



Parcours de santé des personnes âgées dans la communauté de communes du Grand Orb

Rapport d'étude

Décembre 2015

Valérie DESMARTIN-BELARBI – Conseillère technique

Dr Bernard LEDÉPERT – Médecin de santé publique

Hafid BOULAHTOUF – Assistant d'études

Mission d'étude financée par l'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon

CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

BP 35567 – ZAC de Tournezy – 135 allée Sacha Guitry – 34072 MONTPELLIER Cedex 3

☎ 04 67 69 25 03 – Fax : 04 67 47 12 49 – Email : creaiorslr@creaiorslr.fr – Site : www.creaiorslr.fr

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	5
RÉSUMÉ.....	7
1. INTRODUCTION.....	9
2. ÉLÉMENTS COMPLEMENTAIRES DE DIAGNOSTIC	11
2.1 Population, Catégories Socioprofessionnelles (CSP), niveau d'études et taille des ménages.....	11
2.2 Lieu de vie et habitat.....	13
2.3 Revenus et ressources	15
2.4 Séjours hospitaliers et entrées en ALD.....	17
2.5 Consommation de soins et dépendance	18
3. UN ETAT DES LIEUX QUALITATIF : DES CONCERTATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS ET DES ENTRETIENS AVEC LES USAGERS	20
3.1 La méthode avec les professionnels.....	20
3.2 La méthode avec les usagers	21
3.3 La participation des professionnels.....	22
4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS ET DES CONCERTATIONS PROFESSIONNELLES	24
4.1 La rencontre avec des usagers : trois récits de vie	24
4.2 Les concertations professionnelles	28
4.2.1 Les faiblesses repérées	28
4.2.2 Les réponses existantes	32
4.2.3 Les vigilances-freins identifiés	36
4.2.4 Les opportunités-leviers relevés sur ce territoire.....	39
5. DES PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES	41
5.1 Coordonner les acteurs et s'articuler avec le conseil départemental de l'Hérault, travailler dans une dimension coopérative	41
5.2 Sur l'axe : améliorer le repérage des Personnes Agées à risque de fragilités	43
5.3 Sur l'axe : prévenir les ruptures et les ré hospitalisations.....	43
5.4 Sur l'axe : améliorer l'accès aux soins et prendre soin.....	44
5.5 Sur l'axe : soutenir les intervenants auprès des Personnes Agées dont les aidants de proximité.....	44
ANNEXE I : calendrier de la mission	45
ANNEXE II : lettre de mission ARS LR (30/06/2015).....	46

REMERCIEMENTS

A Luc Salles, maire de Villemagne l'Argentière pour son accueil et la mise à disposition de la salle polyvalente ;

A Marie-Elisabeth Pégurier, 1^{ère} adjointe de la mairie de Bédarieux et présidente du CLIC pour la mise à disposition de la salle Léo Ferré ;

A Marie-Georges Cassagnaud, coordinatrice du CLIC Age d'Orb pour son relais de l'information auprès des usagers ;

A l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et social ainsi que les élus qui se sont mobilisés et ont participé aux deux concertations ;

A Delphine Barcelo et Magali Astier, responsables de secteurs à Présence Verte Services qui nous ont permis la rencontre des usagers à domicile ;

Aux usagers : Michel et Andrée, Jacqueline et Raymonde pour leur accueil et la confiance qu'ils nous ont témoignée.

Un grand merci à Laure Abadie, coordinatrice du Contrat local de santé, pour son engagement et son aide précieuse tout au long de cette mission : elle a été facilitatrice de l'ensemble des contacts, organisatrice des inscriptions et de l'organisation matérielle des concertations. En co-animation des séances, elle a également grandement facilité la prise de notes et contribué à la réflexion méthodologique de cette mission.

RÉSUMÉ

Le Pays Haut Languedoc et Vignobles, un syndicat mixte d'une centaine de communes de l'Ouest du département de l'Hérault, et l'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon (ARS) ont signé en juillet 2013 un Contrat local de santé (CLS).

Quatre thèmes prioritaires ont été identifiés et retenus à l'issue d'un diagnostic territorial de santé (réalisé en 2013) :

- soins de premier recours et urgences ;
- parcours de santé des personnes âgées ;
- panier de services de soins et de prévention, avec un focus sur les problématiques des addictions, de la santé mentale des jeunes et de l'accès aux droits et aux soins ;
- développement de la télémédecine.

Dès la fin de l'année 2014, l'ARS a confié au CREAI-ORS LR, dans le cadre d'une convention, une mission d'appui méthodologique à la Délégation territoriale de l'Hérault pour la mise en place du « Parcours de la personne âgée » sur le territoire Pays Haut Languedoc et Vignobles.

Cette mission se prolonge en 2015 avec la réalisation d'un diagnostic des problématiques et des besoins des personnes âgées à domicile. Les attendus de cette mission sont d'identifier les besoins de santé des personnes âgées à domicile et leur adéquation avec l'offre de prise en charge (prévention, soins et prendre soin), notamment après retour d'hospitalisation.

Le comité de pilotage du CLS a souhaité, dans un premier temps, initier ce travail sur la communauté de communes du Grand Orb, qui regroupe 24 communes et concerne 20 779 habitants. Cette étude rend compte :

- ✓ De l'actualisation et d'un complément du diagnostic quantitatif initial avec des données de cadrage sur la démographie, l'état de santé, la consommation de soins.
- ✓ De l'analyse d'une phase qualitative d'état des lieux (de type concertations) avec les professionnels intervenant sur le territoire d'une part et avec les personnes âgées elles-mêmes et leurs aidants familiaux d'autre part.

L'analyse de l'ensemble de ces éléments nous permet de faire émerger cinq axes d'orientation stratégique qui sont présentés et discutés en fin d'étude.

Mots clés (BDSP) : Etude diagnostique, Territoire, Hérault, Contrat santé, Observation, Entretien, Personne âgée, Soutien domicile, Soignant informel, Accès soins, Besoin santé, Aide décision, Recommandation

1. INTRODUCTION

Le Pays Haut Languedoc et Vignobles, un syndicat mixte d'une centaine de communes de l'ouest du département de l'Hérault, et l'Agence régionale de santé Languedoc-Roussillon (ARS) ont signé en juillet 2013 un Contrat local de santé (CLS).

Quatre thèmes prioritaires ont été identifiés et retenus à l'issue d'un diagnostic territorial de santé (réalisé en 2013) :

- soins de premier recours et urgences ;
- parcours de santé des personnes âgées ;
- panier de services de soins et de prévention, avec un focus sur les problématiques des addictions, de la santé mentale des jeunes et de l'accès aux droits et aux soins ;
- développement de la télémédecine.

Dès la fin de l'année 2014, l'ARS a confié au CREA-ORS LR, dans le cadre d'une convention, une mission d'appui méthodologique à la Délégation territoriale de l'Hérault pour la mise en place du « Parcours de la personne âgée » sur le territoire Pays Haut Languedoc et Vignobles.

Cette mission se prolonge en 2015 avec la réalisation d'un diagnostic des problématiques et des besoins des personnes âgées à domicile. Les attendus de cette mission sont d'identifier les besoins de santé des personnes âgées à domicile et leur adéquation avec l'offre de prise en charge (prévention, soins et prendre soin), notamment après retour d'hospitalisation (cf. annexe I : calendrier de la mission).

Le comité de pilotage du CLS a souhaité le 15 janvier dernier initier ce travail, dans un premier temps, sur la communauté de communes du Grand Orb, qui regroupe 24 communes et concerne 20 779 habitants. La démarche prévoit :

- ✓ d'actualiser et compléter le diagnostic initial par des données de cadrage sur la démographie, l'état de santé, la consommation de soins.
- ✓ une phase qualitative d'état des lieux (de type concertations) avec les professionnels intervenant sur le territoire d'une part et avec les personnes âgées elles-mêmes et leurs aidants familiaux d'autre part.

Une première partie présente les éléments de cadrage quantitatifs. Les différentes sources de données utilisées sont :

- Insee, recensement de la population 2012,
- CNAF, CCMSA, base des allocataires 2013,
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), séjours médecine-chirurgie 2013, séjours soins de suite et réadaptation 2011, Hospitalisation à domicile (HAD) 2011 et Affections de longue durée (ALD) 2013,
- CPAM de l'Hérault, données de consommation de soins août 2014-juillet 2015,
- Conseil départemental de l'Hérault, bénéficiaires de l'APA au 31/08/2015.

Chaque fois que possible, l'extraction des données et le calcul d'indicateurs ont été centrés sur les personnes âgées de 60 ans et plus. Cependant, certains indicateurs ne sont pas disponibles par âge et les données sont alors présentées pour l'ensemble de la population.

Dans les parties suivantes, les éléments issus de concertations avec les professionnels sont présentés ainsi que ceux recueillis lors d'entretiens avec la population.

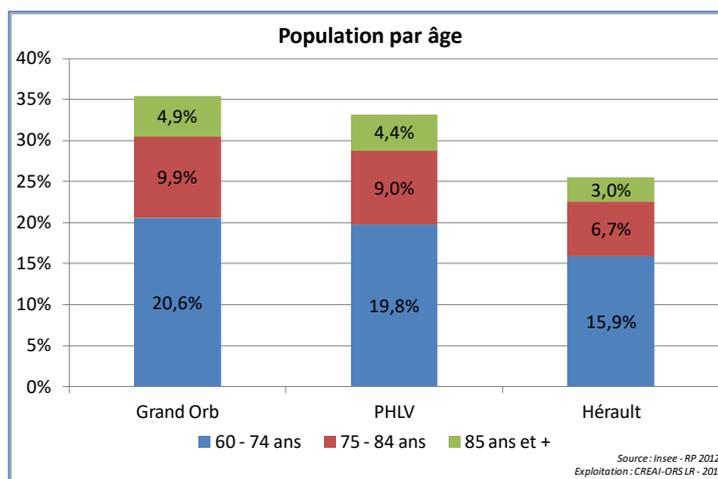
L'analyse de l'ensemble de ces éléments nous permet de faire émerger cinq axes d'orientation stratégique qui sont présentés à la fin de ce document.

2. ÉLÉMENTS COMPLEMENTAIRES DE DIAGNOSTIC

2.1 Population, Catégories Socioprofessionnelles (CSP), niveau d'études et taille des ménages

Une proportion importante de personnes âgées

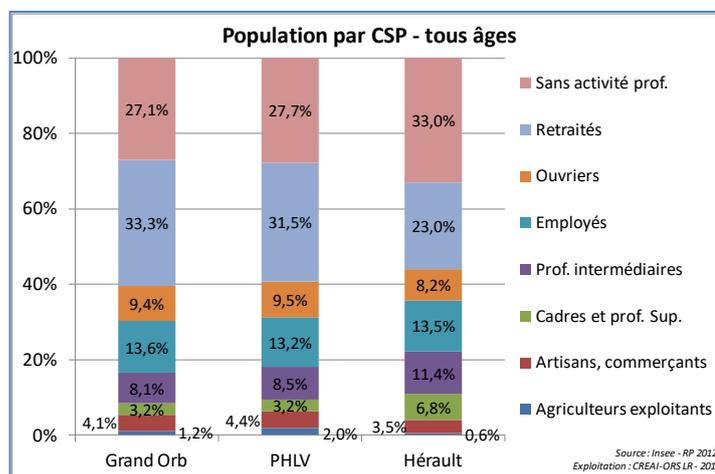
Dans la communauté de communes du Grand-Orb, plus d'une personne sur trois (35 %) est âgée de 60 ans ou plus, alors que cette proportion est d'un tiers (33 %) sur le Pays Haut Languedoc et Vignobles (PHLV) et de un quart (26 %) sur le département de l'Hérault. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 15 % de la population du Grand Orb, 14 % du Pays et 10 % de la population du département.



Au total, ce sont 7 409 habitants de 60 ans et plus qui habitent sur le Grand Orb (au 1^{er} janvier 2012). Parmi eux, 3 109 ont 75 ans ou plus. Quel que soit le territoire, la population est composée de 55 % de femmes chez les 60 ans et plus.

Dans l'ensemble de la population, une part importante de retraités et relativement limitée d'exploitants agricoles en activité

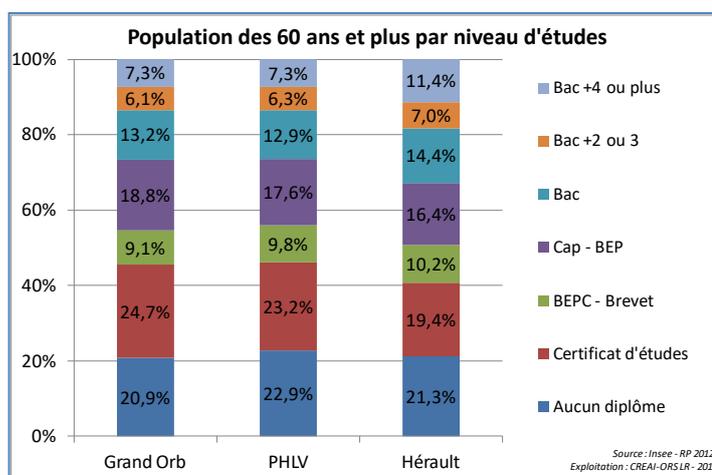
Quel que soit l'âge, un tiers de la population (33 %) est retraitée¹ sur la communauté de communes du Grand Orb. Cette proportion est un peu moindre au niveau du Pays (32 %) et nettement inférieure au niveau du département (23 %). Concernant les agriculteurs exploitants, ils forment 1,2 % de la population du Grand Orb alors qu'ils représentent 2,0 % de la population du Pays et 0,6 % de celle du département. Les artisans et les commerçants sont en proportion un peu plus importante dans le Grand Orb et le Pays que dans le département, alors que l'inverse est noté pour les cadres et professions supérieures, de même que pour les personnes sans activité professionnelle.



¹ Les données détaillées mises à disposition par l'Insee au niveau communal ne permettent pas de détailler les retraités selon leur CSP d'origine

Une proportion plus importante de personnes de 60 ans ou plus ayant leur certificat d'études et moindre ayant un diplôme d'études supérieures de 2e ou 3e cycle.

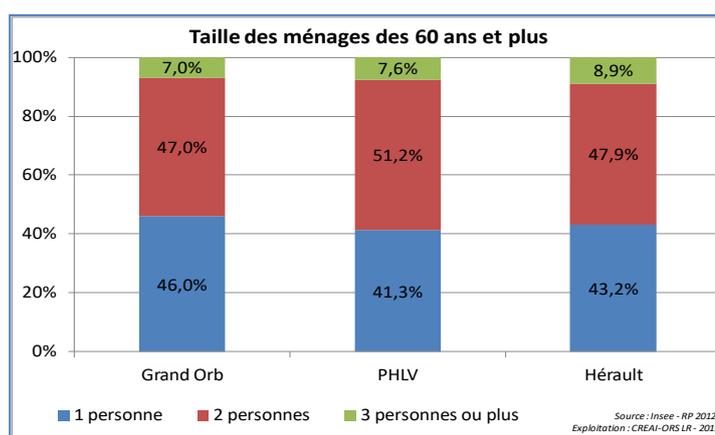
Sur le territoire de la communauté de communes du Grand Orb et du Pays Haut Languedoc et Vignobles, on observe une proportion plus importante que dans le département de l'Hérault de personnes de 60 ans ou plus ayant comme seul diplôme le certificat d'études primaires : respectivement 25 %, 23 % et 19 %. Notons que la proportion de personnes sans



aucun diplôme, qu'elles aient ou non été scolarisées, est similaire sur les trois territoires et représente une personne sur cinq. Les personnes ayant poursuivi des études supérieures au-delà du Baccalauréat sont en proportion moindre, notamment celles ayant un diplôme niveau Bac + 4 ou supérieur : ces dernières représentent 7 % des 60 ans et plus dans le Grand Orb, autant dans le Pays Haut Languedoc et Vignobles et 11 % dans l'Hérault.

Une proportion plus importante de personnes seules parmi les 60 ans et plus

46 % des ménages de personnes de 60 ans et plus sont constitués d'une seule personne. En conséquence, à cet âge, près d'une personne sur deux vit seule dans le Grand Orb alors que cette proportion est de 41 % dans le Pays Haut Languedoc et Vignobles et 43 % dans l'ensemble du département de l'Hérault. Les ménages constitués de couples sont en proportion identique dans le Grand Orb et le département et un peu plus nombreux dans le Pays. Les ménages de 3 personnes ou plus sont moins fréquents dans le Grand Orb et le Pays que dans le département (7 %, 8 % et 9 % respectivement).

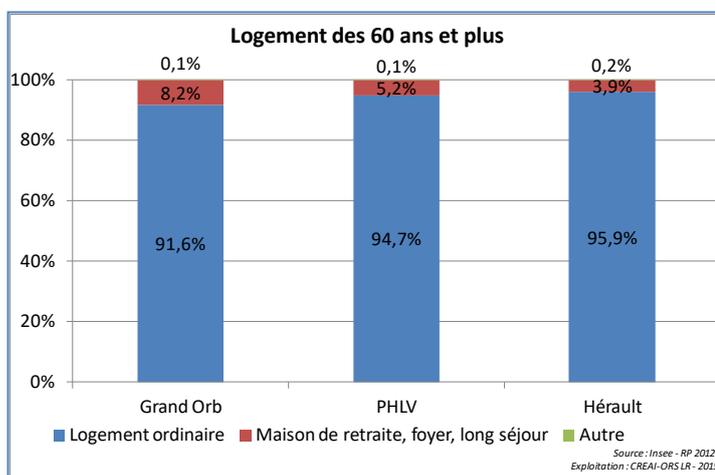


2.2 Lieu de vie et habitat

En dehors de l'indicateur sur le lieu de vie, tous ceux qui décrivent l'habitat ne sont pas disponibles par âge : les données présentées concernent l'ensemble de la population

Une proportion plus importante de personnes de 60 ans et plus vivant en maison de retraite

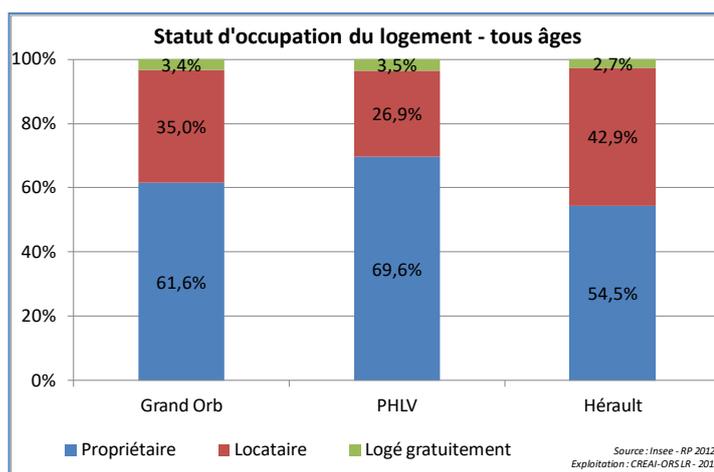
Près d'une personne de 60 ans et plus sur dix (8 %) vit en maison de retraite, foyer ou établissement de long séjour sur le territoire de la communauté de communes du Grand Orb. Cette proportion est nettement supérieure à celle observée sur le Pays Haut Languedoc et Vignobles (5 %) ainsi que dans le département de l'Hérault (4 %).



Au total, au dernier recensement (1^{er} janvier 2012), 611 personnes de 60 ans et plus domiciliées dans la communauté de communes du Grand Orb vivent en maison de retraite, foyer ou établissement de long séjour.

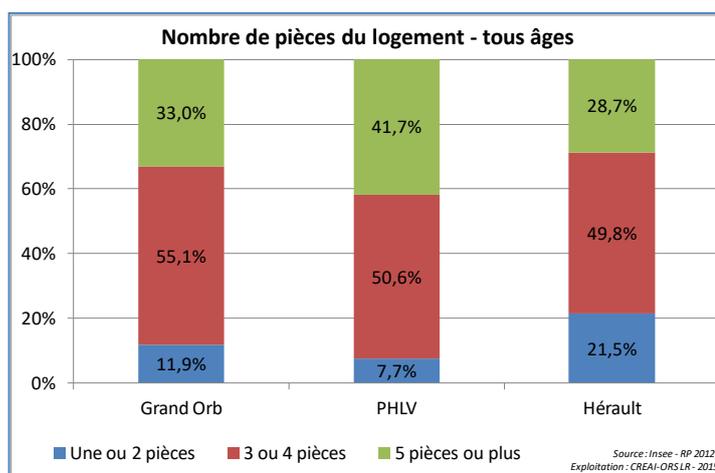
Une proportion de locataires supérieure à celle du Pays Haut Languedoc et Vignobles mais plus faible que dans l'Hérault

Tous âges confondus, trois ménages sur dix (62 %) sont propriétaires de leur résidence principale sur le territoire du Grand Orb. En Pays Haut Languedoc et Vignobles, cette proportion atteint presque 70 % alors qu'elle n'est que de 55 % sur l'ensemble du département. La proportion de locataires varie en miroir : intermédiaire sur le Grand Orb (35 %), plus faible sur le Pays (27 %) et plus élevée dans le département (43 %).



Une proportion élevée d'appartements et des logements plus petits dans le Grand Orb que dans le reste du Pays mais avec des éléments de confort similaires à la moyenne départementale

Près d'un tiers des résidences principales sont des appartements dans la communauté de communes du Grand Orb (29,8 %) alors que cette proportion n'est que de 15,6 % sur l'ensemble du Pays Haut Languedoc et Vignobles. Cependant, cette proportion reste moindre que celle relevée sur l'ensemble de l'Hérault : 45,5 %.

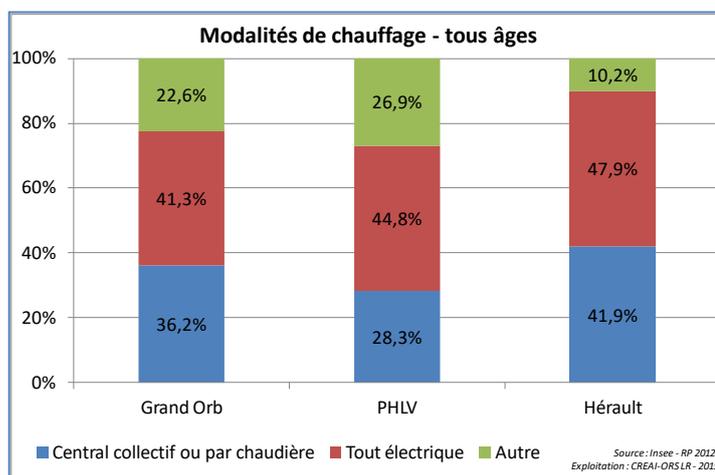


Les proportions de logements de une ou 2 pièces ou celle de logements de 3 ou 4 pièces sont supérieures dans la communauté de communes du Grand Orb (12 % et 55 %) que dans le Pays Haut Languedoc et Vignobles (8 % et 51 %). Par contre les logements les plus petits sont bien moins nombreux que sur l'ensemble du département (22 %).

0,4 % des logements dans la communauté de commune du Grand Orb ne sont équipés ni de baignoire, ni de douche et 2,1 % en sont équipés, mais sans salle d'eau réservée à cet effet. Ces proportions sont similaires dans le Pays Haut Languedoc et Vignobles (0,5 % et 2,2 %) et dans l'ensemble du département de l'Hérault (0,2 % et 2,5 %).

1,3 % des logements sont équipés d'ascenseurs dans le Grand Orb. Cette proportion est de 0,4 % dans le Pays et de 14,9 % dans le département.

Les modalités de chauffage autres que le « tout électrique » ou le chauffage central par chaudière sont plus fréquemment retrouvées sur le Grand Orb (23 %) et dans le Pays (27 %) que dans l'ensemble de l'Hérault (10 %).

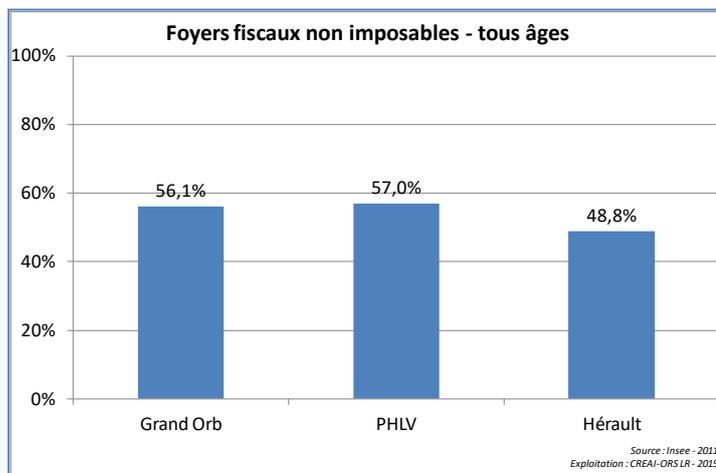


2.3 Revenus et ressources

Des foyers fiscaux non imposables plus nombreux

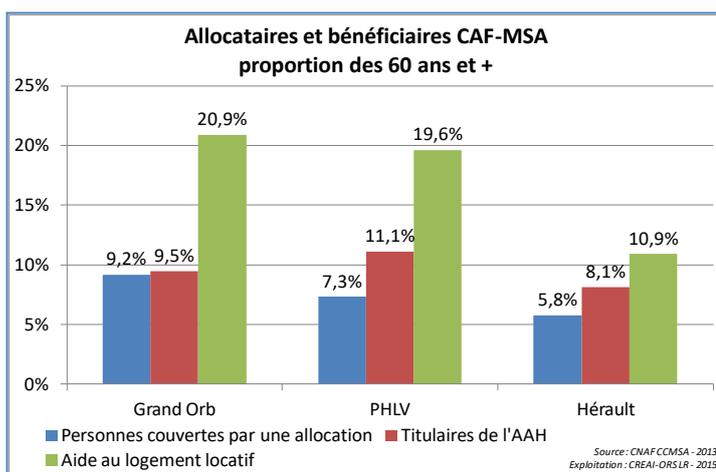
Ces données n'étant pas disponibles par âge, celles présentées concernent les ménages tous âges confondus.

Dans la communauté de communes du Grand Orb et dans le Pays Haut Languedoc et Vignobles, la proportion de foyers fiscaux non imposables est similaire – 56 à 57 % - et elle est supérieure à ce qui est observé dans l'ensemble du département de l'Hérault (49 %).



Une part plus importante des 60 ans et plus dans la population couverte par une allocation versée par la CAF ou la MSA

Alors qu'au niveau départemental, 6 % de la population couverte par une allocation versée par la CAF ou la MSA est âgée de 60 ans ou plus, cette proportion atteint 7 % dans le Pays Haut Languedoc et Vignobles et 9 % dans la communauté de communes du Grand Orb.



Plus particulièrement, on note que :

- la proportion des 60 ans et plus parmi les titulaires de l'allocation adultes handicapés est plus élevée dans le Grand Orb (10 %) et dans le Pays (11 %) que dans l'ensemble de l'Hérault (8 %) ;
- la proportion des 60 ans et plus parmi les allocataires d'une aide au logement locatif est nettement plus élevée dans le Grand Orb (21 %) et le Pays (20 %) que dans l'ensemble du département de l'Hérault (11 %).

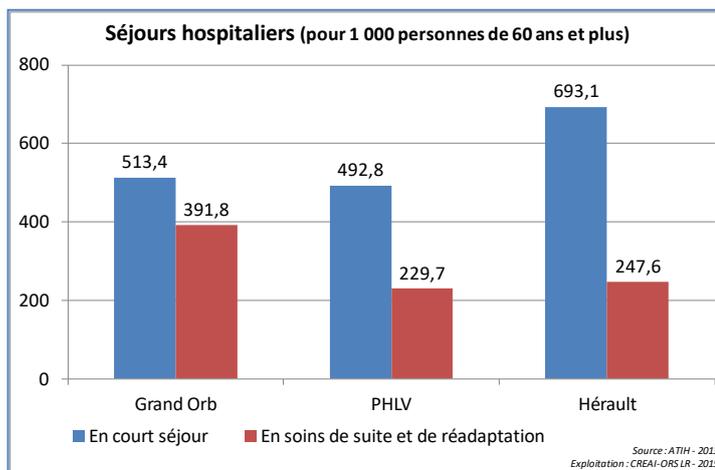
En complément de ces éléments socio démographiques, il est possible de faire référence à l'analyse des risques de fragilité des personnes âgées en Languedoc-Roussillon publiée par l'Insee en janvier 2013². Cette analyse présente une typologie des personnes âgées en situation de fragilité. Le premier profil concerne plutôt des femmes de 75 ans ou plus, locataires dans des pôles urbains et à risque d'isolement élevé. Le second profil concerne les occupants de logements sociaux des pôles urbains en précarité monétaire et à risque d'isolement élevé. Le troisième regroupe des veuves, propriétaires d'une maison en couronne périurbaine ou dans le rural présentant un risque d'isolement et de précarité énergétique élevé. L'analyse par territoire montre que le bassin de vie de Bédarieux fait partie des bassins de vie du Languedoc-Roussillon où la proportion de personnes âgées rencontrant l'une ou l'autre de ces situations de fragilité est élevée.

² CANONERO B, TAILHADES B. Languedoc-Roussillon : des risques de fragilité des personnes âgées différents selon les territoires. INSEE Repères Synthèse N° 1- Janvier 2013.
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/languedoc/themes/synthese/syn1301/syn1301.pdf

2.4 Séjours hospitaliers et entrées en ALD

3 800 séjours hospitaliers en court séjour pour les personnes âgées de 60 ans et plus du Grand Orb

En 2013, 3 803 séjours hospitaliers³ dans un service de médecine ou de chirurgie ont été enregistrés pour des personnes de 60 ans et plus résidant sur le territoire de la communauté de communes du Grand Orb. Cela correspond à un taux de séjours hospitaliers de 513 pour 1 000 personnes de 60 ans et plus. Au niveau du Pays Haut Languedoc et Vignobles, ce taux est un peu plus faible (493 ‰) mais il est plus élevé sur l'ensemble du département (693 ‰).



Pour les séjours en soins de suite et réadaptation (en 2011), 2 903 ont été enregistrés en 2013 pour des personnes de 60 ans et plus domiciliées sur le Grand Orb. Cela correspond à un taux de séjour de 392 pour 1 000 personnes de 60 ans et plus. Au niveau du Pays et du département, ces taux sont plus faibles, respectivement 230 ‰ et 248 ‰.

Un seul séjour en hospitalisation à domicile (HAD) a été enregistré en 2011 parmi les 60 ans et plus du Grand Orb. Sur la même période, 78 séjours en HAD de personnes de 60 ans ou plus ont été enregistrés parmi la population du Pays et 1 344 sur l'ensemble de l'Hérault.

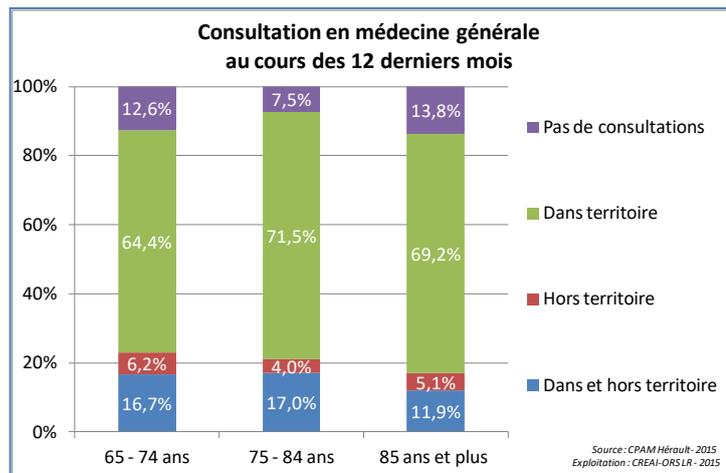
Enfin, 342 entrées en affections de longue durée ont été enregistrées par les trois grands régimes d'assurance maladie (CNAMTS – CCMSA – CNRSI), en 2013, pour des personnes de 60 ans et plus domiciliées dans le Grand Orb, correspondant à un taux d'entrée en ALD de 46 pour 1 000 personnes de 60 ans et plus, très proche de celui observé au niveau du Pays (47 ‰) ou du département (46 ‰).

³ Pour une même personne, plusieurs séjours hospitaliers peuvent survenir au cours de la même année. Dans ce cas, cette personne est comptée autant de fois qu'il y a eu de séjours différents.

2.5 Consommation de soins et dépendance

Plus de 400 personnes de 65 ans ou plus n'ont pas consulté en médecine générale au cours des 12 derniers mois

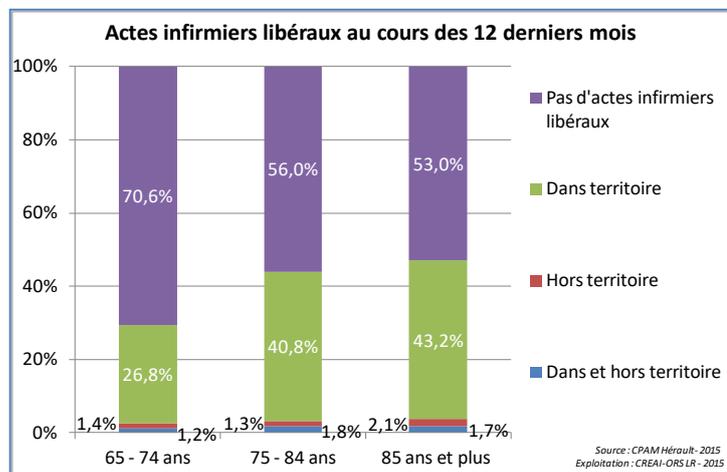
Parmi les bénéficiaires du régime général d'Assurance maladie de 65 ans et plus résidant dans la communauté de communes du Grand Orb, plus d'un sur dix (11 %) n'a pas consulté en médecine générale au cours des douze derniers mois (Août 2014 à Juillet 2015). Cela correspond à 411 personnes. La proportion des « non consultants » apparaît plus élevée chez les plus jeunes (13 % chez les 65 – 74 ans) et chez les plus âgés (14 % chez les 85 ans et plus).



Notons que la majorité de la population (67 %) consulte uniquement des médecins généralistes installés sur le territoire du Grand Orb. Seule une faible partie des consultations (5 %) concerne des habitants du territoire qui consultent uniquement des médecins généralistes installés en dehors du territoire.

Plus du tiers des 65 ans et plus a bénéficié d'actes infirmiers au cours des 12 derniers mois

Parmi les bénéficiaires du régime général d'Assurance maladie de 65 ans et plus résidant dans la communauté de communes du Grand Orb, 37 % ont eu des soins infirmiers exécutés par un professionnel libéral au cours des 12 derniers mois (Août 2014 à Juillet 2015). Cette proportion augmente avec l'âge : 29 % parmi les 65-74 ans, 44 % parmi les 75-84 ans et 47 % à partir de 85 ans. La quasi-totalité des actes sont réalisés par des professionnels infirmiers installés sur le territoire de la communauté de communes du Grand Orb.

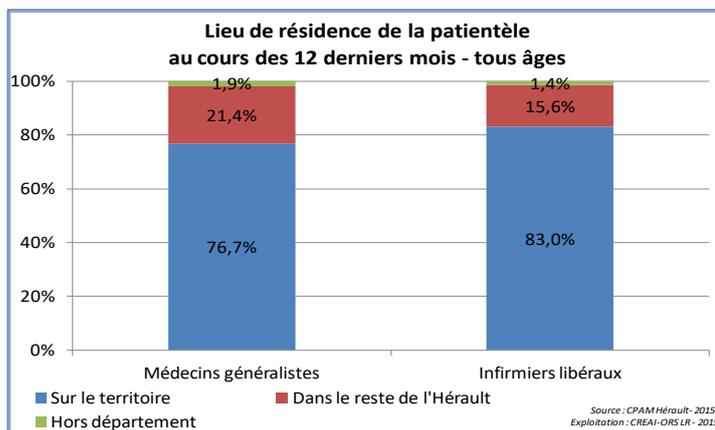


La quasi-totalité des actes sont réalisés par des professionnels infirmiers installés sur le territoire de la communauté de communes du Grand Orb.

L'importance relative des personnes n'ayant pas bénéficié d'actes libéraux infirmiers par rapport aux consultations de médecine générale s'explique principalement par le fait que les premiers nécessitent une prescription médicale et correspondent à des états de santé plus dégradés.

Plus des trois quarts de la patientèle des médecins généralistes du Grand Orb y résident

Parmi la patientèle des médecins généralistes installés dans la communauté de communes du Grand Orb, au cours des 12 derniers mois, 77 % résident sur le même territoire. Une personne sur cinq (21 %) réside dans une autre commune de l'Hérault et seuls 2 % de la patientèle résident en dehors du département.



Cette répartition est encore plus marquée parmi la patientèle des infirmiers libéraux de la communauté de communes du Grand Orb : 83 % de la patientèle des 12 derniers mois résident dans le Grand Orb, 16 % dans une autre commune de l'Hérault et 1 % en dehors du département.

725 bénéficiaires de l'APA à domicile et 309 en établissement

Plus de 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus et résidant dans la communauté de communes du Grand Orb bénéficient de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 31 août 2015 : 725 à domicile et 309 en établissement. Cela correspond à un taux de 10,7 % de bénéficiaires parmi les personnes âgées de 60 ans et plus à domicile et de 50,6 % parmi celles en maison de retraite, foyer ou établissement de long séjour.

Parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, la plupart (57 %) ont un niveau de dépendance limité (GIR 4). Les plus dépendants (GIR 1), représentent 2 % des bénéficiaires et ceux un peu moins dépendants (GIR 2) 15 %.

En établissement, la proportion de personnes plus lourdement dépendantes est supérieure : 7 % en GIR 1 et 43 % en GIR 2. Les moins dépendants (GIR 4) représentent 29 % des bénéficiaires.

Un bénéficiaire de l'APA à domicile sur deux est âgé de 85 ans ou plus (51 %). Cette proportion atteint 72 % chez les bénéficiaires de l'APA en établissement. La proportion des plus jeunes (60 à 74 ans) est similaire parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile (16 %) ou en établissement (15 %).

3. UN ETAT DES LIEUX QUALITATIF : DES CONCERTATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS ET DES ENTRETIENS AVEC LES USAGERS

Les concertations avec les professionnels ont été co-animées par la conseillère technique du CREAI-ORS LR et la coordonnatrice du contrat local de santé du Pays Haut Languedoc et Vignobles. Le CREAI-ORS LR a réalisé une trame d'entretien (cf. annexe 1). La méthodologie retenue s'apparente au *focus group* : il s'agit d'un entretien de groupe qui fait appel à l'interaction et à la créativité des participants pour enrichir et consolider l'information collectée. Dans un temps relativement court, le *focus group* permet de collecter de nombreuses informations qualitatives de plusieurs protagonistes (ici impliqués sur le parcours des personnes âgées) grâce à la confrontation des réalités vécues. Il est aussi utilisé dans une visée prospective et permet d'identifier les propositions d'améliorations des acteurs.

3.1 La méthode avec les professionnels

Le plus grand nombre de professionnels intervenant sur le territoire a été associé à la phase qualitative d'état des lieux : les professionnels du champ sanitaire, médicosocial, social, l'assurance maladie, les services d'aide à domicile et les responsables des CCAS ont été invités à y participer. Un premier courrier cosigné par la coordinatrice du CLS du Pays Haut Languedoc et Vignobles, sous l'égide de l'ARS et par la conseillère technique du CREAI ORS-LR, a été adressé à ces professionnels en août 2015. Une relance par courriel a été réalisée en septembre.

Deux séances de travail successives de 2h30 environ chacune ont eu lieu :

- La première séance afin d'identifier collectivement les problématiques locales ainsi que les réponses existantes et leur adéquation en ce qui concerne l'offre de prévention et l'offre de soins ; on s'est appuyé sur les éléments de cadrage statistiques actualisés et collectés dans la première partie ;
- La seconde séance afin de dégager des propositions de pistes d'actions avec des éléments de priorisation partagés.

Les rencontres ont eu lieu les **5 et 19 octobre 2015** dans la salle polyvalente de Villemagne l'Argentière. Deux groupes pérennes ont été constitués (l'un le matin, l'autre l'après-midi).

3.2 La méthode avec les usagers

Initialement, deux séances de travail avaient été prévues avec les personnes âgées de 60 ans et plus du territoire, réunies en matinée à Bédarieux en un seul groupe les 13 et 20 octobre, dans une salle prêtée par la Mairie.

La constitution de ce groupe devait s'appuyer sur des dynamiques collectives existantes avec un partenariat du Centre local d'information et de coordination (CLIC) AGE D'ORB qui a transmis l'information. Les aidants pouvaient également être associés.

La très faible participation lors de la séance du 13 octobre en salle Léo Ferré (deux personnes relevant tout autant du statut de professionnels que d'usagers : un agriculteur, administrateur de la MSA et une élue, présidente du CLIC AGE D'ORB) nous a amené à modifier la méthode :

- En proposant aux deux personnes présentes -à l'issue d'un échange sur l'état des lieux du parcours de soins et de vie des personnes âgées du territoire, de rejoindre le 19 octobre le groupe « professionnels » pour élaborer des propositions d'action ;
- En acceptant la suggestion des coordinatrices de secteurs de Présence Verte Services (PVS) pour réaliser des entretiens semi-directifs au domicile de personnes âgées sur le secteur de Lunas et de Bédarieux sur une demi-journée pour respecter le cahier des charges initial. Un couple domicilié à Ceilhes-et-Rocozels et deux dames domiciliées à Bédarieux ont ainsi été rencontrées le 10 novembre.

3.3 La participation des professionnels

Globalement, ce sont une trentaine de professionnels et une dizaine d'élus du territoire qui ont participé aux réunions du 5 octobre (séance 1) et 19 octobre (séance 2) sur l'un des deux groupes constitués (le tableau précise leur qualité et organisme d'appartenance).

NOMS	Qualité & organisme	SEANCES
AGIER Sylvain	Coordonnateur promotion de la santé Mutualité LR	2
ALBERTE Lauries	Cadre de santé -Pilote MAIA Cœur d'Hérault	2
ARINERO Brigitte	responsable UTAG Piémont Biterrois	1+2
ASTIER Jérôme	Directeur MBV Les treilles Village Retraite Les Treilles St-Gervais/Mare	1
ASTIER Magali	Responsable du secteur de Lunas PRESENCE VERTE SERVICES	1+2
BARCELO Delphine	Responsable du secteur de Bédarieux PRESENCE VERTE SERVICES	1+2
BOUSQUET Claudie	1ère adjointe Lamalou les Bains	2
CAPDEVILLE - BENITO Nadine	Attaché d'Administration Hospitalière Politique Personnes Agées CH Béziers	1+2
CARDA Nelly	Cadre de santé SSIAD CH BEDARIEUX	1+2
CASSAGNAUD Marie-Georges	Coordonnatrice CLIC Age d'Orb	1
CHEUER Jean-Jacques	Médecin coordinateur Réseau de Soins Palliatifs (RSP) Béziers Agde Hauts Cantons	1
CROS Régis	Elu MSA SAAD PVS	2
DE BEARN Sylvie	Coordonnatrice CODERPA 34	1
DOMERGUE Noël	Conseiller Municipal CCAS Mairie des Aires	1+2
FABRE Anne-Marie	IDEC	1
FABRE BARTHEZ A. Marie	IDEC RSP Béziers Hts Cantons	2
FABRE Kevin	Assistant de secteur ADMR	1+2
FATOUX Chrystelle	Responsable Service Logement Association GERANTO SUD	1+2
FAYD'HERBE Isabelle	Responsable ADMR Pôle Animation-relations partenaires	1+2
FRIES Florence	Directeur Hôpital de Clermont l'Hérault/ MAIA Cœur d'Hérault	2
GALIBERT Anne	Responsable Pôle Cohésion Sociale PHLV	1+2

GASSAN Danielle	1^{ère} adjointe CCAS Lamalou les Bains	1
GINER Karine	Chef de service APSH34 SAVS	2
JEAN Liliane	Assistante Sociale CARSAT LR	1+2
LANZONE Monique	Conseiller Municipal CCAS Mairie des Aires	1+2
LOPEZ David	CPAM 34	1
MARCEL Jeanine	Conseillère municipale CCAS Bousquet d'Orb	1
MAS Sandrine	Cadre supérieur de santé CH Béziers	1+2
MAUTION Delphine	Chef de Service Association GERANTO SUD	1+2
MIRAULT Gérard	Vice-Président CODERPA 34	1
MITERMITE Nadine	PH Gériatre Chef de Pôle Centre Hospitalier de Béziers	1+2
MONTES Margaux	Pilote MAIA ORB & Biterrois	1+2
PASTRE Isabelle	IDE libérale MSP Bousquet d'Orb	1+2
PLANET Françoise	Adjointe à la Santé Mairie de Lamalou les Bains	1+2
POUGALAN Christine	Adjointe en charge du social Mairie d'Hérépian	1
RICARD Annick	Médecin Coordinateur HAD CH Béziers	1
RIVIERE Daniel	Adjoint Mairie de Lunas	1
ROQUES Elodie	Agent Administratif mairie de Villemagne l'Argentière	1+2
ROUQUAYROL Jean-Claude	1er Adjoint Mairie Le Pradal	1
SENDROUS Laura	Assistante sociale RSP Béziers Hts Cantons	2
SERGEANT Dominique	Conseiller municipal	2
SORIANO Véronique	IDEC SSIAD Sécumines Graissessac	1+2
TASSIS Rika	Secrétaire CLIC AGE d'ORB Conseil de Développement PHLV	1+2

4. L'ANALYSE DES ENTRETIENS ET DES CONCERTATIONS PROFESSIONNELLES

4.1 La rencontre avec des usagers : trois récits de vie

Nous avons collecté à travers ces trois récits de vie, des éléments qui illustrent, en les incarnant, les propos des professionnels sur l'état des lieux du parcours de soins et de vie des personnes âgées à domicile sur le territoire du Grand Orb, à partir de deux localités : un village très isolé des Hauts cantons et la ville de Bédarieux. Plus qu'une valeur représentative voire exhaustive des situations repérées, ils offrent un focus des éléments récurrents des situations à risque de rupture et permettent d'identifier à l'échelle de ces histoires de vie les interlocuteurs et repères des personnes âgées à domicile.

L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT : ELOIGNEMENT GEOGRAPHIQUE, COUT DES SOLUTIONS DE REPIT, SANTE FRAGILE DE L'AIDANT

Michel et Andrée, 74 ans et 71 ans, commerçant et employée retraités et domiciliés à Ceilhes et Rocozels (au Nord d'Avène). Ils **vivent dans un mobil home**, dans l'attente de l'aménagement d'une maison de famille dans un hameau à 8 kms de Ceilhes. Les travaux ont pris du retard du fait de la situation de vulnérabilité de Madame. **Aucun aménagement de l'habitat n'est en l'état envisageable.**

Monsieur accompagne son **épouse malade d'Alzheimer depuis 10 ans**. Le SAAD intervient chez elle avec **un plan d'aide de 50 heures par mois** (GIR 2). Un infirmier libéral vient chaque matin pour la toilette. Leurs trois enfants sont éloignés et ne peuvent soulager leur père qui exprime un **épuiement et un besoin de répit**.

Monsieur, passionné de chasse aurait besoin d'avoir une journée par semaine de libre : il a essayé **l'accueil de jour à Bédarieux** mais le taxi est trop onéreux. Pour les transports, il n'y a pas de solution depuis Ceilhes : un bus du Conseil départemental dessert Bédarieux depuis le Bousquet d'Orb. Mais ce n'est pas adapté aux besoins de son épouse désorientée.

Le plan d'aide contient un forfait transport (la coordinatrice de secteur du SAAD le rappelle durant l'entretien) qu'il faudrait renforcer pour organiser cet accompagnement sur Bédarieux (un jour par semaine).

La solution du week-end de répit via une **famille d'accueil** installée sur Ceilhes a été expérimentée une fois avec succès : à raison de 55€ par jour à la charge de l'utilisateur, les aides financières sont insuffisantes. Idéalement, il aurait souhaité pouvoir confier sa femme chaque week-end. L'unique famille d'accueil à proximité (l'autre est à Bédarieux selon **GEOSS - Répartition géographique de l'offre d'hébergement non médicalisé**) ne poursuivra pas son activité, faute de demandes en nombre suffisant. De plus, les possibilités de sorties

et ressources en animation sont quasi inexistantes sur le village. Toutefois, il y a encore un médecin traitant et une épicerie.

Monsieur a fait une **démarche auprès d'une association qui propose une aide aux aidants familiaux** (un groupe d'expression à **Saint-Affrique en Aveyron** sur les conseils de proches). Mais il n'a pas poursuivi dans cette démarche.

Une **situation à risque de rupture est survenue en 2013 quand Monsieur a fait un AVC**. Ancien pompier volontaire, il comprend la gravité de son état et réussit à donner l'alerte (la zone est partiellement en zone blanche pour la téléphonie mobile). Après un triple pontage, un long séjour à l'hôpital, il parvient à faire hospitaliser son épouse avec lui durant son mois de convalescence.

Aujourd'hui, il tient grâce aux passages de trois intervenantes de Présence Verte Services qui aident au ménage, à la préparation des repas et à l'accompagnement de son épouse (animation, promenade, transport, participation au club du 3^e âge...). Il **envisage de s'équiper d'un GPS qui permette une géolocalisation de son épouse qui a déjà fugué**. Il retarde la solution de l'institutionnalisation en espérant un répit deux fois par semaine. La famille d'accueil reste un idéal pour lui. Il cite l'exemple de son père qui a été auprès de sa mère, malade d'Alzheimer pendant 12 ans. Il réaffirme que « s'il tient » c'est grâce aux passages plusieurs fois par jour et à la relation avec les auxiliaires de vie de PVS.

ISOLEMENT SOCIAL, PRECARITE ECONOMIQUE ET VULNERABILITES

Jacqueline vit seule dans un petit logement dont elle est locataire à Bédarieux. Elle perçoit l'APA depuis 1995 avec un **GIR 2 soit 24 heures d'intervention du SAAD par mois en 3 passages par semaine** (son plan d'aides comprend de l'accompagnement aux courses, du ménage et de l'aide aux repas). Le service de portage de repas du SAAD PVS (une livraison des repas réalisés par un ESAT de Pézenas) n'est pas adapté à ses **nombreux problèmes de santé** : Diabète (régime sans sucre) HTA (sans sel) cholestérol (sans gras) éviction de certains légumes (en raison d'interactions avec des médicaments). Elle se déplace difficilement avec un déambulateur.

Elle nous dit que **l'isolement est le facteur le plus difficile à vivre pour elle**. Avec un **problème d'audition très invalidant (non appareillé)**, elle doit demander à une amie de l'accompagner à tous ses rendez-vous pour être sûre d'avoir compris.

On entend une histoire de vie jalonnée de **ruptures familiales, un divorce et une partie de son histoire en Belgique** (flamande de langue maternelle). Elle est arrivée à Bédarieux en 2000. Nous l'interrogeons sur la possibilité de vivre en résidence pour personnes âgées : l'obstacle est financier. Elle nous expose son budget : une pension d'un peu plus de 800€ par mois et des charges fixes de 500€ (loyer, dépenses de fluide importantes dans un appartement ancien, en rez-de-chaussée, froid et chauffage électrique, 8€ au-dessus du plafond pour être éligible à la CMUc mais perçoit depuis peu l'ACS).

Le reste à vivre est d'environ 300€ ne permettant que peu d'écart : nourriture, habillement, pédicure obligatoire, dépassements d'honoraires médicaux (et refus du tiers payant) ainsi que les médicaments non remboursés pèsent dans son budget.

Elle nous dit avec gêne se rendre aux **restos du cœur** certains mois. Elle aurait **besoin d'un aménagement de sa salle de bains** : deux marches pour accéder à la douche : elle a déjà chuté. Les travaux sont refusés par le propriétaire : Jacqueline ne sait pas par qui faire prendre en charge un tabouret d'angle spécial (70 € environ).

Elle nous explique que son aide à domicile est une personne ressource indispensable pour décrypter les documents administratifs, que la secrétaire du CCAS lui a rempli le dossier d'ACS suite au courrier de la CPAM l'informant de son droit et qu'elle a pris ses dispositions concernant sa fin de vie qu'elle imagine à son domicile (a désigné une personne de confiance et rédigé ses directives anticipées).

Sur ce qui pourrait améliorer son parcours de santé à domicile, Jacqueline nous expose son **sentiment d'insécurité**, après une violente intrusion à son domicile en plein jour de deux femmes en recherche de bijoux et d'argent : elle a été molestée physiquement et dépouillée du contenu de ses placards. Elle souhaiterait des barreaux à ses fenêtres pour pouvoir ouvrir l'été.

En 1995, suite à une pathologie cardiaque grave et en retour d'hospitalisation, elle **a été abusée par une entreprise de démarchage** qui lui a « imposé » une téléalarme (quelques jours après son retour à domicile) : il s'agissait d'un crédit location-achat du matériel qui lui a coûté 59€/mois pendant 3 ans et demi. L'entreprise a déposé le bilan depuis et aucun recours n'a pu être fait.

L'ENJEU DE L'ADAPTATION DU LOGEMENT POUR ENVISAGER DE RESTER A DOMICILE AVEC UNE AUTONOMIE LIMITEE

Raymonde est une amie de Jacqueline et vit à une distance de quelques rues : un logement en étages où elle est locataire depuis 1966. Elle a une **santé fragile** (tuberculose à l'âge de 22 ans, 6 années passées en sanatorium). Elle perçoit une petite retraite (a l'ACS) après une carrière de surveillante en maison médicale à Lamalou les Bains. A ses frais et afin de ne pas être en dette énergétique, elle a financé l'installation d'un poêle à gaz qui chauffe son petit appartement, ainsi que la pose du compteur. Le propriétaire a fait poser du double vitrage.

Elle a un **plan d'aides pour 20h par mois depuis 8 ans environ** (elle ignore son GIR au moment de notre entretien). Le SAAD PVS passe deux fois par semaine chez elle. Célibataire sans enfant, sa famille vit en Vendée : isolée, elle ne peut plus conduire (problèmes de santé altérant sa vision et son équilibre). Elle **n'a pas vu sa sœur depuis 9 ans**.

Le problème majeur de Raymonde est **l'urgence d'aménager sa salle de bains** : cela fait un an qu'elle ne peut prendre de douche au risque de chuter à nouveau (plusieurs séjours hospitaliers consécutifs à une chute) auquel s'ajoute une infection pulmonaire récente. Un ergothérapeute a fait un devis pour aménager sa douche, un plombier également : mais les travaux sont toujours en attente ; l'artisan n'est pas disponible.

Comme son amie Jacqueline, elle s'appuie sur l'auxiliaire de vie de PVS (qu'elles ont en commun) pour les démarches administratives et sur le CCAS pour finaliser les dossiers (exemple de l'ACS). Lorsqu'elle se projette en maison de retraite, elle fait le projet de se rapprocher de ses neveux et nièces dans le Limousin.

4.2 Les concertations professionnelles

A l'aide d'une trame d'entretien, nous avons proposé aux professionnels deux temps de réflexion : tout d'abord de poser un état des lieux de l'existant puis de réfléchir à des pistes de travail et d'actions. Nous les avons incités à s'appuyer autant que faire se peut sur le territoire de la communauté de communes du Grand Orb, même si nombre de leurs réflexions sont communes au Pays HLV voire à une zone départementale plus large.

L'analyse de ces différents éléments s'organise autour de quatre parties : des faiblesses repérées sur le territoire, des réponses existantes, des menaces ou risques identifiés et enfin des opportunités et leviers relevés.

4.2.1 Les faiblesses repérées

L'ACCES A L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRES ET LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DU TERRITOIRE

Les professionnels rencontrés se sont exprimés sur les soins de premier recours du territoire et ont traduit une inquiétude en termes de prospective : les médecins généralistes installés sur l'une des 24 communes (une quinzaine de médecins généralistes libéraux et deux salariés de l'hôpital de Bédarieux) sont peu nombreux pour une population de 20 900 habitants (Insee RP 2012) : soit 1 médecin pour 1 200 habitants environ. Tous les cabinets ne sont pas ouverts chaque jour de la semaine et la permanence des soins en fin de semaine est problématique. La question des gardes se pose sur ce territoire. Les déplacements au domicile des personnes âgées sont également limités tant la distance est une contrainte ; cela est aussi une des explications données sur le refus de suivi des patients en HAD par les médecins traitants.

A cela s'ajoute une contrainte démographique : le départ prochain de plusieurs médecins en fin de carrière et leur difficulté à trouver un remplaçant ; l'installation d'un nouveau médecin à la Maison de santé pluridisciplinaire du Bousquet d'Orb est salué par le groupe. La faible accessibilité des médecins spécialistes et des dentistes déjà relevée comme une caractéristique du territoire dans le diagnostic précédent de 2012 est rappelée par les participants.

La distance des services d'urgence est aussi une réalité sanitaire sur le Grand Orb (jusqu'à une heure de transport, avec une zone de tension au-delà de Bédarieux). La question du transport des personnes en urgence est aussi soulevée ainsi que le délai de prise en charge en urgence. Il n'y a pas de Maison médicale de garde sur ce territoire.

LE RETOUR A DOMICILE APRES HOSPITALISATION

En sortie d'hospitalisation, l'UTAG reçoit une fiche de liaison de l'assistant de travail social hospitalier quelques jours avant la sortie : si un plan d'aide existe déjà dans le cadre de l'APA, on peut demander une visite prioritaire dans un délai d'une semaine. Si aucun plan d'aide n'est en place, une allocation d'urgence peut être mobilisée en 48 heures mais en urgence, ni la télé assistance, ni le portage de repas ne peuvent être mobilisés : les infirmières suppléent au domicile dans l'attente de la mise en place de l'aide et les SSAD avancent des heures parfois difficiles à récupérer. Pour autant, l'UTAG Piémont Biterrois avec ses 128 communes couvertes ne peut pas toujours « proportionner » le délai de prise en charge au besoin de la personne comme le souhaiteraient les services infirmiers.

ISOLEMENT ET REPLI

Le premier isolement des personnes âgées est géographique pour ceux qui vivent dans les hameaux. La question de la mobilité se pose pour les sorties médicales comme les loisirs : les aides à la mobilité -quand elles existent- sont peu connues et peu utilisées. Les intervenantes de SAAD sont souvent les seules interlocutrices des personnes âgées les plus « repliées » qui ont leur famille (enfants, petits-enfants) éloignée du territoire voire en déni de réalité quant à la perte d'autonomie de leur parent. Ce sont les intervenantes de SAAD qui font les accompagnements santé, quand un plan d'aide est en place.

Certains CCAS des petites communes (Les Aires) expliquent que le lien est maintenu avec ces personnes âgées grâce aux visites à domicile, qui favorisent le lien social et permettent le repérage des fragilités et parfois enclencher des démarches d'accès aux droits. Le plan Canicule depuis sa mise en place en 2004 a positionné la mairie comme premier lieu d'information et premier acteur de repérage des personnes de plus de 65 ans, vivant seules sans famille proche et privées de transport. Pour autant, les personnes de plus de 65 ans n'ont pas la « *culture de la demande* » : que ce soit sur le logement souvent inadapté à la perte d'autonomie (maison avec étage, escaliers, salle de bains inaccessible) ou en lien avec des difficultés économiques (certaines personnes pourraient avoir des « bons » alimentaires par exemple ou des aides pour le paiement de leurs charges de fluide). Les élus présents comme les professionnels insistent sur la faible adhésion de cette population aux manifestations de type prévention et promotion de la santé y compris quand ces événements sont organisés avec une visée festive sur les communes, avec l'appui du CLIC (Lamalou les Bains).

Ce refus du changement est aussi l'obstacle majeur à intervenir sur l'habitat : les travaux d'aménagement et d'adaptation pour rester à domicile en toute sécurité ou en retour d'hospitalisation, ne sont pas souhaités par les personnes âgées.

Sous une forme extrême, ce repli sur soi auquel s'ajoute une précarité économique peut entraîner une dégradation de l'état de santé : dénutrition, addictions, dépression

Les communes des Hauts Cantons observent également un autre phénomène d'isolement : il s'agit de populations parfois étrangères qui s'installent dans les villages (exemple d'Anglais à Lunas) que les élus ne connaissant pas : arrivées à la retraite, ces personnes habitent des maisons à étage, sans famille à proximité et sans lien social, alors même qu'elles sont appelées à vieillir sur ces territoires.

Dans ce contexte, une des modalités de la loi NOTRe (portant sur une nouvelle organisation territoriale de la République et de nouvelles compétences des régions) adoptée le 7/08/2015, qui supprime le caractère obligatoire pour les communes de moins de 1 500 habitants d'avoir un CCAS, est une crainte exprimée en séance de se priver dans les petites communes de cet acteur de repérage des besoins et de l'isolement des personnes âgées : 20 communes sur les 24 du territoire sont en deçà de ce chiffre (seules les communes de Bédarieux, le Bousquet d'Orb, Lamalou les Bains et en limite Hérépian, sont plus peuplées au dernier RP 2012).

RENONCEMENT AUX SOINS POUR MOTIF ECONOMIQUE

Dans la première phase de diagnostic quantitatif, nous avons noté que plus de 400 personnes âgées de 65 ans et plus du territoire n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours d'une année (une personne de 65 ans et plus affiliée au régime général est concernée ; en l'absence de données MSA, on peut toutefois penser que le régime agricole est lui aussi impacté). Cette information qui peut s'appréhender pour partie sous l'angle du renoncement aux soins est appuyée par la CPAM présente lors de la concertation d'état des lieux. Les services de la caisse d'assurance maladie travaillent sur une focale : les bénéficiaires du régime général qui n'ont pas consulté de médecin généraliste sur les deux dernières années sans autre consommation de soins. Si les modalités de connaissance de ce public par la caisse d'assurance maladie sont limitées (la tranche d'âge est connue mais aucune donnée ne renseigne sur le contexte socioéconomique des personnes), la CPAM adresse un courrier pour informer des aides à la complémentaire (ACS, CMUc). Mais ce mode de contact a un très faible impact en matière d'accès réel aux droits. De même qu'il est impossible à la CPAM de communiquer les identités de ces personnes susceptibles d'être fragiles aux CCAS qui en font la demande.

Cette question du non recours et du renoncement aux soins est une réalité à objectiver sur le territoire du Grand Orb : il y aurait des personnes âgées qui n'ont pas déclaré de médecin référent des personnes âgées sans complémentaire santé, et pour ceux qui ont une complémentaire, des renoncements aux soins à cause de l'avance de frais trop lourds pour de petits retraités. Les négligences sur les soins buccodentaires, la surdité et la vue sont liées à ce frein économique.

Problématique liée au reste à charge trop lourd pour la population du territoire, l'accueil de jour est sous utilisé en raison d'une prise en charge financière insuffisante (l'ARS finance un

forfait transport de 13€/par personne et par jour). Pour les personnes les plus éloignées, le reste à charge du transport et le coût de l'hébergement après prise en charge partielle dans le cadre de l'APA peut s'élever à 30 €/jour. Des freins psychologiques du côté des aidants familiaux à demander de l'aide pour leur proche en perte d'autonomie s'ajoutent à ce constat et expliquent aussi que l'accueil de jour n'est pas utilisé de manière optimale.

SITUATION PARTICULIERE : TROUBLES COGNITIFS, PROTECTION JURIDIQUE ET VIOLENCES INTRA FAMILIALES

La question des violences intra familiales avec des personnes âgées vulnérables, la manière de les repérer et de les signaler a également fait l'objet d'un élément de constat sur le parcours de soins des personnes âgées à domicile. Cette situation est vécue par les intervenantes des SSAD et soulevée par la responsable de l'UTAG Piémont-Biterrois. Ce sont des situations certes pas quantitativement fréquentes mais leur complexité en rend la gestion difficile. Ces situations ont été évoquées comme étant parmi celles à risque de rupture.

Plusieurs éléments ont télescopé cette question :

- ✓ la prévalence des troubles cognitifs dans la population vieillissante qui nous intéresse et le manque de lits d'accueil temporaire pour prendre en charge et évaluer plus finement les besoins ;
- ✓ la présence d'enfants, désormais adultes en situation de handicap chez leur(s) parent(s) vieillissant(s) (le territoire est maillé par des ESAT) et dont la prise en charge du handicap en institution n'a pas été souhaitée par les parents auparavant ;
- ✓ l'absence de mesure de protection juridique des majeurs pour ces personnes en situation de handicap qui vivent avec leurs parents âgés ;
- ✓ le révélateur transversal à ces deux situations peut être la violence intra familiale qui est complexe à prendre en charge : quelle formation/ information partagée sur les signalements administratifs (IP) et la procédure judiciaire (Procureur de la République), quelle responsabilité des services vis-à-vis d'une alerte faite par un salarié, la place d'observateurs particuliers des pompiers et des gendarmes sur les situations de récidives : comment travailler ensemble au repérage et au déclenchement de signalement ? La question de la sensibilisation et de l'information auprès des personnes vieillissantes en matière de mesures de protection juridique des majeurs (avec le mandat de protection future par exemple⁴) est aussi au cœur de ce sujet.

A cette phase d'état des lieux des faiblesses, les participants ont également décrit quelles sont les réponses existantes sur le territoire du Grand Orb.

⁴ Le mandat de protection future permet à une personne (mandant) de désigner à l'avance la ou les personnes (mandataires) qu'elle souhaite voir être chargées de veiller sur sa personne et/ou sur tout ou partie de son patrimoine, pour le jour où elle ne serait plus en état, physique ou mental, de le faire seule. Le mandat peut aussi être établi pour autrui par les parents souhaitant organiser à l'avance la défense des intérêts de leur enfant souffrant de maladie ou de handicap (Loi du 5 mars 2007 réformant les tutelles et applicable depuis le 1er janvier 2009).

4.2.2 Les réponses existantes

DES DONNEURS D'ALERTE « NATURELS » AU PLUS PRES DES USAGERS

Le médecin traitant en premier lieu, mais aussi les CCAS, les SAAD, le pharmacien, les infirmières, les pompiers sont des professionnels cités comme acteurs indispensables de repérage des besoins et donneurs d'alerte sur le territoire des Hauts Cantons dans le parcours de vie et de soins des personnes âgées.

En prévention des ruptures et en sécurisation du parcours des personnes âgées, la question de la formation de ceux qui accompagnent les personnes est au cœur des discussions (repérage de critères communs de fragilité).

Il est aussi rappelé l'importance de s'appuyer sur le dossier pharmaceutique afin de prévenir le risque autour des médicaments. Le principe d'analyse des ordonnances des patients se développe avec un vrai travail de liaison et d'échange entre l'hôpital et le pharmacien d'officine (le nom du pharmacien est collecté à l'entrée à l'hôpital).

UNE METHODE D'ACTION POUR L'INTEGRATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE : LA MAIA

Issue de la mesure 4 du plan Alzheimer, la MAIA a été prévue pour faciliter les parcours de vie et de soins dans le champ de l'autonomie des personnes de 60 ans et plus.

Sur le territoire du Grand Orb, deux MAIA interviennent sur les 24 communes : la MAIA Orb et Biterrois qui est portée par l'association France Alzheimer à partir du découpage par bassins de vie (elle couvre 18 des 24 communes de la CC du Grand Orb) et la MAIA Cœur d'Hérault dont le pilotage est adossé à l'hôpital de Clermont l'Hérault et a une couverture territoriale basée sur les bassins gérontologiques (incluant ainsi 6 communes du nord-est de la CC du Grand Orb : Ceilhes et Rocozels, Avène, Joncels, Lunas, Dio et Valquières et Brenas).

Le principe qui prévaut à la MAIA est triple :

- la concertation entre les décideurs et les financeurs des politiques gérontologiques et les acteurs d'aides et de soins qui concourent au soutien à domicile de la personne âgée,
- le **guichet intégré** à savoir une réponse harmonisée, complète et adaptée aux demandes des personnes âgées sur un même territoire,
- et un gestionnaire de cas, professionnel dédié à la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des personnes en situation complexe. Cela passe par la mise en réseau de partenaires et un accès facilité à des informations et des outils communs.

Un point de sémantique a été proposé en séance par le pilote de la MAIA Orb et Biterrois : le guichet intégré n'est pas :

- un **guichet avancé** de type permanence comme la CPAM est amenée à proposer en partenariat avec les mairies (guichet d'information et aide à l'accès aux droits) ;
- un **guichet concerté** comme le propose la CARSAT sur son axe de prévention auprès des plus de 55 ans : composé de professionnels de la CARSAT, le guichet permet une évaluation globale de la situation de la personne qui est ensuite orientée vers les différents professionnels du territoire. L'expérimentation est en cours à Béziers, Montpellier et Alès ;
- un **guichet unique** : un peu sur le modèle initial des CLIC, il s'agit d'un lieu d'information autour des personnes âgées ; cela suppose que les différents acteurs de ce champ intègrent le guichet et apportent une solution adaptée aux besoins des usagers. Comme lieu unique qui recouvre l'ensemble des services, ce guichet unique n'existe pas. Les CLIC ont pour leur part un rôle d'information et de prévention à l'échelle collective.

Dans le cadre du guichet intégré, les MAIA développent actuellement un outil de repérage des fragilités et d'aide à l'orientation vers le service adapté. Cet outil pourrait préfigurer l'outil de liaison unique et mutualisé à l'ensemble des professionnels du parcours de la personne âgée que certains appellent de leurs vœux : le **FAM -formulaire d'analyse multidimensionnelle** de la situation.

Les MAIA du Languedoc-Roussillon avec l'ARS développent ainsi un outil d'échanges -une plateforme Web- qui permettra de partager au sein des MAIA des données communes et proposer un accès extranet sécurisé aux partenaires sur des informations de type :

- ✓ consultation d'un annuaire détaillé des professionnels de santé pouvant être mobilisés dans le cadre de l'orientation d'une personne âgée au plus près du territoire de résidence ;
- ✓ accès à une fiche de liaison numérisée commune regroupant les informations et facilitant le choix de l'orientation de la personne âgée.

DES LEVIERS SUR LA QUESTION DU LOGEMENT : LE PAYS HAUT LANGUEDOC ET VIGNOBLES (HLV) ET L'INTERCOMMUNALITE

Le pôle cohésion sociale du Pays HLV organise une réunion partenariale trimestrielle avec les agences départementales, les Compagnons bâtisseurs, la fondation Léo Lagrange, Pact Habitat 34, Géranto Sud) pour examiner les dossiers de demandes d'aides FATMEE (fonds d'aide pour la maîtrise de l'eau et des énergies) et les dossiers de particuliers qui nécessitent une recherche de solution collégiale. Le Pays HLV intervient aussi pour le montage de dossier ANAH (Agence nationale de l'habitat) dans le cadre de l'autonomie et fait le relais avec les caisses de retraite. Le Pays travaille avec les travailleurs médicosociaux du conseil

départemental qui font le suivi social à l'UTAG et s'appuie aussi sur les CCAS qui sont de bons relais. En effet, dans le cadre de l'ANAH des aides sont débloquées pour les allocataires de l'APA. Sur cette question de logement comme sur d'autres, les professionnels émettent une réserve : il manque la porte d'entrée unique car malgré le réseau, les différents acteurs interviennent sur des champs différents et complémentaires : cela reste illisible pour les usagers. La durée de traitement des dossiers ANAH est évaluée à 3 mois, pouvant être de 2 mois dans le cas d'une procédure d'urgence APA.

SUR L'APPUI A LA MOBILITE :

Des communes proposent des aides à la mobilité pour faciliter l'accès aux droits et aux loisirs :

- un mini bus sur réservation est proposé aux habitants de Dio et Valquières et d'Hérépian ;
- le dispositif « **Sortir plus** » proposé pour le régime général par Agirc Arco, se présente sous forme de chéquier de 10 tickets de transport pour une valeur d'ensemble de 150 € ; les allocataires ciblés sont les 80 ans et plus ;
- à partir de janvier 2016, l'ADMR en partenariat avec la CARSAT, les communes, et les CCAS, va proposer un espace d'accueil proche des habitants avec un bus d'information pour les seniors qui sillonnera les places de marché, et pourra transporter 5 personnes âgées isolées sur son trajet pour se rendre au cœur du village. A.P.I-Bus (pour Animer, Prévenir et Informer) proposera des réponses sur le bien vieillir chez soi, une information sur les dispositifs existants pour bénéficier d'une action de prévention ou d'animation. L'espace senior de la CARSAT diffusera le planning de passage du bus ainsi que l'ADMR et par voie d'affiche, les communes. A visée départementale, le bus se rendra dans les communes qui en feront la demande sur la base d'une convention ;
- le CLIC AGE d'ORB propose des expérimentations de navettes comme le Ciné Seniors afin de lever l'obstacle de l'isolement en favorisant le lien social et l'accès aux loisirs mais le coût élevé du transport empêche que des actions soient régulières et pérennes dans le temps ;
- une étude d'éco-mobilité à l'échelle du Pays HLV va être lancée. Sur Bédarieux, une réflexion est partagée avec d'autres partenaires comme la Ligue contre le Cancer qui développe un Espace bien être pour les malades et réfléchit au frein que représente le transport : un projet de mutualisation des solutions de mobilité est en cours de réflexion.

UN MAILLAGE SANITAIRE EN DEVELOPPEMENT :

❖ **UNE MAISON DE SANTE PLURI PROFESSIONNELLE AU BOUSQUET D'ORB**

Citée en atout du territoire, elle dispose d'un logiciel partagé entre praticiens pour la coordination avec les autres professionnels concernés par le suivi du patient. Cela permet une approche médicale dans la globalité.

❖ **HOPITAL DE BEDARIEUX**

Il dispose d'une équipe dédiée et formée en gériatrie et propose une prise en charge globale de la personne âgée. Trois lits de soins palliatifs sont ouverts (pour une prise en charge de 3 semaines au maximum) : ce dispositif est bien articulé avec les professionnels de santé MCO de Béziers pour des patients en poly pathologies. Les trois lits d'accueil temporaires sont bien repérés même s'ils sont insuffisants. Pour l'hospitalisation à domicile, l'HL a conventionné avec le CH de Béziers et l'HAD de la clinique Pasteur se déplace aussi sur les Hauts Cantons.

❖ **UNITE MOBILE DE GERIATRIE**

Rattachée au CH de Béziers, elle est intégrée au pôle de gériatrie depuis peu de temps (janvier 2015). Cette unité va travailler tout spécifiquement la question du parcours intra hospitalier et préparer le retour à domicile dans l'esprit de la circulaire de 2007. Les urgences du CH de Béziers ont déjà développé une grille de repérage des personnes âgées fragiles.

❖ **RESEAU DE SOINS PALLIATIFS**

C'est un réseau de santé qui ne fait pas de soins et intervient en appui aux professionnels de premier recours : les moyens sont limités même si depuis peu il intervient une fois par semaine dans les locaux de l'HL de Bédarieux. L'unité mobile rattachée au CH de Béziers fait des sensibilisation-formations auprès des équipes d'Ehpad.

SUR L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE ET LES SOINS PALLIATIFS :

Des aides financières sont allouées après l'évaluation de l'UTAG de manière réactive et efficace.

Le dispositif CNAMTS du Fonds FNASS (fonds national d'action sanitaire et social) apporte une aide financière, sous certaines conditions, pour soutenir le maintien à domicile ou le retour à domicile d'une personne gravement malade en fin de vie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs (garde malade, équipements spécialisés, médicaments dans certains cas ...) durant les 6 derniers mois de vie. Les autres caisses proposent ce même soutien (la CARMI sur la même période de 6 mois que la CPAM, la MSA sur les 3 derniers mois de vie).

4.2.3 Les vigilances-freins identifiés

LE SOUTIEN ET LA FORMATION DES INTERVENANTS AUPRES DES PERSONNES AGEES

Trois groupes de personnes sont concernés par ces vigilances à des niveaux différents : les intervenantes des SAAD au domicile des personnes âgées, les aidants familiaux et les initiatives bénévoles et citoyennes de type Monalisa (Mobilisation Nationale contre l'isolement des Agés).

- Pour les premiers, les auxiliaires de vie, il s'agit bien de revaloriser leur parole et leur observation : leur connaissance des situations des personnes âgées à domicile est unique. Si la reconnaissance du métier passe par la qualification, il faut aussi reconnaître et intégrer leur expertise et mieux communiquer sur leurs missions. Des travaux existent déjà sur les modalités de coopération entre les SAAD et les établissements médicosociaux sur des territoires de proximité⁵. Certains aspects de ces coopérations pourraient être mutualisés dans le cadre du travail des services autour du domicile.

L'enjeu est aussi celui des moyens de leur formation continue sur les critères de fragilités, le décryptage de troubles psychiques en lien avec la dépendance alcoolique par exemple et la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à domicile. Ces équipes qui interviennent au domicile des personnes sont au plus près de leur intimité et parfois de situations de violence. L'analyse des pratiques, la régulation, la sensibilisation au signalement de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance doivent être renforcées auprès de ces professionnels.

- Les aidants familiaux sont les *premiers acteurs de prévention* aux dires des professionnels. Pour eux, différentes initiatives ont lieu sur le territoire : guidance-formation des aidants (Association France Alzheimer), Café des aidants (CLIC à Bédarieux), Journée des aidants (8/10/2015 à Lamalou les Bains), Journée sur la fragilité des personnes âgées (7/12/2015 à Villemagne l'Argentière). Une première difficulté est de les mobiliser sur les actions d'échange. Certaines initiatives ont lieu dans un Ehpad afin de « dé diaboliser » l'institution. D'autre part, les solutions de répit manquent sur le territoire. Une seule place expérimentale d'hébergement temporaire existe à l'Ehpad de Cazouls les Béziers (avec autorisation de 90 jours cumulés d'hébergement par an). On a vu que l'accueil de jour en établissement hospitalier (CH Bédarieux) présente un reste à charge difficile à supporter. Enfin accompagner les aidants à se saisir des solutions de répit (voir sur cette question : BEC E. **Identification du besoin en matière de solutions de répit dans le**

⁵ LEDESERT B., FOUCARD B. Etude-action sur le développement de coopérations territoriales entre établissements pour personnes âgées, pour personnes handicapées et services d'aide à domicile. CREAI-ORS LR, juin 2015.

cadre du handicap -une Revue de littérature⁶), des séjours de rupture, sans culpabilité, est aussi un accompagnement à renforcer.

- Dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, un des programmes de la politique de prévention consiste à développer des actions collectives grâce à des moyens financiers dédiés, de mobilisation contre l'isolement. Le programme MONALISA va être prochainement initié à Bédarieux : il s'agit de bénévoles formés pour identifier des personnes isolées, non encore malades, et qui ne font aucune demande. L'idée est bien de prévenir et proposer du lien social. L'URIOPSS est chargé de la formation des bénévoles (ceux du CLIC n'y suffisant pas). Les limites du dispositif sont discutées : éthique en matière de partage d'informations, absence d'expertise à la détection des problématiques médicosociales, sociales voire sanitaires, la question de la supervision de ces bénévoles A Béziers, l'association *des Petits frères des pauvres* a conventionné avec le CLIC pour être dans le dispositif MONALISA. Son déploiement est prévu en 2016.

LA NECESSAIRE COHERENCE TERRITORIALE ET LA COORDINATION INSUFFISANTE DES ACTEURS

« La méthode MAIA conduit à transformer en profondeur l'organisation des services d'aide et de soins au sein d'un territoire infra départemental par la mise en œuvre d'un processus d'intégration. [...] Les territoires où se déploie la méthode MAIA doivent être en adéquation avec ceux qu'ont défini le Projet régional de santé (ARS) et les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale (Conseils départementaux) » (CNSA, « MAIA », in Les Cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014 : p. 8).

Ce préalable rappelle l'importance d'une réflexion sur le territoire et la cohérence du découpage : la présence de deux MAIA (Piémont Biterrois et Centre Hérault) sur la Communauté de communes du Grand Orb peut être un frein au repérage des porteurs de projet et des professionnels (ne recoupant pas non plus le territoire du Contrat local de santé qui n'est pas « un découpage « gérontologique » au demeurant). Par ailleurs, le conseil départemental est un acteur incontournable de la problématique des personnes âgées mais n'est pas signataire du CLS ; la refonte du schéma départemental de l'autonomie en 2016 incite à réfléchir prioritairement à la coordination de l'ensemble du parcours des personnes âgées à domicile et au choix de l'opérateur en charge de celle-ci.

⁶ BEC E. **Identification du besoin en matière de solutions de répit dans le cadre du handicap** -une Revue de littérature. CREAI-ORS LR/ ARS LR, septembre 2015 : 30 p.

HOSPITALISATION A DOMICILE : VERS UNE EVOLUTION DE LA REGLEMENTATION....

L'HAD est sous utilisée sur ce territoire où l'on a pu repérer, dans le diagnostic quantitatif, une seule HAD sur l'année écoulée. Ce service est mal connu : il s'appuie sur des médecins libéraux avec un rôle de coordination du médecin du service HAD. Très sollicité par les hospitaliers en MCO sur des situations complexes, il se déploie en institutions pour personnes âgées. Pour se développer au domicile, la piste d'une évolution de la réglementation est évoquée : il faudrait que le médecin traitant « frileux » à accepter une HAD puisse déléguer au médecin coordonnateur de l'HAD si besoin. Cela pose la limite de grands territoires couverts par l'HAD qui fonctionne sur les Hauts Cantons en s'appuyant sur les infirmiers libéraux de garde 24h/24. C'est le 15 qui est appelé même si ce n'est pas le fonctionnement classique. Une réflexion sur l'augmentation des possibilités des SSIAD afin d'absorber les soins d'HAD est évoquée dans la limite atteinte des capacités budgétaires des SSIAD.

LE DECLOISONNEMENT DES DISPOSITIFS ET L'ENJEU DES SOLUTIONS D'AVANT A L'HOSPITALISATION

Le constat est fait d'un cloisonnement des dispositifs.

Les professionnels insistent sur le besoin de structure intermédiaire en attente de retour à la maison après hospitalisation : l'accueil temporaire est un véritable enjeu du parcours de soins des personnes âgées dans les Hauts Cantons.

SITUATION PARTICULIERE : LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES ET LE VIEILLISSEMENT A DOMICILE

Un SAVS qui intervient auprès d'usagers, dont les travailleurs d'Esat du territoire, représenté par sa chef de service, nous interpelle en fin de séance sur un sujet « oublié » de la concertation sur le parcours de soins et de vie des personnes âgées, à savoir la volonté des personnes en situation de handicap de vieillir elles-aussi à domicile. Ce sujet n'ayant pu être développé en séance, nous le relevons au titre des vigilances à avoir. Cette question sur le département de l'Hérault a fait l'objet d'une évaluation des unités spécifiques ouvertes pour les personnes handicapées vieillissantes en Ehpad⁷. La question du maintien au domicile des PHV et l'accompagnement sanitaire, médicosocial et social ne saurait être pour autant oubliée.

⁷ CLERGET F., DESMARTIN BELARBI V., FOUCARD B. **Premier bilan du dispositif d'unités spécialisées pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) en Ehpad & perspectives.** CREAI-ORS LR. Rapport d'étude pour le Conseil Général de l'Hérault - Juin 2012

4.2.4 Les opportunités-leviers relevés sur ce territoire

DES PROFESSIONNELS A MIEUX ASSOCIER AU PARCOURS DE SOINS DES PA A DOMICILE: LES PHARMACIENS D'OFFICINE ET LES ERGOTHERAPEUTES

Afin de prévenir les ruptures et sécuriser le parcours de soins des PA à domicile, les professionnels font la proposition de mieux associer les pharmaciens d'officine à la prévention.

Les problèmes liés aux médicaments sont un des quatre facteurs majeurs d'hospitalisation des personnes âgées avec la dénutrition, les chutes et la dépression. Professionnel de santé de proximité, il connaît les personnes âgées et il est reconnu par elles comme un référent santé. Le dossier pharmaceutique paraît être un outil extrêmement précieux et la liaison avec l'hôpital ainsi développée.

Sur la préparation du retour à domicile après hospitalisation et l'évaluation du domicile comme environnement favorable à la santé, dans la perspective du maintien à domicile, les consultations d'ergothérapeutes (qui sont expérimentées dans d'autres communes : cf. service l'ETAPE Pôle autonomie santé du CCAS de Lattes), gagneraient à être plus souvent sollicitées en vue d'un simple aménagement, voire dans la perspective d'une adaptation. Leur expertise en matière d'évaluation de l'habitat contribuera à l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles dont on sait qu'ils sont au cœur de la compensation de la perte d'autonomie.

DES FORMATIONS PLURI INSTITUTIONS A METTRE EN PLACE :

Afin de mieux comprendre ce que font les partenaires et identifier leurs contraintes, il faudrait territorialiser les formations avec des professionnels provenant des différents secteurs : sanitaire, médicosocial et social. Un dispositif permanent contribuerait à la constitution d'un réseau et irriguerait une culture gériatrique partagée.

DES EXPERIMENTATIONS SUR DES HABITATS INTERMEDIAIRES - L'EXEMPLE DE LA MAISON ROGER A VILLEMAGNE L'ARGENTIERE :

Les solutions d'habitat intermédiaire, entre le domicile et la maison de retraite, sont rares dans les Hauts Cantons de l'Hérault. Les offres d'hébergement non médicalisé comptent 4 foyers logement, deux résidences services et quelques familles d'accueil (16 selon la base de données GEOSS).

Ce projet villemagnais porté par la Mairie et le CCAS est en cours. Il s'inscrit dans le cadre du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, en cohérence avec les orientations stratégiques du projet territorial de santé et du CLS pour le pays HLV (2013-2016) ainsi qu'à celles du 5^e schéma gérontologique du département (2013-2015).

Il s'agit de réhabiliter une Maison de village (pour partie classée au Patrimoine) en habitat individuel indépendant (7 appartements de type 1 ou 2 dont un appartement de transition) avec des parties communes partagées (Restaurant, séjour-bibliothèque, jardin d'hiver, jardin d'été), avec un loyer modéré. Un des appartements serait réservé à de l'accueil temporaire ; projet inclusif s'il en est, il valorise la place de la personne âgée dans la cité. La salle de convivialité du club des Anciens de Villemagne l'Argentière et d'activités ouvertes aux habitants sera intégrée au rez-de-chaussée de la maison Roger. Il s'adresse à des personnes retraitées et autonomes, qui souhaitent vivre à domicile au cœur d'un village avec des services développés autour du « Bien vieillir » et du partenariat associatif (portage de repas proposé sous convention avec le Centre hospitalier de Bédarieux, du temps d'information en matière de prévention et promotion de la santé, des temps de convivialités avec les résidents de la Maison de retraite, liens avec des structures d'aval en cas de maladie, perte d'autonomie, partenariats associatifs divers dont le CLIC AGE D'ORB, ...). Un mi-temps d'animateur pour la coordination des activités internes et externes est valorisé dans le projet de la Maison Roger.

LES OUTILS ET DES SYSTEMES D'INFORMATIONS PARTAGEABLES DEVELOPPES AUTOUR DE LA MAIA : le formulaire d'analyse multidimensionnelle et de liaison, l'outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé des besoins de la personne, le plan de service individualisé (outil de gestion de cas) sont autant d'outils susceptibles d'améliorer le parcours de soins en permettant aux divers professionnels de partager l'évaluation de la situation et l'information sur le contexte de vie et de santé des personnes âgées d'un territoire, afin d'y apporter une réponse adaptée, complète et simplifiée pour l'utilisateur.

LE DEVELOPPEMENT DES SPASAD : SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE

La question du cloisonnement des dispositifs et le défaut de coordination a déjà été posée. Le besoin constaté de prise en charge conjointe et coordonnée peut trouver une partie de réponse dans le rapprochement des SAAD et SSIAD. Ce rapprochement devient obligatoire pour toute structure qui gère un SAAD et un SSIAD.

Il peut aussi favoriser la compréhension des usagers sur la nature des interventions à domicile, puisque encore de nombreuses personnes âgées renoncent à utiliser l'aide accordée au travers de l'APA à domicile ou ne l'utilisent que partiellement compromettant, à terme, les conditions de leur maintien à domicile telles qu'évaluées dans le plan d'aide⁸.

5. DES PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Au terme de cette mission d'appui méthodologique pour la mise en œuvre du Parcours de la personne âgée sur le territoire du Grand Orb, il est bon de rappeler les fondamentaux de la méthode proposée dans le cadre du Projet régional de santé à savoir :

- ❖ **La démarche part de l'utilisateur, de son vécu, de ses contraintes d'accès et de mobilité ;**
- ❖ **Le parcours contribue à la lutte contre les inégalités en agissant dans une démarche de prévention ;**
- ❖ **Le parcours doit favoriser la coordination entre les acteurs.**

Ce dernier point agit comme un préalable aux quatre autres propositions qui suivront. En effet, la mise en œuvre des parcours pose la question de la cohérence de l'action territoriale entre les différents acteurs, notamment les responsables des différentes politiques publiques et celle du pilotage opérationnel des actions santé en faveur des personnes âgées (réseau et référent de parcours : MAIA ? Maison de l'Autonomie ?....).

5.1 Coordonner les acteurs et s'articuler avec le conseil départemental de l'Hérault, travailler dans une dimension coopérative

Proposition : s'appuyer sur des lieux/moments formalisés de partage politique et de coordination des politiques publiques pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions autour du parcours des personnes âgées

Partenaires : les services de l'Etat, les collectivités territoriales concernées (le conseil départemental en premier lieu) et les organismes de sécurité sociale.

- ❖ **Les commissions de coordination des politiques publiques :** deux sont prévues dans la Loi HPST (le décret 2010-346 du 31 mars 2010 fixe la composition et le rôle de chacune) ; le législateur a souhaité structurer les relations de l'ARS avec les partenaires les plus directs, en particulier les financeurs de la santé. La création de deux commissions correspondait l'une à la « prévention, la santé scolaire, la santé au

⁸ LEDESERT B., DESMARTIN-BELARBI V., MARTINEZ N., BOULAHTOUF H. Etude sur l'utilisation partielle ou la non utilisation de l'aide accordée au travers de l'APA à domicile. CREAI-ORS LR / CD34, octobre 2014.

travail et la protection maternelle et infantile » et l'autre « aux prises en charge et accompagnements médicosociaux » : cette dernière apparaît comme le cadre évident de travail en cohérence autour du parcours de soins et de vie des PA à domicile entre ARS et conseil départemental. Elle se réunit une fois par trimestre et permet des échanges d'informations sur les schémas de l'autonomie.

❖ **La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA)** : est un dispositif phare du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement avec les problématiques d'anticipation pour la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation de la société à l'avancée en âge et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Ce sera l'instance de coordination des financements visant à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie structurée au plan national et pilotée par la CNSA-DGCS. Les missions dévolues à la CFPPA sont :

- le diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus (incluant notamment les GIR 5 et 6) résidant sur le territoire départemental ;
- le recensement des initiatives locales ;
- dans le but de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou règlementaires.

Au titre de sa mission de territoire préfigurateur en 2015, le département de l'Hérault aura entre autres objectifs de proposer un mode de coopération avec l'ensemble des parties prenantes au niveau local et national.

L'élaboration début 2016 du nouveau schéma des solidarités de l'Hérault est sans doute une occasion à saisir pour renforcer ces articulations et la coordination entre acteurs.

Au-delà de cette coordination, il est important de poser la question du pilotage des actions en faveur des personnes âgées sur le territoire. En effet, pour que la coopération soit effective sur le terrain, il est nécessaire qu'un pilote reconnu comme légitime par les différentes parties prenantes émerge et porte les travaux qui seront menés dans le cadre du contrat local de santé du territoire. Plusieurs options existent :

- le dispositif MAIA : si celui-ci apparaît comme compétent et adapté dans le champ des personnes âgées et de la dépendance, sa couverture territoriale actuelle s'effectuant sur un territoire aux contours différents est une limite ;
- la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au vieillissement prévoit la possibilité de mise en place de maisons de l'Autonomie dans une logique de rapprochement entre les services du conseil départemental et ceux de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées). Cette expérimentation qui pourrait être mise en place dans l'Hérault aurait comme avantage une articulation entre la problématique personnes âgées et la problématique personnes en situation de handicap.

5.2 Sur l'axe : améliorer le repérage des Personnes Agées à risque de fragilités

Proposition : construire un circuit de l'échange d'information sécurisé et éthique entre le secteur sanitaire social et médicosocial sur les PA à domicile.

Comment : s'appuyer sur les partenaires qui ont déjà élaboré des outils d'analyse et d'évaluation multidimensionnelle (MAIA et le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle), étudier l'intérêt de leur transfert et de leur mutualisation et accompagner -par des formations trans-institutions- leur appropriation par les professionnels des champs sanitaire, social et médicosocial.

Partenaires : le médecin traitant, les MAIA, l'UTAG, les CCAS, les SAAD, les SSIAD, les professionnels de santé hospitaliers et les EHPAD.

5.3 Sur l'axe : prévenir les ruptures et les ré hospitalisations

Proposition : mieux préparer le retour à domicile en retour d'hospitalisation.

Comment : repérer dès leur admission en établissement de santé (MCO ou SSR) les personnes âgées en situation de fragilité pour identifier leurs besoins spécifiques d'accompagnement à domicile afin qu'ils soient mis en place dès leur sortie d'hospitalisation.

Pour cela, il est nécessaire de développer un outils simple de repérage de ces situations, d'organiser une analyse des besoins et de mobiliser les assistants de travail social des établissements de santé pour assurer le lien avec les services à domicile à mobiliser. Si nécessaire, une analyse de la situation de la personne par un ergothérapeute peut être réalisée.

Partenaires : les professionnels de santé des établissements sanitaires, les assistants de travail social des établissements sanitaires, l'ergothérapeute, le médecin traitant, les services à domicile (SAAD et SSIAD), la MAIA, l'UTAG, le CCAS.

5.4 Sur l'axe : améliorer l'accès aux soins et prendre soin

Proposition : mieux accompagner l'accès aux droits (CMUc, ACS, non déclaration de médecin référent, non recours aux soins, ANAH, FSL...).

Comment : produire à l'échelle de la communauté de communes du Grand Orb une analyse fine du fichier des assurés sociaux (CPAM + MSA) sur la non déclaration d'un médecin référent, l'absence de consultation d'un médecin généraliste depuis 1 an et depuis 2 ans (en l'absence de tous autres actes de consommation de soins) et le nombre de bénéficiaires de l'ACS et CMUc du territoire. Ces données pourraient documenter plus clairement la question du non recours aux droits et au soin, dont on sait que le premier obstacle est financier. Des éléments de repérage par âge, sexe et situation familiale permettraient de proposer des solutions d'accompagnement vers l'ouverture des droits.

Partenaires : caisses de Sécurité sociale, collectivités territoriales, UDCCAS, associations familiales, professionnels de santé.

5.5 Sur l'axe : soutenir les intervenants auprès des Personnes Agées dont les aidants de proximité

Proposition : améliorer l'accès à des solutions de répit (accueil de jour, temporaire, ESA, places en accueil familial, baluchonnage⁹, ...)

Comment : recenser précisément l'offre existante en solutions de répit et vérifier son adéquation sur ce territoire, repérer les difficultés d'accès et les freins en termes d'accessibilité, notamment financiers et envisager des solutions qui pourront être expérimentales en matière d'aide à la mobilité et d'aide au financement des solutions de répit, en les diversifiant (baluchonnage).

Partenaires : ARS (PRS et SROMS), les EHPAD du territoire, les équipes de structures d'accueil, les SAAD, les maisons d'accueils familiaux, les associations de proches aidants, CLIC.

⁹ Le baluchonnage est un service de remplacement temporaire d'aidants familiaux vivant avec un proche malade ou handicapé. Un "baluchonneur" prend le relais de l'aidant pendant son absence, à son domicile, 24h/24 et 7j/7. Objectifs : lui permettre de profiter d'une période de répit, préserver les habitudes de la personne aidée, qui reste dans son cadre de vie habituel. Ce dispositif, qui existe au Québec et en Belgique, se développe depuis peu en France. Les freins à une transposition du baluchonnage en France ont essentiellement trait au droit du travail : le statut et l'organisation du travail des baluchonneuses (présence à domicile 24 heures sur 24) se heurtent à notre législation (impossibilité de travailler au-delà de 12 heures d'affilée). <http://www.famidac.fr/?Accueil-familial-et-baluchonnage>

ANNEXE I : calendrier de la mission

- **Réunions préparatoires** :
4 juin 2015 : directeur CREAI-ORS, coordinatrice CLS, DTA DT-ARS 34
25 juin 2015 : conseiller technique et médecin santé publique CREAI-ORS,
coordinatrice CLS
- **Lettre de mission ARS** au CREAI-ORS LR datée du 30 juin 2015
- **Réunions téléphoniques** : conseiller technique CREAI-ORS, coordinatrice CLS
29 juin ; 8 juillet ; 4 septembre ; 25 septembre
- **Rendu du document intermédiaire** : 8 octobre
- **Concertations professionnelles** : 5 et 19 octobre
- **Rencontres usagers** : 13 octobre et 10 novembre
- **Comité de suivi** : 23 novembre : conseiller technique et médecin santé publique
CREAI-ORS, coordinatrice CLS, DTA DT-ARS 34
- **Rendu du rapport de mission** : 4 décembre 2015.

ANNEXE II : lettre de mission ARS LR (30/06/2015)



03 JUL. 2015 - 719

Direction : Santé publique et Environnement
Unité : Prévention & Promotion de la Santé

Affaire suivie par : Patricia CASTAN-MAS
Marie-Brigitte MOYANO

Courriel : marie-brigitte.moyano@ars.sante.fr

Téléphone : 04.67.07.21.15
Télécopie : 04.67.07.22.66

Réf : 2015/103

Copies : Mme CASTAN-MAS, Délégué territorial adjoint (DT de l'Hérault)
Mme MOYANO, Infirmière de santé publique (DT de l'Hérault)

M. François CLERGET
Directeur
CREAI-ORS LR

ZAC de Tournezy
BP 35567
135 allée Sacha Guitry
34 072 MONTPELLIER Cedex 3

Objet : Lettre de mission Diagnostic personnes âgées en Pays Haut Languedoc et Vignobles – modalités de poursuite de mission

Montpellier, le 30 JUN 2015

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre du Contrat Local de Santé (CLS) signé entre l'ARS et le Pays Haut Languedoc et Vignobles, l'ARS a confié au CREAI-ORS, par convention du 16 octobre 2014, une mission d'appui méthodologique à la Délégation Territoriale (DT) de l'Hérault pour la mise en œuvre du « Parcours de la Personne Agée » sur le territoire du Pays Haut Languedoc et Vignobles (PHLV).

Cependant, pour des raisons indépendantes de la volonté du CREAI-ORS, les travaux relatifs à cette mission n'ont pu être menés à terme en 2014 et nécessitent un prolongement opérationnel sur l'exercice 2015.

La rencontre du 5 juin 2015 avec Mmes CASTAN-MAS et MOYANO (DT de l'Hérault) et Mme ABADIE, coordonnatrice du CLS PHLV, a permis de préciser les objectifs de cette mission, sur la base des travaux engagés.

Suite à la décision du Comité de Pilotage du CLS le 15 janvier dernier, le périmètre de l'étude se limite désormais à la Communauté de Communes du Grand Orb, qui regroupe 24 communes et concerne 20 779 habitants.

Les objectifs de la mission concernent, pour la personne âgée à domicile, l'identification des problématiques et spécificités locales, l'analyse des ressources (existence, accessibilité, utilisation) et l'identification des lacunes de réponse, sur le territoire du Grand Orb.

Ainsi, au-delà de la collecte et de la description linéaire des données, il est nécessaire d'identifier les besoins de santé des personnes et d'analyser l'adéquation de ces besoins avec l'offre de prise en charge existante et les freins à leur utilisation. La prise en charge des besoins doit être projetée dans le cadre du parcours incluant les problématiques liées à l'hospitalisation et au retour à domicile.

Afin de faciliter la mission, le CREAI-ORS assurera les échanges d'information nécessaires avec Mme ABADIE.

A partir de cette analyse, le CREAI-ORS proposera les orientations stratégiques prenant en compte le contexte du CLS. Ce document permettra à son Comité de Pilotage, instance de gouvernance décisionnaire, d'en définir les modalités de mise en œuvre sur le territoire.

Les interlocuteurs de l'Agence en charge du suivi technique de cette mission sont Mmes CASTAN-MAS et MOYANO.

Un document de restitution intermédiaire de ces travaux est attendu fin septembre 2015 ; le document de fin de mission devra être remis au plus tard pour le 20 novembre 2015.

Afin de préparer la convention détaillant les modalités de poursuite de cette mission, je vous remercie de bien vouloir me faire connaître votre proposition de prestations issue de ces orientations, sur la base des crédits reliquaires 2014, dont le report d'usage sur l'exercice en cours est autorisé de fait.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

P/ le Directeur Général
et par délégation,

Le Directeur de la Santé Publique
et de l'Environnement par interim



Isabelle REDINI