

**Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD :
Etat de la connaissance bibliographique
et situation en Languedoc Roussillon**

Février 2011

Etude réalisée par Muriel MANENT et Véronique PROTAT
Sous la supervision d'Alain COLVEZ
Dans le cadre de Gerontoclef, directeur Maitena LAMBOLEY

Version révisée du 23 février 2011

Remerciements

Nos remerciements vont en premier lieu aux commanditaires de cette étude. En effet le choix du sujet de cette mission nous a permis de nous plonger à nouveau au cœur de la complexité des problématiques liées à la gérontologie. Au travers de nos enquêtes de terrain, nous avons pu rencontrer, observer les professionnels du soin qui œuvrent au quotidien pour la qualité de vie des résidents en EHPAD. A cette occasion, les établissements qui nous ont ouvert leurs portes nous ont permis de faire de belles rencontres.

Puis, ce sont les professionnels que nous souhaitons remercier pour le temps accordé à notre questionnement. Ces professionnels sont des adjoints, des directeurs d'EHPAD, d'accueil de jour, des infirmières coordinatrices, les équipes des CLICS, des CCAS, des associations partenaires, des municipalités, qui tous, par la diversité de leurs approches, de leurs expériences ont apporté chacun leur part de richesse et de surprise à cette étude.

Résumé

Dans un contexte marqué par la volonté d'améliorer les conditions d'entrée en institution ou de favoriser le maintien à domicile, l'étude «Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : état de la connaissance bibliographique et situation en Languedoc Roussillon » avait pour objectif d'identifier les raisons de l'entrée en EHPAD en prenant en compte les spécificités du Languedoc Roussillon et de recenser les initiatives locales mises en œuvre afin de mieux préparer ou retarder le moment de cette entrée.

Une étude de la littérature existante ainsi qu'une enquête auprès de professionnels d'EHPAD (questionnaire sur les résidents et entretien direct) en Languedoc Roussillon ont été réalisées afin d'obtenir des informations sur les raisons de l'entrée en EHPAD.

Enfin une enquête auprès d'institution comme les conseils généraux, les CLICS et CCAS, a permis de recueillir un certain nombre d'actions innovantes et de réfléchir sur des actions à entreprendre pour améliorer les conditions de l'entrée en institution ou retarder cette entrée.

Selon les résultats de la littérature, c'est la conjonction de plusieurs paramètres (état de santé, baisse des performances cognitives, troubles du comportement, dépendance, isolement social ou inadaptation de l'environnement, épuisement de l'entourage et des aidants, absence ou insuffisance de structures professionnelles, ressources financières insuffisantes...) et la survenue d'un événement comme la dégradation subite de l'état de santé, le décès du conjoint, l'hospitalisation qui conduisent la personne à entrer en institution. Les raisons de l'entrée en institution sont donc multifactorielles.

Les résultats de l'enquête par questionnaire auprès de responsables d'EHPAD montraient que la majorité des résidents des EHPAD interrogés venaient de leur domicile et étaient rentrés dans l'EHPAD essentiellement pour des raisons de santé. La décision de l'entrée avait été prise le plus souvent par la famille. Les raisons évoquées par les responsables des EHPAD en entretien direct montraient que bien souvent des raisons non dites étaient également à l'origine de la décision de l'entrée (pression du conjoint de l'enfant, crainte du regard de l'autre et gêne provoquée par les troubles de comportement de la personne âgée, arrangement patrimonial, besoin de savoir son

parents en sécurité et transfert de la décision à un professionnel, volonté de se prémunir contre la prise de risque, volonté de la personne âgée de retrouver une certaine indépendance lorsque trop de personnes intervenaient à domicile...).

Les actions innovantes recensées concernaient essentiellement des actions de maintien à domicile mais jamais des actions autour de la préparation de l'entrée en institution ou de son amélioration. A la suite de cet inventaire quelques éléments de réflexion autour d'actions à développer ont été conduits pour que ces personnes puissent selon leur souhait rester vivre à domicile.

Ces actions concernaient :

La prévention : l'entrée en EHPAD intervient très souvent après une rupture (le facteur déclenchant) et notamment à la suite d'un problème de santé, une hospitalisation, une chute, le décès du conjoint. La prévention dans le domaine de la santé, du lien social serait donc un moyen pour favoriser le maintien à domicile.

La communication/information : la famille joue un rôle majeur dans la prise de décision. La famille et les professionnels doivent être suffisamment informés de l'ensemble des dispositifs de maintien à domicile.

Le développement de solutions d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'hébergement en EHPAD : la peur de vivre seul, la sortie d'hospitalisation, le problème de santé déclenche l'entrée en institution. Ces problèmes peuvent trouver des solutions dans le développement d'hébergement alternatif.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Table des matières.....	5
Liste des tableaux	7
Introduction	8
Objectifs et déroulement de l'étude	10
Première partie : recherche des facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD.....	11
1. Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD retrouvés dans la littérature.....	11
1.1. Méthode de la recherche bibliographique.....	11
1.2. Résultats de la recherche bibliographique	11
1.3. Synthèse de la recherche bibliographique	18
2. Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD en Languedoc Roussillon	25
2.1. Le contexte du Languedoc-Roussillon : Caractéristiques démographiques et de l'offre de services	25
2.1.1. Indicateurs démographiques.....	25
2.1.2. Etat de santé et dépendance	26
2.1.3. Le maintien à domicile	26
2.1.4. L'offre d'hébergement.....	27
2.2. Enquête sur les résidents de trois EHPAD en L.R.	28
2.2.1. Population étudiée.....	28
2.2.2. Méthode d'investigation.....	28
2.2.3. Méthode d'analyse	29
2.3. Résultats des investigations dans trois EHPAD en L.R.	29
2.3.1. Résultats obtenus par l'enquête par questionnaire : éléments quantitatifs	29
2.3.2. Résultats obtenus par les entretiens auprès des directeurs d'EHPAD : éléments qualitatifs	32
Seconde partie : recherche des initiatives locales pour retarder l'entrée en institution .	39
1. Méthode de recherche des initiatives locales.....	39

2. Résultats de la recherche des initiatives locales	40
2.1. Les initiatives relatives au transport des personnes âgées	40
2.2. Les initiatives relatives au répit des aidants	43
2.3. Les initiatives relatives aux modes d'hébergement alternatifs	47
2.4. Les initiatives relatives aux actions de prévention santé.....	50
3. Synthèse de la recherche des initiatives locales et pistes de réflexion	60
3.1. Les pistes de réflexion relatives à la communication/information.....	60
3.2. Les pistes de réflexion relatives à la prévention.....	61
3.3. Les pistes de réflexion relatives au développement de solutions alternatives à l'hébergement en EHPAD	62
3.4. Les pistes de réflexion relatives à l'habitat	63
3.5. Les piste de réflexion relatives à l'aide aux aidants.....	63
Conclusion	65
Perspectives	66
Liste des annexes	68
Annexe 1 Liste des références bibliographiques étudiées	69
Annexe 2 Analyse de deux études épidémiologiques	71
Annexe 3 Présentation des études et avis d'experts.....	73
Annexe 4 Lettre aux Conseils Généraux du Languedoc Roussillon	79
Annexe 5 Questionnaire auprès des EHPAD	81

Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation de l'ensemble des études et avis d'experts collectés.....	12
Tableau 1 (suite) : Présentation de l'ensemble des études et avis d'experts collectés	14
Tableau 2 : Revue de littérature au sujet des facteurs de risque prédisposant et des facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD	20
Tableau 3 : Projection de la part des personnes âgées à l'horizon 2020 et évolution 2006-2020 en Languedoc Roussillon.....	25
Tableau 4 : Bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) de plus de 75 ans au 31/12/2008	26
Tableau 5 : Nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées au 1 ^{er} janvier 2009 en Languedoc-Roussillon	27
Tableau 6 : Situation du résidant avant son entrée en institution	30
Tableau 7 : Qui a demandé l'admission ?.....	31
Tableau 8 : Quel est le motif déterminant de l'entrée ?.....	31
Tableau 9 : Participation à la demande d'admission par le niveau de détérioration intellectuelle.....	32
Tableau 10 : Participation à la demande d'admission par le niveau de GIR.....	32

Introduction

L'amélioration des conditions d'entrée en Etablissement d'Hébergement des personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) constitue une problématique identifiée comme prioritaire sur la région par le comité de pilotage de la Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire du Languedoc-Roussillon (POSS-LR). De ce fait, cette thématique a été intégrée au programme d'étude de la POSS-LR.

Comme le rapportent les divers services en charge des EHPAD, CCAS et CG entre autres, les entrées en institution sont, dans la plupart des cas, décidées dans des situations d'urgence et sont en relation avec une entrée brutale dans la dépendance.

En théorie, si l'on parvenait à anticiper une éventuelle entrée en EHPAD grâce à l'activation des divers acteurs mobilisés autour de la personne âgée, on parviendrait à éviter ces situations d'urgence.

On souhaite que cette situation évolue, toutefois les entrées en institution ne sont pas liées à un seul facteur mais à la conjugaison de plusieurs. Aussi il conviendrait de prendre en compte l'origine de ces facteurs pour tenter d'identifier les actions les plus pertinentes à mettre en œuvre pour retarder le moment de cette entrée ou, du moins, à en améliorer les conditions.

L'entrée en institution peut s'analyser en deux temps. Si l'on considère la trajectoire de vie des personnes âgées, la période qui précède l'entrée en EHPAD est composée d'évènements prédisposant, fragilisant. Parmi les différents facteurs on évoque :

- La dégradation de l'état physique et/ou psychologique de la personne qui peut aller de pair avec les limites des services de maintien à domicile,
- Le manque de cohérence entre les divers dispositifs notamment lors des sorties d'hospitalisation,
- La dégradation du logement qui peut engendrer un déménagement qui ne peut être assumé financièrement,
- L'absence de support social suffisant,
- L'épuisement des aidants.

Le second temps est le moment où l'état de fragilité de la personne atteint un point de rupture. Certains facteurs déclenchants viennent précipiter la décision de l'entrée en

EHPAD. Il est donc primordial de différencier les facteurs prédisposant des facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD.

Pour mieux envisager des mesures visant à améliorer, aussi bien les entrées en EHPAD que l'adaptation des structures alternatives répondant aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs familles, l'ARS, la CARSAT et la DRJSCS ont proposé de conduire une étude pour appréhender et identifier les facteurs qui concourent à décider l'entrée en EHPAD. Cette étude devait également prendre en considération les spécificités du Languedoc Roussillon.

Une telle démarche a débuté par un état des lieux de cette problématique de l'entrée en institution de façon générale. Après quoi on a étudié plus spécifiquement la situation en Languedoc Roussillon. Enfin nous avons recherché les initiatives locales qui œuvraient en ce sens.

Il s'agissait enfin, à l'issue de cet état des lieux, de proposer des pistes de travail (préconisations, étude, enquête) pour compléter la connaissance sur le sujet et mieux déterminer les éventuelles actions à mettre en place.

Objectifs et déroulement de l'étude

Les objectifs de la présente étude se déclinent comme suit :

- 1) Recenser les facteurs connus déclenchant l'entrée en EHPAD et comparer ces facteurs avec les expériences de trois établissements en Languedoc Roussillon
- 2) Recueillir les initiatives locales visant à retarder l'entrée en EHPAD

L'étude s'est déroulée en trois étapes :

La première est une recherche bibliographique visant à identifier les principaux facteurs déclenchant l'entrée en institution trouvés dans les études déjà réalisées.

Une seconde étape a débuté par un état des lieux statistique de la population visée, après quoi, une enquête exploratoire a été conduite afin de confronter les résultats de la recherche bibliographique sur les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD, à la perception de responsables d'établissement en Languedoc-Roussillon. Le personnel des trois établissements suivant a été rencontré :

EHPAD public "Laroque" à Castelnau le lez (34), 64 résidants,

EHPAD privé "La Thébaïde" à Bernis (30), 66 résidants,

EHPAD privé "Le Roc pointu" à Saint Jean de Fos (34), 25 résidants.

Dans un dernier temps, nous avons recensé des initiatives locales visant en particulier le maintien à domicile et l'organisation du répit des aidants.

Sur la base des éléments précités, ces initiatives locales à l'appui, nous avons proposé quelques pistes de réflexion.

Première partie : recherche des facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD

1. Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD retrouvés dans la littérature

1.1. Méthode de la recherche bibliographique

La stratégie de recherche a été conduite dans la base de données BDSP (Banque de Données en Santé Publique) et la base bibliographique de la FNG (Fondation Nationale de Gérontologie) pour la littérature nationale. Les mots clé suivants, à partir du thesaurus BDSP, ont été utilisés : "personne âgée", "placement institution", "entrée institution" et "maintien domicile". Concernant la littérature internationale, la base de données MEDPUB (Medical Publications) a été utilisée avec les mots clés suivants : "nursing home placement," "nursing home entry," "nursing home admission", and "predictors/institutionalization."

1.2. Résultats de la recherche bibliographique

Un total de 100 références répondant à cette recherche a ensuite été étudié. Les articles ont été sélectionnés sur le contenu de leur abstract. Au final 19 articles ont été retenus et leurs références bibliographiques ont été consultées (la liste des références bibliographiques figure en annexe 1).

Suite à cette revue de la littérature, nous avons construit un tableau où figurent, pour chacune des études ou avis d'experts analysés, l'ensemble des facteurs trouvés. Le tableau est présenté ci après :

Tableau 1 : Présentation de l'ensemble des études et avis d'experts collectés

	Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.	Alzheimer - L'éthique en question. AFDHA, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé	Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. CLEMENT et MONTOVANI, 1999.	Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.
Age	* P8			plus la personne est âgée moins elle participe à la décision d'entrer, p40
Sexe	Facteurs qui ne semblent pas associés au placement, P8			
Niveau de revenus	facteurs qui ne semblent pas associés au placement, P8	souligne que les ressources financières insuffisantes rendent difficile le maintien à domicile.		moins la personne connaît ses revenus moins elle participe à la décision, p 42
Lieu de vie (urbain, rural)	facteurs qui ne semblent pas associés au placement, P8			facteur confondu avec la CSP : urbain avec le statut de cadre participe plus à la décision qu'un rural non cadre, p 42
Situation maritale	*			le statut de veuf ou de divorcé est un facteur de risque, p 42
Vivre seule	*			
Santé perçue diminuée	*			
Incapacité pour les actes de la vie quotidienne	*			autonomie physique à 9% selon l'auteur, p 43
Moins bonne performance cognitive	*			
Présence de pathologies jugées sévères (chronique)	*			état de santé facteur de risque à 52% selon l'auteur, p 43
Chute			est l'élément primordial qui entraîne l'entrée en institution selon cet auteur.	
Dégradation brutale (aigue)				état de santé facteur de risque à 52% selon l'auteur, p 43

	Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.	Alzheimer - L'éthique en question. AFDHA, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé	Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. CLEMENT et MONTOVANI, 1999.	Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.
Présence de soins médicaux importants	*			Idem
Prise de traitements médicamenteux	*			
Choix de la personne		- qui a besoin de se sentir en sécurité (peur de chuter) - besoin de vivre avec d'autres - de se rapprocher de ses enfants - qui nécessite une permanence de soins en établissement.	- prend des mesures préventives, sorte de rempart à l'avancée en incapacité - souhaite rester maître de sa vie	dans 14% des cas la personne décide pour elle-même, p 43
Aidant informel unique	majore le risque de placement, P8			
Nature du réseau social (Riche/pauvre)	richesse du réseau diminue les risques d'institutionnalisation, P8	rend difficile le maintien à domicile.		
Services professionnels à domicile	semble associé à un risque plus élevé de placements en institution. Dans certains cas le recours aux professionnels peut permettre de détecter certaines situations à risque (dément vivant seul à domicile), P8	l'absence ou l'insuffisance de structures professionnelles pouvant intervenir au domicile sur le secteur rend difficile le maintien à domicile.		
Antécédents d'hospitalisation	*			
Hospitalisation non programmée, en situation de crise		*		
Utilisation d'hébergement temporaire	*			
Inadaptation de l'environnement, du logement ou pas de commerces proches		rend difficile le maintien à domicile.		raisons socio familiales à 15%, p 43
Fardeau ressenti par l'aidant, épuisement	*	rend difficile le maintien à domicile.		

	Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.	Alzheimer - L'éthique en question. AFDHA, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé	Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. CLEMENT et MONTOVANI, 1999.	Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.
Intention de placer				
Entourage qui décide				en présence d'une famille proche, c'est elle qui décide de l'entrée, raisons socio familiales à 15%, p 43
Les professionnels				L'hôpital ou les professionnels dans 24% des cas, p 38

Tableau 1 (suite) : Présentation de l'ensemble des études et avis d'experts collectés

	Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. DREES, n°83 - novembre 2008 MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S.	L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final ORS Alsace POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.	Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.	Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.
Age			Grand âge (selon 4% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	
Sexe				
Niveau de revenus				
Lieu de vie (urbain, rural)				
Situation maritale				Célibataires 26%, p 13
Vivre seule	*		Solitude (selon 11% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	91% des personnes en EHPAD ne vivent pas en couple, p 13 Veuf 62%, p13

	Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. DREES, n°83 – novembre 2008 MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S.	L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final ORS Alsace POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.	Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.	Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.
Santé perçue diminuée				
Enfants				63% déclarent avoir eu des enfants, p 13
Incapacité pour les actes de la vie quotidienne			Perte d'autonomie (selon 60% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	
Moins bonne performance cognitive	Avec troubles du comportement en particulier la non reconnaissance du proche par le résident.	L'apparition de la démence psychique est dans la majorité des cas le seuil à partir duquel l'entrée en institution est jugée nécessaire, p 26 et p31	Santé mentale (selon 21 % des professionnels interrogés) Partie 2, p15	
Présence de pathologies jugées sévères (chronique)				
Chute				
Insécurité			(selon 18% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	27% Peur de vivre seul à rapprocher du veuvage, p 17
Dégradation brutale (aigue)		Situation type, p 31		
Présence de soins médicaux importants		Alourdissement de la prise en charge, p 27	Nécessité de soins (selon 38% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	
Prise de traitements médicamenteux				
Choix de la personne	Dans 10% des cas	2ième raison invoquée par l'étude : mesure préventive car région ou il manque des places en EHPAD (on ne dit pas qui fait la démarche effective), p 30 et 31 Avec la volonté de ne pas imposer la charge de leur dépendance à leur entourage, p40	Choix personnel (selon 7% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	70% des personnes en GIR 5/6 disent avoir choisi l'entrée – un choix induit par les circonstances, rarement pleinement volontaire, p 15 (Voir choix de la famille).

	<p>Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. DREES, n°83 – novembre 2008 MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S.</p>	<p>L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final ORS Alsace POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.</p>	<p>Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.</p>	<p>Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.</p>
Aidant informel unique	*	Lorsque l'aidant ne se sent plus en capacité de porter le MAD, p27	Entourage défaillant (selon 27% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	
Nature du réseau social (Riche/pauvre)			Isolement (selon 52 % des professionnels interrogés) Partie 2, p15	
Services professionnels à domicile		3ième raison invoquée par l'étude : MAD a atteint ses limites et devient trop complexe (nombre élevé d'intervenants), p 30	Maintien à domicile ont atteint leur limite (selon 38% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	
Antécédents d'hospitalisation				A 65% suite à une hospitalisation, p 17
Hospitalisation non programmée, en situation de crise		1ère raison invoquée par l'étude		
Utilisation d'hébergement temporaire				
Inadaptation de l'environnement logement ou commerces proches			Logement inadapté (selon 18% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	2%, Manque de services de proximité, p 17
Fardeau ressenti par l'aidant, épuisement				
Intention de placer	L'intention exprimée par l'aidant de placer, p39			
Entourage qui décide	D'autant plus que le lien est relativement éloigné (autre que conjoint ou enfant), p39	Les demandes d'entrée sont principalement portées par les familles des personnes âgées, p 27	Tranquillité des familles (selon 7% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	Famille intervient toujours dans le choix, p10 Parmi les 70% des interrogés qui disent avoir 'choisi', 57% ont été

	<p>Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. DREES, n°83 - novembre 2008 MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S.</p>	<p>L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final ORS Alsace POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.</p>	<p>Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.</p>	<p>Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.</p>
				aidés par la famille, p 16
Les professionnels				Parmi les 70% des interrogés qui disent avoir 'choisi', 33% ont été aidés par leur médecin, p 16
Précarité financière	*		Coût du maintien à domicile trop élevé (selon 7% des professionnels interrogés) Partie 2, p15	

1.3. Synthèse de la recherche bibliographique

Suite à la construction du tableau, nous avons identifié un certain nombre de facteurs rendant plus complexe le maintien à domicile. Ces facteurs, conjugués à la baisse des performances cognitives et à leurs retentissements (troubles du comportement, dépendance), peuvent entraîner l'entrée en EHPAD. Les principaux facteurs de risque d'entrée en EHPAD, retrouvés dans la littérature sont les suivants :

- L'état de santé (cité 11 fois),
- L'isolement social (cité 8 fois),
- L'absence ou l'insuffisance de structures professionnelles pouvant intervenir au domicile sur le secteur et l'inadaptation de l'environnement (cité 8 fois),
- L'épuisement des aidants (cité 4 fois),
- Les ressources financières insuffisantes pour un maintien à domicile correct et sécurisé (cité 5 fois),
- Baisse des performances cognitives (cité 4 fois),
- La dépendance (cité 3 fois),
- L'âge (cité 3 fois).

Les circonstances qui entourent l'entrée en établissement semblent relever d'une « alchimie » complexe entre l'état de santé et les facteurs de risque cités ci-dessus. Si l'on considère l'ensemble des sources bibliographiques analysées, il ressort que le facteur principal, le plus souvent évoqué comme déclencheur de l'entrée en institution est l'aggravation de l'état de santé. Il s'agit presque toujours d'une aggravation subite de l'état de santé¹ ou d'une chute² ayant entraîné une hospitalisation. Le second facteur, qui demeure très présent, est le décès du conjoint³. L'incidence de ce changement dans la

¹ L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final, ORS Alsace, POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.

² Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. CLEMENT et MONTOVANI, 1999.

³ Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. CLEMENT et MONTOVANI, 1999.

Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.

situation maritale est d'autant plus présente lorsque le conjoint qui décède est l'unique aidant.

La liste des facteurs prédisposant l'entrée en EHPAD et déclenchant l'entrée en institution retrouvés dans la littérature est présentée dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Revue de littérature au sujet des facteurs de risque prédisposant et des facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD

	Situations préexistantes	Facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD
Liés à la personne	1 - L'âge	Choix de la personne
	2 - Santé perçue diminuée	Un accident de santé (chute, malaise)
	3 - Statut marital : Célibataire ou veuf(e)	Défection du réseau d'aide naturel ou professionnel
	3 - Statut marital : Marié ou vie en couple	Le moment du veuvage
	4 - De moins bonnes performances cognitives, dont la maladie d'Alzheimer et les démences associées	Fugues, non reconnaissance de l'aidant, troubles du comportement
	5 - Incapacités pour des actes de la vie quotidienne	Chutes
	5 - Pathologies jugées sévères avec présence de soins médicaux importants	Dégradation brutale de l'état de santé
	5 - Antécédents d'hospitalisation, d'institutionnalisation	
Liés à l'environnement	6 - Aidant informel unique	Défaillance de l'aidant principal
	6 - Nature du réseau social : riche ou pauvre	Présence de services professionnels à domicile, signalement et décision de professionnels
	7 - Lieu de vie : urbain ou rural, pas de commerces proches	Aggravation de l'isolement, la personne ne peut plus se déplacer seule
	8 - Utilisation d'hébergement temporaire	Décision de la famille
	8 - Intention de la famille de placer	Décision de la famille
	9 - Inadaptation de l'environnement du logement	Dégradation de l'état du logement
	10- Niveau de revenus	2 scénarii possibles selon les revenus : Si revenus élevés facilitation de la décision Si revenus très faibles, avec la nécessaire multiplication des intervenants le maintien à domicile (MAD) devient trop onéreux

Le précédent tableau mérite quelques commentaires, notamment dans les relations de causes à effets parfois difficiles à poser entre facteurs prédisposant et facteurs de risque. Nous avons pu poser une dichotomie entre les facteurs liés à la personne et ceux liés à son environnement. Tout d'abord envisageons les facteurs liés à la personne.

Facteur 1 - **L'âge** est un facteur de risque d'institutionnalisation important⁴. Cette affirmation pourrait paraître banale. L'âge d'entrée en EHPAD est compris entre 80 et 90 ans. En effet la sagesse populaire établit que plus une personne est âgée plus elle a besoin d'aide, de soins. Certes, mais les études précisent que ce n'est ni l'état de santé objectif, ni l'autonomie effective de la personne qui président à ce choix. Dans les faits, plus la personne est avancée en âge et moins elle a la maîtrise de la décision de son entrée, à fortiori si elle est atteinte d'une détérioration intellectuelle⁵. Avec l'entrée dans le grand âge, ce sont les enfants qui prennent l'ascendance sur une telle décision. Donc, dans les faits plus un individu avance en âge, plus il a de risques qu'une autre personne décide pour lui d'une entrée en EHPAD. En résumé, l'âge est le principal facteur de risque des personnes qui vivent seules à domicile et qui ont des enfants qui vivent loin d'elles.

Facteur 2 - **L'état de santé**, la dépendance sont souvent cités comme facteurs de risque d'institutionnalisation⁶. La dépendance liée à la présence de poly pathologies associées nécessite la présence de soins médicaux importants. Ces situations complexes ne permettent plus le maintien au domicile. Mais à y regarder de plus près des relations causales inhabituelles apparaissent.

Ce n'est pas **l'état de santé** objectif qui décide une personne âgée à entrer en EHPAD, mais bien la perception qu'elle a de son état de santé. Cette évaluation toute subjective pourrait expliquer la présence en EHPAD de résidents présentant une faible

⁴ Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.

Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.

⁵ Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.

⁶ Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.

Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.

Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.

dépendance, évaluée par des GIR 5 et 6. Aussi, un malaise, une chute sans gravité peuvent amener la personne âgée, par anticipation d'une dégradation de son état de santé et pour des raisons de sécurité, à faire le choix d'entrer en institution.

Facteur 3 – Le **statut marital**⁷ entre en considération au moment du veuvage lorsque l'aidant principal décède et surtout lorsqu'il est unique ou que les enfants sont éloignés. Le fait d'être célibataire ou veuf, de vivre seul est un facteur de risque en cas d'accident de santé, mais n'est pas systématiquement un facteur d'isolement social. La présence et la qualité d'un réseau d'aide, familial ou non, et /ou professionnel est l'élément déterminant⁸. Il a été posé dans des études que les couples sont plus souvent isolés, vivent plus en autarcie que les personnes seules, qui elles sont généralement plus entourées car repérées comme potentiellement plus fragiles.

Facteur 4 - La présence de maladies neuro dégénératives, qui entraînent **de moins bonnes performances cognitives**, dont la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées, ne justifie pas à elle seule la décision d'entrer en EHPAD. L'essentiel des personnes demeurent à domicile, même à des stades avancés de la maladie. Mais ce sont plutôt, l'évolution de la maladie, les fugues répétées, les troubles du comportement et surtout le moment où le malade ne reconnaît plus l'aidant principal qui motivent la décision⁹. Cela s'illustre par une forte proportion dans les EHPAD de résidents atteints de démences à des stades sévères ; la maladie ayant évolué pendant des années au domicile.

Facteur 5 – Une personne qui a connu des **antécédents d'hospitalisation, d'institutionnalisation** a plus de risques d'être admise en EHPAD qu'une personne qui

⁷ Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.

Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.

Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.

⁸ Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.

⁹ Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.

Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. DREES, n°83 – novembre 2008, MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S.

L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final, ORS Alsace, POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.

Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.

viendrait directement de son domicile¹⁰. Ceci s'explique par la familiarisation de la famille avec le système médico-social. Une meilleure connaissance permet de dédramatiser l'institution, de l'envisager comme une éventualité. Face à une situation d'urgence, la famille doit trouver une réponse rapide. L'entrée en EHPAD apparaît plus spontanément comme étant la solution ad' hoc.

Nous pouvons ensuite évoquer les facteurs liés à l'environnement de la personne.

Facteurs 6 et 7 - Comme nous l'avons évoqué plus haut c'est bien l'entourage de la personne, la richesse de son **réseau relationnel**¹¹ qui va déterminer l'entrée en EHPAD. De même que le fait d'habiter en milieu rural n'est pas un facteur de risque si le maillage de l'aide est optimal.

Ce n'est que lorsque la personne ne peut plus se déplacer seule et surtout qu'elle ne bénéficie pas d'aide extérieure, que l'éloignement des commerces devient problématique.

Ce n'est pas non plus le fait d'avoir des enfants ou pas qui va retarder l'entrée en établissement mais, entre autre, leur proximité et leur disponibilité. La défaillance de l'aidant principal, qu'il soit familial, amical ou professionnel, va précipiter cette entrée¹². Ainsi la présence d'une aide professionnelle pour les activités de la vie quotidienne repousse indéniablement le moment de l'entrée. Mais parfois l'effet est inverse : cette présence va permettre d'alerter les services sociaux, la famille, d'une dégradation importante de l'état de santé de la personne. Ainsi être accompagné par des professionnels à domicile peut aussi précipiter l'entrée en EHPAD. Dans ces cas l'entrée se fait dans un état sanitaire très dégradé et de dépendance avancée. Ces cas d'isolement

¹⁰ Alzheimer - L'éthique en question. AFDHA, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé
L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final, ORS Alsace, POLES H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.
Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.

¹¹ Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.
Alzheimer - L'éthique en question. AFDHA, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé.
L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final, ORS Alsace, POLES H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.

¹² Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.
Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne

social et de dégradation de l'état de santé font l'objet de signalements des services sociaux et de placements en urgence.

Facteurs 8 et 9 – **L'hébergement temporaire** semble être une transition entre le domicile et l'institutionnalisation définitive¹³. Ceci est à relier avec le projet formulé par la famille d'un éventuel placement. **L'intention de placer**¹⁴ de la part des familles favorise la décision, de même que l'existence d'antécédents d'hospitalisation¹⁵.

Facteur 10 – La question des **revenus** est complexe¹⁶. Elle influe sur le processus de décision. Différentes équations apparaissent. Si les revenus sont élevés, la famille a plus facilement recourt à l'institution. Le paiement de la prise en charge par l'EHPAD peut ne pas poser pas de soucis. Si les revenus sont trop faibles l'institutionnalisation n'est pas accessible. Ainsi, dans certains cas le niveau de revenus sera facilitateur de la décision, dans d'autres il sera un frein.

13 Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.

14 Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. DREES, n°83 – novembre 2008, MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S.

15 Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000.

Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.

16 Alzheimer - L'éthique en question. AFDHA, Association Francophone des Droits de l'Homme Agé ; Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. SOMME D., 2003.

2. Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD en Languedoc Roussillon

Ce second temps de l'étude vise à confronter les facteurs déclenchant une entrée en EHPAD relevés par l'analyse de la littérature, à la réalité observée dans la région Languedoc-Roussillon, au travers d'une enquête exploratoire menée au sein de trois établissements. Nous souhaitons dans cette phase recueillir des récits et des informations concernant le processus de l'entrée en institution des personnes de la région afin d'identifier les arguments récurrents ou plus exceptionnels et de les comparer à ceux décrits dans la littérature.

2.1. Le contexte du Languedoc-Roussillon : Caractéristiques démographiques et de l'offre de services

2.1.1. Indicateurs démographiques

En 2006, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 9,8% de la population régionale (255 306/2 560 858). Selon les projections établies par l'Insee, leur nombre augmentera de 20% entre 2006 et 2020 mais leur part dans la population n'évoluera pas. En revanche, le nombre de personnes de plus de 85 ans augmentera de 71% sur la période et leur part dans la population régionale passera de 2,4% à 3,3%.

Tableau 3 : Projection de la part des personnes âgées à l'horizon 2020 et évolution 2006-2020 en Languedoc Roussillon

	Part des + 75 ans		+ 75 ans Evol. 2006- 2020	Part des + 85 ans		+ 85 ans Evol 2006- 2020
	2006	2020		2006	2020	
Languedoc-Roussillon	9,8%	9,9%	+20,1%	2,4%	3,3%	+71,4%

Source : Drass, Insee, RP 2006 et modèle Omphale 2000 - Scénario central - Période de référence 1990-2005

Ainsi se préoccuper du devenir des personnes âgées en région, c'est aussi se préoccuper de l'accompagnement de la dépendance. Ce rapide point sur la démographie ne fait que souligner la pertinence de cette réflexion engagée autour des solutions alternatives d'accompagnement.

2.1.2. Etat de santé et dépendance

En Languedoc-Roussillon, 67% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile. 20,8% des plus de 75 ans sont allocataires de l'APA.

Tableau 4 : Bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) de plus de 75 ans au 31/12/2008

APA	Languedoc-Roussillon
A domicile	34 433
En établissement	16 979
Total	51 412
part des bénéficiaires de l'APA à domicile	67,0%
part des bénéficiaires de l'APA parmi les plus de 75 ans	20,8%

* données provisoires

Source : Conseils généraux

La population des 75 ans et plus augmentera fortement d'ici 2015, la population âgée en situation de dépendance pourrait quant à elle augmenter de près de 60% passant de 26 000 en 2000 à 41 000 en 2015¹⁷. Le potentiel de personnes susceptibles de bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est en forte croissance. Cela réaffirme encore une fois le poids de la dépendance dans la région du Languedoc Roussillon et la nécessité de mettre en place une politique régionale de prise en charge de la personne âgée.

2.1.3. Le maintien à domicile

Le taux d'équipement en accueil de jour et en hébergement temporaire est un peu plus élevé dans la région que la moyenne nationale : (3,5 places contre 3,0 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans).

Les infirmiers libéraux et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) favorisent aussi le maintien à domicile des personnes âgées devant bénéficier de soins ou d'assistance pour les gestes de la vie quotidienne.

La région compte 4 800 places offertes par les SSIAD. Leurs capacités de prise en charge ont augmenté de 57% entre 2004 et 2009. Si la région est mal positionnée quant à son offre en places d'hébergement permanent, elle affiche en revanche un taux d'équipement en places de SSIAD qui dépasse maintenant la moyenne nationale.

17 Source ; ARH LR SROS III volet personne âgée

De surcroît, la densité en infirmiers libéraux s'élève à 235 pour 100 000 habitants en 2008, soit plus du double de celle de la France métropolitaine.

Le maintien à domicile est donc favorisé dans la région, comme en témoignent aussi les statistiques de l'APA (allocation personnalisée pour l'autonomie) versée par les conseils généraux.

2.1.4. L'offre d'hébergement

Au 1er janvier 2009, on compte 436 structures d'hébergement pour personnes âgées, soit 26 250 places (y compris en accueil de jour et en hébergement temporaire.)

Le taux d'équipement en hébergement permanent est de 102 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans (contre 131 pour la France).

24 000 personnes sont hébergées de manière permanente dans un des établissements de la région fin 2007.

Tableau 5 : Nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées au 1^{er} janvier 2009 en Languedoc-Roussillon

	Languedoc-Roussillon		
	EHPAD	Non EHPAD	Total
Maisons de retraite	293	17	310
Logements-foyers	31	43	74
Résidences d'hébergement temporaire	0	5	5
Centres d'accueil de jour	4	0	4
Unités de soins de longue durée (USLD)	43	0	43
Ensemble	371	65	436

Source : DRASS INFO LR

Le taux d'équipement en structures d'hébergement, inférieur à la moyenne nationale, est étroitement lié au succès du maintien à domicile. Les EHPAD sont de plus en plus amenés à accueillir des personnes fortement dépendantes. En effet un nombre croissant de personnes y entre en fin de vie.

2.2. Enquête sur les résidents de trois EHPAD en L.R.

Un questionnaire concernant chaque résident et un entretien ouvert avec les responsables, ont permis de recueillir des informations sur les circonstances de l'entrée dans ces établissements. Le questionnaire était rempli pour chaque résident présent. Il portait sur la raison principale d'admission en institution (le facteur déclenchant), la situation de ce résident avant son entrée et sur l'identification de la personne qui avait demandé l'entrée en institution. Ce questionnaire permettait aussi de recueillir les principales caractéristiques de la personne âgée concernée (cf. questionnaire annexe 5). L'investigation a été complétée par une entrevue avec un responsable de l'établissement.

2.2.1. Population étudiée

Notre démarche étant exploratoire nous n'avons pas constitué un échantillon représentatif de la population du Languedoc-Roussillon. La population étudiée est la population de tous les résidents des trois EHPAD de la région sélectionnés par cette étude, le jour de l'investigation.

2.2.2. Méthode d'investigation

Le questionnaire visant les résidents a été élaboré et validé par le Comité de Pilotage. L'information sur les circonstances d'entrée de chaque résident a été donnée par un responsable de l'établissement. Ces informations ont été complétées par l'avis général des professionnels qui a été recueilli par un entretien en face à face.

Nous avons d'abord pris contact avec 3 responsables d'EHPAD afin de leur préciser les objectifs de l'étude confiée par l'ARS Languedoc-Roussillon et d'obtenir des entretiens pour la passation du questionnaire. Trois établissements ont été choisis : un en milieu semi-urbain, un en milieu urbain et un en milieu rural. Les établissements sont les suivants :

- "La Thébaïde" à Bernis (30)
- "Le roc pointu" à Saint Jean de Fos (34)
- "Laroque" à Castelnaud le lez (34)

Nous avons également interrogé la responsable d'un établissement d'accueil de jour.

La plupart des études que nous avons recensées lors de la phase 'Revue de bibliographie' ont interrogé les résidants. Notre choix d'interroger des responsables des établissements, plutôt que les résidants, a l'avantage d'éviter certains biais de déclaration qui sont fréquents de la part des résidants :

- Un premier biais dit de positivité : les personnes n'avouent jamais ne plus être actrice de leur devenir et avoir subi la décision de leur famille. En effet, être déchu de ce choix et reconnaître que l'institutionnalisation a été subie, touche à l'identité même de la personne.
- Certaines raisons d'entrée en institution sont inavouables ou bien méconnues de la personne. Par exemple il n'est pas possible d'indiquer que l'on aurait fait admettre en institution son parent pour pouvoir vendre ou occuper le bien familial. Il est également difficile d'avouer que l'on a dû céder à la pression du conjoint ou des enfants.
- Les personnes atteintes de détérioration intellectuelle, qui ne peuvent pas exprimer un avis ou qui ne se souviennent pas du moment de la décision d'entrer en EHPAD, ne sont pas interrogées directement dans les enquêtes, or elles représentent 50 à 70% de la population des EHPAD.

2.2.3. Méthode d'analyse

Une analyse descriptive de l'ensemble des réponses a été effectuée, ainsi qu'une synthèse des entretiens menés avec les responsables des EHPAD.

2.3. Résultats des investigations dans trois EHPAD en L.R.

2.3.1. Résultats obtenus par l'enquête par questionnaire : éléments quantitatifs

Au total, 155 questionnaires ont été remplis. Selon les indications fournies par les responsables des trois établissements enquêtés, la majorité des résidants concernés étaient des femmes (81% des cas). L'âge moyen de l'ensemble des résidants était de 84 ans (81 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes).

La moitié (49%) des résidants venaient de leur propre domicile quand ils sont entrés dans l'établissement, 15% venaient d'un autre mode de domicile (domicile d'un enfant ou d'un parent ou d'une famille d'accueil), 22% venaient de l'hôpital (service de soins de

suite et de réadaptation ou service de médecine chirurgie ou service de psychiatrie) et 11% venaient d'une autre institution (maison de retraite ou foyer logement). Pour 1% l'information n'était pas connue de L'EHPAD. En conséquence, environ 30% des personnes qui sont rentrées dans l'établissement avaient fait précédemment l'objet de prises en charges institutionnelles (institution et hôpital) alors que 64% venaient de leur domicile ou d'un autre mode de domicile non collectif.

C'est donc le domicile (de la personne ou d'un proche) qui pourrait être le lieu privilégié d'une politique de prévention de l'institutionnalisation et de l'amélioration de la qualité du processus d'entrée en institution.

Tableau 6 : Situation du résidant avant son entrée en institution

	N	%
Au domicile personnel	76	49.0
Au domicile d'un enfant ou d'un parent	21	13.6
Dans une famille d'accueil	2	1.3
Dans un foyer logement	2	1.3
Dans une maison de retraite	15	9.7
Dans un service de soins de suite et de réadaptation	10	6.5
Dans un service de médecine chirurgie	18	11.6
Dans un service de psychiatrie	5	3.2
Autre	4	2.6
Information non détenue par l'EHPAD	2	1.3
Total	155	100

L'enquête a permis de mettre en évidence que dans 14% des cas, c'est le résidant qui a demandé l'admission dans l'institution. Le plus souvent la demande a été faite par une tierce personne : Famille : 68%, la tutelle : 6%, professionnels intervenant à domicile : 1%, à la suite d'un signalement de l'assistante sociale : 3%, à la suite d'un conseil médical : 6%, information non détenue par l'EHPAD et autre 3%.

Ainsi le pourcentage de personne ayant fait l'objet d'une prise en charge professionnelle est de 10% seulement alors que dans 74% des cas c'est la famille ou la tutelle qui a demandé l'admission. L'acteur social majeur dans le processus d'institutionnalisation est la famille.

Tableau 7 : Qui a demandé l'admission ?

	N	%
Le résidant	21	13.6
La famille	105	67.7
La tutelle	10	6.5
A la suite d'un conseil médical	9	5.8
A la suite d'un signalement de l'assistante sociale du secteur	4	2.6
A la suite d'une alerte donnée par des professionnels intervenant à domicile	2	1.3
Autre	3	1.9
Information non détenue par l'EHPAD	1	0.7
Total	155	100

Concernant les motifs déterminant de l'entrée, les raisons les plus fréquemment citées sont liées à l'état de santé (68%) : la dégradation de l'état de santé est citée à 46%, l'accident de santé à 20%, pour trouver les aides médicales dont ils avaient besoin à 2%. Viennent après les raisons socio-familiales (4%) : décès du conjoint 3%, rupture dans le réseau d'aides 1%, le logement n'était plus adapté à ses besoins : 1% et les raisons d'autonomie physique (3%), pour trouver les aides à la vie quotidienne : 3%.

Tableau 8 : Quel est le motif déterminant de l'entrée ?

	N	%
A la suite d'un accident de santé	31	20.0
Son état de santé s'est dégradé	72	46.5
Pour trouver les aides médicales dont il avait besoin	3	1.9
Pour trouver les aides à la vie quotidienne	4	2.6
Son logement n'était plus adapté à ses besoins	1	0.7
Après le décès du conjoint	4	2.6
Après une rupture dans le réseau d'aides	1	0.7
Autres réponses	36	23.2
Information non détenue par l'EHPAD	3	1.9
Total	155	100

Sur l'ensemble des résidants, 72% présentaient des troubles des fonctions intellectuelles supérieures. 6% présentaient un handicap de type maladie psychiatrique et 3% un autre type handicap. Le pourcentage de personnes ayant une dépendance de niveau GIR 1, 2 ou 3, était de 79%. L'analyse par âge ou par sexe ne met pas en évidence de différence fondamentale dans la raison principale d'admission en institution, ni en ce qui concerne la situation du résidant avant son entrée ou sur leur participation à la demande d'entrée. On sait, par la littérature, que le niveau de détérioration intellectuelle, ou le niveau d'autonomie, conditionne la participation de l'intéressé à la demande d'entrée. L'analyse de la détérioration intellectuelle permet de remarquer que pour les résidants ayant une

détérioration intellectuelle, la famille a demandé l'admission dans 83% des cas, tandis que pour ceux qui ne présentent pas de détérioration la famille n'est intervenue que pour 60% des cas ($p < 0.05$).

L'analyse du niveau de dépendance permet de remarquer que pour les résidants ayant un GIR 1, 2 ou 3, la famille a demandé l'admission dans 85% des cas, tandis que pour le groupe GIR 4, 5, 6 la famille n'est intervenue que pour 44% des cas ($p < 0.05$).

Tableau 9 : Participation à la demande d'admission par le niveau de détérioration intellectuelle

Trouble des fonctions Intellectuelles supérieures	Qui a demandé l'admission							
	Résidant		Famille/tutelle		Professionnel		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Présente des troubles des fonctions intellectuelles supérieures	8	7.55	88	83.02	10	9.43	106	100
Pas de troubles des fonctions intellectuelles supérieures	13	30.95	24	57.14	5	11.90	42	100

Tableau 10 : Participation à la demande d'admission par le niveau de GIR

GIR	Qui a demandé l'admission							
	Résidant		Famille/tutelle		Professionnel		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GIR 1, 2,3	8	6.7	101	84.9	10	8.4	119	100
GIR 4, 5,6	13	40.6	14	43.8	5	15.6	32	100

On doit cependant prendre garde au biais qui existe puisque l'autonomie est évaluée au moment de l'enquête alors que l'on s'interroge sur des événements antérieurs et parfois de plusieurs années. Toutefois les résultats de notre analyse sont conformes aux résultats retrouvés dans la littérature.

2.3.2. Résultats obtenus par les entretiens auprès des directeurs d'EHPAD : éléments qualitatifs

Les responsables d'EHPAD sont récipiendaires de l'histoire, parfois emmêlée, de la personne, des déchirements des membres de la famille qui se déroulent souvent en direct, dans le bureau de l'adjoint de direction chargé des admissions. Interroger les professionnels de direction s'est avéré un choix judicieux car les récits, à la lumière des souvenirs parfois épiques, d'autres fois empreints de gravité, ne sont contenus dans aucun dossier administratif. Il a été possible d'aborder les motivations subjacentes de

l'institutionnalisation, les questions délicates de placement en urgence, de maltraitance financière, d'abandon.

Aussi une première phase du travail de recueil de données a été assez aisée. Il s'agissait de celui de l'âge, du sexe, du GIR, de la situation antérieure. Puis celui des conditions et des motifs d'entrée en EHPAD a été plus délicat, surtout pour les anciens résidants, certains étant accueillis depuis plus de dix ans. C'est ici que la mémoire des adjoints de direction a été des plus utiles. De ces longs entretiens il a fallu analyser la longue succession d'éléments prédisposant pour identifier le facteur déclenchant la décision d'entrée.

Une seconde remarque porte sur les dossiers de soins. Certaines informations que nous recherchions n'ont pu être retrouvées. En effet les spécificités de certaines configurations familiales, des conflits, des situations de placement en urgence, n'étaient pas notées sur les dossiers. Notre enquête s'est donc déroulée dans le cadre du secret professionnel et de l'information partagée. Au-delà du professionnel interrogé en EHPAD et de l'information détenue ou non, il s'agissait également de créer un climat de confiance propice à l'échange de l'information pertinente.

Pour 3 personnes résidentes des EHPAD depuis plus de dix ans, les conditions de l'admission n'ont pu être retrouvées. Les adjoints de direction ne détenaient pas l'information car le résidant était entré avant son embauche. Aussi c'est au travers des professionnels que se transmet une part de l'histoire de l'établissement, mais aussi des résidants.

Il existe donc des pratiques différentes entre les établissements. Dans les deux structures privées à but lucratif, ce sont les adjoints de direction qui ont répondu à nos questions, apportant les éléments qualitatifs non contenus dans les dossiers administratifs.

Dans la structure publique c'est selon plusieurs sources que les informations ont été obtenues : sur la base des comptes-rendus réalisés par la psychologue qui effectue les visites à domicile en amont de l'entrée, sur les récits de l'infirmier et de la responsable de l'accueil, tous deux ayant une ancienneté importante dans la structure et une bonne connaissance des familles.

Selon Monsieur Nicolas C., Directeur de l'EHPAD, les motivations de placement se situeraient autour de ces points cruciaux :

1 – La présence de troubles du comportement dans les cas de démence

L'entrée en institution est décidée quand le parent ne peut plus rester seul au domicile, la nuit surtout. De plus avec l'apparition des troubles du comportement le maintien à domicile touche à ses limites. La notion de risque apparaît. Le risque peut être réel, objectif : le parent se met réellement en danger ; ou supposé : peur de la part des familles d'une possible situation de danger. La question centrale est quelle sera la part de responsabilité de la famille s'il arrive quelque chose ? Pour ne pas endosser cette responsabilité et la culpabilité qui en découlerait, bien des familles préfèrent l'entrée en EHPAD que la prise de risque. Délicate frontière entre prise de risque assumée et restriction de la liberté d'autrui d'aller et venir.

2 – La crainte du regard des autres

Le maintien à domicile reste possible tant que la démence et ses conséquences peuvent être maintenues dans l'intimité du cadre familial. Dès lors que le parent sort en chemise de nuit, déambule la nuit et que les voisins s'en aperçoivent il y a placement. Ainsi se confronter au regard des autres, des voisins, amène la sphère privée, intime sur la sphère publique, sociale. Il y a beaucoup de tabous autour de cela et la pression du 'quant dira-t-on' reste forte en milieu rural.

3 – La pression du conjoint

Le conjoint, souvent le gendre, fait pression sur l'enfant pour placer la personne âgée en institution. En effet devoir passer tous les jours au domicile de la personne âgée, ne plus pouvoir partir en vacances, voir l'aidant s'épuiser, amènent les familles à décider de mettre un terme au maintien à domicile. Le placement est contraint, l'enfant ne le souhaite pas. Les solutions de répit sont, dans ces cas, peu connues et donc peu mobilisées.

4 – La difficulté à gérer l'incontinence et les comportements nocturnes

L'entretien avec les professionnels nous ont apporté des données qualitatives intéressantes, bien plus fines encore que celles contenues dans la revue bibliographique que nous avons effectuée.

Nous avons pu détailler certains facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD concernant l'épuisement des aidants ainsi que l'influence des professionnels sur la décision d'admission en EHPAD.

Au regard de l'expérience de la Directrice de l'accueil de jour, Madame B, il a été posé que l'épuisement de l'aidant principal est consécutif à l'inversion du cycle nycthémeral, très souvent accompagné de l'entrée dans l'incontinence. La personne aidée demande à aller aux toilettes plusieurs fois par nuit, ne supporte pas les protections, se les arrache, souille son environnement, la literie. L'aidant est ainsi réveillé en pleine nuit et doit réaliser la toilette, remettre la chambre en état. Deux heures s'écoulent, l'aidant est à peine rendormi que la personne aidée se réveille à nouveau : il doit recommencer les mêmes gestes jusqu'à l'épuisement total. Après un lent processus de perte d'autonomie, l'épuisement de l'aidant atteint son paroxysme quand celui-ci doit effectuer seul les transferts.

Selon Madame B., la recherche d'accueil temporaire pourrait être une source de répit. Mais les places sont rares et la recherche difficile pour les familles épuisées. Ce récit d'une professionnelle de terrain vient nous interroger lorsqu'on le compare aux données statistiques relatives au taux d'équipement en hébergement temporaire de la région qui est supérieur à la moyenne nationale.

5 – La coordination des professionnels intervenant à domicile

L'épuisement de l'aidant est aussi provoqué par la difficulté à coordonner au domicile la multitude de professionnels qui interviennent successivement : infirmières, kinésithérapeute, auxiliaire de vie, orthophoniste, etc. Aussi il arrive que l'épuisement provienne de ceux-là même qui interviennent pour aider. Ces incursions de professionnels dans la vie privée de la famille perturbent tout autant qu'elles aident.

6 – L’avis d’experts

Toujours selon ce professionnel, l’entrée en EHPAD est aussi souvent consécutive à une chute. A la suite d’une prothèse totale de hanche l’ensemble des professionnels dissuadent la famille de penser à un retour au domicile. Ainsi ce n’est pas la chute en tant que telle qui dicte l’entrée en EHPAD, mais bien l’avis des professionnels qui dissuadent le choix d’un retour au domicile et influencent la décision de la personne âgée, de la famille en faveur de l’institution. Rares sont ceux qui s’opposent à l’avis ‘médical’, au risque de voir se réitérer un accident. Nous retrouvons ici l’idée d’une hypothétique responsabilité, qui reviendrait à celui qui pourrait se voir reprocher la décision du maintien à domicile. Dans ce cas l’entrée en EHPAD est le résultat d’une ‘prescription médicale collective’.

Des solutions de répit existent comme l’intervention de relais professionnels la nuit, mais cela reste encore assez onéreux. L’accueil de jour est une alternative. Là encore il est question du coût de l’accueil et des transports. Les aides ont été augmentées mais restent insuffisantes dans certains cas. Notons un point positif, certaines structures d’aide à domicile proposent d’accompagner la personne aidée à l’accueil de jour, mais cela reste rare, coûteux et limité géographiquement (pas plus de 5 kilomètres parcourus selon les structures).

7- Une question de trajectoire

L’analyse qualitative fait ressortir un lien entre l’arrivée en EHPAD et la trajectoire de vie du résident. Dans de nombreux cas il existait un lien entre la personne et l’établissement. Voici quelques éléments qualitatifs qui illustrent ce fait :

- les enfants de deux résidentes avaient été kinésithérapeutes libéraux dans l’EHPAD
- la nièce de deux résidentes est médecin coordonateur dans l’EHPAD
- la petite fille d’une résidente est veilleuse de nuit dans l’EHPAD
- la fille d’un résident est agent de service hôtelier dans l’EHPAD
- une résidente venait prendre ses repas tous les midis dans l’EHPAD lorsqu’elle était encore capable de se déplacer seule
- une résidente fréquentait l’accueil de jour de l’EHPAD

- un résidant a été admis car sa femme l'avait été des années auparavant
- une résidante avait effectué un séjour temporaire causé par une fracture
- une résidante est la grande tante du mari de l'adjointe de direction
- le fils est médecin traitant d'autres résidants de l'EHPAD
- le fils de la résidante travaille dans le groupe de l'EHPAD
- la résidante avait déjà fait un séjour dans l'EHPAD pour accompagner son mari convalescent
- une résidante est entrée pour accompagner sa cousine
- trois ans après le décès de son mari en institution, une résidante décide de rentrer dans l'EHPAD

L'inclinaison de la trajectoire de vie des personnes vers l'EHPAD n'est pas fortuite. 17% des résidants connaissaient l'établissement, pour y avoir séjourné ou y avoir accompagné un membre de sa famille. Ce lien accroît la probabilité d'y séjournier.

Voici un exemple assez original :

Deux personnes qui ont eu leurs conjoints respectifs admis, puis tous deux décédés dans l'EHPAD continuent à venir y passer des après-midi pour jouer aux cartes. Une des deux personnes a déjà 'réservé sa place' pour plus tard !

De même, qu'en milieu rural et semi rural, le choix de l'EHPAD est très lié au facteur de proximité. Pour les résidants qui ont choisi cet EHPAD il s'agit d'un fort lien d'attachement avec le village natal, dans lequel ils ont souhaité revenir ou rester. Pour certains qui étaient encore en capacité d'affirmer une volonté, cela s'est parfois fait contre l'avis des familles. Plusieurs cas ont été recensés dans les EHPAD de Saint Jean de Fos (34) et de Bernis (30). Des questions ont été soulevées, des hypothèses émises sans toutefois pouvoir être vérifiées. S'agissait-il d'un choix de longue date, inscrit dans un projet de vie ? l'EHPAD est-il une autre façon de choisir de 'mourir là ou on est né', quand on ne peut plus le faire 'chez soi' ? Connaitre l'EHPAD a-t-il contribué à casser la représentation souvent négative que le public a de l'institution, et donc de faciliter le choix du résidant ou de sa famille ? Ici c'est l'offre de service qui a suscité le comportement.

Et puis pour plusieurs couples la personne valide rentre pour accompagner la plus dépendante et, au décès du conjoint, choisit de rester au sein de l'EHPAD.

Pour resituer ces propos dans le contexte de notre étude, le fait de connaître l'EHPAD n'a pas été présenté comme un facteur déclenchant, mais la proportion de cas peut nous amener à nous interroger sur le lien existant entre décision d'entrer en EHPAD et histoire commune passée.

Seconde partie : recherche des initiatives locales pour retarder l'entrée en institution

A l'issue des entretiens avec des professionnels nous avons cherché à identifier les diverses expériences mises en place en Languedoc Roussillon, dans le but d'améliorer les conditions d'entrée en institution des personnes âgées ou de favoriser leur maintien à domicile. Les diverses initiatives que nous exposerons se manifestent dans plusieurs secteurs de la vie socio-économique. Elles concernent essentiellement les domaines de la prévention (santé, renforcement du lien social...), des transports, de l'habitat, du logement et des prestations de services. Elles prennent la forme d'«accueils alternatifs», de soutiens aux aînés et à leurs aidants.

1. Méthode de recherche des initiatives locales

Au plan méthodologique, le réseau Internet a constitué la première source documentaire utilisée pour la réalisation de cette recherche. Puis dans un second temps nous avons envoyé des courriers (voir annexe 4 : lettre aux Conseils généraux), et des mails informant les interlocuteurs de l'étude menée au nom de la CARSAT, DRJSCS et l'ARS et de notre prochaine démarche d'enquête. Une campagne d'entretiens téléphoniques a ensuite été lancée. La dimension de l'étude ne nous a pas permis de mener un recensement exhaustif. Néanmoins le taux de réponse et le temps d'entretien accordé nous a permis de mettre à jour des initiatives intéressantes.

2. Résultats de la recherche des initiatives locales

Notre analyse porte sur les éléments suivants : la description des initiatives retenues, l'origine de l'initiative, les ressources mobilisées et ses perspectives de reproductibilité. Des fiches initiatives ont été rédigées et sont présentées ci après.

2.1. Les initiatives relatives au transport des personnes âgées

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Chèque Domicile Liberté		30
Début de mise en œuvre et durée	2003	Localisation : Commune de Nîmes	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Lutter contre l'isolement des personnes âgées au domicile.		
Contexte	Suite au rapport du professeur Dubout sur la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées, parfois due au confinement au domicile.		
Descriptif, service proposé	Cette aide est destinée à la personne âgée isolée ayant besoin pour accéder à une activité extérieure de l'accompagnement d'un professionnel qualifié.		
Origine de l'initiative	CCAS de Nîmes en collaboration avec l'association PISDG - Point info aide à domicile.		
Financeurs	La ville de Nîmes. Il s'agit d'un CESU préfinancé		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	<p>Bilan : Bilan positif, l'action existe à présent depuis 7 ans. Cela permet aux usagers de conserver une certaine autonomie, car ils peuvent décider de se déplacer et d'être accompagnés sans devoir solliciter leur famille. Les usagers ne souhaitent pas être dépendants d'heures d'aide ménagère qui pourraient les véhiculer, ni d'un tiers chez qui ce type de demandes génèrent quelquefois des tensions.</p> <p>Limite : Résider à Nîmes.</p> <p>Les caisses de retraite ont repris l'idée et sont en train de généraliser le dispositif via « Sortir + » (AGIRC ARCCO, PRO BTP, AGRICA...)</p> <p>Le GROUPE MORNAY est l'interlocuteur local.</p>		
Source et Date du contact	<p>Site internet du CCAS de Nîmes. http://www.nimes.fr/index.php?id=401</p> <p>Entretien avec Monsieur Philippe BOULET, Directeur du PISDG.</p> <p>Emission diffusée sur Radio Bleu Gard Lozère.</p>		

Intitulé de l'initiative ou nom du programme	Un Agent Social chargé du transport municipal		34
Début de mise en œuvre et durée	2002	Localisation : Commune de Fraisse-sur-Agout	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose telle d'agir ?	Lutter contre l'isolement des personnes âgées en milieu rural		
Contexte	Commune de Fraisse-sur-Agout, 322 habitants, 29% de + de 60 ans. Suite à une enquête la population cible a exprimé son « <i>désir de mobilité, de rencontres, d'animations</i> ». Durant la période estivale la population est multipliée par 8. L'objectif est d'atténuer le phénomène de désertification.		
Descriptif, service proposé	La commune a mis en place un service de transport. Le chauffeur-accompagnateur va chercher les personnes (résidents âgés ou vacanciers) à leur domicile pour les conduire chez un proche, un commerçant, coiffeur, etc.... Des liens se créent, de nouvelles solidarités de voisinage se dessinent. Le dispositif propose aussi par le biais d'un 'carte bonjour' des visites à domicile ou en EHPAD à raison d'une heure ou plus par semaine.		
Origine de l'initiative	CCAS		
Financeurs	Projet mis en place suite au dispositif des emplois jeunes. Par la suite le dispositif a été pérennisé par la création d'un poste d'agent social, financement par la Mairie.		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	En l'espace de 9 ans, de 1990 à 1999 la population est passée de 249 à 322 habitants, ce qui représente une augmentation de 29%.		
Source	L'atténuation du vieillissement démographique en milieu rural: un inventaire des expériences étrangères et québécoises (rapport n°6). Rapport présenté dans le cadre de l'Action concertée de recherche sur le 'Développement des communautés rurales : concepts, pratiques et retombées pour le Québec » du fonds québécois de recherche sur la société et la culture – FQRSC, Majella SIMARD, chercheur à la chaire de recherche du Canada en développement rural (UQAR), Juillet 2006, p19 à 20.		
Acteur interrogé	Mairie de Fraisse sur agout Mme LOPEZ Catherine 04 67 97 61 14		

Pour aller un peu plus loin dans la description de cette initiative, l'agent social a véhiculé et accompagné chaque semaine une dame âgée jusqu'à ses 85 ans. Elle était accompagnée pour faire ses courses, ses rendez-vous médicaux. Lorsque l'hiver les conditions climatiques se durcissaient l'agent social lui téléphonait tous les jours. Puis des soucis récurrents de ligne téléphonique (chutes d'arbres sur les lignes

téléphoniques dues à d'abondantes chutes de neige) l'ont isolée pendant plusieurs jours. Cet isolement s'est répété à plusieurs reprises. Cette situation a fait craindre à la personne âgée la survenue d'une chute sans pouvoir avertir. Le sentiment d'insécurité, longtemps repoussé par l'accompagnement de l'agent social, a été déterminant d'une démarche d'institutionnalisation, dont la dame est à l'origine.

Le lien social sécurisant a longtemps différé le moment de l'entrée en EHPAD.

Le dispositif permet de rendre visite, une heure ou plus par semaine, aux personnes isolées. Cette visite est un moment d'échange, de convivialité qui n'a d'autre prétexte que le contact humain. Il vient s'ajouter aux autres visites qui ont un objectif plus domestique. La 'carte bonjour' est pour bon nombre de personnes âgées le seul lien avec l'extérieur. Elle permet de poursuivre ces visites même quand la personne âgée est accueillie en EHPAD. A raison d'une visite par semaine, c'est l'adaptation à l'institution qui est facilitée et le lien conservé. Pour poursuivre sur l'exemple pré cité, bien que résidant à présent en EHPAD, la dame âgée continue d'être visitée par l'agent social. Bien qu'anecdotique ce récit illustre que ce n'est pas le fait d'être isolé qui décide l'entrée en EHPAD, mais le sentiment d'insécurité ressenti, auquel cette action pallie jusqu'à un certain point.

2.2. Les initiatives relatives au répit des aidants

Intitulé de l'initiative ou nom du programme	L'aide aux aidants : organisation du répit		30
Début de mise en œuvre et durée	Automne 2007	Localisation : Commune de Nîmes	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Lutter contre l'épuisement de l'aidant familial		
Contexte	Action proposée sous l'impulsion du Directeur Point Info Service Domicile du Gard, PISDG, M. BOULET. Inspiré de la région Maine et Loire qui a mis en place une plateforme 'Anjou Domicile'.		
Descriptif, service proposé	Cette action de répit se matérialise par 18 heures d'aide attribuées par personne aidée. Des professionnels sont missionnés pour venir relayer l'aidant familial, qui peut ainsi s'absenter quelques heures du domicile. Il ne s'agit pas de réaliser des tâches domestiques mais bien d'accompagner, d'être présent pour la personne aidée. Le dispositif répond aux valeurs partagées des acteurs qui sont « qualité – proximité – diversité – neutralité » pour citer M. BOULET.		
Origine de l'initiative	CCAS de Nîmes en collaboration avec l'association PISDG - Point info aide à domicile qui assure l'interface entre la personne aidée et le prestataire professionnel.		
Financeurs	La ville de Nîmes. Cette aide peut être renouvelée si la situation l'exige. La décision de renouvellement est prise par le conseil d'administration du CCAS qui se réunit chaque semaine. Il s'agit d'une action qui vient s'ajouter aux aides sociales de droit commun, financée par la Mairie de Nîmes.		
Bilan de l'action n (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	<p><u>Communication</u> : Des difficultés sont apparues au démarrage de l'action. Difficultés qui tendent à s'estomper à présent. De nombreux freins sont probablement liés au sentiment de culpabilité de l'aidant de laisser son parent. Le temps a permis une meilleure communication grand public, de parler plus ouvertement de cette aide et de créer une relation de confiance entre prestataires de service et familles.</p> <p>Un véritable élan de communication est réalisé via plusieurs médias :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la radio : sur Radio Gard Lozère, depuis deux ans, le 2^{ème} mercredi de chaque mois, une communication est faite. - journaux de la municipalité : « Vivre à Nîmes » adressé à tous les Nîmois et « La lettre de l'office des séniors » adressée aux aînés. <p><u>Coordination</u> : Mise en place d'une convention de coopération entre le CCAS et l'association pilote mandatée pour être relai terrain entre les associations prestataires et les bénéficiaires du service. Objectif formaliser les missions respectives.</p> <p>Le lancement de l'action a pris un certain temps du fait des résistances des familles qui nécessitent d'être accompagnées dans leur décision. Les acteurs de terrain observent beaucoup de culpabilité de la part des aidants qui doivent être rassurés le temps de la mise en confiance.</p> <p>Préalable au succès de l'action : Il faut poser des définitions communes pour dépasser les résistances des décideurs liées aux territoires d'origine. Un certain temps est nécessaire pour pouvoir juger de la pertinence du dispositif.</p>		
Source et Date du contact	<p>Site internet du CCAS de Nîmes. Plaquette d'information éditée par le CCAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec Madame DUMONT Noëlle, Directrice du service Pôle sociale des personnes âgées et handicapées du CCAS de Nîmes. • Entretien avec M. BOULET, Directeur du PISDG. Le PISDG fait partie du réseau national 'Pléiade service'. 		

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Les tables rondes de l'aide aux aidants		48
Début de mise en œuvre et durée	Début d'action lors de la 'Semaine bleue', octobre 2009	Localisation : 5 bassins gérontologiques	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose-t-elle d'agir ?	Isolement et usure de l'aidant familial		
Contexte	Suite aux observations de terrain faites par les référentes gérontologiques : deux constats. Les aidants cherchent premièrement de l'information et deuxièmement à rencontrer d'autres personnes dans la même situation qu'eux. Les actions mises en place répondent à ces deux besoins identifiés. Les actions doivent être adaptées aux besoins spécifiques géographiques, climatiques et culturels des territoires.		
Descriptif, service proposé	Afin de rester proche des familles des tables rondes ont été organisées sur chaque bassin gérontologique. L'information a largement été diffusée à tous les acteurs : médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers libéraux, tous les bénéficiaires de l'APA, les associations d'aide à domicile, toutes les mairies... Les tables rondes des aidants répondent au premier besoin identifié, celui de demande d'information. Les dispositifs, les aides, les structures et leurs missions respectives sont présentés. Lors de ces tables rondes des échanges sont possibles, facilités par la proximité, le contact direct.		
Origine de l'initiative	Les 6 référents gérontologiques et l'animatrice du CLIC de Lozère.		
Financeurs	Conseil Général		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	Suite à ces tables rondes un afflux vers les solutions d'aide et de répit a été enregistré. Les aidants, les professionnels sont venus nombreux. Les missions du CLIC sont mieux identifiées. L'information largement diffusée est à présent accessible à un plus large public professionnel ou non.		
Source et Date du contact	Anne-Marie VECCHIONE, animatrice de CLIC amvecchione@cg48.fr ou clic@cg48.fr 0466492792 Plaquette d'information		
Origine de l'initiative	Les 6 référents gérontologiques et l'animatrice du CLIC de Lozère.		

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Les Rendez-vous des aidants		48
Début de mise en œuvre et durée	Début novembre 2010	Localisation : Marvejols	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Isolement et usure de l'aidant familial		
Contexte	<p>Toujours à partir des observations de terrain faites par les référentes gérontologiques : deux constats. Les aidants cherchent premièrement de l'information et deuxièmement à rencontrer d'autres personnes dans la même situation qu'eux. Les actions mises en place répondent à ces deux besoins identifiés.</p> <p>L'action mise en place répond au second besoin exprimé par les aidants à savoir se rencontrer, se parler. Elle se développe dans la droite ligne des tables rondes des aidants.</p>		
Descriptif, service proposé	<p>L'action débute. Des groupes de parole sont animés par une psychologue qui écoute les besoins exprimés par les participants. Les thèmes ne sont pas définis à l'avance mais proposés par les personnes présentes. Les échanges répondent aux besoins du moment.</p> <p>Les échanges portent sur des difficultés d'accompagner au quotidien le malade, mais aussi de mener son travail de deuil après son décès.</p>		
Origine de l'initiative	Suite à l'action 'Groupes de parole en direction des aidants' initiée par la CARSAT. Au regard des retours positifs l'idée est de pérenniser l'action.		
Financeurs	Conseil Général		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	<p>Les Rendez-vous des aidants sont fréquentés par les familles, quelques personnes aidées et même par des aidants qui ont perdu la personne aidée. Les premiers retours sont encourageants.</p> <p>La MSA a mis en place un programme similaire sur le territoire de Saint Chely d'Apcher. L'idée essaime.</p>		
Source et Date du contact	<p>Anne-Marie VECCHIONE, animatrice de CLIC amvecchione@cg48.fr ou clic@cg48.fr 0466492792 Plaquette d'information</p>		

Une initiative hors Languedoc Roussillon mérite d'être citée tant la question fait débat. Le 'baluchonnage', ou la garde itinérante à domicile rencontre des difficultés à se généraliser.

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Parenthèse	
Début de mise en œuvre et durée	2008	Localisation : Commune de Maromme
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Apporter un répit aux aidants en charge d'une personne très dépendante. : <ul style="list-style-type: none"> • Le besoin de répit des aidants et de leur proche • Le besoin d'accompagnement des aidants et de leur proche 	
Contexte	Inspiré du système québécois du baluchonnage, garde itinérante à domicile.	
Descriptif, service proposé	Le 'baluchonnage' c'est : <ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux aidants de prendre du répit en toute tranquillité durant plusieurs jours sans avoir à transférer leur proche dans un autre milieu que son domicile et permettre aussi au « malade » de prendre du répit de son aidant. • Soutenir les aidants dans l'accompagnement de leur proche en leur proposant des stratégies d'intervention adaptées à leur propre situation et en leur fournissant une évaluation des capacités cognitives et de l'autonomie fonctionnelle de leur proche 	
Origine de l'initiative	Marie-pascale MONGAUX Directrice de l'EHPAD des Aubépins à Maromme.	
Financeurs	Co-engagement de la DDASS et du Département sur un poste d'aide soignante en 2008 et 2 en 2009 <ul style="list-style-type: none"> • Subvention de la CRAM pour financer 0.5 aide soignante en 2008 et les frais de démarrage • Un coût restant à charge aux bénéficiaires de 1,25€ par heure en 2008, 2,60€ par heure de semaine et 5,10€ par heure les fériés en 2009 	
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	<p>Atouts pour les professionnels : Bénéficiaire du support logistique de l'établissement: administratif, soins, animation, restauration... <ul style="list-style-type: none"> • Eviter l'isolement du professionnel • Ouvrir l'établissement sur la prise en compte du domicile • Permettre une auto-formation entre les professionnels de l'intra et de l'extra... • Bénéficiaire d'un encadrement de l'établissement: administratif, soignants... </p> <p>Atouts pour les familles : Rassurance par rapport au dispositif appuyé sur un établissement médico-social fonctionnant 24h sur 24 <ul style="list-style-type: none"> • Soutien de l'institution après coup (personnel spécialisé...) • Préparation à l'entrée en établissement éventuellement selon le choix de la personne </p> <p>Bénéfices pour les usagers : Rassurance par rapport à un dispositif appuyé sur un service 24/24 <ul style="list-style-type: none"> • Soutien de l'institution après coup • Bénéfice des savoirs et savoir faire des professionnels de l'établissement • Bénéfice éventuel de certains services de l'établissement (repas, animation, veillées...) • Préparation éventuelle à une entrée en établissement </p>	
Source et Date du contact	Diaporama : https://poitou-charentes.sante.gouv.fr/accueil/sante/pdf/7_Mme_MONGAUX.pdf Article : ASH - « Intérim en famille », n°2592, 16/01/2009, p34à 37.	

2.3. Les initiatives relatives aux modes d'hébergement alternatifs

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Concorda Logis – Co location intergénérationnelle		34 30
Début de mise en œuvre et durée	2004	Localisation : Ville Montpellier et Nîmes	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Lutter contre l'isolement social des personnes âgées encore autonomes au domicile.		
Contexte	Dans un contexte urbain ou se loger devient couteux. Des étudiants ou adultes en formation rencontrent de grosses difficultés pour accéder à la location.		
Descriptif, service proposé	Un junior étudiant partage le logement d'une personne âgée, le sénior. Il ne substitue pas aux aidants professionnels, mais par sa présence journalière joue un rôle d'alerte. La téléalarme de la personne âgée est reliée au téléphone portable du junior. Il contribue aux frais courants à hauteur de 150€. Il fait aussi quelques courses, descend les poubelles, veille au chauffage, éteint les lumières le soir...Il n'y a aucune obligation de partager des repas, mais la convivialité s'installe vite pour la joie de tous. (Le temps de partage est défini entre 4 et 5 heures par semaine).		
Origine de l'initiative	Association Concorda Logis		
Financeurs	Privé par le junior.		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	Depuis 2004 plus de 1000 binômes constitués.		
Source	Site internet : http://www.concordalogis.com/ Observatoire du lien entre les générations, AVIVA p35		
Acteurs interrogés	Emission Radio France Bleu Hérault du 09 septembre 2010		

Les hébergements alternatifs, du plus structuré au plus original, luttent contre le sentiment d'insécurité ressenti par la personne âgée. En effet savoir que quelqu'un va rentrer tous les soirs, ou peut être joint par une téléalarme, contribue à rassurer et donc à permettre à la personne de rester au domicile le plus longtemps possible.

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	L'Etape - Pôle autonomie service		34
Début de mise en œuvre et durée	Novembre 2009	Localisation : Ville de Lattes	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Ergonomie et adaptation du logement à la déficience. Prévention des chutes.		
Contexte	L'action a été pensée suite au constat des limites du maintien à domicile du fait de l'inadaptation du logement au handicap de la personne. Les chutes qui en découlent sont des facteurs précipitant l'entrée en institution et cause de nombreux décès de personnes âgées.		
Descriptif, service proposé	<p>Un service gratuit proposé aux Lattois, pour favoriser la vie et le maintien à domicile des personnes qui se trouvent en difficulté d'autonomie, de manière passagère ou durable. Cette aide se concrétise par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un conseil personnalisé, une information avec démonstration des aides techniques - une aide pour identifier les prestataires les plus proches, pour comprendre les devis fournis - un accompagnement des personnes à la constitution du dossier de demande d'aides financières pour l'équipement du domicile - des visites d'évaluation à domicile réalisées par l'ergothérapeute - un appui technique aux professionnels qui le souhaitent, aide au choix des équipements et aides techniques du maintien à domicile. <p>un accès à une base documentaire alimentée par la veille que réalise l'équipe du pôle</p>		
Origine de l'initiative	Action mise en œuvre sous l'impulsion d'un élu, adjoint au Maire de la ville de Lattes kinésithérapeute de métier. L'idée consiste à créer un quartier au cœur de Lattes, dans lequel un citoyen pourrait, si tel est son projet de vie, évoluer de sa naissance au grand âge, sans devoir quitter la cité à cause d'un logement inadapté.		
Financeurs	La ville de Lattes via le CCAS avec d'autres co financeurs dont le Conseil Général, la fondation Caisse d'épargne et la MDPH.		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	Etant donné la récente mise en œuvre, on ne peut faire qu'une évaluation qualitative. Les retours sont positifs Néanmoins le démarrage effectif a demandé des années de concertation, de négociation pour persuader les acteurs d'acter cette volonté commune. Le site a obtenu le label CICAT, Centre d'Information et de Conseil en Aides techniques. Il s'agit du second projet du genre soutenu par la mairie après la ville de Marseille.		
Source	Site internet de la commune de Lattes : http://www.ville-lattes.fr/H.2%20L'Etape.html		
Acteurs interrogés	L'étape - Pôle Autonomie Santé Mme Françoise GOMEZ, responsable administratif.		

Adapter le logement à la dépendance ou au handicap s'avère être une demande des personnes âgées et de leurs familles. La méconnaissance des matériels et technologies, ainsi que le coût, découragent toute entreprise visant à aménager le logement. Mais, accompagnées tant au niveau du choix des installations que du montage du dossier de demande d'aide financières, les familles entament plus facilement les travaux d'aménagements qui permettront le maintien à domicile le plus longtemps possible, voir jusqu'à la fin.

« L'étape » de Lattes par son aspect « show room » et la présence de professionnels sur place, est une initiative qui amène l'ergothérapie à domicile.

2.4. Les initiatives relatives aux actions de prévention santé

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Les petits déjeuners prévention santé		34
Début de mise en œuvre et durée	2010	Localisation : Montpellier	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Préserver son capital santé, éviter d'accentuer la fragilité Action de prévention en direction d'une meilleure alimentation, d'une activité physique adaptée et régulière, un sommeil de qualité		
Contexte	Dans le cadre des missions de prévention santé de la CARSAT		
Descriptif, service proposé	Action spécifiquement développée dans l'Hérault.		
Origine de l'initiative	Le passage de Cram en Carsat marque le renforcement des trois grandes missions de service public pour être aux côtés des salariés et des entreprises tout au long de leur vie professionnelle et au moment de la retraite : <ul style="list-style-type: none"> • la préparation et le paiement de la retraite ; • la prévention et la tarification des risques professionnels ; • l'aide et l'accompagnement des assurés en difficulté. (Source : plaquette CARSAT) Loi HPST 2009		
Financeurs	CARSAT		
Acteurs interrogés	CARSAT Languedoc Roussillon Mme BOSC Anne, conseillère en prévention santé - 04 99 61 47 33 (Mme PACCARD Delphine, plateforme d'aide aux aidants - 04 67 12 04 07)		

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Activité physique adaptée, rencontre d'une association sportive avec les résidents de l'EHPAD	48
Début de mise en œuvre et durée	2009	Localisation : Meyrueis
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Prévention santé par la gymnastique adaptée Dépasser les représentations négatives des EHPAD, créer du lien social	
Contexte	Dans le cadre des missions de prévention santé développées par le CLIC de Lozère	
Descriptif, service proposé	Un atelier gymnastique est organisé pour les personnes âgées valides dans une salle municipales. Les résidents de l'EHPAD tout proche se joignent aux autres participants pour les séances de gymnastique	
Origine de l'initiative	CLIC de Lozère	
Financeurs	Conseil Général du 48	
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	<p>Ces ateliers suscitent de l'intérêt. Ils permettent des moments d'échange et de convivialité entre les retraités actifs et les résidents de l'EHPAD encore valides et désireux de maintenir une dynamique. Ces rencontres ont permis de dédramatiser l'image plutôt négative de l'EHPAD en général et de faire la démonstration qu'on peut vivre en EHPAD et beaucoup ressembler aux personnes âgées qui vivent encore au domicile.</p> <p>Cette action a également contribué à ouvrir l'EHPAD vers l'extérieur. Le souhait est de maintenir ces actions tournées vers le maintien de l'autonomie</p>	
Source et Date du contact	<p>Anne-Marie VECCHIONE, animatrice de CLIC amvecchione@cg48.fr ou clic@cg48.fr 0466492792 Plaquette d'information</p>	

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Journée départementale des personnes âgées		66
Début de mise en œuvre et durée	01/02/2010	Localisation : Commune de Perpignan	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Bien vieillir dans l'Aude		
Contexte	La semaine nationale des retraités et personnes âgées, dénommée« Semaine Bleue », se déroule traditionnellement la 3e semaine du mois d'octobre. Dans l'Aude, celle-ci s'est déclinée sous forme d'une grande journée départementale organisée par le Conseil Général en partenariat avec le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA). Elle s'est déroulée du 18 au 24 octobre 2010 un peu partout en France pour rendre hommage à nos séniors. Le thème de l'édition 2010 était «A tout âge : acteurs, proches et solidaires».		
Descriptif, service proposé	Objectif : Promouvoir une alimentation équilibrée et l'activité physique adaptée auprès des personnes âgées de 55 ans et plus vivant à domicile. Des réunions de sensibilisation à la prévention des chutes et à l'équilibre alimentaire à l'attention des seniors ont été proposées dans le cadre de la semaine bleue.		
Origine de l'initiative	Le conseil général de l'Aude		
Financeurs	Le conseil général de l'Aude		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)			
Source et Date du contact			

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Défilé de mode seniors « décolleté s'âge »		11
Début de mise en œuvre et durée	26/05/2004	Localisation : Commune de Narbonne	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Maintenir le lien social		
Contexte	De nombreux séniors arrivés à la retraite souffrent de ne plus être reconnus, souvent en raison de la disparition de leur rôle social. Il est donc indispensable de répondre à cette situation par des actions où la personne est à nouveau considérée comme « sujet-acteur » de sa vie. Créer c'est permettre d'être connu et reconnu, de conserver son identité. Par le biais de cette animation la personne recouvre son identité mais également son rôle social, recrée des liens, retrouve une certaine joie et un sentiment d'utilité à travers une part de rêve.		
Descriptif, service proposé	Le défilé de mode du CCAS de Narbonne s'adresse aux personnes séniors, retraités actifs qui vivent des périodes difficiles (retraite, veuvage, perte d'amis et de proches, départ des enfants, maladie,...) relevant de la solidarité et non de l'assistance. Le lien social prend toute sa valeur quand on est acteur de ses propres rôles dans les situations impliquant des rencontres avec les autres. Une équipe de petites mains coordonnée par une couturière à la retraite d'une grande maison de couture parisienne a confectionné 60 tenues ; 22 mannequins seniors ont appris à défiler à raison de deux répétitions hebdomadaires. La mise en scène autour de tableaux à thèmes a été conduite par un professeur de théâtre et une chorégraphe. Toute l'organisation et la coordination ont en totalité reposé sur deux agents du CCAS. La manifestation s'est déroulée en soirée au Parc des Expositions de la Ville en présence de 600 personnes.		
Origine de l'initiative	Le CCAS de NARBONNE		
Financeurs	Budget du CCAS : 14500 euros Moyens : Deux agents coordonnateurs du CCAS et personnel de l'établissement.		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	La réalisation d'un défilé de mode seniors a permis de : - maintenir un lien social,- être à l'écoute en cas de besoins spécifiques ; relais par les personnes du CCAS pour certaines démarches,- revaloriser l'image et le savoir-faire de la personne senior. Tout au long de la préparation du défilé, des affinités entre les mannequins sont nées, débouchant sur des rencontres et un soutien mutuel face à des difficultés de la vie,		

	<p>- "mettre sur les rails" pour une réappropriation de la vie sociale. La principale difficulté a été de conserver l'unité d'un groupe sur une longue période, considérant les oppositions de caractères, la recherche d'une prééminence chez certaines, la concurrence pour le port de tenue ou pour un rôle dans un tableau. Les deux agents coordonnateurs se sont lourdement investis pour éviter les renoncements et les dissensions dans le groupe. En dépit du succès du défilé, le CCAS regrette de ne pas avoir réussi à impliquer davantage les personnes âgées les plus fragiles et les plus isolées. Ce type de manifestation attire davantage l'attention de seniors qui ne sont peut-être pas les plus touchés par la perte de lien social.</p> <p>Estimation CCAS</p> <p>Le défilé a eu un grand retentissement sur la ville, considérant la nouveauté et l'originalité du projet. Cette animation a mis en exergue un savoir-faire, une créativité, un enthousiasme non soupçonnés. Les parts de rêve et de magie offertes ont conduit les seniors à porter un nouveau regard sur leur vie présente jusqu'à modifier certains comportements et habitudes (vestimentaires et autres).</p> <p>L'image de la personne féminine âgée et de son savoir-faire s'en est trouvée revalorisée.</p> <p>Chaque acteur du défilé est encouragé à continuer de développer ses savoir-faire en vue de les partager et de gagner à d'autres actions des personnes plus isolées.</p>
<p>Source et Date du contact</p>	<p>Banque d'expériences de l'action sociale locale</p> <p>La Banque d'expériences de l'action sociale locale a été conçue pour permettre la mutualisation des bonnes pratiques initiées par les centres communaux d'action sociale. Elle vise également à faire connaître le savoir-faire des CCAS et CIAS et la diversité de leurs actions locales.</p>

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Observatoire social de la précarité des personnes âgées		66
Début de mise en œuvre et durée	01/02/2010	Localisation : Commune de Perpignan	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Un observatoire social de la précarité des personnes âgées		
Contexte	<p>Il existe une autre réalité que celle de la maladie, ou celle de la perte d'autonomie, à savoir, la précarité des personnes âgées du fait de très faibles revenus. Frappée par la crise, et peut être plus durement encore que d'autres villes de l'arc méditerranéen à l'activité plus dense, la commune de Perpignan est confrontée à un réel problème de précarité sociale. Les premiers touchés sont les plus vulnérables, les moins bien préparés. S'ajoute aux publics traditionnellement en voie d'exclusion, un nombre malheureusement croissant de personnes âgées jadis « intégrées » et aujourd'hui précipitées dans un processus lent de désaffiliation. L'analyse de besoins sociaux faisant apparaître une très forte hausse en 2009 des demandes d'interventions d'urgences auprès de cette population. Face à ce contexte social délicat le risque de voir les personnes âgées organiser leur propre repli est réel. Très peu abordée dans l'élaboration des politiques publiques cette problématique n'a jamais été étudiée de près, alors que convergent les observations des différents intervenants sociaux sur l'extension des situations de précarité ainsi que l'aggravation de l'isolement dont elles sont victimes.</p> <p>L'ensemble des institutions locales s'accordent sur la nécessité de la « qualification de ce qui fait problème » autour de 3 variables : la précarité, l'isolement, et l'âge.</p> <p>Il convient d'en étudier leur éventuelle corrélation et les liens de causalité que les observateurs supposent souvent de façon intuitive.</p> <p>C'est ainsi que sur la proposition du CCAS, est née l'idée de créer un outil de partage de données, d'analyse partenariale, d'aide à la décision autour d'un espace interdisciplinaire alliant intelligence universitaire et pratique de terrain, appelé ici "l'observatoire local des précarités".</p>		

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Observatoire social de la précarité des personnes âgées	66
Descriptif, service proposé	<p>L'objectif de l'observatoire est de se situer vers un modèle d'étude-action où elle intègre une approche critique de l'offre disponible sur les politiques d'accompagnement des publics précarisés plutôt que dans la compilation d'éléments chiffrés ou d'observations difficilement re-coupables. Porté conjointement par le CCAS et l'université de la ville, le projet se déroule en plusieurs phases :</p> <p>Une étude de faisabilité Cette étude de faisabilité s'est déroulée à partir d'entretiens visant d'une part à informer les partenaires de l'initiative (Département, CPAM, CAF, MSA, associations locales) mais d'autres part de connaître leur positionnement, leur attentes, leurs appréhensions et leurs propositions.</p> <p>L'élaboration de l'outil Un collège scientifique et technique a été composé dans la perspective de dépasser les observations partielles et convenues et de définir des problématiques afin de peser sur les politiques de prévention à mettre en œuvre. Les objets de réflexion : - Qualifier ce que peut être la précarité des personnes âgées, et ainsi définir les conditions élémentaires locales permettant à celles-ci d'assurer convenablement leur besoin. - Qualifier ce que peut être l'isolement de ces personnes et tenter de le définir. Définir en quoi la précarité est une variable agissant sur cet état. La recherche de solutions concertées : L'objectif recherché est de mettre en évidence les orientations et les aménagements propres à chaque institution, et ceux mutualisables, qui paraissent souhaitables afin de mieux prendre en compte les besoins mis à jour.</p>	
Origine de l'initiative	Le CCAS de Perpignan	
Financeurs	Budget annuel prévisionnel : 500 euros (production de documents et de rapports)	
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	<p>Il est difficile de dresser un bilan d'une démarche en construction, pour autant cet outil constitue un espace de rencontre interactif, entre acteurs destinés à produire de la connaissance et de l'analyse sur les situations sociales, et des professionnels de l'intervention sanitaire et sociale, confrontés quotidiennement à l'acuité des problèmes liés à la désaffiliation d'un public de plus en plus en difficulté.</p> <p>Estimation CCAS</p>	

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Observatoire social de la précarité des personnes âgées	66
	<p>Cette expérimentation devrait permettre d'imposer collectivement la nécessité d'une réflexion approfondie sur un phénomène (la précarité des personnes âgées) qui, à ce jour reste difficilement lisible, surtout lorsque ces personnes vivent dans leur logement et ne sont pas placées dans des établissements de soins.</p> <p>La quasi absence d'un mode fort d'interpellation des institutions, les situations de retrait social et de souffrance « invisible » ne saurait cacher l'urgence d'intervenir le plus en amont possible dans une logique de prévention plutôt que de réparation.</p> <p>Moyens humains :</p> <p>le directeur adjoint chargé des politiques sociales co-anime l'observatoire avec l'université.</p> <p>- la responsable du pôle seniors du CCAS suit les travaux réalisés, coordonne l'information entre les professionnels et fait remonter des problématiques de terrain.</p>	
Source et Date du contact	<p>Banque d'expériences de l'action sociale locale</p> <p>La Banque d'expériences de l'action sociale locale a été conçue pour permettre la mutualisation des bonnes pratiques initiées par les centres communaux d'action sociale. Elle vise également à faire connaître le savoir-faire des CCAS et CIAS et la diversité de leurs actions locales.</p>	

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Bien vieillir dans l'Aude		11
Début de mise en œuvre et durée	01/02/2011	Localisation : CANTON Nord de Castelnaudary	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	Equilibre-prévention de chutes		
Contexte			
Descriptif, service proposé	L'objectif de l'atelier équilibre prévention des chutes est de permettre de réduire les chutes et restaurer la fonction d'équilibration et d'autonomie de la personne âgée. L'action se présente sous la forme d'ateliers de prévention pour les personnes âgées de 70 à 85 ans. Il est proposé gratuitement de février à mai 2011 et comporte 12 séances de gymnastique douce à raison d'une heure par semaine.		
Origine de l'initiative	CLIC du Lauragais, Conseil général de l'Aude		
Financeurs, partenaires	Conseil général de l'Aude, comité régional de coordination de l'action sociale AGIRC-ARRCO, mutualité française Languedoc Roussillon, Cellule Départementale Sécurité Routière		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	Action encours		
Source et Date du contact	CLIC du Lauragais		

Intitulé de l'initiative ou Nom du programme	Bien vieillir dans l'Aude		11
Début de mise en œuvre et durée	01/02/2011	Localisation : CANTON Nord de Castelnaudary	
Domaine : Sur quel facteur lié à l'entrée en institution cette initiative se propose t-elle d'agir ?	les séniors au volant		
Contexte			
Descriptif, service proposé	L'atelier séniors au volant a pour objectif de permettre aux séniors d'actualiser leurs connaissances du code de la route, de leur permettre de mieux appréhender la conduite et de leur assurer plus de sécurité au volant. Il concerne les personnes âgées de plus de 55 ans habitant les communes rurales du canton. Il est proposé gratuitement de mai à juin 2011. Le programme est le suivant : remise à niveau du code de la route, sensibilisation aux risques routiers (freinage, distance de sécurité, alcool, médicaments, vieillissement), test de conduite sur véhicule adapté et test auditifs et visuels).		
Origine de l'initiative	CLIC du Lauragais, Conseil général de l'Aude		
Financeurs, partenaires	Conseil général de l'Aude, comité régional de coordination de l'action sociale AGIRC-ARRCO, mutualité française Languedoc Roussillon, Cellule Départementale Sécurité Routière		
Bilan de l'action (Freins et leviers de l'initiative, pérennisation, communication...)	Action en cours		
Source et Date du contact	CLIC du Lauragais		

3. Synthèse de la recherche des initiatives locales et pistes de réflexion

Cet inventaire d'initiatives locales est loin d'être exhaustif, mais il tend à démontrer que les collectivités territoriales et leurs relais sur le terrain que sont les CCAS, constituent un gisement en matière d'expériences visant à améliorer la qualité de vie des aînés. Ces expériences permettent aux différents territoires concernés de bien cerner les nouvelles demandes de services qui leur sont faites et, par conséquent, d'ajuster l'offre de services en fonction.

Les caisses de retraite (MSA, groupe Mornay, AGIRC ARRCO, pro BTP) sont elles aussi des acteurs majeurs, dans l'impulsion et le financement d'actions, en direction des seniors.

Après cet inventaire, nous sommes en mesure de proposer des pistes de travail concernant les actions à développer pour que ces personnes puissent selon leur souhait rester à domicile.

3.1. Les pistes de réflexion relatives à la communication/information

Il nous a été difficile de repérer les initiatives visant à retarder l'entrée en EHPAD. On peut penser qu'il en est de même pour les personnes âgées et leurs familles qui de plus sont touchées par la maladie. Les professionnels sont sans doute également insuffisamment informés sur l'ensemble des services et structures intervenant dans le cadre du maintien à domicile.

Il se pose alors la question de la **communication/information autour de ces initiatives**, d'autant, comme nous l'avons vu précédemment, que la famille est le personnage principal dans la prise de décision d'entrée en EHPAD.

Aussi le non recours aux aides est sans doute dû à la méconnaissance de leur existence.

La radio est apparue comme étant un bon média d'information, puisque deux initiatives « Le répit des aidants » du PISDG de Nîmes et les actions de colocations intergénérationnelles de l'association « Concorda logis » à Nîmes et Montpellier ont été collectées suite à des émissions diffusées sur Radio France Gard Lozère. Le succès des actions de répit co-organisées par la CARSAT et le Conseil Général de Lozère est en partie dû au mode de communication choisi : toutes les mairies, les médecins traitants, CCAS ont été informés de l'action, dépliants et affiches à l'appui.

Ainsi la diffusion de l'information en direction des professionnels de santé, le renforcement au sein des établissements (notamment cliniques et soins de suite et de réadaptation) du personnel social (assistante sociale) sont deux pistes de réflexion à développer.

Quant à « la famille », plusieurs vecteurs d'information (caisses de retraite, CLIC, services sociaux, mairies, services de maintien à domicile) déjà utilisés, peuvent sans doute développer leurs actions de communication en ciblant plus finement leurs interventions lors des phases sensibles de l'existence des personnes concernées. Une information détaillée sur l'existant en matière de services d'aide au maintien à domicile (cartographie) peut également être développée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

3.2. Les pistes de réflexion relatives à la prévention

La prévention existe dans de nombreux domaines : santé, renforcement du lien social.

Comme nous l'avons vu, l'entrée en EHPAD intervient très souvent après une rupture, et notamment à la suite d'une hospitalisation. Toutes les campagnes de prévention et de dépistages précoces de maladies (cardio-vasculaires, cancer...) doivent être intensifiées, ainsi que les séances de prévention contre la survenue de chutes, la dénutrition. La prévention permet de détecter et donc de traiter et de lutter en amont contre la perte d'autonomie et le douloureux problème des ruptures.

La notion d'isolement reste bien un souci central car, outre la demande d'une aide bien précise la majorité des personnes recherche une présence qui constitue une aide morale indispensable pour lutter contre la solitude.

Tous les dispositifs d'aide au retour à domicile après hospitalisation doivent être encouragés et développés : citons, par exemple que les CRAM développent depuis 2004 une prestation « appelée » A.R.D.H. qui à pour objectif de faciliter le retour à domicile des personnes relativement autonomes. Cette aide, centrée sur l'évaluation des besoins permet d'une part, une coordination entre les établissements de santé, les intervenants à domicile et le service social de la CRAM, et d'autre part participe à une logique de prévention en renforçant les moyens mobilisables lors d'une période critique pour la personne âgée.

La « rupture » peut également survenir lors du décès d'un proche. Toutes les mesures encourageant le maintien d'un lien social doivent être recherchées et encouragées.

Il convient de souligner que l'un des trois axes définis par la CNAV en matière d'aide à l'équipement et à l'investissement immobilier est d'aider les structures souhaitant développer des actions en vue d'améliorer la vie sociale des personnes âgées. A ce titre, la branche retraite souhaite participer au développement des modes d'accueil intermédiaires entre le domicile et les établissements d'hébergement. Il s'agit notamment, grâce à une aide à leur financement, de favoriser la création de petites unités de vie ou la réalisation de certains projets émanant de bailleurs sociaux (domiciles services, logements sociaux adaptés réservés aux retraités...).

3.3. Les pistes de réflexion relatives au développement de solutions alternatives à l'hébergement en EHPAD

Développer des structures intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement en institution (accueil de jour, hébergement temporaire) permet aux personnes âgées de faire face à des difficultés passagères. Deux causes principales d'entrée en EHPAD ont été constatées lors de cette étude : la peur de la solitude ou peur de vivre seul, ainsi que le problème de santé ou la sortie d'hospitalisation.

Comment assurer une présence constante auprès de la personne âgée afin de la sécuriser. Plusieurs pistes peuvent être évoquées :

- la location de chambre par la personne âgée à un jeune (étudiant, apprenti ...) contre une présence : expériences déjà existantes au plan national (Concorda Logis à Montpellier),
- l'aménagement d'un habitat spécialement étudié pour les personnes âgées fragilisées (urbanisme),
- le développement de services à la personne plus résolument orientés vers le maintien du lien social,
- expérience des villages retraites,
- développement des MARPA.

Le problème de la sécurisation en matière de santé peut trouver une solution en développant des hébergements plus souples tels que :

- l'hébergement temporaire (notamment pour le retour à domicile après hospitalisation),
- l'hébergement partiel (de jour comme de nuit) ou plus adapté (accueil familial, création de petites unités d'accueil, logements foyers en amont d'une entrée en EHPAD)
- le développement de résidences services (« le grand retour des foyers logements ») à proximité des EHPAD (voire même sur le site de l'EHPAD) qui permettent aux personnes âgées, non seulement de bénéficier des services de l'EHPAD : au niveau de sécurité, au niveau des soins, au niveau de la vie sociale au travers de l'animation, mais également de mieux connaître l'EHPAD et son fonctionnement et donc de changer la représentation négative qu'ils peuvent en avoir. A titre d'exemple nous pouvons citer les projets pris en compte par la CARSAT-LR : à saint André de Sangonis, création d'un foyer logement pour personnes valides à proximité de l'EHPAD, à Montpellier, quartier des grisettes, création d'une résidence de logement adapté en face de l'EHPAD et au sein d'un complexe avec crèche, maison médicale.

3.4. Les pistes de réflexion relatives à l'habitat

Les perspectives démographiques engendreront nécessairement des besoins sociaux, en particulier en matière d'urbanisme, de logement et d'aménagement du territoire. Urbanisme et logement : besoin de services et d'équipements spécifiques. En effet le vieillissement de la population pose des problèmes d'adaptation de l'habitat et de l'urbanisme qui mériteraient en soi une étude détaillée et prospective. D'ores et déjà, se pose pour les ménages le problème de la demande grandissante de retour en centre ville, de proximité des équipements et des services. D'autres problèmes majeurs se posent : abandon par les commerces de proximité de certains quartiers où les personnes âgées sont surreprésentées, habitat en zone rurale isolée.

Il conviendrait d'encourager la rénovation de l'habitat ancien, et l'adaptation du logement avec la personne elle-même ; avoir un logement adapté et adaptable en fonction des besoins de la personne participe à la prévention de la perte d'autonomie.

3.5. Les piste de réflexion relatives à l'aide aux aidants

Selon un rapport de l'ORS Alsace, décembre 2009, le rôle de l'aidant apparaît comme pré déterminant de la non entrée en institution : « *Dans des situations d'inscription en maison de retraite suite à une dégradation de l'état de santé des personnes, c'est bien la*

disponibilité d'un proche qui a permis un maintien à domicile. ». Les aidants sont donc au centre de l'effort d'organisation.

La possibilité de recourir à des aides professionnelles (réseau gérontologique de proximité), avec une approche multidisciplinaire en réseau, permet de prévenir les situations à risque.

L'épuisement des aidants à domicile souligne la nécessité d'un accompagnement, un soutien adéquat tout au long du parcours de la maladie, avec une évaluation régulière de la pertinence et de la qualité du maintien à domicile. La prévention de l'épuisement des aidants informels est devenue un axe de travail à part entière depuis maintenant plusieurs années. L'efficacité des aides professionnelles nécessite une bonne cohésion entre les professionnels et les proches.

Conclusion

L'entrée en EHPAD n'est que très rarement un choix véritable et semble davantage une orientation « par défaut » à laquelle on se résout quand on a épuisé toutes les réponses possibles. Or le fait de prendre part ou non à la décision a des répercussions sur le vécu de l'institution : lorsque la personne participe à sa demande d'entrée en institution, cela retentit positivement sur le vécu ultérieur dans l'établissement¹⁸.

Une solution serait d'éviter les situations de non choix et les « placements en urgence » par l'anticipation avec l'évaluation régulière de l'état de santé de la personne âgée malade, de son traitement et de son environnement, afin de favoriser les solutions de répit en permettant de donner à chacun du temps pour sortir d'une situation de non choix.

En même temps, les personnes âgées ont une représentation négative de l'institution qui résulte de plusieurs craintes : elles craignent de quitter leur environnement et leurs habitudes de vie, elles redoutent d'avoir à vivre avec des personnes vieillissantes et elles ont peur d'être abandonnées par leur famille.

Déramatiser l'image de l'institution pourrait permettre une meilleure qualité de vie de la personne âgée et lever la culpabilité des aidants et de l'entourage.

La décision d'entrer en institution devrait être l'aboutissement d'un processus élaboré au fil de l'évolution de la situation, pour que, lorsque le maintien à domicile touche à ses limites, les familles et les personnes âgées puissent prendre une décision concertée, en toute sérénité.

¹⁸ Somme D. - Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution.

Perspectives

Un premier constat s'impose : de belles initiatives existent sur notre territoire. Elles tendent à se pérenniser car elles répondent à des besoins réels, identifiés en amont de toute mise en œuvre. Une action, si innovante soit-elle, est vouée à l'échec si elle ne répond pas aux attentes des familles et des personnes âgées. Aussi une première piste de réflexion serait de **mieux cerner les besoins et attentes des personnes âgées et de leurs familles, dans notre région.**

Au sein même du Languedoc Roussillon, il existe des disparités liées à la géographie des territoires, aux cultures. Tout projet en direction des personnes âgées doit tenir compte de cet élément et **s'adapter aux spécificités territoriales** pour envisager des déclinaisons très locales.

Les projets les plus pertinents ne sont pas les plus complexes, mais bien ceux qui répondent à une problématique ciblée et identifiée. La question du **répit des aidants** est beaucoup débattue, chaque expert défendant son approche. Si l'entrée est EHPAD est due à l'épuisement de l'aidant, pourquoi ne pas se questionner sur les attentes de l'aidant quant au répit ?

L'hébergement temporaire serait-il une piste ?

Le soutien psychologique à domicile une autre ?

Pourquoi la garde de nuit à domicile n'est-elle pas plus souvent sollicitée ?

Quand l'isolement et le sentiment d'insécurité fragilisent une personne âgée à domicile, quelles alternatives pourraient être proposées ?

Les initiatives relevées constituent de nouveaux services imbriqués dans le panorama de l'offre de service connue. Elles permettent **un accompagnement des personnes plus graduel et personnalisé**, au rythme de l'évolution des situations. Cette offre graduée répond donc à des besoins de plus en plus pointus. Mais dans le même temps la présence de l'offre peut susciter le recours au service. Charge à nous de mener une réflexion sur le développement de dispositifs ou organisations permettant de prendre en charge, sans recourir immédiatement à l'institutionnalisation, des situations de crise pour lesquelles on peut penser qu'une institutionnalisation est évitable.

Au travers des **échanges avec les professionnels du Comité de Pilotage** d'autres axes de réflexion sont apparus.

Les financements des initiatives pourraient être explorés avec plus de détails. Car si une généralisation s'envisageait elle ne pourrait éluder la question du financement. En première lecture il apparaît que les CCAS et les CG sont le principaux financeurs.

Deux questionnements plus centrés sur les usagers ont été soulevés. Ils sont relatifs à la précarité sociale et financière des personnes âgées.

Qu'en est-il de la capacité des EHPAD à proposer un accueil de qualité pour les publics de Sans Domicile Fixe vieillissants ? Sont-ils en mesure de **s'adapter aux typologies de publics** qui se diversifient, comme les personnes handicapées vieillissantes, les allocataires des minimas sociaux ? Les profils professionnels des personnels sont-ils pertinents pour cette prise en soin spécifique ?

Une autre question touche aux **revenus des personnes âgées**. Cette question reste difficile à appréhender, car opaque. Les personnes n'ont-elles pas les moyens d'entrer en EHPAD ou ne veulent-elles pas plutôt préserver leurs biens, comme un patrimoine à transmettre à leurs descendants ? La question des 'obligés alimentaires' pourrait être approfondie. En effet les personnes âgées qui font le choix de rester à domicile le font-elles pour ne pas solliciter un soutien financier de leurs descendants, par ailleurs parfois eux même déjà en grande difficulté financière ?

Ces deux questionnements relatifs aux ressources et aux nouveaux profils de résidents sont à mettre en perspective avec le lien existant entre services à domicile et EHPAD qui reste faible. La communication est faible entre ces 'deux mondes' qui restent cloisonnés. Elle pourrait être améliorée, rendue plus fluide, mais comment ? Autant de questions restées sans réponse, qui témoignent de la richesse de la réflexion engagée par la DRJSCS, la CARSAT et l'ARS.

Liste des annexes

Annexe 1 Liste des références bibliographiques étudiées	69
Annexe 2 Analyse de deux études épidémiologiques	71
Annexe 3 Présentation des études et avis d'experts.....	73
Annexe 4 Lettre aux Conseils Généraux du Languedoc Roussillon	79
Annexe 5 Questionnaire auprès des EHPAD	81

Annexe 1 Liste des références bibliographiques étudiées

AFDHA. E2 L'entrée en institution est-elle un choix ou une obligation ? [En ligne] // <http://www.afdha.net>. - 31 12 2007.

Andrieu S [et al.] Facteurs prédictifs de la rupture de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes [Article] // Revue d'épistémologie et de santé publique. - octobre 1997.

Bresse Sophie Le circuit de recours aux structures d'aide à domicile des personnes âgées [Article] // Dossiers solidarités et santé. - janvier-mars 2003.

Dorange Martine. Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société* 1/2005 (n° 112), p. 123-139. URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page-123.htm.

Mantovani J [et al.] Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile [Rapport].// DREES, n°83 – Strasbourg novembre 2008 ;

Guichardon M. Quand l'entrée en EHPAD est un choix [Article].// *Gérontologie et société* 2005/1, n°112, p 152-162.

Somme D Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution [Article] // Dossier solidarité et santé. - janvier-mars 2003.

Zarit S., Todd P.A. et Zarit J.M. Subjective burden of husbands and wives as caregivers : a longitudinal study [Article] // *The gerontologist*. - 1986. - 2.

Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *enter on Aging* [Article] // Center for Gerontological Nursing, School of Nursing, University of Minnesota, Minneapolis, MN, 55455 USA. gaug0015@umn.edu

Miller EA, Weissert WG. Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. [Article] // University of Michigan, USA.

Lang P.-O. [et al.] Personnes âgées dépendantes en attente d'entrée en EHPAD depuis un service hospitalier : étude prospective sur la communauté urbaine de Strasbourg, France [Article] // Revue d'épidémiologie et de santé publique. - avril 2008. - 2 : Vol. 56.

Sylvia Maille. Les établissements et personnes âgées en 2007-2009, DRASS info, n°699, août 2009.

Prévoit J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, *Études et résultats*, DREES, n°699, août.2009

Prévoit J. L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Études et résultats*, DREES, n°689, mai.2009

Dutheil N. et Sheidegger S. Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées. *Études et résultats*, DREES, n°515, août 2006.

Dutheil N. et Sheidegger S. 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Études et résultats*, DREES, n° 494, juin2006.

Tugores F. La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. *Études et résultats*, DREES, n°485, avril 2006

Polesi H [et al.]. L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace [Rapport] // ORS Alsace – décembre 2009

Clic des aînés et l'ODS (Observatoire des Données Sociales de Rouen). Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? [Rapport] // Rouen juin 2007

CRAM Auvergne. Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. [Rapport] // Juillet 2007

Annexe 2 Analyse de deux études épidémiologiques

L'analyse quantitative tente d'objectiver les facteurs de risque, faute de pouvoir intégrer la complexité des facteurs sociaux, et en particulier relationnels, qui peuvent participer à la décision d'entrée en institution.

Des études épidémiologiques ont tenté de mesurer l'effet respectif de chacun des facteurs de risque à partir d'un échantillon de personnes âgées déjà institutionnalisées.

Nous présentons ici les résultats de 2 études :

1. Somme D. - Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution

Dans cette étude, à partir des données de l'enquête EHPA (DREES), Dominique Somme se penche sur les filières d'admission des personnes âgées hébergées en établissement et la participation que ces résidents ont eue à la décision d'entrée. Deux éléments sont plus particulièrement analysés : l'acteur de la demande d'entrée dans l'établissement – professionnels sociaux ou de santé, famille, personne âgée elle-même – et la raison de cette démarche (décision personnelle, état de santé...). L'intérêt d'une bonne coordination gériatrique est souligné par le fait qu'une large majorité des personnes âgées entrées en établissement proviennent d'un domicile ordinaire. La participation de la personne âgée est plus élevée chez les anciens cadres, les résidents stables, les personnes sans famille proche et celles qui connaissent leur revenu, tandis que le rôle de la famille s'affirme avec l'âge et la dépendance. L'état de santé constitue bien le principal motif de la démarche, suivi par les raisons socio-familiales (logement plus adapté aux besoins de la personne, décision de la famille, décès du conjoint, rupture dans le réseau d'aide) et la décision de la personne. Les résidents ressentent d'autant mieux leur vie en institution qu'ils ont participé à la décision d'entrée dans cet établissement, ce qui confirme l'importance d'une participation étroite des personnes âgées à la démarche d'institutionnalisation, notamment entre 80 et 90 ans.

Le sujet n'est pas anodin car le fait de prendre part ou non à la décision a des répercussions sur le vécu de l'institution et lorsque la personne participe à sa demande

d'entrée en institution, cela retentit positivement sur le vécu ultérieur dans l'établissement.

2. Miller & Weissert - Une synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 ans et plus a été publiée en 2000. Cette synthèse est issue d'une méta analyse menée aux USA sur la base de 167 analyses provenant de 78 articles publiés entre 1985 et 1998.

On retrouve, des facteurs de la personne aidée tels que l'âge, le fait de vivre seul, le statut marital, une santé perçue diminuée, des incapacités pour les actes de la vie quotidienne, de moins bonnes performances cognitives, la présence de pathologies jugées sévères, la présence de soins médicaux importants et la prise de traitements. En revanche, d'autres caractéristiques telles que le sexe, le niveau de revenu et le lieu de vie (urbain/rural) ne semblent pas associés au placement.

L'utilisation de services professionnels à domicile, un antécédent d'hospitalisation ou l'utilisation d'hébergement temporaire majorent également le risque d'entrée en institution. L'utilisation de services d'aides professionnels semble associée à un risque plus élevé de placement en institution. Dans certains cas, le recours aux professionnels peut permettre de détecter certaines situations à risque (dément vivant seul à domicile) et entraîner un placement qui sera fait dans de bonnes conditions. D'autre part, certains auteurs regroupent sous le terme d'aide professionnelle les services d'aides et de soins. Ces derniers sont le témoin de problèmes de santé qui conduisent souvent à un placement en institution.

L'offre de services à proximité et la politique de maintien à domicile interviennent dans la configuration de vies des personnes âgées.

Concernant le réseau d'aide informel, il semble que la disponibilité d'un seul aidant informel majore le risque de placement alors que la richesse du réseau le diminue.

Annexe 3 Présentation des études et avis d'experts

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
<p>Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile.</p> <p>DREES, n°83</p> <p>MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S.</p>	<p>novembre 2008</p>	<p>Etude composée de 50 monographies, situations significatives au regard des professionnels mobilisés pour l'étude.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jugements croisés de plusieurs acteurs - Gestion du risque et de l'incertitude - Rationalité extérieure à la personne, décision : système de référence / évènements - Parcours de vieillissement, histoire de vie

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
<p>Etablissements et personnes âgées 2007-2009.</p> <p>DRASS info Languedoc-Roussillon</p>	<p>Décembre 2009</p>	<p>Etudes statistiques de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Région LR plus âgée qu'en moyenne nationale (10% de la population). -Taux d'équipement inférieur au niveau

			national (102pl contre 131 nat/1000pa) -Prise en charge au domicile prépondérante (67% APA à dom/62% nat)
--	--	--	--

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
Articles en ligne sur le site www.afdha.net AFDHA , Association Francophone des Droits de l'Homme Agé	Décembre 2007	Informations généralistes	- Limite de la substitution des aidants professionnels aux familles - Concilier sécurité et liberté à domicile - Entrée en institution choix ou obligation ?

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final 82 pages.	Décembre 2009	Etude qualitative (5 EHPAD) sur la région Alsace	Etude visant à expliquer l'apparente saturation des structures

ORS Alsace POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F.			d'hébergement. Raisons d'entrée en EHPAD du point de vue des médecins.
--	--	--	---

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
Les raisons de choix de vie en établissement des personnes âgées relativement autonomes en Auvergne. 34 pages. Etude Plate forme de l'observatoire sanitaire et sociale en Auvergne.	Juillet 2007	Etude sur 1 486 personnes âgées, GIR 5 et 6 hébergées au sein de 109 établissements du Cantal et du Puy-de-Dôme	Emergence de nouveaux besoins des PA GIR 5 et 6 vivant en EHPAD. Raisons principales : choix personnel mais guidé par la famille, les professionnels dont le médecin suite à une rupture (décès du conjoint, hospitalisation)

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
Dossiers solidarité et santé. Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement.	Janvier-mars 2003	Rassemble deux enquêtes lancées en 2000 par la DREES Recueil d'articles	- Retentissement de l'implication de la PA à la décision sur l'adaptation à l'EHPAD et la

n°1		sur le sujet	survie. - Décision par les familles croissante corrélée avec l'avancée en âge des PA -Limite de l'étude : population des déments non prise en compte.
SAINT JEAN O., SOMME D.,			

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. Dr SOMME D.	Article paru en 2003	Données issues du questionnaire de l'enquête «Résident EHPA » qui a porté sur 3538 résidents et 584 établissements - 2000	-Résidents venus du domicile -Participent peu à la décision -Décision personnelle retentit positivement sur le vécu ultérieur -Etat de santé est le 1 ^{er} facteur de risque

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
Pourquoi certaines personnes âgées	Juin 2007	Enquête exploratoire auprès de 150 personnes	Les réticences des PA à l'entrée en EHPAD encore à

<p>n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ?</p> <p>Etude en trois parties réalisée par le Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.</p>		<p>âgées et 100 professionnels.</p> <p>Etude qualitative sur 20 résidents en EHPAD.</p>	<p>domicile ou en foyer logement.</p> <p>Trois hypothèses :</p> <p>1) préférence pour le domicile</p> <p>2) image négative des EHPAD</p> <p>et 3) moyens financiers insuffisants</p>
--	--	---	--

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
<p>L'entrée en institution gériatrique : protocole d'accueil institutionnel et ressources psychiques personnelles de la personne âgée, deux éléments déterminants du processus d'adaptation du sujet âgé à son nouvel environnement.</p> <p>F. MOTET, A. MATEUS, M. MYLINSKI.</p>	<p>Mars 2008</p>	<p>Etude qualitative du parcours de sept résidents.</p>	<p>Entrée en institution appréhendée au travers du vécu de la personne. Trois temps clés la visite au domicile, les premiers temps en institution et après 6 à 12 mois.</p> <p>Importance de la préparation à l'entrée lors de la pré visite à domicile. Activation</p>

			des ressources psychiques et adaptatives de la personne âgée : meilleur vécu si positive.
--	--	--	---

Intitulé et auteurs	Année de parution	Critères, population, type de récit, type d'étude	Points saillants dégagés, mots clés
<p>Quand l'entrée en EHPAD est un choix.</p> <p>Dr N. GUICHARDON.</p>	2005	Etat des lieux sur le sujet au travers de l'analyse de plusieurs enquêtes.	<p>Choix d'entrée quand l'attachement au domicile est faible.</p> <p>Recherche de sécurité, de lien social.</p>

Annexe 4 Lettre aux Conseils Généraux du Languedoc Roussillon

Montpellier, le 27 décembre 2010

Monsieur le Président du Conseil général
Direction de la solidarité

Objet : Réalisation d'une enquête sur l'amélioration du système de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Languedoc-Roussillon

Monsieur le président,

Notre structure, Centre Languedocien d'Etude et de Formation en Gérontologie, GERONTO-CLEF, basée à Montpellier, réalise pour le compte de l'ARS, de la DRJSCS et de la CARSAT, une enquête régionale sur l'amélioration du système de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Cette enquête répond aux besoins identifiés dans le cadre du programme d'études de la Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire du Languedoc-Roussillon (POSS LR). Son objectif général est de mieux appréhender et objectiver les circonstances d'entrée en EHPAD et de mieux connaître et partager les expérimentations locales visant à préparer en amont l'entrée en EHPAD avec la personne âgée et son entourage.

A ce titre les acteurs régionaux et en particulier les Conseils Généraux sont une source d'information des plus utiles. Aussi dans ce cadre nous nous permettrons prochainement de vous contacter afin de faire un état des lieux des initiatives locales visant à préparer ou retarder l'entrée en EHPAD.

Les résultats de cette étude feront l'objet d'une communication lors de la prochaine Commission Régionale du Vieillessement.

Demeurant à votre disposition pour toutes précisions complémentaires, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

LAMBOLEY Maïtena
Directrice de Géronto-Clef

Annexe 5 Questionnaire auprès des EHPAD

D'où viennent les résidants (Enquête auprès de 3 EHPAD)

l'assistante sociale du secteur
 7= à la suite d'une alerte donnée par des professionnels intervenant à domicile
 8= à la suite d'une alerte donnée par le CLIC
 9= information non détenue par l'ehpad

N° d'ordre de la personne	Sexe 1=Masculin 2=Féminin	Année De naissance	Situation du résident avant son entrée en institution (1 seule réponse)	Quel est le motif Déterminant de l'entrée (1 seule réponse)	Qui a demandé l'admission (1 seule réponse)	GIR	Trouble des fonctions Intellectuelles supérieures 1=Présente des troubles 2=Pas de troubles	Handicapés vieillissant 1=hand. maladie psychiatrique 2=n'est pas un hand. vieillissant 3=handicap autre