonomie nécessite une prise en charge de la personne à son domicile ou en établissement spécialisé via l'intervention d'une aide dans l'accomplissement des tâches de la vie courante. Dans le cas où elle est maintenue à son domicile, une modification de son environnement et de son habitation est, alors, nécessaire afin de l'adapter à ses incapacités (23).

2.6.2 Les conséquences relationnelles

L'aide peut être apportée par un membre de sa famille, un proche ou un professionnel.

Dans le cas où il s'agit **d'une personne de la famille**, l'acceptation de l'aidant par l'aidé est, certes simplifiée, mais ceci peut impacter sur la **relation** qu'ils entretiennent.

Si l'aidant est un **professionnel**, elle peut le percevoir comme un « intrus » rentrant dans sa vie privée puisqu'il s'agit d'un inconnu. L'acceptation de ce soutien peut être difficile. Cependant, son aide dans la réalisation de tâches intimes peut être plus facilement consentie que lorsqu'elles sont effectuées par un proche.

2.6.3 Les conséquences familiales

La perte d'autonomie affecte la personne âgée, elle-même, mais également son entourage. Au sein d'une même famille, certains membres se sentiront pleinement concernés par la situation, à l'inverse d'autres qui ne s'en préoccuperont pas. Ceci peut être source, dans les deux cas, de conflits et peuvent affecter psychologiquement l'aidé et l'aidant. (voir partie sur les risques pour l'aidant). (23).

2.6.4 Les conséquences psychologiques

De multiples interrogations surviennent chez la personne face à sa perte d'autonomie (Est-ce que je vais pouvoir m'assumer seul ? Comment vais-je être traité si je dois aller en maison de retraite ? Comment va se finir ma vie ?) avec un **impact psychologique majeur**. Pour préserver les repères et éviter un chamboulement brutal, l'environnement social avec le soutien de l'entourage est important. Tout ceci est **source d'angoisse à la fois pour la personne dépendante mais aussi pour les proches**. Du côté du sujet âgé, la peur de l'abandon conduira à des demandes répétitives qui risquent de submerger son entourage. Par angoisse de ne pas pouvoir répondre aux demandes, l'entourage peut fuir.

Face à la dépendance, la personne passera par trois étapes :

- **Le refus** : c'est la première réaction.
- **La colère, la tristesse jusqu'à la dépression** : il ressent comme un abandon de son corps et il est difficile pour lui d'accepter l'intervention d'une tierce personne.
- **L'acceptation** : il ne peut plus gérer seul les tâches de la vie quotidienne, il reconnaît ses limites. (7)

La perte d'autonomie vient perturber le quotidien de la personne âgée et son environnement avec l'arrivée d'une tierce personne pour la soutenir dans les tâches de la vie

quotidienne, par la modification de son habitat voire par le départ de son lieu de vie pour être placée en établissement. Une acceptation de cette nouvelle situation et des personnes intervenantes est nécessaire et peut être difficile. Ceci dépend de la rapidité de la mise en place des changements. Lorsqu'ils sont faits progressivement, en présence de personnes connues, la situation est plus simple à être acceptée. (23)

Constater la déclinaison de son état de santé fragilise encore plus le patient. Il se remémore son passé, son dynamisme et sa bonne santé même si la perte d'autonomie est mineure et d'évolution lente. (7). Cependant, plus la dépendance est importante, avec un besoin d'aide dans la réalisation de gestes intimes, plus il est difficile, pour la personne, d'accepter cette déclinaison. Le dépendant recherche donc **soutien** et **réconfort** auprès de son entourage (23)

Chez **les proches**, une période de déni et de culpabilité est présente avant l'acceptation. Un sentiment d'incapacité à gérer la situation et à accompagner leur parent sera ressenti, dans un premier temps, pour les enfants où les rôles se sont inversés. (7)

2.6.5 Les conséquences financières

Qu'il s'agisse d'une prise en charge à domicile ou d'un placement en institution, ces deux modes d'hébergements engendrent des coûts pour la personne et/ou pour son entourage, si elle n'a pas les moyens suffisants. (23)

Le coût du MAD dépend des besoins (le type d'incapacité, le niveau de dépendance de la personne) et de sa situation (bénéficie-t-elle de l'aide d'un proche ou l'aide provient-elle exclusivement de professionnel ?). Dans la majorité des cas, les frais de santé sont pris en charge. Ce qui peut-être à la charge de la personne aidée ou de son entourage, c'est l'aide pour les tâches de la vie quotidienne (dans le cas du domicile) et les frais liés à l'hébergement dans le cas d'un placement en établissement.

Si nous prenons l'exemple de l'APA, que nous étudierons ultérieurement, elle finance seulement 1h45 d'intervention. Ainsi, les heures supplémentaires sont à régler par le patient :

c'est ce que nous retrouvons plus communément sous le nom de « **reste à charge** », plus élevé en établissement qu'à domicile. Cependant, ce reste à charge a fortement diminué suite à la loi ASV. Il sera, d'après le DRESS, d'environ 60euros/mois (ce qui correspond à 10% du plan d'aide) selon le revenu. Si le revenu est inférieur à 810,96 euros, le reste à charge est nul alors qu'il est de plus de 320 euros par mois pour les personnes ayant un revenu supérieur à 3 600 euros/mois.

De plus, certains services proposés (tel que les gardes de nuit ou de jour, les accueils de jour) sont hors de coût et donc inaccessibles pour les séniors aux revenus insuffisants. Il en est de même pour la prise en charge de l'aide sociale qui s'avère inégale entre le domicile et les établissements. Pour que les personnes âgées puissent réellement avoir le choix entre le domicile et l'hébergement, il faut une équité entre les dépenses du domicile et celles en établissements et que les conditions d'attribution soient identiques. Ainsi, la difficulté d'accès aux aides financières peut représenter un frein au MAD qu'il faudra alors révolutionner (21).

2.6.6 Les autres conséquences

Pour la personne âgée, la perte d'autonomie expose à de multiples risques :

- Accidents domestiques (coupures, brûlures, ...)
- Incendies (gazinière non éteinte, mise à proximité d'objets inflammables vers du feu, ...)
- Chutes (dûes à l'état de santé, à un environnement inadapté, ...)
- Non-respect du protocole de santé (traitements mal pris, saut de repas, ne consulte pas son médecin, ...)
- Déshydratation (apport insuffisant) et/ou de dénutrition (ne mange pas assez, difficultés à s'alimenter car n'arrive pas à tenir sa fourchette ou à avaler, ...)
- Intoxications (surdosage, ...)
- Infections (mauvaise hygiène, ...)
- Escarres et autres plaies : risque de sédentarité, la personne n'est pas mobile
- Hypothermie (personne démente qui se perd, en hiver, dehors)
- Arrêt des activités physiques (risque de fonte musculaire)
- ... (14)

2.7 Stratégies de réduction des risques et l'impact de la perte d'autonomie

2.7.1 Les objectifs

Les stratégies existantes pour diminuer les risques induits par la perte d'autonomie ont quatre objectifs :

- 1) Répondre aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie.
- 2) Réduire les conséquences physiques et morales chez le sujet dépendant et chez son aidant.
- 3) Conserver les capacités de la personne, lui laisser faire ce qu'elle peut encore effectuer seule.
- 4) Prévenir le risque d'épuisement de l'aidant et l'arrêt du processus d'accompagnement.

2.7.2 Les stratégies mise en œuvre

Les différentes stratégies envisagées viennent compenser les conséquences de la perte d'autonomie et réduire l'effet néfaste qu'elle peut engendrer sur la vie quotidienne. Elles sont réparties en 4 grandes thématiques :

- **L'adaptation du logement** (modification du logement, équipements, etc)
- **Les aides techniques**
- **Les solutions alternatives** pour les activités que la personne ne peut réaliser seule
- **Le recours à des ressources** accessibles dans l'environnement (l'appel à un voisin)

Ainsi, plusieurs technologies sont utilisées, c'est la **gérontotechnologie** qui permet de pallier les déficiences et d'augmenter les performances de la personne âgée (téléalarme, système de géolocalisation, piluliers, coussin anti-escarre, matériel d'aide aux déplacements, logiciel informatique, etc) (24).

2.7.3 Réduire l'impact de la perte d'autonomie

Pour garantir un accompagnement de qualité, il faut :

- **Accorder et respecter un temps d'adaptation suffisant**: ce temps permet à la personne en perte d'autonomie de faire « le deuil » de sa vie d'avant et d'accepter sa nouvelle vie avec ses difficultés (il faut parfois des semaines voire des mois et, parfois, la personne ne s'adapte jamais).
- **Préserver les capacités** de la personne en lui laissant faire ce qu'elle est toujours capable de faire : effectuer une tâche à la place de la personne aidée alors qu'elle est toujours en capacité de la réaliser entraîne un risque de perte de capacité physique et une perte de motivation conduisant, dans les deux cas, à une aggravation de la perte d'autonomie. Du côté de l'aidant, il s'épuise inutilement. Il faut évaluer les habilités physiques et mentales conservées par la personne pour adapter les interventions. La stimulation d'une personne en perte d'autonomie, selon ses capacités, est fondamentale.
- **Réduire les risques pour l'aidant** : voir partie 2.5.5. *Stratégies pour réduire les risques (partie 2)*.
- **Mobiliser les ressources de proximité disponibles** : l'aidant ne peut agir seul dans l'accompagnement d'une personne dépendante. Elle doit recourir à tous les moyens mis à sa disposition :
 - **Les ressources personnelles** : famille, amis, voisins
 - **Les « ressources communautaires »** : que ce soit **les organismes communautaires** (centres de loisirs, centres d'actions gérés par des bénévoles), **les services gouvernementaux** (services à domicile, centres pour la réadaptation, cliniques, accueils de jour) ou **les entreprises privées** (les résidences privées, les entreprises de location de matériel).
 - **Les ressources matérielles et financières** : elles comprennent les revenus, les biens, le patrimoine, les subventions versées par le gouvernement ou par des organismes privés, les mesures fiscales (voir partie 2, 5. Les aides financières) ou les assurances privées.

3 Prévention de la perte d'autonomie

3.1 Définition de la prévention

Le dictionnaire Larousse définit la prévention comme : « un ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme ». Ainsi, pour que les actions de prévention de lutte contre la dépendance soient efficaces, celles-ci doivent être débutées précocement, avant même l'apparition des premiers signes de dépendance. Il est fondamental d'intervenir au cours de trois tranches d'âge :

- Première intervention vers 40-45 ans.
- Deuxième intervention vers 62-67 ans, au moment de la retraite.
- Troisième intervention vers 75 -80 ans, âge où les incapacités commencent.

Deux méthodes de prévention sont mises en place pour sensibiliser les personnes âgées, via des programmes aux objectifs divers :

- La **prévention individuelle** sensibilise sur les pathologies, les risques iatrogènes, les troubles psychosociaux et sur la vulnérabilité de façon **personnelle**.
- La **prévention collective** correspond à des actions destinées à un **groupe** de personnes (ex : sensibilisation de l'intérêt de l'activité physique sur le maintien de la bonne santé et l'allongement de l'espérance de vie sans maladie). (25)

Nous distinguons trois niveaux de prévention :

- La « **prévention universelle** » : elle cible **toute la population** et correspond à une éducation sur la santé (l'alimentation, l'exercice physique, les risques cardiovasculaires, etc).
- La « **prévention sélective** » : destinée à une population spécifique, elle a pour mission de réduire les inégalités sociales et territoriales (considérées comme une des limites du MAD) notamment dans le secteur de la santé.
- La « **prévention ciblée** » : elle est fonction des facteurs de risque retrouvés au sein de la population spécifique ciblée (26).

3.2 Les objectifs de la prévention

Cinq fonctions essentielles à l'Homme doivent être maintenues au cours du vieillissement : la locomotion, la mémoire, l'audition et la vision, les fonctions vitales (à savoir les réserves et la nutrition), et le psycho-social. En plus de ces 5 fonctions, l'environnement joue un rôle majeur. (3)

Le but de la prévention est de permettre un vieillissement sain, en bonne santé, en préservant le bien-être physique et mental ainsi que l'autonomie pour que la fin de vie soit de meilleure qualité. Ces deux approches (bien vivre son avancée en âge et l'autonomie) sont les préoccupations majeures du rapport sur la prévention de la perte d'autonomie et du bien vivre son avancée en âge. Cela commence, donc, par adopter une hygiène de vie saine : un régime alimentaire équilibré, pratiquer une activité physique régulière et stimuler la mémoire. Puis, des actions de prévention, impliquant tous les professionnels et ciblant différents secteurs doivent être menées : sanitaire, médical, social, environnemental. Par une approche globale, ces actions permettent d'anticiper les effets du vieillissement et d'accompagner dans l'avancée en âge. Le sujet âgé doit donc intégrer dans sa vie courante ces nouveaux comportements de prévention. Il en est de même pour l'ensemble des citoyens où, face à l'allongement de l'espérance de vie et à l'augmentation du nombre de personnes âgées, le senior doit avoir sa place au sein d'une société où tous les citoyens sont mobilisés pour prévenir la perte d'autonomie et les territoires doivent être adaptés au vieillissement. Ceci permet donc de mettre en place une relation intergénérationnelle limitant ainsi l'isolement. Les intervenants auprès du sujet âgé (professionnel ou aidant) doivent donc intégrer les règles favorisant maintien de l'autonomie. Cependant, la personne doit être motivée. Les actions menées doivent, donc, être basées sur ce qu'elle aime faire et non sur ce qui doit être fait. Ainsi, pour favoriser l'adhésion, des actions de « prévention plaisir » ou « prévention sans effort » peuvent être mises en place. (25), (26)

Les objectifs des différents programmes de santé publique relatifs à la prévention sont les suivants :

- Favoriser les capacités intrinsèques au cours de la première partie de vie du sujet.
- Dans la seconde partie de sa vie, ils visent à améliorer, préserver ou ralentir la perte de ces capacités.

Ils ciblent les indicateurs de santé suivants :

- Chez les femmes, poursuivre l'augmentation de leur espérance de vie en bonne santé.
- Atteindre, chez les hommes, d'ici 2030, une espérance de vie en bonne santé à 63,5 ans.
- Suivre l'état de santé des aînés de plus de 65ans tout en essayant de l'améliorer.
- Evaluer l'autonomie des personnes en fonction de l'état des cinq fonctions essentielles.
- Faire baisser de 25% le nombre de personnes de plus de 85 ans classées GIR 1 ou 2 d'ici 2030. (26)

Les **schémas régionaux d'organisation sanitaire** (SROS) essaient de regrouper diverses offres telles que des offres de prévention, des offres de soins, des offres médico-sociales (EHPAD, foyer logement, maison de retraite) ou encore des offres sociales (aides à domicile ou services permettant le maintien chez soi).

A l'échelle **locale**, un soutien aux offres envisagées peut être donné par les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), par les réseaux de santé ou par les schémas départementaux pour les personnes âgées (SDPA). Concernant les réseaux de santé en gérontologie, ils sont, en partie, chargés de mettre en place des actions d'éducation de la santé, des actions de prévention et garantir un partage de l'information. Il faut repérer les sujets âgés **fragiles**, évaluer cette fragilité et mettre en place les actions adaptées pour lutter contre les facteurs de fragilité : l'objectif étant de retarder la perte d'autonomie évitable (25).

Suite à la loi ASV, en date du 28 décembre 2015, une nouvelle mission est confiée aux résidences autonomie en vue de préserver l'autonomie de leurs résidents. Au sein **des structures d'accueil** des personnes âgées dépendantes type résidence-autonomie (auparavant appelé foyer logement) ou dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), des actions de prévention de la perte d'autonomie sont proposées. Ainsi, un « **forfait autonomie** » est versé aux établissements afin de financer les intervenants (animateurs, ergothérapeutes, diététiciens, etc). Ces actions peuvent être des activités de stimulation pour le maintien des fonctions cognitives, des fonctions motrices, des activités de repérage de l'isolement social, des conseils d'hygiène, de nutrition, de préservation de la santé. (22)

Pour obtenir des informations sur les méthodes de prévention de la perte d'autonomie, il faut consulter le site de référence sur la prévention de la perte d'autonomie www.pourbienvieillir.fr accessible au grand public comme aux professionnels.

En 2019, selon les chiffres de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), **2 592 757** personnes bénéficient des actions de prévention. Les dépenses liées à la mise en place de la prévention s'élèvent à **203,2 millions d'euros**. (10)

Actuellement, la place de la prévention dans la politique du grand âge n'est que marginale et peu lisible. En effet, l'anticipation du vieillissement et de ses conséquences est difficile, ce qui rend la mise en place d'une politique de prévention compliquée (c'est lorsque les faits sont là, que la prise de conscience de ce qui aurait dû être mis en place se fait). Les professionnels ont une connaissance limitée des mesures existantes, restreignant alors le partage de conseil et sa mise en application.

Pourtant, agir avant l'apparition de signes de fragilité éviterai le déclin de l'état de la personne âgée et la remise en question de son MAD. Ceci permettrait également de réduire les dépenses financières induites par la dépendance. Depuis 2016 et la mise en place de conférences des financeurs, les actions menées se sont tout de même intensifiées. Cependant, leur efficacité est insuffisamment prouvée du fait de la complexité de l'évaluation. Elle prend en compte l'effet sur la santé, sur l'environnement et l'aspect social mais très peu de documents officiels sont diffusés. Ce sera donc l'une des principales missions de la concertation du grand âge et d'autonomie avec la création d'un **parcours santé-prévention**, que nous étudierons dans la dernière partie de cette présentation.

Partie 2 : Maintien à domicile (MAD) de la personne âgée en perte d'autonomie

1 Généralités

1.1 Définition

1.1.1 Domicile

Dans le dictionnaire Larousse, le « **domicile** » du latin *domicilium* qui signifie **habitation** est défini comme « un lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle; résidence » et est synonyme « habitation », « logis », « résidence », « séjour ».

Dans le dictionnaire juridique (27), la définition du « domicile » est la suivante : « le lieu dans lequel une personne possède son principal établissement », « le lieu du domicile ou de la résidence détermine notamment, l'adresse où les personnes peuvent s'inscrire sur les listes électorales, l'un des lieux où elles peuvent se marier, le lieu où elles doivent recevoir les actes de procédure qui leur sont signifiés ». Ainsi, le terme domicile a plusieurs fonctions. Détenir un domicile permet d'être intégré et de participer à la vie en société. Ce dictionnaire distingue domicile et résidence, dont la signification est la suivante : « la résidence est conçue comme une situation de fait : c'est le lieu où une personne habite lorsqu'elle se trouve hors de son domicile, par exemple lorsqu'elle est en villégiature, ou quand, pour les besoins de sa profession, elle loge provisoirement sur un chantier ou à l'hôtel ».

L'étiologie du mot « domicile » (21) nous permet, alors, de mieux comprendre pourquoi il est important de vieillir chez soi :

- En grec, **domos** fait référence au **logement**, au **bâtiment**, la **maison**.
- En latin, **domus** signifie « **chez soi** », le lieu familial et **dominus** correspond au **maître de la maison**, celui qui dirige **chez soi**. L'internaute décrit le « chez soi » comme : « le domicile d'une personne » et attribue en synonyme « intérieur, habitation, maison, domicile ». Ainsi, être chez soi permet de **se construire soi-même**, de **se construire une intimité** en s'appropriant le lieu tel que la personne le désire et permet de **se reconnaître**. L'environnement fait partie intégrante du chez soi, avec l'entourage et les voisins. Ainsi, le domicile est un **lieu d'identification personnelle** qui permet à l'occupant de se sentir exister physiquement et psychiquement. Ainsi, lors du

placement en institution, on perd, aux yeux de la société, cette identification individuelle. La personne âgée est donc considérée comme un résident.

- La Concertation grand âge et de l'autonomie de Dominique Libault (28) accorde une attention particulière à ces trois éléments (**habitation, intimité et entourage**) puisqu'il considère qu'il s'agit **d'éléments indissociables et majeurs dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne âgée**.

Ainsi, le domicile fait référence à deux types de lieu :

- Un **lieu collectif**, de réunion, lieu de famille et de convivialité où réside de nombreux souvenirs.
- Un **lieu individuel**, propre à chacun, intime, qui permet à la personne de s'identifier. Cette intimité sera alors remise en question, avec un sentiment **d'intrusion** dans sa vie privée, lorsque les professionnels ou les autres intervenants du domicile se rendront chez le patient. (21)

Le domicile est, alors, « **le lieu privilégié de la vie privée et de l'intimité** ». Ainsi, toute personne intervenant dans le cadre du MAD a **l'obligation de respecter le cadre et les habitudes de vie** ainsi que **l'aménagement du domicile**. Dans le cas où l'aménagement nécessite des modifications, l'accord de l'habitant est donc **obligatoire**. (29)

1.1.2 Définition de « maintien »

Deux définitions de « maintien » sont données dans le dictionnaire Le Robert :

- 1) « **Action de maintenir, de faire durer** », synonymes « **d'attitude** », « **de posture** »
- 2) « **Manière de se tenir en société** », synonyme de « **continuité** », « **préservation** », « **conservation** ».

1.1.3 Définition de « maintien à domicile »

Le MAD concerne les personnes en **situation de perte d'autonomie**. Il peut être **temporaire** (des suites d'un accident ou d'une maladie aiguë) ou **permanent** (personne souffrant d'un handicap, atteint de pathologie chronique ou personne âgée). Nous allons, ici, nous consacrer au MAD des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le MAD est, avant tout, **l'expression d'une volonté** de rester chez soi jusqu'au décès ou jusqu'à ce que vivre chez soi devienne trop dangereux, impossible et source d'inquiétude pour l'entourage. Il s'agit, là, d'un frein au maintien. Même si toute démence ou tout état grabataire n'empêche pas de rester chez soi, il arrive, parfois, que celui-ci devienne trop à risque et la mise en institution est alors étudiée. Pour permettre ce vieillissement à domicile, les personnes âgées en perte d'autonomie ont, donc, besoin de soutien, d'aides. Ainsi, le principe de MAD regroupe **l'ensemble des techniques**, d'origine diverses, utilisées pour maintenir, à domicile, une personne en perte d'autonomie :

- **Origine humaine** : il peut s'agir **d'acteurs professionnels ou non** : des infirmiers, des kinésithérapeutes, des aides à domicile, un proche aidant (familiale ou voisinage) pour un soutien physique et social, des psychologues/psychiatres pour un soutien plus psychique ... Ils offrent des **aides médicales** (soins d'hygiène, soins de confort, traitements de la personne), des **aides de service** (qui interviennent pour réaliser les tâches du quotidien comme le ménage ou les repas) ou encore des **aides administratives** (accompagnement de la personne dans la constitution de dossiers d'aides).
- **Origine matérielle** : correspond aux aides techniques comme les lits médicalisés, les barres d'appuis, les déambulateurs, ... afin d'adapter le lieu de vie aux besoins.
- **Origine financière** : aides de la caisse de retraite, aide au logement, ... Ces aides permettent une prise en charge des aides techniques et médicales.

A côté des nombreuses limites du MAD (risque d'isolement, d'exclusion et de renfermement), ce dernier permet de garder le patient dans un environnement qui lui est familier (familial, social et géographique), afin de **préserver ses repères** et éviter toutes perturbations aggravant la dépendance. (21), (30)

1.2 L'évolution du maintien à domicile

1.2.1 Historique

Le profil des populations souhaitant recourir au MAD a changé durant les années 1975-1980. Auparavant, il s'agissait beaucoup de « vieillards », souvent isolés, sans ressources ou peu et souffrants de pathologies. Mais depuis les années 1980, la majorité des aidés versent

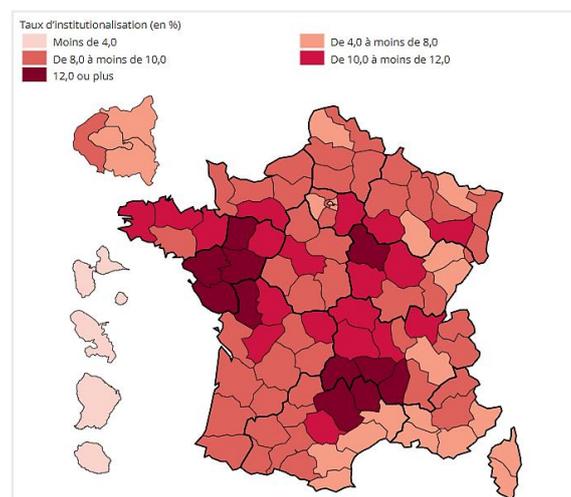
une participation financière (le reste étant financé par les aides). Ainsi, ils présentent une certaine exigence, ils ont une idée précise du vieillissement qu'ils souhaitent et de la façon dont ils veulent rester chez eux, et demandent des services de qualité : ils deviennent, alors, pleinement **acteur** de leur maintien. Nous sortons, donc, du système « d'assistance du vieillard » pour aller vers un accompagnement de la personne à son domicile. (21)

1.2.2 Une demande de plus en plus croissante

Dans l'étude « Vivre chez soi » menée en 2010, il a été rapporté que **90%** des seniors souhaitent rester à leur domicile et que parmi les plus de 75ans, **92%** habitaient toujours à leur domicile. (30)

En 2015, parmi les personnes de 75 ans ou plus, 8,8% sont placées en institution. C'est dans les DOM, à Paris et en Corse que le taux d'institutionnalisation est le plus faible puisque ce sont les départements qui proposent le moins de places dans les établissements. (voir figure). Cependant, les départements où la mise en établissement est la plus importante ne correspondent pas forcément aux départements où la perte d'autonomie est la plus forte.

Figure 4 : Cartographie représentant, selon les départements, le taux d'institutionnalisation en 2015 (15)



Le pourcentage de personnes en établissements pourrait augmenter de plus de 50% entre 2015 et 2045 ce qui nécessiterait une ouverture massive de places en institut. **C'est pourquoi, l'objectif est de favoriser le MAD** pour les personnes qui en ont les capacités.

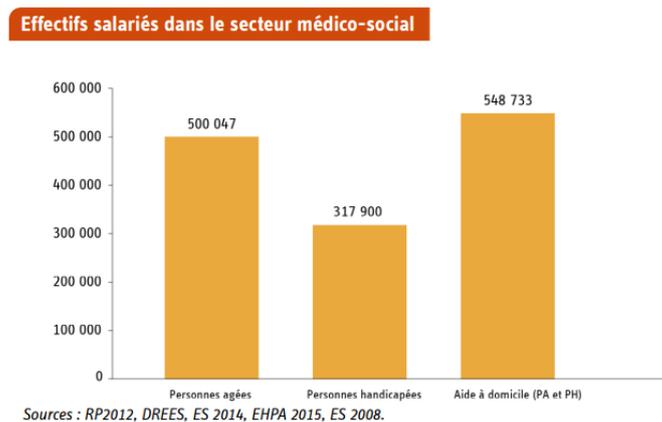
Voici quelques chiffres relatifs aux taux d'institutionnalisation :

- 600 000 personnes en institut en 2015
- Augmentation de 0,8%/an de 2015 à 2021
- De 2023 à 2040 : augmentation de 1,5 à 2% (700 000 personnes en établissements attendues d'ici 2030, soit une augmentation de 20%)
- 2045 : 900 000 personnes institutionnalisées soit plus de 50% d'augmentation entre 2015 et 2045. (15)

2 Les acteurs clés

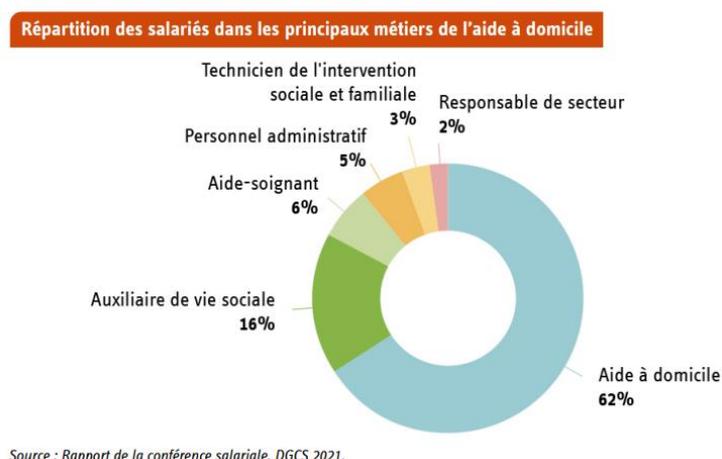
Le nombre de professionnels intervenant dans le domaine de l'aide à l'autonomie est de **1 366 680** pour 2,5 millions de personnes de plus de 65 ans en perte d'autonomie. Ainsi, il est largement insuffisant face à une demande qui ne cessera d'augmenter (cette contrainte sera reprise plus en détail dans la partie consacrée aux limites du MAD).

Figure 5 : Graphique représentant une comparaison entre le nombre de personnes en perte d'autonomie et le nombre d'intervenants à domicile :



En 2010, 550 000 salariés interviennent dans les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) et dans le secteur de l'aide à domicile. Les personnes âgées représentent 85% des bénéficiaires de ces aides.(10)

Figure 6 : Graphique représentant les différents secteurs intervenant au domicile exprimé en pourcentage :



Des **qualités humaines** (empathie, patience, discrétion, contact, etc) et des **compétences professionnelles** (savoir-faire technique, connaissances dans le domaine du vieillissement, de la dépendance et de sa prévention) sont requises pour intervenir auprès de la personne (31). Cependant, les qualités humaines ne sont pas intégrées dans les évaluations lors des formations et les compétences acquises dans le domaine de la gériatrie notamment sont restreintes et cloisonnées.

2.1 La personne âgée

Dans la majorité des cas, la personne âgée, veut rester chez elle jusqu'à la fin de ses jours et ce indépendamment de son niveau d'incapacité. Elle est **l'actrice principale** de son MAD et ses volontés doivent être entendues et respectées dans la limite où celles-ci ne la mettent pas en danger ou ne mettent pas en danger autrui.

C'est ce qu'elle demande qui doit être pris en compte, et non ce que l'entourage et/ou les professionnels veulent sauf lorsque la situation devient critique et que les désirs sont en inadéquation avec l'état physique et/ou mental. (21)

2.2 Les professionnels de santé (acteurs sanitaires)

2.2.1 Les libéraux

2.2.1.1 *Médecins généralistes*

Le rôle du médecin n'est, aujourd'hui, plus restreint qu'à l'identification des maladies et aux dysfonctionnements des organes. Cette médecine hypocratienne doit être associée à l'évaluation des capacités du patient, à la réalisation d'un bilan approfondi et à la détermination des aides techniques qui lui sont nécessaire. Il orientera le patient, en cas de besoin, vers des spécialistes.

Le médecin traitant est le **premier interlocuteur** de la personne âgée dépendante et il contribue fortement à son maintien chez elle. Il suit la personne âgée depuis plusieurs années, il la connaît, il connaît ses pathologies, ses habitudes de vie et, parfois, il connaît la famille. Le sujet âgé, ainsi que sa famille lui confient leurs craintes, leurs problèmes : une **relation de confiance** doit se mettre en place. Les patients écoutent les recommandations soumises (par exemple, lorsqu'il pense qu'une entrée en institution est souhaitable). Ainsi, un dialogue doit être instauré entre le médecin généraliste, l'entourage du patient et les différentes aides à domicile : **il contribue alors à la coordination et au partage d'informations**. Le médecin traitant joue un rôle central notamment lors des situations complexes. Cependant, ce sont des professionnels pas toujours très disponibles, où une prise de rendez-vous est nécessaire. (24), (7)

2.2.1.2 *Le pharmacien*

Le réseau officinal offre proximité, expertise, conseils, qualité et suivi : atouts indispensables pour le MAD (32).

Le pharmacien d'officine est le **spécialiste du médicament** : il les **commande**, il les **délivre** de façon sécurisée en consultant le dossier pharmaceutique (DP) et/ou l'historique patient. Il donne **des conseils** associés, adaptés et personnalisés que ce soit pour un médicament sur ordonnance ou en automédication, oriente le patient vers différents services et il repère les éventuels besoins de ses patients. De nouvelles missions lui ont été confiées afin d'accompagner les patients dans leurs traitements et de prévenir tout effet indésirable et/ou interaction médicamenteuse qui pourraient entraîner une hospitalisation évitable en particulier chez le sujet âgé. Ces missions permettent également d'assurer un exercice

coordonné avec le médecin traitant, au bénéfice des patients. Nous retrouvons alors les bilans partagés de médication (BPM) et les entretiens pharmaceutiques (anticoagulant oraux, anti vitamine K, asthmes et anticancéreux) mais aussi la préparation des piluliers pour les patients qui ont des difficultés à prendre correctement leur traitement.

La pharmacie peut proposer, également, un service de livraison à domicile pour les personnes sans voiture, isolées, en situation de handicap, etc. Il met tout en œuvre pour assurer une accessibilité au soin. Ceci permet de lutter contre l'isolement des personnes âgées et de rentrer dans leur «intimité » : ce qui peut être l'occasion de visualiser leurs besoins ou de donner des conseils pour améliorer leur environnement.

De plus, face à l'explosion du nombre de personnes dépendantes et au vu du nombre de personnes souhaitant rester vieillir chez elles (9 personnes sur 10), le MAD est amené à se dynamiser et à se développer de façon importante. Le pharmacien joue, à nouveau un rôle majeur, puisqu'il va fournir le matériel nécessaire que ce soit des aides techniques ou du matériel orthopédique tel que les chaussures orthopédiques recommandées dans la prévention des chutes. Le développement de ce service dans les officines présente plusieurs avantages : il permet une **fidélisation** des patients en répondant rapidement à leurs interrogations et/ou en leur proposant des équipements adaptés et c'est aussi un gain financier pour les officines.

En effet, **6 patients sur 10** font appel à leur pharmacien pour obtenir les dispositifs dont ils ont besoin. A travers cela, nous pouvons en déduire que les patients et leur famille accordent une **confiance majeure** à leur pharmacien d'officine (94% des français ont une entière confiance en leur pharmacie), qu'il connaisse, là aussi, depuis longtemps, à qui il se confie beaucoup plus facilement que le médecin généraliste puisqu'il s'agit du seul professionnel de santé **accessible sans rendez-vous**, avec qui ils peuvent discuter de la vie en général et de leur vie personnelle. La **proximité, la facilité d'accès, la disponibilité et l'écoute du pharmacien** sont alors essentielles. Certains pharmaciens accordent de leur temps, pour se rendre au domicile du patient afin d'établir une liste des éléments nécessaires pour sécuriser la personne, assurer son confort, la maintenir à son domicile tout en facilitant le travail de l'aidant. Ceci permet de rassurer la personne dépendante et son entourage qui se sentent accompagnés, écoutés et soutenus.

Le pharmacien d'officine doit s'y investir de façon qualitative. Pour les aider, des prestataires les forment et valident leurs compétences. Ils leur mettent, également, à disposition des outils de communication, transforment un espace dans l'officine pour le consacrer au MAD.

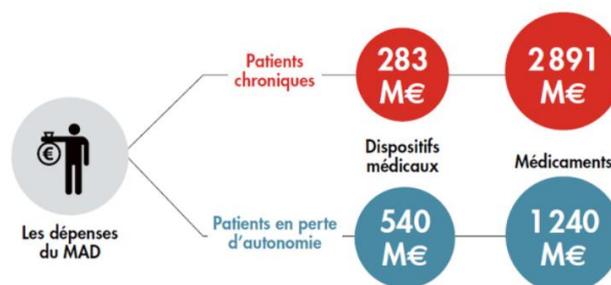
De plus, il existe une formation « **Maintien et Soins à domicile** », au sein des facultés de pharmacie permettant l'obtention d'un diplôme universitaire (33). Elle permet l'acquisition de compétences pratiques et techniques nécessaires pour soutenir un patient à son domicile, d'obtenir des informations et des conseils à transmettre au patient sur ses traitements, et permet de connaître les différents matériels disponibles.

Enfin, le développement du MAD, dans les officines, est une solution alternative pour compenser la perte économique en lien avec l'effondrement de marché du médicament.

Deux profils de patient ont recours aux aides disponibles en pharmacie pour le MAD (34) :

- **Les patients en perte d'autonomie** : par l'utilisation des dispositifs médicaux tels que les lits médicalisés, les matelas anti-escarres, les déambulateurs et autres aides à la mobilité, les aides à la toilette, l'oxygénothérapie, etc..
- **Les patients autonomes mais souffrant d'une maladie chronique** nécessitant l'utilisation de dispositifs médicaux (oxygénothérapie, le matériel de perfusion, etc).

Figure 7 : Schéma de la répartition des dépenses du MAD en fonction des deux profils de patientèle (34):



Le maintien à domicile s'est, donc, développé dans les officines : 22 000 pharmacies sur 23 000 en France, proposent ce service qui représente, aujourd'hui, une part de plus en plus importante de l'activité du pharmacien (il s'élève à 3% actuellement et augmente de 4 à 5% par an). (14), (21), (34), (35).

Il a, notamment, fortement été développé au sein de la pharmacie Boudet, à Saint Eloy les Mines (63700) afin d'adapter le service aux nombreuses demandes. La location ou la vente de matériel nécessaire au MAD devenaient récurrente, les titulaires ont, donc, fait le choix de ne plus faire appel à des prestataires et de se fournir directement auprès des fabricants ce qui leur a permis d'obtenir un éventail de choix plus large et à des prix attractifs. Ceci dans une logique d'offrir des services de qualité et à des coûts adaptés à chaque patient. De plus, très attirés par cet aspect d'accompagnement et de conseil, ils ont envisagé la création d'un outil d'aide à l'adaptation du domicile et aux aides techniques utiles pour le patient. Cependant, ceci a été mis en suspens depuis la pandémie de Covid 19 mais reste dans la tête des pharmaciens.

2.2.1.3 Les infirmiers libéraux

L'infirmier libéral a pour rôle d'assurer des actes médicaux tels que les pansements, les perfusions, les injections ou la préparation de pilulier. Son intervention se fait sur prescription médicale, après évaluation des besoins par le médecin traitant, dans le cadre d'une « **démarche de soins infirmiers** » ou pour des soins temporaires. L'objectif est de maintenir le patient à son domicile ou de faciliter son retour post-hospitalisation. L'infirmier travaillera, alors, en étroite collaboration avec le médecin traitant et le pharmacien. Dans le cas où les soins ne sont plus adaptés, il pourra contacter le médecin pour lui expliquer l'évolution et lui faire des recommandations sur une adaptation possible. Il a donc un rôle majeur dans le suivi de ses patients. Il fait, également, office de relais pour récupérer les traitements des patients ne pouvant se déplacer. Ainsi, le patient donne l'ordonnance à l'infirmier, qui la transmettra au pharmacien. Le pharmacien la délivrera et la livrera à domicile ou la redonnera à l'infirmier.

De part la relation de proximité qu'ils entretiennent avec les patients (notamment dans les zones rurales), il s'agit d'un acteur clé au MAD.

L'assurance maladie prend en charge ces soins à hauteur de 100% ou de 60%. Pour le dernier cas, la complémentaire peut intervenir. (22), (21), (36)

2.2.1.4 L'aide-soignant

Sous responsabilité de l'infirmier, il fait partie intégrante des services de soins infirmiers à domicile. Il assure les soins d'hygiène et de confort de la personne âgée (aide au repas, toilette, lever, coucher, change des protections d'incontinence). De plus, certaines tâches effectuées par l'infirmier peuvent lui être déléguées comme la prise des traitements. Il doit, également, surveiller le patient et il joue un rôle majeur dans le maintien de sa vie sociale (36). Cependant, il y a très peu d'aide-soignant en libéral donc la majorité de ce travail est effectué par les infirmiers libéraux.

2.2.1.5 Le kinésithérapeute

Le kinésithérapeute est un professionnel de santé impliqué dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes : il contribue donc à leur MAD en facilitant la réalisation des tâches de la vie courante ou en intervenant dans la prévention de la perte d'autonomie ou dans le traitement des pathologies réduisant la mobilité. Il utilise les mouvements pour conserver, renforcer et restaurer les capacités fonctionnelles.

La kinésithérapie a pour fonction de **rétablir** une blessure ou une maladie, **restaurer** la mobilité et **soulager** des douleurs chroniques pour améliorer la qualité de vie. Il fournit également des conseils pour s'adapter au handicap.

Le masseur-kinésithérapeute intervient auprès de trois types de personnes âgées :

- Ceux présentant des troubles dus à une perte de mobilité : il vient alors stimuler les muscles et les articulations
- Ceux souffrant de pathologies cardiovasculaires (notamment en cas d'AVC avec paralysie de membre)
- Ceux atteints de pathologies musculo-squelettiques (ostéoporose) : ce sont des troubles qui peuvent fragiliser le sujet âgé et favoriser les chutes. L'objectif des exercices sera d'améliorer l'équilibre.

Les séances se déroulent, sur prescription médicale mentionnant l'indication, au cabinet du professionnel sauf dans le cas où le patient ne peut se déplacer, le kinésithérapeute se rend au domicile du patient.

Pour exercer un travail de qualité, un **bilan kinésithérapique** est fait en prenant en compte l'environnement du patient, ce qui permet au kiné de :

- **Fixer les objectifs de la prise en charge** : maintenir les fonctions ? restaurer les fonctions ? soulager ?
- **Etablir un plan de prise en charge personnalisé** : techniques à utiliser (massage, mobilisation des muscles et articulations, le froid, le chaud, les ultrasons, etc), lieu de la prise en charge, nombre d'heures nécessaires.

Le remboursement, par l'assurance maladie, est de 60 ou 100%. Dans le cas où le kinésithérapeute se déplace, des frais de déplacement seront facturés. (37), (22)

2.2.1.6 L'ergothérapeute

Le rôle de l'ergothérapeute est d'apporter des solutions techniques pour venir répondre à la perte d'autonomie. Ceci peut concerner plusieurs domaines : l'aménagement de l'habitation, l'hygiène, l'aide à la communication, les repas, etc.

Il a également, un double statut de **formateur** :

- Pour les **patients** : il apprend les bons gestes à effectuer pour compenser ou réduire la perte, les nouveaux gestes à faire afin d'effectuer des tâches quotidiennes et il essaye de restaurer ou de préserver l'autonomie en récupérant les fonctions en déclinaison. Il s'occupe, donc, des difficultés rencontrées suite à une **dépendance fonctionnelle**.
- Pour **l'aidant** : il le forme aux bons gestes pour faciliter son rôle.

Enfin, il joue un rôle dans la prévention de l'isolement social.

Dans la majorité des cas, l'ergothérapeute est sollicité par le médecin traitant ou par un spécialiste. Une évaluation de la personne, à son domicile, est faite dans un premier temps. L'ergothérapeute évalue les capacités, les difficultés/fragilités, les incapacités ainsi que l'environnement. Il prend en compte, également, les habitudes de vie, les capacités physiques,

psychiques, cognitives et sensorielles. Par la suite, il déterminera les besoins du patient et les adaptations à faire dans le domicile pour le sécuriser. Un bilan est ensuite envoyé au prescripteur dans un objectif de coordination des interventions. En effet, pour une prise en charge de qualité et pour répondre au mieux aux besoins, il est en étroite collaboration avec les autres professionnels du domicile.

L'ergothérapeute peut, aussi, être contacté par la caisse de retraite dans les situations suivantes :

- Retraité autonome mais souffrant d'une maladie évolutive.
- Retraité vivant dans un logement difficile d'accès nécessitant donc une transformation importante.
- Mise en place, chez le patient retraité, de matériel spécifique.

Concernant le coût, l'assurance maladie ne prend pas en charge l'intervention des ergothérapeutes. (21), (38), (22)

2.2.1.7 Les autres professionnels

- Les **médecins spécialistes**
- Les **diététicien-nutritionnistes** : pour les problèmes liés à l'alimentation
- Des **dentistes** et les **denturologistes** : pour les problèmes dentaires et pour les difficultés dues aux prothèses dentaires
- Les **physiothérapeutes** : pour la mobilité du corps
- Les **orthésistes-prothésistes**
- Les **audioprothésistes** (prothèses auditives)
- Les **optométristes** : pour les troubles de la vision
- Les **psychologues** : pour la prise en charge des conséquences psychologiques de la dépendance
- Etc... (14)

2.2.2 Les structures

Certains professionnels interviennent au sein d'une structure.

2.2.2.1 Services d'aides aux soins à domicile (7).

2.2.2.1.1 Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Le SSIAD est un service social et médico-social regroupant des aides-soignants et des infirmiers. Ils prodiguent, aux patients, des soins infirmiers, des soins de nursing, des soins de confort, de façon continue (semaine, week-end et jours fériés).

Ces services de soins infirmiers à domicile sont soit des établissements soit des services, destinés aux personnes âgées ou en situation de handicap. Ils accueillent ou se rendent au domicile de ces patients.

Le SSIAD a pour missions :

- De maintenir la personne à son domicile.
- De préserver l'autonomie voire de prévenir l'aggravation de la dépendance via des soins de réhabilitation et d'accompagnement.
- De retarder le placement en institution du bénéficiaire.
- De prévenir les hospitalisations évitables ou de réduire la durée celles-ci.
- De faciliter les retours à domicile.
- De venir en soutien des proches et de l'aidant.
- D'accompagner le patient jusqu'à son décès.

Les SSIAD sont composés d'un infirmier coordonnateur, d'infirmiers, d'aide-soignants.

Les infirmiers libéraux peuvent intervenir via les SSIAD à condition qu'une convention avec l'organisme responsable du service ait été signée.

Chacune des tâches est assurée par un professionnel spécifique :

- Les **infirmiers** effectuent les soins médicaux, organisent l'intervention des différents acteurs médicaux auprès du patient et ils sont responsables des tâches faites par les aide-soignants.
- Les **aide-soignants** aident le patient dans les tâches de la vie courante.

Leurs interventions sont organisées par les centres communaux d'action sociale, par les associations de soins à domicile, par les maisons de retraite ou encore par les centres de soins infirmiers.

Plusieurs critères sont requis pour bénéficier des services du SSIAD, en plus d'une prescription médicale :

- Avoir au minimum 60 ans et souffrir d'une pathologie ou de dépendance.
- Ou être handicapé et avoir moins de 60 ans.
- Ou souffrir d'une pathologie chronique ou être sous traitement coûteux au long cours et avoir moins de 60 ans.

Une fois la prescription médicale obtenue, la personne âgée ou son entourage prend contact avec le SSIAD de son secteur. L'annuaire des SSIAD est consultable sur le site pour-les-personnes-agees.gouv.fr). 24 SSIAD sont répartis sur l'ensemble du Puy de Dôme. Aucun n'est présent sur Saint Eloy les Mines, mais nous pouvons en retrouver un sur Saint Gervais d'Auvergne avec une équipe spécialisée Alzheimer ainsi que deux dans le département de l'Allier : les SSIAD du centre hospitalier de Nérès les Bains et de Montluçon.

Chaque SSIAD intervient selon son secteur, auprès d'un nombre restreint de personnes. Il est alors possible d'être soit noté sur liste d'attente lorsque le nombre est atteint en attendant qu'une place se libère. Lors de la première intervention, l'infirmier coordonnateur évalue les besoins et définira le rythme des interventions.

L'ensemble des soins sont pris en charge par l'assurance maladie. La demande est faite par le SSIAD. (39), (30), (22), (40)

2.2.2.1.2 Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Le SAAD est un organisme départemental, public ou privé. Ce service intervient auprès des personnes dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne telles que le ménage, la toilette, etc. Il joue, également, un rôle dans la préservation de l'autonomie et du MAD de la personne par l'aménagement du domicile ou via la mise en place d'activités physiques. Les

professionnels responsables de ces services sont les auxiliaires de vie aussi appelées les aides à domicile (une partie ultérieure leur est consacrée) (30), (41), (42).

Dans le puy de dôme, 109 SAAD ont été développés dont un sur le secteur de Saint Eloy les Mines.

2.2.2.1.3 Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Les SPASAD ont été créés en 2004 et sont en cours d'expansion suite à la loi ASV du 28 décembre 2015 (loi d'adaptation de la société au vieillissement) prévoyant l'expérimentation des SPASAD (43). Avant l'expérimentation, le Rhône-Alpes-Auvergne avait 40 SPASAD : 33 dans le Rhône-Alpes et 7 en Auvergne dont 4 dans le Puy de Dôme (Issoire, Lezoux et deux sur l'agglomération clermontoise). (44)

Pour l'expérimentation, 68 SPASAD expérimentaux se sont formés. Prévue pour deux ans, cette expérimentation s'est prolongée jusqu'au 31 décembre 2021. L'objectif est de décloisonner les soins et les aides à domicile pour coordonner les offres au bénéfice du patient. (45)

En effet, les SPASAD jouent un double rôle : les fonctions du SSIAD (avec les soins) et celles des SAAD, permettant une prise en charge **coordonnée** du patient.

Le regroupement des SSIAD et des SAAD possède plusieurs avantages pour les bénéficiaires :

- Un seul intervenant qui assure les deux missions : **l'infirmier coordonnateur**.
- Une coordination dans les interventions ce qui sécurise et facilite la prise en charge des patients.
- Simplification des démarches administratives pour le patient et sa famille.

Pour bénéficier de ces prestations, il faut être âgé de 60 ans ou plus. Une prescription médicale est également nécessaire pour accéder à ces services.

Concernant la prise en charge, il faut distinguer les soins infirmiers et les aides à domicile. Les premiers sont entièrement pris en charge par l'assurance maladie alors que les prestations d'aide à domicile sont à la charge du patient. Cependant, selon les critères d'éligibilité, il est

possible de bénéficier d'aide (APA, aides des caisses de retraite, aides de la complémentaire). (30), (22), (46)

D'ici 2023, les SSIAD, SAAD et SPASAD seront transformés en « **Service Autonomie à la Personne** » responsables des soins, de l'aide et de l'accompagnement. Il sera également chargé de prévention via la mise en place d'actions collectives et individuelles accessible aux personnes âgées et à leurs aidants. Ainsi, **un seul interlocuteur** organisera les services à domicile. (46)

2.2.2.2 La coordination entre les professionnels de santé et réseau de santé

2.2.2.2.1 La coordination des acteurs de santé

La coordination entre les différents acteurs sanitaires est nécessaire pour renforcer les projets de soins envisagés pour un patient, pour améliorer sa prise en charge et son accompagnement. Elle doit être mise en place le plus tôt possible (avant même l'apparition de la perte d'autonomie).

La coordination est assurée par le **médecin traitant** en collaboration étroite avec l'infirmier, le pharmacien et les autres professionnels de santé intervenant auprès de la personne mais également avec la personne âgée elle-même, sa famille, et l'aidant : ceci explique alors, la signification de « **travailler ensemble** » donnée au terme « coordination ».

Nous parlons alors d'une « **coordination clinique de proximité** », qui présente deux objectifs principaux :

- Maintenir le plus longtemps possible la personne âgée à son domicile.
- Améliorer le mode de prise en charge pour limiter les hospitalisations évitables.

La mise en place de cette coopération permet un partage d'activité, un transfert des modalités de prise en charge pouvant conduire à une réorganisation de l'intervention. De plus, ils partagent, via des systèmes informatiques sécurisés (exemple : messagerie sécurisée), des informations pertinentes sur leur patient afin d'assurer une continuité du parcours de soin. Chaque professionnel doit intervenir dans la limite de ses connaissances et de ses compétences.

Ils auront pour missions :

- De repérer les signes de fragilités pouvant apparaître chez l'aidé mais aussi chez l'aidant (afin d'adapter l'offre et proposer du répit).
- De gérer les traitements.
- D'assurer le suivi à domicile.
- De prévenir des chutes.
- D'alerter le médecin traitant précocement en cas de besoin. (47), (48), (49), (50)

Les professionnels décideront, ensemble, d'un plan personnalisé de soin pour leur patient, qui doit être un **acteur actif** dans l'élaboration de ce plan (en effet, il doit exprimer ses attentes et ses besoins). Ainsi, nous pouvons citer **deux inconvénients** dans ce processus de coordination : les possibles désaccords entre les intervenants dans les prises de décision et la prise en compte insuffisante des volontés et de l'avis de la personne âgée et de sa famille notamment lorsque des situations complexes se présentent. (21), (47).

Actuellement, le **manque de coordination** est **notable**. Il peut être expliqué selon deux points (28) :

- Les absences répétées, le manque de personnel et les roulements importants entre les professionnels contribuant alors, à une désorganisation des soins et de l'accompagnement (en effet, les intervenants n'ont pas le temps de se connaître, qu'un d'eux change).
- L'absence de mise en place d'un document de suivi et de la nomination d'un référent nécessaires, pourtant, au contrôle du rythme des interventions (afin d'éviter les télescopages dans les soins et permettre d'avoir les bons soins et les bons professionnels au bon moment) et au signalement d'une absence non programmée du patient.

Ainsi, l'un des enjeux majeurs des perspectives d'évolution du MAD sera l'amélioration de la coordination afin d'éviter des placements anticipés en institution puisque la rupture de continuité des soins, le manque de communication et de partage d'information peuvent entraîner des hospitalisations évitables.

2.2.2.2.2 Les réseaux de santé

Des **réseaux de santé** se sont progressivement développés au sein des centres hospitaliers. L'objectif de leur création est de faciliter l'accès aux soins, de renforcer la coordination entre les acteurs, favoriser l'interdisciplinarité, garantir une prise en charge adaptée et continue (ceci comprend, l'éducation sanitaire, la prévention, le diagnostic, et les soins et services). (51)

Ces réseaux ont pour mission de décloisonner les différents services. Ils sont à la recherche de la qualité des soins et ils veulent en permanence l'améliorer. Ceci passe par la communication des professionnels autour d'une problématique où chacun apportera son point de vue selon ses compétences et son savoir. Pour cela, un système d'évaluation est mis en place et les membres du réseau élaborent des protocoles de soins en s'appuyant sur des référentiels ou des protocoles existants. Il s'agit donc d'un système bénéfique pour le **patient** (accès aux soins simplifié, qualité des services renforcés, etc) et pour le **professionnel** (meilleures conditions de travail, prise en charge plus sûre). Dans ces réseaux, les professionnels interviennent auprès de chaque patient individuellement (ils orientent le patient dans le parcours de soins, l'aide d'un point de vue administratif, etc) mais ils mettent en place, également, des actions collectives pour répondre aux besoins collectifs d'individus présents sur un même territoire (action de prévention, des formations, etc). (52)

Pour adhérer à ces réseaux, la demande peut se faire par la personne âgée, son entourage ou le médecin traitant mais il faut, **obligatoirement**, l'accord du médecin traitant. Le patient doit avoir plus de 60 ans, vivre à domicile dans une zone où un réseau est présent, et souffrir d'une dépendance. (21), (53)

Pour illustrer ces réseaux de santé, nous pouvons alors prendre comme exemple le **géronto-pôle inter-hôpitaux** créé en 2013 pour répondre aux besoins de la population âgée auvergnate. Ce gérontopôle regroupe trois établissements publics : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU Gabriel Montpied (Clermont Ferrand), le centre hospitalier Guy Thomas (Riom) et le centre hospitalier Etienne-Clémentel (Enval). Les soins effectués ciblent

principalement les problèmes de santé les plus fréquents de la région (maladies neurodégénératives, maladies cardiovasculaires, diabète et cancer).

Le principe de ce gérontopôle inter-hôpitaux est basé sur la complémentarité et la coordination des professionnels. En effet, ce réseau gérontologique comprend **une équipe mobile de gériatrie**, situé au CHU à Clermont Ferrand. Il s'agit d'une équipe **pluri professionnelle** et **pluridisciplinaire** (spécialiste en gériatrie, en oncologie, des kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales, etc) qui se rendent au domicile du patient afin de coordonner le milieu hospitalier et le milieu rural. Leur intervention se fait donc à domicile mais également à l'hôpital en orientant le patient vers le service le plus adapté à son état, en diminuant sa durée d'attente aux urgences et sa durée d'hospitalisation. Cette équipe travaille donc en étroite collaboration avec l'ensemble des professionnels extrahospitaliers présents dans le parcours de soins.

Sur demande (de l'hôpital ou d'un service d'aide), l'équipe se rend au domicile du patient pour faire une évaluation générale de son environnement sur le plan sanitaire et social : nous parlerons **d'évaluation gérontologique**. Ensuite, elle soumet des recommandations de prise en charge et apporte une aide dans la prise de décision thérapeutique. L'infirmier effectue une pré-évaluation sur l'autonomie et les signes de dénutrition de la personne fragile. Ensuite, le gériatre peut être appelé pour faire une évaluation et transmettre, par la suite, ses recommandations aux médecins traitant et hospitalier. (5), (21), (53)

Actuellement et dans les années futures, les personnes âgées de plus de 75 ans seront les principaux patients des centres hospitaliers. La qualité des soins n'est aujourd'hui pas présente dans ces structures, puisque des réhospitalisations évitables ont lieu. Ainsi, il est alors prévu, de les former, eux aussi, à la prévention de la perte d'autonomie.

2.3 Les professionnels du secteur social

2.3.1 L'assistante sociale

Il s'agit de l'un des premiers professionnels sollicités pour aider à la mise en place du MAD : son rôle est donc crucial, elle contribue à son bon déroulement. Elle est souvent conseillée par l'équipe soignante. Cependant, son intervention n'est **pas obligatoire**, c'est la personne et sa famille qui décide de faire appel ou non à ses services.

L'assistante sociale soutient la personne âgée et sa famille, aide à la gestion administrative (connaissance des droits, des services et aides auxquels le patient est éligible, aide à la réalisation des dossiers) et à l'organisation. Elle a une fonction de **médiatrice** en échangeant avec les différents acteurs. Elle rassure, conseille, guide, joue un rôle de « psychologue » : une relation de confiance s'établit entre les deux parties. Elle écoute attentivement les usagers et les épaulent. Elle rentre en contact avec une multitude de professionnels pour optimiser la prise en charge et elle met tout en œuvre pour que les conditions de vie soient optimales.

Pour prendre contact avec une assistante sociale, il faut se référer aux organismes ci-dessous :

- Les **CCAS** (centre communal d'action sociale) : ils conseillent sur les aides sociales. Pour toutes autres demandes, ils transmettent le dossier vers les organismes compétents.
- Les **services sociaux départementaux** :
 - Les **unités d'actions sociales** : ce sont des assistantes sociales polyvalentes, formées sur les différents droits.
 - Les assistantes de l'équipe médico-sociale APA.
- Les **services sociaux hospitaliers** : ils aident à l'organisation de la sortie du patient et travaillent donc en collaboration avec les organismes externes.
- Les **services d'action sociale de la caisse de retraite** : l'assistante sociale détermine les aides financières, matérielles et sociales auxquelles la personne a droit pour prévenir la perte d'autonomie.
- Le **service social de l'assurance maladie** : aide à connaître ses droits, à faire des demandes de complémentaires. (54), (55)

2.3.2 Les structures

2.3.2.1 **Les services d'aides à domicile (SAD)**

Dans la majorité des cas, les aides à domicile, appelées pendant longtemps « aide-ménagère » ou « auxiliaire de vie », interviennent via des structures. En effet, elles peuvent intervenir selon trois possibilités :

- « **Un service prestataire** » : c'est la structure qui est chargée de donner les missions à l'intervenant. L'aidé n'est pas employeur, ceci lui évite donc de gérer le côté administratif et il est épargné des responsabilités liées au statut d'employeur.
- « **Un service mandataire** » : l'aidé devient employeur. Cependant, il est accompagné, dans les démarches administratives par le service mandataire.
- « **Le gré à gré** » : l'aidé est employeur. Il a le libre choix d'employer la personne qu'il souhaite, formée ou non. Dans ce cas, il doit gérer, seul, tout le côté administratif : il doit déclarer le salarié à l'URSSAF (Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales), dans un délai de 8 jours après embauche, il doit rédiger, lui-même, le bulletin de salaire. Il peut payer le salarié par CESU (Chèque Emploi Service Universel). (7), (21)

L'aide à domicile est un **acteur pivot** du MAD puisque c'est elle qui va assister et accompagner la personne en perte d'autonomie dans la réalisation de toutes les tâches de sa vie quotidienne (préparation des repas, nettoyage du domicile, réalisation du linge, faire les courses ou accompagner la personne, aider dans les tâches administratives, aider à la toilette et à l'habillement). De plus, elle apporte un soutien moral et social ce qui prévient l'isolement. Elle observe l'évolution du bénéficiaire et aide au ralentissement de la perte d'autonomie par des actions de prévention (exemple : stimulation des fonctions cognitives). Les interventions sont régulières et à durée limitée (maximum deux heures), ce qui peut, parfois, limiter le maintien de la personne chez elle. Ainsi, l'aide à domicile est le professionnel qui passe le plus de temps auprès de la personne. C'est donc elle qui la connaît le mieux, et une relation de confiance s'installe. Elle est à son écoute et joue un rôle de confidente, d'amie et d'employée et c'est à elle que la personne va exprimer ses attentes, ses craintes, ses difficultés. Elle détient donc des informations majeures, utiles à la famille, au médecin traitant ou aux autres intervenants. Malgré un manque de formation et une faible reconnaissance sociale, elle est

polyvalente. Les qualités requises pour être une bonne aide-ménagère sont **la rigueur, l'écoute, l'aspect relationnel, la disponibilité et le dynamisme**. (21), (56), (57)

Selon des critères d'éligibilité, plusieurs aides au financement de ces services d'aide à domicile existent. (21), (41)

2.3.2.2 Portage de repas

Mise en place par les collectivités locales ou par les associations, la livraison de repas à domicile est destinée aux personnes ne pouvant plus se déplacer, n'ayant plus envie de cuisiner ou ayant une perte d'appétit. Ce service permet de lutter contre la **dénutrition**, les chutes ou la maladie puisque les repas sont préparés en fonction des besoins nutritionnels du sujet âgé : ils sont, donc, variés et équilibrés et peuvent être adaptés au régime du patient (exemple : régime sans sel). Le bénéficiaire choisit alors le nombre de repas et les menus souhaités, selon ce qui est proposé, pour chaque semaine.

La livraison, sous forme de plateau-repas à faire réchauffer, est faite par une personne de la municipalité spécialisée ou par l'aide à domicile qui doit s'assurer de la consommation du repas. C'est également un système de lutte contre **l'isolement** puisque la livraison est associée à un contact/échange avec le bénéficiaire. Le livreur, peut, en cas de nécessité, déclencher des systèmes d'alerte. Cependant, la convivialité nécessaire au bon déroulement du repas est absente lorsque la personne vie seule. Il arrive, parfois, que certaines aides-ménagères partagent le repas avec leur patient.

Le coût des repas et de la livraison dépend des organismes. Une partie peut être financée par l'aide sociale ou par l'APA. Un reste à charge sera fonction des revenus de la personne

Ce service peut être proposé dans les communes, par les SAAD ou par des associations. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, il faut contacter la commune ou les points d'information locaux. (21), (36), (58).

2.4 Les aides externes

2.4.1 Garde malade

Le garde malade a pour rôle de veiller, le jour ou la nuit, sur le sujet âgé ayant besoin d'une présence ou qui ne veut pas rester seul. Il doit s'assurer de son confort moral ou physique. Il n'a pas le droit d'effectuer de soins médicaux. (59)

2.4.2 Garde de nuit à domicile

En cas de forte dépendance (la personne ne peut pas se lever ou se coucher seule, elle ne peut pas se déplacer seule ou alors avec un risque de chute majeur), l'aide à domicile passe le matin pour lever la personne et le soir, vers 18h -19h pour la coucher. La personne âgée perd donc en qualité de vie. Pour se faire, il existe des gardes de nuit qui améliorent le bien-être du dépendant. Il s'agit d'auxiliaire de vie qui ont pour missions de :

- Rassurer et sécuriser la personne âgée par leur présence.
- Conserver des horaires de lever et coucher adaptées.
- Répondre aux besoins du patient au cours de la nuit (envie d'aller aux toilettes, de boire). Ceci permet d'éviter les déplacements et donc les risques de chute à l'origine de nombreuses complications, pouvant aller jusqu'à l'hospitalisation.
- Préparer les repas du matin et du soir.
- Gérer l'habillage et le déshabillage et aider à la toilette.

Des aides peuvent financer cette garde de nuit :

- L'APA
- L'assurance maladie, dans certain cas, pour les personnes en fin de vie. (60)

2.4.3 Dame ou homme de compagnie

C'est un acteur indispensable face au vieillissement de la population, qui a pour mission de préserver la vie sociale du sénior et de prévenir sa perte d'autonomie. Son rôle, au-delà de répondre aux besoins de la vie quotidienne de la personne, est d'assurer que le patient est bien chez lui et garantir son confort à la fois physique et moral. Il l'accompagne, également, dans ses différentes sorties ou rendez-vous, joue avec le sujet âgé pour stimuler

ses fonctions, discute pour maintenir un lien social, l'aide dans la prise de rendez-vous ou dans la gestion administrative. Les hommes ou dames de compagnie d'adaptent aux envies du sujet. (61)

2.4.4 Accompagnant de sorties

Il s'agit d'une personne qui accompagne le sénior dans ses différentes sorties loisirs. (59)

2.4.5 Livraison de course à domicile

Proposé par différents organismes, ce service permet au sujet âgé de se faire livrer ses courses à domicile. Il fait une liste dont il a besoin et peut indiquer le magasin dans lequel il souhaite que ses courses soient réalisées. (59)

2.4.6 Téléassistance

La téléassistance est un service permettant de sécuriser la personne âgée, isolée, vivant à son domicile. Elle est reliée à une plateforme, joignable 24h sur 24, 7 jours sur 7. Il s'agit d'un système de **communication à distance**, pour cela des micros doivent donc être placés au domicile. Ce système rassure alors la personne via cette « présence » à distance. Le bénéficiaire portera sur lui un « émetteur-récepteur » (une montre ou un médaillon autour du cou) relié à la centrale d'écoute, qu'elle activera en cas de besoin (chute, malaise, etc). Selon le problème, l'opérateur de la plateforme contacte un des proches de la personne mentionnée sur une fiche d'information remplie lors de l'adhésion ou déclenche les secours pour lui porter assistance.

L'abonnement peut être souscrit auprès d'une association, d'une société privée ou dans des communes ou départements proposant ce service (Ex : à Saint Eloy les Mines, il s'agit d'un des services proposés. La demande est effectuée auprès de la mairie qui donne son avis et la mise en place du système est faite par le département).

Le tarif dépend du prestataire et des ressources de la personne. L'APA peut servir à son financement et certaines mairies financent une partie des frais d'abonnement ou d'installation (62), (63).

De nouvelles techniques de surveillance sont envisagées via internet, avec des caméras à installer au domicile de la personne âgée ce qui permet à son entourage de garder un œil sur elle à distance. Cependant, c'est une technique assez intrusive où l'éthique est remise en question. (21)

2.4.7 L'aide aux déplacements

La perte d'autonomie peut générer des difficultés dans les déplacements, avec parfois, des impossibilités de prendre, seul, les transports en communs. A donc été développé des services de transports, gérés par des associations ou par des sociétés de services, adaptés au vieillissement. Un accompagnateur-chauffeur accompagne dans les déplacements et garantit la sécurité de la personne. (63)

Des navettes communales ont été mises en place (c'est le cas dans la commune de Saint Eloy les Mines par exemple). Elles assurent tout type de transport dans toute la ville (coiffeur, course, pharmacie, rendez-vous médical) et sont réservées aux personnes de plus de 60 ans vivant sur la commune. Ce service est disponible tous les jours au tarif de 15 euros par an.

2.4.8 L'homme d'entretien

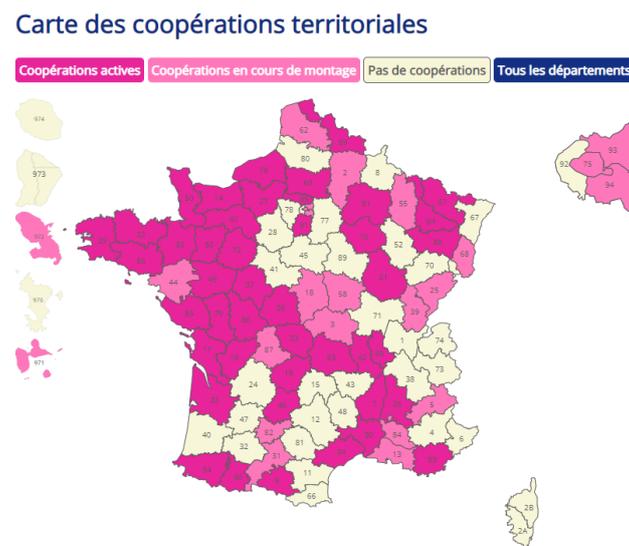
Il aide la personne âgée dans l'entretien extérieur de son domicile (type jardinage) ou pour le petit bricolage. (31)

2.4.9 Les bénévoles

Membre d'une association, jeune en service civique ou faisant partie de la mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées, ou simples voisins, les bénévoles interviennent au domicile du sujet âgé pour une simple visite, pour un moment de convivialité, de lecture ou de jeu. Ils luttent contre leur isolement en particulier quand la personne âgée a une dépendance importante et qu'elle ne peut se déplacer ou lorsque celle-ci n'a pas de famille ou qu'elle est éloignée géographiquement. En janvier 2014, une association, MONALISA (Mobilisation Nationale contre l'Isolement des Sujets Agés), a été créée regroupant plusieurs associations et institutions afin de lutter contre l'isolement social de la population de grand âge. (21)

Cette association regroupe des volontaires qui vont travailler en synergie pour ajuster les besoins sur un territoire afin de prévenir l'isolement (soutient des projets, met en avant les différentes actions existantes, met en place des actions de prévention pour sensibiliser l'ensemble des citoyens, etc). La carte ci-dessous représente les différentes coopérations existantes en France. (64)

Figure 8 : Carte représentant la coopération MONALISA sur le territoire français (64) :



2.4.10 Les sources d'informations

2.4.10.1 Les centres locaux d'information et de coordination gériatrique (CLIC)

Les CLIC sont des centres de proximité destinés aux personnes âgées et à leur entourage mais également aux professionnels intervenant dans les pôles de gériatrie ou dans le MAD. Les principaux rôles de ces centres sont l'accueil des patients ou des professionnels, l'information, l'écoute et le conseil. Le traitement de la demande est personnalisé et gratuit. (65)

Dans chaque centre il faut :

- Une personne responsable de l'accueil.
- Un coordonnateur : responsable de l'organisation et de la mobilisation des différents professionnels nécessaires pour répondre aux besoins de la personne âgée.

Les CLIC peuvent être sous gérance d'une association (dans la majorité des cas), d'une commune, d'un CCAS, d'un établissement hospitalier ou d'un conseil général. (66)

7 CLIC sont présents dans le Puy-de-Dôme dont 1 à Clermont Ferrand et 1 regroupant Riom, Limagne et les Combrailles (65). C'est ce dernier qui sert de point d'information à la population eloytienne.

2.4.10.2 Centre communale d'action sociale (CCAS)

Le centre communal d'action social est un établissement public présent dans les communes, venant en aide, entre autre, aux personnes en situation de fragilité. Nous le retrouverons sous le nom de Centre Intercommunal d'Action Social (CIAS) lorsque plusieurs communes sont regroupées (pour les communes de moins de 1500 habitants).

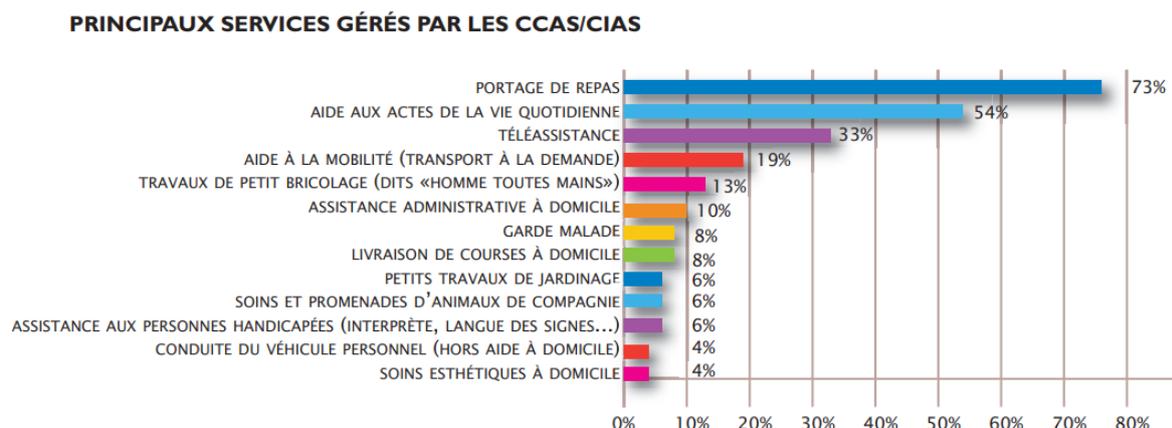
Les rôles du CCAS sont les suivants :

- Aide à l'attribution des aides financières et assure leur gestion (il vérifie que chaque personne perçoit les aides et services auxquels elle est éligible).
- Mettre en place des services (portage de repas, aide-ménagère, co-voiturage pour les rendez-vous médicaux), des actions de prévention, de soutien, des sorties, des cadeaux (colis de Noël), etc.
- Lutter contre l'isolement (appel téléphonique aux personnes seules ou de grand âge lors des périodes de forte chaleur ou de grand froid, de confinement lié au COVID-19)
- Intervenir dans la gestion des établissements communaux (maison de retraite par exemple).
- Accompagner les personnes en perte d'autonomie et aider à l'aménagement de leur habitation, informer sur les structures intermédiaires d'habitation, etc. (67), (68)

Les constats de l'année 2014 sont les suivants (69) :

- Concernant les services gérés par les CCAS et CIAS, le portage de repas est l'activité principale, suivi de l'aide aux actes de la vie quotidienne.

Figure 9 : Schéma représentant les différents services proposés par les CCAS/CIAS (69) :



- Les SAAD gérés par les CCAS/CIAS sont intervenus auprès de 204 000 bénéficiaires, avec un temps consacré pour chacun d'eux estimé à 139 heures soit 28,2 millions d'heures totales consacrées à de l'aide à domicile. Cependant, une diminution des heures effectuées a été observée entre 2011 et 2014 suite à une diminution des aides versées par les caisses de retraite.
- D'un point de vue financier, 92% du budget est consacré aux dépenses de personnel et le coût de revient par heure est d'environ 22,25 euros.
- Au niveau du personnel, nous retrouvons environ 26 700 aides à domicile (chaque SAAD embaucherait environ 35 employés). Des difficultés de recrutement et de remplacement sont à noter. Un fort taux d'absentéisme, souvent lié à la pénibilité du travail, est à souligné dans ce secteur de travail.

Le CCAS sera un des lieux d'information pour la commune de Saint Eloy les Mines, il est situé à la mairie.

2.4.10.3 Autres sources d'information

Afin d'aider et d'orienter les personnes en perte d'autonomie ou les proches aidant, dans les démarches administratives, les services et professionnels à contacter, différentes sources d'informations sont consultables. Des renseignements peuvent être demandés auprès des mairies ou des conseils départementaux, des centres locaux d'information.

Des sites internet sont également à disposition :

- Le portail spécifique aux personnes âgées, il s'agit du site de la CNSA, www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr : portail clé pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou pour leur entourage. C'est un site d'information et d'accompagnement dans lequel nous retrouverons les services existant ainsi que les aides et les soutiens possibles pour l'aidant. Un accès à un annuaire permet de localiser les endroits où il est possible de trouver un CLIC, des établissements d'accueil, et autres services. (70)
- www.pourbienvieillir.fr site web sur lequel les personnes peuvent retrouver les services à destination des personnes en perte d'autonomie. C'est également un portail incontournable pour accéder aux actions de prévention de perte d'autonomie. (22)
- Le site de la HAS qui permet d'accéder aux évaluations de la qualité des établissements et des services rendus : [Haute Autorité de Santé - Professionnels \(has-sante.fr\)](http://HauteAutoritedeSante.fr)
- Le site de l'assurance maladie : [ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr](http://ameli.fr)
[| Assuré](#)

Nous retrouverons en annexe, une fiche générale (annexe III) et une fiche patient (annexe IV) résumant les principaux points d'informations locaux, professionnels et en ligne.

2.5 L'aidant

Une fiche à destination des patients aidants a été créée. Elle reprendra l'ensemble des points essentiels que nous allons évoquer dans cette partie (annexe V).

2.5.1 Définition

Après l'aidé lui-même, l'aidant est le **deuxième acteur** majeur dans le MAD.

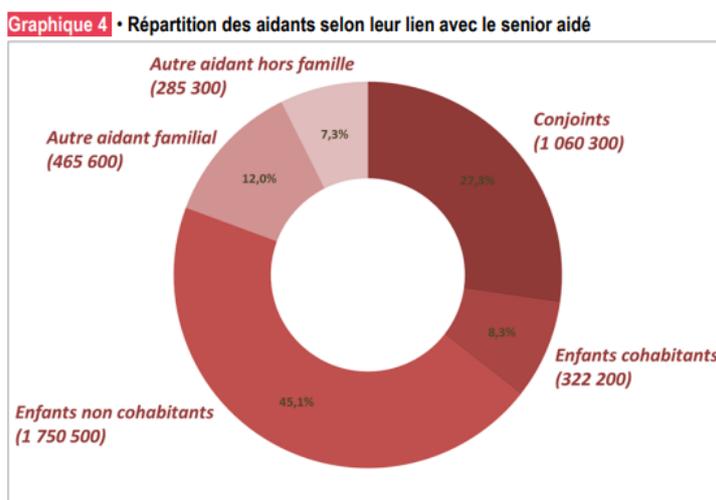
La loi ASV a permis de mieux reconnaître le statut de « proche aidant » en donnant sa définition et en reconnaissant la nécessité d'accorder un répit dans ce rôle indispensable au MAD : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non

professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.
 ». Ainsi, une discussion sur la création d'un nouveau statut a été entamée.

Dans 53% des cas, l'aidant est une femme et dans 80% des cas, il s'agit soit d'un enfant (dans la plus grande majorité des cas) soit du conjoint (21). Ainsi, nous constatons que la famille joue un rôle primordial dans le MAD. Elle représente 8 aidants sur 10.

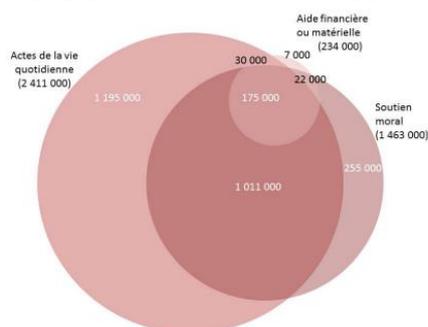
D'après l'enquête Care aidants de 2015, DREES, **3,9 millions** de personnes viennent en aide à un proche résidant à son domicile. (10) Parmi les 3 millions de personne aidées, une personne sur 2 est aidée uniquement par sa famille (pas de recours à une aide professionnelle). L'aidant et les professionnels interviennent, de façon concomitante auprès d'une personne âgée sur 3 (surtout dans le cas où le patient présente une forte dépendance).

Figure 10 : Schémas représentant la répartition des aidants en fonction du lien social avec l'aidant et selon les types d'aides apportées (71) :



Lecture > En 2015, 45,1 % des aidants sont des enfants non cohabitants.
Champ > Proches aidants de seniors vivant à domicile, âgés de 18 ans ou plus, France métropolitaine.
Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet aidant (CARE-M) 2015, DREES.

Graphique 1 • Répartition des seniors aidés par des proches selon les trois grands types d'aides
 Seniors résidant à domicile (2015) : 2,7 millions de seniors aidés par au moins un proche



Lecture > 2 411 000 seniors sont aidés au moins pour une activité de la vie quotidienne, parmi eux 1 195 000 seniors sont aidés uniquement pour des actes de la vie quotidienne.
Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.
Source > Enquête Capacités, Aides et REssources des seniors, ménages – volet seniors (CARE-M) 2015, DREES. (Les données ont été révisées par rapport à l'édition publiée le 27 novembre 2019).

La moyenne d'âge des aidants est de 59 ans. Ce sont donc des personnes toujours en activité qui doivent combiner leur vie professionnelle, personnelle et leur rôle d'aidant. Ce proche intervient de façon **non** professionnel, seul ou en collaboration avec les autres acteurs du domicile. Son statut est complexe, multifonction et difficile à endosser. Il est souvent courtisé pour effectuer les tâches de la vie quotidienne non réalisable par l'aidé mais il joue, aussi, un rôle d'accompagnant (lutte contre l'isolement) et de soutien, à la fois, moral (motive la personne pour préserver son autonomie), psychologique (la rassure sur ses inquiétudes) et financier. En termes d'heure consacrée au soutien de leur proche, ceci représente, 2 à 3 fois le temps de prise en charge par un professionnel. Le MAD est remis en doute lorsque la dépendance devient trop importante et qu'elle devient difficilement gérable pour l'aidant. Des solutions intermédiaires sont alors proposées avec les structures d'accueil temporaire (dans un premier temps) afin d'accorder du répit à l'aidant avant la mise en institution définitive dans certains cas. (7),(21), (71)

2.5.2 Les freins

Bien qu'en réalité, le statut de « proche aidant » ne soit pas commun, il s'est au fur et à mesure du temps banalisé. Les pouvoirs publics encouragent fortement ce soutien car **gratuit**. Mais ceci peut être source de handicap, pour l'aidé et pour l'aidant, lorsqu'il ne s'agit pas d'un choix mais d'une obligation faute de moyens professionnels développés par les pouvoirs publics.

De nombreux problèmes viennent faire **obstacle** à ce rôle (manque d'information, difficultés d'accès aux aides et aux services existants, démarches administratives complexes, problèmes d'identification des professionnels car trop nombreux et trop de turn-over, etc) et des **contraintes** : professionnelles, familiales, sanitaires et financières peuvent s'associer à ce statut.

En effet, la désignation de l'aidant dans des situations familiales sous tension, où les enfants ne se parlent plus ou ne parlent plus aux parents est difficile. De plus, le manque accru de reconnaissance du travail effectué n'est pas motivant pour l'aidant : à l'inverse de l'aide professionnelle où la reconnaissance se fait par le salaire, ici, la reconnaissance est simplement d'ordre familial. Sa rémunération est jugée insuffisante face au sacrifice qu'il fait : refus d'heures supplémentaires (perte de salaire), pas de repos et pas de prise de temps pour

soi. Pour finir, c'est un sentiment de manque de soutien et d'accompagnement qui est ressenti.

Pour pallier ceci, a été créée, en 2003, l'Association française des Aidants qui a pour rôle de faire connaître et revaloriser le rôle d'aidant et de les accompagner. Ils organisent des « Café des Aidants » : les aidants se rencontrent, discutent, échangent et s'informent. (21), (28)

Ainsi, les nombreux freins qui se présentent dans cette fonction d'aidant remettent en cause le MAD de la personne en perte d'autonomie.

En effet, nombreux aidants sont dépassés par la prise en charge et l'impact sur leur vie privée est majeur. Les plaintes les plus retrouvées sont la dépression, l'isolement, un dépassement psychologique entre la vie professionnelle et la vie d'aidant.

2.5.3 Relation professionnel-aidant

Le professionnel communique avec le patient, l'aidant, son entourage et les autres intervenants notamment lors des prises de décision : une relation étroite s'établit donc, entre tous les acteurs. Le proche aidant possède un rôle fondamental dans le MAD, il joue le **rôle d'intermédiaire et de coordonnateur** entre le sujet dépendant et les acteurs du domicile : il relaye les informations et c'est lui qui gère et utilise le matériel nécessaire pour l'aidé. Il intervient donc dans la mise en place du plan de soin et de prise en charge, c'est un **partenaire**, un **allié** des professionnels. Il faut donc connaître ses envies, ses motivations pour qu'elles soient en accord avec ce qui est décidé au cours des interventions.

Ainsi, cet échange proche aidant-professionnel permet :

- Une écoute de tous les acteurs.
- De limiter les non-dits et les conflits.
- De transmettre, par le biais d'un intermédiaire professionnel, les paroles de l'aidant.
- De venir en soutien aux décisions prises par la famille.
- Réduire la culpabilité que peut ressentir le proche.
- De développer les connaissances au sein de la famille sur le MAD. (72)

2.5.4 Les risques pour l'aidant

Par volonté de bien faire, l'implication de l'aidant est parfois démesurée mettant en péril sa santé et pouvant conduire à un arrêt d'accompagnement voire à terme une mise en établissement de l'aidé. Les deux principaux risques dans le statut d'aidant sont :

- **Les troubles physiques** : altération de l'état général, souffrance.
- **L'épuisement** (physique ou moral).

Parmi les autres risques, nous pouvons citer :

- Une diminution des relations sociales.
- Des troubles psychiques : anxiété, dépression, repli sur soi, perte d'envie, dégoût.
- Des troubles du comportement (agressivité, changement d'humeur), des troubles de la concentration.

Selon les chiffres rapportés par l'association française des aidants, en 2008, suite à une étude de la DREES (nommée « enquête Handicap-santé aidants), sur les 8,3 millions d'aidants (d'une personne en perte d'autonomie et handicapée), 48% ont une maladie chronique, 29% souffrent d'anxiété et de stress et 25% ressentent une fatigue physique et psychique. (73)

A été constatée, une mortalité élevée des aidants avec, dans une grande partie des cas, un décès avant l'aidé. L'une des principales causes est l'épuisement.(14), (74)

2.5.5 Stratégies pour réduire les risques

Il est important de préserver la personne aidante car son soutien dans le MAD est **fondamental**. La méthode à suivre pour limiter les risques est la suivante : sécuriser le déplacement de la personne âgée dépendante, diminuer les dépenses énergétiques et augmenter l'apport en énergie chez l'aidant (14). Dans le cas où des signes de fragilité apparaissent chez l'aidant, il doit rapidement et impérativement consulter son médecin traitant afin d'éviter toute rupture précoce d'accompagnement.

2.5.5.1 Sécuriser le déplacement

Certains aidants souffrent, avant même de commencer l'accompagnement, de troubles physiques (tels que des douleurs). Ainsi, aider une personne dépendante dans ses déplacements peut être à risque et un appel à des professionnels est fortement recommandé. En cas d'absence du spécialiste, l'aidant doit connaître la bonne technique pour assurer un déplacement, sans douleur ni risque d'aggravation de l'état de santé. Les étapes à suivre pour sécuriser un déplacement sont, donc, les suivantes :

- a) **Préparer** l'espace et les équipements nécessaires avant de mouvoir la personne.
- b) **S'assurer** que c'est le **bon moment** pour effectuer le déplacement et réfléchir, en amont, à la technique à utiliser.
- c) **Communiquer** avant et pendant le déplacement avec la personne (la rassurer, lui expliquer ce qu'elle doit faire et lui dire ce qu'il fait).
- d) **Bien se positionner** et s'assurer d'avoir une prise suffisante.
- e) **Utiliser des aides techniques** pour faciliter le mouvement (laisser la personne faire ce qu'elle est en mesure de faire et utiliser les aides techniques existantes).

2.5.5.2 Lutter contre l'épuisement

L'épuisement se caractérise par une fatigue physique et psychologique suite à une baisse d'énergie (les apports énergétiques sont insuffisants face aux besoins énergétiques nécessaires pour subvenir à la vie personnelle, professionnelle et au rôle d'aidant).

L'origine de cet épuisement est multiple :

- Accomplissement de tâches supplémentaires.
- Moins de temps dédié à ses activités et à ses proches.
- Plus de préoccupation pour la personne aidée (inquiétude, plus de temps proche d'elle).
- Emotions ressenties face à la situation.

Pour réduire ce risque, il faut connaître ses propres limites physiques et mentales. L'énergie d'une personne est consommée par les efforts du quotidien et par les émotions négatives (stress, angoisse, peur, nervosité, etc). La production d'énergie nécessite du repos/sommeil, une bonne alimentation, la pratique d'activités physiques et des émotions

positives. Venir en aide ne veut pas dire prendre les responsabilités de la personne aidée et assurer leur prise en charge. Il s'agit de venir en soutien, épauler dans la réalisation de certaines tâches, combler ce qu'elle n'est plus en mesure de faire. Il est nécessaire de planifier les interventions auprès de la personne afin de fixer un cadre (les tâches à réaliser, le temps consacré).

Le jour où l'aide n'est plus un plaisir, mais devient une obligation, c'est un signal d'alerte et il est temps de passer le relais.

2.5.5.3 Droits du proche aidant

De nouveaux droits sont accordés à l'aidant suite à la loi ASV du 28 décembre 2015 (14),(75) :

- **« Droit au répit »** : pour les aidants qui interviennent quotidiennement (ou presque) auprès de la personne dépendante. Une fois la demande effectuée auprès du **conseil départemental**, une évaluation est faite. Différentes alternatives sont proposées selon les besoins de l'aidé et de l'aidant. Ce droit peut également être demandé si l'aidant est hospitalisé et qu'il ne peut être remplacé par un autre aidant non professionnel.
- **« Congé de soutien familial »** : il a été renommé **« congé de proche aidant »** afin que les aidants n'ayant pas de liens familiaux avec la personne dépendante puissent bénéficier de ce droit. Pour être éligible à ce congé, l'aidant doit intervenir depuis au moins un an auprès de la personne. La prise de congés est possible après obtention de l'accord de l'aidé. La durée maximale du congé est de 3 mois.
- **Le congé de solidarité familiale** : pour les aidants salariés des secteurs public ou privé. Il est plutôt destiné à l'accompagnement d'une personne en fin de vie. Sa durée maximale est de 3 mois, par contre il s'agit de congé non rémunéré. Il est, cependant, possible de faire une demande d'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Pour connaître les congés auxquels l'aidant peut prétendre, il faut se renseigner à la direction des ressources humaines, aux représentants du personnel de votre lieu de travail ou contacter le 3939 : « allo service public ». De plus, l'ensemble de ces congés donnent droit à des aides. Des informations supplémentaires peuvent être demandées auprès des points d'information locaux. (76)

2.5.6 Relais de l'aidant : les accueils temporaires

En **relais de l'aidant** ou utilisé comme première étape avant la mise en institution définitive (afin de faciliter la transition et éviter le changement brutal), des structures d'accueil extérieures au milieu de vie habituel de la personne âgée ont été créées : ce sont les **structures d'accueils temporaires** (21).

Selon le décret n°2004-231 du 17 mars 2004, « *l'accueil temporaire mentionné à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour* ». Ainsi, cette structure peut servir d'alternative temporaire au domicile lorsque la situation le justifie (modification temporaire des besoins, hospitalisation du conjoint, absence de l'aidant, etc). Il peut s'agir d'un accueil pour la journée (**accueil de jour**) ou pour une durée plus longue (**accueil temporaire**). Les objectifs de ces accueils ciblent, l'aidé par la préservation de son autonomie et le maintien de ses relations sociales, et l'aidant en lui permettant de souffler et de prendre du temps pour lui. Ils peuvent s'ajouter aux autres aides (services et/ou établissement). (21), (77)

Le coût de ces hébergements dépend de la structure d'accueil, il peut être consulté via l'annuaire des EHPAD, accessible sur le site de la CNSA : [Annuaire des établissements| Pour les personnes âgées \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](http://Annuaire%20des%20établissements%20Pour%20les%20personnes%20âgées%20(pour-les-personnes-agees.gouv.fr)).

2.5.6.1 **L'accueil de jour**

L'une des principales alternatives au domicile, est **l'accueil de jour**. Cet accueil est temporaire et de durée **limitée** (une ou plusieurs demi-journées ou journées par semaine). Il est destiné aux patients atteints de maladie neuro-dégénératives type Parkinson, aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou aux personnes ayant une dépendance physique dans le but de soulager et relayer temporairement le MAD. Pour chaque résident, un « projet individualisé d'accompagnement » est établi.

Ces structures d'accueil de jour s'appuient souvent sur les EHPAD mais peuvent aussi être des structures médico-sociales spécifiques.

Le coût moyen de cet accueil est relativement élevé, même si une partie est prise en charge par l'APA. (21)

2.5.6.2 L'accueil de nuit

Cet accueil de nuit s'adresse aux personnes âgées dépendantes souffrant de pathologies dégénératives à l'origine de troubles majeurs type désorientation temporo-spatiale (confusion jour/nuit). Ce sont des lits réservés au sein des structures d'accueil temporaire ou permanente où les résidents bénéficient d'un accompagnement professionnel nocturne. Ce type d'accueil est, aujourd'hui, en cours de développement (21).

2.5.6.3 L'hébergement temporaire

L'accueil se fait sur **plusieurs jours** (souvent entre 15 jours à 3 semaines, parfois plus). Ces structures d'hébergement viennent en relais, **temporaire**, du domicile. Il s'agit d'une alternative au domicile dans les cas suivant :

- L'isolement de la personne âgée.
- L'absence temporaire de l'aidant ou en relais si celui-ci a besoin de répit.
- Travaux d'adaptation du domicile pour répondre aux besoins de la personne.
- Avant une entrée définitive en institution afin de l'habituer progressivement à la vie en collectivité.

Les structures d'hébergement temporaire s'appuient souvent sur les EHPAD mais peuvent aussi être des structures médico-sociales spécifiques. Il peut s'agir de **logement intermédiaire** entre le domicile et l'établissement type « résidence-autonomie » (avant nommée foyer logement) si l'autonomie de la personne le permet ou d'un logement chez des **accueillants familiaux**.

Cependant, il s'agit d'une alternative très onéreuse selon les établissements (le tarif dépend également du degré de dépendance). Sauf habilitation de la structure à l'aide sociale, le forfait est entièrement à la charge du bénéficiaire. (21)

2.5.7 Les protections juridiques

Il arrive que certains aidants fassent une demande de placement sous protection juridique de la personne âgée, qui n'est plus en capacité de gérer seule ses papiers. De plus, ceci peut permettre à l'aidant de se décharger de cette tâche. Il existe plusieurs systèmes de protections juridiques :

La tutelle (78) :

Il s'agit de la protection juridique la plus importante. Cette protection concerne les personnes ayant une situation critique suite à une altération des capacités mentales ou physiques ou pour les personnes dont le placement sous curatelle ne suffit plus. Une fois placée sous tutelle, la personne âgée perd tout pouvoir juridique (sauf le droit de vote). Certaines mesures peuvent être allégées, autorisant la personne à réaliser certains actes seule ou assistée par son tuteur. La demande peut être faite par la personne elle-même, par son conjoint, sa famille ou un proche, par la personne déjà chargée de sa protection juridique ou par le procureur de la République. La demande doit expliquer les causes de ce recours et doit être envoyée à l'adresse du Tribunal d'instance dépendant du lieu de résidence, au juge des tutelles. La vulnérabilité de la personne doit être reconnue. Un certificat médical, conçu par un médecin agréé par le procureur de la République, devra décrire les altérations des principales facultés, leurs évolutions possibles et leurs conséquences nécessitant un assistant ou un représentant. Ce certificat est à la charge de la personne (160€), il n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Il peut être plus onéreux si le médecin doit se rendre au domicile. Ce certificat sera ensuite évalué par le juge et il rencontrera la personne âgée concernée ainsi que sa famille avant de prendre sa décision dans un délai maximum de un an. Dans l'attente du verdict, la personne peut être placée, provisoirement, sous sauvegarde de justice. La mesure est prononcée pour 5 ans. Elle peut, cependant, être contestée dans les 15 jours via une lettre recommandée avec accusé de réception adressée au tribunal d'instance. Par la suite, le juge peut décider de la renouveler, de la modifier voir de l'arrêter si elle n'est plus nécessaire. Le tuteur désigné est prioritairement un proche sinon c'est un tuteur professionnel nommé par le juge. Dans le cas où le tuteur est un professionnel, c'est la personne âgée qui le rémunère.

La curatelle (79) :

Cette mesure de protection est moins restrictive que la tutelle. Le curateur intervient pour assister la personne dans les prises de décisions qui pourraient lui porter préjudice ou porter préjudice à son patrimoine et il donne son accord. Nous parlons bien d'un **assistantat**, le curateur n'a pas le droit de prendre les décisions seul ou à la place de la personne. La personne âgée garde cependant des droits qui n'ont pas besoin d'accord de la part du curateur, elle garde la pleine gestion de sa vie quotidienne, elle peut voter, faire son testament et choisir

son lieu de vie. Par contre, la vente ou l'achat d'un bien, les dotations ou une ouverture de compte nécessitent l'accord en amont du curateur.

Trois types de curatelle existent :

- **La curatelle simple** : la personne âgée gère seule sa vie quotidienne mais elle doit être assistée pour les actes les plus importants.
- **La curatelle renforcée** : le compte de la personne et la réception de ses finances sont gérés par le curateur.
- **La curatelle aménagée** : le juge décide des actes devant nécessiter l'accord du curateur de ceux que la personne peut décider seule.

La demande de mise sous curatelle et les modalités de la prise de décision sont les mêmes que pour la mise sous tutelle. Le délai de décision est, également, d'un an maximum et la personne peut être mise sous sauvegarde de justice en attendant. La durée de cette mesure et la contestation de la décision équivaut à ce qui se fait dans le cas de la mise sous tutelle. Le curateur, nommé par le juge, est aussi, un proche choisi par la personne (prioritairement) ou un professionnel.

La sauvegarde juridique (80) :

C'est la mesure de protection la plus légère et la plus courte. Elle peut être demandée pour des séniors ayant besoin d'être représentés temporairement pour causes d'incapacité dans l'attente d'une curatelle ou d'une tutelle et ayant besoin d'être représentés immédiatement. Elle prend fin lorsque la personne retrouve ses capacités ou qu'elle passe à un niveau de protection juridique plus important. Dans ce système, la personne conserve ses droits à l'exception de ceux confiés au mandataire nommé. Ce dernier peut contester tout acte accompli par la personne allant à l'encontre de ses intérêts.

Deux types de sauvegarde de justice existent : celle décidée par un **juge des tutelles** et celle mise à la **suite d'une déclaration médicale**.

La sauvegarde juridique décidée par le juge des tutelles peut être demandée par les mêmes personnes que la mise sous tutelle et selon les mêmes modalités. La prise de décision est également identique.

Concernant **la sauvegarde médicale** : c'est le médecin qui décide, au vu de l'état du patient, de le placer sous mesure juridique. Il peut s'agir du médecin traitant ou du médecin de l'établissement de santé où il réside. Ce dernier, doit obligatoirement faire une déclaration au procureur de la république, contrairement au médecin traitant. Cependant, un avis d'un médecin psychiatre doit accompagner sa déclaration. Cette mesure est rapidement mise en place et elle prendra fin sur déclaration d'un retour à une situation normale par le médecin ou après placement sous tutelle ou curatelle.

Cette mesure de protection a une durée maximale de un an, renouvelable une seule fois par le juge des tutelles. Le mandataire, décidé par le juge, est un proche, en priorité, sinon un professionnel désigné. La mise sous sauvegarde, après décision du juge des tutelles, ne peut être contestée puisque qu'aucune limitation des droits n'est prononcée. En cas de sauvegarde par décision médicale, une contestation est possible via un courrier adressé au procureur. Il est possible de faire appel suite à la désignation d'un mandataire professionnel, dans un délai maximum de 15 jours, par courrier avec accusé de réception au greffe du tribunal d'instance, transmis ensuite à la cours d'appel.

L'obligation alimentaire (81), (82) :

C'est l'obligation pour les personnes de la famille, de venir en aide au proche dans le besoin. Cette obligation s'applique entre les parents et les enfants, entre les grands-parents et les petits-enfants ou entre les gendres/belles-filles et leurs beaux-parents (cependant cette dernière obligation prend fin si l'époux ou épouse et les enfants décèdent). Elle s'applique aussi bien entre ascendants que descendants. Cependant, il est possible qu'un enfant soit exonéré en cas d'un manquement grave du parent à l'encontre de son enfant (abandon, violence, etc) ou lorsque l'enfant a été retiré de ses parents pendant 36 mois, consécutivement ou non, lors de ses 12 premières années de vie. Nous ne parlerons pas d'obligation alimentaire entre époux ou personnes pacsées mais d'un devoir de secours.

La contribution est décidée entre les obligés alimentaires de façon amiable (aucun barème n'est fixé par la loi). En cas de désaccord, il est possible de saisir le juge des affaires alimentaires qui est le seul à avoir les compétences de fixer le montant individuel selon la situation économique et familiale de chacun.

L'obligation alimentaire peut être utilisée pour financer les frais d'hébergement de la maison de retraite ou des accueillants familiaux.

2.5.8 Les associations d'aidants

Depuis le début des années 2000, de nombreuses associations se sont créées dans l'objectif d'apporter soutien, information, aide et prévention au proche aidant (83). Pour connaître les associations existantes sur le territoire, il faut se renseigner auprès des points d'information locaux.

Parmi les associations existantes, nous pouvons prendre l'exemple de **l'association française des aidants**, créée en 2003. Elle a pour missions :

- D'améliorer la reconnaissance donnée aux aidants : elle joue le rôle de « porte-parole » des aidants.
- De guider les aidants, les accompagner et les soutenir en instaurant des espaces et des temps de partage et de soutien.
- De former le proche aidant ainsi que les professionnels.

Elle met en place plusieurs actions telles que « **les cafés des aidants** » ou « **les formations des aidants** » ou encore « **les ateliers santé des aidants** » (84):

- **Les cafés des aidants** sont des zones de rencontre, de partage, d'écoute, d'information où sont présents un travailleur du secteur social et un psychologue afin de répondre aux éventuelles questions.
- Les **formations des aidants** permettent de répondre aux interrogations et d'avoir un avis face à des situations rencontrées, de connaître de nouvelles méthodes, d'apprendre à utiliser différents outils ou encore d'obtenir des informations sur les ressources disponibles sur le territoire.
- Les **ateliers santé des aidants** se déroulent en deux temps : dans un premier temps un partage avec des professionnels de santé sous forme de spectacle, de théâtre ou de conférence. Ensuite, dans un deuxième temps, des cas pratiques animés pour discuter et apprendre sur les bons réflexes, les bonnes pratiques et les bonnes réponses à adopter. (85)

Pour obtenir plus d'informations sur ces différentes actions, leur site web est consultable : [Association française des aidants](#). De plus, des fiches sont mises à disposition de tous les

aidants afin de les accompagner dans ce rôle, de les aider à repérer une dégradation de leur état de santé et de leur fournir des solutions pour prévenir ces complications. (73)

A l'échelle nationale, a été créée « **La maison des aidants** ». C'est une association nationale créée depuis 2008. Elle a servi de source d'inspiration puisque de nombreuses associations pour aidant ont été créées par la suite. Elle a pour mission d'accompagner les aidants et de les soutenir. Elle vient renforcer les connaissances des professionnels via des formations. Elle est souvent présente dans les journées consacrées aux aidants et elle contribue à la recherche et aux missions relatives à cette fonction d'aidant. (86)

Il existe également, des **plateformes d'accompagnement et de répit destinées aux aidants**. Elles ont pour missions d'écouter et de soutenir l'aidant notamment en lui apportant un réconfort psychologique et d'informer. Dans certains cas, elles peuvent l'orienter vers des structures ou des services.(87) Exemple de la plateforme d'accompagnement et de répit des Combrailles : pour les aidants de la commune de Saint Eloy les Mines et les alentours, la plateforme est basée à Saint Gervais d'Auvergne et est joignable au 07.50.65.60.72 (88). Ces plateformes de répit proposent également des entretiens individuels avec un psychologue. Le psychologue les accompagne dans l'acceptation des solutions de répit afin d'éviter l'épuisement et maintenir son proche à domicile. Enfin, il organise diverses activités autour du bien-être et de la relaxation (sophrologie, yoga, réflexologie, esthétique) (89). [SSIAD et ESA des Combrailles - Saint-Gervais d'Auvergne \(63\) \(ssiad-esa-combrailles.fr\)](http://ssiad-esa-combrailles.fr)

Il est possible de consulter le **site du GRATH** (Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des Personnes en situation de Handicap), portail de l'accueil temporaire et des relais aux aidants pour connaître les solutions existantes : [Portail de l'accueil temporaire et des relais aux aidants \(accueil-temporaire.com\)](http://accueil-temporaire.com).

Il existe également une **ligne d'écoute de l'association aidons nos poches** : 01.94.72.84.72. Cette ligne est tenue par d'anciens proches aidants : ils écoutent, informent et conseillent l'aidant. De plus, comme vu auparavant, il est possible de contacter le CCAS pour obtenir des informations sur les groupes d'échange ou de parole (76).

2.5.9 Conseils pour préserver l'équilibre social et psychologique de l'aidant

Le principal conseil à donner à l'aidant est de prendre du recul face à la situation. Au début de l'accompagnement, le temps consacré au proche dépendant reste raisonnable. Mais, au fur et à mesure de l'évolution, le temps de présence augmente et va jusqu'à la modification profonde du rythme de vie autant au niveau familial que professionnel.

Un sentiment de culpabilité est fréquemment retrouvé chez les enfants face à l'impossibilité de répondre aux besoins des parents souffrant d'une dépendance trop importante. Les enfants se sentent redevables vis-à-vis de leurs parents. Cependant, si il devait laisser la prise en charge à un tiers, il pourrait avoir le sentiment d'abandonner leur proche. Aider et accompagner ses parents c'est aussi prendre les meilleures décisions au cours des situations complexes, en respectant son proche et en se respectant soi-même. L'appel à l'aide auprès du voisinage est une solution pour que l'aidant prenne du recul et se ménage. Il ne peut pas tout gérer seul. Deux problèmes peuvent se présenter : soit c'est l'aidant qui se considère comme le seul soutien possible et il refuse de faire appel à une autre personne soit c'est l'aidé qui ne veut pas une autre personne que son aidant et il ne perçoit pas ses limites. Il est important que le proche aidant conserve un équilibre de vie et prenne du temps pour soi.

2.5.10 Conseils pour préserver l'équilibre social et psychologique du sénior dépendant

Plusieurs conseils peuvent être donnés à l'aidant pour satisfaire les besoins de la personne dépendante (14), (21) :

- **Maintenir un environnement social** : l'une des principales sources d'aggravation de la dépendance est **l'isolement**. La prévention de l'isolement passe par une prise de contact et des visites régulières ce qui maintiendra l'équilibre psychique du sujet âgé. La programmation des visites donnera des repères primordiaux face à l'avancée en âge. Des visites regroupées (en petit comité) peuvent être planifiées entre la famille et/ou les amis, facilitant ainsi les échanges. Il faut lui donner des informations sur sa famille, raconter ce qu'ils font, lui donner les nouvelles du quartier (pour qu'il se sente toujours chez lui, qu'il soit toujours informé de ce qu'il se passe même si il n'est plus

totalelement autonome). Au cours des échanges, il peut exprimer ses craintes, ses problèmes, parler de son passé et exprimer ses vœux pour le futur. L'écoute est, alors, importante.

- **Préserver l'autonomie et trouver un équilibre entre aide et déresponsabilisation :**
L'aide apportée doit se faire dans la limite des capacités de l'aidé. En effet, il faut lui laisser faire les tâches qu'il peut encore effectuer seul afin de conserver ses capacités et éviter la perte des automatismes qui pourrait accélérer le processus de dépendance. Il est important d'encourager et de valoriser la personne. Il faut donc mettre en avant ce qu'elle est toujours capable de faire plutôt que de souligner ce qu'elle ne fait plus. Cela sera source de motivation dans un contexte anxieux.
- **Respecter les habitudes de vie :** aider un proche face à sa perte de capacités c'est entrer dans sa vie personnelle. Il faut donc respecter ses habitudes de vie et ses manies.
- **Connaître la maladie dont souffre la personne, son évolution et ses conséquences** à court, moyen et long terme, peut être utile à la gestion et à l'accompagnement du malade. Une rencontre entre médecin traitant et aidant est fortement recommandée.
- **Suivre les complications dues au vieillissement** afin de préserver la santé et le confort de l'aidé :
 - **La perte de mémoire :** elle est normale avec l'avancée en âge. Des ateliers peuvent être organisés par l'entourage pour stimuler et conserver les fonctions cognitives restantes.
 - **La surdité** : d'apparition progressive, elle peut être à l'origine d'isolement. Déterminer son origine est fondamental (la prise en charge est différente entre un bouchon de cérumen et une perte d'audition qui nécessite un appareillage). L'attitude à opter dans ce cas est de parler calmement, en articulant et en se plaçant en face de la personne sans arrière fond bruyant.
 - **La cataracte :** pathologie courante du sujet âgé. Le traitement chirurgical se passe généralement bien, il faut donc rassurer le patient. Si elle est à l'origine d'un handicap plus important, il faut être vigilant au risque d'isolement.

- **La constipation** : peut être liée aux traitements, au manque d'activité physique, à une mauvaise alimentation ou à une déshydratation. Elle se traite d'abord par des règles hygiéno-diététiques avant la prise de traitement.
 - **L'incontinence** : fréquente chez les sujets âgés, elle est, souvent, source d'humiliation pour la personne. Des solutions existent pour répondre à ce problème : des protections d'incontinence, des alèses, des chaises garde-robres. De plus, il faut aller aux toilettes à heures régulières et avoir un accès simplifié aux toilettes.
- **L'alimentation** : elle est indispensable pour éviter la dénutrition à l'origine de complications chez les sujets âgés (diminution des défenses immunitaires, risque d'infection, défaut de cicatrisation, hospitalisations évitables). Pour assurer une alimentation suffisante, l'entourage joue un rôle majeur : le repas doit rester un moment de partage et de convivialité. Au niveau de sa composition, il doit être enrichi en protéines pour éviter la perte de masse musculaire à l'origine de chutes et de possibles complications (hospitalisation). Parfois, certains gestes sont difficiles à réaliser ce qui conduit la personne à ne plus manger. Il existe, alors, des outils tels que des couverts adaptés aux déformations ou aux difficultés physiques. Des alternatives à la préparation des repas peuvent être envisagées comme le portage de repas à domicile ou la consommation des repas dans des structures collectives.
- **Repérer des cas de maltraitance** : La maltraitance peut être d'origine diverse (non-respect des droits, brutalités, abus de confiance, ...) et avoir pour conséquence, isolement et souffrance physique et psychique. Elle est source de sanctions par la loi. Si le cas se présente, un appel à des professionnels est possible en composant le 3977. Ces derniers écoutent la victime, la soutiennent et l'orientent vers des acteurs de proximité. Ensuite, une analyse des cas est effectuée par les instances. Elles évaluent également les conditions de travail, les formations, le management et l'organisation de la structure responsable. Par la suite, un plan d'action est mis en place ainsi qu'un suivi pour prévenir de nouveaux cas.

2.6 Les dispositifs d'appui à la coordination

Plusieurs dispositifs d'appui au parcours de santé existent au sein d'un même territoire.

- **Le CLIC**
- **Les réseaux de santé**
- **Les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins (MAIA) :** cette méthode mise en place par la CNSA, coordonne les différents services d'aides et de soins destinés à une personne dépendante afin d'assurer sa prise en charge. Elle intervient également, dans l'information, le conseil, l'orientation et le soutien. Pour répondre aux différentes demandes, plusieurs outils sont mis à leur disposition : **un formulaire d'évaluation multidimensionnel** (pour évaluer les besoins de la personne âgée), **un plan de service individualisé** (pour définir et planifier les différentes interventions) et **un système d'information partagée** (permet une communication entre les acteurs du territoire afin d'assurer une continuité du parcours de soin). Au 28 mai 2021, 352 dispositifs sont retrouvés sur le territoire français (ce qui recouvre 98% du pays). (90)
- **La coordination territoriale d'appui :** elle fait partie du **dispositif « parcours de santé des aînés en risque de perte d'autonomie » (PAERPA)** mis en place en 2014 par le ministère des affaires sociales et de santé. Elle assure la **coordination entre les interventions et entre les intervenants**. C'est une plateforme d'information et d'orientation, accessible aux sujets âgés, son entourage, son aidant et sollicitée par les professionnels du secteur médical, social et médico-social présents sur le territoire pour connaître les différents services ou structures existantes (nombres de places au sein d'un EHPAD, aides, etc). Elle s'intègre au sein des structures déjà existantes sur le territoire (CLIC, réseaux, etc...). (91)
- **Les plateformes territoriales d'appui (PTA) :** elles sont mises en place par l'Agence Régionale de Santé (ARS) suite à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (92), sous l'initiative des professionnels afin d'améliorer la cohésion entre les dispositifs d'appui existants pour créer un guichet unique. Leur objectif est d'assurer une meilleure organisation des soins offerts au patient et de venir en aide aux professionnels dans les situations complexes. Ces plateformes peuvent être

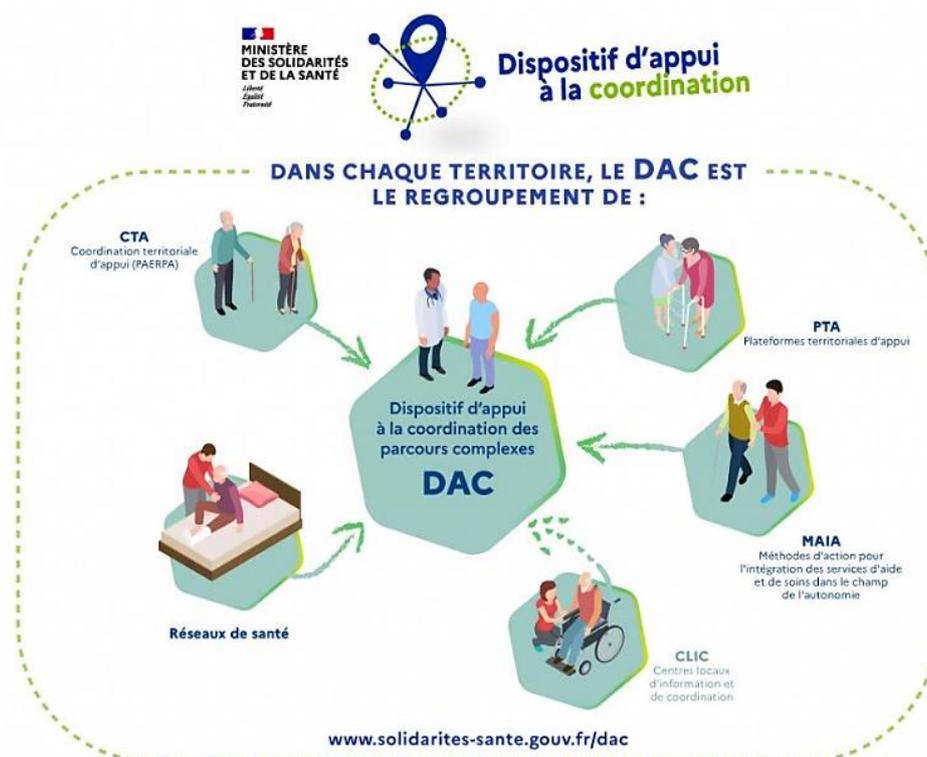
déclenchées par le médecin traitant ou les professionnels intervenant au domicile après information du médecin traitant. (93)

La compréhension de l'intérêt et du rôle de chacun de ces dispositifs étaient peu claires ce qui a entraîné des confusions et complexifié le parcours de soin et la recherche d'informations aboutissant, dans certains cas, à des échecs. L'expérimentation du PAERPA a été un véritable flop à cause des exigences administratives où un cahier des charges devait être élaboré. Ainsi, majeure partie du financement de ce dispositif a donc servi à payer l'ensemble de cette paperasserie conduisant, par conséquent, à son échec (94). C'est pourquoi, il est envisagé, par l'ARS, d'unifier, d'ici **juillet 2022**, l'ensemble de ces dispositifs sous le même nom de « **dispositif d'appui à la coordination** » (DAC). Cependant, pour que cette innovation soit une réussite, il faudrait revoir l'abondance administrative (inutile d'ailleurs pour les patients), afin d'éviter un échec identique au PAERPA. L'entrée du CLIC dans le DAC se fera sur décision du département (95). L'objectif est que l'ensemble des territoires soient couverts par un DAC. Il sera alors, **l'interlocuteur unique**. Il aura la responsabilité d'orienter, d'informer et d'accompagner professionnels et patients. Les missions que devra donc remplir ce dispositif sont les suivantes :

- Servir d'appui aux professionnels du secteur médical, social ou médico-social notamment dans le cas de situations complexes et leur fournir des réponses adaptées et coordonnées.
- Répondre aux questions des patients et des aidants et simplifier leur parcours de santé par la mise en place d'une coordination entre les intervenants.

Selon les chiffres de novembre 2021, 119 DAC sont constitués ou en cours de constitution.

Figure 11 : Schéma expliquant le dispositif d'appui à la coordination (DAC) (95)



3 L'aménagement de l'habitation et les aides techniques

L'aménagement du logement via des aides techniques est indispensable pour maintenir la personne à son domicile et garantir son confort. Selon le livre « Repenser le maintien à domicile », de 2014 écrit par Bernard Ennuyer (21), les aides techniques correspondent à « *tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel* ».

Cet aménagement, adapté selon l'ergonomie et l'évolution de l'état général, modifie le lieu de vie pouvant, alors, impacter psychologiquement puisque c'est le lieu d'identification de la personne qui est transformé (elle peut ne plus se sentir chez elle si les modifications sont conséquentes). Ainsi, ce changement peut être difficilement accepté. Il faut, alors, faire preuve de tact et d'empathie en commençant par expliquer au patient l'intérêt de ces modifications et leur bénéfice sur sa qualité de vie tout en insistant sur le fait que ses habitudes de vie seront préservées. Une fois que ceci est acquis, il faut lui décrire les

adaptations qui seront faites et obtenir son avis afin de faciliter l'acceptation du changement. Une fois l'accord obtenu, l'aménagement doit se faire progressivement afin de maintenir l'équilibre de la personne et éviter les chamboulements brutaux. Elle s'habitue au fur et à mesure à ce nouveau logement.

Les principales aides techniques utilisées sont des aides à la mobilité. Il peut s'agir de canne, déambulateur, fauteuil roulant, barre d'appui, rampes etc, souvent utilisés pour prévenir les chutes. Parmi les autres aides les plus souvent demandées, nous retrouvons les dispositifs pour améliorer l'audition, les protections pour l'incontinence urinaire ou encore tout ce qui est nécessaire à l'hygiène.

Des règles sont à prendre en compte pour faciliter les déplacements et les activités :

- Supprimer tout ce qui est facteur de perte d'équilibre et d'obstacle au déplacement : attention au tapis, sol glissant, escaliers, fils électriques, objets à terre, etc.
- Mettre en place des aides au déplacement (barre d'appui, rampe d'escalier).
- Eclairer le logement : bien éclairer les endroits sombres, installer des veilleuses pour sécuriser les déplacements la nuit. Mettre des repères de couleurs, placer les objets au même endroit pour ne pas perturber la personne.
- Sécuriser la cuisine via des systèmes prévenant les brûlures et autres accidents domestiques (plaques électriques, four micro-onde).
- Equiper la salle de bain pour éviter les chutes (tapis adhésif, barre d'appui). Des sièges peuvent être installés devant le lavabo ou dans la baignoire. Si la perte d'autonomie devient trop importante avec difficulté à se doucher, le remplacement de la baignoire par une douche sera le meilleur choix pour simplifier l'accès et éviter toute chute.
- Penser aux aides techniques qui facilitent le quotidien (brosse avec un manche long pour se laver le dos, téléphone à grosses touches sans fils sur lequel peuvent être notés des numéros importants).

Le travail de l'aidant ou des professionnels peut être facilité via la mise à disposition de lit médicalisé, de soulève malade, fauteuil roulant, chaise de transfert, etc. Ces aides réduiront les conséquences physiques du rôle d'aidant. (7)

De plus, de nouveaux équipements existent pour sécuriser le senior isolé, son domicile afin de limiter les angoisses pour la personne et pour son entourage. Par exemple, des systèmes de téléalarmes, des dispositifs de détection de chutes ou des instruments de géolocalisation ont été développés. Cependant, ces aides sont intrusives et nécessitent donc le consentement éclairé de la personne, le respect de sa vie privée et de sa dignité. Le professionnel s'engage donc à respecter les règles de bonnes pratiques qu'il doit mettre en vigueur. Malheureusement, ces différents outils d'aide technique sont peu connus de la population d'où le rôle majeur des ergothérapeutes, des pharmaciens et autres professionnels intervenant à domicile comme nous avons pu le voir précédemment.

Ces différentes aides réduisent, ainsi, les dépenses de la personne âgée et les dépenses économique de la santé. Si nous prenons l'exemple du dispositif de géolocalisation, il permettra de retrouver rapidement une personne disparue et évitera les hospitalisations coûteuses ou même les décès.

La perte d'autonomie et le MAD permettent de créer de nouveaux marchés. Ces deux aspects sont source de réflexion et doivent être intégrés dans les nouvelles constructions (de maison, bâtiments, etc) et dans l'aménagement des territoires. Ces derniers s'adaptent, de plus en plus, au vieillissement avec l'installation de rampes, la construction de toilettes publics handicapés ou la mise en place de la téléconsultation ou d'aides pour l'accès aux transports. (21), (24)

4 Les alternatives au maintien à domicile

4.1 Les principales causes du changement de milieu de vie

Six causes principales sont rapportées par l'aidé, l'aidant ou les professionnels du domicile expliquant les raisons d'un déménagement du domicile principal (14) :

- **Moins de responsabilités :**
 - Pour la personne âgée : elle ne sera plus responsable de l'entretien de l'habitat, des réparations et des travaux à réaliser. Selon le logement choisi et les services proposés, il y aura moins de repas à préparer est également un avantage.

- Pour l'entourage et/ou l'aidant qui n'a pas suffisamment de temps pour s'occuper de son proche en plus de son travail et de sa vie personnelle.
- **Sécurisation physique et psychique :**
 - De la personne dépendante : notamment lorsqu'elle est isolée géographiquement, elle est plus rassurée de se savoir entourée. Pour les personnes souffrants de démence, une sécurisation est assurée dans certains logements avec, à l'entrée, des gardiens qui contrôlent les sorties (c'est également rassurant pour l'entourage).
 - De l'aidant : il se sent rassurée de savoir qu'une aide quotidienne est présente au côté de son proche pour répondre, au moment voulu, à ses besoins.
- **Faciliter l'accès aux services et aux activités :** se rapprocher des zones dynamiques, des commerces (les établissements sont, souvent, construit à proximité des commerces). Résider en établissement permet de voir du monde et de faire des activités collectives.
- **Avoir une habitation adaptée aux besoins et à la dépendance.**
- **Bénéficier de soins et/ou d'une surveillance permanente** (de jour comme de nuit).
- **Remplacer un aidant épuisé.**

4.2 Les structures intermédiaires au domicile et à l'établissement

Avant le placement définitif en établissement, des hébergements intermédiaires entre le domicile et l'établissement ont été créés pour les personnes en perte d'autonomie ne pouvant plus, à titre temporaire ou définitif, résider seules à leur domicile. Ces structures sont également des solutions pour relayer l'aidant (22). Elles ont l'avantage de **combiner le principe du domicile et les différents services proposés par les établissements** (28).

Une fiche générale et une fiche patient résumant ces différentes structures seront disponible en annexe (annexe VI et VII).

4.2.1 Les résidences autonomes et les résidences services

Ce sont des hébergements réservés aux personnes âgées indépendantes ou légèrement dépendantes, souhaitant bénéficier d'aides ou de services. Ils sont constitués de **logements individuels** et **privés** mais également **d'espaces communs collectifs**. Ces

résidences permettent de vivre dans un environnement sécurisé en bénéficiant de différents services collectifs permettant de préserver les relations sociales tout en restant indépendantes. Elles sont principalement construites à proximité des commerces, transports ou autres services pour faciliter l'accès des résidents. (96)

4.2.1.1 Les résidences autonomes

La réglementation de ces résidences suit celle des établissements et celle des services sociaux et médico-sociaux. Principalement destinées aux personnes âgées **autonomes** (certains peuvent occasionnellement avoir besoin d'aide), ces **résidences autonomes**, retrouvées avant sous le nom de **foyer-logement**, correspondent à des petits studios indépendants (F1, F2 et parfois F3) proposant, selon les volontés de chacun, des services collectifs.

Cependant, suite à la loi d'ASV, ces résidences autonomes peuvent, en place limitée, accueillir des patients dépendants, en perte d'autonomie et doivent donc, s'adapter au niveau de leur projet de soin, à l'accueil de ces patients. Dans le cas où des soins sont nécessaires, ce sont des professionnels extérieurs qui interviennent.

Un contrat de séjour est signé entre les deux parties lors de l'entrée dans la résidence. Leur gestion est assurée par des organismes publics (tels que le CCAS par exemple) ou par des organismes à but non lucratif. Une évaluation de la qualité de leurs services est faite par le **conseil départemental**. Le tarif correspond à un loyer avec charges auquel il faut ajouter les services apportés à la personne (si c'est le cas). En effet, certains services sont directement compris dans le loyer et d'autres non. Pour les résidences habilitées, le résident peut prétendre à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), à condition d'être éligible. D'autres aides peuvent aider à financer ce loyer : l'APA ou les aides au logement.

La liste des résidences autonomes est disponible sur : [Annuaire des résidences autonomie | Pour les personnes âgées \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#). (22), (97)

Dans un rayon de 20 km autour de Saint Eloy, nous retrouvons 4 résidences autonomes sur les communes de Saint Eloy les Mines, Saint Gervais d'Auvergne et Bellenaves.

4.2.2 Les résidences services

Ces résidences **ne font pas parties des établissements sociaux et médico-sociaux**. Ce sont des ensembles de logements privatifs pour les personnes âgées où sont proposés des services collectifs. Leur mission est de fournir des services individuels ou collectifs (payés par tous les résidents) afin de garantir le bien-être et le confort des résidents. Les résidents peuvent également faire appel à des services extérieurs comme il le ferait à domicile (aide-ménagère, SSIAD, etc). Elles sont composées d'appartements ou de pavillons individuels et elles mettent à disposition des espaces collectifs. Leur gestion est assurée par des organismes privés, ainsi le résident est locataire ou propriétaire. L'avis des résidents concernant les services proposés est pris en compte avec la création d'un conseil de résidents.

Le tarif correspond à un loyer avec charges, auquel il faut ajouter l'abonnement pour les services apportés. Ici, le résident **ne peut pas prétendre à l'ASH** puisque, contrairement aux résidences autonomes, elles n'ont pas un intérêt social. (96), (98)

4.2.3 L'accueil familial

Alternative au domicile pour les personnes âgées qui ne peuvent plus répondre à leurs besoins seuls mais qui ne veulent pas aller en établissement, l'accueil familial consiste en l'hébergement du sénior dépendant par un « **accueillant familial agréé** ».

Pour être éligible à l'accueil familial, deux conditions sont à remplir par le bénéficiaire :

- N'avoir **aucun lien de parenté** avec la personne accueillante
- **Ne pas avoir une forte dépendance** ; celle-ci devant être compatible avec les capacités de l'accueillant

L'agrément de la personne et du lieu d'accueil est délivré par le président du conseil départemental pour une durée de cinq ans, pour un maximum de trois accueillis simultanément et dans la limite de huit contrats au total.

Un contrat d'accueil est signé entre l'accueillant et l'accueilli, au plus tard le jour de l'arrivée. Ce contrat reprend les obligations de chacun, les conditions matérielles, les modalités de financement et de remplacement de la personne accueillante. Il donne les clauses de l'accueil : temps complet ou temps partiel, temporaire ou répétitif. Un exemplaire doit être envoyé aux services départementaux. Toute modification faite doit être signalée et transmise au conseil départemental.

Les indemnités à payer sont les suivantes :

- **Indemnité aux frais d'entretien** : elles dépendent des besoins de la personne (nourriture, produits d'hygiène, etc).
- **Indemnité de frais d'occupation** : correspondent à la mise à disposition des pièces de l'habitation. Elle prend en compte la taille des pièces et de leur qualité et est fonction des prix moyens de location dans le secteur où se situe le logement. Le service départemental peut contrôler le montant, souvent négocié entre accueilli et accueillant.
- **Indemnité** dans le cas où l'accueilli présente un handicap ou nécessite une présence quasi permanente de l'accueillant.

Après avoir obtenu l'accord de l'accueillant, c'est le Centre National Chèque Emploi Service Universel (CNCEU) qui est chargé de la gestion des déclarations, des calculs des différentes cotisations et du prélèvement des celles-ci sur le compte bancaire des accueillis.

Des aides peuvent être versées à la personne accueillie telles que l'aide au logement, l'aide social du département, l'APA du domicile ou encore les crédits d'impôts.

L'accueillant pourra, lui, bénéficier de crédits d'impôts pour avoir adapté son logement aux aptitudes de l'accueilli.

Cependant, les accueillis ne seront **pas éligibles aux aides versées par les caisses de retraite**. Pour trouver les accueillants familiaux disponibles, il faut consulter les services du département. (22), (99)

4.2.4 Les petites unités de vie et les logements collectifs

Ce principe des **petites unités de vie** (PUV), conçu dans les années 80, est simple : regrouper des personnes souffrants d'un isolement social et n'ayant pas suffisamment de ressources pour financer des aides intervenant à domicile. Cette structure dispose d'environ 25 places. Ainsi, en se regroupant à plusieurs, le tarif des différents services sera divisé entre les locataires. Les PUV correspondent, au final, à des petits EHPAD à partir du moment où ils ont signé une convention avec l'ARS et le département. Le fonctionnement et les aides sont donc les mêmes que pour les EHPAD. Dans le cas où la convention n'est pas signée mais qu'il

Il y a intervention de professionnels libéraux et à de services de soins à domicile, les résidents prétendent à l'APA à domicile et non à l'APA en établissement, comme le font les résidents d'une structure conventionnée.

A côté de cette vie collective, chaque résident a son propre logement et pourra, donc, avoir sa vie personnelle et conserver son intimité. Ces logements correspondent à des T2 (46 m²) pour les couples ou des T1 (30m²) pour les personnes seules. Pour l'admission, un contrôle de l'état général ou neurologique du patient est effectué ainsi qu'une évaluation de son niveau d'autonomie.

Dans certaines zones rurales, comme il est le cas à Marcillat en Combraille (commune située à 20km environ de Saint Eloy les Mines), se sont développées, des petites unités de vie : c'est le **concept MARPA, Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées**. Ce concept est instauré par la Mutualité agricole. Il propose des logements individuels, sous surveillance continue par un vigile et par des systèmes de téléalarme, avec un environnement adapté aux personnes handicapées ou ayant des problèmes de déplacement. Différents services sont offerts et des espaces collectifs sont créés pour renforcer les liens sociaux et lutter contre l'isolement. Concernant l'offre de soin, elle est intégrée aux prestations mais des professionnels externes à l'établissement peuvent également intervenir, sur demande du patient.

Le cout moyen est de 1300 euros par mois, tout compris (loyer, services, charges). Il est possible de prétendre à des aides tels que l'aide personnalisée au logement (APL), l'ASH ou encore l'APA, en fonction du revenu et du niveau de dépendance. (21), (100) (101), (102)

4.2.5 De nouveaux habitats intermédiaires

Un projet de création de nouveaux habitats pour personnes âgées est soulevé en 2011. Trois formes d'habitation sont envisagées : les habitats regroupés, les habitats intergénérationnels et les habitats inclusifs.

Les **habitats regroupés** : ce sont de petits logements **indépendants**, situés dans l'environnement géographique connu de la personne âgée, au cœur du centre-ville. Plusieurs services sont proposés et des espaces communs sont accessibles favorisant ainsi les

rencontres : ce sont des logements à vocation **sociale**. Ces logements sont plus sécurisants et plus conviviaux pour la personne âgée prévenant ainsi l'isolement par rapport à son domicile. Ils sont souvent réservés aux personnes à faibles revenus (103).

Les habitats intergénérationnels : comme son nom l'indique, nous retrouvons dans un même logement, plusieurs générations. Ceci permet de renforcer les liens et favoriser le partage entre les générations. Exemple d'habitat intergénérationnel (de plus en plus développé) : une personne âgée accueille dans son logement un étudiant. En contrepartie, l'étudiant aide la personne âgée dans les tâches de la vie quotidienne et la surveillance notamment la nuit (21). Il peut également s'agir d'un immeuble intergénérationnel composé d'étudiants, de familles et de personnes âgées. L'objectif de ce projet est de renforcer la solidarité entre générations, de lutter contre l'isolement des personnes âgées et des étudiants et d'offrir une meilleure qualité de vie aux résidents. Ces logements ont une vocation purement sociale. (104)

Les habitats inclusifs : destinés aux personnes âgées ou handicapées qui souhaitent avoir un logement indépendant tout en ayant une vie en collectivité. Elles proposent un **projet de vie sociale et partagée** établi après concertation de tous les résidents. **Aucun critère spécifique n'est requis pour bénéficier de ce type de logement** (ex : ne prend pas en compte le niveau de dépendance). Chaque résident a un logement individuel et ils peuvent faire appel aux services qu'ils souhaitent. Ils ont accès à des espaces collectifs ce qui favorise les liens sociaux et renforce le « vivre ensemble ». Des actions conviviales peuvent être menées dans le cadre du « projet de vie sociale et partagée » par des animateurs (activités, sorties, etc) pour favoriser la communication entre les résidents. Un financement de ces activités est possible par l'ARS. Ces habitats sont proches des transports, des commerces et des autres services. Leur gestion est assurée par des associations sociales ou médico-sociales, par des mutuelles, des collectivités locales, des habitants ou des bailleurs. Le tarif comprend le loyer et les charges de location pour les locataires. Il est possible de prétendre à l'aide au logement. C'est une offre peu développée en 2022, mais qui risque de s'étoffer d'ici les prochaines années. Pour connaître les habitats inclusifs sur un territoire, il faut s'adresser aux points d'informations locaux pour les personnes âgées. (105)

4.3 Les établissements

Dans le cas où les personnes âgées dépendantes ne peuvent plus résider seules à leur domicile, des structures alternatives d'hébergement existent : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou mes établissements de soins de longue durée (ESLD) notamment, où le fonctionnement, le financement et les aides possibles sont similaires (22).

En effet, ces deux types d'hébergement proposent des soins médicaux, paramédicaux ainsi que des prestations minimales obligatoires, inclus dans le tarif d'hébergement, tels que l'administration, la restauration, le nettoyage, le blanchisserie, un logement équipé, un accès télé mais aussi des animations et des activités d'éducation à la santé et de prévention. D'autres prestations, facultatives, peuvent être proposées selon les établissements. Cependant, elles ne sont pas compris dans le prix d'hébergement. Via ces différents services, leur rôle est d'accompagner les personnes âgées fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie.

Concernant le financement, il est partagé entre **le résident** qui paye le « **tarif hébergement** » et le « **tarif dépendance** » et **l'assurance maladie**, qui, elle, finance le « **tarif soins** ».

Le patient a, donc, à sa charge :

- **Le tarif de l'hébergement** : il est déterminé, dans le cas d'un placement pour raison sociale, par le président du conseil départemental ou, le cas échéant, par le gérant de l'établissement. Le prix varie selon les résidents. En effet, dans son calcul, sont pris en compte le confort et le nombre de personnes qui occupent l'hébergement. Par souci d'équité au niveau des tarifs entre les établissements, une liste de prestations minimales obligatoires dans toutes ces structures d'accueils est établie suite au décret du 30 décembre 2015 n°2015-1868 : « **socle de prestations** » disponible sur [Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#) annexe 2.3.1. . Le montant, indépendant du niveau de dépendance, est reporté dans le **contrat de séjour** que le patient signe

lors de son entrée dans l'institution. Les résidents classés GIR 5 ou 6 peuvent faire une demande d'aide sociale à l'hébergement.

- **Le tarif pour la dépendance** : réévalué chaque année, ce tarif est fixé par le conseil du département pour chaque établissement et selon le **niveau de dépendance** de la personne âgée. Il est plus élevé pour les personnes les plus dépendantes classées GIR 1 ou 2. Pour les GIR 1 à 4, une partie de ses frais peut être pris en charge par l'APA selon le niveau de ressource du résident. Il restera, dans tous les cas, une partie de ce tarif dépendance à la charge du résident : c'est le « **ticket modérateur** ». Pour déterminer le montant de ce ticket, il faut déduire, du tarif dépendance, les aides financières attribuées au résident.

L'assurance maladie, elle, finance le « **tarif soins** » qui inclue le matériel médical mis à disposition et le personnel.

Un comparateur du prix et des prestations entre les différents établissements est disponible sur le site web : [Annuaire des établissements | Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#).

Pour aider les personnes âgées à régler les différents frais, elles peuvent recourir à plusieurs aides financières cumulables en fonction de leurs ressources et de leur niveau de dépendance :

- **L'APA** en établissement qui s'applique sur le tarif de dépendance.
- **L'aide au logement** : allocation de logement social (ALS) ou l'APL qui finance le tarif d'hébergement
- **L'ASH** pour les résidents d'un EHPAD habilité.

Les résidents imposables peuvent bénéficier d'une réduction fiscale. Les EHPAD acceptent les paiements par chèque énergie, remis au gestionnaire de l'établissement. Malgré les aides, le reste à charge est souvent élevé et il représente un des freins à la mise en établissements.

Des informations complémentaires sont disponibles sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr ou en s'adressant auprès des CLIC (22). Une fiche générale et une fiche patient ont été établies, nous les retrouverons en annexe VIII et IX.

4.3.1 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Nommé auparavant « maison de retraite », les EHPAD accueillent les personnes âgées dépendantes de façon permanente ou temporaire, à temps complet ou partiel. Pour être éligible à ces institutions, il faut être dépendant et âgé de 60 ans ou plus.

Au sein de ces structures d'accueil, différentes catégories de professionnels sont présentes, avec, à minima :

- Un médecin coordonnateur.
- Un ou des infirmiers du diplômé d'Etat.
- Des aides-soignantes.
- Des aides médico-psychologiques.
- Des professionnels psycho-éducatifs.
- Des accompagnants éducatifs et sociaux.

Chaque EHPAD accueille, en moyenne, 50 à 120 résidents.

La demande de mise en institution dans un EHPAD se fait sur dossier disponible sur www.service-public.fr ([cerfa 14732.do](http://cerfa.14732.do) (service-public.fr)) ou directement en ligne sur [ViaTrajectoire accès Particuliers | Site officiel | Orientation en EHPAD, Résidence autonomie, USLD \(sante-ra.fr\)](#). Lorsque la demande est effectuée en ligne, il est possible de transmettre le dossier à différents établissements de façon simultanée (contrairement au dossier papier, où il faut envoyer un dossier par établissement). Lorsqu'une place se libère, la personne est contactée par la direction de l'établissement. Après avis rendu par le médecin coordonnateur de l'établissement, l'admission, ou non, est prononcée par le responsable de l'établissement. Un « contrat de séjour » est signé entre les parties lorsque l'hébergement est supérieur à 2 mois. Dans ce contrat sont mentionnés les objectifs de la prise en charge, les prestations proposées, les conditions de séjour ainsi que les conditions de financement.

Une fois placé, un « projet d'accompagnement personnalisé » est établi par les professionnels en collaboration avec le résident et la personne de confiance qu'il a choisi.

La liste des EHPAD est disponible dans l'annuaire des EHPAD consultable via le lien pour-les-personnes-agees.gouv.fr. 8 EHPAD ont été construits autour de Saint Eloy les Mines (4 dans l'Allier et 4 dans le Puy de Dôme).

Exemple d'EHPAD : L'EHPAD de Montaigut en Combrailles (EHPAD le plus proche de Saint Eloy les Mines) (106) : c'est un hébergement pour un accueil **permanent**, uniquement, d'une capacité de 50 à 100 résidents. Le tarif minimal est de 1 813,80€ par mois. Le résident peut prétendre à l'APA, l'ASH et l'APL. Le **tarif hébergement par jour** est de 54,96 euros.

Le **tarif dépendance, par jour**, est fonction du niveau de dépendance :

Tableau IV : le tarif hébergement de l'EHPAD de Montaigut en Combraille en fonction du niveau de dépendance :

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6
Tarif	20,48 €	13,00 €	5,51 €

A la suite du scandale ORPEA d'avril 2022 et des autres scandales actuels (scandale Korian de juin 2022 notamment), ce type d'hébergement va représenter, certainement, dans les prochains jours, la solution d'hébergement de dernier recours. En effet, concernant le scandale ORPEA, une plainte a été déposée début avril contre ce groupe privé gestionnaire d'EHPAD (classé n°2 des maisons de retraite en France) pour maltraitance envers les résidents et détournement des fonds publics d'une valeur de plusieurs millions d'euros (107). La priorité de ce groupe était, selon les rapports de Le Monde (108), « la performance financière » où la prise en charge médicale, les soins, les repas, l'hygiène étaient restreints pour améliorer la rentabilité de la structure tout en appliquant des tarifs excessifs. La qualité des services rendus n'était pas une priorité. 70 plaintes de famille ont été déposées à l'encontre de ce groupe

4.3.2 Les établissements de soins de longue durée (ESLD)

Ils appartiennent **au réseau public**. Les établissements de soins de longue durée sont des unités réservées aux personnes nécessitant une **surveillance médicale continue** puisque les moyens médicaux déployés dans ce type de structure sont beaucoup plus importants que dans les EHPAD. Le fonctionnement est le même que les EHPAD : aide à la vie quotidienne et réalisation de soins.

Il peut s'agir d'une **chambre** au sein d'une **résidence intermédiaire** pour personne souffrant d'une **perte d'autonomie modérée** ou d'une **chambre** dans un **centre d'hébergement et de soins de longue durée** (CHSLD) destinées aux personnes souffrant d'une **perte d'autonomie sévère**. Dans les deux cas, **toutes** les aides sont proposées. Pour pouvoir accéder à ces logements, en plus de respecter le critère du niveau de dépendance, une évaluation de la personne doit être faite par le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) afin de déterminer son orientation. L'admission a généralement lieu après une hospitalisation ou après un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR). Il est toutefois possible d'avoir accès à cet établissement directement après le domicile dans le cas où le médecin traitant en fait la demande expresse.

Ce type d'hébergement doit être la stratégie de dernier recours. Toutes les méthodes doivent auparavant être essayées.

Les ESLD existants sont consultables sur l'annuaire du site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr (109). Le ESLD le plus proche de Saint Eloy les Mines est situé à Montluçon (03). Il s'agit du centre de soins longue durée Courtrais. Nous pouvons, aussi, citer celui de Cébazat (centre hospitalier universitaire de Clermont Ferrand), celui de Durtol (Unité de Soins de Longue Durée (USLD) Clinique du Grand Pré) ou encore celui de Vichy (USLD du Centre hospitalier de Vichy).

5 Les aides financières

La dépendance entraîne un coût réel qui peut être contraignant, **financièrement**, pour certaines familles. Prendre contact avec le service social est recommandé afin de connaître les aides et les services adaptés disponibles pour soutenir la personne en perte d'autonomie et de la maintenir à domicile. **La majorité d'entre elles sont versées par le conseil départemental.** Les autres financeurs sont la CNSA, la caisse de retraite et la sécurité sociale. La CNSA a attribué 32,2 milliards d'euros, en 2021, pour soutenir l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap (10).

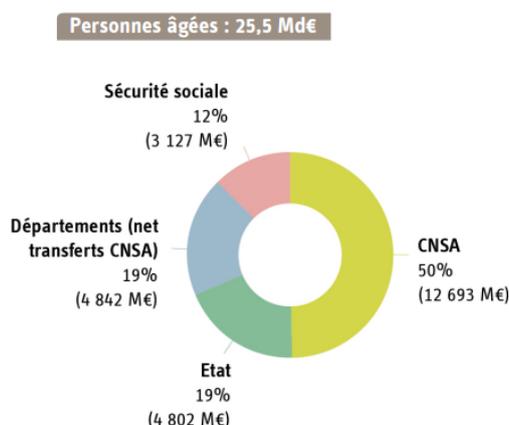
Créée en 2005, la CNSA a plusieurs missions (110) :

- Financer l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en contribuant, notamment, au financement de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH).
- Garantir une prise en charge équitable sur les territoires.
- Jouer un rôle d'expertise, de partage d'information et mettre en place des activités et des animations.
- Informer les personnes âgées et leur famille.
- Faire des recherches autour de la perte d'autonomie.

Ainsi, la CNSA a un double rôle : un rôle de « **caisse** » en intervenant dans les différents moyens de financement et un rôle de **lieu d'information**.

En 2019, la répartition du financement des aides à l'autonomie entre les différents organismes publics est la suivante (10) :

Figure 12 : Schéma représentant la répartition du financement des aides entre les différents organismes financeurs :



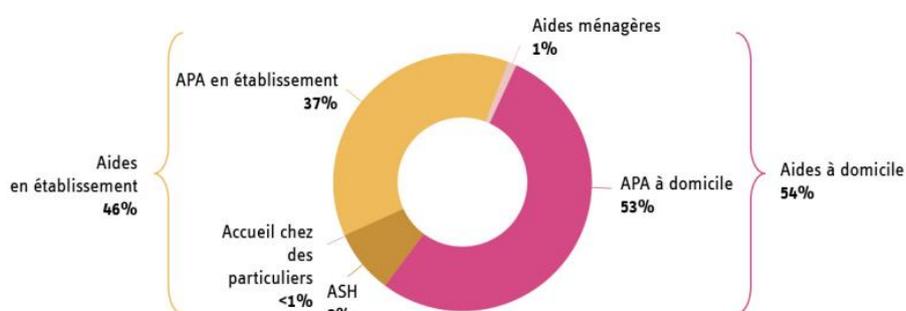
Est, notamment, compris dans la portion « sécurité sociale » le coût des soins de ville.

Suite à la loi ASV, la CNSA verse en plus, au département, deux autres concours financiers :

- Le « **forfait autonomie** » : dont le but est de soutenir les actions de prévention mises en place au sein des résidences autonomes.
- Le « **autres actions de prévention** » : pour favoriser les conférences des différents financeurs et le développement d'action de prévention.

Les aides sociales versées aux personnes âgées à domicile ou en établissement, selon le nombre de bénéficiaires, sont réparties de la façon suivante :

Figure 13 : Schéma représentant la répartition des aides financières selon le lieu d'hébergement



L'allocation personnalisée d'autonomie est versée à **1 333 541 personnes âgées** dont 785 320 habitants à leur domicile.

5.1 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Au 31 décembre 2018, 17,2 millions de personnes ont 60 ans et plus. Parmi eux, **7,7%** bénéficient de l'APA, ce qui représente 1,3 millions de personnes : ainsi, il s'agirait certainement de l'aide **la plus importante** des aides existantes (11).

Cette aide est versée par le **département**. Une fois la personne décédée, elle est **non récupérable sur succession**.

Il existe deux types d'APA : **l'APA à domicile** et **l'APA en établissement** qui présentent des points communs et des différences (22), (111), (112) :

Tableau V : Comparaison entre APA à domicile et APA en établissement :

	APA à domicile	APA en établissement
Rôle	Financer les dépenses nécessaires au MAD .	Financer le tarif dépendance .
Critères d'éligibilité	<ul style="list-style-type: none"> - Etre âgé d'au moins 60 ans et avoir une perte d'autonomie - Vivre en France ou posséder la carte de résident en France ou un titre de séjour - Ne pas bénéficier des aides suivantes : allocation simple d'aide sociale, aides des caisses de retraite, aides finançant une aide à domicile. 	
	Résider à domicile , chez un proche, chez un accueillant familial, dans une résidence autonomie ou dans une PUV	Résider, en France, dans un établissement , hébergeant plus de 25 séniors (en dessous, c'est l'APA à domicile qui doit être demandée)
Demande	Des renseignements et le dossier de demande peuvent être obtenus auprès de la mairie, du conseil général, du CLIC et des services sociaux. Le dossier complet est ensuite envoyé aux services du département.	Pas d'envoi de dossier si l'établissement perçoit une dotation globale d'APA ou si l'établissement est localisé dans le même département que le domicile où est resté la personne pendant plus de 3 mois avant la mise en établissement ou en structure. Sinon la demande se fait de la même façon que pour l'APA à domicile.
Attribution	Evaluation du degré de dépendance, des besoins et de la situation du demandeur par un professionnel de l'équipe médico-sociale au domicile de la personne. Il évalue, également, la situation et les besoins de l'aidant. Un plan d'aide est ensuite établi par l'évaluateur (d'autres prestations peuvent être recommandées mais elles ne seront pas prises en charge par l'APA). Pour les GIR 1, 2, 3 ou 4, l'aide peut financer une aide à domicile, un accueillant familial, l'adaptation de l'habitat ou les accueils temporaires. Les personnes classées en GIR 5 ou 6 ne peuvent bénéficier de cette aide . La personne âgée a 10 jours pour accepter ou proposer des modifications.	Evaluation du degré de perte d'autonomie par l'établissement d'accueil . L'APA est accordée pour les GIR 1 à 4

Montant	<p>Dépend des ressources et du niveau de dépendance. Un refus pour ressources trop élevées est interdit. Le montant correspond à la différence entre la valeur du plan d'aide mis en place et la participation financière qui correspond au reste à charge de l'aidé.</p> <p>La valeur maximale de l'aide, par mois, dépend du GIR :</p> <table border="1" data-bbox="411 414 837 593"> <thead> <tr> <th>GIR</th> <th>Montant maximal par mois en euros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GIR 1</td> <td>1807,89</td> </tr> <tr> <td>GIR 2</td> <td>1462,08</td> </tr> <tr> <td>GIR 3</td> <td>1056,57</td> </tr> <tr> <td>GIR 4</td> <td>705,13</td> </tr> </tbody> </table>	GIR	Montant maximal par mois en euros	GIR 1	1807,89	GIR 2	1462,08	GIR 3	1056,57	GIR 4	705,13	<p>Finance le tarif dépendance. Une participation financière peut être demandée selon les revenus.</p>
GIR	Montant maximal par mois en euros											
GIR 1	1807,89											
GIR 2	1462,08											
GIR 3	1056,57											
GIR 4	705,13											
Versement	<p>Chaque mois, versement de la partie qui finance les aides régulières.</p> <p>Ponctuellement, versement de la partie destinée à rémunérer les dépenses dues à l'adaptation du logement, aux aides techniques, à l'accueil temporaire ou aux solutions de répit de l'aidant.</p> <p>Dans certains cas, la contribution peut directement être versée au service d'aide à domicile ou à la structure, à la personne effectuant l'adaptation du logement ou fournissant les aides techniques, à l'accueillant temporaire ou aux structures de répit.</p>	<p>Directement à l'établissement sauf si le bénéficiaire demande à ce qu'elle soit versée sur son compte.</p> <p>En cas d'urgence médicale ou sociale, versement de l'APA, pendant 2 mois maximum à hauteur de 50% du tarif dépendance, appliqué à un GIR 1 ou 2. Attention, le montant est déduit, ensuite, des APA ultérieures.</p>										
Déclaration	<p>Une déclaration du bénéficiaire, à envoyer aux services du département, est obligatoire en indiquant le salarié ou le service d'aide à domicile intervenant.</p>	<p>Pas de déclaration</p>										
Révision du montant	<p>Le montant peut, cependant, être revu à la hausse pour répondre au besoin de répit du proche aidant et financer une structure temporaire ou pour payer une solution relais si l'aidant vient à être hospitalisé. Deux conditions doivent être validées : l'aidant est indispensable et aucune personne ne peut le remplacer. La majoration maximale par an est de 510,26€ pour un besoin de répit et de 1 013,77€ par hospitalisation.</p> <p>Le montant perçu peut être réévalué sur demande de la personne, du proche aidant ou du représentant légal, si la situation personnelle ou financière de l'aidé ou de l'aidant a changé.</p>											
Imposition	<p>Exonération d'impôts Pour le domicile : déclarer le reste à charge, possible crédit d'impôt.</p>											

NB : il existe également la PCH : c'est une aide versée par le **conseil départemental** pour financer les dépenses induites par la perte d'autonomie (aménagement du domicile ou du véhicule, aides humaines, matérielles, etc). Elle est attribuée aux personnes de **moins de 60 ans** ou ayant 60 ans ou plus mais qui remplissent les conditions d'attribution avant 60 ans. Elle est **non cumulable avec l'APA**. La PCH est versée à vie si les conditions de santé ne s'améliorent pas sinon elle est attribuée pour 10 ans. Ainsi, au-delà de ces 10 ans, en cas de besoin, l'APA peut être demandé.

5.2 L'aide-ménagère à domicile

Cette aide sociale est versée par le **département** et, à défaut, par la **caisse de retraite**. Elle permet de financer une **aide à domicile** sans condition de tâche obligatoire à effectuer. La durée d'intervention de l'aide à domicile est déterminée par le département selon les besoins mais ne doit pas être supérieure à **30h/mois** (ou 48 heures si elle intervient pour les deux membres du couple). Elle n'est **pas cumulable avec l'APA**.

Pour bénéficier de l'aide, les conditions suivantes doivent être respectées :

- Avoir minimum 65 ans.
- Présenter des difficultés à accomplir les tâches de la vie quotidienne nécessitant une aide pour rester à domicile : être classé GIR 5 ou GIR 6.
- Avoir des revenus inférieurs à 916,78€/mois pour une personne seule ou inférieurs à 1423,31€/mois pour une personne vivant en couple.

A défaut de remplir les critères d'âge ou de ressource, une personne retraitée peut faire la demande auprès de sa caisse de retraite, qui fixe, elle-même, les conditions d'attribution.

La demande se fait auprès de la mairie, au service du CCAS. Le montant est fonction des revenus. Un reste à charge peut être demandé au bénéficiaire. Le versement est effectué directement au service d'aide à domicile s'il est habilité à l'aide sociale, sinon à la personne elle-même, si elle emploie un salarié (une présentation de justificatif de dépenses de l'aide perçue est réclamée).

C'est une aide **recupérable sur succession**, par le département, après le décès, à condition que la succession soit supérieure à 46 000€. (22), (113), (114)

5.3 Les aides versées par les caisses de retraite

5.3.1 Les aides à l'aménagement du logement

Les caisses de retraite proposent, en plus des aides matérielles, des aides financières aux personnes âgées fragiles. Il s'agit du dispositif « **Bien vieillir chez soi** » (115). C'est une **aide financière** destinée aux personnes ayant de faibles ressources qui souhaitent rester chez elles et qui ont besoin de réaliser des **travaux de confort ou de sécurité** dans leur logement

(régime général et fonction publique). La participation de la caisse de retraite est comprise entre 37 % et 65 % du montant des travaux dans la limite de **3 500 €**. Ce sont les ressources qui déterminent la part à laquelle nous pouvons prétendre.

Le demandeur doit contacter la caisse de retraite dont il dépend pour connaître les aides existantes (elles sont également disponibles sur le site internet). Elle proposera des aides adaptées aux ressources et à la situation du patient après évaluation de ses besoins à son domicile. **Aucun critère d'âge n'est requis**. D'autres aides peuvent intervenir comme les aides de **l'ANAH** (Agence Nationale de l'Habitat) dans le cadre du dispositif « Habiter Mieux », Les aides sous forme de **crédits d'impôts** en cas de travaux d'isolation ou les aides des **caisses de complémentaires retraite**. Cependant, elle n'est pas cumulable avec certaines prestations : **APA, PCH**.

Les aides disponibles sont attribuées pour :

- **L'amélioration de l'habitat** (voir l'exemple ci-dessous).
- **Le déménagement** : la caisse de retraite peut le financer.
- **Renforcer le lien social** : permet de faire des activités, de partir en vacances. (116)

Pour les personnes dont la retraite est versée par un autre régime que le régime général, d'autres aides peuvent être proposées (22) :

- Des aides pour le financement d'une aide-ménagère, le portage de repas ou la mise en place de la téléalarme sont proposés pour les retraités commerçant ou artisans indépendant et versées par le régime social des indépendants (RSI)
- Des aides pour financer l'ensemble des services qui permettront le MAD des personnes percevant une retraite de la mutualité sociale agricole (MSA)
- Les retraités de la fonction publique peuvent prétendre à l'action sociale et à des prestations telles que des chèques vacances, des aides pour le MAD ou le prêt d'un logement en attendant que celui du demandeur soit adapté à ses incapacités.

5.3.2 Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) remplace, depuis 2006, le **minimum vieillesse**. Elle est versée par la **caisse de retraite**, aux retraités ayant des **faibles revenus** vivants en France et elle est **non cumulable avec l'APA et la PCH**.

Pour bénéficier de cette aide, 5 critères doivent être remplis :

- 1) Etre âgé d'**au moins 65 ans**.
- 2) Résider en France depuis au moins 6 mois ou durant au moins 180 jours de l'année civile.
- 3) Pour les personnes de nationalité étrangère, elles doivent bénéficier d'un titre de séjour les autorisant à travailler depuis au moins 10 ans.
- 4) Avoir fait une demande pour bénéficier de toutes les retraites personnelles et complémentaires qu'il est possible de percevoir.
- 5) Avoir des ressources qui n'excèdent pas une certaine somme :
 - Pas plus de **916,78 €/mois** pour **une personne** seule
 - Pas plus de **1423,31 €/mois** pour **un couple**.

Est pris en compte dans le calcul des revenus : la dotation de biens, les pensions alimentaires, les pensions d'invalidités, les pensions de retraite, 3% de la valeur des biens mobiliers ou immobiliers et les revenus professionnels.

La demande se fait auprès de la caisse de retraite : sécurité sociale ou MSA (pour les bénéficiaires du régime agricole). Pour les personnes seules, la demande peut également se faire auprès de la caisse de retraite de l'Etat ou de la caisse de retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

Le montant de l'allocation est fonction des ressources et de la situation familiale de la personne :

- Dans le cas où **une seule personne du couple** perçoit l'ASPA, le montant maximal qu'elle peut toucher est de **916,78€/mois**.
- Dans le cas où le couple demande l'ASPA, le montant versé correspond à la différence entre le montant total maximum de l'ASPA (soit 1423,31€ par mois) et le revenu du couple par mois.

Tableau VI : Tableau représentant le montant de l'ASPA, par mois, en fonction des revenus :

Revenus du couple par mois	Montant de l'ASPA en euros, par mois
≤ 506,53 €	916,78 €
Entre 506,53 € et 1423,31 €	1423,31 – revenus du couple
≥1423,31 €	Pas d'ASPA

Toute modification de revenus, de situation ou de lieu de domicile doit être déclarée obligatoirement à la caisse de retraite pour réévaluer les droits.

Cette aide est **récupérable sur succession** si le total de la succession (différence entre valeur du patrimoine et les dettes) est **égal ou supérieur à 39 000€**. En dessous de cette somme, l'aide ne doit pas être remboursée par la famille. (22), (117)

5.4 Les aides des complémentaires santé

Certaines mutuelles viennent en aide à leurs adhérents en les soutenant financièrement lors de **besoins ponctuels**, suite notamment à une situation de perte d'autonomie et de dépendance exceptionnelles. Chaque complémentaire santé propose des services différents. De ce fait, il faut directement se renseigner auprès des organismes.

Il existe les **chèques CESU : chèques emploi-service universel**. Ils sont accessibles à tous et doivent être utilisés pour financer les services d'aide à la personne et ils permettent de rémunérer, directement, les intervenants. Deux types de CESU sont à distinguer :

- Les **CESU déclaratifs** : c'est un système qui permet à un employeur particulier de déclarer et rémunérer facilement son salarié. La demande se fait par internet sur le site du centre national du CESU ou par courrier adressé au centre national du chèque emploi service universel (118)
- Les **CESU préfinancés** : le CESU prend en charge une partie de l'intervention, l'autre partie est réglée par le bénéficiaire (22), (119). C'est **uniquement un moyen de paiement**, il faut déclarer au Cesu la rémunération versée à l'employé du domicile. C'est le même principe que les tickets restaurant dans les entreprises. Les chèques sont préfinancés par l'employeur, le comité social et économique ou un organisme financeur (caisse de retraite, conseils départementaux, CCAS, mutuelle, assurance,...) (120).

5.5 Les aides fiscales

Les aides fiscales se présentent sous forme de **crédits d'impôt ou de réductions d'impôts**. Elles sont principalement appliquées dans le cadre des **aides à domicile**.

Le **crédit d'impôt** se déduit du montant de l'impôt sur le revenu. Il se peut donc qu'il y ait un remboursement si le crédit d'impôts est supérieur à l'impôt lui-même ce qui permet aux personnes non imposables d'en bénéficier.

La **réduction d'impôt** ne peut bénéficier qu'aux personnes imposables puisqu'il s'agit d'une diminution d'impôts, ne pouvant dépasser l'impôt lui-même.

Cette aide s'applique si un service ou un employé d'aide à domicile intervient pour effectuer des prestations d'aides dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, pour la réalisation de travaux ménagers **au domicile** du bénéficiaire.

La valeur du crédit correspond à **50% des dépenses** relatives à l'aide, **par an**. Cependant, des plafonds ont été fixés à hauteur de **12 000 euros par an**, majoré de 1500 euros par personne de plus de 65ans dans le même foyer sans excéder 15 000€. Dans le cas où la personne âgée emploie elle-même l'aide à domicile, l'aide est de 15 000€ la première année (et non 12 000€). Pour les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, le montant de l'aide perçu est déduit de la facture de l'aide à domicile et c'est sur cette valeur finale que s'applique le crédit d'impôt. Il est important de bien déclarer l'ensemble des intervenants pour pouvoir percevoir cet avantage fiscal. Il est possible, pour un couple, de cumuler le crédit d'impôt (si l'un des membres vit à domicile), avec la réduction d'impôt en établissement (si l'autre vit en EHPAD).

D'autres prestations ouvrent droit à cet avantage fiscal :

- **Les travaux d'adaptation du logement** : aide qui s'élève à **25% du montant total** des travaux appliqué à un plafond de 5000€ pour une personne seule ou 10 000€ pour un couple. Le plafond est majoré de 400€ par personne supplémentaire, à charge du foyer.
 - **Les travaux de jardinage** : maximum 5 000€/an.
 - **Le petit bricolage** : maximum 500€/an.
 - **Les services d'assistance informatique et internet à domicile** : maximum 3000€/an.
- (22), (121)

5.6 Les aides au logement

Ces aides sont versées par la **caisse d'allocations familiales (CAF)** ou par la **MSA** afin de réduire les dépenses engendrées par le loyer. Elles sont destinées aux **locataires**, aux **résident d'un accueillant familial agréé** par le conseil départemental ou au **résident d'un foyer** (EHPAD, résidence autonomie, etc) à condition que le logement corresponde à la **résidence principale** (y vivre minimum 8 mois par an). **Aucun critère d'âge n'est requis.**

Il y a deux types d'aides au logement qui sont **non cumulables** :

- **L'aide personnalisée au logement (APL)** : versée si le logement est **conventionné** APL. La liste des établissements conventionnés est disponible sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.
- **L'allocation de logement sociale (ALS)** : si le logement n'est **pas conventionné**.

La demande se fait auprès de la CAF ou de la MSA et une simulation de l'aide peut être effectuée en se rendant sur leur site internet. Le calcul prend en compte les ressources du bénéficiaire et de son conjoint, le nombre de personnes à charge dans le foyer, le lieu d'habitation et le prix du loyer ou du prêt. Le versement se fait tous les mois soit directement au propriétaire, au prêteur ou au foyer (dans ce cas l'aide sera déduite du montant du prêt ou du loyer à payer). Toute modification de situation doit être signalée à l'organisme financeur. Cette aide est **non récupérable sur succession** (22), (122), (123), (119).

5.7 Les aides à l'aménagement du logement

5.7.1 Les aides de l'ANAH

Comme vu précédemment, des aides sont versées pour aider les personnes âgées fragiles dans le financement de travaux d'adaptation de leur domicile. Nous avons vu que la caisse de retraite était l'un des organismes financeurs et nous avons souligné que d'autres aides pouvaient intervenir notamment celles versées par l'ANAH. (22)

Il s'agit de l'aide « **Habiter Facile** » proposée par l'ANAH, permettant l'adaptation du logement à la perte d'autonomie (l'installation d'un monte-escalier, d'une douche plain-pied, l'élargissement des portes par exemple).

Le montant de l'aide dépend des revenus :

- Pour les personnes à **revenus très modestes** : l'ANAH finance **50%** du montant total des travaux.
- Pour les personnes à **revenus modestes** : l'ANAH finance **35%** du montant total des travaux.

Cette aide peut venir en complément des aides versées par le conseil départemental. (124)

La demande se fait en ligne, sur le site de l'ANAH.

Les conditions d'attribution sont les suivantes (125) :

- Vivre dans le logement où nous sommes propriétaire
- Ne pas dépasser un certain niveau de ressources
- Que le logement ait plus de 15 ans à la date où est acceptée la demande d'aide.

Les travaux peuvent débuter une fois l'accord d'aide obtenu. Ils doivent suivre à la lettre le projet monté et ils doivent être terminés dans un délai maximum de 3 ans (au-delà, l'aide n'est pas versée). **A la fin des travaux**, les factures de chaque artisan doivent être envoyées à l'ANAH afin que l'aide soit versée. Cependant, les personnes aux revenus très modeste peuvent faire une demande d'avance d'argent pour débuter les travaux, dans le cas où il s'agit d'adaptation du logement pour répondre à une perte d'autonomie. (22), (126)

Remarque : certaines communes, départements ou régions versent, sous conditions, des aides afin de financer des travaux pour maintenir les personnes âgées à leur domicile. Il faut contacter l'agence départementale pour l'information sur le logement (ADIL) (0820 16 75 00) ou se rendre sur le site de l'agence nationale pour l'information sur le logement (ANIL) : www.anil.org/votre-adil. Un conseiller orientera vers les organismes locaux existants et donnera des conseils gratuitement. (22)

Coordonnées de l'ADIL 63 : maison de l'habitat 129 avenue de la République 63100 Clermont-Ferrand/ Téléphone : 04.73.42.30.75

5.7.2 Les aides extralégales

Ces aides sont attribuées par les **mairies** ou les **conseils départementaux**. Elles viennent en complément des aides dites légales et sont utilisées pour financer des frais exceptionnels, des factures d'électricité ou encore certaines aides comme la téléassistance ou le portage de repas. Il peut s'agir d'aides financières ou des aides en nature. Leur attribution se fait au cas par cas, selon la situation et les difficultés sociales de chacun.

Les aides du département ont un cadre d'aide sociale plus favorable que la loi. Par exemple, elles n'obligent pas une participation financière provenant des petits enfants pour financer le tarif d'hébergement. (22), (127)

Exemple de l'aide pour la téléassistance :

Elle est versée aux personnes s'équipant d'un système de télésurveillance. Le coût de l'abonnement est variable d'un prestataire à l'autre. Certaines mairies peuvent également participer, dans certaines conditions, en payant les frais d'installation ou d'abonnement (62). Ainsi, nous pouvons distinguer deux types de financement à la téléassistance (128) :

- Les **aides individuelles : crédit d'impôt** (50% des dépenses engendrées par la mise en place du dispositif), **la PCH, l'APA, les caisses de retraite, les mutuelles** (selon ce qui est souscrit dans le contrat d'assurance santé).
- Les **aides collectives** : elles dépendent du lieu d'habitation
 - o **Les CCAS** : selon les critères établis par la commune, ils prennent souvent en charge une partie de l'abonnement souscrit par un habitant.
 - o **L'abonnement collectif** : certains départements ou certaines communes signent un contrat avec un organisme de téléassistance ce qui permet, aux habitants de la commune ou du département, d'avoir des tarifs plus avantageux : c'est sous cette forme que l'aide est apportée. Les informations sur ce dispositif sont à demander à la mairie.

Ce service de surveillance est disponible chez Alcura par exemple. C'est société qui travaille en collaboration avec les pharmaciens, et qui propose des solutions pour favoriser le MAD et l'accompagnement de la personne âgée (c'est par le biais de cette société que la pharmacie Boudet de Saint Eloy les Mines équipe ses patients). Deux offres possibles : **l'offre tranquillité**

comprenant le transmetteur, l'émetteur multi-usage et le service d'écoute permanente et **l'offre sérénité**, identique à l'offre tranquillité, mais avec le bracelet détecteur de chute.

Le transmetteur permet d'entrer en contact avec le centre d'écoute et l'émetteur permet l'appel à la centrale d'écoute. Le détecteur de chute détecte **automatiquement** les chutes lourdes suivies d'une immobilisation : à ce moment là, l'alarme se déclenche. L'inconvénient de ce dispositif, c'est que les chutes lentes ne sont pas détectées automatiquement. Dans le contrat, le nom des proches à contacter en cas d'activation du dispositif doivent être mentionnés. Le système est branché sur le réseau électrique et téléphonique classique. Des informations supplémentaires sont disponibles auprès des mairies, du pharmacien ou sur le site internet de ALCURA : Alcura Health | Alcura Health - alcura-health.fr.

5.8 L'aide sociale à l'hébergement

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) est une aide versée par **le conseil départemental** en dernier recours, une fois que la personne âgée a prétendu à l'ensemble des aides dont elle pouvait bénéficier. Elle permet de financer les **frais d'hébergement** chez un accueillant familial ou dans un établissement et est **cumulable avec l'APA**.

La demande peut se faire à l'entrée dans l'établissement ou durant le séjour en cas d'institutionnalisation ou auprès de la mairie (service CCAS) si la personne est accueillie chez un accueillant familial. 90% des revenus de la personne sont versés à l'établissement. Cependant, une somme minimale doit rester à la fin de chaque mois : c'est le « **reste à vivre** » d'une valeur correspondant à 10% soit minimum 110€/mois pour une personne seule ou 916,78€/mois pour une personne vivant en couple (pour que conjoint puisse vivre). Dans le cas où le patient ne pourrait financer ce reste à charge, il pourrait être partagé entre le conjoint, les obligés alimentaires et l'aide sociale départementale. Une simulation peut être faite sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Pour être éligible à cette aide, il faut :

- Etre âgée d'au moins 65 ans.
- Héberger dans une structure d'accueil (résidence ayant signée une convention d'aide sociale, petite unité de vie, résidence autonomie, ESLD ou EHPAD) ou résider chez un accueillant familial agréé. L'ensemble des hébergements habilités à ce type d'aide est disponible sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Pour déterminer le montant de l'aide, est déduit du tarif d'hébergement : les APL versées, la participation financière du résident (sa valeur est fonction de ses revenus) et la participation des proches dans le cadre de l'obligation alimentaire (qui est fonction des revenus et du nombre de personne au sein du foyer). Un questionnaire sur les revenus est à remplir par les proches lors de la demande d'aide.

Le montant de l'ASH est **recupérable**, par le département, **du vivant** de la personne ou **à son décès**.

De son vivant, les sommes peuvent être réclamées si la situation financière du bénéficiaire s'améliore ou si une donation est faite par la personne âgée dans les 10 ans avant ou après la demande d'ASH.

Au décès, la récupération peut se faire sur la valeur nette de la succession. (22), (129), (130)

5.9 L'assurance dépendance

Pour prévenir les risques financiers associés à une éventuelle dépendance qui se développerait lors de l'avancée en âge, il existe une « **assurance dépendance** » proposée par les banquiers et assureurs aux personnes jusqu'à un âge limite de 70-75 ans. Cette assurance permet le versement d'une rente dans le cas d'une évolution vers une dépendance totale ou partielle. Cependant, dans le cas où l'assuré ne devient pas dépendant au cours de sa vieillesse jusqu'à sa mort, la souscription de ce type de contrat conduit à une perte de fonds puisqu'il aura cotisé pour ne rien percevoir. Il existe, également, des contrats dits mixte, alliant assurance dépendance et assurance vie. Ainsi, en cas de décès sans dépendance, une rente sera versée aux héritiers mentionnés dans le contrat (21), (23).

5.10 Tableau récapitulatif des aides financières contribuant au MAD

Aides	Conditions d'attribution	Rôle	Aides cumulables ou non	Récupérable sur succession	Qui verse l'aide ?	Où faire la demande ?
Aide personnalisée à domicile (APA)	Personnes âgées dépendantes de catégorie GIR 1 à 4 résidant à domicile, chez un proche, un accueillant familial, dans une résidence autonomie ou petite unité de vie Prise en compte des revenus	Financer les dépenses induites par la dépendance	Non cumulable avec : - Allocation d'aide sociale, - les aides de la caisse de retraite - Les aides à domicile	Non	Le département	La mairie, le conseil général, le centre d'information local et de coordination ou les services sociaux
Aide-ménagère à domicile	Personnes âgées dépendantes de catégorie GIR 5 ou 6 Prise en compte des revenus	Financer les services d'aide à domicile	Non cumulable avec l'APA.	Oui si succession supérieure à 46 000€	Le département ou la caisse de retraite	A la mairie, service du CCAS.
Aides à l'aménagement du logement	Pour les retraités du régime général ou retraité de l'Etat Prise en compte des ressources	Participer au financement des travaux d'adaptation de la résidence principale et des aides à domicile	Non cumulable avec APA et prestation du handicap (PCH)		Caisse de retraite	Formulaire disponible sur le site de l'assurance retraite
	Prise en compte des revenus Travaux effectués par un professionnel Montant minimum des travaux : 1 500€	Financer les travaux d'adaptation du logement à hauteur de 35 à 50% de la valeur des travaux	Cumulable avec les aides versées par le conseil départemental		Agence nationale de l'habitat (ANAH)	Demande à faire en ligne sur le site de l'ANAH : www.anah.fr
Allocation de solidarité aux personnes âgées : ASPA	Personnes âgées, de plus de 65 ans, avec un revenu modeste Prise en compte de la situation familiale	Garantir un revenu minimal	Non cumulable avec APA et PCH	Oui si succession supérieure à 39 000€	Caisse de retraite	Caisse de retraite
Aides des complémentaires santé	Personnes âgées avec des dépenses importantes dues aux problèmes de santé Aide ponctuelle ou non	Diminuer les dépenses de la prise en charge à domicile			Complémentaires santé	Complémentaire santé
Chèque emploi-service universel (CESU)	Personnes de plus de 80 ans, isolés Indépendant des ressources	Finance les services d'aide à domicile			Complémentaires santé	CESU déclaratifs : site internet du centre national du CESU CESU préfinancés : conseils généraux, caisses de retraite, mutuelles ou assurances
Aides fiscales : crédits d'impôts ou réductions d'impôts	Toutes personnes âgées, imposable ou non	Financer les services d'aides à domicile à hauteur de 50% des dépenses par an Finance les travaux d'adaptation du logement à hauteur de 25% du montant total	Est déduits des dépenses le montant de l'APA ou de la CH			A déclarer lors de la déclaration d'impôt
Aides au logement	Personnes âgées ayant un revenu modeste et présentant des difficultés à payer le logement Prise en compte du revenu Si établissement conventionné : faire une demande d'aide personnalisée au logement (APL) Si établissement non conventionné : allocation de logement sociale	Prendre en charge une partie du loyer ou des frais d'échéances		Non	Caisse d'allocation logement (CAF) ou mutualité sociale agricole (MSA)	CAF ou MSA
Aides à l'aménagement du logement	Prise en compte des revenus Travaux effectués par un professionnel Montant minimum des travaux : 1 500€	Financer les travaux d'adaptation du logement à hauteur de 35 à 50% de la valeur des travaux	Cumulable avec les aides versées par le conseil départemental		Agence nationale de l'habitat (ANAH)	Demande à faire en ligne sur le site de l'ANAH : www.anah.fr
Aides de la mairie et du département = aides extralégales	Personnes âgées avec un revenu modeste Dépend des conditions personnelles, sociales et familiales : attribution au cas par cas	Financer les frais exceptionnels, factures d'électricité, portage de repas, téléassistance, etc	Cumulable avec les aides légales			
L'aide sociale à l'hébergement	Personnes âgées ayant eu recours à toutes les aides existantes Héberger chez un accueillant familial ou en établissement	Financer une partie des frais d'hébergement	Cumulable avec l'APA	Oui du vivant ou après le décès	Conseil départemental	Demande auprès de l'établissement Si résidence chez un accueillant familial : demande faire à la mairie

Une fiche patiente a été créée reprenant les aides disponibles pour financer les coûts engendrés par la perte d'autonomie et le vieillissement. Elle est visualisable en annexes X.

Partie 3 : Les réformes envisagées pour pallier les limites actuelles du maintien à domicile selon le rapport Libault

Ce rapport de Dominique Libault, « **Concertation grand âge et autonomie** » (28), a été rédigé à la suite d'une longue concertation, lancée le 1^{er} octobre 2018 par la ministre des Solidarité et de la Santé, Agnès Buzyn, regroupant personnes âgées, proche-aidants, citoyens de tous âges, professionnels, organismes sociaux, organismes de protection sociale, professionnels administratifs, opérateurs publics et parlementaires. Après avoir décelées les failles du système actuel du grand âge et de l'autonomie, plusieurs propositions (175) ont été formulées pour améliorer la perte d'autonomie et sa prise en charge et conduiront, prochainement, à un projet de loi. La façon de vivre l'avancée en âge est donc en cours de transformation, que ce soit **pour le domicile, comme pour l'établissement**. Dans le cadre de cette thèse, nous évoquerons uniquement le domicile. (131), (132)

1 Les limites du maintien à domicile

De nombreuses limites au MAD ont été relevées tout au long de cette rédaction : (133), (28), (14)

- Des mesures de prévention non appliquées car non connues du fait d'un manque de diffusion.
- Un MAD remis en question en fonction du niveau de dépendance de la personne âgée.
- Une sollicitation importante de l'aidant bien que son travail ne soit pas reconnu.
- De fortes inégalités territoriales dans les prises en charges et dans l'accès aux aides.
- Un manque d'information par méconnaissance des acteurs du MAD ou par une difficulté d'accès.
- Des difficultés financières occasionnées par la perte d'autonomie, associées à un accès aux aides complexes.
- Une coordination de la prise en charge difficile à instaurer avec de nombreux échecs des projets expérimentés, pouvant provoquer une rupture de continuité des soins qui n'est pas sans conséquences.

D'autres freins ont été relevés durant la concertation du grand âge et de l'autonomie (28) :

1.1 Le risque d'isolement

En 2019, selon les chiffres du ministre des solidarités et de la santé (9), **50%** des plus de 75 ans souffrent d'isolement. Son origine peut être multifactorielle (61) :

- La retraite.
- Le décès du conjoint(e).
- L'éloignement géographique de la famille ou des amis.
- La limitation des déplacements.
- Des liens sociaux restreints : la moitié n'ont plus de visite de leur amis (simple appel téléphonique), presque 80% n'ont plus ou peu de nouvelles de leurs frères ou sœurs, 40% ont peu ou pas de contact avec leur enfant et 50% n'ont pas de relations sociales avec le voisinage.
- Une organisation territoriale inadaptée à la population vieillissante : exemple : difficultés à monter dans le bus donc la personne ne sort plus, début d'isolement et augmentation de la perte d'autonomie.
- Peu de prise en compte du grand âge dans les structures politiques de proximité (aménagement du territoire, adaptation des logements, accès aux loisirs, à la culture, etc).

Cet isolement social est à l'origine de nombreuses conséquences, puisqu'il entraîne :

- Une diminution des stimulations cognitives donc risque de trouble de la mémoire à long terme.
- Une réduction de l'activité.
- Une dépression.
- L'apparition de la dépendance ou son aggravation.

1.2 Les limites en lien avec les professionnels

1.2.1 La désertification médicale

Une des principales limites du MAD est la désertification des zones rurales voire non rurale par les professionnels de santé. Il s'agit là, d'une grosse problématique, notamment

dans les zones où la population est de plus en plus vieillissante. De plus, il existe des offres sur les territoires mais qui ne sont pas disponibles faute de personnel ou de places suffisantes.

Cette désertification médicale et sociale est associée à un éloignement géographique des services principaux comme les médecins, les hôpitaux, les pharmaciens (seul service toujours à proximité grâce au maillage territorial), les commerces et au départ de la population jeune en direction de territoires plus dynamiques professionnellement à l'origine d'une rupture intergénérationnelle. Ainsi, nous assistons à de fortes inégalités de prise en charge entre les territoires, et, dans certaines régions, le MAD d'une personne à forte dépendance est quasi impossible par absence ou manque de disponibilités des acteurs clé.

1.2.2 Le manque de professionnels du domicile

Concernant les aides humaines, le nombre d'heures par semaine et par personne est insuffisant pour que la qualité du service et de l'accompagnement soit optimale et que la sécurité du patient soit assurée. En effet, ce dernier s'interroge sur la continuité de l'aide apportée et ceci peut le conduire à décider d'arrêter de vivre chez lui et de rentrer en établissement. Pour une personne seule, il est évalué à cinq heures le nombre minimal d'heures d'aide personnelle nécessaire pour effectuer toutes les tâches de la vie quotidienne.

Cette prise en charge par le professionnel, sur un temps restreint, s'explique par une charge de travail importante faute de de personnel. En effet, le nombre de candidats prétendants aux formations des métiers du grand âge est insuffisant et le recrutement est difficile face à un vieillissement de la population qui ne cesse d'augmenter. Ceci s'explique par un manque réel d'attractivité autour de ces emplois. De plus, 89% des travailleurs dans le MAD ne sont qu'à temps partiel. (28)

Les causes du manque d'attractivité des métiers du grand âge sont multiples :

- **Une formation trop cloisonnée et insuffisante** empêchant les perspectives d'évolution de carrière professionnelle et pas assez accès sur l'approche relationnelle et sur la coordination entre les professionnels.
- **Des conditions de travail déplorables** à l'origine d'accidents de travail, d'arrêts maladie, de difficultés à conserver le personnel et de difficultés à recruter. La rotation

du personnel est donc perpétuelle ce qui peut perturber le patient (perte de repères) et gêner la création d'un lien social.

- **Un manque de reconnaissance** notamment au travers des salaires qui restent modestes.

Tout ceci contribue donc, à la **vision négative** qu'à la population sur les professions du grand âge, expliquant ce manque d'attractivité et, par conséquent, le manque de personnel. Pourtant, face à cette nouvelle volonté des personnes de rester vieillir chez soi, les postes à pourvoir dans ces métiers vont augmenter d'ici les prochaines années et des solutions pour pallier ces différents problèmes doivent être trouvées.

1.3 Des difficultés d'accès aux informations et aux aides financières

Le parcours d'accès au soin et à l'accompagnement est jugé trop difficile avec des démarches administratives et un accès aux informations trop complexe malgré la création d'un annuaire sur le portail national d'information pour les personnes âgées en 2015 (mais peu de personnes âgées utilisent le numérique et les informations retrouvées ne sont que générales donc difficiles à mettre en application). De plus, les informations transmises, par les professionnels au patient et à son entourage sont largement insuffisantes (peu de professionnels connaissent les services et les structures existantes). Certaines innovations dont l'existence n'est pas assez largement diffusée ont, pourtant, pour objectif de faciliter l'accès au soin, d'améliorer le parcours de soins et d'agir sur son efficacité.

Exemples d'innovations créées :

- La **création « d'EHPAD hors les murs » ou de « plateforme de service »** : issus des SSIAD et des SAAD, ils proposent des services qui se rapprochent des services retrouvés en EHPAD.
- **Développement de la prévention** notamment par la création de « pôle ressource de proximité » (pour les soins dentaires, auditifs, visions, etc) et appel à la **télé médecine**.
- **Construction d'habitats inclusifs** et renforcement des liens entre les établissements d'accueil des personnes en perte d'autonomie et ceux des personnes valides.
- **Création de maisons des aînés et des aidants**.

2 Les perspectives d'amélioration

A partir de ces limites, nous pouvons alors déduire plusieurs axes de travail :

- Une transformation en profondeur du système de prévention de la perte d'autonomie et de sa prise en charge : le maintien de l'autonomie de la personne âgée est la priorité de cette transformation.
- La modification du regard de la société sur les personnes âgées par leur réintégration.
- La revalorisation du rôle de l'aidant et la simplification de son travail.
- La revalorisation des professions du grand âge et l'amélioration des conditions de vie des personnes en perte d'autonomie par une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement.
- Faciliter l'accès aux aides en prenant en compte les ressources de la personne.
- Classer la perte d'autonomie comme un risque de protection social au cours du vieillissement.
- Revoir le pilotage de la politique du grand âge.

2.1 Plus d'investissements dans la perte d'autonomie en renforçant la prévention

L'objectif principal est **d'augmenté l'espérance de vie en bonne santé et sans incapacité à 65 ans**. Cet objectif sera fixé par le haut conseil de la santé publique et deviendra, pour les politiques de santé publique, l'une de leurs priorités. Ainsi, une mobilisation plus importante de l'ensemble des acteurs du MAD, à l'échelle nationale et territoriale, est nécessaire autour de la prévention de la perte d'autonomie. Cela demandera donc une détection précoce des signes de fragilité, une sensibilisation des professionnels à ces signes et leur formation aux bonnes pratiques de prévention. De plus, le partage d'informations entre les différents acteurs doit être renforcé, notamment celles concernant les sujets fragiles (ce sont souvent eux qui ont un accès restreint aux messages de prévention et aux actions proposées). Cette communication permettra de mettre en avant le réel bénéfice de la politique de prévention instaurée face à la perte d'autonomie. La diffusion plus massive de ces mesures, au niveau national, doit également être mise en place. Pour cela, des **systèmes de relais** seront développés au niveau des territoires afin de permettre une diffusion continue et un accès facilité.

Ces mesures de prévention se construiraient sur les standards de l'OMS : les recommandations du programme ICOPE. Chaque année, elle préconiserait des axes majeurs de prévention. Ils serviront donc, d'appui aux conférences des financeurs et de base pour déterminer les actions à mettre en place. Un suivi de l'espérance de vie sera effectué chaque année pour évaluer l'impact des mesures de prévention ce qui servira, ensuite, de support pour orienter les nouvelles actions à mettre en place.

Des **actions ciblées de prévention** doivent donc être menées sur l'ensemble du territoire afin de sensibiliser l'ensemble de la population :

- Pour les personnes âgées de 50 à 75 ans, afin de conserver les cinq fonctions essentielles (la mobilité, la cognition, les fonctions sensorielles, les fonctions vitales et le psychique).
- A partir de 75 ans, ces actions **évalueront** les fonctions essentielles et permettront d'alerter en cas de déclin.

Concernant les **actions de prévention individuelles**, pourrait être expertisée la formation des médecins, pharmaciens et infirmiers à l'évaluation des fonctions essentielles. Ce sont des acteurs clés du MAD, qui se rendent régulièrement chez le patient et c'est souvent dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne que les premiers signes sont visualisés. Ils jouent donc un rôle d'« alarme » lors de ces visites. L'objectif est d'établir un **diagnostic de prévention individualisé** permettant la notification des premiers signes de fragilité et de faire un suivi au fur et à mesure de l'avancée en âge (les messages de prévention seront alors adaptés en fonction de l'évolution de l'état du patient). Les conditions de vie de la personne et son environnement social doivent être évalués. Un programme de MAD sera ensuite établi. Pour cela, un **rendez-vous « prévention »**, avec le médecin traitant, aura lieu aux trois âges clés de la vie (qui doivent encore être définis par le Haut conseil de la santé publique), notamment, au moment de la retraite. Finalement, c'est **tous les acteurs du domicile** qui doivent être formés à la prévention et à l'évaluation des signes de fragilité : **l'aidant**, l'assurance maladie, les agents des collectivités, les professionnels du secteur social, etc, puisque c'est eux qui relayeront les professionnels de santé au moment de leur absence. Ceci est essentiel pour garantir une coordination dans ce système de prévention.

Cette formation débutera dès l'entrée dans les écoles des métiers du grand âge avec la création de modules spécifiques, en ciblant principalement le sujet âgé. Une partie de la formation traitera aussi les inégalités sociales et territoriales. Ensuite, des formations continues auront lieu tout au long de la carrière du professionnel avec le développement de modules transversaux, regroupant tous les acteurs, ce qui permettra un partage des connaissances et des actions expérimentées. Il est prévu de rendre ces formations obligatoires en les intégrant dans les CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) notamment pour le personnel des structures d'accompagnements et de soin (en particulier le personnel des structures d'accueil). Elles pourraient faire l'objet d'un financement dans le cadre de la conférence des financeurs ou du fond de qualité.

A côté de ces actions individuelles, c'est l'ensemble de la population qui doit être davantage sensibilisé sur les risques de la perte d'autonomie et sur les bonnes pratiques à adopter notamment sur l'adaptation du domicile (lors de sa construction ou de sa rénovation par exemple), afin d'anticiper les conséquences du vieillissement.

Afin de généraliser ces prestations de prévention de lutte contre la perte d'autonomie, un **soutien financier** est envisagé pour toutes les actions de prévention mises en œuvre via la mobilisation des conférences de financeurs. Les objectifs de ce financement sont les suivants :

- Encourager le suivi des capacités fonctionnelles par le médecin, les infirmiers et les pharmaciens.
- Valoriser l'écoute et les échanges en les considérant comme actes de soin.
- Valoriser toute évolution positive de l'état de santé d'un sujet âgé grâce à l'outil SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle).
- Soutenir toute activité physique ou sociale ayant un effet bénéfique à la lutte contre la fragilité.

Enfin, les nouvelles technologies, telles que l'intelligence artificielle, pourraient être utilisées, dans le futur, pour suivre les fonctions du patient et alerter en cas de déclin.

Le dernier axe de travail autour de la prévention concerne **la gestion et l'évaluation de la politique de lutte contre la dépendance**, aujourd'hui trop complexe. Ainsi, la mise en place d'un « **centre de preuve de la prévention de la perte d'autonomie** » aiderait les

professionnels à sélectionner les mesures à instaurer et apporterait de la cohérence dans les actions menées au niveau national et sur les territoires. La création de ces centres aurait trois buts :

- « **La capitalisation** » : ils réaliseraient un compte rendu des données de recherche en particulier des évaluations de l'impact des actions de prévention sur l'espérance de vie en bonne santé.
- « **L'outillage** » : pour accompagner les professionnels et assurer un partage des bonnes pratiques. Une synthèse des expériences convaincantes et des recommandations seraient diffusée.
- « **Le développement** » : ils assureraient une cohérence entre les différentes expérimentations développées, apporteraient les fonds financiers nécessaires et développeraient des méthodes d'évaluation des actions innovantes.

Les conférences des financeurs seront également modernisées grâce notamment, à la diffusion d'outil par la CNSA comme des référentiels d'évaluation des actions (pour améliorer leur qualité) ou les dossiers d'appels à projets des différentes conférences. Les moyens financiers seront rendus plus lisibles, par diffusion des concours versés par la CNSA, afin de les sécurisées et de montrer qu'il s'agit d'un **investissement social**.

Enfin, une cohérence entre les différentes interventions est proposée par la CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse), la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) et la MSA afin que les actions soient basées sur des objectifs communs pour assurer leur homogénéité au sein du territoire.

Exemples d'offres créées agissant sur la prévention de la perte d'autonomie :

- Par les pouvoirs publics : droit à un examen de santé mentionné dans l'article L 321-3 du code de la sécurité sociale.
- Examen de prévention en santé de l'assurance maladie (initié par les organismes de protection sociale).
- Des actions destinées à la population éloignée des centres de santé et en situation de précarité.
- Etc.

2.2 Maintenir la personne âgée au cœur de la société

La personne âgée reste un citoyen. Son environnement de vie doit donc être adapté à ses incapacités. De plus, son isolement doit être évité ce qui nécessite une solidarité de proximité en plus de la présence de l'aidant. Ainsi, la mobilisation de bénévoles, le maintien des relations intergénérationnelles, le développement de services de mobilité et l'adaptation des territoires maintiennent la personne âgée dépendante dans la vie en société et ceci contribue au maintien de sa dignité.

2.2.1 Respect de la dignité de la personne âgée

Le respect de la dignité des personnes de grand âge passe avant tout par son maintien au cœur de la société et par le changement de regard que peut avoir la population sur la personne âgée. Pour cela, plusieurs propositions sont faites :

- Sensibiliser le public aux risques et aux problématiques du vieillissement via la transmission des gestes de prévention par exemple.
- Maintenir des liens intergénérationnels via la présence de personnes âgées dans les établissements scolaires et la présence d'enfants dans les structures d'accueil pour séniors. Les enfants seront sensibilisés à la notion de soutien des personnes âgées et au phénomène de vieillissement via la création d'un module obligatoire appelé « **sensibilisation au grand âge** ». De plus, des journées dites d'expérimentation auront lieu dans toutes les écoles.
- Dans les lieux publics, développement de systèmes de vigilance et d'aide pour les personnes âgées.

Enfin, le respect de ses souhaits fait du sujet âgé une personne autonome. Ainsi, pour que le choix entre domicile et établissement soit possible, il faut décloisonner les EHPAD du domicile en développant les établissements d'accueil intermédiaires existants (accueil familial, résidence autonomie, etc). Ainsi, l'offre de soin et d'accompagnement doit être transformée en replaçant la personne âgée au centre de la société.

2.2.2 Lutter contre l'isolement

La reconsidération de la personne âgée comme un citoyen par l'ensemble de la société et le renforcement des liens intergénérationnels font partis des mesures de lutte contre l'isolement.

Les liens sociaux doivent être renforcés autour de la personne âgée en perte d'autonomie via la mobilisation de bénévoles d'âges divers (le service civique, des jeunes ou retraités bénévoles ou encore le service national universel). Ils agiront en complémentarité avec les acteurs professionnels du MAD. Une valorisation du bénévolat sera faite dans les associations qui interviendront auprès du sujet âgé. Les volontaires se verront, eux aussi, accompagnés afin d'être formés sur les actions de prévention à transmettre, et leur permettre de jouer leur rôle de surveillant et d'alarme en cas de dégradation de l'état de la personne âgée. Le recensement des offres de bénévolat se fait via une plateforme créée : la « **plateforme nationale de l'engagement citoyen des séniors** ».

2.2.3 Améliorer le cadre de vie de la personne âgée

Dans le but d'améliorer le cadre de vie mais aussi le quotidien de la personne âgée en perte d'autonomie, plusieurs suggestions ont été émises :

- Création d'un **bilan d'autonomie** qui sera réalisé par le conseil départemental ou par les caisses de retraites. Il ciblera les personnes de plus de 75ans, présentant des critères de fragilité et sera, ensuite, utilisé pour créer le **projet de vie** (déterminer le cadre et les conditions de vie de la personne et définir les services nécessaires).
- Dans les **contrats d'assurance habitation**, seront inclus des offres financières d'adaptation du logement avec notamment la mise en place, lors de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, d'une **garantie « adaptation logement »** au-delà d'un certain âge.
- Diffusion au niveau local (avec des conférences du grand âge) et national (via des assises annuelles ou des salons annuels) des bonnes pratiques d'adaptation au vieillissement.
- Recensement de toutes les initiatives mises en place pour améliorer la mobilité des personnes âgées, dans le cadre du «*French Mobility*» en terme d'aménagement pour

faciliter la marche des sujets fragiles ou pour faire face aux problèmes de conduite. Par exemple, la mobilité peut être facilitée par la mise en place de transports publics ou le développement du covoiturage.

- Prendre en compte le grand âge dans les modifications du territoire par mise en place d'ascenseurs, de bancs dans les parcs ou sur les trottoirs, construction de logements adaptés aux personnes en perte d'autonomie dans des zones proches de commerce ou de services publics (ex : vers les maisons médicales).
- Favoriser les résidences avec services.
- Simplifier l'accès aux informations.
- Une étude concernant la fabrication des objets est en cours : il est demandé, aux industriels, de prendre en compte le vieillissement et la perte d'autonomie lors d'innovation.

2.3 L'aidant

Concernant l'aidant, il demande une meilleure reconnaissance du travail qu'il effectue. Les démarches administratives doivent être simplifiées pour faciliter son travail et les solutions de répit doivent être plus faciles d'accès. Enfin, leur collaboration avec les autres intervenants doit être renforcée pour répondre à la qualité de prise en charge demandée.

2.3.1 Plus de reconnaissance et de soutien à l'aidant

Le renforcement du soutien apporté par les professionnels du MAD à l'aidant est un des objectifs mentionnés dans ce rapport. L'identification d'un aidant doit être simplifiée en enregistrant ce statut dans son dossier médical (et certainement dans le futur « mon espace santé », en cours d'extension) ce qui permettra, alors, aux professionnels de santé de les sensibiliser plus facilement, après, aux mesures de prévention existantes. En effet, pour prévenir des conséquences induites par ce rôle, des actions de prévention ciblant ce public doivent être mise en place. De plus, le professionnel portera une attention particulière à son état de santé afin de déceler des signes de fragilité. Un bilan de santé du proche aidant sera réalisé afin d'éviter le déclin rapide de son état.

Reconnaître ce statut c'est également aider l'aidant à combiner son rôle avec sa vie professionnelle. En effet, le proche aidant peut être amené à demander des adaptations d'emploi du temps, des congés ou refuser une évolution professionnelle. Dans l'objectif de prévenir la perte de salaire, une couverture collective pourrait être envisagée. Un renforcement du suivi, par la médecine du travail, est demandé pour les salariés aidants. Pour les travailleurs indépendants, un soutien financier est prévu lors des arrêts de travail. Lors de la souscription d'un contrat d'assurance individuel, il y a ouverture de services d'assistances afin de garantir une protection pour les proches aidants non-salariés.

Une meilleure représentation du proche aidant et de la personne âgée est envisagée par modification de la composition du conseil de la CNSA. En effet, dans le collège des associations, deux sièges seront réservés aux associations représentantes de personnes âgées et deux sièges aux associations représentantes des proches aidants.

2.3.2 Faciliter le travail du proche aidant

Une évaluation des besoins du proche aidant est envisagée et de nombreuses modifications sont prévues pour simplifier le travail qu'il doit effectuer en commençant par **simplifier les démarches administratives** (création d'un formulaire unique de demande de prestation) **et l'accès à l'information**. Pour cela, serait créé un guichet unique, simple et clairement identifié, qui substituerait les systèmes d'accueil actuels trop nombreux et aux rôles flous (CLIC, MAIA, Paerpa, PTA). La création de « **maisons des aînés et des aidants** », gérées par des professionnels formés des conseils départementaux et de l'ARS, est alors envisagée **sur l'ensemble du territoire** : c'est la seule obligation exigée, il en faut une dans chaque département. Elle servira de lieu d'information, d'orientation et d'accompagnement vis-à-vis des démarches administratives et des aides possibles. Cette plateforme aura également la responsabilité de mettre en place la coordination entre les professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire intervenant au chevet du patient et de son aidant. Elle offrira un accueil physique ou téléphonique et mettra en place un site internet permettant un accueil à distance. Elle jouera, alors, un **véritable rôle d'appui** pour l'aidé et l'aidant ainsi que dans la coordination des soins. Cette innovation évitera les pertes de temps et d'énergie d'un aidant à la recherche d'informations et de réponses à ses questions. Ce

guichet sera également un lieu de diffusion des systèmes d'évaluations des conseils départementaux ou d'autres services. En 2022 (134), il existe seulement **six** maisons des aînés et des aidants, toutes basées en région parisienne : leur extension est donc nécessaire.

Cette concertation va essayer de contrer les risques financiers induits par la prise de fonction d'aidant. Pour cela, deux solutions sont envisagées :

- Indemniser les congés pris par le proche aidant lorsque celui-ci est salarié.
- Simplifier l'accès aux solutions de répit et aux aides techniques par la création d'une « **prestation autonomie** » qui remplacerait l'actuelle APA (nous reviendrons dessus dans la partie consacrée à l'évolution des aides financières).

2.4 Réformer les métiers du grand âge

La mission est de dynamiser les professions du grand âge. En effet, une augmentation des effectifs de professionnels qualifiés est nécessaire afin d'offrir des soins et un accompagnement de qualité à la fois sur le plan technique ou humain (nombres de professionnels pour un même patient, temps passé, etc). La réorganisation du travail (conditions de travail, qualité d'accompagnement) et la revalorisation des salaires modifieront l'image, actuellement négative, de ces professions et réduiront les absences et les difficultés de recrutement. Les formations doivent également être revues afin de les adapter aux demandes actuelles (approfondissement des compétences) et de permettre des évolutions professionnelles nécessaires à l'attractivité de ces métiers. Cette réforme passera par la mise en place d'un **Plan national pour les métiers du grand âge**.

2.4.1 Refonte des formations et approfondissement des compétences

2.4.1.1 **Conditions d'accès aux formations et recrutement**

Il est indispensable de prendre en compte, dans les critères d'admission aux études, les **capacités relationnelles**, les **facultés d'écoute** du candidat et les **motivations**. Il faut un équilibre entre le savoir et le savoir-faire.

La mobilisation des **services publics** est primordiale pour lutter contre les difficultés de recrutement qui se présentent actuellement autour des professions gériatriques. Ils auront pour missions :

- **D'évaluer les compétences** des demandeurs d'emplois et de les orienter vers l'un des métiers du grand âge.
- **De proposer des formations** aux personnes voulant s'engager dans un de ces métiers.
- **De reconnaître et de mettre en évidence l'expérience acquise** dans le secteur du grand âge pour les professionnels qui souhaitent se reconvertir.

Cette mobilisation nécessitera alors une collaboration étroite entre services publics de l'emploi à l'échelle nationale et ceux à l'échelle locale.

2.4.1.2 Développer l'apprentissage

Cette réforme favoriserait le **développement de l'apprentissage et de l'alternance** dans ces études des métiers du grand âge. Un objectif de contrat d'apprentissage sera fixé chaque année. L'argent donné pour le financement des parcours emploi compétences (PEC) par l'ARS servira, en outre, à financer les contrats d'apprentissage ou les contrats de professionnalisation. Une valorisation de l'apprentissage, dans les CPOM, sera mise en place afin d'inciter les employeurs à recourir à ce mode de formation. Ceci passera par la création d'un taux cible d'embauche en CDI à la fin de l'apprentissage en plus du taux cible de contrat d'apprentissage par an. L'apprentissage et l'alternance faciliteront l'accès à ces métiers et permettront de fidéliser les candidats au sein des établissements dans lesquels ils ont été formés.

2.4.1.3 L'évolution des formations

Une exigence en terme de formation est requise pour ces métiers. Ces formations doivent être attractives afin de former un nombre suffisant de professionnels pour répondre aux demandes de plus en plus croissantes des employeurs face au vieillissement de la société (d'où, également, la hausse du nombre de places disponibles dans les formations). Elles seront également destinées, en plus des professionnels, aux représentants des sujets âgés et aux proches aidants.

Les formations devront être adaptées aux nouvelles missions qui seront confiées à ces professionnels et elles leur permettront d'être plus polyvalents.

Par exemple, pour les infirmières, elles pourraient être mobilisées dans le suivi médical du sujet âgé afin de prévenir les hospitalisations et évaluer les besoins, sous contrôle d'un médecin ou, autre exemple, un poste de « cadre qualité de structure » pourrait être créé. Pour les aides-soignantes, elles deviendraient les référentes de la démarche qualité du domicile. Ceci concourt donc à un élargissement des compétences avec possibilité d'évoluer professionnellement, à une revalorisation du salaire, et donc à la dynamisation de ces professions. La carrière professionnelle pourra évoluer grâce à l'acquisition de ces nouvelles compétences soit par une augmentation des responsabilités au sein du même secteur soit par changement de milieu professionnel (nouveau public par exemple).

Dans les études médicales, **la place du sujet âgé devra être renforcée** : l'instauration d'un stage dans un service gériatrique au cours du 2^{ème} cycle des études de médecine, obligation d'effectuer un stage en EHPAD, formation plus importante sur les soins palliatifs et la prévention... Tous les professionnels devront suivre un enseignement sur la gérontologie et les spécificités du sujet âgé que ce soit en formation initiale ou continue. L'objectif est de mieux percevoir la complexité du vieillissement et de l'accompagnement de la personne âgée dépendante. Ils auront, alors, une perception commune du vieillissement et de la fin de vie. Une **filière « grand âge »** sera donc créée dans la formation initiale et un module **« gérontologie et prise en charge de la personne âgée »** sera instauré dans les formations continues. De plus, une partie de la formation devra être consacrée à l'amélioration des aptitudes de compréhension et d'empathie (qualités mises en avant par les services publics pour augmenter l'attractivité) ainsi qu'à la coordination, essentielle à la qualité de prise en charge du patient.

Pour faciliter l'accès aux métiers du grand âge, de nouveaux outils de formation seront mobilisés tels que le compte personnel de formation (CPF) ou le plan d'investissement des compétences qui servira à les financer. Ce CPF doit être abondé par l'employeur. Un objectif de formation devra être rempli pour les professionnels du domicile afin de progresser dans la grille de classification de la convention collective.

2.4.2 Renforcer la coordination pour prévenir les ruptures de soin et de prise en charge

Pour mieux accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie, il faut réduire la complexité de la prise en charge et assurer une coordination entre tous les intervenants : c'est la « **logique parcours** ». Il faut donc revoir les modalités de l'offre d'accompagnement afin d'offrir un parcours de soin plus fluide et éviter les ruptures de soins, aux conséquences parfois dramatiques pour la personne prise en charge. Il faut, alors, décloisonner l'ensemble des métiers, pour qu'ils agissent ensemble, au bénéfice du patient. De plus, une réorganisation des prestations s'impose afin de les rendre plus accessible aux patients ayant un revenu modeste. Pour aller vers cette logique, un dispositif de soutien sera créé, basé sur la formation des professionnels, sur l'intervention de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) et sur les aides financières.

Un **droit commun au parcours « santé et autonomie »** sera défini afin de fluidifier et simplifier le parcours de la personne âgée. Ce droit commun encourage à la coordination entre tous et à la délivrance de réponses globales nécessaires à une prise en charge plus pertinente, efficace et continue. Il s'appuie sur les connaissances de chacun et sur leur concertation dans la mise en place d'une nouvelle mesure pour un patient. Des outils sont mis à leur disposition par la HAS, comme le **plan personnalisé**, par exemple, qui est instauré par le médecin pour les patients de plus de 75 ans ayant un état de santé qui nécessitent une coordination entre les intervenants. Il est prévu de l'étendre aux patients à partir de 65 ans afin d'éviter l'apparition de certains risques.

Pour prévenir les ruptures de continuité des soins, une coordination entre les professionnels de l'hôpital, du domicile et des services médico-sociaux doit se mettre en place lors de la sortie d'hospitalisation pour éviter les réhospitalisations évitables et tendre vers un objectif « **zéro passage évitable aux urgences** ». Pour cela, il faut donc anticiper et organiser la sortie en évaluant, notamment, l'environnement de la personne (personne elle-même, entourage, logement et capacités financières). De plus, l'APA pourrait financer 1 à 2h d'intervention par semaine, à l'hôpital, d'un professionnel qui venait déjà soutenir la personne à son domicile avant son hospitalisation, dans le but de préserver le lien social créé, d'assurer

une poursuite des soins et de faciliter le retour à domicile (ceci doit être expérimenté et l'impact de cette intervention sur la durée d'hospitalisation et sur les réhospitalisations doit être évalué).

Afin de développer des temps collectifs de partage des pratiques et des temps de coordination sur les interventions entre les professionnels, une rémunération sera octroyée et cet objectif sera inclus dans les CPOM.

Dans le cadre de « **l'organisation territoriale des soins de proximité** », l'intervention des équipes mobiles gériatriques au domicile du patient doit être renforcée et des outils numériques doivent être développés pour faciliter la communication entre ces intervenants et le partage d'information (développer les messageries sécurisées notamment sur « mon espace santé » par exemple).

2.5 Améliorer la qualité de prise en charge et revaloriser les métiers

2.5.1 L'amélioration de la qualité de prise en charge et d'accompagnement

Il a été démontré que l'état de santé d'une personne en perte d'autonomie dépend de **l'intensité** et de la **qualité** du lien social. Actuellement, les familles étant de plus en plus dispersées, une complémentarité entre famille, voisins et professionnels doit se mettre en place autour de la personne âgée. Pour garantir une qualité d'accompagnement, il faut donc revoir à la hausse les effectifs afin de pouvoir accorder plus de temps au patient. Il est également prévu de revoir les modalités d'emploi pour limiter les temps partiels afin d'éviter les rotations trop fréquentes sur un même poste contribuant donc à une prise en charge de qualité. Ainsi, la taxe sur salaire sera identique pour tous, quel que soit la rémunération.

Un référentiel national doit être instauré pour fixer un temps de référence nécessaire à chaque intervention. Si nous prenons l'exemple de la durée d'intervention minimale des SAAD, la partie « aide humaine » de l'APA finance une intervention d'au moins quinze minutes obligatoirement. La mise en place de cette norme permet d'élaborer un plan d'aide adapté à chaque personne. Ce temps supplémentaire sera, alors, financé et cet effort financier contribuera à une homogénéisation des offres entre les départements et revalorisera les métiers par une hausse des salaires. Une nouvelle organisation doit, également, être mise en

place, afin de laisser au personnel du temps libre pour revoir les actions menées et les faire évoluer collectivement (l'exercice individuel doit disparaître pour laisser place à un travail collectif). L'ANAP est désignée comme la référente pour accompagner les structures médico-sociales dans la réorganisation de l'accompagnement.

Pour améliorer la qualité de prise en charge, il faut lutter contre la désertification médicale et revoir la répartition des professionnels au sein des territoires afin d'assurer une équité de l'offre de soins entre tous et de répondre à l'ensemble des demandes. Pour répondre aux inégalités actuelles, la télémédecine pourrait se développer dans les territoires les plus désertifiés. Ce sont les intervenants à domicile qui assisteraient les patients. Aujourd'hui, la téléconsultation est proposée uniquement par les médecins traitants. Pour les patients sans médecin traitant ou ceux ayant un médecin traitant surchargé, il est envisagé que le professionnel intervenant à domicile prenne contact avec un établissement spécialisé en gériatrie pour un rendez-vous par téléconsultation.

Un « **fond qualité** » d'une valeur de 150 millions d'euros, géré par la CNSA et versé par l'ARS, est créé pour financer les actions mises en place, dans les SSIAD et les SAAD, en vue d'améliorer la qualité de vie au travail, la coordination, la prévention et la formation (exemple : financement de la création d'un outil d'aide à l'évaluation de la dépendance). Trois conditions sont nécessaires pour obtenir ce financement :

- Améliorer les démarches qualité des conditions de travail en valorisant également l'implication de l'aidé et de l'aidant.
- Favoriser le partage des bonnes pratiques entre les professionnels du domicile avec la création d'un réseau « d'ambassadeurs des métiers ».
- Lancer des appels à projets au niveau régional pour financer les innovations de techniques de diffusion des bonnes pratiques.

2.5.2 Revaloriser les métiers du grand âge

La reconnaissance de l'importance de ces professions passe par **l'augmentation des effectifs, la modification de l'organisation et des pratiques** au niveau du management et **la revalorisation des salaires**. Ainsi, les cadres, les dirigeants de structures et les directeurs devront suivre une formation de management et de qualité de vie au travail.

L'organisation doit être basée sur la coordination entre les professionnels : toutes les ressources doivent être mobilisées de façon simultanée pour éviter le cloisonnement des compétences. L'innovation de l'organisation est, donc, un facteur décisif dans l'amélioration des conditions de travail. Il faut donc mettre en place :

- Une modélisation et une diffusion des règles de bonnes pratiques avec un échange entre les professionnels sur celles-ci.
- Des plans de prévention des risques.

Dans le cadre de la mission de « **valorisation et de diffusion des pratiques innovantes** », la CNSA devra diffuser chaque année les conclusions obtenues sur les innovations mises en place.

Les professions du secteur gériatrique seront incluses dans un **plan de prévention des risques professionnels**. Un engagement national est nécessaire et il est proposé :

- De renforcer le programme de prévention des risques et d'augmenter l'enveloppe destinée à la branche « accidents du travail et maladies professionnelles »
- De financer du nouveau matériel et des équipements permettant de réduire les risques d'accident (ce matériel devra prendre en compte les contraintes de la personne aidée et celles de l'aidant professionnel).
- De sensibiliser les fédérations de ces différentes professions à l'existence d'aides et de contrats de prévention (il s'agit d'aides financières accessibles aux entreprises pour mettre en place des mesures de prévention des risques professionnels).

Concernant **la revalorisation des salaires**, élément indispensable à l'attractivité du métier, elle ne fait pas partie des priorités actuellement du fait des difficultés rencontrées au niveau des ressources publiques. La priorité est vraiment donnée à l'augmentation des effectifs, à l'augmentation du temps passé auprès du patient et à l'amélioration des conditions de travail.

Néanmoins, cette revalorisation passera par le versement de primes, par une indemnisation des kilomètres parcourus ou par le développement de flotte de véhicules de fonction.

Un pilotage transversal de la politique des métiers du grand âge valoriserait ces professions. Pour cela, **une instance nationale des métiers** pourrait être créée. Elle mobiliserait tous les acteurs nationaux (des départements, des partenaires sociaux, des fédérations des professions, etc) et elle aurait pour mission :

- De partager les innovations apportées aux métiers pour améliorer leur attractivité via la création d'une **plateforme nationale des métiers du grand âge**.
- D'améliorer l'image de ces professions : elle doit exposer les bons et les mauvais points pour que l'image donnée soit la plus réaliste possible et pour éviter les déceptions. Les compétences seront mises en valeur ainsi que l'engagement des professionnels qui donne un sens au métier pratiqué. Pour permettre cette mise en avant, des campagnes de communication nationale seront créées.
- De s'assurer de la mise en application des référentiels de formation et de compétences.

Pour faire la propagande de ces professions, des prospectus et autres outils de communication pourraient être fournis aux acteurs de l'emploi et de l'orientation (pôle emploi, ONISEP, etc) afin de les distribuer aux demandeurs d'emplois.

2.6 Revoir l'offre médico-sociale

Les prestations seront simplifiées en les recentrant sur les besoins des patients et sur leurs attentes. Leur financement par l'APA sera également facilité : l'aide sera directement versée au prestataire. Sera facturé au patient, uniquement le reste à charge (il faut, cependant, s'assurer qu'il soit abordable pour lui). Concernant les mandataires ou dans le cadre d'un emploi direct, le centre national du chèque emploi service universel versera le montant total au gérant de la structure : il faut donc un bon partage de données entre les deux.

De plus, la réforme prévue sur les modes de financement doit prendre en compte l'adaptation du temps de présence auprès du patient. Cette réforme est actuellement en cours d'étude mais elle a pour objectif :

- D'augmenter le temps de présence au domicile des bénéficiaires et de garantir une égalité de prise en charge sur l'ensemble des territoires.
- De libérer du temps aux professionnels pour que la prise en charge aille au-delà de l'aide technique. Un temps consacré au partage, à la relation humaine doit être rendu possible. De plus, un temps d'échange collectif, sur les pratiques et les situations rencontrées doit être permis.

Les aides financières pour la perte d'autonomie doivent être rendues plus visibles (pour faciliter leur accès) et plus équitables entre les **bénéficiaires**. Ainsi, une réforme de l'APA est envisagée et elle permettrait :

- Au patient une effectivité complète de ses droits.
- De financer des solutions de répit et des aides techniques innovantes pour aider l'aidant.

L'objectif est d'améliorer la qualité de prise en charge.

Depuis 2020, la sécurité sociale a élargi son champ d'intervention à la dépendance, qui devient alors le cinquième risque après la vieillesse, la maladie (santé, maternité, prévention), la famille (allocations familiales et prestations associées) et les accidents et maladies professionnelles. Ainsi, la reconnaissance de la perte d'autonomie comme **risque de protection sociale** signifie une implication plus importante de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans ce financement (c'est elle qui sera chargée de la gestion de cette nouvelle branche de l'assurance maladie) (135).

Les patients et leur entourage doivent être informés du coût total de leur accompagnement, pris en charge par la CNSA. Pour cela, le montant leur sera régulièrement communiqué et le montant total des services rendus par les services d'aide à domicile, devra apparaître sur les factures.

2.6.1 Reconnaitre la perte d'autonomie comme risque de protection sociale.

Aujourd'hui, reconnaître la perte d'autonomie comme **risque de protection sociale** est fondamental et les propositions soumises dans ce rapport vont pleinement dans ce sens. En dehors de l'aspect symbolique, ceci contribuera à une gestion financière renforcée et à **l'intégration des risques de perte d'autonomie dans les lois de financement de l'assurance maladie.**

Ainsi, face au risque de protection sociale, plusieurs droits se présentent :

- Droit d'accès homogène aux informations concernant les aides, les droits et les démarches administratives sur l'ensemble des territoires grâce à la mise en place des « maisons des aînés et des aidants ».
- Droit aux prestations proposées au niveau national qui permet de couvrir le risque. Ces services doivent être proposés de façon harmonieuse sur les territoires.
- Droit à un traitement équitable entre toutes les personnes prises en charge : au niveau local, la gestion est assurée par l'ARS et les Conseils départementaux chacun avec des tâches définies (dans un but de réduire les disparités de prise en charge entre les départements).
- Droit à un suivi régulier du risque et à être informé des décisions prises.

En plus de ces droits, d'autres propositions sont émises notamment une sur la révision des prestations et des services proposés afin de les simplifier et de les rendre plus justes et plus efficaces. Cette refonte passera notamment par :

- La mise en place, pour les SAAD, d'un tarif national de référence.
- L'instauration, pour le domicile, d'une « prestation autonomie » comprenant trois volets.
- L'uniformisation des évaluations de la perte d'autonomie et l'augmentation de la durée possible pour faire opposition.

Pour consolider cette réforme et la création de ce nouveau risque, l'utilisation des données **statistiques** (par des enquêtes sur la population vieillissante pour avoir une meilleure vision) et **économiques** (création d'un compte de la dépendance pour avoir une vision globale des dépenses) ainsi que **la recherche autour du vieillissement** (recherche des techniques pour appréhender le vieillissement et des marqueurs signes de fragilité) doivent être approfondies.

2.6.2 Remplacement de l'APA par une prestation autonomie

Actuellement, la majorité de l'APA finance l'aide humaine (92% de son montant) ce qui complique l'accès aux autres aides (accueil temporaire : 2% et autres aides : 6%). Pourtant, ce sont des aides importantes pour l'accompagnement, le soutien de l'aidant ou pour les professionnels dans l'accomplissement de leur tâche. De ce fait, l'APA sera remplacée par **la prestation d'autonomie** afin de faciliter l'accès à ces deux services qui complètent l'aide humaine.

Cette prestation serait divisée en trois volets : **les aides humaines, les aides techniques, le répit et les accueils temporaires**, avec pour chacun, un seuil financier maximal défini. Sera **exclue** de cette nouvelle prestation, **l'aide à l'adaptation au logement** qui sera prévue dans l'aide de l'ANAH. Elle servira de base à l'harmonisation des systèmes d'évaluation utilisés pour déterminer, en heures, les prestations nécessaires afin de compenser la perte d'autonomie.

Son montant sera dégressif selon les ressources. Actuellement, pour le calcul de l'APA, le patrimoine est peu pris en compte (3% seulement). Il est donc prévu de le valoriser dans cette nouvelle prestation (environ 4 voire 5%). La valeur de la résidence principale du bénéficiaire sera incluse dans les ressources mobilisées pour fixer le montant du reste à charge de l'ayant droit (il faut alors prendre en compte la capacité de liquidités et la disparité du marché immobilier entre les territoires).

Pour les ménages bénéficiant actuellement de l'APA, si celle-ci est plus favorable que la nouvelle prestation, ils la conserveront.

Cette transformation permettra d'assurer une meilleure équité dans la dispensation des prestations, adaptées selon les besoins de chacun. La disparition de l'APA au profit de la prestation d'autonomie permettra donc, au patient, d'obtenir le **plein exercice de ses droits** puisque le reste à charge deviendra identique entre domicile et établissement et entre propriétaire et locataire. Il pourra donc choisir son mode de vieillissement sans prendre en compte l'aspect financier.

Remarque 1 : une **prestation autonomie en établissement** sera également créée avec un volet « établissement » pour financer le tarif hébergement à la place de **l'allocation logement**, (versée principalement aux revenus modestes par la CAF) et de la **réduction d'impôt** (pour les personnes aux revenus aisés). Ce volet permettra de soutenir, également, les revenus modestes qui sont aujourd'hui les moins aidés. Elle serait versée par le **département** qui deviendrait donc l'unique interlocuteur. Elle faciliterait alors le financement du logement pour le résident et sa famille.

L'APA en établissement (EHPAD) serait amenée à disparaître progressivement suite à la fusion de la section « soin » et « dépendance » pour devenir la section « soin et entretien de l'autonomie », financée en majorité par l'assurance maladie (92%) et pilotée par l'ARS ou le conseil départemental. Le reste à charge est réglé par les complémentaires et les ménages. Cette fusion permettrait une meilleure gestion des EHPAD, faciliterait le financement et simplifierait les démarches administratives.

En vue de diminuer le reste à charge, il est prévu de revoir les dépenses des établissements et de faire basculer certaines d'entre elles de la section « hébergement » à la section « soin et entretien de l'autonomie » (ceci pourrait être le cas des frais de gestion et de management, des dépenses liées à l'intervention d'un diététicien, etc).

Remarque 2 : une réforme de la PCH est également envisagée en décalant son âge maximal d'éligibilité à 65 ans afin de l'adapter aux réformes liées à la retraite.

2.6.3 Faire de la CNSA l'unique financeur de la perte d'autonomie

Face au vieillissement de la population et à la volonté d'améliorer la qualité de prise en charge, les dépenses vont augmenter. Le financement de ces dépenses doit répondre à 2 critères :

- Etre d'origine publique donc provenir uniquement de la CNSA pour suivre la logique de reconnaissance de la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale.
- Mobiliser des prélèvements existants.

Ainsi, les dépenses seront couvertes par mobilisation des ressources publiques et du patrimoine financier et immobilier :

2.6.3.1 Utilisation des ressources publiques

A partir de 2024, deux propositions de sources de financement seront émises :

- Soit par la création d'un **nouveau prélèvement social** : il remplacerait celui qui existe déjà. Il n'aurait donc pas de nouveau prélèvement (avantage) et il serait utilisé pour renforcer la politique du grand âge et de la perte d'autonomie (donc bien accepté par la population).
- Soit en utilisant le **surplus de la nouvelle contribution sociale** : en effet, elle serait supérieure aux dépenses réalisées. Ainsi, afin d'anticiper l'augmentation des dépenses face au vieillissement de la population qui s'accroîtra dans les prochaines années, le surplus serait versé au **Fond de réserve des retraites** où serait créée une branche réservée au financement de la perte d'autonomie de la personne âgée.

2.6.3.2 Mobiliser le patrimoine financier et immobilier

Ce financement vient en complément de celui versé par les pouvoirs publics. Il se ferait par la mise en place d'une assurance privée. Cependant, la souscription d'une telle assurance présente de nombreux inconvénients :

- Risque de disparités intergénérationnelles et intragénérationnelles : les revenus ne sont pas pris en compte, ce sont des forfaits.
- Elle ne permet pas la mobilisation des épargnes existantes.

Ainsi, il faudrait plutôt favoriser **les assurances privées facultatives** plutôt que celles obligatoires. L'objectif de ces assurances privées est de venir en soutien des proches aidants et servir d'outil au financement des adaptations faites dans l'habitat.

2.6.3.3 Les outils pour mobiliser le patrimoine

Le rapport Libault "Grand âge et autonomie", présenté en mars 2019, analyse les solutions facilitant le financement de la perte d'autonomie. Plusieurs outils actuels existent pour mobiliser le patrimoine financier et immobilier. Ainsi, leur développement doit être soutenu par les pouvoirs publics.

Les rentes viagères : (136)

Le principe du viager correspond à la vente d'un bien à acquéreur (débirentier). Celui-ci versera une rente viagère au vendeur (crédirentier) jusqu'à son décès **imprévisible** (l'acheteur ne doit pas avoir pris connaissance, au moment de la signature de l'acte de vente, d'une maladie chez le vendeur). C'est le système de mobilisation du patrimoine financier qui reste le plus en adéquation avec l'allongement de l'espérance de vie. Ce système est **simple** car il suffit d'un seul bien pour répondre aux risques de vieillissement et **attractif** car il est plus facile d'appréhender la longévité plutôt que la dépendance.

Le viager mutualisé : (137), (138)

Le viager mutualisé est une pratique qui existe depuis quelques années, c'est une alternative au viager classique. Dans ce type de viager, contrairement au viager classique, il n'y a pas un mais plusieurs acquéreurs (ce ne sont pas des particuliers mais des groupements d'investisseurs types assureurs, mutuelles, banques) qui investissent dans plusieurs biens immobiliers en mettant en commun leurs ressources financières. Ils n'ont pas vocation à devenir propriétaire, il s'agit juste d'un placement d'argent (ils ne détiennent pas le bien mais ils ont des parts dans un fond). Ainsi, le sénior reste le résident de l'habitat. Un bouquet (capital perçu) et une rente sont versés, chaque mois, au vendeur. Après le décès du vendeur, le logement revient au fond et les investisseurs récupèrent leur placement.

Le prêt viager hypothécaire : (139)

Le prêt viager hypothécaire consiste à faire un prêt bancaire d'une valeur équivalente au prix de vente du logement, qui servira de garantie. Si le prêt ne peut être remboursé, la maison est alors saisie.

L'argent emprunté doit servir à payer un projet personnel (il ne peut pas être utilisé pour un engagement professionnel).

Il faut le distinguer de la rente en viager et de l'hypothèque classique :

- Pour une rente viagère, l'acheteur devient propriétaire du logement, alors que pour un prêt viager hypothécaire, la personne âgée reste propriétaire.
- Pour le prêt hypothécaire classique, un remboursement périodique d'une partie du capital et des intérêts est obligatoire alors que pour le prêt viager hypothécaire, il n'y a pas de remboursement jusqu'au décès.

Il deviendra le « **prêt viager-dépendance** » afin de l'adapter aux personnes présentant une dépendance importante (GIR 1 ou 2). Il fonctionnera de la même façon que le prêt viager hypothécaire mais il sera proposé lorsque la dépendance est avérée et qu'un choix de la famille est nécessaire. **Il s'adresse uniquement aux personnes ne répondant pas aux critères d'éligibilité de l'ASH.**

2.6.4 Autres modifications dans le financement

Cette réforme de financement à l'étude viendrait également modifier **le droit d'exonération des cotisations patronales** dans le cadre d'un emploi à domicile avec un décalage de l'âge de l'exonération à 75 ans (au lieu de 70 ans) pour s'adapter à l'allongement de l'espérance de vie.

Concernant **les crédits d'impôts et la réduction d'impôt**, les patients pourront en bénéficier lorsqu'il s'agira de services pour des **besoins sociaux** (et plus pour des soins de confort). Cette décision fait suite à la hausse des plafonds pour pouvoir bénéficier de ces avantages ce qui a contribué à une baisse de création et de déclarations d'emploi.

2.7 Une gouvernance simplifiée et plus claire

Le pilotage de la politique du grand âge doit reposer sur un meilleur partenariat entre les organismes, sur une meilleure identification du rôle de chaque intervenant et sur une réduction des hétérogénéités de prise en charge entre les territoires. Ainsi, il est nécessaire de faire évoluer la gestion et la gouvernance de la politique actuelle du grand âge.

Deux scénarios de pilotage sont donc proposés pour répondre aux besoins des personnes âgées autour de l'offre médico-sociale. Est confié aux départements, le rôle d'animateur territorial et d'adaptation de l'environnement au vieillissement de la population. La CNSA se verra, elle, responsable de la gestion de l'équité de l'offre entre les territoires, du repérage et du partage des bonnes pratiques et sera chargée du financement et de son pilotage.

2.7.1 Replacer le conseil départemental au cœur de la politique du grand âge

La création de la maison des aînés et des aidants nécessitera alors l'apparition d'une nouvelle instance, « **la conférence départementale du grand âge** » qui regrouperait les conférences des financeurs actuelles (ARS, conseils départementaux, sécurité sociale), diffuserait la stratégie d'offre et gérerait les travaux d'adaptation. Elle aurait pour objectif de mettre en place une stratégie d'offre de soin et d'accompagnement pour les personnes âgées et de dynamiser les partenariats au niveau local. Selon les besoins de proximité, elle pourrait être spécialisée dans des domaines particuliers tels que le rassemblement de cas de maltraitance, l'innovation de nouveau concept de prise en charge, etc.

2.7.2 Revoir le pilotage de l'offre médico-sociale

Actuellement, le système de pilotage de l'offre est fortement controversé du fait d'un manque de clarté, d'une distinction trop importante entre l'offre médico-sociale gérée par le conseil département et l'ARS et l'offre sanitaire gérée par l'ARS, d'une prise en charge trop hétérogène, etc. Ainsi, pour faire face à ces limites, plusieurs scénarios sont envisagés :

- Un seul organisme pourrait piloter l'offre pour garantir une homogénéité et une uniformité avec possibilité de déléguer des compétences (par exemple : l'ARS pourrait déléguer des compétences au conseil départemental).
- Ou, confier la gestion de l'offre médico-sociale à l'ARS et le conseil départemental serait lui, chargé de piloter la stratégie d'offre et endosserait le rôle d'interlocuteur référent de proximité pour les personnes âgées.
- Ou, donner le rôle d'interlocuteur de l'ensemble de l'offre médico-sociale au conseil départemental et l'ARS serait responsable des contrôles et de la gestion de l'offre sanitaire.

2.7.3 Approfondir les compétences de la CNSA

Le renforcement des compétences de la CNSA doit se faire sur les missions suivantes :

- **Pilote le risque de protection sociale** (notamment sur le plan financier)
- **Garantir une équité entre les territoires** via la diffusion de données sur la qualité des services rendus.

- **Soutenir le développement des maisons des aînés et des aidants et l'instauration de conférence du grand âge** : soutien dans l'animation, l'outillage et le contrôle du cahier des charges qui listerait les critères qualité à respecter.
- **Repérer et divulguer les bonnes pratiques et les innovations** afin de permettre leur extension
- Moderniser le système informatique dans le domaine du grand âge : généralisation des messageries sécurisées, permettre le passage d'une source d'information à l'autre ou harmoniser les systèmes d'informations de la prestation autonomie.

2.8 Conclusion du rapport de Libault

En plus des réponses individuelles, des solutions collectives doivent être apportées pour modifier la perception donnée au grand âge. Malgré la perte d'autonomie et le vieillissement, la personne âgée garde toutes ses capacités à interagir, à communiquer et à penser. Une fois que le regard sur le grand âge sera transformé, ce sont les métiers du grand âge et les proches aidants qui seront mis à l'honneur.

La réforme prévue dans le cadre d'un futur projet de loi doit être évaluée afin de réfléchir à de nouvelles avancées en termes de personnel pour les professions du grand âge et de modalités de rémunération des acteurs du domicile notamment. Cette évaluation permettra également d'obtenir des conclusions sur les modifications apportées à la gestion et la gouvernance au niveau local et national. Un suivi régulier de l'espérance de vie en bonne santé sera effectué pour évaluer la stratégie de prévention mise en place afin de s'assurer que la nouvelle gestion est bien adaptée à ce nouveau risque de protection sociale. L'évaluation se focalisera principalement sur la gestion locale de la politique du grand âge et, de façon générale, sur les performances du système de pilotage et de gouvernance. Cette métamorphose de la prise en charge centrée sur l'amélioration du service rendu et sur la prévention de la perte d'autonomie peut engendrer de nombreuses économies.

CONCLUSION

Comme nous avons pu le voir, une transformation profonde de la prise en charge du grand âge et de l'autonomie est envisagée afin de répondre à l'augmentation de la demande de maintien à domicile par des personnes âgées souhaitant une prise en charge et un accompagnement de qualité. Ceci nécessite donc, une réforme des métiers du grand âge afin de leur redonner une attractivité ce qui contribuera à l'amélioration de qualité d'accompagnement par création d'emplois et augmentation du personnel. Il est, en fait, important de redonner la valeur et la reconnaissance que ces métiers du grand âge doivent avoir. Cette reconnaissance doit aussi être rendue à l'aidant, qui « sacrifie » sa vie pour soutenir son proche. De plus, une implication de l'ensemble des citoyens est nécessaire afin de répondre, avec dignité, aux enjeux du grand âge et redonner une place à la personne vieillissant dans la société.

En plus d'être centrée sur l'amélioration de la prise en charge, cette métamorphose du système cible la prévention de la perte d'autonomie qui permettrait de réduire les coûts engendrés de la dépendance : ceci répond donc à **l'adaptation de la société au vieillissement**.

Ces perspectives d'évolution sont envisagées pour le domicile mais aussi pour les établissements. Certaines fois, bien que non souhaitée, l'institutionnalisation est inévitable. Il est donc important de donner à ces structures un meilleur regard pour éviter les angoisses et le stress des familles. Ainsi, les principales transformations auront lieu sur la qualité de prise en charge et sur les coûts avec création d'un bouclier autonomie qui permettra de réduire le reste à charge. Pour réduire l'effet stigmatisant des EHPAD, il est également prévu, de changer la dénomination et de la remplacer par « Maison du grand âge » ou « Maison médicalisée des séniors », plus attractif et moins péjoratif que « Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

Les mesures citées dans ce rapport de Libault doivent être expérimentées et elles seront évaluées au fur et à mesure du temps même si aujourd'hui aucune d'entre elles ne sont vraiment mises en place du fait de la pandémie du Covid 19. Beaucoup reste à faire ...

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,
Christiane FORESTIER

Le Président du Jury,
Catherine COUDERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Bréchat PH, Vogel T, Bérard A, Lonsdorfer J, Kaltenbach G, Berthel M. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? Sante Publique. 2008;20(5):475-87.
2. INSEE. Population par âge : Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291&msclid=69277458ac5011ec989053b32c1ad93e#tableau-figure1>
3. Besdine, Richard W. Présentation du vieillissement [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. 2019 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillissement/pr%C3%A9sentation-du-vieillissement>
4. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire: prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
5. CHU Clermont Ferrand. Le Géroto-pôle inter-hôpitaux : une réponse coordonnée aux problèmes de santé des séniors [Internet]. Réseau CHU. 2014 [cité 28 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/le-geronto-pole-inter-hopitaux-une-reponse-coordonnee-aux-problemes-de-sante-des-seniors/>
6. OMS. Vieillesse et santé [Internet]. 2021 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
7. Conseil général du Puy- de-Dôme. RESAIDA 63 : réseau d'aide aux aidants. Puy-de-Dôme; 2009. 36 p.
8. Besdine, Richard W. Modifications physiques liées à l'âge [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2019 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/prise-en-charge-du-patient-g%C3%A9riatrique/modifications-physiques-li%C3%A9es-%C3%A0-%C3%A2ge>
9. Ministère des solidarités et de la santé. Grand âge et autonomie : les chiffres clés [Internet]. 2019 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/grand-age-et-autonomie-les-chiffres-cles>
10. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie [Internet]. 2021 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf

11. UNCCAS. La CNSA dévoile les chiffres clés 2020 de l'aide à l'autonomie [Internet]. 2020 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.unccas.org/la-cnsa-devoile-les-chiffres-cles-2020-de-l-aide-a-l-autonomie>
12. D, Y-M. Perte d'autonomie : quid du maintien à domicile [Internet]. Santé publique. 2013 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://documents.net/document/fao-oms-50-ans-quils-veillent-sur-nos-assiettes.html>
13. Fédération Hospitalière de France. Définir la perte d'autonomie [Internet]. 2011 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.maisons-de-retraite.fr/Evaluer-la-perte-d-autonomie/Comment-evaluer-la-perte-d-autonomie/Definir-la-perte-d-autonomie>
14. Rhéaume, Lianne. Guide des aidants. Modus Vivendi. Canada; 2020. 319 p.
15. INSEE. 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050 [Internet]. 2019 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949?msckid=d2f743b0ceb911ec899e70690f9f716b>
16. Brunel, Mathieu, Carrière, Amélie. La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile : quelles disparités entre départements ? [Internet]. DREES. 2019 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd34.pdf>
17. HAS. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835100/fr/reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation-pour-les-personnes-agees-volet-domicile
18. HAS. L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation [Internet]. 2018 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation
19. Association de Moyens Retraite Complémentaire. Dépendance : comment savoir si votre proche est encore autonome ? [Internet]. 2021 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.essentiel-autonomie.com/evaluer-perte-autonomie/dependance-comment-savoir-si-votre-proche-est-encore-autonome>
20. Fédération Hospitalière de France. Comment évaluer la perte d'autonomie ? [Internet]. 2011 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.maisons-de-retraite.fr/Evaluer-la-perte-d-autonomie/Comment-evaluer-la-perte-d-autonomie>
21. Ennuyer B. Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation. 2ème édition. Paris: Dunod; 2014. x+310.
22. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide des aides aux personnes âgées. 2ème édition. Paris: Documentation française; 2017. 119 p. (Aides en Poche).

23. Devis assurance dependance. La dépendance chez les personnes âgées : les conséquences [Internet]. 2021 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.devis-assurance-dependance.com/la-dependance-chez-les-personnes-agees-les-consequences.html>
24. Franco A, Rialle V. Perte d'autonomie et maintien à domicile. *Esprit*. 2010;(7):85-92.
25. Deville N, Oumeddour S. Prévenir la perte d'autonomie pour les personnes vulnérables : l'instauration d'un rendez-vous prévention jeune retraité. *Regards*. 2020;57(1):95-103.
26. Aquino JP, Corbin S. Prévention de la perte d'autonomie et bien vivre son avancée en âge [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_5_prevention_et_bien_vivre_son_avancee_en_age.pdf
27. Braudo, Serge. Définition de domicile [Internet]. *Dictionnaire Juridique*. 2018 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/domicile.php>
28. Libault D. Concertation grand âge et autonomie : rapport [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. 2019 [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
29. Haut conseil du travail social. Le partage d'informations à caractère personnel dans le champ de l'aide à domicile personnes âgées, personnes handicapées [Internet]. 2017 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cedts_fiche_partage_info_caractere_personnel_domicile.pdf
30. Ameli. Maintien à domicile [Internet]. L'assurance maladie. 2022 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/seniors/maintien-domicile>
31. AD développement. Les intervenants à domicile [Internet]. AD séniors. 2021 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.adseniors.com/intervenants-a-domicile/>
32. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Prise en charge des patients à domicile et dispensation des dispositifs médicaux : des services devenus incontournables [Internet]. 2022 [cité 27 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.demarchequalityoffice.fr/actualites/prise-en-charge-des-patients-a-domicile-et-dispensation-des-dispositifs-medicaux-des-services-devenus-incontournables>
33. ROBERT M. DU maintien et soins à domicile [Internet]. UFR Pharmacie. Maud ROBERT; 2022 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://pharmacie.univ-nantes.fr/les-formationen/formation-continue/du-maintien-et-soins-a-domicile>

34. Foucu, M. Le MAD, un secteur porteur pour l'officine [Internet]. larevuepharma.fr. 2015 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/2015/09/mad-secteur-porteur-lofficine/>
35. Orkyn. Maintien à Domicile (MAD) des personnes en perte d'autonomie [Internet]. 2019 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.orkyn.fr/maintien-domicile-mad-personnes-perde-dautonomie>
36. Agevillage. Les professionnels qui accompagnent les personnes âgées à domicile [Internet]. 2017 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.agevillage.com/actualites/15364-1-dossier-les-professionnels-qui-accompagnent-les-personnes-agees-a-domicile>
37. cap retraite. Autonomie des personnes âgées : le rôle clé du kinésithérapeute [Internet]. 2019 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/aide-a-domicile/perde-dautonomie/autonomie-des-personnes-agees-le-role-cle-du-kinesitherapeute/>
38. Association de Moyens Retraite Complémentaire. L'ergothérapie au service des personnes âgées vivant à domicile [Internet]. Essentiel autonomie. 2021 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.essentiel-autonomie.com/adapter-logement/ergotherapie-service-personnes-agees-vivant-domicile?msclid=99144e61cfb211ec9f8d1703e31c8753>
39. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) [Internet]. 2021 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
40. La commune de Ferté Bernard. Services de Soins Infirmiers à Domicile [Internet]. 2017 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.la-ferte-bernard.fr/sante-social/siad/>
41. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les services d'aide à domicile [Internet]. 2021 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/les-services-daide-domicile>
42. Ministère des solidarités et de la santé. Services d'aides [Internet]. 2015 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/vivre-avec-la-maladie/j-ai-l-age-d-etre-a-la-retraite-plus-de-60-ans/article/services-d-aides>
43. UNA (Union Nationale de l'Aide,, des Soins et des Services aux Domiciles). Service polyvalent d'aide et de soins à domicile [Internet]. 2015 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.una.fr/4862-S/spasad.html>

44. Actimeo. Les service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) en région Auvergne [Internet]. Action sociale. 2009 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/service-polyvalent-aide-et-soins-a-domicile--s-p-a-s-a-d---209/rgn-auvergne.html#puy-de-dome>
45. ARS. Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) [Internet]. 2019 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/services-polyvalents-daide-et-de-soins-domicile-spasad>
46. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) [Internet]. 2021 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-spasad-services-polyvalents-daide-et-de-soins-domicile>
47. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Comité national sur le parcours de sante des personnes agees en risque de perte d'autonomie: projet de cahier des charges des projets pilotes paerpa [Internet]. 2013 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/cdc_paerpa.pdf
48. HAS. Coordination des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3029265/fr/coordination-des-soins
49. Libault D. Rapport sur la mise en oeuvre des projets pilotes. 2013;85.
50. Ministère de la santé et des sports. Coopération entre professionnels de sante [Internet]. 2009 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf
51. HAS. Les réseaux de santé [Internet]. 2006 [cité 28 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf
52. Bruyère C. Les réseaux gérontologiques : une réponse organisationnelle aux nouveaux défis du système de santé ? Management et Avenir. 2009;26(6):160-76.
53. Caisse centrale de la MSA (mutualité sociale agricole). Les réseaux gérontologiques [Internet]. msa.fr. 2021 [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.msa.fr/lfp/solidarite/reseaux-gerontologiques>
54. URMAD (unité de retour et de maintien à domicile. Le rôle de l'assistante sociale dans le maintien à domicile [Internet]. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: https://www.urmad.fr/le-role-de-l---assistante-sociale-dans-le-maintien-a-domicile_ad84.html

55. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les assistantes sociales [Internet]. 2020 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-assistantes-sociales>
56. AD DEVELOPPEMENT. Auxiliaire de vie [Internet]. adseniors. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.adseniors.com/intervenants-a-domicile/auxiliaire-de-vie-2/>
57. AD DEVELOPPEMENT. L'aide-ménagère pour les personnes âgées et/ou handicapées [Internet]. adseniors. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.adseniors.com/intervenants-a-domicile/aide-menagere/>
58. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Le portage de repas à domicile [Internet]. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/le-portage-de-repas-domicile>
59. novasenior. Les métiers de l'Aide a domicile aux personnes âgées [Internet]. 2022 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.novasenior.com/aide-a-domicile/maintien/metiers-du-domicile.htm>
60. AD DEVELOPPEMENT. Garde de nuit à domicile pour une personne âgée ou handicapée [Internet]. adseniors. 2021 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.adseniors.com/aide-a-lautonomie/garde-de-nuit/>
61. AD DEVELOPPEMENT. La dame de compagnie pour personnes âgées [Internet]. adseniors. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.adseniors.com/intervenants-a-domicile/dame-de-compagnie/>
62. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). La téléassistance [Internet]. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/la-teleassistance>
63. Association de Moyens Retraite Complémentaire. Quels services à domicile pour les personnes âgées et dépendantes ? [Internet]. Essentiel autonomie. 2021 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.essentiel-autonomie.com/services-domicile/quels-services-domicile-personnes-agees-dependantes>
64. Monalisa. Les coopérations territoriales [Internet]. 2014 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.monalisa-asso.fr/monalisa/les-cooperations-departementales>
65. Actimeo. Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) [Internet]. action-sociale. 2009 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centres-locaux-information-coordination-p-a---c-l-i-c---463.html>

66. cap retraite. Le CLIC (centre local d'information et de coordination gérontologique) [Internet]. 2019 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/structures-d-information/le-clic/>
67. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Le centre communal d'action sociale (CCAS) [Internet]. 2021 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-centre-communal-daction-sociale-ccas-la-mairie>
68. Le Rest M. CCAS : Qu'est qu'un Centre Communal d'Action Sociale ? A quoi ca sert ? [Internet]. Aide-Sociale.fr. 2018 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.aide-sociale.fr/centre-action-sociale/>
69. Union intercommunale d'action sociale. Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014 [Internet]. 2015 [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.unccas.org/les-services-d-aide-a-domicile-geres-par-les-ccas-cias-en-2014>
70. La maison des aidants. Liens utiles [Internet]. 2018 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.lamaisondesaidants.com/liens-utiles/>
71. Besnard, Xavier, Brunel, Mathieu, Couvert, Nadège, Roy, Delphine. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée : résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) [Internet]. 2019 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>
72. Binier CO. Les enjeux éthiques du maintien à domicile. VST - Vie sociale et traitements. 2018;139(3):66-73.
73. Association française des aidants. Aidants : et votre santé, si on en parlait ? [Internet]. 2022 [cité 28 mai 2022]. Disponible sur: https://www.aidants.fr/wp-content/uploads/2022/02/fiches-conseils_sante_aidants.pdf
74. HAS. Risques sur la santé des aidants : fiche repère [Internet]. 2014 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/fiche_reperes_aidants_volet_resi_aut_decembre_2016.pdf
75. Association française des aidants. Fiche pratique « Concilier vie d'aidant et vie professionnelle » [Internet]. 2014 [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/fiche-pratique-concilier-vie-daidant-et-vie-professionnelle/>
76. Sanofi Genzyme, Association française des aidants. Proches aidants, votre santé, si on en parlait ? [Internet]. 2021 [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: https://www.aidants.fr/wp-content/uploads/2022/02/brochure_sante_aidants_vf.pdf

77. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). L'hébergement temporaire [Internet]. 2022 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/solutions-daccueil-temporaire/lhebergement-temporaire-ce-quil-faut-savoir>
78. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). La tutelle [Internet]. 2020 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/les-mesures-de-protection/la-tutelle>
79. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). La curatelle [Internet]. 2020 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/les-mesures-de-protection/la-curatelle>
80. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). La sauvegarde de justice [Internet]. 2020 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/les-mesures-de-protection/la-sauvegarde-de-justice>
81. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Qu'est-ce que l'obligation alimentaire ? [Internet]. 2020 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/les-obligations-de-la-famille/quest-ce-que-lobligation-alimentaire>
82. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Comment la participation des obligés alimentaires est-elle calculée ? [Internet]. 2021 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/les-obligations-de-la-famille/comment-la-participation-des-obliges-alimentaires-est-elle-calculée>
83. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Associations généralistes d'aide aux aidants [Internet]. 2020 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/associations-generalistes-daide-aux-aidants>
84. Associations françaises des aidants. Association française des aidants [Internet]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/>
85. Association Française des aidants. Ateliers santé des aidants [Internet]. Association Française des aidants. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/ateliers-sante-aidants/>
86. Jannot, Pascal. Présentation : La maison des aidants [Internet]. La Maison des Aidants. 2008 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.lamaisondesaidants.com/presentation/>

87. sep-ensemble. Un service téléphonique d'écoute pour les aidants [Internet]. 2018 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.sep-ensemble.fr/proches-aidants-aide/sclerose-en-plaques-service-ecoute-telephonique-aidants>
88. DemarchesAdministratives.fr. Plateforme aux aidants des personnes âgées à Saint-Eloy-les-Mines 63700 [Internet]. <https://demarchesadministratives.fr/plateforme-aidant-personne-agee/saint-eloy-les-mines-63700>. DemarchesAdministratives.fr; 2021 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://demarchesadministratives.fr/plateforme-aidant-personne-agee/saint-eloy-les-mines-63700>
89. Fédération des plateformes de répit. Le soutien aux aidants [Internet]. Soutenir les aidants. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.soutenirlesaidants.fr>
90. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). MAIA [Internet]. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia>
91. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif Paerpa [Internet]. 2021 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
92. ARS. Les plateformes territoriales d'appui (PTA) [Internet]. 2021 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/les-plateformes-territoriales-dappui-pta>
93. Plateformes territoriales d'appui - PTA - Ministère des Solidarités et de la Santé. Plateformes territoriales d'appui (PTA) [Internet]. 2021 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-dappui/pta>
94. Fédération Nationale des Infirmiers. Paerpa : tout ça pour ça ? [Internet]. 2020 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.fni.fr/paerpa-tout-ca-pour-ca/>
95. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) [Internet]. 2022 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>
96. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Résidence autonomie et résidence services : quelle différence ? [Internet]. 2020 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/residence-autonomie-et-residence-services-quelle-difference>
97. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les résidences autonomie, pour qui ? [Internet]. 2021 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/les-residences-autonomie-pour-qui>

98. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les résidences services [Internet]. 2020 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/les-residences-services-pour-qui>
99. Direction de l'information légale et administrative. Accueil familial d'une personne âgée et/ou handicapée [Internet]. 2022 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15240>
100. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les EHPAD [Internet]. 2022 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>
101. Agevillage. Les petites unités de vie (PUV) - Une bonne alternative [Internet]. 2017 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.agevillage.com/outils-et-fiches-pratiques/6943-1-les-petites-unites-de-vie-puv>
102. MSA Auvergne. Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (les MARPA) [Internet]. 2021 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://auvergne.msa.fr/lfp/marpa>
103. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). L'habitat regroupé [Internet]. 2020 [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/autres-solutions-de-logement/lhabitat-regroupe>
104. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). L'habitat intergénérationnel [Internet]. 2020 [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/autres-solutions-de-logement/lhabitat-intergenerationnel>
105. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Habitat inclusif : un chez-soi et une vie sociale partagés [Internet]. 2021 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/autres-solutions-de-logement/habitat-inclusif-un-chez-soi-et-une-vie-sociale-partages>
106. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Ehpads à MONTAIGUT [Internet]. 2022 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-ehpad-et-maisons-de-retraite/EHPAD/PUY-DE-DOME-63/montaigut-63700/ehpad-jean-paul-toucas/630781516>
107. Leclair, Agnès, Lentschner, Keren. Scandale des Ehpad Orpea : l'État saisit la justice [Internet]. LEFIGARO. 2022 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/societes/scandale-des-ehpad-orpea-l-etat-saisit-la-justice-20220326>
108. Le monde. Scandale Orpea : une enquête ouverte après le signalement du gouvernement. 2022 [cité 21 mai 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/04/28/scandale-orpea-une-enquete-ouverte-apres-le-signalement-du-gouvernement_6124066_3224.html

109. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les USLD (unités de soins de longue durée) [Internet]. 2021 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-usld-unites-de-soins-de-longue-duree>
110. Ministère des Solidarités et de la Santé. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) [Internet]. 2022 [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/article/cnsa-caisse-nationale-de-solidarite-pour-l-autonomie>
111. Direction de l'information légale et administrative. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
112. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
113. Direction de l'information légale et administrative. Personne âgée : aide financière pour rémunérer une aide à domicile [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F245>
114. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). L'aide-ménagère à domicile [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/laide-menagere-a-domicile>
115. DemarchesAdministratives. Bien vieillir chez soi : aide de la Carsat et démarches [Internet]. <https://demarchesadministratives.fr/demarches/laide-bien-vieillir-chez-soi-de-la-carsat-pour-amenager-son-logement>. DemarchesAdministratives.fr; 2019 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://demarchesadministratives.fr/demarches/laide-bien-vieillir-chez-soi-de-la-carsat-pour-amenager-son-logement>
116. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Quelles sont les aides des caisses de retraite ? [Internet]. 2021 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/quelles-sont-les-aides-des-caisses-de-retraite>
117. Direction de l'information légale et administrative. Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871>
118. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. CESU déclaratif : de quoi parle-t-on ? [Internet]. 2021 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-contrats-de-travail/article/le-cheque-emploi-service-universel-cesu-declaratif>

119. Korian. Les aides financières pour le maintien à domicile des personnes âgées [Internet]. [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://infos-conseils.korian.fr/financement-et-droits/financement-et-droits/les-aides-financieres-pour-le-maintien-domicile-des-personnes-agees>
120. Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. CESU préfinancé, titre CESU : de quoi parle-t-on ? [Internet]. 2021 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-contrats-de-travail/article/le-cheque-emploi-service-universel-cesu-prefinance>
121. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les aides fiscales pour l'aide à domicile [Internet]. 2022 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/les-aides-fiscales-pour-laide-domicile>
122. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les aides au logement à domicile [Internet]. 2020 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/les-aides-au-logement-domicile>
123. Direction de l'information légale et administrative. Aide personnalisée au logement (APL) [Internet]. 2022 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12006>
124. Mancret-Taylor, Valérie. Adapter votre logement à votre handicap avec Habiter facile [Internet]. ANAH (agence nationale de l'habitat). [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.anah.fr/proprietaires/proprietaires-occupants/adapter-votre-logement-a-votre-handicap-avec-habiter-facile/>
125. ANAH (agence nationale de l'habitat). Bien vieillir chez vous avec Habiter facile [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.anah.fr/proprietaires/proprietaires-occupants/bien-vieillir-chez-vous-avec-habiter-facile/>
126. Direction de l'information légale et administrative. Aides financières de l'Anah pour réaliser des travaux d'amélioration de l'habitat [Internet]. 2022 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1328>
127. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Les aides extralégales des mairies ou des conseils départementaux [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/les-aides-extralegales-des-mairies-ou-des-conseils-departementaux>
128. Securitas Téléassistance. Téléassistance : quelles aides pour la financer ? [Internet]. 2021 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://teleassistance.securitas.fr/decryptage/teleassistance-aide-financement>

129. CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Faire une demande d'aide sociale à l'hébergement [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/aides-financieres-en-ehpad/faire-une-demande-daide-sociale-a-lhebergement>
130. Direction de l'information légale et administrative. Aide sociale à l'hébergement (ASH) d'une personne âgée [Internet]. 2021 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444>
131. Libault, Dominique. Synthèse du rapport Libault [Internet]. 2019 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cettefamille.com/wp-content/uploads/2019/03/Synthese-Rapport-Libault.pdf>
132. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie [Internet]. 2019 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
133. Groupe VYV. Maintien à domicile des personnes âgées : quelles sont ses limites ? [Internet]. [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: https://proche-des-aidants.fr/articles/detail_contenu/12
134. Les maisons des aînés et des aidants parisiennes. Maisons des Aînés et des Aidants [Internet]. Maillage 75. 2022 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://maillage75.sante-idf.fr/accueil/maisons-des-aines-et-des-aidan-1.html>
135. Direction de l'information légale et administrative. Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie [Internet]. vie-publique.fr. 2020 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/274394-lois-7-aout-2020-dette-sociale-et-autonomie-5e-risque-dependance>
136. Direction de l'information légale et administrative. Achat ou vente en viager : quelles sont les règles ? [Internet]. 2020 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2762>
137. Boursorama. Immobilier : qu'est-ce que le viager mutualisé ? [Internet]. 2018 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.boursorama.com/patrimoine/actualites/immobilier-qu-est-ce-que-le-viager-mutualise-ec401f5fbd204c3ad3a445d11e2605ef>
138. Frenay, Maire-Eve. Immobilier : comment fonctionne le viager mutualisé ? [Internet]. MoneyVox Actu. 2018 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.moneyvox.fr/placement/actualites/68075/immobilier-comment-fonctionne-le-viager-mutualise>

139. Direction de l'information légale et administrative. Prêt viager hypothécaire [Internet]. 2021 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16242>

ANNEXES

Annexe I : Modèle de fiche, réalisée par l'ANSM, pour aider au repère du risque de trouble de nutrition, dénutrition et la déshydratation :

REPÉRAGE/RÉSIDENCES AUTONOMIE

MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

POUR LE PERSONNEL

« LES SIGNES QUI DOIVENT M'ALERTER »

LES SIGNES D'ALERTE

↳ Notamment :

- refus de manger et/ou de boire ;
- diminution des quantités mangées et/ou bues ;
- rythme pour manger (par exemple, la personne mange plus lentement) ;
- perte visible de poids.

↳ Ou, à l'inverse :

- augmentation importante des quantités mangées ;
- prise rapide de poids ;
- grignotages fréquents (bonbons, chocolats, gâteaux, etc.).

BON À SAVOIR

LES FACTEURS DE RISQUE

↳ Facteurs socio-psychologiques :

- autonomie alimentaire : difficultés pour préparer les repas, à se servir et à les manger ;
- difficultés pour s'approvisionner : difficulté pour se déplacer, pour porter les courses, etc.
- isolement ;
- habitudes de vie alimentaire de la personne : manque de variété des aliments, apports en protéines et vitamines insuffisants (pas assez de fruits, de légumes, de viandes, de fromages, etc.), consommation plus importante d'alcool, hydratation insuffisante (bois rarement de l'eau, du café, des tisanes, de la soupe, etc.), etc. ;
- problèmes financiers.

↳ Facteurs médicaux ou paramédicaux (lorsque ces éléments peuvent être connus du service) :

- difficultés buccodentaires : appareil dentaire perdu, cassé ou mal entretenu, douleur dentaire, etc. ;
- difficultés d'assimilation des aliments : problème de digestion, douleur, difficultés pour se servir, manger, mâcher ou avaler, etc. ;
- maladies aiguës infectieuses (en particulier pour l'hydratation) : grippe, angine, gastroentérite, etc. ;
- maladies liées au vieillissement : problèmes liés à la mémoire, à la parole, etc. ;
- perte de goût et de l'envie de boire ;
- souffrance psychique et dépression ;
- régimes alimentaires ;
- prise de plusieurs médicaments à la fois.

50 Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidence autonomie

REPÉRAGE/RÉSIDENCES AUTONOMIE

MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

POUR LA STRUCTURE

RECOMMANDATIONS

↳ METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE VEILLE PERMETTANT D'IDENTIFIER LES SIGNES D'UNE MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

- En encourageant la personne accueillie à exprimer ses besoins et ses attentes.
- En observant les évolutions dans les attitudes, les gestes et les paroles de la personne.
- En échangeant avec la personne mais aussi, si la personne est d'accord, avec son entourage, les membres de l'équipe⁶¹ et les intervenants extérieurs qui l'accompagnent (Médecin traitant (MT), SAAD, SSIAD, etc.), afin d'élaborer avec eux ce qui peut être mis en place à partir de la remontée d'information de la personne elle-même, de son entourage et/ou des professionnels de terrain.

↳ PARTAGER L'ANALYSE DES SIGNES REPÉRÉS

- En échangeant avec la personne ou, le cas échéant, avec le représentant légal, la personne de confiance, son entourage et, selon les besoins, avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de la personne (SAAD, SSIAD, SPASAD professionnels libéraux, etc.) dans le respect des dispositions légales en matière de partage d'informations.
- En prévoyant des temps et des outils spécifiques de partage d'informations.
- En organisant les remontées d'informations entre les professionnels de la résidence autonomie et, selon les besoins, avec les partenaires extérieurs.

↳ ADAPTER LES RÉPONSES LORSQUE LES PERSONNES ACCUEILLIES MONTRENT DES SIGNES D'UNE MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

- En recherchant des réponses en équipe et en cohérence avec le projet personnalisé.
- En impliquant la personne et ses aidants dans la recherche de solutions.
- En sollicitant ou en orientant vers les partenaires et plus particulièrement le médecin traitant, mais aussi tous les acteurs qui proposent des actions de prévention (CLIC, mutuelles, associations, instances d'éducation et de promotion de la santé, etc.).
- En formalisant dans le projet personnalisé les solutions proposées et les éventuelles difficultés, voire refus.
- En évaluant en équipe les actions mises en place et leurs limites.

↳ SENSIBILISER ET FORMER LES PROFESSIONNELS AU REPÉRAGE DES SIGNES D'UNE MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

- En présentant à l'équipe les principaux facteurs de risques d'une mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation.
- En formalisant ces éléments dans le projet d'établissement.
- En inscrivant cette thématique dans le plan de formation.
- En encadrant l'éventuelle utilisation d'outils d'aide au repérage des signes d'une mauvaise nutrition.
- En organisant régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la mauvaise nutrition.

⁶¹ Elle se compose de l'ensemble du personnel de la résidence autonomie : responsable, agent d'entretien, personnel de restauration, secrétaire, aides-soignants, animateurs, aide médico-psychologique, etc.

Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidence autonomie. 51

REPÉRAGE/RÉSIDENCES AUTONOMIE

MAUVAISE NUTRITION, DÉNUTRITION ET DÉSHYDRATATION

RÉSULTATS ATTENDUS

L'équipe de la résidence autonomie en contact régulier des personnes accueillies connaît les principaux facteurs de risque d'une mauvaise nutrition, dénutrition et déshydratation, identifie les signes d'alerte. Elle sait sur quels dispositifs (outils) s'appuyer pour faire remonter cette information. Les besoins et les attentes de la personne accueillie sont pris en compte. Il n'y a pas de rupture de parcours d'accompagnement.

DES OUTILS⁶¹ POUR ALLER PLUS LOIN...

- ↳ Sur l'évaluation de l'état nutritionnel
- Plan national alimentation : guides pratiques des ministères des affaires sociales et de la santé et de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt
 - DAG/DGCS. Guides « *Bien manger chez soi ! Des courses à l'assiette : des solutions pour les seniors* » (2014) et « *Guide d'amélioration du service de portage de repas à domicile pour les personnes âgées* » (2014)
- ↳ Sur l'ensemble des thématiques
- Anesm, Qualité de vie en Ehpad : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (volet 2), septembre 2011
 - Anesm, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, novembre 2009
 - INPES. *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* (version 2015)
 - INPES. *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des guides nutrition à partir de 55 ans et nutrition pour les aidants des personnes âgées*. 2006
 - <http://www.denuitration-formation.fr/>

Annexe II : Grille d'aide au repérage de la perte d'autonomie ou de son aggravation.

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DE SECTEUR OU DE STRUCTURE

Repérage pour PERSONNE ACCOMPAGNÉE PROCHE AIDANT

Contact pris auprès

Personne accompagnée Mme/M

Intervenant Mme/M

Enfant Mme/M

Proche aidant Mme/M

Lien avec la personne accompagnée

Médecin traitant Dr

Autre Mme/M

Lien avec la personne accompagnée

Action(s) / Aide(s)	Proposée(s)	Acceptée(s)	Mise(s) en place
<input type="checkbox"/> Augmentation des heures/modification du plan d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Changement des horaires de passage des intervenants (soignants, AVS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Instauration de services de soins (infirmiers, kiné, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aide technique (lève-malade, canne, déambulateur, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adaptation du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Téléassistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre, préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Impact sur le projet personnalisé

Aucun

Vigilance

Réajustement

Demande d'APA Initiale

Révision

Dossier traité le

4 Anesm, Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation



À REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE*

Personne accompagnée n°¹ :

Âge ans

Outil de repérage complété par

Fonction

En date du

Outil de repérage transmis le

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres

* Attention : avant toute utilisation de l'outil, les organismes gestionnaires doivent s'acquitter de leurs obligations relatives au traitement de données personnelles, notamment concernant les droits d'accès, d'opposition et de rectification des personnes visées en application de la Loi - informatique et libertés - du 6 janvier 1978.

¹ Urgence = état de santé qui se dégrade brutalement, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial.

En cas d'urgence, appeler le Samu Centre 15 (numéro d'urgence : 112).

² Afin de garantir la sécurité des données personnelles recueillies, le professionnel met en place un système permettant que des tiers ne puissent pas identifier les personnes concernées. Le numéro de la personne peut correspondre, par exemple, au numéro du dossier de la personne.

MON INTERVENTION AU DOMICILE DE LA PERSONNE

J'interviens chez la personne pour faire / l'aider à faire	Cochez si OUI	Cochez si l'intervention devient plus difficile ou impossible
Le lever / le coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La toilette / l'habillement / le déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La préparation / la prise de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ménage / le repassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les sorties / les courses / les RDV extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aide à la prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT HABITUEL DE LA PERSONNE

L'environnement habituel de la personne accompagnée a été modifié suite à	Cochez si OUI
La diminution des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès, etc.)	<input type="checkbox"/>
La diminution des relations avec l'extérieur (moins de sorties, moins de loisirs, moins de contact avec les amis, les voisins, les clubs, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages d'intervenants à domicile (IDE, kiné, etc.)	<input type="checkbox"/>
L'arrêt/dysfonctionnement des passages du service de portage des repas	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser :	<input type="checkbox"/>

Vos commentaires éventuels :

LES CHANGEMENTS OBSERVÉS

J'observe que la personne accompagnée / son aidant a plus de difficultés à	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour le proche aidant
Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, la tablette, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans son quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer ses finances et l'administratif (payer chez les commerçants, gérer son budget, les factures, le courrier, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'observe que la personne accompagnée / son proche aidant	Cochez si OUI pour la personne	Cochez si OUI pour son proche aidant
Chute plus souvent / a chuté / a du mal à tenir en équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange moins / a maigri / s'hydrate moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'a plus la même hygiène (change rarement de vêtements, ne se lave plus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint beaucoup (de sa santé, de sa mémoire, de son sommeil, de voir moins bien, de moins entendre, de solitude, de manque d'argent, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent plus fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sembler plus triste, exprimer moins d'envie ou n'a plus envie de rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A peur / Se sent angoissé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est plus agressif (ve) / Se sent persécuté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A plus de mal à accepter / commence à refuser mon intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consomme plus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne connaît plus les jours / Me reconnaît plus difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oublie parfois mes passages / ceux des autres professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'ouvre plus les volets / vit dans le noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Où puis-je m'informer ?



Annexe IV : Fiche patient reprenant les principales sources d'information disponible sur le secteur de Saint Eloy les Mines.

Où puis-je m'informer ?



Localement :

- **Au centre local d'information et de coordination (CLIC)** de Saint Eloy les Mines : 04.73.85.08.24
- **Au centre local d'action sociale (CCAS) ou à la mairie** de Saint Eloy les Mines : 04.73.85.08.24
- **Au conseil départemental** du Puy de Dôme : 04.73.42.20.20



Vers les professionnels :

- **Mon pharmacien d'officine**
Pharmacie Boudet, Saint Eloy les Mines : 04.73.85.06.63
- **Mon médecin traitant**
Cabinet médical de Saint Eloy les Mines : 04.73.85.04.44
- **Mon infirmier libéral**
- **Mon assistante sociale**
- **Ma caisse de retraite**



Sur les sites internet :

- Site de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr : portail de la casse nationale de solidarité pour l'autonomie, spécifique aux personnes âgées
- www.pourbienveillir.fr : portail permettant d'accéder aux services existant à destination des personnes âgées en perte d'autonomie
- Site de l'assurance maladie : Site internet de l'assurance maladie : ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Assuré

Je suis aidant proche ...



Mon rôle : Venir en **aide** à la réalisation des tâches de la vie quotidienne que mon proche ne peut plus faire seul.



Je peux :

Le **soutenir** moralement, le **rassurer**, l'**accompagner** et l'**aider**
Travailler en **collaboration** avec les autres intervenants du domicile



Ce que je ne dois pas faire :

Effectuer les tâches que mon proche est **toujours capable** de faire seul
Continuer mon rôle d'aidant **sans plaisir et par obligation**



Comment je peux réduire les risques ?

❖ **Je sécurise les déplacements :**

Je prépare l'espace et les aides techniques
Je m'assure que c'est le bon moment pour déplacer la personne
Je parle avec la personne que je vais déplacer
Je prends la bonne position et je fais le déplacement.

❖ **Je préviens l'épuisement :**

Je me repose,
J'ai une bonne alimentation
Je pratique une activité physique
Je planifie les interventions

❖ **Si je ressens un début d'épuisement, de baisse de moral, d'anxiété, de douleur physique, etc :** Je prends du temps pour moi et je fais appel à des aides professionnelles ou non (voisins, bénévoles) pour me relayer le temps d'une pause.

❖ **Je contacte mon médecin traitant** dès l'apparition des premiers signes de fragilité



Quels sont mes droits ?

- ❖ **Le droit au répit** : quand j'interviens quasiment quotidiennement
La demande se fait auprès du conseil départemental
- ❖ **Le congé de proche aidant** : dans le cas où je suis un aidant sans lien familial avec la personne que j'aide et que je l'aide depuis au moins un an
- ❖ **Le congé de solidarité familiale** : si je suis aidant salarié et que j'interviens auprès d'une personne en fin de vie
Il est valable 3 mois, mais il n'est pas rémunéré. Il est possible de faire une demande d'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie



Où me renseigner sur les droits auxquels j'ai accès ?

- ❖ À la **direction des ressources humaines** de mon lieu de travail
- ❖ Aux **représentants du personnel** de mon lieu de travail
- ❖ Auprès de « **allo service public** » : 3939

Quelles solutions de repos ...



Quels sont les solutions pour que je puisse avoir du repos ?

- ❖ Je fais intervenir des **professionnels** : infirmiers, aides ménagères ... Pour cela, je me renseigne dans les centres d'informations locaux.
- ❖ Je place mon proche dans une **structure d'accueil temporaire**



Où avoir des informations et du soutien ?

- ❖ Après de l'**association française des aidants** qui met en place de nombreuses actions :
 - Des « **cafés des aidants** » : lieu de rencontre, de partage, d'écoute et d'information
 - Des « **formations pour aidants** » : permet d'obtenir des réponses aux questions, d'apprendre de nouvelles méthodes d'accompagnement ou être formé aux nouvelles aides techniques
 - Des « **ateliers santé des aidants** » : organisés en deux temps : un partage avec les professionnels suivi de l'analyse de cas pratique.
 - Pour obtenir plus d'informations, je me connecte au site : [Association française des aidants](#) | [Association Française des aidants](#)
- ❖ Après de « **La Maison des aidants** » : soutien et accompagne les aidants
- ❖ Après de la **plateforme d'accompagnement et de répit** : écoute et soutient les aidants via des entretiens individuels
Plateforme située à Saint Gervais d'Auvergne, téléphone : **07.50.65.60.72.**
- ❖ Sur le site du **GRATH** (Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des Personnes en situation de Handicap) : permet de connaître les solutions de relai et les accueils temporaires
[Portail de l'accueil temporaire et des relais aux aidants \(accueil-temporaire.com\)](#)
- ❖ En contactant la ligne d'écoute de l'association « **Aidons nos proches** » au **01.94.72.84.72.**



Les hébergements temporaires :

En relai de l'aidant ou avant la mise en institution afin d'habituer la personne âgée et éviter le changement brutal, pour un **accueil de jour** ou **temporaire**, sur plusieurs jours.

Leurs objectifs :

- ❖ Pour le **séniör** : préserver l'autonomie et maintenir les liens sociaux
- ❖ Pour l'**aidant** : souffler et prendre du temps pour soi

Deux types d'hébergements temporaires :

- ❖ L'**accueil de jour** : de durée **limitée**, pour les personnes souffrant de pathologies neurodégénératives, de la maladie d'Alzheimer ou ayant une dépendance physique.
- ❖ L'**accueil de nuit** : présence de lits réservés aux personnes âgées souffrant de pathologies dégénératives. Ils bénéficient d'un accompagnement professionnel nocturne.

Quand recourir à ce type d'hébergement ?

- ❖ Isolement de la personne âgée
- ❖ Absence temporaire de l'aidant ou en relai pour du répit
- ❖ Travaux d'adaptation dans la maison de la personne aidée
- ❖ Avant la mise en institution définitive

Des informations supplémentaires sont disponibles sur **le site de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** en consultant l'annuaire des établissements.

Des aides financières existent pour payer ce type de relai : renseignements auprès des points d'informations

Les structures intermédiaires au domicile et à l'établissement

Les résidences autonomie = foyer-logement

- Pour les personnes **autonomes ou à faible dépendance**
- Les logements sont des **petits studios avec des services collectifs**
- **Structures sociales et médico-sociales**, gérées par des **organismes publics** (CCAS notamment) ou par des organismes à but non lucratif
- Évaluation de la structure par le conseil départemental
- **Tarif** : loyer (avec charges et services inclus) + prix des services supplémentaires
- **Aides possibles** : ASH (aide sociale à l'hébergement) si éligible + pour les autres aides possibles APA (allocation personnalisée d'autonomie), aides au logement, contacter les points d'informations locaux
- **Résidences disponibles** : sur l'annuaire des établissements accessible sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Les résidences services

- **Logements privatifs avec des services collectifs**
- Permettent d'assurer confort et bien être
- Mise en place de conseil de résidents
- Possibilité de faire intervenir des services extérieurs
- Gérées par des **organismes privés**
- **Tarif** : loyer (charges incluses) + services
- **Pas de possibilité de prétendre à l'ASH**
- **Résidences disponibles** : consulter l'annuaire des résidences services sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr ou renseignements auprès des points d'informations locaux

L'accueil familial

- Accueil chez un **accueillant familial agréé**
- **Critères d'éligibilité à cet accueil** : pas de liens familiaux avec l'accueillant et niveau de dépendance compatible avec l'accueillant
- Accueil à temps complet ou partiel, temporaire ou répétitif
- **Tarif** : indemnité de frais d'entretien + indemnité des frais d'occupation (+ indemnité si l'accueilli a besoin d'une présence quasi permanente)
- **Aides possibles** : **aides au logement, aide sociale du département, APA à domicile, crédits d'impôts.** **Pas d'accès aux aides des caisses de retraite.**
- **Accueillants familiaux disponibles** : consulter les services du département

Les petites unités de vie et les logements collectifs

- = **concept MARPA (Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées)**
- Pour les personnes souffrant d'un **isolement social** et ayant des **moyens financiers insuffisants pour payer des aides à domicile**
- **Logements privatifs avec services collectifs** (tarif des services divisé entre les résidents): correspondent à un « petit EHPAD »
- Contiennent 25 places
- **Les aides possibles** :
 - ❖ Si établissement conventionné : **APA en établissement**
 - ❖ Si non conventionné : **APA à domicile**
 - ❖ Renseignements auprès des points d'informations locaux

Les nouveaux habitats en cours de développement :

- **Les habitats regroupés** : **logements indépendants** situés dans l'environnement géographique de la personne âgée, avec des **espaces communs**. Logements à vocation **social**. Ils sont sécurisés et conviviales. Réservés aux **personnes à faible revenu**.
- **Les habitats intergénérationnels** : **plusieurs générations dans un même établissement ou dans un même logement**. Favorisent les échanges et la solidarité intergénérationnelle et renforcent les liens sociaux. Logements à vocation **social**.
- **Les habitats inclusifs** : accessibles à **toutes les personnes âgées** (aucun critère d'éligibilité), ils proposent des **espaces collectifs et des logements individuels**. Mise en place d'un projet de vie sociale et partagée. Financement possible par l'ARS, renseignement auprès des points d'informations locaux pour connaître les aides financières possibles. Structures gérées par des associations sociales ou médico-sociales, mutuelles, collectivités locales, habitants ou bailleurs.

Annexe VII : Fiche patient reprenant les différentes structures intermédiaires au domicile et à l'établissement sur le secteur de Saint Eloy les Mines.

Les structures intermédiaires au domicile et à l'établissement

Les résidences autonomie = foyer-logement

- Pour les personnes **autonomes ou à faible dépendance**
- Les logements sont des **petits studios avec des services collectifs**
- **Structures sociales et médico-sociales**, gérées par des **organismes publics** (CCAS notamment) ou par des organismes à but non lucratif
- Evaluation de la structure par le conseil départemental
- **Tarif** : loyer (avec charges et services inclus) + prix des services supplémentaires
- **Aides possibles** : ASH (aide sociale à l'hébergement) si éligible + pour les autres aides possibles APA (allocation personnalisée d'autonomie), aides au logement, contacter les points d'informations locaux
- **Résidences disponibles** à Saint Eloy les mines et dans les environs (20km à la ronde) :
 - **Foyer-logement de Saint Eloy les Mines** : 04.73.85.16.72
 - **Résidence autonomie – EHPAD Maurice Savy Les Tilleuls (Saint Gervais d'Auvergne)** : 04.73.85.83.23
 - **Résidence le hameau de l'amitié (Bellevaux)** : 04.70.58.33.55

Les résidences services

- **Logements privatifs avec des services collectifs**
- Permettent d'assurer confort et bien être
- Mise en place de conseil de résidents
- Possibilité de faire intervenir des services extérieurs
- Gérées par des **organismes privés**
- **Tarif** : loyer (charges incluses) + services
- **Pas de possibilité de prétendre à l'ASH**
- **Résidences disponibles** : consulter l'annuaire des résidences services sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr ou renseignement auprès des points d'informations locaux

L'accueil familial

- **Accueil chez un accueillant familial agréé**
- **Critères d'éligibilité à cet accueil** : pas de liens familiaux avec l'accueillant et niveau de dépendance compatible avec l'accueillant
- Accueil à temps complet ou partiel, temporaire ou répétitif
- **Tarif** : indemnité de frais d'entretien + indemnité des frais d'occupation (+ indemnité si l'accueilli à besoin d'une présence quasi permanente)
- **Aides possibles** : **aides au logement, aide sociale du département, APA à domicile, crédits d'impôts.** **⚠ Pas d'accès aux aides des caisses de retraite.**
- **Accueillants familiaux disponibles** : consulter les services du département

Les petites unités de vie et les logements collectifs

- = **concept MARPA (Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées)**
- Pour les personnes souffrant d'un **isolement social** et ayant des **moyens financiers insuffisants pour payer des aides à domicile**
- **Logements privatifs avec services collectifs** (tarif des services divisé entre les résidents): correspondent à un « petit EHPAD »
- Contiennent 25 places
- **Les aides possibles** :
 - ❖ Si établissement conventionné : **APA en établissement**
 - ❖ Si non conventionné : **APA à domicile**
 - ❖ Renseignements auprès des points d'information locaux
- Les **structures existantes** près de Saint Eloy les Mines : **MARPA – Résidence du parc (Marcellat en Combraille)** : 04.70.51.60.01

Les établissements

Solution de **dernier recours**, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible

Deux types d'hébergements :

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes = maison de retraite

- Offrent des soins médicaux, paramédicaux et les prestations minimales obligatoires (administration, nettoyage, restauration, logements équipés, etc.) : inclus dans le « tarif hébergement »
- Propositions de prestations facultatives variables d'un établissement à l'autre : à payer en plus du tarif hébergement
- Leurs missions : accompagner les personnes âgées fragiles et préserver leur autonomie
- **Tarifs de ces établissements** : il est partagé entre **le résident** et **l'assurance maladie**
 - Le résident finance le « **tarif hébergement** » (variable selon les établissements, fixé par le président du conseil départemental si institutionnalisation pour raison sociale ou par l'établissement) et le « **tarif dépendance** » (fixé par le conseil départemental, dépend du niveau de dépendance, une partie peut être pris en charge par l'APA mais une partie reste à la charge du résident = « ticket modérateur »)
 - L'assurance maladie finance le « **tarif soin** »
 - Un comparateur de prix entre les établissements est disponible sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
- **Aides financières acceptées** : APA, aide au logement, ASH → renseignements auprès des points d'informations locaux

ESLD : Etablissement de soins de longue durée

- Accueil temporaire ou permanent, à temps complet ou partiel
- Critères d'éligibilité : **avoir 60 ans ou plus et souffrir d'une dépendance**
- Structure de 50 à 120 résidents
- Demande en ligne sur Via.Trajectoire **accès particulier** ou sur dossier disponible sur www.service-public.fr
- Liste des EHPAD sur l'annuaire consultables sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

- Pour les **personnes ayant besoin d'une surveillance médicale continue**
- Peut correspondre :
 - À une **chambre dans une résidence intermédiaire** pour personnes avec une perte d'autonomie modérée
 - Ou à une **chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée** pour personnes à dépendance sévère.
- Solution de dernier recours
- Liste des ESLD existants sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Annexe IX : Fiche patient sur les différents établissements pour personnes âgées accessible dans les environs de Saint Eloy les Mines.

Les établissements

Solution de **dernier recours**, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible

Deux types d'hébergements :

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes = maison de retraite

- Offrent des soins médicaux, paramédicaux et les prestations minimales obligatoires (administration, restauration, nettoyage, logements équipés, etc.) : inclus dans le « tarif hébergement ».
- Propositions de prestations facultatives variables d'un établissement à l'autre : à payer en plus du tarif hébergement
- Leurs missions : accompagner les personnes âgées fragiles et préserver leur autonomie
- **Tarifs de ces établissements** : il est partagé entre le **résident** et **l'assurance maladie**
 - Le résident finance le « **tarif hébergement** » (variable selon les établissements, fixé par le président du conseil départemental si institutionnalisation pour raison sociale ou par l'établissement) et le « **tarif dépendance** » (fixé par le conseil départemental, dépend du niveau de dépendance, une partie peut être pris en charge par l'APA mais une partie reste à la charge du résident = « ticket modérateur »)
 - L'assurance malade finance le « **tarif soin** »
 - Un comparateur de prix entre les établissements est disponible sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
- **Aides financières acceptées** : APA, aide au logement, ASH → renseignements auprès des points d'informations locaux

ESLD : Etablissement de soins de longue durée

- Accueil temporaire ou permanent, à temps complet ou partiel
- Critères d'éligibilité : **avoir 60 ans ou plus et souffrir d'une dépendance**
- Structure de 50 à 120 résidents
- Demande en ligne sur ViaTrajectoire accès particulier ou sur dossier disponible sur www.service-public.fr

- Pour les **personnes ayant besoin d'une surveillance médicale continue**
- Peut correspondre :
 - A une **chambre dans une résidence intermédiaire** pour personnes avec une perte d'autonomie modérée
 - Ou à **une chambre dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée** pour personnes à dépendance sévère.
- Solution de dernier recours

Liste des EHPAD sur l'annuaire, consultables sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr : **4**

EHPAD dans les 20 km de Saint Eloy les Mines, dans le Puy de Dôme :

- EHPAD Jean-Paul Toucas (Montaigut) : 04.73.85.00.78
- EHPAD du Pays de Menat (Menat) : 04.73.52.77.90
- EHPAD La Louisiane (Pionsat) : 04.73.85.60.46
- EHPAD Maurice Savy (Saint Gervais d'Auvergne) : 04.73.85.83.23

Liste des ESLD existants sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr : **les plus proches de**

Saint Eloy les Mines sont :

- Centre de soins longue durée Courtois (Montluçon) : 04.70.02.36.57
- Centre hospitalier universitaire de Clermont (Cébazat) : 04.73.75.07.50
- USLD Clinique du Grand Pré (Durtol) : 04.73.60.79.70
- USLD du Centre hospitalier de Vichy (Vichy) : 04.70.97.33.33

A quelles aides financières ai-je le droit de prétendre ?

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- Destinée aux personnes dépendantes appartenant à la catégorie **GIR 1 à 4**, résidant à leur domicile, chez un proche, chez un accueillant familial, dans une résidence autonomie ou dans une petite unité de vie
- Aide à **financer les dépenses induites par ma perte d'autonomie**
- **Non cumulable avec l'allocation d'aide sociale, avec les caisses de retraite et avec l'aide pour l'aide-ménagère à domicile**
- **Non récupérable sur succession**
- Versée par le **département**
- Renseignements auprès :
 - De la **mairie de Saint Eloy les Mines, service CCAS** : 04.73.85.08.24
 - Du **centre local d'information et de coordination** : 04.73.85.08.24
 - Du **conseil général du Puy de Dôme** : 04.73.42.20.20

Les aides ménagères à domicile :

- Destinées aux personnes âgées dépendantes appartenant à la catégorie **GIR 5 ou 6**
- Finance **les services d'aide à domicile**
- **Non cumulable avec l'APA**
- **Récupérable sur succession** si j'ai une succession supérieure à 46 000€
- Versée par le **département ou la caisse de retraite**
- Renseignements auprès de la **mairie de Saint Eloy les Mines, service CCAS** : 04.73.85.08.24

Aides au logement :

- Destinées aux personnes âgées ayant un **revenu modeste et présentant des difficultés à payer le logement**
- Prend en charge **une partie du loyer ou des frais d'échéances**
- **Non récupérable sur succession**
- Si je réside dans un établissement **conventionné**, je fais une demande d'**aide personnalisée au logement (APL)**, sinon je fais une demande d'**allocation de logement sociale (ALS)** auprès de la **caisse d'allocation logement (CAF) ou mutualité sociale agricole (MSA)**
- Renseignements, en fonction du service dont je dépends, auprès de :
 - La **CAF du Puy de Dôme** : 04.73.69.30.27
 - La **MSA Auvergne** : 04.71.64.66.46

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

- Destinée aux personnes âgées, **de plus de 65 ans, avec un revenu modeste**
- **Garantie un revenu minimal**
- **Non cumulable avec APA et PCH**
- **Récupérable sur succession** si j'ai une succession supérieure à 39 000€
- Versée par votre **caisse de retraite**
- Renseignements auprès de ma caisse de retraite



Aides au financement de mes travaux d'adaptations du logement

- ❖ **Aide à l'habitat :**
 - Destinée aux **retraités du régime général ou de l'Etat**
 - Pour **financer les travaux et les aides à domicile**
 - **Non cumulable avec APA et PCH**
 - Versée par la **caisse de retraite**
 - Formulaire disponible sur le site de l'assurance retraite
- ❖ **Aide à l'adaptation du logement à la perte d'autonomie**
 - Pour financer les travaux effectués par un **professionnel uniquement**
 - **Cumulable avec les aides du département**
 - Versée par **l'agence nationale de l'habit (ANAH)**
 - Demande en ligne sur : www.anah.fr



Autres aides :

- ❖ **Aides de ma complémentaire santé :**
 - Aide **ponctuelle** pour **financer les dépenses induites par mes problèmes de santé**
 - Aide **permanente** sous forme de chèque emploi-service universel (CESU) pour **financer les aides à domicile**
 - Versée par votre **complémentaire santé**
 - Se renseigner auprès de votre complémentaire santé
- ❖ **Aides extralégales des mairies ou départements type aides à la télésurveillance**
 - Destinées aux personnes ayant un **revenu modeste**
 - **Finance divers services** (portage de repas, téléassistance, etc.)
 - **Cumulable avec les autres aides**
 - Versées par la **mairie ou le conseil départemental**
 - De la mairie de Saint Eloy les Mines : 04.73.85.08.24
 - Du conseil général du Puy de Dôme : 04.73.42.20.20

L'aide de dernier recours :

Si j'ai prétendu à l'ensemble de ces aides mais que je n'arrive plus à assumer, financièrement, mon maintien à domicile, je peux recourir à **l'aide sociale à l'hébergement** versée par le **conseil départemental** qui m'aidera à **financer les frais d'hébergement de l'établissement ou de l'accueillant familial**. Elle est **cumulable avec l'APA à domicile ou en établissement**.
Cependant, c'est une **aide récupérable durant mon vivant ou après mon décès**.
Se renseigner auprès de l'établissement où je vais héberger ou auprès de la mairie si je vais chez un accueillant familial.



Que je sois imposable ou non, je déclare les services d'aides à domicile qui interviennent à mon domicile ou les travaux que j'effectue à mon domicile pour faire face à ma perte d'autonomie dans ma déclaration d'imposition pour prétendre aux avantages fiscaux sous forme de **réduction d'impôt** ou de **crédit d'impôts**.

SERMENT DE GALIEN

En présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples, je jure :

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

Résumé :

Le maintien à domicile est, aujourd'hui, un des enjeux de notre société, de plus en plus vieillissante et qui possède un regard négatif sur les structures d'accueil type EHPAD. De nombreux intervenants contribuent à ce maintien et un travail en étroite collaboration est nécessaire tout en incluant l'aidant proche, acteur majeur du maintien à domicile. Pour aider à l'accompagnement, différentes structures et sites d'informations ont été créés mais ils sont difficiles d'accès et mal connus. Différentes aides financières existent pour subvenir aux dépenses qu'impliquent le vieillissement et la perte d'autonomie. Des mesures de prévention doivent être appliquées en vue de limiter les conséquences de l'avancée en âge. Peu enseignées et donc diffusées par les professionnels, elles ne sont quasiment pas appliquées. De nombreuses failles sont donc retrouvées dans le système actuel du grand âge et d'autonomie. Il convient donc de trouver des solutions à ces problématiques du domicile afin de répondre au mieux aux demandes qui ne cesseront de croître dans les années à venir. Les principales transformations que ciblera le rapport de Libault, rédigé à la suite de la concertation grand âge et autonomie, sont la place du sujet âgé dans la société, les métiers du grand âge, une amélioration de la qualité des soins et d'accompagnement et la réduction des inégalités, le financement et le pilotage du grand âge.

Mot-clés :

- Maintien à domicile
- Personne âgée
- Perte d'autonomie
- Prévention
- Limites du maintien à domicile
- Concertation grand âge et autonomie