

LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE DE 75 ANS ET PLUS EN PERTE D'AUTONOMIE À L'HORIZON 2030

ÉTUDE PROSPECTIVE ET QUALITATIVE

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



Comment répondre aux besoins des personnes âgées de plus de 75 ans en perte d'autonomie en Auvergne-Rhône-Alpes d'ici 2030, tout en prenant en compte leurs fragilités mais également la spécificité de nos territoires, leurs ressources sanitaires et médico-sociales, les évolutions démographiques à venir ?

Cet enjeu est au cœur des politiques publiques pour la personne âgée, conduites par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et les collectivités départementales. Il s'agit d'un enjeu particulier pour notre Agence au moment où se construit le projet de santé 2018-2028 de notre région.

C'est pourquoi nous avons confié à l'Observatoire régional de la santé (ORS) Auvergne-Rhône-Alpes la réalisation d'une étude prospective et qualitative sur ce sujet en dressant, au préalable, une analyse fine du profil actuel de dépendance des personnes âgées, des situations à risque rencontrées et des réponses aujourd'hui apportées par les professionnels et acteurs de terrain.

Pour ce faire, l'ORS a réalisé de nombreuses analyses bibliographiques et statistiques, mené une centaine d'entretiens auprès d'acteurs du domaine dans toute la région, organisé des groupes de réflexion au niveau local permettant l'émergence de visions collectives et pragmatiques. Cela a notamment permis de faire émerger une typologie des territoires – filières gérontologiques et bassins de santé intermédiaires – sur la question de l'accompagnement des personnes âgées, qui va au-delà du simple diagnostic.

L'ORS nous propose ici des pistes d'actions selon les particularités locales pour préparer les évolutions à venir en termes de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Je tiens à saluer cet important travail qui nous permet de disposer d'éléments de compréhension détaillés et solides de l'existant.

Au-delà, cette étude nous donne l'opportunité de nous projeter vers l'avenir en envisageant des solutions pertinentes, répondant encore mieux aux besoins des personnes âgées. Elle va nous aider, au travers du Projet régional de santé, à définir et proposer une organisation optimisée des ressources présentes sur le territoire et celles à déployer dans les années à venir.

La totalité du document est à votre disposition sur le site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette synthèse en reprend l'essentiel et vous permettra d'appréhender la méthodologie employée ainsi que les résultats les plus significatifs.



Dr Jean-Yves GRALL

Directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes



LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude prospective et qualitative sur la prise en charge et l'accompagnement, à l'horizon 2030, de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie, au sein des territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes, a pour objectif d'identifier les priorités à mettre en œuvre, par territoire, pour une organisation optimale des ressources à destination des personnes âgées. Elle se décline en trois objectifs spécifiques :

- réaliser des bilans territoriaux qualitatifs, à l'échelle des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires (BSI) ;
- proposer une typologie de ces territoires selon les parcours des personnes âgées dépendantes ;
- dégager des priorités et des pistes d'action à l'horizon 2030.



LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Cette étude a été réalisée en quatre phases, avec différents outils :

- une synthèse bibliographique des principaux enjeux autour de la prise en charge de la dépendance en France ;
- une typologie des filières gérontologiques et bassins de santé intermédiaires, à partir de données objectivées (offre de soins, établissements sanitaires et médico-sociaux, état de santé, fragilité sociale) et d'éléments de caractérisation géographique des territoires (présence de pôles urbains importants, difficultés d'accessibilité...) afin de repérer des spécificités et des tendances fortes sur chaque territoire ;
- une étude qualitative par entretiens semi-directifs :
 - une dizaine d'entretiens individuels auprès de personnes-ressources expertes de la thématique ou ayant une vision régionale des enjeux (gériatre, associations de patients, Unions régionales des professionnels de santé libéraux - URPS) ;
 - 90 entretiens individuels auprès de responsables et professionnels exerçant dans les filières gérontologiques et les bassins de santé intermédiaires : CCAS, EHPAD, SAAD, SSIAD, CH, CHU, professionnels de santé et aussi Conseils départementaux et ARS ;

- 12 entretiens collectifs répartis sur différentes filières gérontologiques et bassins de santé intermédiaires de profils différents (repérés à partir de la typologie) ;
- un croisement de ces informations, quantitatives et qualitatives, afin de consolider les critères de catégorisation et la typologie de territoires.

L'étude a été menée durant le premier semestre de l'année 2017.

Les constats faits lors des entretiens qualitatifs sont ceux des personnes interrogées et n'engagent pas les auteurs et le commanditaire de l'étude.

Les pistes proposées pour 2030 sont un matériau de réflexions mobilisables par les différents acteurs du secteur dans leurs projets à venir, elles viendront alimenter les travaux actuels devant aboutir aux prochains programmes d'actions.

L'ORS tient à remercier toutes les personnes qui ont accepté d'être interviewées dans le cadre de cette étude.



LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

1 La prise en charge de la dépendance : un enjeu majeur de société, des définitions qui s'affinent et des expérimentations qui se multiplient... mais qui sont encore peu évaluées (données bibliographiques)

Les ouvrages et articles relatifs aux problématiques des personnes âgées concernées par la perte d'autonomie sont abondants et reflètent la complexité à définir la dépendance et à la mesurer. Point de convergence entre tous, l'allongement de la durée de la vie aboutira à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes en 2030. Autre élément marquant, le fait que ces personnes souhaiteront, majoritairement, rester à domicile le plus longtemps possible, tant dans les zones urbaines que dans les zones rurales qui, pour certaines, vont se dépeupler, notamment faute de bassins d'emploi suffisants.

Face à ces défis, les expérimentations se multiplient pour améliorer le maintien à domicile et la qualité de vie en

EHPAD. Cependant très peu d'expériences dites « innovantes » sont réellement évaluées et il est aujourd'hui difficile, voire impossible, de réaliser un état des lieux critique de ce « qui marche ou pas ».

Deux idées phares semblent cependant dominer :

- la **grande dépendance est toujours associée à des problèmes de santé sévères** au plan physique, psychique ou cognitif ;
- la **souplesse et le décroisement** dans les prises en charge, **l'articulation des différents professionnels et des aidants naturels** dans des **environnements attentifs et bienveillants**, améliorent les chances de « bien vieillir ».

2 Les ruptures possibles dans la prise en charge de la dépendance : profils et situations à risque (enquête qualitative)

La prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus, dépendantes, peut être analysée au travers de la **notion de « parcours »**. Ainsi, dans le langage des professionnels, une prise en charge adaptée renvoie à un « parcours » où les réponses aux besoins de la personne s'enchaînent sans discontinuité, de manière appropriée, selon les évolutions de son état de santé, de sa situation globale. À l'inverse, les « ruptures de parcours » reflètent l'existence de discontinuités dans la prise en charge, laissant certains besoins sans réponse ou avec des réponses inadaptées.

Du côté des aidants naturels et des personnes âgées elles-mêmes, **le parcours de prise en charge s'inscrit dans une expérience sensible, particulière, qui est celle du parcours de vie**. Le ressenti d'une « rupture » ou au contraire d'une « cohérence » de parcours pour

les personnes âgées ou leurs aidants familiaux peut **diverger du sens donné par les professionnels**. Ainsi, le passage aux urgences, à l'hôpital, est parfois jugé excessif ou inopportun par les professionnels de santé, voire risqué, alors que les aidants familiaux ou autres intervenants professionnels à domicile estiment qu'il s'agit de la meilleure solution, la plus sécurisante, en cas de doute concernant un problème de santé soudain de la personne âgée, particulièrement en cas de difficultés d'accès aux médecins généralistes. À ces **écarts de perception** s'ajoutent le **désir des personnes âgées de rester à domicile**, la crainte de « l'institutionnalisation », parfois le déni de la dépendance et aussi le risque d'épuisement des aidants naturels, autant d'**éléments qui influent sur l'appréciation des réponses apportées à la perte d'autonomie**.

PROFILS À RISQUE

Au-delà de ces dissonances possibles sur le sens de la « rupture de parcours », il est repéré, à la croisée des différents entretiens réalisés, **sept profils de personnes âgées particulièrement en risque de « ruptures de parcours »**, plus ou moins systématiquement associés au fait que les personnes :

- nécessitent une attention renforcée, des soins particuliers ou complexes, pouvant fragiliser les équilibres budgétaires des établissements ou générer des déficits pour les structures de prise en charge à domicile ou les professionnels de santé libéraux ;
- vivent dans des contextes économiques ou géographiques très contraints, qui requièrent des moyens humains et économiques importants.

(À noter : certaines personnes peuvent cumuler les caractéristiques de plusieurs « profils »).

Le nombre de personnes au sein de chacun de ces sept profils devrait augmenter à l'horizon 2030, l'espérance de vie ayant notablement progressé pour certains groupes. Ces profils se déclinent comme suit :

- **les personnes ayant des troubles du comportement liés à des dégénérescences séniles**, notamment lorsque ces troubles entraînent une désinhibition, des formes d'agressivité, des déambulations nocturnes ;
- **les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec un problème de santé mentale** notamment lorsqu'elles ne sont pas ou peu suivies au plan psychiatrique ou sont concernées par une addiction. Les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent

également avoir besoin d'un accompagnement très spécifique ;

- **les personnes concernées par une ou plusieurs pathologies somatiques lourdes**, qui nécessitent des soins techniques, longs et parfois des traitements médicamenteux coûteux (cancers, pathologies cardiovasculaires mais aussi insuffisance rénale...);
- **les personnes isolées au plan familial et social**, qui ont plus de difficultés à se maintenir à domicile, faute d'auteurs naturels et qui sont parfois dans des contraintes économiques très fortes pour financer les ressources d'aide à domicile ou la vie en EHPAD ;
- **les personnes précaires ou ayant un faible revenu**, qui ne peuvent compter que sur l'APA pour financer des aides à domicile, même si leurs besoins nécessiteraient un complément d'interventions. De même, en ce qui concerne les EHPAD, elles ne peuvent solliciter que ceux habilités à l'aide sociale (les EHPAD privés, plus coûteux, étant inaccessibles pour elles), ce qui réduit leurs possibilités de choix de prise en charge ;
- **les personnes concernées par un habitat, un quartier inadapté(s) au vieillissement**, qui rend leur maintien à domicile plus complexe, même si leur niveau de dépendance est modéré ;
- **les personnes géographiquement éloignées des villes ou pôles de ressources**, difficilement accessibles pour les professionnels de santé libéraux, les SSIAD ou services d'aide à domicile.

Afin de réduire les mécanismes d'évitement de ces publics ou les risques de prises en charge inappropriées, plusieurs pistes émergent des entretiens :

○ **développer la formation** des professionnels en EHPAD, en SSIAD, SPASAD et en SAAD sur les différents troubles du comportement des personnes âgées dépendantes, que ces troubles aient une origine neurodégénérative ou psychiatrique ;

○ **améliorer l'accès aux soins**, aujourd'hui parfois insuffisant, pour les personnes âgées dépendantes qui ont des troubles du comportement ou des difficultés à se déplacer, qu'elles vivent à domicile ou en EHPAD :

- renforcer la médicalisation de la grande dépendance, en EHPAD et à domicile, pour les personnes ayant des pathologies complexes nécessitant des prises en charge importantes ;
- développer l'accès aux soins palliatifs en EHPAD ;
- développer les prises en charge adaptées en EHPAD ou à domicile pour les personnes ayant des troubles importants (PASA, UHR), mais aussi les partenariats formels avec la psychiatrie publique et avec les CSAPA, peut-être en renforçant les équipes mobiles en psychiatrie publique, en addictologie ;
- faciliter la prise en charge des personnes âgées très dépendantes et malades par les professionnels de santé libéraux, les SSIAD et les EHPAD, en revalorisant, au niveau national, la cotation de certains actes (AMI 3 et 6) et en revoyant la part prise par le coût des traitements

dans les budgets des EHPAD (lorsque le coût des traitements est intégré à leur budget) ;

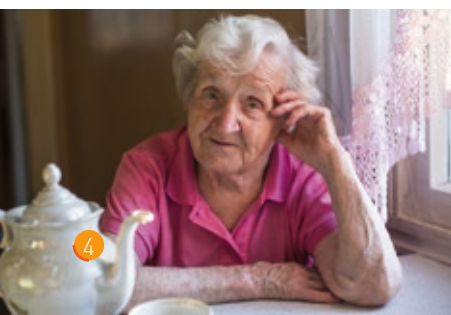
○ **mieux valoriser et reconnaître le travail des professionnelles des SAAD, indispensables au maintien à domicile** : salaires et conditions de travail (continuité des horaires, congés, temps d'échanges en équipe) ;

○ **développer les systèmes de repérage et d'accompagnement « bienveillant »** des personnes âgées vulnérables, **avec les professionnels intervenant à domicile**, mais aussi **les différentes ressources locales, de proximité** (collectivités locales, services publics, commerces, bailleurs sociaux...), avec une attention particulière aux personnes précaires ;

○ **développer les possibilités d'adaptation de l'habitat**, en appartement ou maison individuelle et **favoriser le développement d'habitats adaptés regroupés** ;

○ **développer les outils « mobiles » ou « virtuels »**

- **équipes d'intervention itinérantes** ;
- selon la configuration socio-démographique globale des territoires, **développer les transports pour les personnes âgées dépendantes** ;
- développer **les outils de e-santé, la télémédecine, les téléconsultations mais aussi la domotique**, qui peuvent faciliter l'accès aux soins, en milieu rural, des personnes âgées malades et dépendantes et ainsi contribuer à faciliter le maintien à domicile.



SITUATIONS À RISQUE

Au-delà de ces profils à risque, certains types de situations bien identifiées par les professionnels, peuvent fréquemment générer des « ruptures de parcours » :

- **un problème de santé soudain chez la personne âgée dépendante ou chez son aidant naturel** qui aboutit à un recours aux urgences hospitalières : risque de désorientation, de contracter une infection...
- une dégradation progressive de l'état de santé de la personne âgée dépendante, **mais un manque de ressources locales de prise en charge** à domicile, qui fragilise le maintien à domicile ;
- **la résistance de la personne âgée ou de sa famille à accepter une aide à domicile, une entrée en EHPAD**, pour des raisons de coût, de conflits familiaux, de crainte de perdre le contrôle de sa vie ;

• **les ruptures « silencieuses », lorsque la personne âgée ne se plaint pas, alors que les réponses à ses besoins sont mal ajustées ou inadaptées :**

- les séjours hospitaliers prolongés par manque de place en EHPAD ;
- le nonaccès aux consultations de prévention, de suivi : médecins généralistes, dentistes, médecins spécialistes ;
- la dépression générée par le bouleversement des habitudes de vie ;
- la contention physique ou chimique, notamment la nuit, face aux troubles du comportement de certaines personnes, qui engendrent des risques iatrogènes, de blessures ;
- la non prise en charge pour raisons budgétaires de personnes nécessitant des interventions complexes (soins, aide à domicile ou en EHPAD).



Afin d'anticiper la survenue de ces situations, de les éviter et de mieux répondre aux besoins des personnes âgées, même en l'absence de plainte, de grands axes de travail sont repérés par les professionnels et associations d'usagers ou d'aidants :

développer la **prévention primaire chez les sujets « jeunes » (dès 50 ans)**, notamment en les informant sur les principaux signes d'alerte en lien avec la dépendance, les ressources accessibles localement ;

développer l'accès à la gériatrie pour les personnes âgées et les professionnels locaux :

- développer l'accès des personnes âgées à des bilans gériatriques, notamment lorsqu'elles arrivent aux **urgences hospitalières**, « porte d'entrée » fréquemment utilisée, notamment dans les contextes d'accès contraint aux médecins généralistes ;
- développer la **formation** (initiale, continue) des médecins généralistes et autres acteurs du soin en matière de gériatrie ;
- faciliter l'accès des professionnels du domicile à des ressources gériatriques ;

améliorer l'accès aux soins des personnes âgées dépendantes : faciliter l'accès aux médecins généralistes, **renforcer la médicalisation de la grande dépendance**, à domicile comme en EHPAD, développer les liens entre EHPAD, SAAD, SSIAD et psychiatrie publique (CMP de proximité et services de gérontopsychiatrie) ;

renforcer les moyens humains dans les EHPAD et les SAAD pour réduire le recours à la contention chimique ou physique, notamment la nuit ;

développer les ressources qui créent de la souplesse et facilitent le maintien à domicile ou la vie en EHPAD,

- développer les SPASAD, le partage d'informations entre acteurs du soin et de l'aide à domicile, les plateformes de services intégrés (EHPAD/SSIAD/SAAD) ;
- développer l'hébergement programmé (en cas de maladie de l'aidant...) ;
- développer les systèmes d'accueil temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire) pour personnes âgées dépendantes, programmés et non-programmés ;
- développer l'aide aux aidants, pour éviter ou réduire l'épuisement des aidants ;
- développer l'accès aux ressources de guidance et de médiation familiale pour les proches de personnes âgées dépendantes ;

améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes à domicile et en EHPAD : en renforçant l'accès à des activités socialisantes à proximité (insertion de l'EHPAD dans la vie de la cité), valoriser et accompagner la mixité des publics accueillis en EHPAD ;

développer les outils domotiques et robotiques qui peuvent faciliter la vie en EHPAD et à domicile, notamment pour assurer la sécurité des personnes ayant des troubles du comportement.

ENJEU DE L'ARTICULATION ENTRE LES PROFESSIONNELS

Enfin, les réponses adaptées et cohérentes dans la durée, vont de plus en plus impliquer une bonne articulation des professionnels entre eux.

La **dépendance est toujours liée à une altération durable de l'état de santé**, du fait d'une pathologie, d'un traumatisme, etc. Néanmoins, les médecins généralistes, au cœur du suivi des personnes âgées, en proximité, se font rares en certains territoires et ne sont pas rémunérés pour des temps de coordination, ce qui peut freiner leur participation à des prises en charge multipartenariales.

Il apparaît par ailleurs **indispensable d'évaluer systématiquement la dépendance, d'un point de vue médical,**

afin de mieux comprendre les besoins de la personne âgée et les possibles évolutions de sa situation. Dans ce contexte, la coopération sur certaines tâches, entre professionnels du soin, apparaît de plus en plus nécessaire. Des formes de « partage » de tâches fonctionnent déjà dans certains territoires ruraux, mais elles ne sont pas toujours sécurisées faute d'un cadre réglementaire adéquat. Ceci peut concerner les infirmiers libéraux, mais aussi parfois les aides-soignantes et même les auxiliaires de vie, qui peuvent être formées à certains gestes précis, facilitant ainsi le maintien à domicile dans de bonnes conditions (par exemple, sur l'aspiration endo-trachéale).

Les EHPAD, possible étape d'un parcours de vie pour des personnes âgées, souvent très dépendantes et malades, **sont à la fois des lieux de vie, des lieux de soins et des lieux de fin de vie**. Néanmoins, **les EHPAD ne sont pas toujours suffisamment équipés** pour faire face aux besoins de soins mais aussi pour la prise en charge de la fin de vie. Enfin, un **bon accès aux ressources de gériatrie, de géro-psycho-geriatrie, mais aussi de soins palliatifs** sur un territoire, facilite les possibilités de prise en charge des personnes âgées dépendantes par les professionnels de santé locaux.

Les professionnels s'accordent à reconnaître que **les SAAD sont un pilier du maintien à domicile** et qu'ils peuvent jouer un rôle essentiel comme « acteurs cachés » de santé. L'expérimentation des SPASAD montre ainsi que les SAAD sont des partenaires à part entière dans les collectifs d'acteurs de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Mais la valeur du travail et la pertinence du regard des salariés des SAAD ne sont pas toujours reconnus par les professionnels de santé. Une **meilleure valorisation du travail et de la compétence des SAAD, mais aussi leur insertion plus systématique dans les coordinations et articulations locales apparaissent**

incontournable. Et ce, dans un contexte où les services prestataires se développent à grande vitesse, sans que leurs personnels soient toujours formés aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes, aux risques de prises en charge inadéquates.

Dans tous les cas, la coopération des différents professionnels entre eux est une condition indispensable pour un maintien à domicile de qualité, mais aussi pour une bonne prise en charge en EHPAD. Ainsi, les MAIA, permettent d'éviter les ruptures de parcours chez les personnes âgées dont la situation, parfois très complexe, ne peut être gérée par les acteurs de proximité.

Néanmoins, les « coordinations » officielles, qui existent parfois à différentes échelles et sous différentes formes et qui peuvent se juxtaposer, ne facilitent pas toujours les prises en charge au quotidien. Ces coordinations facilitent **l'interconnaissance, les articulations et le partage d'une culture commune entre professionnels de terrain : elles améliorent ainsi la pertinence et la cohérence des réponses apportées**. Mais, lorsque ces coordinations sont nombreuses à se cumuler localement, elles peuvent aussi engendrer des confusions sur le rôle de chacun et dès lors ralentir certaines prises de décision.

De grandes pistes se dégagent autour de l'enjeu de l'articulation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes :

- **impliquer au maximum les médecins généralistes dans les partenariats locaux**, en s'appuyant si besoin sur la télé-médecine, le partage de certaines tâches avec les infirmiers libéraux, après des formations complémentaires. Ces derniers pourraient, à l'horizon 2030, également déléguer certaines tâches aux aides-soignantes, dans un cadre réglementaire défini ;
- **coupler l'évaluation du niveau de dépendance des personnes âgées à domicile par une évaluation médicale précise de leur état de santé ;**
- **faciliter la circulation des informations de manière sécurisée**, entre professionnels de santé et avec les aidants familiaux ou aidants professionnels afin de faciliter l'organisation concrète et ajustée des interventions à domicile, selon les besoins des personnes âgées ;
- **améliorer les compétences des professionnels de terrain**, en matière de prise en charge de la dépendance, en **revalorisant la gériatrie** et en **facilitant l'accès à des ressources gériatriques**, géro-geriatriques et



géro-psycho-geriatriques (médecins généralistes, travailleurs sociaux...);

- **valoriser et insérer davantage les SAAD au sein des articulations de professionnels de santé intervenant à domicile ;**
- **faciliter la coopération et la coordination** entre acteurs de santé locaux par la mise en place de **Communautés professionnelles territoriales de santé ;**
- **ne pas multiplier les périmètres de coordination et favoriser les échelles locales, de proximité.**

3 Prise en charge de la dépendance : une typologie des territoires qui intègre l'enjeu des dynamiques socio-économiques et géographiques locales (données quantitatives et qualitatives)

Afin de mieux appréhender la diversité des territoires de la région, en termes de conditions et contextes favorables ou défavorables à une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes, différents éléments clés ont été repérés et analysés, pour chaque filière géro-geriatrique et bassin de santé intermédiaire permettant d'obtenir une vision synthétique.

Les éléments pris en considération dans l'élaboration de cette typologie sont :

- les contraintes et atouts géographiques, qui peuvent faciliter ou non les déplacements et donc les interventions à domicile, notamment en zones rurales ;
- le poids démographique, sur le territoire, des personnes âgées de 75 ans et plus et de 80 ans et plus, en taux et en effectif ;
- les contraintes socio-économiques, avec le score de fragilité sociale des personnes âgées de 80 ans et plus ;

- le poids de facteurs sanitaires d'entrée dans la dépendance (données d'ALD en matière de cancer, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, psychiatrie et d'hospitalisation pour AVC et fracture du fémur) ;
- l'équipement en structures d'hébergement sanitaires et médico-sociales ;
- l'offre de soins de premier recours et SSIAD.

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

Ces informations quantitatives et qualitatives ont permis d'affiner et de consolider une typologie en 4 catégories, en prenant notamment en compte :

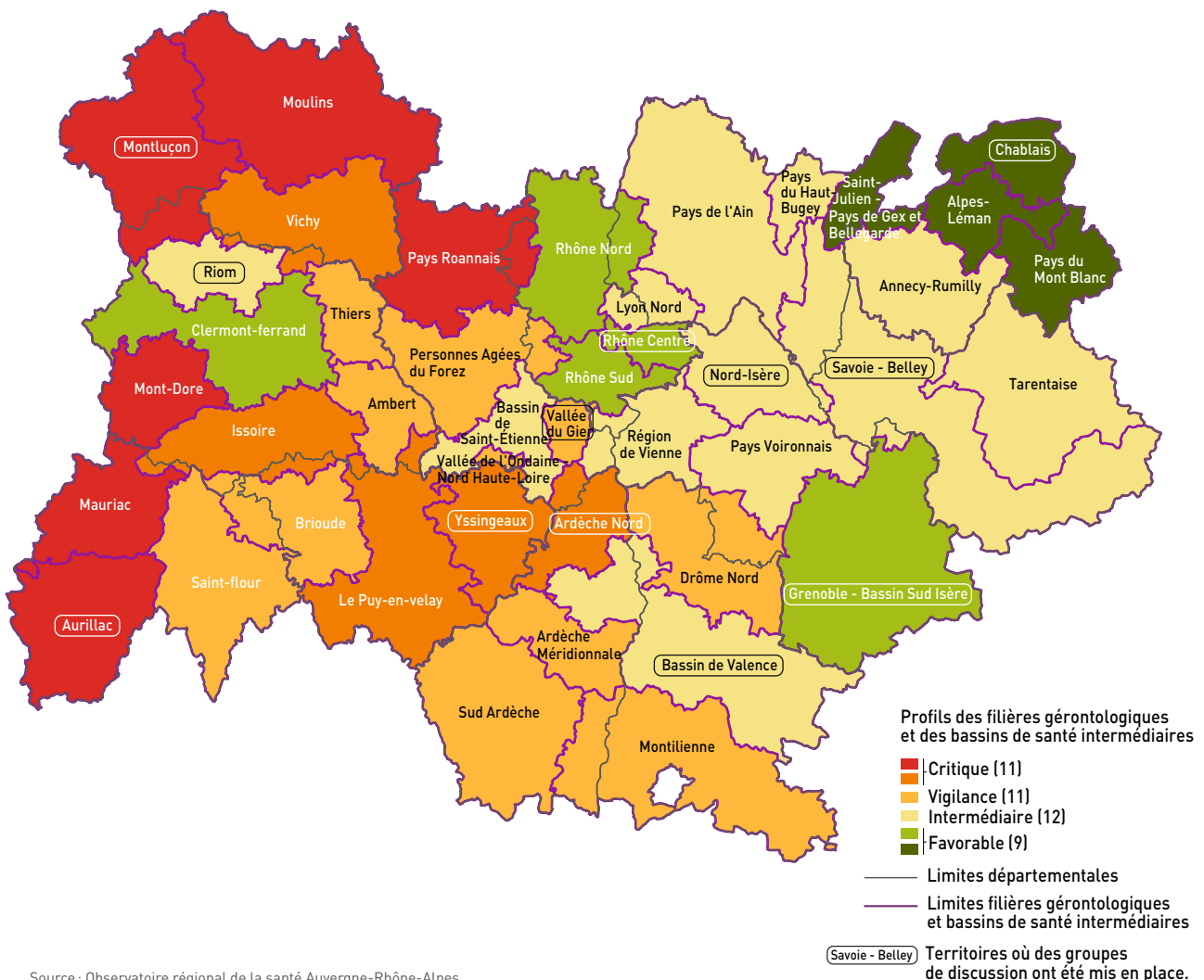
- la difficulté ou non à **recruter et à fidéliser les aides à domicile et auxiliaires de vie** selon la dynamique économique des territoires ;
- les difficultés ou facilités locales de recours aux médecins généralistes et spécialistes ;
- les habitudes de recours aux aides et aux soins des personnes âgées (exemple : territoires d'anciens agriculteurs qui consultent tardivement et refusent fréquemment de se faire aider à domicile) ;

- les possibilités d'avoir accès, en relative proximité, à des plateaux techniques hospitaliers complets et à des médecins spécialistes ;
- les contraintes liées à la modestie des revenus (voire à la précarité), qui peuvent peser sur les possibilités économiques des personnes pour adapter leur logement, se déplacer (coût des transports, d'une automobile...) avoir recours à des services prestataires ou à des personnes financées de « gré à gré », en dehors ou en complément de l'APA.

La typologie proposée ne s'oppose pas aux typologies existantes basées sur l'offre sanitaire et médico-sociale : elle a l'ambition de les compléter en interrogeant le système d'atouts ou de contraintes qui caractérise le maintien à domicile dans les territoires, en prenant notamment en compte le profil de la population locale, en termes socio-économique et d'état de santé.

Cette analyse a été complétée avec les éléments recueillis auprès des professionnels ayant une vision régionale des problématiques de perte d'autonomie (notamment les représentants des URPS médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens) ou une connaissance très fine des problématiques liées à la dépendance et à sa prise en charge (médecin gériatre).

TYPOLOGIE DES ENJEUX DE PRISE EN CHARGE, EN ÉTABLISSEMENT ET À DOMICILE, DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES, À L'ÉCHELLE DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES



Source : Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes

Caractéristiques des 4 grandes catégories de territoire

LES TERRITOIRES «CRITIQUES»

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

Parmi ces territoires «critiques», se distinguent deux sous-catégories :

- **les territoires où il est plus facile (ou moins difficile) de recruter des personnels dans les SAAD**, notamment du fait d'une faible dynamique ou d'une spécificité économique locale qui fait des SAAD un gisement majeur d'emploi : Yssingeaux, Puy-en-Velay, Vichy, Issoire, Ardèche-Nord ;
- **les territoires en difficulté, où il est de surcroît difficile de recruter dans les SAAD**, ce qui peut fragiliser le maintien à domicile, dans des territoires où les personnes âgées sont par ailleurs déjà très fragilisées (précarité, état de santé) : Montluçon, Moulins, Aurillac, Pays Roannais, Mauriac, Mont-Dore.

PISTES POUR CES TERRITOIRES

- mieux répondre aux besoins des personnes âgées dont l'état de santé est très dégradé : renforcer la médicalisation de la grande dépendance et aussi soutenir les MSP pour favoriser l'émergence de projets de santé autour de la personne âgée ;
- veiller à accroître l'attractivité des SAAD dans les territoires, où il y a des difficultés de tous ordres pour les aides à domicile : plannings, distances.

LES TERRITOIRES DE «VIGILANCE»

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

Parmi ces territoires de «vigilance», sont repérées les filières gérontologiques et BSI suivants : Montlienne, Sud Ardèche, Ardèche Méridionale, Drôme Nord, Ambert, Brioude, Personnes âgées du Forez, Vallée de l'Ondaine, Vallée du Gier, Saint-Flour.

PISTES POUR CES TERRITOIRES

- mieux intégrer la problématique du coût des déplacements dans le financement des services à domicile ;
- développer des offres itinérantes : accueil de jours, répit, aide aux aidants ;
- financer et développer un temps de coordination dans les SAAD ;
- développer les liens avec les «acteurs cachés» qui peuvent aider les personnes âgées (mairies, associations diverses...) pour le repérage, l'orientation...

LES TERRITOIRES «INTERMÉDIAIRES»

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

- des **villes-centres** sur la filière gérontologique (ou sur une filière gérontologique «mitoyenne»), offrant des ressources de soins abondantes et spécialisées (avec notamment des centres hospitaliers disposant de plateaux techniques complets en MCO) ;
- une offre sanitaire libérale de niveau équivalent à la région ou supérieur ;
- mais aussi parfois des **zones rurales ou urbaines plus pauvres en**

ressources et marquées par la précarité (quartiers en «politique de la ville» ou en «veille active», zones rurales et montagnaises avec d'importantes problématiques de distance et des populations parfois précaires) ;

- des difficultés de couverture sur certains points du territoire par les SSIAD et/ou les SAAD, en lien avec des difficultés de recrutement de personnels (à relier avec la dynamique du bassin d'emploi local, qui offre des alternatives en termes d'emplois peu qualifiés).

Ces territoires sont : Pays de l'Ain, Lyon-Nord, Bassin de Valence, Pays Voironnais, Nord-Isère, Bassin de Saint-Étienne, Région de Vienne, Haut-Bugey, Savoie-Belley, Annecy-Rumilly, Tarentaise.

PISTES POUR CES TERRITOIRES

- développer les moyens de faire rayonner l'offre des villes-centres sur l'ensemble du territoire (transports, offres itinérantes, consultations avancées...);
- renforcer le repérage et l'aide aux personnes âgées dépendantes précaires.

LES TERRITOIRES «FAVORABLES»

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

Parmi ces territoires «favorables», se distinguent deux sous-catégories :

- **des villes-centres qui rayonnent** sur le territoire et centralisent des ressources : Clermont-Ferrand, Rhône-Nord, Rhône-Centre, Rhône-Sud, Grenoble Sud-Isère.

Il est repéré cependant sur ces territoires de fortes inégalités sociales et de santé (notamment dans les quartiers en politique de la ville), une multitude d'acteurs dans les villes-centres qui offrent un choix important, mais aussi parfois des situations de concurrence qui peuvent créer de la confusion pour les usagers... Et parfois, des zones de montagne difficiles d'accès.

PISTES POUR CES TERRITOIRES

- soutenir les acteurs du repérage des personnes âgées fragiles : bailleurs sociaux, gardiens, pharmacie de quartier, etc.
- améliorer les aménagements urbains : Programme national de rénovation urbaine, urbanisme favorable à la santé des personnes âgées...
- mieux encadrer et réguler l'activité des prestataires privés à domicile ;
- faciliter le déploiement des ressources en montagne le cas échéant.

- **des territoires comptant une population plutôt favorisée** (recours fréquent aux aides de «gré à gré»), mais **présence de villes-centres** (Genève) qui **«aspirent» les ressources** de soins et d'aide à domicile : Pays de Gex-Bellegarde, Chablais, Alpes-Léman, Pays du Mont-Blanc.

PISTES POUR CES TERRITOIRES

- renforcer / maintenir l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers et pour les intervenants à domicile ;
- faciliter le déploiement des ressources en montagne.