

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2003

N°66

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Jean-Christophe AUNEAU

Né le 14 avril 1972 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2003

**L'OFFRE PROPOSEE AUX PERSONNES AGEES
DEPENDANTES EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE EN
LOIRE-ATLANTIQUE**

Président: Monsieur le Professeur O. RODAT

Directeur de thèse: Madame le Docteur L. VAN WASSENHOVE

PLAN

ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1: LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES	5
I. La dépendance	6
II. Démographie	23
III. Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes à domicile	26
IV. Les aidants	35
CHAPITRE 2: L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE	38
I. Historique de l'hébergement temporaire	39
II. Cadre législatif de l'hébergement temporaire	43
III. Les motifs d'admission en hébergement temporaire	51
IV. Analyse quantitative de l'hébergement temporaire	57
CHAPITRE 3: L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE: ENQUETE TELEPHONIQUE	69
I. Présentation	70
II. Résultats	73
III. Synthèse	87
CHAPITRE 4: DISCUSSION	99
I. Les limites	100
II. Les résultats	103
III. Les perspectives d'évolution	118
CONCLUSION	122
ANNEXES	123
BIBLIOGRAPHIE	143
LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX	148
TABLE DES MATIERES	151

ABREVIATIONS

ADL: Activities of Daily Living

AGGIR: Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource

APA: Allocation Personnalisée à l'Autonomie

CIH: Classification Internationale des Handicaps

CNAV: Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CODERPA: Comite Départemental des Retraités et Personnes Agées

CROSS: Comité Régional d'Observation Sanitaire et Social

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

EHPAD: Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

FINESS: Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GIR: Groupe Iso-Ressource

GMP: Gir Moyen Pondéré

HID: Handicaps, Incapacités, Dépendance

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

UNIOPSS: Union Nationale Interfédérale des Œuvres Sanitaires et Sociales

INTRODUCTION

La dépendance des personnes âgées ainsi que leur prise en charge sont des questions majeures de santé publique à l'heure actuelle, où l'espérance de vie croît et que la population vieillit.

La politique sociale vise à développer le maintien à domicile depuis de nombreuses années. Ce maintien à domicile, de plus en plus difficile au fur et à mesure que la dépendance s'installe et progresse, est rendu possible grâce à l'intervention des professionnels du secteur médical et médico-social, mais également par l'entourage de la famille, des amis et autres aidants naturels.

Des structures de soutien aux aidants existent, comme l'accueil de jour, l'hospitalisation à la journée ou bien l'hébergement temporaire. Cette dernière formule d'hébergement constitue une solution de répit salutaire pour ces acteurs bénévoles du maintien à domicile. Mais se posent alors des problématiques quand à la suffisance de ce type d'accueil et de leur accessibilité par les personnes âgées dépendantes.

Dans un premier temps, nous essaierons d'évaluer le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile, ainsi que le nombre de places en hébergement temporaire officiellement déclarées. Puis par l'intermédiaire d'une enquête téléphonique auprès des établissements pratiquant l'hébergement temporaire, nous tenterons de préciser l'offre réelle en recensant le nombre de places effectivement disponibles, et de spécifier la politique d'accueil de ces établissements vis-à-vis des personnes âgées dépendantes.

Nous discuterons les résultats obtenus, afin de dégager un profil de l'hébergement temporaire en Loire-Atlantique.

Chapitre 1

LES PERSONNES AGEES **DEPENDANTES**

I. La dépendance :

A. Définitions :

1) Vieillesse :

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante intriquée de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. [1]

2) Vieillesse :

La vieillesse connaît plusieurs définitions. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) retient le critère d'âge de 65 ans et plus. Pour le calcul des taux d'équipements et de services destinés aux personnes âgées, l'âge retenu est de 75 ans.[1]

3) Dépendance :

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. [1]

Dans le champ des indicateurs en gérontologie, la dépendance est considérée comme le transfert vers un tiers d'actes nécessaires pour assurer les tâches élémentaires de la vie courante. On ne considère donc dans ce champ que la dépendance physique et instrumentale à l'exclusion de la dépendance affective ou économique. [2]

La dépendance résulte de l'intrication de plusieurs facteurs : maladies physiques, maladies psychiques et environnement.

4) Autonomie :

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. [1]

Le terme d'autonomie est très souvent employé en gérontologie. Il est difficile à utiliser en pratique, car il s'agit d'une notion trop complexe, trop globale du même ordre que la liberté. [2]

B. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH)

Cette classification est le résultat de travaux menés par Philippe WOOD pour l'Organisation mondiale de la santé afin de décrire les conséquences des maladies chroniques. (Annexe 1) [3]

Les relations entre maladies et handicaps sont représentées selon le schéma suivant appelé séquence de Wood :

Maladie → déficience → incapacité → handicap ou désavantage

- La déficience : correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction anatomique, physiologique ou psychologique, pouvant être temporaire ou permanente. Les principales déficiences portent sur les fonctions mentales (mémoire, conscience), les fonctions sensorielles, sur les fonctions anatomiques (cœur, rein, tête, membres, tronc). C'est l'écart par rapport à la norme organique.

- L'incapacité : réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Elle est l'expression en terme de performance ou de fonction de la déficience. C'est l'écart par rapport à la norme fonctionnelle

- Le désavantage ou handicap : c'est le préjudice résultant d'une déficience ou d'une incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. WOOD a sélectionné certains rôles communs à tous les individus, quelle que soit leur culture, appelés "rôles de survie" :
 1. s'orienter dans son environnement et répondre aux stimuli qu'il émet;
 2. maintenir une existence indépendante d'une façon efficace, en rapport avec les besoins physiques immédiats, y compris la nutrition et l'hygiène personnelle;
 3. se mouvoir de façon efficace dans son environnement;
 4. occuper son temps de façon normale compte tenu de son sexe, âge, de sa culture;
 5. participer et maintenir des relations sociales;
 6. avoir une activité socio-économique et maintenir son indépendance grâce au travail et à l'exploitation de ses biens.

Selon cette conception, une perturbation portant sur l'un de ces rôles de survie entraîne un désavantage pour l'individu.

Pour chaque individu, le handicap est la résultante des altérations de l'état de santé (physiques ou mentales), des ressources personnelles, et de l'environnement collectif. Le désavantage traduit une déviation par rapport aux normes sociales.

Déficiences et désavantages sont les deux faces d'une même réalité : la première renvoie à la réalité physique qui s'objective et se mesure en terme de réduction de capacité, la seconde à la réalité sociale qui s'objective à travers la perte des rôles sociaux. [2] [4]

Cette façon de décrire les problèmes est intéressante pour la politique sociale et de santé, car elle montre qu'on dispose d'une batterie d'actions possibles pour réduire le handicap :

- La recherche et les soins médicaux pour guérir ou prévenir les maladies ;
- La mise au point et la mise à disposition de prothèses pour réduire une déficience ;
- La diffusion d'aide technique ou l'apport d'aide humaine pour la réalisation des tâches quotidiennes (une aide-soignante pour la toilette matinale) ;
- Une action environnementale.

C. Les outils d'évaluation de la dépendance :

Nous nous intéresserons essentiellement aux grilles d'évaluation de la dépendance dans le but d'évaluer les déficiences et les incapacités de la personne âgée, ainsi que les besoins résiduels.

De nombreuses grilles existent, mais cinq sont particulièrement usitées à l'heure actuelle :

- l'échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz ;
- l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de Lawton ;
- le Mini Mental State Examination de Folstein ;
- la grille AGGIR.

1) Echelle des activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz:(annexe 2)

Son but est d'évaluer de manière objective six activités de base de la vie quotidienne :

- les soins corporels ;
- l'habillement ;
- la toilette ;
- les transferts ;

- la continence ;
- l'alimentation.

L'autonomie pour une activité de la vie quotidienne est cotée 1. Un score de 6 indique une autonomie complète. Un sujet âgé dont le score est inférieur à 3 est considéré comme dépendant.

Cette grille ne tient pas compte des déplacements.

L'échelle des activités de la vie quotidienne est considérée comme une référence dans la littérature internationale. De plus elle prédit fortement le pronostic en terme de morbi-mortalité.[1] [5]

Lors de l'évaluation de la dépendance chez les sujets âgés vivant à leur domicile, il est nécessaire d'évaluer les activités courantes qui nécessitent une utilisation des fonctions cognitives dites instrumentales.

2) Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) :(annexe 3)

Cette échelle est la plus utilisée pour évaluer le comportement et l'utilisation des outils usuels.

Les activités évaluées sont au nombre de huit :

- utiliser le téléphone ;
- faire ses courses ;
- faire la cuisine ;
- faire le ménage ;
- laver le linge ;
- effectuer un voyage ;
- prendre un traitement médicamenteux ;
- gérer son budget.

Pour chaque item, la cotation ne peut être que 0 et 1. Le score est coté de 0 à 5 pour les hommes et de 0 à 8 pour les femmes.

Il convient de souligner que le sujet évalue lui-même ses capacités ; une vérification auprès de son entourage peut être nécessaire, voire une mise en situation.

La mise en œuvre et l'observation des activités instrumentales permettent de dépister des troubles des fonctions exécutives, parfois premier signe d'une démence dégénérative de type Alzheimer.[1] [5]

3) Mini Mental State Examination de Folstein : (annexe 4)

L'intégrité des fonctions cognitives conditionne la capacité d'une personne à accomplir les tâches de la vie quotidienne.

Parmi les différents tests existants, le Mini Mental State de Folstein est un des plus utilisés.

a) Déroulement :

La personne âgée est soumise à des questions portant sur :

- Orientation :
 - dans le temps (année, saison, mois, jour)
 - dans l'espace (pays, région, ville, lieu, étage)

- Apprentissage, enregistrement : répéter et retenir trois mots

- Attention, calcul

- Rappel, rétention mnésique : demander au sujet de répéter les trois mots précédemment mentionnés.

- Langage :
 - dénomination et désignation
 - Répétition
 - Compréhension orale d'une consigne en trois étapes
 - Compréhension du langage écrit
 - Ecriture

- Praxie constructive : reproduire un dessin

b) Interprétation :

Le score maximum pouvant être atteint est de trente. Selon l'ANAES, le score le plus discriminant pour tout âge et tout niveau socioculturel est de 24. Un score inférieur à 24 est considéré comme anormal.[6]

4) Grille AGGIR (Autonomie G érontologie Groupe Iso Ressource):(annexe 5)

La grille AGGIR est inscrite dans la loi française depuis le 24 janvier 1997 (J.O : n°97-60) comme outil d'évaluation de la dépendance en vue de déterminer si une personne pouvait bénéficier, et à quel niveau, de la Prestation Spécifique Dépendance. Cette prestation Spécifique dépendance a été substituée le 20 juillet 2001 par la loi n°2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées par une nouvelle prestation : l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). [7]

a) Principes :

La grille AGGIR évalue l'autonomie selon certains critères et regroupe les malades en six groupes iso-ressources.

Un groupe iso-ressources comprend des personnes qui nécessitent une même mobilisation de ressources pour faire face à leur dépendance.

L'observation porte sur les activités effectuées par la seule personne âgée, excluant tout ce que font les aidants et les soignants.

Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne : lunettes, fauteuil roulant, poche de colostomie, etc.

AGGIR comporte dix variables à coder : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance.

Certaines variables comme la toilette, l'alimentation sont codées à partir de sous variables.

Chaque variable a trois modalités :

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement
- B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement
- C : ne fait pas.

Seul correspond "à fait spontanément seul" et suppose qu'il n'existe pas d'incitation et donc aucune stimulation.

Habituellement est la référence au temps.

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages et mœurs.

b) Les variables discriminantes :

- La cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes de la société dans laquelle nous vivons.

Logique : de raison, raisonnable

Sensée : qui a du bon sens, le sens commun

Correcte : conforme aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales.

- L'orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée, dans les lieux et leur contenu.

- La toilette : elle concerne l'hygiène corporelle

La toilette doit être effectuée par la personne seule spontanément, sans aucune incitation, sans tenir compte des installations techniques (salle de bains, baignoire, douche) dans l'évaluation. Il importe également de ne pas imposer ses propres règles d'hygiène à une personne qui est propre mais avec d'autres règles culturelles.

- Toilette du haut :

Le haut comprend le visage, le tronc, les membres supérieurs, les mains, le rasage, et le coiffage.

- Toilette du bas :

Elle concerne les régions intimes, les membres inférieurs et les pieds.

Les ongles des orteils ne sont pas pris en compte car la grande majorité des personnes âgées ne peuvent assurer seules l'entretien de cette partie du corps.

- L'habillement : il comprend l'habillement, le déshabillage et la présentation

L'habillement se décompose en trois parties :

- habillement du haut : le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras ;
- habillement du moyen : le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture ou des bretelles ;
- habillement du bas : le fait de passer des vêtements par le bras du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures.

- L'alimentation : cette variable comporte deux parties :

- se servir : couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre...

Pour une personne qui est servie à la salle à manger, dans sa chambre où dans son lit et qui reçoit un plateau, se servir commence au moment où elle conditionne les aliments avant de les mettre à sa bouche et de les avaler. Le fait de préparer des aliments directement utilisables pour la mise en bouche rend une personne plus autonome.

- manger

- L'élimination : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale.

Il ne s'agit pas ici d'évaluer comment la personne maîtrise son élimination, mais d'évaluer comment elle assure l'hygiène de ses éliminations. L'évaluation porte d'une part sur l'élimination urinaire et d'autre part sur l'élimination anale.

- Les transferts : assurer ses transferts : se lever, se coucher, s'asseoir, passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens.

Cette variable porte sur les changements de position et ne porte pas sur la marche et les déplacements (qui sont pris en compte dans les variables de déplacements à l'intérieur et à l'extérieur).

- Le déplacement à l'intérieur : se déplacer à l'intérieur du lieu de vie, avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant... (il n'est pas tenu compte de ces instruments dans l'évaluation).

- Le déplacement à l'extérieur : se déplacer à l'extérieur, à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport.

Il est essentiel de prendre en compte deux notions :

- le fait que la personne sorte spontanément ou pas de l'extérieur ;
- l'importance de la distance parcourue à partir de la porte extérieure.

- La communication à distance : utiliser les moyens de communication à distance dans le but d'alerter : téléphone, alarme, sonnette, téléalarme.

L'évaluation porte sur l'aptitude à passer un appel en cas d'urgence.

AGGIR comporte en plus de ces dix variables discriminantes pour l'autonomie, sept variables illustratives (gestion, cuisine, ménage, achats, transports, suivi du traitement, loisirs) pour une approche des capacités de socialisation de la personne. Elles ne rentrent pas en compte dans l'évaluation de l'autonomie. [5] [8]

c) Les groupes iso-ressources :

La définition de ces groupes ne peut être réalisée que par traitement informatique. A partir des items retenus, l'ordinateur définit des groupes consommant un niveau de ressources significativement proche de soins de base et relationnels en utilisant un algorithme.

Le groupe iso ressource 1 : correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe iso ressource 2 : comprend deux groupes de personnes âgées :

- Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- Celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservées leurs capacités à se déplacer (souvent nommées les "déments déambulants").

Le groupe iso ressource 3 : correspond aux personnes âgées ayant conservées leurs fonctions intellectuelles et partiellement leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

Le groupes iso ressource 4 : comprend deux groupes de personnes âgées :

- Celles qui n'assument pas seules leurs transferts, mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ;
- Celles qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le groupe iso ressource 5 : correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le groupe iso ressource 6 : regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante. [7]

II. Démographie :

A. Situation actuelle :

Au premier janvier 2002, la France comptait 58 551 101 habitants, la région des Pays de Loire, 3 272 648, et le département de Loire-Atlantique 1 159 339 habitants.

Structure par âge, en valeurs absolues, de la population des plus de 60 ans :

Tableau 1

	Loire-Atlantique	Région	France
Plus de 60 ans	<i>223 039</i>	692 248	12 454 623
75-84 ans	<i>60 752</i>	190 869	3 070 890
85 ans et plus	<i>20 135</i>	67 459	1 411 916
75 ans et plus	<i>80 887</i>	258 328	4 482 806
Population totale	<i>1 159 339</i>	3 272 648	58 551 101

Source : INSEE

Structure par âge, en valeurs relatives, de la population des plus de 60 ans :

Tableau 2

	Loire-Atlantique	Région	France
Plus de 60 ans	<i>19,24%</i>	21,15%	21,27%
75-84 ans	<i>5,24%</i>	5,80%	5,25%
85 ans et plus	<i>1,73%</i>	2,06%	2,41%
75 ans et plus	<i>7,00%</i>	7,89%	7,65%

Source : INSEE

Situation de la Loire-Atlantique par rapport aux autres départements de la région :

Tableau 3

	Plus de 60 ans	75-84 ans	85 ans et plus	75 ans et plus	part des plus de 60 ans	part des plus de 75 ans
Loire-Atlantique	<i>223 039</i>	<i>60 752</i>	<i>20 135</i>	<i>80 887</i>	<i>19,23%</i>	<i>6,97%</i>
Maine et Loire	149 451	41 627	15 718	57 345	20,15%	7,73%
Mayenne	65 172	18 242	6 835	25 077	22,62%	8,70%
Sarthe	119 987	33 417	12 322	45 739	22,45%	8,55%
Vendée	134 599	36 831	12 449	49 280	24,50%	8,97%

Source : INSEE

Le département de la Loire-Atlantique compte globalement une population plus jeune que les autres départements de la région ainsi que de la moyenne française ; le vieillissement étant partiellement compensé par l'apport de populations plus jeunes.

Toutefois, presque un habitant sur cinq est âgé de plus de 60 ans, soit 223 039 personnes, et 7%, soit 80 887 personnes sont âgées de plus de 75 ans. Cette dernière classe d'âge a connue une évolution de 21,85% depuis 1990.

La Vendée est le département ligérien où la classe d'âge des plus de 60 ans représente le pourcentage le plus élevé par rapport à la population totale. L'arrivée sur le littoral d'une population retraitée explique ce phénomène. Cependant les résultats en valeurs absolues restent nettement inférieurs à ceux de la Loire-Atlantique. [9]

B. Projections démographiques :

Le vieillissement de la population ligérienne va encore s'accroître dans les prochaines décennies, sensiblement plus vite que la population nationale.

Le modèle de projection OMPHALE à partir des données du recensement de 1999 estime à 324 343 le nombre d'habitants âgés de plus de 75 ans dans la région des Pays de la Loire en 2010. Ceci représente une progression de 25% entre 2002 et 2010.

Projection des 75 ans et plus à l'horizon 2010 dans les différents départements de la région :

Tableau 4

	75-84 ans	Plus de 75 ans	Plus de 85 ans
Loire-Atlantique	73 726	102 689	28 963
Maine et Loire	49 595	70 879	21 284
Mayenne	21 874	31 159	9 285
Sarthe	39 459	55 782	16 323
Vendée	46 247	63 834	17 587

Source : INSEE

En ce qui concerne le département de la Loire-Atlantique, les projections évaluent le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans à 102 689 en 2010, soit une évolution de 26,9% entre 2002 et 2010. [9]

III. Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile:

Pour tenter d'évaluer le nombre de personnes âgées dépendantes à domicile, nous nous sommes intéressés à deux études : l'enquête handicaps, incapacités, dépendance et l'étude coopérative européenne.

A. Enquête HID (Handicaps- Incapacités- Dépendance) :

1) Présentation :

D'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, l'INSEE a réalisé une enquête sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes.

A la fin 1998, près de 15000 membres de collectivités ont été interrogés à ce sujet.

A l'occasion du recensement de mars 1999, près de 360 000 personnes vivant en domicile ordinaire ont rempli pour leur part un questionnaire, à la suite duquel environ 20 000 d'entre elles ont reçu la visite d'un enquêteur fin 1999. Un second entretien avec les mêmes personnes a eu lieu deux ans plus tard, la collecte complète des données ne s'est donc achevée qu'à la fin de l'année 2001.

Cette enquête vise à pallier le manque d'information en France sur les handicaps, les déficiences et la dépendance des personnes âgées. [10]

Cette enquête est articulée autour du vocable "handicap": les déficiences (dysfonctionnement ou perte de parties du corps), les incapacités (difficultés physiques ou psychiques engendrées par ces dysfonctionnements) et les désavantages (difficultés à remplir un rôle social).

2) Résultats :

a) Sur le plan national :

L'indicateur utilisé pour l'enquête HID est l'indicateur dit EHPA. Il résulte du croisement des quatre groupes de la grille Colvez sur la dépendance physique avec deux groupes définis selon l'existence ou non de troubles du comportement ou de désorientation dans l'espace et dans le temps, permettant de répartir les personnes âgées en huit groupes qui conjuguent les deux approches de la dépendance (physique et psychique).

La grille Colvez classe les personnes en quatre groupes:

- Niveau 1: personnes confinées au lit ou au fauteuil
- Niveau 2: personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement
- Niveau 3: personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées, mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2.
- Niveau 4: autres personnes (considérées comme non dépendantes).

Dix sept questions de l'enquête HID portant sur les incapacités ont été utilisées pour reconstituer les dix variables discriminantes d'AGGIR et estimer ainsi le nombre de personnes âgées dépendantes selon les termes de cet outil. C'est ces résultats que nous présentons.

Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes, à domicile,
selon l'outil AGGIR

Tableau 5

	A domicile
Equivalent GIR 1	22 000
Equivalent GIR 2	133 000
Equivalent GIR 3	137 000
GIR 1 à 3	292 000
Equivalent GIR 4	232 000
GIR 1 à 4	524 000
Equivalent GIR 5	346 000
Equivalent GIR 6	10 692 000
Equivalent GIR inconnu	24 000

Source: INSEE, enquêtes HID 1999; calculs DREES

Le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile a été évalué à 870 000 du GIR 5 au GIR 1, en 1999. [10]

b) Sur le plan régional :

Les résultats de cette enquête nationale ont été appliqués à la région.

Selon cette étude, 300 000 ligériens vivant à domicile reçoivent une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne en raison de leur état de santé, parmi lesquels 29% des personnes âgées de 60 ans et plus, soit 203 333 personnes en 1999.

Les personnes bénéficient le plus souvent d'aides en provenance de la famille ou de proches que d'aides professionnelles.

On estime également à 36 000 le nombre de ligériens vivant à domicile confinés au lit ou au fauteuil, ou bien ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, dont 70% d'entre eux ont plus de 60 ans, soit 25 200 personnes. En outre, 55 000 personnes ne pourraient sortir de leur domicile sans aide, dont 70% également ont plus de 60 ans, soit 38 500 personnes.

Selon cette même enquête, 40 000 personnes âgées de plus de 60 ans seraient dépendantes pour des activités de la vie quotidienne du fait de difficultés psychiques. [11]

Le seuil d'âge retenu dans cette enquête est de 60 ans car c'est l'âge utilisé pour l'attribution de certaines prestations et correspond au passage à la retraite, mais n'est pas dans les faits le seuil où les incapacités se multiplient.

c) Sur le plan départemental:

Nous ne disposons malheureusement pas de données chiffrées pour le département de la Loire-Atlantique.

Connaissant le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans dans les Pays de la Loire en 1999 (701 146) et le nombre en Loire-Atlantique (225 609), nous avons extrapolé les chiffres présentés précédemment.

Ceci ne constitue pas une méthode d'évaluation rigoureuse, la répartition n'étant probablement pas proportionnelle, mais l'objectif est de tenter d'approcher et d'avoir un ordre de grandeur du nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile en Loire-Atlantique.

Ainsi, 65 427 personnes de plus de 60 ans recevraient une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne. Le nombre de personnes âgées confinées au lit et au fauteuil, ou bien ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, serait de 8 110, et le nombre de personnes dépendantes pour les activités de la vie quotidienne du fait de difficultés psychiques serait de 12 870.

B. Etude coopérative européenne :

1) Présentation :

L'étude coopérative européenne vise à décrire l'épidémiologie des démences et de la maladie d'alzheimer.

Cette étude a réuni les données de 11 cohortes de sujets âgés de plus de 65 ans en Europe. [12] La France y a participé à travers la cohorte PAQUID, constituée d'un échantillon de 4134 personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile ou en institution, dans les départements de la Gironde et de la Dordogne. [13]

2) Résultats :

Les résultats de l'étude coopérative européenne sont les plus crédibles actuellement en ce qui concerne les pathologies démentielles et la maladie d'Alzheimer.

Les taux de prévalence de démence sont obtenus à partir des travaux de Antonio Lobo et coll [14], les taux d'incidence sont issus de l'étude de Fratiglioni et coll. [15]

a) Sur le plan national:

A partir des résultats de cette étude et des données du recensement de 1999, il a été possible d'estimer la prévalence et l'incidence de la démence en France.

La prévalence de la démence a été estimée à 625 000 cas en France en 1999.

La prévalence de la maladie d'Alzheimer a été évaluée à 430 000 cas toujours en 1999.

L'incidence annuelle en France serait de 140 000 nouveaux cas de démence dont 100 000 maladies d'Alzheimer.

Selon cette même étude, l'estimation du nombre de patients atteints de démence en 2010 pourrait être de 800 000 dont 550 000 atteints de la maladie d'Alzheimer. [16]

b) Dans la région des Pays de la Loire :

Le nombre de personnes de plus de 65 ans souffrant de la maladie d'Alzheimer dans la région pouvait être estimé à près de 25 000 en 1999.

Estimation du nombre de cas prévalents de la maladie d'Alzheimer dans les
Pays de la Loire en 1999, parmi les personnes de plus de 65 ans

Tableau 6

	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 et plus	Total
Hommes	429	928	915	1150	1462	1148	6032
Femmes	581	1813	3111	2614	5173	5256	18548
Total	1010	2741	4026	3764	6635	6404	24580

Source: étude coopérative européenne (Lobo et al. 2000), INSEE

L'incidence régionale estimée est d'environ 6500 nouveaux cas par an.

Estimation du nombre de cas incidents de la maladie d'Alzheimer dans les
Pays de la Loire en 1999, parmi les personnes de plus de 65 ans

Tableau 7

	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans et plus	Total
Hommes	64	186	351	270	402	130	1403
Femmes	183	299	745	850	1512	1552	5141
Total	247	485	1096	1120	1914	1682	6544

Source: étude coopérative européenne (Fratiglioni et al. 2000), INSEE

Le taux d'incidence augmente avec l'âge, surtout après 75 ans, et est plus élevé chez la femme que chez l'homme.

Les estimations pour 2010 évaluent à 30 000 personnes de plus de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit une progression de 20%, avec une incidence d'environ 8000 nouveaux cas par an. [17]

c) Dans le département de la Loire-Atlantique :

De la même manière que précédemment, ces différents résultats ont été appliqués à la population de la Loire-Atlantique en 1999.

Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans atteints de la maladie d'Alzheimer a été estimé à 7 598, avec une incidence de 2 026 nouveaux cas par an en 1999.

Les estimations pour 2010 évaluent à 9 407 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit une progression de 23,8%, et une incidence de 2 560 nouveaux cas. [18]

En ce qui concerne le lieu de domicile, 60% des patients présentant une démence vit à domicile, contre 40% en institution. [17]

IV. Les aidants :

Les aidants sont des acteurs essentiels pour le maintien à domicile : il est rare que le seul recours à l'aide professionnelle permette le maintien à domicile d'une personne dépendante.

Parmi les personnes ayant un niveau de dépendance élevé, 5 à 10% seulement ne bénéficient que d'une aide professionnelle.

Selon une enquête de la C.N.A.V (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) menée dans le Doubs et en Loire-Atlantique en 1990, 50% des personnes âgées sévèrement dépendantes recevaient une aide exclusive de leurs proches.

La solidarité familiale ou de voisinage est un fait fréquent. Cette solidarité correspond également à des obligations légales qui naissent du lien familial : obligation de subvenir aux besoins vitaux des membres de sa famille dans le besoin ou obligation alimentaire du code civil et obligation d'apporter une aide matérielle aux membres de la famille qui ne peuvent pas pourvoir seuls aux actes de la vie quotidienne ou solidarité familiale de la jurisprudence.

Cette aide est apportée par :

- le conjoint lorsqu'il est encore vivant ;
- les enfants qui sont les principaux pourvoyeurs de l'aide (et surtout les filles et belles-filles) ;
- les petits-enfants ;
- les voisins en l'absence d'enfant ou en l'absence d'enfant habitant à proximité.

Le recours à une aide professionnelle est rarement exclusif et se fait la plupart du temps en complément d'une aide à domicile.

La réussite d'une politique de maintien à domicile est fortement conditionnée par l'aide de la famille et des proches.

Le soutien apporté par l'entourage représente une charge importante au plan matériel, ainsi qu'au plan affectif et psychologique, avec un retentissement indéniable sur la vie personnelle des aidants (retentissement familial, professionnel, cumul des tâches).

Il paraît donc essentiel de mettre en place et de développer des modalités spécifiques de soutien aux aidants familiaux, l'hébergement temporaire en est une. [19]

Chapitre 2

L'HEBERGEMENT **TEMPORAIRE**

I. Historique de l'hébergement temporaire

A. L'accueil saisonnier des ruraux âgés

Les premières résidences d'accueil temporaire sont apparues au cours des années soixante-dix. Elles sont plutôt implantées en milieu rural et elles visent un public spécifique qui est fragilisé notamment pendant la période hivernale.

La circulaire du 7 avril 1982 résume parfaitement la finalité de ces structures :

«Il s'agit le plus souvent de situation de réadaptation sociale, d'inadaptation du logement après un séjour hospitalier, de mauvais état ou d'inconfort de l'habitat pendant la période d'hiver, d'insécurité due à l'isolement géographique du domicile, de manque de transport ou d'autres moyens de liaison, particulièrement en milieu rural et zone de montagne. »

L'hébergement temporaire correspond majoritairement dans les années soixante-dix, et jusqu'à la fin des années quatre-vingt, à un accueil saisonnier. Les structures sont souvent implantées en milieu rural et s'apparentent de fait à de petites unités de vie. Le public est essentiellement valide. Il vient rechercher de meilleures conditions de vie durant la saison, avant de retourner à son domicile avec les beaux jours.

Parallèlement une clientèle existe pour les mois d'été, soit pour fuir la chaleur des villes, soit tout simplement pour prendre des vacances.

B. Un nouveau maillon pour le maintien à domicile

L'hébergement temporaire reste une formule marginale. Il est vrai que les besoins en établissements d'hébergement permanent sont importants. D'après une enquête réalisée par l'Union nationale interfédérale des œuvres sanitaires et sociales (Uniopss), il y avait, en 1987, environ 130 structures pour un total de 2000 places, implantées le plus souvent au sud de la Loire.

Les années quatre-vingt correspondent à la période de décentralisation. La préoccupation principale des départements est d'abord de résorber les listes d'attente en établissement.

Les conseils généraux ne sont pas forcément enclins à prendre des risques, d'autant qu'ils se savent jugés sur leur capacité à bien gérer un budget d'action sociale qui représente la moitié de l'ensemble des dépenses départementales.

Les besoins en hébergement temporaire ne sont pas objectivés en tant que tels. Les établissements bien implantés localement pratiquent, à la marge, un accueil temporaire pour quelques habitués. Ce type d'hébergement temporaire informel s'insère dans un établissement collectif. De ce fait, il représente un mode d'accueil peu risqué du point de vue gestionnaire qui est ainsi à l'abri du caractère aléatoire de l'activité.

Néanmoins, l'idée selon laquelle l'hébergement temporaire peut être un maillon du maintien à domicile fait son chemin. Il devient progressivement évident que la dichotomie du dispositif gérontologique entre d'un côté, l'hébergement collectif définitif, et de l'autre le maintien à domicile, perd de sa raison d'être. Un rapprochement entre ces deux pôles est jugé de plus en plus souhaitable pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Dans ce contexte, l'hébergement temporaire apparaît comme pouvant constituer ce maillon manquant.

C. Le droit au répit des familles

Un changement significatif est toutefois perceptible au tournant des années quatre-vingt. Plusieurs études confirment, en effet, que les familles ne délaissent pas leurs parents âgés. Au contraire, l'aide apportée est essentielle au maintien à domicile d'un certain nombre de personnes âgées qui ne parviennent plus à faire face, seules, aux actes de la vie quotidienne.

Ainsi l'hébergement temporaire se voit légitimé par une nouvelle fonction : l'aide aux aidants. De plus en plus, les études de besoin mettent en avant la nécessité pour les familles d'avoir des lieux relais pour pouvoir souffler et faire une pause quelque temps.

Ce tournant s'effectue parallèlement à la crise d'adaptation que rencontre les structures d'hébergement temporaire de première génération.

En effet, le profil des personnes âgées accueillies évolue : les ruraux âgés connaissent progressivement une amélioration de leurs conditions d'habitat et le développement des aides à domicile contribue à ce que les personnes valides ne recourent plus à l'accueil temporaire.

Bien que nous ne disposions d'aucune statistique, il est vraisemblable qu'un grand nombre de structures d'hébergement temporaire ont connu à cette époque des difficultés grandissantes pour préserver leur vocation initiale. Certaines ont vraisemblablement disparu, tandis que d'autres se sont adaptées ou se sont reconverties.

D. De l'hébergement temporaire à l'accueil temporaire

Une nouvelle génération de structures fait son apparition au cours des années quatre-vingt-dix. Il s'agit de projet à visée gériatrique. On s'éloigne ainsi des réhabilitations à moindre frais de bâtiments anciens pour concevoir des structures adaptées à l'accueil des personnes aidées habituellement par leur famille, donc peu valides.

Un autre phénomène est notable : les services d'aide à domicile en particulier les services de soins, s'impliquent dans la promotion et la gestion d'hébergements temporaires. Un certain nombre d'entre eux sont même à l'origine de structures existantes.

L'émergence de nouveaux projets a contribué à diffuser la notion "d'accueil temporaire", parallèlement à celle d'hébergement temporaire. Il devient progressivement évident que les séjours temporaires ne s'inscrivent plus nécessairement au sein du pôle 'hébergement collectif'. Ces initiatives démontrent que l'accueil temporaire ne débouche pas inéluctablement sur un hébergement définitif des personnes âgées.

Il existe aujourd'hui une diversité des profils d'accueil temporaire en France. Cette hétérogénéité peut s'analyser en fonction de l'ancienneté de la structure, de son implantation rurale ou urbaine, de ses finalités et du type de promoteur qui en est à l'origine. [20]

II. Cadre législatif de l'hébergement temporaire

A. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales:

L'ouverture d'une unité nouvelle et permanente doit être soumise à la procédure d'autorisation après avis de la Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales. [21]

B. Circulaire du 7 avril 1982 confirmée par une lettre du 23 décembre 1982 du secrétariat d'état chargé des personnes âgées

Cette circulaire constitue la première base réglementaire des établissements d'hébergement temporaire. Elle a été élaborée dans un contexte de politique sociale visant à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. [22] Elle fixe la réglementation, les objectifs ordonnés et les modalités de financement relatif à ce type de structure.

Elle vise "de nombreuses situations de précarité (qui) conduisent à des transferts en établissements d'hébergement collectif de personnes âgées ayant besoin d'un simple soutien temporaire. Ces personnes sont soit momentanément privées de l'aide familiale, ou du voisinage, soit contraintes pour des raisons médico-sociales, de quitter leur domicile, pendant une période limitée."

"des équipements d'hébergement temporaire peuvent assurer la sécurité affective et psychologique des personnes âgées. Ils permettent notamment d'éviter la rupture définitive, donc traumatisante, avec le domicile, d'éviter les hospitalisations non indispensables qui risquent de déstabiliser la personne âgée."

Elle indique par ailleurs qu' "il peut être recouru soit à la construction d'unités spécifiques, soit à la reconversion de bâtiments existants (structures hôtelières ou de villégiatures reconverties), par achat ou bail de longue durée. Dans tous les cas d'unité spécifique, la capacité devrait être de l'ordre de quinze à vingt chambres individuelles ou pour couples." [23]

La lettre ministérielle du 23 décembre 1982 fixe à trois mois la durée maximum de séjour dans ce type de structure. [21]

C. Arrêté du 13 mars 1985

Il situe l'accueil temporaire comme une réponse à l'inadéquation momentanée entre la personne âgée et son domicile. [22]

Il définit l'hébergement temporaire "comme l'accueil, limité dans le temps, dans des structures d'habitation autres que leur domicile, de personnes âgées, dont la situation est provisoirement précaire."

"Ce mode d'hébergement vise à éviter l'hospitalisation temporaire ou définitive des personnes âgées ou encore leur placement dans une institution spécialisée. A ce titre, il s'inscrit dans une politique de maintien à domicile." [24]

D. Circulaire du 7 avril 1992

Cette circulaire définit l'hébergement temporaire comme appartenant aux structures intermédiaires qui actuellement atténuent la dichotomie entre le maintien à domicile d'un sujet âgé et l'institution gérontologique en rompant la brutalité d'un passage à l'autre. [25]

E. Loi du deux janvier 2002 concernant la réforme de tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Instrument majeur de la politique sociale en faveur des personnes âgées dépendantes, cette réforme fait suite à une longue période de débats, propositions et études.

La réforme de la tarification repose sur la mise en œuvre de cinq principes :

1. La transparence des coûts visant à déterminer précisément les différentes composantes du coût total de la prise en charge et à imputer à chacun des financeurs des coûts ainsi clairement identifiés.

2. Le renforcement des financements, notamment ceux de l'assurance maladie (prise en charge des frais médicaux des résidents), en faveur des établissements les plus mal dotés.
3. La solidarité envers les personnes âgées dépendantes, avec l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), leur permettant d'acquitter le tarif dépendance de leur établissement.
4. La qualité, puisque les aspects tarifaires et gestionnaires de la réforme sont directement liés à l'amélioration des prestations proposées aux résidents.
5. Le partenariat, matérialisé par la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'Etat dans le département.

La mise en œuvre de ces principes se traduit par la mise en place, dans chaque établissement, d'une tarification ternaire, composée des éléments suivants :

- Hébergement
- Soins
- Dépendance

➤ La section hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations relatives à l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, l'entretien et l'animation de la vie sociale.

Ces différentes prestations n'ayant pas de lien direct avec le degré d'autonomie des résidents concernés, le tarif hébergement est donc identique pour les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort.

Il est arrêté par le président du conseil général si l'établissement est habilité à l'aide sociale, et acquitté par le résident, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale, avec participation du bénéficiaire, mise en œuvre de l'obligation alimentaire et récupération sur succession.

➤ La section soins

La section soins recouvre deux entités différentes :

1. Les soins de base ou de "nursing" qui regroupent les prestations paramédicales relatives aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie.

2. Les soins techniques comprenant l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents.

Seuls les soins de base ont un lien direct avec le degré d'autonomie de la personne concernée.

Ce tarif soins apporte une innovation par rapport au système précédent des forfaits soins : il permet de passer d'une logique forfaitaire, arbitraire par essence, à un financement au coût réel.

Le tarif soins est arrêté par le préfet ou par la direction de l'Agence régionale de l'hospitalisation (pour les services hospitaliers), et acquitté par l'assurance maladie.

➤ La section dépendance

Cette section, nouvellement créée, différencie désormais les composantes sociales et sanitaires de la dépendance. Elle recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance apportée aux personnes âgées, ayant perdu tout ou partie de leur autonomie, pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

Chaque établissement dispose de trois niveaux de tarif dépendance, correspondant au degré de perte d'autonomie du résident concerné, repéré selon son GIR (groupe iso-ressource).

Le tarif dépendance est arrêté par le président du conseil général, et acquitté par le résident mais couvert, dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire, par l' allocation personnalisée à l'autonomie pour les résidents classés dans les GIR 1 à 4 qui en font la demande.

Cette réforme va dissocier dans l'offre actuelle d'une part les structures d'hébergement ayant essentiellement pour vocation résidentielle qui accueillent principalement des personnes valides (ce qui est le cas de la majorité de logements-foyers) et d'autre part les EHPAD, qui hébergent une majorité de personnes âgées dépendantes, et qui sont les seules à être concernés par les conventions tripartites.

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) deviennent une nouvelle catégorie juridique d'établissement. Ils concernent les foyers logements, les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée des établissements de santé.

Prévue à l'origine le 31 décembre 2002, la date butoir pour signer la convention tripartite a été repoussée d'un an et s'impose pour tous les établissements privés et publics voués à recevoir des résidents dépendants.[26]

III. Les motifs d'admission en hébergement temporaire

A. Vacances de la famille

Il s'agit essentiellement des vacances d'été (juillet et août). Mais les vacances d'hiver et, plus globalement les vacances scolaires sont également évoquées.

Les vacances de la famille sont généralement les vacances des enfants. Bien que les familles aient fréquemment un rôle d'aidant vis-à-vis de leur parent âgé (voire de cohabitant), la prise en charge en accueil temporaire peut, outre sa fonction de relais des aidants, remplir un rôle de sécurisation et de déculpabilisation des enfants.

B. Soulagement de l'entourage

C. Attente d'une place en établissement

Il s'agit le plus souvent de l'attente d'une place en maison de retraite.

D. Essai de vie en établissement

L'accueil temporaire peut jouer un rôle de préparation psychologique à la vie en collectivité pour à terme demander un hébergement définitif. Ceci est un moyen de se préparer progressivement à un changement de vie et éviter une rupture brutale pouvant être mal vécue par la personne âgée et source de glissement.

E. Convalescence après une hospitalisation ou un traitement

L'accueil temporaire joue un rôle de maillon intermédiaire entre l'hôpital et le domicile. Il peut s'agir plus globalement d'un besoin de repos ou de convalescence.

F. Solitude, isolement, inconfort et froid

Ces motifs sont généralement liés à la période hivernale. C'est historiquement la première raison pour laquelle des structures d'hébergement temporaire ont été mises en place. Mais l'amélioration progressive des conditions de logement au fil des générations a entraîné une diminution de la période hivernale comme motif d'accueil en hébergement temporaire.

G. Vacances de la personne âgée

L'accueil temporaire est perçu comme un lieu de vie, et non pas une institution médicalisée. Ceci expliquant que certains gestionnaires mettent l'accent sur la convivialité de leur structure.

Il convient cependant de nuancer ce propos car les vacances de la personne âgée ne sont pas toujours librement consenties. Elles sont parfois liées aux vacances de la famille quand celle-ci a un rôle d'aidant.

Cependant les vacances sont parfois ressenties comme une nécessité pour la personne âgée résidant en milieu urbain, eu égard aux problèmes de canicule, de solitude et d'insécurité liés à certaines grandes villes.

H. Absence de l'aidant

Ceci concerne les cas d'accueil temporaire de personnes âgées dont l'aidant est contraint de s'absenter quelque temps pour des raisons autres que les vacances. Les situations peuvent être variées : maladie, hospitalisation et autres.

L'aidant peut être un aidant professionnel : vacances ou maladie de la garde à domicile par exemple.

I. Travaux dans le logement

La rénovation d'un logement ou son adaptation à la dépendance de la personne peut entraîner une demande d'hébergement temporaire.

J. Perte d'autonomie temporaire

Il est supposé que l'accueil temporaire d'une personne âgée en situation de perte d'autonomie dans une structure (par essence sécurisante) permettra à la personne de recouvrer son autonomie.

K. Rupture dans l'environnement

La rupture dans l'environnement correspond à des situations urgentes qui n'ont pu être anticipées faute d'une politique de maintien à domicile adéquate.

Beaucoup de situations de rupture, comme de perte d'autonomie temporaires, conduisent à orienter la personne âgée vers une hospitalisation via le service des urgences. [27]

Les principaux motifs de demande d'hébergement temporaire retrouvée dans la littérature concernent le soulagement des familles

Cette mission concrétise le droit au répit des familles qui ont en charge un sujet dépendant, surtout lorsqu'il s'agit d'une dépendance psychique. Il ne s'agit pas de pallier le désengagement voire l'abandon des familles, mais de prévenir le retrait, l'effondrement des solidarités familiales en proposant un accompagnement et un soutien circonscrits dans le temps. [28]

En effet, différentes études ont révélé avec force la situation difficile, épuisante et parfois douloureuse dans laquelle vivent des aidants naturels confrontés en permanence à l'incapacité physique et psychique de leur parent. La nécessité d'un temps pour souffler, pour marquer une pause et être déchargé temporairement aux plans matériel et psychologique est souvent nécessaire.

Si l'entourage familial "craque " au point d'envisager le placement définitif de son parent, c'est souvent parce qu'il ne peut compter sur un lieu accessible, géographiquement et financièrement, un lieu suffisamment convivial et chaleureux pour ne pas lui renvoyer une image morbide, qui lui permette de bénéficier, régulièrement et sans remord ni culpabilité, du répit que son bien-être et sa survie réclament.

Offrir périodiquement aux familles la possibilité d'apaiser ses tensions, leur permet sans doute d'envisager plus sereinement la perpétuation de leur présence vigilante aux côtés de leurs parents et conjoint âgés dépendants, de relever le seuil de tolérance aux situations de dépendance, et ainsi de favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible en reculant l'échéance de l'entrée en institution. [29]

Le meilleur des cas est de permettre un maintien à domicile jusqu'au décès de la personne âgée si cela est son choix, conformément à la chartre des droits et liberté de la personne âgée dépendante (annexe 6).

Cette charte a pour objectifs de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits :

Article 1 « Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. »

Article 2 : « Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. »

Article 4 : « Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes. »

Le rôle des familles, qui entourent leurs parents âgés dépendants à domicile, doit être reconnu. Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches notamment sur le plan psychologique. [30]

Le deuxième motif de demande d'hébergement temporaire très souvent évoqué, est l'attente d'une disponibilité de place dans l'établissement d'hébergement de son choix.

Il peut s'agir du même établissement que celui pratiquant l'hébergement temporaire, ou un autre.

On y rapproche les séjours motivés par un essai de vie en collectivité et la préparation à un hébergement définitif, ceci de façon à permettre une transition progressive entre le domicile et l'institution et une préparation psychologique pour la personne âgée.

Un troisième motif de demande d'hébergement temporaire fréquemment évoqué dans la littérature, est la "convalescence sociale".

Celle-ci permet à la personne âgée un temps de récupération après une hospitalisation et avant un retour à domicile, quand son état de santé ne justifie plus la présence dans un service de soins « aigus », mais qu'il reste néanmoins suffisamment précaire pour permettre un retour à domicile. Cette période de convalescence permet également, si nécessaire, de mettre en place les aides à domicile, ou de majorer celles existantes déjà, afin d'envisager un retour à domicile dans les meilleures conditions.

IV. Analyse quantitative de l'hébergement temporaire

Notre objectif est de recenser le nombre de places théoriquement disponibles en hébergement temporaire sur le territoire national, régional et départemental à partir des sources officielles.

Les données chiffrées sont issues du Fichier national des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), et correspondent aux lits ou places installés au premier janvier 2001. [31]

Nous avons obtenu le nombre de lits installés au premier janvier 2002, uniquement pour la région des Pays de la Loire, chiffres communiqués par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), par l'intermédiaire du document STATISS 2003. [32]

A. Sur le plan national

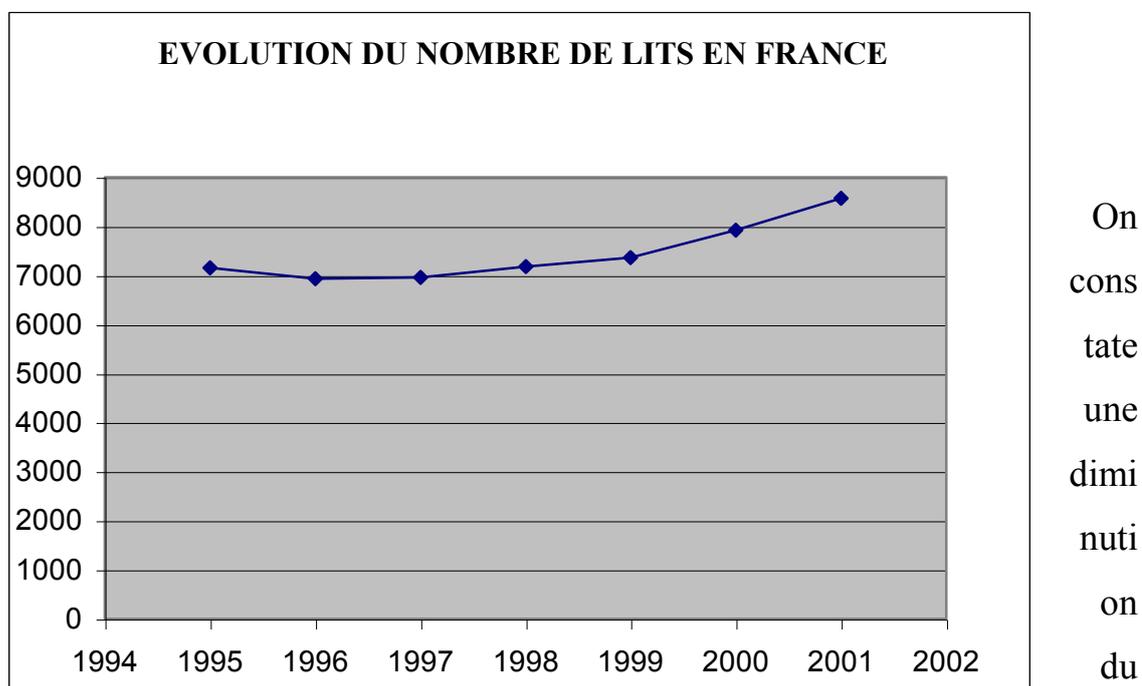
On dénombrait 8571 places en hébergement temporaire sur toute la France au premier janvier 2001.

Nombre de lits d'hébergement temporaire en France depuis 1995

Tableau 8

ANNEE	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
NOMBRE DE LITS	7152	6935	6954	7176	7366	7917	8571

Graphique 1



nombre de lits entre 1995 et 1997, puis une augmentation constante entre 1997 et 2001 de 23,2%.

B. Sur le plan régional

1) Toutes régions

Le tableau suivant nous permet de constater la répartition du nombre de lits d'hébergement temporaire par région.

Nombre de lits d'hébergement temporaire par région

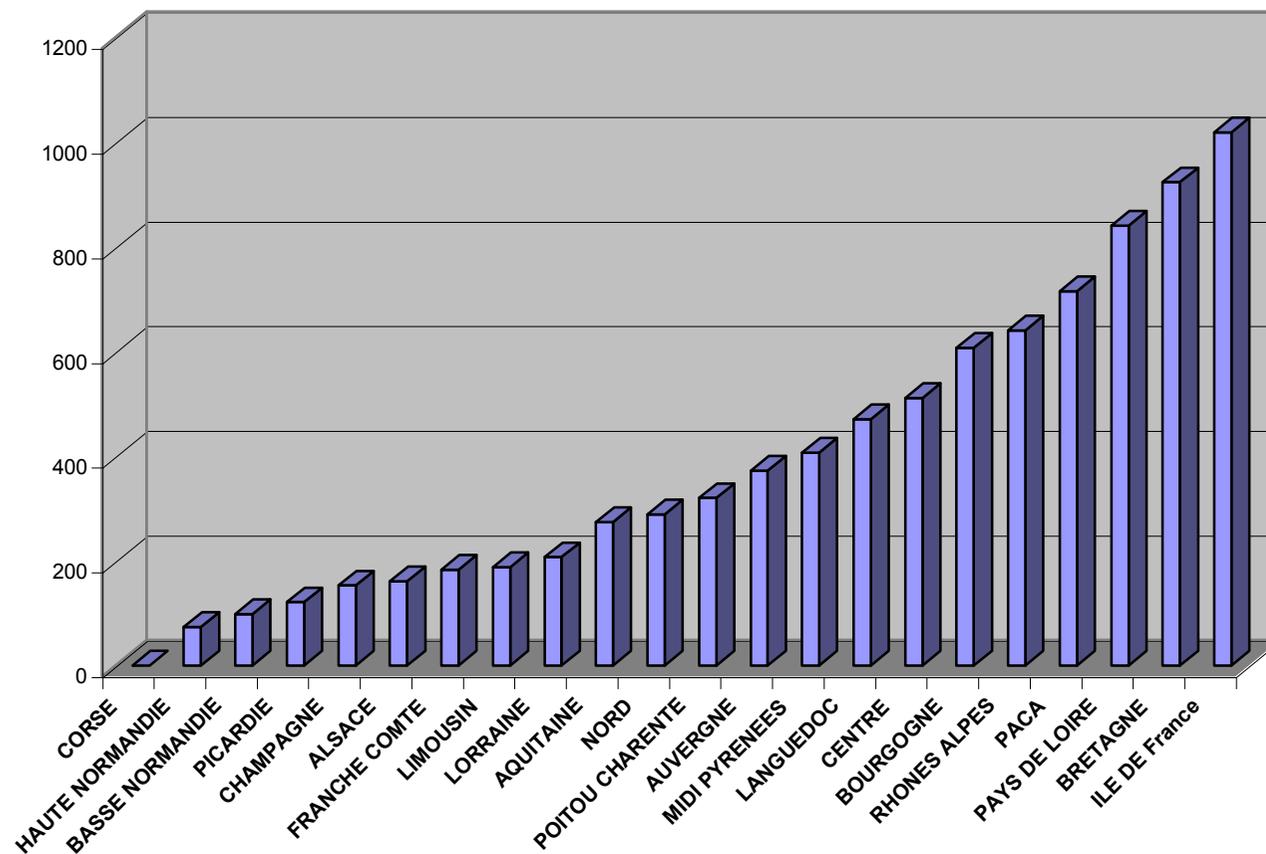
Tableau 9

REGIONS	NOMBRE DE LITS
CORSE	0
HAUTE NORMANDIE	74
BASSE NORMANDIE	98
PICARDIE	121
CHAMPAGNE	153
ALSACE	161
FRANCHE COMTE	183
LIMOUSIN	188
LORRAINE	207
AQUITAINE	274
NORD	289
POITOU CHARENTE	320
AUVERGNE	372
MIDI PYRENEES	407
LANGUEDOC	470
CENTRE	511
BOURGOGNE	607
RHONES ALPES	640
PACA	715
PAYS DE LOIRE	840
BRETAGNE	923
ILE DE France	1018
TOTAL	8571

En ce qui concerne les territoires et départements d'outre mer, seule La Réunion comptait 3 lits d'hébergement temporaire en 2001.

Graphique 2

NOMBRE DE LITS D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE PAR REGION



Il existe une inégalité importante en équipement de lits d'hébergement temporaire entre les différentes régions.

Les Pays de la Loire sont globalement bien pourvus par rapport aux autres régions et se situent en 2001 au troisième rang national après l' Ile de France et la Bretagne.

Les régions les moins bien dotés sont la Haute et Basse Normandie et la Picardie.

La Corse ne comptait en 2001 aucune place pour l'hébergement temporaire.

2) Cas particulier des Pays de la Loire

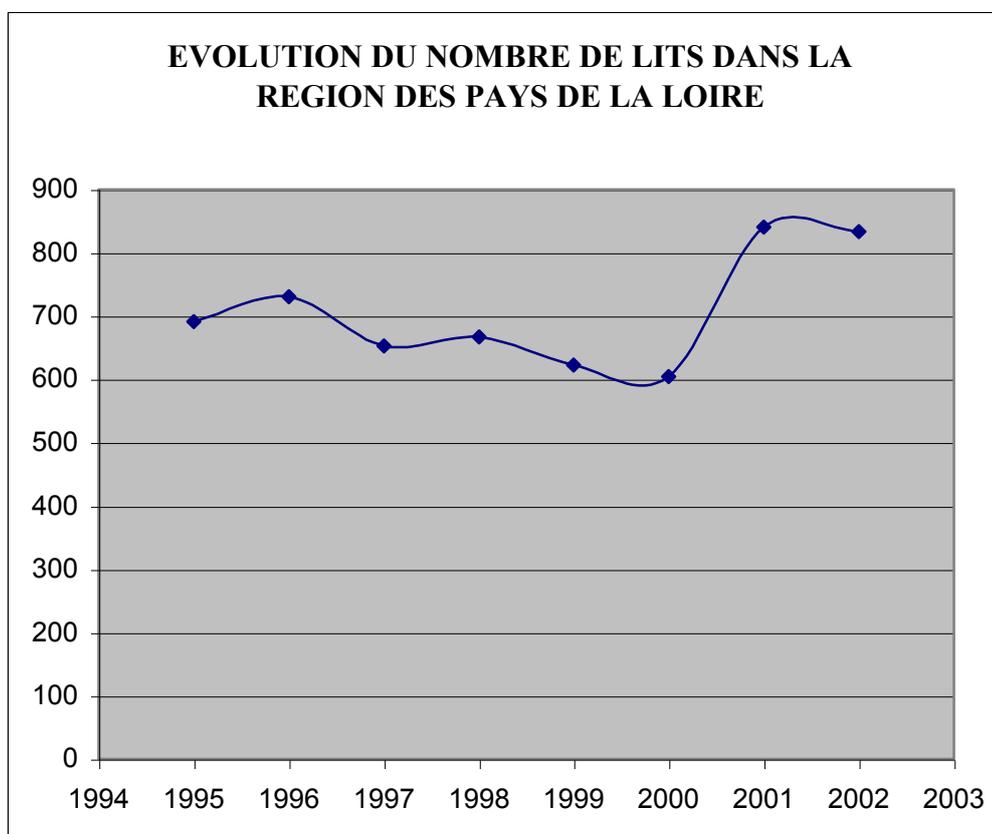
Avec 840 lits au premier janvier 2001, notre région se situe au troisième rang national. On constate cependant une petite régression sur l'année 2001, avec un nombre de places recensées au premier janvier 2002 de 833. Ne disposant pas des chiffres des autres régions à cette même date, nous ne pouvons comparer la situation des Pays de la Loire par rapport aux autres régions de France.

Nombre de lits d'hébergement temporaire dans les Pays de la Loire depuis 1995

Tableau 10

ANNEE	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE DE LITS	691	730	653	667	623	604	840	833

Graphique 3



Après une diminution entre 1996 et 2000, le nombre de lits augmente de manière significative, avec une croissance de 39% entre 2000 et 2001.

C. Au niveau départemental

Nous nous intéresserons plus particulièrement au département de la Loire-Atlantique, et comparerons les données avec les autres départements de la région : Maine et Loire, Vendée, Sarthe et Mayenne.

1) En Loire-Atlantique

Notre département recensait, au premier janvier 2002, 308 lits en hébergement temporaire.

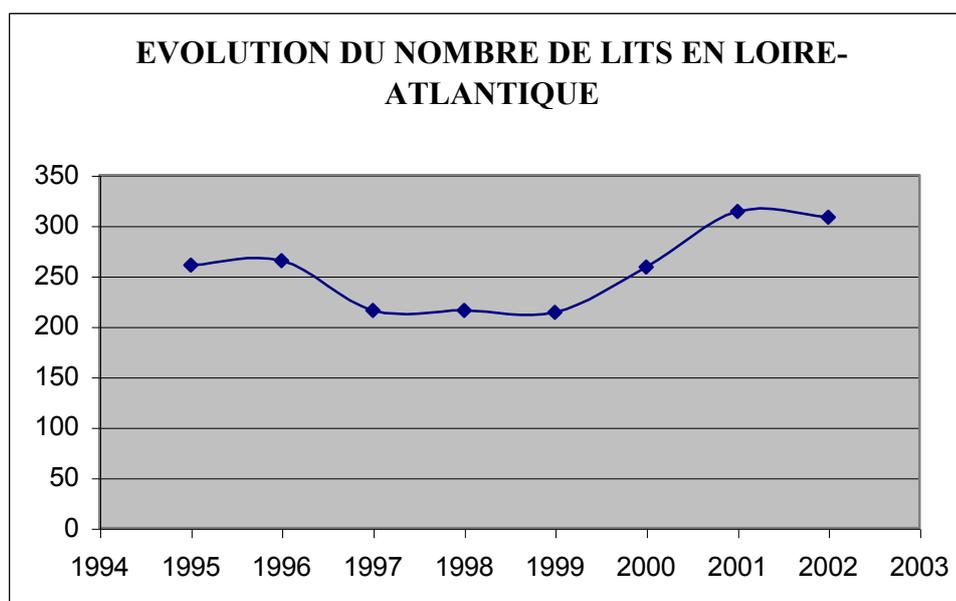
A titre indicatif, les maisons de retraite disposaient de 10539 places, les logements-foyers de 1718 places, et les sections de soins de longue durée de 1814 places.

Nombre de lits d'hébergement temporaire en Loire-Atlantique depuis 1995

Tableau 11

ANNEE	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
NOMBRE DE LITS	261	265	216	216	214	259	314	308

Graphique 4

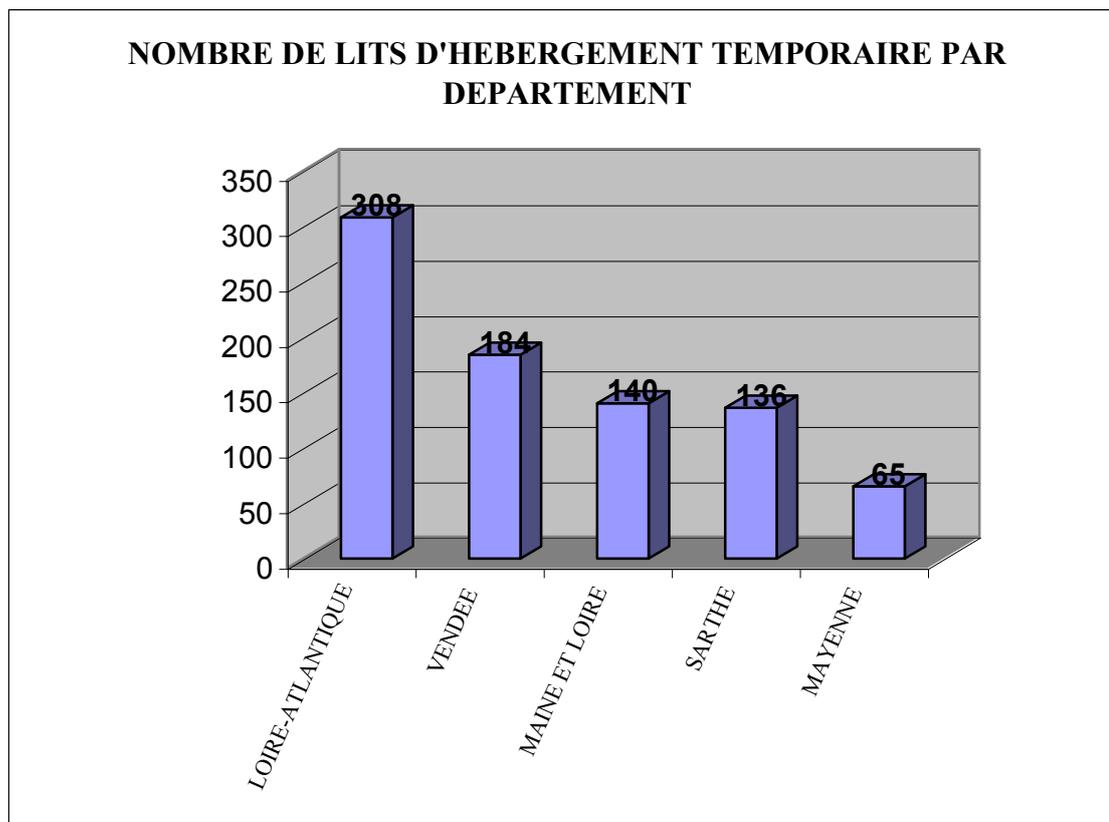


L'aspect de la courbe est globalement similaire à celle des Pays de la Loire : on retrouve une diminution du nombre de lits de 1996 à 1999, une augmentation à partir de 1999, avec une croissance de 46 % entre 1999 et 2001, puis une légère régression en 2002.

2) Dans les autres départements des Pays de la Loire

Au premier janvier 2002, le Maine et Loire recensait 140 places en hébergement temporaire, la Vendée 184, la Sarthe 136 et la Mayenne 65.

Graphique 5



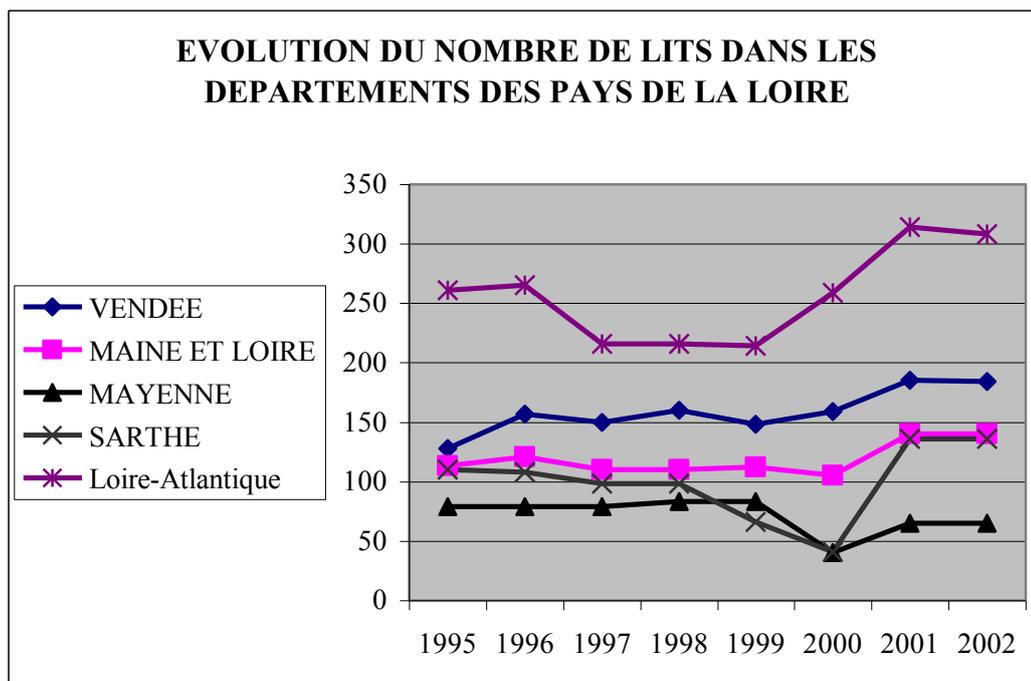
Il existe une différence notable entre les différents départements. En effet, La Loire-Atlantique est le mieux équipé; viennent ensuite la Vendée, le Maine et Loire et la Sarthe, avec un nombre de places sensiblement identiques; et enfin la Mayenne avec seulement 65 places.

Nombre de lits d'hébergement temporaire dans les autres départements de
la région depuis 1995

Tableau 12

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
VENDEE	128	157	150	160	148	159	185	184
MAINE ET LOIRE	113	121	110	110	112	105	140	140
MAYENNE	79	79	79	83	83	40	65	65
SARTHE	110	108	98	98	66	41	136	136

Graphique 6



La courbe d'évolution du nombre de lits en Loire-Atlantique apparaît sur le graphique précédent, permettant ainsi une meilleure comparaison entre les cinq départements de la région.

Notre département a toujours été le mieux équipé en places d'hébergement temporaire.

L'évolution à partir de l'année 2000 est similaire pour les cinq départements. On constate une majoration du nombre de lits entre 2000 et 2001, plus ou moins importante selon le département mais constante, puis une stagnation ou discrète régression entre 2001 et 2002. Cette évolution témoigne des efforts fournis par les pouvoirs publics pour développer ce type d'accueil.

3) Conclusion

Avec 308 place dans le département de la Loire-Atlantique en 2002, l'accueil temporaire reste une formule marginale dans l'hébergement des personnes âgées. Le rôle de ce type d'accueil est pourtant capital dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, physiquement ou psychologiquement.

Les pouvoirs publics semblent avoir pris conscience du réel intérêt de cette formule d'hébergement, comme en témoigne le projet de création de 3000 places supplémentaires au niveau national. [33]

Chapitre 3

L'HEBERGEMENT **TEMPORAIRE : ENQUETE** **TELEPHONIQUE**

I. Présentation :

A. Objectifs :

Les objectifs principaux de cette enquête téléphonique sont :

- recenser le nombre de lits d'hébergement temporaire réellement disponibles sur le département de la Loire-Atlantique;
- préciser les niveaux de dépendance acceptés dans ces différents établissements, selon l'outil AGGIR;
- essayer d'appréhender à travers la réforme de la tarification des EHPAD vue par les responsables d'établissements, les perspectives d'amélioration à moyen terme, sur le plan quantitatif, par une majoration du nombre de lits, ainsi que sur le niveau et le type de dépendance (physique et psychique) acceptés.

Les objectifs secondaires de cette enquête:

- préciser les durées de séjour;
- connaître les délais d'admission;

- déterminer les possibilités d'accueil en urgence et l'existence de lit(s) réservé(s) pour ce type d'accueil;
- aborder la politique de l'établissement par rapport à l'accueil de jour;
- préciser le caractère saisonnier ou non de l'hébergement temporaire;
- préciser la médicalisation de l'établissement;
- indiquer le prix de journée en hébergement temporaire;
- clarifier la politique de l'établissement quand à l'orientation à l'issue du séjour;
- souligner si les responsables d'établissements sont confrontés à des refus de la part des familles en raison d'un prix trop élevé.

B. Méthode

La liste définitive que nous avons retenue des établissements pratiquant l'hébergement temporaire dans le département de la Loire-Atlantique est issue du recoupement entre deux listes provenant de deux organismes différents : la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociale et le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA).[34]

Au total, nous avons retenu cinquante deux structures pratiquant ce type d'accueil. La liste et les coordonnées de ces établissements figurent en annexe 7.

Chaque responsable d'établissement a été soumis à un questionnaire téléphonique (annexe 8) comportant 12 questions :

1. le nombre de lit(s) réservé(s) à l'hébergement temporaire ;
2. la durée possible de séjour, du minimum au maximum ;
3. les délais d'admission ;
4. la possibilité d'accueil en urgence, et l'existence de lit(s) réservé(s) pour cette forme d'accueil ;
5. la possibilité d'accueil de jour dans ce même établissement ;
6. les périodes d'accueil : saisonnière ou toute l'année ;
7. les niveaux de dépendance acceptés selon la grille AGGIR ;
8. la médicalisation de l'établissement ;
9. le prix de journée ;

10.l'orientation à l'issue du séjour en hébergement temporaire : retour à domicile ou hébergement définitif ;

11.les perspectives d'évolution pouvant être envisagées à moyen terme, à travers la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, à savoir une majoration du nombre de lits et/ou la prise en charge de personnes âgées plus dépendantes ;

12.la confrontation à un refus de la personne âgée ou de la famille en raison d'un coût trop élevé.

II. Résultats de l'enquête téléphonique

Les résultats de cette enquête apparaissent dans les treize tableaux suivants

Tableau 1 :

	Maison de retraite <i>MON REPOS</i> AIGRFEUILLE/MAINE	Résidence le <i>MOULIN DE SOLINE</i> BASSE-GOULAINÉ	
Nombre de lits d' hébergement temporaire	1	2	
Durée possible minium: maximum:	1 jour 3 mois	pas de durée limite	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	non non	non non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	non	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 5-6 GIR 4 exceptionnellement	GIR 1-2-3-4-5-6	
Médicalisation:	oui	oui	
Prix de journée:	41,17 E	44,16 E	
	surcoût dépendance pour GIR 4		sur
Orientation à issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui non	non oui	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	non non	ne se prononce pas non	
Refus des familles pour coût trop élevé	oui	non	

Tableau 2 :

	Résidence du <i>SOLEIL</i>	BTP <i>RETRAITE</i>	
	LA BERNERIE EN RETZ	BOUGUENNAIS	
Nombre de lits d'hébergement temporaire	1	3 (2 chambres)	
Durée possible minium: maximum:	1 mois 3 mois	2 jours 1 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	non non	non non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	non	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulants"	GIR 5-6	
Médicalisation	oui	non	
Prix de journée	39,48 E	33,33 E	
Orientation à issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	 non oui	 oui non	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	 non non	 oui non	
Refus des familles pour coût trop élevé	absence de réponse	absence de réponse	abs

Tableau 3 :

	M.A.P.A du <i>PLOREAU</i>	Résidence <i>LE PRIEURE</i>	
	LA CHAPELLE/ERDRE	CORDEMAIS	
Nombre de lits d'hébergement temporaire	3	1	
Durée possible minimum: maximum:	variable	1 jour 2mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	oui	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6	GIR 1-2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulants"	
Médicalisation	oui	oui	
Prix de journée	41,42 E	31,49 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile hébergement définitif	non oui	oui non	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes	non	ne se prononce pas ne se prononce pas	
Refus des familles pour coût trop élevé	non	absence de réponse	

Tableau 4 :

	Résidence SAINT LOUIS GENESTON	Hébergement temporaire LA CHARMILLE GETIGNE	Lo LE
Nombre de lits d'hébergement temporaire	1	10	
Durée possible minimum: maximum:	8 jours 4 mois	3 jours 3 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	non non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	oui	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulants"	GIR 4-5-6	
Médicalisation	oui	non	
Prix de journée	36,33 E plus surcoût dépendance	48,28 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	oui oui	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes	non non	ne se prononce pas oui	ne s ne s
Refus des familles pour coût trop élevé	non	non	

Tableau 5 :

	Foyer <i>LA PERRIERE</i>	Résidence <i>LE VERGER</i>	
	HERIC	MAUVES/LOIRE	
Nombre de lits d'hébergement temporaire	3	5	
Durée possible minimum: maximum:	3 semaines 3 mois	2 semaines 3 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	non	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 3-4-5-6	GIR 1-2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulants"	C
Médicalisation	oui	oui	
Prix de journée	36,52 E	39,12 E	G G G
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui non	oui oui	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes	ne se prononce pas ne se prononce pas	ne se prononce pas envisagé	ab ab
Refus des familles pour coût trop élevé	non	absence de réponse	

Tableau 6 :

	Résidence <i>LA CHEZALIERE</i>	M.A.P.A.D <i>LA HAUTE MITRIE</i>	
	NANTES	NANTES	
Nombre de lits d'hébergement temporaire	10	1	
Durée possible minimum: maximum:	2 semaines 3 mois	1 mois 6 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	non	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6	GIR 6	C
Médicalisation	oui	non	
Prix de journée	73,18 E	41,38 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	oui non	
Réforme de tarification majoration du nombre de lits prise en charge de personnes plus dépendantes:	ne se prononce pas ne se prononce pas	ne se prononce pas ne se prononce pas	
Refus des familles pour coût trop élevé	oui	non	

Tableau 7 :

	Maison de <i>PIRMIL</i> NANTES	Séjour temporaire de <i>PROCE</i> NANTES	M
Nombre de lits d'hébergement temporaire	3	21	
Durée possible minimum: maximum:	2 semaines 4 semaines	3 jours 3 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année : saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	non	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6	GIR 5-6 exceptionnellement GIR 4	
Médicalisation	oui	non	
Prix de journée	GIR 1-2: 60,48 E GIR 3-4: 53,94 E GIR 5-6: 47,39 E	45 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui non	oui oui	
Réforme de tarification majoration du nombre de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	absence de réponse absence de réponse	oui oui	
Refus des familles pour surcoût	absence de réponse	oui	

Tableau 8 :

	Foyer d'accueil <i>LA RESIDENCE</i> NANTES	Résidence <i>NOTRE DAME DE</i> <i>CHARITE</i> NANTES	
Nombre de lits d'hébergement temporaire	1	1	
Durée possible minimum: maximum:	1 semaine 3 mois	1 mois pas de durée limite	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	non non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	oui	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulant"	GIR 5-6	
Médicalisation	non	non	
Prix de journée	non communiqué	41,22 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	oui oui (fréquemment)	
Réforme de tarification majoration de lits prise en charge de personnes plus dépendantes	oui oui	non non	
Refus des familles pour surcout	non	non	

Tableau 9 :

	Résidence <i>LE BOIS FLEURI</i> NORT/ERDRE	Résidence de <i>LA COTE D'AMOUR</i> PORNICHET	
Nombre de lits d'hébergement temporaire	1	1	p
Durée possible minimum: maximum:	1 jour 3 mois	1 mois 3 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	oui	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulants"	GIR 6	
Médicalisation	oui	non	
Prix de journée	GIR 1-2: 49,78 E GIR 3-4: 43,89 E GIR 5-6: 38 E	41,78 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	oui non	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	oui oui	ne se prononce pas non	
Refus des familles pour surcout	oui	non	

Tableau 10 :

	Maison de retraite <i>LA TANIÈRE</i> REZE	Résidence <i>LES BIGOURETTES</i> SAINT HERBLAIN	Maiso <i>BO</i> SA
Nombre de lits d'hébergement temporaire	1	1	
Durée possible minimum: maximum:	1 jour 3 mois	3 mois 6 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	oui	oui	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulants"	GIR 4-5-6	
Médicalisation	non	non	
Prix de journée	34,83 E plus surcôt dépendance	52 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	oui oui	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	oui oui	non non	ne s ne s
Refus des familles pour surcôt	non	non	

Tableau 11 :

	Résidence <i>LA TOUR DU PE</i> SAINT JEAN DE BOISEAU	Résidence de la <i>BRIERE</i> SAINT LYPHARD	S.
Nombre de lits d'hébergement temporaire	pas de lit réservé	1	
Durée possible minimum: maximum:	1 mois 3 mois		
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	non	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 3-4-5-6	GIR 4-5-6	
Médicalisation	non	oui	
Prix de journée	GIR 3-4: 52 E GIR 5-6: 46,10 E	39,19 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	non oui	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	non non	non non	
Refus des familles pour surcoût	non	non	

Tableau 12 :

	Centre hospitalier SAINT NAZAIRE	Maison de retraite <i>VICTOR ECOMARD</i> SAINTE PAZANNE	Mai SA St PHIL
Nombre de lits d'hébergement temporaire	9	6	
Durée possible minimum: maximum:	2 jours 1 mois	2 semaines pas de durée maximum	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	oui	non	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 1-2-3-4-5-6	GIR 4-5-6	GIR
Médicalisation	oui	oui	
Prix de journée	52, 29 E plus surcoût dépendance	39,22 E	
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	oui oui	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	non	non non	
Refus des familles pour surcoût	oui	oui	

Tableau 13 :

	Résidence des <i>SAVARIERES</i> St SEBASTIEN/LOIRE	Résidence <i>LES BRUYERES</i> TREILLIERES	Ma <i>LES</i>
Nombre de lits d'hébergement temporaire	1	pas de lit réservé	
Durée possible minimum: maximum:	1 mois 6 mois	2 jours 3 mois	
Accueil en urgence: Lit(s) réservé(s):	oui non	oui non	
Période d'accueil toute l'année: saisonnier:	oui non	oui non	
Accueil de jour	non	oui	
Niveaux de dépendance selon grille AGGIR	GIR 3-4-5-6	GIR 2-3-4-5-6 sauf les "déments déambulants"	C sau d
Médicalisation	oui	oui	
Prix de journée	GIR 3-4: 52 E GIR 5-6: 46,10 E	53,50 E	no
Orientation à l'issue du séjour retour à domicile: hébergement définitif:	oui oui	oui oui	
Réforme de tarification majoration de lits: prise en charge de personnes plus dépendantes:	non oui	ne se prononce pas ne se prononce pas	
Refus des familles pour surcoût	non	oui	

III. Synthèse

A. Nombre de lits :

Le nombre total de places réservées pour l'hébergement temporaire, recensées à l'issue de cette enquête téléphonique, est de 160 pour 48 établissements répartis sur le département de la Loire-Atlantique (pour mémoire 308 places disponibles selon les sources officielles).

Cependant, il faut noter qu'un certain nombre d'établissements ne possèdent pas de lits réservés pour ce type d'accueil, mais acceptent, selon leurs disponibilités, d'héberger des personnes âgées résidant généralement dans la même commune, sur des lits initialement réservés à un hébergement définitif, mais restés vacants. C'est le cas pour quatre établissements : résidence "Les Bruyères" à Treillières, maison de retraite "La Tour du Pé" à Saint Jean de Boiseau, résidence "Quietus" à La Baule et "Le refuge des cheminots" à Pornichet. Ce dernier établissement dispose en moyenne d'une vingtaine de lits disponibles pour l'hébergement temporaire, chiffre pouvant varier selon les saisons.

Sur les 48 établissements contactés, seuls deux sont exclusivement consacrés à ce type d'accueil :

- hébergement temporaire "La Charmille" à Gétigné, disposant de 10 lits
- séjour temporaire de Procé à Nantes, proposant 21 places

Ces deux résidences ne sont pas complètement autonomes. Elles sont rattachées à une structure déjà existante (maison de retraite).

En ce qui concerne les 46 autres établissements, l'accueil temporaire représente une activité plus ou moins marginale, avec un nombre de places variant de 1 à 10.

La résidence "Fleur de sel" rattachée au centre hospitalier de Guérande dispose de 4 places, réparties sur 4 unités différentes :

- 1 lit en maison de retraite
- 1 lit soin de longue durée
- 1 lit dans l'unité des "désorientés légers"
- 1 lit dans l'unité des "désorientés profonds"

B. Durée du séjour :

La durée de séjour oscille entre un minimum d'une nuit ou d'une journée, et un maximum de 6 mois. Rappelons que la circulaire du 13 mars 1983 fixait à trois mois la durée maximum de ce type d'hébergement.

Seuls 10 établissements acceptent un séjour minimum d'une journée.

Quatre établissements ne fixent aucune limite de temps, ni minimum ni maximum, au séjour de leurs pensionnaires.

Deux établissements ne fixent pas de durée de séjour maximum, mais fixent une durée minimum.

C. Les délais d'admission :

Cette question n'apparaît pas sur les tableaux car aucun établissement n'a pu y répondre de manière précise.

Les délais d'admission sont variables selon les disponibilités : courts si un lit est disponible, plus longs si celui-ci est déjà occupé par un résident.

D. L'accueil en urgence

L'objectif de cette question est de déterminer les possibilités d'accueil à très courte échéance, lorsque les familles sont confrontées à des situations de crise nécessitant une prise en charge urgente, et afin d'éviter une hospitalisation non justifiée.

Quarante établissements sur les cinquante deux contactés acceptent d'accueillir des personnes âgées dans des délais très brefs, mais aucun ne dispose de lit réservé.

E. La période d'accueil :

La quasi totalité des établissements accueille les personnes âgées tout au long de l'année. Seule une résidence pratique ce type d'hébergement de manière saisonnière et uniquement l'été. Il s'agit de la résidence "Quietus" à La Baule

F. L'accueil de jour

Seize établissements proposent un accueil de jour parallèlement à l'hébergement temporaire.

G. Dépendance :

L'intérêt est de déterminer, pour chaque groupe iso-ressources, le nombre de places réservées, recensées lors de cette enquête :

□ Groupe 6 :

Il regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

Le nombre de places réservées pour l'accueil temporaire, en Loire-Atlantique, est de 158.

□ Groupe 5 :

Les personnes de ce groupe assurent seules leurs transferts et les déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une surveillance ponctuelle et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le nombre de places disponibles recensées est de 155.

□ Groupe 4 :

Il est constitué de deux sous-groupes :

➤ Ceux qui n'assument pas seuls leurs transferts, mais qui, une fois levés, ont des activités de déplacement à l'intérieur du logement et qui par ailleurs doivent être aidés ou stimulés pour la toilette, l'habillement et dont la presque totalité s'alimentent seuls.

➤ Ceux qui n'ont pas de problème locomoteur mais qu'il faut aider pour les activités corporelles y compris pour les repas.

Le nombre de lits recensés est de 114.

Deux établissements acceptent d'accueillir exceptionnellement des personnes âgées appartenant au GIR 4 :

- Maison de retraite « Mon Repos » à Aigrefeuille sur Maine
- Séjour temporaire de Procé à Nantes.

Le nombre de places disponibles dans ces deux résidences n'a donc volontairement pas été comptabilisé.

□ Groupe 3 ;

Il s'agit essentiellement des personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais nécessitant quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ils n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination urinaire et fécale. Ils ne nécessitent pas une surveillance continue.

Le nombre de lits réservés est de 87.

□ Groupe 2 :

Deux sous-groupes composent le groupe 2 :

➤ Les "grabataires lucides", dont les fonctions mentales ne sont pas altérées, mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. La plupart n'assurent pas seules tout ou partie de l'hygiène de l'élimination, de la toilette, de l'habillage et de l'élimination. Ceux-ci nécessitent une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit.

Le nombre de places réservées est de 81.

➤ Les "déments déambulants" ou les détériorés mentaux graves qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles, effectuées le plus souvent après stimulation. La conservation de leur activité locomotrice induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

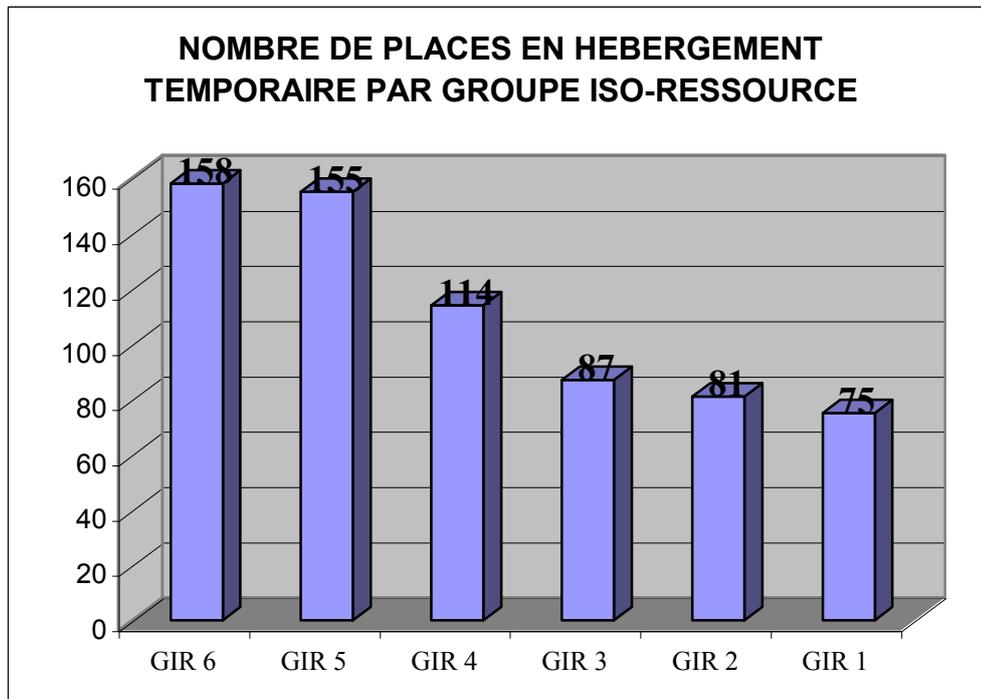
Le nombre de lits disponibles pour ce sous-groupe est de 58.

□ Groupe 1 :

Il s'agit de personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice, et sociale, et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le nombre de lits est de 75.

Graphique 7



Il existe une inégalité du nombre de places disponibles selon le niveau de dépendance. L'offre passe du simple au double entre le GIR 1 et le GIR 6.

Il est également intéressant de noter que le potentiel d'accueil des "déments déambulants", appartenant au groupe iso-ressource 2, est inférieur à celui du GIR 1.

H. Médicalisation :

Trente-deux établissements sont médicalisés.

I. Prix de journée :

Les prix de journée sont variables selon les établissements : de 31,49 Euros pour la résidence "Le Prieuré" à Cordemais, à 80 Euros pour la résidence "Le Parc de Diane" à Nantes.

Certains établissements nous ont communiqués leur tarif comprenant toutes les prestations, d'autres nous ont transmis des prix hors surcoût dépendance, celle-ci n'étant pas toujours communiquée.

J. L'orientation à l'issue du séjour :

Deux orientations sont possibles à l'issue du séjour en hébergement temporaire :

- Un retour à domicile

- Un passage en hébergement définitif, dans le même établissement ou dans une autre résidence.

Rappelons toutefois que la philosophie de l'hébergement temporaire s'inscrit dans une politique de maintien à domicile, tout en atténuant la dichotomie entre le maintien à domicile et l'hébergement définitif.

Sur les 48 établissements disposant de lits réservés pour l'accueil temporaire, seulement 15 s'inscrivent dans une logique de maintien à domicile, avec un retour dans leur foyer systématique pour tous les résidents. Ceux-ci représentent 31 places.

A l'inverse, 5 établissements utilisent les lits d'hébergement temporaire, soit 8 places au total, pour une transition secondairement vers un hébergement définitif. Ces lits sont donc détournés de leur fonction première et constituent l'antichambre de l'institutionnalisation.

Pour les 32 établissements restant, l'orientation à l'issue du séjour est mixte : retour à domicile ou hébergement définitif.

K. La réforme de la tarification :

L'objectif est d'essayer d'appréhender à travers la réforme de la tarification les possibilités d'évolution de l'hébergement temporaire :

- par la majoration du nombre de lits

- par l'acceptation de niveaux de dépendance plus élevés

Douze établissements n'ont pu répondre à ces deux questions.

Sept établissements sur les cinquante-deux contactés envisagent de majorer le nombre de places d'hébergement temporaire.

Parmi les quatre résidences acceptant des pensionnaires en accueil temporaire sur des lits d'hébergement définitif, aucune n'envisage de créer des lits réservés exclusivement au temporaire.

Dix établissements envisagent par l'intermédiaire de cette réforme de prendre en charge des résidents présentant des niveaux de dépendance plus élevés que ce qui était jusqu'à présent accepté.

L. Refus pour coût élevé :

Nous avons précédemment évoqué les prix de journée en hébergement temporaire et constatés que ceux-ci étaient variables, de 31,5 Euros à 80 Euros.

Nous souhaitons savoir si les responsables d'établissements étaient confrontés à un refus des familles en raison d'un coût trop important.

Sept établissements, soit 14%, n'ont pu nous renseigner.

Vingt-neuf établissements, soit 56%, nous ont avoués ne pas avoir rencontré de frein financier à une demande d'hébergement temporaire.

Seize résidences, soit 30%, ont reconnu que le prix pouvait être un obstacle.

Chapitre 4

Discussion

I. Les limites :

A. Nature du questionnaire :

Nous avons volontairement opté pour un questionnaire téléphonique, et non postal. Ceci nous a permis d'obtenir les réponses plus rapidement et surtout d'atteindre un taux de réponses optimum. La totalité des établissements interrogés ont répondu à notre questionnaire, soit un taux de réponse de 100%.

Ce questionnaire comportait sept items à réponses fermées (oui ou non) visant à dégager l'attitude générale de l'établissement pour chaque question, mais dans un certain nombre de cas, les responsables d'établissements nous ont avoué adapter leur offre en fonction des besoins des résidents et de la famille, faisant ainsi preuve d'une certaine souplesse et d'une adaptation individuelle.

Les résultats présentés sont donc d'avantage le reflet d'une tendance générale et ne constituent pas toujours un cadre rigide dans le lequel la personne âgée doit se fondre pour pouvoir prétendre à un séjour dans la structure concernée.

B. Qualité des réponses :

De manière à obtenir les réponses les plus précises et les plus justes possibles, nous nous sommes efforcés de joindre les responsables d'établissements. Dans la grande majorité des cas, ceux-ci ont accepté de nous répondre, dans les cas contraires (vacances, indisponibilité ou tout simplement refus) ce questionnaire a été rempli par du personnel administratif ou soignant ne disposant pas nécessairement des mêmes informations.

Ceci a donc pu nuire à la qualité des informations recueillies, essentiellement en ce qui concerne la politique de l'établissement par rapport à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

C. Recensement des établissements pratiquant l'hébergement temporaire :

Le recensement des établissements pratiquant l'hébergement temporaire s'est effectué à partir de deux sources différentes : la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et le CODERPA (Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées).

Certains établissements recensés dans une liste ne figuraient pas dans la seconde et inversement.

Ceci nous laisse donc penser que des établissements concernés par cette étude aient pu être occultés. De ce fait, le nombre de places réservées pour l'hébergement temporaire recensées à l'issue de cette étude reste probablement une valeur approximative et non une donnée exhaustive. Au terme de notre enquête, nous avons recensé 160 places réservées pour l'hébergement temporaire en Loire-atlantique.

D. Evaluation du nombre de personnes âgées dépendantes:

Pour tenter d'estimer le nombre de personnes âgées dépendantes, nous nous sommes intéressés à deux études: l'enquête handicaps, incapacités, dépendance et l'étude coopérative européenne, dont les résultats ont été appliqués secondairement à la population française.

Pour ces deux études, les chiffres que nous sommes parvenus à obtenir concernant la population âgée dépendante datent de 1999. Nous ne sommes parvenus à obtenir de données plus récentes, et compte tenu du vieillissement de la population, nous pouvons légitimement penser que dans ce cas là également nous sous évaluons très probablement le nombre de personnes âgées dépendantes à l'heure actuelle.

En ce qui concerne l'évaluation des personnes âgées atteintes de démence en Loire-Atlantique, les résultats présentés correspondent à une estimation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 1999, soit 7 598 personnes.

La maladie d'Alzheimer ne représentant pas la totalité des pathologies démentielles, nous sous évaluons là aussi le nombre de personnes âgées atteintes de troubles psychiques.

Rappelons que selon les résultats de l'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance, que nous avons appliqué secondairement à la population de la Loire-Atlantique, environ 12 000 personnes âgées de plus de 60 ans seraient dépendantes pour les activités de la vie quotidienne du fait de troubles psychiques en 1999.

II. Les résultats:

A. Nombre de places d'hébergement temporaire:

Le nombre de places d'hébergement temporaire disponibles sur le département de la Loire-Atlantique que nous avons recensé à l'issue de cette étude est de 160, pour 48 établissements. Selon les sources officielles, le nombre de places disponibles est de 308.

Comme énoncé précédemment dans les limites, notre méthode de recensement peut être à l'origine d'une sous évaluation en ayant occulté des établissements concernés par cette étude.

Par ailleurs, une distinction doit être faite entre le nombre de places réservées spécifiquement pour l'hébergement temporaire et le nombre de places potentielles de cette forme d'accueil.

En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, un certain nombre d'établissements ne disposent pas de lits réservés mais acceptent d'accueillir des personnes âgées pour une durée limitée sur des lits d'hébergement définitif.

Quatre structures de notre étude pratiquent ce type d'accueil.

Pour recenser les établissements acceptant de faire du temporaire sur des lits définitifs, il aurait fallu contacter la totalité des résidences pour personnes âgées. Ceci aurait été fastidieux et ne nous aurait pas permis de chiffrer l'offre potentielle puisque ces établissements accueillent les personnes âgées sur des lits définitifs restés vacants et dont le nombre est bien évidemment aléatoire et donc difficile à évaluer.

Cette distinction nous amène à une sous-estimation probable de l'offre potentielle des places en hébergement temporaire, et peut être une explication supplémentaire à la différence notable entre le résultat de notre étude (160) et le chiffre communiqué par les organismes officiels (308).

B. Durée possible de séjour en hébergement temporaire:

La durée de séjour varie entre en minimum d'une nuit ou d'une journée et un maximum de 6 mois.

Sur les 52 établissements interrogés, seuls 10 acceptent un séjour minimum d'une journée.

Beaucoup de responsable estiment que l'entrée en hébergement collectif peut être traumatisante et déstabilisante pour une personne âgée, et qu'un séjour trop court ne permettra pas au résident de s'adapter à ce nouveau lieu de vie, conditionnant ainsi la qualité du séjour.

Il existe également une autre raison d'ordre logistique pour laquelle ces très courts séjours ne sont pas acceptés par les responsables d'établissements, et pas toujours clairement énoncée par ces derniers. En effet, plus les séjours sont courts, plus le turn over des résidents est élevé, ceci entraînant une charge de travail supplémentaire pour le personnel, souvent déjà en nombre insuffisant.

Une troisième raison d'ordre financier peut expliquer également le peu d'offre pour de très courts séjours. L'hébergement temporaire est un mode d'accueil aléatoire, avec un taux de remplissage pas toujours optimum, un passage très bref par un résident ne s'ensuit pas forcément d'une nouvelle occupation immédiate, laissant ainsi un lit vacant pour quelques jours ou semaines jusqu'à la venue d'un nouveau résident. Ce lit aura donc un coût mais ne rapportera rien à l'établissement.

A l'inverse, si l'établissement exige des durées de séjour minimum plus longues, il s'assure ainsi de l'occupation des lits de manière plus prolongée et d'une meilleure rentabilisation.

Nous regrettons que peu de structures n'acceptent d'accueillir des personnes âgées pour des durées très brèves. En effet, il nous semble important de permettre aux aidants familiaux de s'octroyer de brèves pauses dans leur sacerdoce, en plus des congés, ceci étant à notre sens un gage de pérennisation de leur dévouement, tout en permettant d'assurer la sécurité matérielle de la personne âgée.

Quatre établissements de notre étude ne fixent aucune limite de temps au séjour de leurs pensionnaires.

Il s'agit en fait de personnes âgées en attente de place en hébergement définitif. La fonction première de l'accueil temporaire est alors détournée au profit de l'hébergement définitif. Cette situation présente pour les gestionnaires un avantage certain : turn over moins important, ayant une répercussion en terme de charge de travail, et surtout atténuation du côté aléatoire de cette activité avec le maintien d'un taux de remplissage le plus élevé possible, ces lits restant occupés plus longtemps que pour un simple hébergement temporaire.

Très souvent, les séjours peuvent être renouvelés au cours de l'année, jusqu'à deux à trois fois.

C. Les délais d'admission:

Aucun responsable d'établissement n'a pu nous renseigner de manière précise sur les délais d'admission.

Ces délais sont bien évidemment variables selon les disponibilités: courts lorsqu'un lit est disponible, plus longs si les lits sont déjà occupés par des résidents.

Ces délais sont également conditionnés par le potentiel de l'offre. En effet, plus le nombre de lits disponibles pour cette forme d'accueil est conséquent, plus les délais peuvent être réduits, à condition que la philosophie initiale de l'hébergement temporaire soit respectée, à savoir un retour à domicile.

Quelques responsables d'établissements ne souhaitent pas cependant accueillir un résident du jour au lendemain lorsque la place est disponible. Ils considèrent en effet que l'entrée en établissement collectif doit être préparée même pour une durée limitée, et qu'un entretien préalable est nécessaire de manière à s'assurer de la motivation du futur résident ainsi que de la famille, suivi éventuellement d'une période de réflexion de quelques jours.

Il nous paraît important cependant de faciliter l'admission en hébergement temporaire, et permettre une entrée rapide, essentiellement lorsque l'aidant est confrontée à une situation de crise, ne pouvant être anticipée, et ne lui

laissant pas d'autre solution le cas échéant qu'une l'hospitalisation abusive de la personne âgée.

D. L'accueil en urgence:

Il nous semblait intéressant d'essayer d'appréhender à travers cet item les possibilités d'accueil à très courte échéance, lorsque les familles et autres aidants se trouvent confrontés à une situation de crise nécessitant une prise en charge urgente de la personne âgée, afin d'éviter une hospitalisation non justifiée.

Quarante établissements sur les cinquante-deux contactés se disent prêts à accueillir un résident dans des délais très brefs, mais aucun ne dispose de lit(s) réservé(s).

Face à une telle situation, les familles se trouvent donc confrontées à un problème de disponibilité des lits, conditionnant cette modalité d'accueil. La conjugaison du faible potentiel d'accueil et l'absence de lits réservés peut aboutir, malheureusement, sur une orientation vers une hospitalisation, abusive et néfaste pour la personne âgée, mais seule alternative possible pour la famille.

Il serait intéressant que les établissements d'hébergement temporaire mettent à disposition des lits "d'urgence" permettant de pallier à une situation délicate, de manière à éviter l'orientation vers l'hôpital de proximité via le service des urgences.

Il semble bien évident que le principal obstacle à ce type de pratique repose sur le financement, difficilement pris en charge par les établissements en raison d'une faible rentabilité. Se pose alors l'éventuelle question d'un autre mode de financement de ce type de lits dont le souci premier ne serait pas la rentabilité mais la qualité du service rendu.

E. La période d'accueil:

Un seul établissement de notre étude pratique ce type d'hébergement de manière saisonnière et uniquement l'été. Il s'agit d'une résidence située dans une station balnéaire.

Ceci montre que l'objectif initial de l'hébergement temporaire a évolué au cours des dernières décennies et ne se limitent plus désormais à un accueil saisonnier. Il existe une réelle demande tout au long de l'année.

F. L'accueil de jour:

L'accueil de jour est une structure conçue spécifiquement pour accueillir des personnes âgées un certain nombre de jours par semaine, pour permettre aux aidants de se libérer en étant assurés d'une prise en charge spécifique adaptée. De même que pour l'hébergement temporaire, c'est une réponse qui permet de soulager les familles et/ou répondre aux situations d'urgence.

La circulaire n° 86-14 du 7 mars 1986, relative aux actions alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées et à leur maintien à domicile, précise: "...les établissements hébergeant des personnes âgées peuvent recevoir pendant la journée des personnes habitant ailleurs, en particulier dans leurs familles...les objectifs généraux sont de proposer des activités pour faciliter la communication...développer l'orientation dans le temps ou dans l'espace, ainsi que l'expression de la personnalité..."

La finalité de l'accueil de jour est la restauration d'un réseau social au sein duquel la personne âgée peut se créer des relations en fonction d'intérêts et d'affinités communs.

Cet accueil peut concerner tout type de personnes, désorientées ou non, avec une alchimie du mélange, ou alors uniquement des personnes désorientées. [35] [36]

Nous souhaitons lors de notre enquête téléphonique faire préciser la position des responsables d'établissements par rapport à l'accueil de jour. Seize établissements proposent parallèlement à l'hébergement temporaire un accueil de jour.

Selon les sources officielles, le nombre de places disponibles pour l'accueil de jour est de 16 sur le département de la Loire-Atlantique.

G. Les niveaux de dépendance:

Le nombre de lits passe du simple au double entre le GIR 6 et le GIR 1, témoignant du réel problème posé par la dépendance.

Selon notre estimation à partir de l'enquête HID, environ 65 427 personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile en Loire-Atlantique recevraient une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, alors que nous ne disposons que de 158 places réservées en hébergement temporaire, sans tenir compte du niveau de dépendance.

Toujours selon cette même enquête, environ 8 110 personnes âgées seraient confinées au lit ou au fauteuil ou auraient besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, pour un nombre de places de 114 en GIR 4. Ceci représente un lit pour 71 personnes, soit une possibilité d'accueil en hébergement temporaire d'environ 5 jours par an et par personne.

L'évaluation du nombre de personnes âgées dépendantes en raison de troubles psychiques vivant à domicile en Loire-Atlantique est difficile. Nous disposons de deux sources différentes: 12 870 selon l'enquête HID et 4 560 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer selon les résultats de l'étude coopérative européenne, appliqués secondairement à la population française.[11] [18] Ce dernier chiffre ne prend pas en compte les autres types de démence. Nous retiendrons un chiffre moyen de 8 700 personnes âgées dépendantes en raison de troubles psychiques, pour un potentiel d'accueil de 58 places, soit un lit pour 150 personnes, et une possibilité d'accueil de 2,5 jours par an et par personne.

Il est bien entendu que les chiffres présentés ci- dessus sont à considérer avec toute la réserve nécessaire, et constituent une approche, un ordre de grandeur, mais en aucun cas des données exhaustives.

Le potentiel d'accueil des "déments déambulants" appartenant au groupe iso-ressource 2 est inférieur à celui du GIR 1 présentant pourtant un niveau de dépendance plus élevé. Ceci nous montre bien le réel problème posé pour l'accueil des désorientés déambulants et donc potentiellement fugueurs, et de la nécessité de disposer de structures adaptées. En effet, pour la plupart des établissements acceptant les personnes âgées très dépendantes, le problème réside essentiellement dans l'architecture des locaux, ne se prêtant pas à la déambulation des résidents, ne permettant pas ainsi d'assurer leur sécurité, et pouvant également déranger les autres résidents. De plus, cette déambulation exige une surveillance accrue par le personnel, déjà souvent en nombre insuffisant.

Une solution à ce problème pourrait être la création au sein de l'établissement d'une unité spécifique pour désorientés, avec des locaux adaptés permettant d'assurer leur sécurité et d'éviter le dérangement occasionné auprès des autres pensionnaires.

Les possibilités d'accueil en hébergement temporaire sont également conditionnées par le Gir. Moyen Pondéré (GMP) de l'établissement au moment de la demande

Chaque groupe iso-ressource est affecté d'un coefficient qui valorise le niveau de dépendance en établissement. Ces coefficients sont cumulés pour l'ensemble des résidents, en fonction du GIR auquel ils appartiennent, ce qui permet de calculer ensuite le nombre moyen de coefficients par résident, appelé GMP.

Une demande d'admission pour une personne âgée fortement dépendante dans un établissement acceptant des GIR 1 et 2 pourra être refusée si le GMP est élevé au moment de la sollicitation. A l'inverse, cette même demande dans ce même établissement sera acceptée, si le GMP est bas au moment de cette requête.

Par ailleurs, le lieu de domicile peut entraver une admission en hébergement temporaire s'il est différent de la localisation de la structure d'accueil. Ainsi, la résidence "Le Verger" à Mauves sur Loire accepte des personnes âgées appartenant aux GIR 1-2-3-4 uniquement si celles-ci résident dans cette même commune. Les personnes âgées domiciliées en dehors de cette commune doivent être peu ou pas dépendantes (GIR 5-6) pour pouvoir être admises.

Si l'accès à cette formule n'est pas problématique pour les personnes âgées autonomes, hormis le faible potentiel d'accueil, il n'en est pas de même pour les personnes dépendantes. En effet, le nombre de places accessibles aux personnes âgées dépendantes et fortement dépendantes est faible, et ceci est d'autant plus marqué qu'il existe une démence évoluée. Ce faible potentiel d'accueil est de plus soumis à certaines limites inhérentes au fonctionnement de l'établissement ou géographiques, ceci amenant des restrictions supplémentaires à une offre déjà peu élevée.

H. Médicalisation:

La médicalisation signifie que l'établissement est doté d'une section de cure médicale.

Trent-deux établissements de notre étude sont médicalisés, mais il est possible qu'il y ait eu confusion de la part des personnes ayant répondu au questionnaire entre l'existence d'une section de cure médicale au sein de l'établissement et la médicalisation des lits d'hébergement temporaire.

I. Prix de journée/refus pour coût élevé:

Les prix de journée sont variables selon les établissements de notre enquête, allant de 31,19 Euros à 80 Euros.

Bien que notre étude ait été quantitative et non qualitative, des différences de prestations et de standing peuvent être à l'origine de cette inégalité.

Il semble évident que des prix de journée trop élevés constituent un obstacle pour l'accès à ce type d'établissement par une clientèle peu aisée.

Cependant, plus de 50% des établissements de notre étude ne rencontrent pas d'obstacle financier à une demande d'hébergement temporaire. Ceci peut s'expliquer par le caractère temporaire de cet effort financier.

J. L'orientation à l'issue du séjour en hébergement temporaire:

Seulement quinze établissements de notre étude respectent la philosophie de l'hébergement temporaire en s'inscrivant dans une logique de maintien à domicile, avec un retour dans leur foyer systématique pour la totalité des résidents.

Cinq établissements utilisent leur(s) lit(s) d'hébergement temporaire (huit au total) pour une transition systématique secondairement vers un hébergement définitif.

Parmi ces cinq établissements, une résidence déclare cependant une durée de séjour maximum de trois mois. Il semble difficile de pouvoir fixer une limite de temps alors que la finalité de cette pratique est l'attente d'un décès. Ceci est probablement un moyen pour le responsable d'établissement d'être en accord théoriquement avec la législation, laquelle limite la durée des séjours à trois mois.

Les établissements permettant un passage du temporaire au définitif restreignent les possibilités d'accueil. En effet, ces lits sont occupés de manière plus ou moins prolongée, dans l'attente d'un décès, avec en plus l'impossibilité de pouvoir donner une échéance pour l'accueil d'un nouveau résident.

K. La réforme de la tarification:

Nous souhaitons appréhender à travers la réforme de la tarification l'évolution envisagée par les responsables d'établissements, en ce qui concernait le nombre de places ainsi que la prise en charge de personnes âgées plus fortement dépendantes.

Douze établissements n'ont pu se prononcer. Certains ignoraient quelle politique ils allaient adopter, d'autres n'étaient pas concernées à l'heure actuelle par la réforme.

Seulement sept structures contactées envisagent de majorer le nombre de places en hébergement temporaire, mais aucune n'a pu malheureusement se prononcer sur le nombre exact ainsi que sur l'échéance.

Parmi les quatre établissements de notre étude hébergeant temporairement des pensionnaires sur des lits définitifs, aucun n'émet le souhait de créer des lits exclusivement pour l'accueil temporaire. Il semble que ce soit un moyen d'occuper des lits vacants et de tendre vers un taux de remplissage optimum. Quelques responsables ont cependant évoqué leur volonté de rendre service aux personnes âgées de leur commune et de faire connaître par ce type d'accueil leur établissement.

Dix établissements souhaitent pouvoir élargir leur offre en terme de dépendance mais sans aucune certitude à l'heure actuelle.

Certains établissements souhaiteraient pouvoir accueillir des désorientés, mais l'architecture de leurs locaux ne s'y prête pas, et la sécurité de ces pensionnaires potentiellement fugueurs ne pourrait donc y être assurée. La solution serait pour eux la rénovation des structures déjà existantes ou la construction de nouveaux locaux avec une problématique majeure de coût.

La réforme de la tarification vue par les responsables d'établissements nous laisse espérer une petite amélioration dans les années à venir de l'accueil temporaire, sur le plan quantitatif ainsi qu'en terme de dépendance. Ce souhait d'évolution reste cependant encore très incertain, sans aucune échéance précise et l'impossibilité de chiffrer à l'heure actuelle le nombre de lits pouvant être créés.

III. Les perspectives d'évolution:

A. L'évolution démographique:

Nous avons évoqué au cours de la première partie le vieillissement de la population ligérienne, vieillissement qui va encore s'accroître dans les prochaines décennies, sensiblement plus vite que la population nationale.

En effet, les projections à l'horizon 2010 estiment à 324 343 le nombre des plus de 75 ans dans la région des Pays de la Loire, soit une progression de 25,5% entre 2002 et 2010, et à 102 689 les plus de 75 ans dans le département de la Loire-Atlantique, soit une évolution de 26,9% entre 2002 et 2010.

Ces chiffres attestent du vieillissement de la population de notre région. Ce vieillissement va être à l'origine d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. [9]

Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer attendu en 2010 est estimé à environ 10 000 personnes en Loire-Atlantique, soit une progression de 23,8% sans tenir compte des autres types de démences. [18]

Ces chiffres témoignent de la nécessité d'adapter l'offre de l'hébergement et des services déjà existant à cette évolution.

L'année 2010 n'est que dans sept ans, et si il n'y a pas de prise de décision et d'anticipation par les pouvoirs publics, l'inadéquation déjà existante ne fera que se majorer, au risque de se retrouver dans une situation encore plus problématique que celle que nous connaissons à l'heure actuelle.

B. Evolution de l'hébergement temporaire:

Le développement de l'hébergement temporaire devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

La circulaire n°2003/69 du 30 mai 2003 prévoit la création de 3000 places supplémentaire au terme d'une période de 4 ans, à raison de 750 places par an. [33]

Nous avons également interrogé le CROSS (Comité Régional d'Observation Sanitaire et Sociale) de manière à connaître les projets de création de lits d'hébergement temporaire.

Trois projets existent sur la Loire-Atlantique:

- Extension de la capacité de la maison de retraite "Résidence de l'Immaculée" de Saint Cyr en Retz, de 47 places à 70 places avec la création de 3 lits d'hébergement temporaire.
- Extension de la résidence " Le Repos de Procé" à Nantes, avec la création de 20 places supplémentaires en hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes.
Rappelons que cet établissement est une structure d'accueil temporaire uniquement et n'accepte actuellement que des personnes âgées appartenant aux groupes iso-ressources 5 et 6.
- Création d'une EHPAD (Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) à Pornichet, avec 85 lits d'hébergement définitifs, 5 places d'hébergement temporaire et 4 places d'accueil de jour.

Au total, 28 places supplémentaires d'hébergement temporaire sont en projet. Pour ces trois établissements, le CROSS a émis un avis favorable au vu des besoins, mais malheureusement un avis défavorable faute de moyens et de financement. Ceci ne signifie pour autant que ces projets ne verront pas le jour, mais aucune certitude ni échéance ne peut être assurées à l'heure actuelle quand à la concrétisation de ces projets.

Il semble qu'il existe une réelle volonté théorique de la part des pouvoirs publics de développer ce type d'hébergement mais une réalité toute différente en pratique eu égard, entre autre, au mode de financement.

Les événements dramatiques de cet été liés à la canicule seront probablement un "moteur" pour le développement des services d'aides aux personnes âgées.

Mais quelle sera alors la place allouée à l'accueil temporaire? La prise en charge des personnes âgées dépendantes, physiquement et psychiquement, se verra-t-elle améliorée dans ce type d'hébergement?

CONCLUSION

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil des personnes âgées s'inscrivant dans une politique de maintien à domicile.

Nous avons soulevé à travers notre enquête téléphonique la difficulté présentée aux personnes âgées dépendantes, physiquement et psychologiquement, d'accéder à cette forme d'hébergement, et mis en évidence, malgré la complexité d'obtenir des données exhaustives et récentes, un déséquilibre entre des besoins réels et une offre peu importante. Ces besoins vont augmenter au cours des prochaines années, en raison du vieillissement de la population, mais quelle va être l'évolution de l'offre?

Ce travail ne fait que mettre en évidence une réalité à un instant précis.

La politique concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes est amenée à évoluer au cours des prochaines années, à travers la réforme de la tarification actuellement en cours, et par le biais des prochaines mesures gouvernementales liées aux événements de cet été.

Il serait intéressant de reprendre cette étude dans quelques années, de manière à apprécier l'évolution et si une amélioration a été apportée quand à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en hébergement temporaire.

ANNEXES

Annexe 7

LISTE ET COORCONNEES DES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE EN LOIRE-ATLANTIQUE

Maison de retraite "Mon Repos"

Route de Vieillevigne
44 140 Aigrefeuille sur Maine
Tel : 02-40-06-60-48

Résidence "Le Moulin de Soline"

21, rue du Moulin Soline
44115 Basse-Goulaine
Tel : 02-40-03-50-74

Résidence "Le Doyenné des Corallines"

11, avenue des Corallines
44500 La Baule
Tel : 02-51-73-11-11

Résidence "Quiétus"

24, avenue Duruy
44505 La Baule cedex
Tel : 02-40-62-74-00

Résidence du "Soleil"

2, rue Louis Gauthier
44760 La Bernerie en Retz
Tel : 02-40-82-71-67

BTP Retraite

8, rue Eugène Pottier
44340 Bouguenais
Tel : 02-40-84-40-40

Hôpital de la Seilleraye

44470 Carquefou
Tel : 02-40-18-90-02

Domicile collectif "Florilège "

2, rue des Argonautes
44470 Carquefou
Tel : 02-40-50-83-77

MAPA du "PLOREAU"

2, rue Emile Launay
44240 La Chapelle sur Erdre
Tel : 02-40-72-00-10

Résidence "Le Prieuré"

18, rue saint Samson
44360 Cordemais
Tel : 02-40-57-86-49

Résidence "La Grange"

Rue des Tanneurs
44220 Couëron
Tel : 02-40-38-38-14

Maison de retraite "Saint Joseph"

Rue de la Mairie
44130 Fay de Bretagne
Tel : 02-40-87-46-32

Résidence "Saint Louis"

49, rue J.B Legeay
44140 Geneston
Tel : 02-40-26-70-33

Hébergement temporaire "La Charmille"

Les trois clochers
44190 Gétigné
Tel : 02-51-71-18-00

Logement-foyer "Les Saulniers"

Chemin de Versailles
44350 Guérande
Tel : 02-40-24-87-90

Centre Hospitalier

Avenue Pierre de la Bouexière
BP 5419
44354 Guérande cedex
Tel : 02-40-62-65-40

Foyer "La Perrière"

7, rue de la Perrière
44810 Héric
Tel : 02-40-57-61-40

Résidence "Le Verger"

Cote Saint Denis
44470 Mauves sur Loire
Tel : 02-40-25-53-19

Maison Beauséjour
12, rue de la Patouillerie
44300 Nantes
Tel : 02-40-16-33-60

MAPA de "Bréa"
9, rue de Bréa
44000 Nantes
Tel : 02-40-73-41-83

Résidence "La Chézalière "
46, rue de Condorcet
44100 Nantes
Tel : 02-51-84-78-47

MAPAD "La Haute Mitrie"
13, rue de la Haute-Mitrie
44300 Nantes
Tel : 02-40-52-27-92

Résidence "Océane"
3, rue de la Brasserie
44100 Nantes
Tel : 02-51-84-31-00

Résidence "Le Parc de Diane"
16, rue de la Fonderie
44200 Nantes
Tel : 02-51-79-52-00

Maison de Pirmil
Soins de longue durée- Hôpital Saint-Jacques
85, rue Saint-Jacques
44100 Nantes
Tel : 02-40-84-66-46

Séjour temporaire de Procé
27, rue Condorcet
44100 Nantes
Tel : 02-40-95-29-60

Maison de retraite Protestante
42, rue de la Chézine
44100 Nantes
Tel : 02-40-69-35-44

Maison de retraite Saint-Joseph

63, rue Gaston Turpin
44042 Nantes cedex 1
Tel : 02-5186-01-80

Maison de retraite "La Résidence"

10, passage Louis Leveque
44000 Nantes
Tel : 02-40-20-34-11

Résidence "Notre Dame de Charité"

6, rue Huchette
44100 Nantes
Tel : 02-40-73-83-26

Résidence Richebourg

40, rue de Richebourg
44000 Nantes
Tel : 02-40-37-93-94

Résidence "Anne de Bretagne"

5, place du Martray
44000 Nantes
Tel : 02-40-89-79-62

Résidence "Le Bois Fleuri"

Bd Charbonneau et Rouxeau
44390 Nort sur Erdre
Tel : 02-51-12-00-60

Résidence "La Cote d'Amour"

Avenue des Palombes
44380 Pornichet
Tel : 02-40-61-50-50

Maison "Le Refuge des Cheminots"

70, bd des Océanides
44390 Pornichet
Tel : 02-40-61-02-28

MAPAD "Alexandre Plancher"

14, allée du Parc des Mahaudières
44400 Rezé
Tel : 02-40-04-03-00

Maison de retraite "La Tanière"

6, rue François Marchais
44400 Rezé
Tel : 02-40-75-44-78

Résidence "Les Bigourettes"

5, rue de Saint-Nazaire
44800 Saint-Herblain
Tel : 02-40-46-25-53

Maison de retraite de la Bourgeonnaière

32, allée de la Bourgeonnaière
44800 Saint-Herblain
Tel : 02-40-86-00-35

Logement-foyer "Les Noelles"

17, rue du Congo
44800 Saint-Herblain
Tel : 02-40-63-14-33

Résidence "La Tour du Pé"

Rue de la Rivière
44640 Saint Jean de Boiseau
Tel: 0240657042

Résidence de la "Brière"

5, rue des Ajoncs
44410 Saint-Lyphard
Tel : 02-40-91-41-13

Maison de retraite "Le Traict"

18, bd Wilson
44600 Saint-Nazaire
Tel : 02-40-00-5160

Résidence Jean Macé

50, avenue de Béarn
44600 Saint-Nazaire
Tel : 02-40-53-12-13

Maison de retraite Victor Ecomard

Place du 18 juin
44680 Sainte-Pazanne
Tel : 02-40-02-40-55

Maison de retraite Saint-Joseph
14, rue Félix Platel
44310 Saint Philbert de Grand Lieu
Tel : 02-40-78-70-50

Résidence "Le Muguet"
Rue du lieutenant Augé
44230 Saint Sébastien sur Loire
Tel : 02-51-71-08-96

Résidence "Les Savarières"
55, avenue Jean Jaurès
44230 Saint Sébastien sur Loire
Tel : 02-40-80-55-29

Résidence "Les Bruyères"
18, impasse des Bouvreuils
44119 Treillieres
Tel : 02-51-77-05-52

Maison de retraite "Les Pampres Dorés"
Bd Evariste Dejoie
44300 Vallet
Tel: 02-40-33-91-22

Résidence "Bel Air"
5, rue de la Massonière
44120 Vertou
Tel : 02-40-34-37-38

BIBLIOGRAPHIE:

- [1] Le Collège National des Enseignants de Gériatrie
Corpus de Gériatrie
Edition 2000, Tome 1,
- [2] Groupe de Recherche sur le Besoin et les Indicateurs en Gérontologie-
INSERM
Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie
Information, Validation, Utilisation
1990, p 41-49
- [3] WOOD P.
Comment mesurer les conséquences de la maladie: la classification
internationale des infirmités, incapacités et handicaps
Chronique OMS, 34(10): 400.405, 1980
- [4] BREDA-JEHL C.
Autonomie des Personnes Agées
1989, p 17-19
- [5] PERRIIN A., LEVY A., COLVEZ A., ANKRI J.
Cycle gérontologique du médecin coordonnateur en EHPAD-
Evaluation de la personne âgée en perte d'autonomie
2001, 66 p
- [6] Mini Mental State Examination de Folstein
<http://www.membres.lycos.fr/papidoc/35mmsfolsteinscore.html>
- [7] AUBIJOUX J., DEVEAU A., HOURTOULE JL., LEGRAND P.
Handicap et dépendance: l'évaluation
2002, p 403-418
- [8] Caisse Nationale d'Assurance Maladie
AGGIR: une méthode d'observation et d'évaluation de la perte
d'autonomie
Guide de Remplissage, mars 1995

- [9] DRASS des Pays de la Loire
Les structures d'accueil et de prise en charge des personnes âgées dans
la région des Pays de la Loire en 2002
Rapport, 2002, 16 p
- [10] COLIN C., COUTTON V.
Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête
Handicaps-Incapacités- Dépendance
Etudes et Résultats, n°94, décembre 2000- DREES
- [11] LEBEAUPIN A., LE GROS C.
Mieux connaître les personnes en situation de handicap
Etudes, n°11, décembre 2002
- [12] LAUNER LJ, HOFMAN A,
Frequency and impact of neurologic diseases in the elderly of Europe:
A collaborative study of population-based cohorts
Neurology 2000; 54 (Suppl 5): S1-S3
- [13] Groupe d'étude PAQUID- Unité INSERM 330
Etude PAQUID: bilan à 10 ans
2000, 28 p
- [14] LOBO A, LAUNER LJ, FRATIGLIONI L, ANDERSEN K, DI
CARLO A, BRETELER MMB et al.
Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative
study of population-based cohorts
Neurology 2000; 54 (Suppl 5): S4-S9
- [15] FRATIGLIONI L, LAUNER LJ, ANDERSEN K, BRETELER MMB,
COPELAND JRM, DARTIGUES JF, et al
Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative
study of population-based cohorts
Neurology 2000; 54 (Suppl 5): S10-S15
- [16] DARTIGUES JF, BERR C, HELMER C, LETENNEUR L.
Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer
Médecine et Sciences, n°6-7, vol 18, juin-juillet 2002, p 737-743

- [17] Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire
La santé observée, Maladie d'Alzheimer
<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>
- [18] GASSIOT M., TUFFREAU F.
La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
(ou des syndromes apparentés) et l'aide aux aidants dans trois
départements des Pays de la Loire,
2002, p 61-63
- [19] STEHLE B., PIETTE F., MOULIAS R.,
Le labyrinthe de l'aide à domicile en gérontologie.
L'aide à domicile: aidants et aidés
Gérontologie 1999, n°116, p 25-34
- [20] ARGOUD D.
L'évolution de l'hébergement temporaire
Soins Gérontologie, n°34, mars-avril 2002
- [21] MEUNIER R
L'hébergement temporaire des personnes âgées
Gérontologie, n°67, juillet 1988
- [22] HEE MOUACI C.
L'accueil temporaire en maison de retraite: résoudre demain une
problématique complexe au service d'un besoin évident des personnes
âgées fragilisées
La Revue de Gériatrie, tome 26, n°10, décembre 2001, Supp C
- [23] ARGOUD D., GRANGE M., GAUTHIER MA., SCHAULY JM.,
L'HERMITTE A., GALLAND G., BUCHER K.
L'hébergement temporaire
Documents- CLEIRPA, cahier n°5, janvier 2002
- [24] BURET J., MOLUSSON C.
Réflexion sur l'hébergement temporaire pour personnes âgées dans le
Maine et Loire
Mémoire pour la capacité de gérontologie, 2002, p 1-3

- [25] STRUBEL D., CARBASSE M., GOUZES C.
Place de l'hébergement temporaire dans le dispositif gérontologique:
expérience du CHU de Nîmes
La Revue de Gériatrie, tome 22, n°9, novembre 1997
- [26] DE HARO A.
La nouvelle tarification des établissements d'hébergement pour
personnes âgées dépendantes
2002, 67 p
- [27] ARGOUD D., GUISSSET MJ., VILLEZ A
L'accueil temporaire des personnes âgées, le droit au répit des familles
1993, p 31-35
- [28] LENOIR R
Les solidarités familiales à l'épreuve de la dépendance et du grand âge
Union Sociale, n°68, février 1994
- [29] GUISSSET MJ., VILLEZ A
L'accueil temporaire des personnes âgées
Union Sociale, n°68, février 1994
- [30] DRASS des Pays de la Loire
Modes d'accueil et de prise en charge des personnes âgées dans la
région des Pays de la Loire
Rapport, 2001, 76 p
- [31] Accueil des personnes âgées
<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>
- [32] DRASS- Service Statistique
Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
Mémento, mars 2003
- [33] Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité;
Ministère de la Santé, de la Famille, et des Personnes Handicapées
Circulaire n° 2003/269 du 30 mai 2003, relative à la campagne
budgétaire dans les établissements et services médico-sociaux et
sanitaires accueillant des personnes âgées

- [34] AGM-CODERPA
Accueil et soins des personnes âgées. Les structures de Loire-
Atlantique
2003, 176 p
- [35] FNADEPA
Création d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
février 1999, p 5-6
- [36] ARGOUD D
Les accueils de jour
Documents-CLEIRPA, cahier n°1, janvier 2001

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Graphiques

Graphique 1: Evolution du nombre de lits d'hébergement temporaire en France

Graphique 2: Nombre de lits d'hébergement temporaire par région

Graphique 3: Evolution du nombre de lits d'hébergement temporaire dans la région des Pays de la Loire

Graphique 4: Evolution du nombre de lits d'hébergement temporaire en Loire-Atlantique

Graphique 5: Nombre de lits d'hébergement temporaire par département

Graphique 6: Evolution du nombre de lits d'hébergement temporaire dans les départements des Pays de la Loire

Graphique 7: Nombre de places en hébergement temporaire par groupe iso-ressource

Tableaux

Tableau 1: Structure par âge, en valeurs absolues, de la population des plus de 60 ans

Tableau 2: Structure par âge en valeurs relatives de la population des plus de 60 ans

Tableau 3: Situation de la Loire-Atlantique par rapport aux autres départements de la région

Tableau 4: Projection des 75 ans et plus à l'horizon 2010 dans les départements de la région

Tableau 5: Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes à domicile selon l'outil AGGIR

- Tableau 6: Estimation du nombre de cas prévalents de la maladie d'Alzheimer dans les Pays de la Loire, parmi les personnes de plus de 65 ans
- Tableau 7: Estimation du nombre de cas incidents de la maladie d'Alzheimer dans les Pays de la Loire, parmi les personnes de plus de 65 ans
- Tableau 8: Nombre de lits d'hébergement temporaire en France depuis 1995
- Tableau 9: Nombre de lits d'hébergement temporaire par région
- Tableau 10: Nombre de lits d'hébergement temporaire dans les Pays de la Loire depuis 1995
- Tableau 11: Nombre de lits d'hébergement temporaire en Loire-Atlantique depuis 1995
- Tableau 12: Nombre de lits d'hébergement temporaire dans les autres départements de la région depuis 1995
- Tableau 13: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 14: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 15: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 16: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 17: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 18: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 19: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 20: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 21: Résultats de l'enquête téléphonique
- Tableau 22: Résultats de l'enquête téléphonique

Tableau 23: Résultats de l'enquête téléphonique

Tableau 24 Résultats de l'enquête téléphonique

Tableau 25: Résultats de l'enquête téléphonique

Table des matières

Abréviations	2
Introduction	3
Chapitre 1: Les personnes âgées dépendantes	5
I. La dépendance	6
D. Définitions	6
1) Vieillesse	6
2) Vieillesse	6
3) Dépendance	7
4) Autonomie	7
E. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages	8
F. Les outils d'évaluation de la dépendance	11
1) Echelle des activités de la vie quotidienne (ADL) de Katz	11
2) Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de Lawton	12
3) Mini Mental State Examination de Folstein	13
a) Déroulement	14
b) Interprétation	15
4) Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource)	15
a) Principes	15
b) Les variables discriminantes	17
c) Les groupes iso-ressources	21
II. Démographie	23
A. Situation actuelle	23
B. Projections démographiques	25
III. Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile	26
A. Enquête HID	27
1) Présentation	27
2) Résultats	28
a) Sur le plan national	28
b) Sur le plan régional	29
c) Sur le plan départemental	30
B. Etude coopérative européenne	31
1) Présentation	31
2) Résultats	32
a) Sur le plan national	32
b) Dans la région des Pays de la Loire	33
c) Dans le département de la Loire Atlantique	35
IV. Les aidants	35
Chapitre 2: L'hébergement temporaire	38
I. Historique de l'hébergement temporaire	39
A. L'accueil des saisonniers ruraux âgés	39
B. Un nouveau maillon pour le maintien à domicile	40

C. Le droit au répit des familles	41
D. De l'hébergement temporaire à l'accueil temporaire	42

II. Cadre législatif de l'hébergement temporaire	43
A. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales	43
B. Circulaire du 7 avril 1982	44
C. Arrêté du 13 mars 1985	45
D. Circulaire du 7 avril 1992	46
E. Loi du 01 janvier 2002	46
➤ La section hébergement	48
➤ La section soins	48
➤ La section dépendance	49
III. Les motifs d'admission en hébergement temporaire	51
A. Vacances de la famille	51
B. Soulagement de l'entourage	51
C. Attente d'une place en établissement	51
D. Essai de vie en établissement	52
E. Convalescence après une hospitalisation ou un traitement	52
F. Solitude, inconfort et froid	52
G. Vacances de la personne âgée	53
H. Absence de l'aidant	53
I. Travaux dans le logement	54
J. Perte d'autonomie temporaire	54
K. Rupture dans l'environnement	54
IV. Analyse quantitative de l'hébergement temporaire	57
A. Sur le plan national	58
B. Sur le plan régional	59
1) Toutes régions	59
2) Cas particulier des pays de la Loire	62
C. Au niveau départemental	63
1) En Loire-Atlantique	64
2) Dans les autres départements de la région	65
3) Conclusion	68
Chapitre 3: L'hébergement temporaire: enquête téléphonique	69
I. Présentation	70
A. Objectifs	70
B. Méthodes	71
II. Résultats	73
III. Synthèse	87
A. Nombre de lits	87
B. Durée de séjour	88
C. Délais d'admission	89
D. Accueil en urgence	89
E. Période d'accueil	90
F. Accueil de jour	90
G. Dépendance	90
H. Médicalisation	95
I. Prix de journée	95
J. Orientation à l'issue du séjour	95
K. Reforme de tarification	96
L. Refus pour coût élevé	97

Chapitre 4: Discussion	99
I. Les limites	100
A. Nature du questionnaire	100
B. Qualité des réponses	101
C. Recensement des établissements d'hébergement temporaire	101
D. Evaluation du nombre de personnes âgées dépendantes	102
II. Les résultats	103
A. Nombre de places d'hébergement temporaire	103
B. La durée possible du séjour	104
C. Les délais d'admission	107
D. L'accueil en urgence	108
E. La période d'accueil	109
F. L'accueil de jour	109
G. Les niveaux de dépendance	110
H. La médicalisation	115
I. Le prix de journée	115
J. L'orientation à l'issue du séjour	116
K. La réforme de la tarification	117
III. Les perspectives d'évolution	118
A. L'évolution démographique	118
B. L'évolution de l'hébergement temporaire	119
Conclusion	122
Annexes	123
Bibliographie	143
Liste des graphiques et tableaux	148
Table des matières	151

AUNEAU Jean-Christophe

Titre de la Thèse: L'offre proposée aux personnes âgées dépendantes en hébergement temporaire en Loire-Atlantique

RESUME

L'hébergement temporaire des personnes âgées est une formule d'accueil s'inscrivant dans une politique de maintien à domicile et visant à atténuer la dichotomie entre l'hébergement définitif et le maintien à domicile. L'objectif est de permettre un répit aux aidants naturels tout en assurant la sécurité de leur parent. Si la prise en charge des personnes âgées autonomes ne semble pas poser de problème, hormis le faible potentiel d'accueil, la dépendance, physique et surtout psychique, constitue un obstacle majeur pour l'accès à cette forme d'hébergement. Des besoins existent mais l'offre recensée à l'issue de notre enquête téléphonique reste insuffisante. Ce déséquilibre risque de se majorer au cours des prochaines années en raison du vieillissement de la population, si aucune amélioration n'est apportée.

MOTS CLES

Personnes âgées

Dépendance

Évaluation

Hébergement temporaire

Enquête téléphonique

Loire-atlantique