



Groupement de Coopération Sanitaire  
A M P L I T U D E

---

# «Les limites du maintien à domicile »

Docteur Jacques Lacharme

Madame Pottier

Docteur Houria Bouam

Mesdames Berthiot et Genotte

22<sup>ème</sup> Journée Gériatologique le 09 octobre 2014

- Augmentation :
  - Des troubles du comportement
  - Des troubles cognitifs
  - Des troubles physiologiques et moteurs



## Augmentation des troubles du comportement :

- désinhibition, agressivité, mise en danger, fugue, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, apathie, inversion du cycle veille/sommeil...



## Augmentation des troubles cognitifs :

- mémoire, orientation spatiale et temporelle, langage, reconnaissance, raisonnement, aphasie...



## Augmentation des troubles physiologiques et moteurs :

- incontinence, troubles digestifs, troubles de la motricité, cachexie, fragilité générale, troubles praxiques...





Groupement de Coopération Sanitaire  
A M P L I T U D E

---

L'aggravation des troubles du comportement et/ou des troubles cognitifs et/ou des troubles physiologiques et moteurs entraîne(nt) une augmentation de la dépendance et une baisse de l'autonomie.

## Limites :

- Psychologiques ;
- Physiques ;
- Sociales.



## **Les limites physiques :**

- épuisement, fragilité, vulnérabilité, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation...



## **Les limites psychologiques :**

- stress, anxiété, résistances (à l'information, la compréhension de l'état de santé de l'aidé), réticences, comportement d'isolement, culturelles...



## **Les limites sociales :**

- isolement social, problèmes économiques...



L'aggravation de la dépendance et la baisse de l'autonomie entraînent l'épuisement de l'aidant naturel, une dégradation de la relation aidant/aidé et provoque une situation d'urgence conduisant parfois trop tôt à l'institutionnalisation.

**Références :** *Le juste temps du placement les limites du maintien à domicile (Corinne Ammar Scemama, Faustine Viailly, Benoît Michel)*



**SSIAD**: nombre de lits limité, forfait ne permettant pas la prise en charge avec des soins infirmiers coûteux, coût des déplacements dans des zones à faible densité de population.



**HAD**: n'existe pas en milieu rural, réservé à des patients nécessitant une prise en charge médicalisée avec soins lourds et interventions multiples sur la journée d'IDE et d'AS.



**Services d'aide à domicile, aide ménagère et auxiliaire de vie:** difficultés de recrutement, manque de formation, système mandataire qui place la personne dépendante directement comme employeur.

**Les services d'accueil de jour:** frais de transport à la charge du patient.

**L'accueil temporaire:** non pris en charge par l'assurance maladie.



**Le portage des repas**: la livraison des repas ne garantit pas leur consommation.

**Equipe Mobile Alzheimer (EMA)**: nombre de places limité, souvent sollicité trop tard.

**Services sociaux**: Assistantes sociales trop peu nombreuses.

**Téléassistance**: non adaptée dans le cas de troubles cognitifs.



## Personnel médical et paramédical:

Temps de déplacement dans les zones à faible densité de population, ne permettant pas toujours de satisfaire aux horaires souhaitables. Les IDEL sont là pour les soins infirmiers, le nursing n'est pas une priorité. Désertification médicale et paramédicale.



## POUR TOUS:

LES INTERVENTIONS SONT PONCTUELLES ET LIMITÉES DANS LE TEMPS. ELLES N'APPORTENT PAS DE SOLUTIONS AUX PROBLÈMES QUI PEUVENT SE POSER A N'IMPORTE QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE ET SURTOUT LA NUIT.





## LES LIMITES TECHNOLOGIQUES ET FINANCIÈRES

---

**L'information**: ignorance des acteurs de terrain: absence de structures d'information pour patients et professionnels (cette source doit être de proximité).

**La grille AGGIR**: prise en charge par l'APA de GIR 1 à GIR4 alors que certains patients classés GIR 5 posent des problèmes de maintien à domicile.

**L'APA**: forfait non extensible ne couvrant qu'une partie des dépenses.

**Lieu d'habitation**: isolement géographique et social.

## Qualité du logement: adaptation et sécurisation:

- Gestion du risque de chute, 1 ère préoccupation: avec des mesures simples, de bon sens (pas toujours acceptées des patients).
- Aménagement du logement: aide à l'amélioration de l'habitat=parcours du combattant qui n'est pas à la portée de patients âgés. Délais de réalisation longs.
- Les moyens financiers: aide pour les bénéficiaires de l'APA, soumise à condition de revenus (exclusion de patients à revenus moyens mais dans l'incapacité de financer réellement). Il faut souvent faire l'avance des frais et attendre le remboursement...





- **Différence pouvant être floue entre actes d'hygiène réalisés par une AS d'un SSIAD et aide à la toilette réalisée par une aide à domicile:**
  - Des toilettes relevant d'un SSIAD sont souvent réalisées par une aide à domicile (manque de place en SSIAD, indisponibilité de l'AS)  
→ problèmes de financement, de responsabilité.

### **Anticiper les problèmes, certains ayant un caractère réversible:**

iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, risques de chute, complication des maladies chroniques

→ Prise de conscience précoces des professionnels.

→ Education thérapeutique.

### **Formation des intervenants notamment des aides à domicile.**



### Coordination entre les divers intervenants pour une prise en charge globale du patient:

- Meilleure information des professionnels et des familles: méconnaissance des aides possibles et du rôle de chacun dans leur mise en place ainsi que de « qui paie quoi? »
- Coordination d'appui: expérience en cours répondant au besoin d'anticipation, d'information et de coordination (PAERPA, coordinatrice sur site, bilan de coordination)
- Développer le lien ville-hôpital pour anticiper les retours à domicile par la mise en place d'aides et ainsi éviter les ré-hospitalisations précoces.



Nous n'avons bien entendu pas la prétention de refaire le monde ni de réformer des fonctionnements administratifs sur lesquels nous n'avons pas de possibilité d'action.

