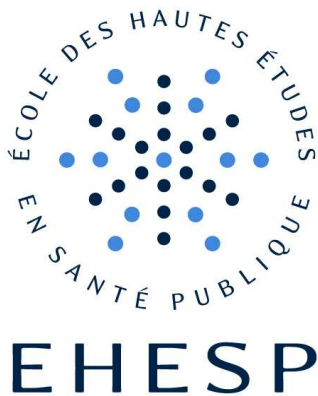




Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **17 septembre 2008**

**La prise en charge des personnes
âgées dépendantes par les SSIAD des
Yvelines. Pistes d'amélioration et de
planification**

Dominique SERVAIS

Remerciements

A James Boniteau, mon sauveur technologique

A Marie-Paule Cuénot, maître de mémoire

A Véronique Dugleux, maître de stage

Aux personnes qui m'ont reçue en entretien

Aux collègues du MINSA avec le souvenir des dures et des mardures

A ceux que je ne nommerai pas mais à qui je pense

Sommaire

Introduction	1
1 CONTEXTE	5
1.1 Historique et contexte législatif et réglementaire	5
1.1.1 Historique de 1945 à 1981	5
1.1.2 Evolution depuis 1981, année où les SSIAD prennent leur dénomination actuelle	5
1.2 Projections démographiques et de dépendance des personnes âgées.....	7
1.3 La politique nationale et régionale de prise en charge des personnes âgées dépendantes	9
1.3.1 Au niveau national.....	9
1.3.2 Au niveau régional.....	12
1.3.3 Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans les Yvelines ...	13
2 METHODE	18
2.1 La recherche bibliographique	18
2.2 Les visites des SSIAD et les entretiens	18
2.3 Etude d'éléments servant à la planification :	19
3 RESULTATS des visites de terrain.....	19
3.1 Données générales sur les SSIAD des Yvelines (Annexe 3)	19
3.2 Caractéristiques des patients pris en charge.....	20
3.2.1 Les aides techniques en matériel	21
3.2.2 Les GIR (Groupes-Iso-Ressources) et les GMP (GIR-Moyen-Pondéré)	21
3.2.3 Les diagnostics médicaux (Annexe 4)	23
3.3 Les SSIAD et leur environnement structurel	24
3.4 Fonctionnement des SSIAD.....	26
3.4.1 Le personnel salarié	27
3.4.2 L'organisation du service.....	28
3.5 L'organisation de la prise en charge	32
3.5.1 Critères de priorisation et critères de refus d'emblée	32
3.5.2 Les délais de prise en charge et les listes d'attente	33
3.5.3 L'évaluation initiale	36
3.5.4 Le plan de soins ou projet personnalisé de soins :	37

3.5.5	Les plans d'aide :	38
3.6	L'organisation concrète des soins	38
3.6.1	Les tournées	38
3.6.2	Le nombre de passages hebdomadaires aides-soignants (Annexes 5 et 5bis).	39
3.6.3	Le circuit des médicaments	41
3.6.4	Les soins délivrés par les infirmiers libéraux	41
3.6.5	Les soins délivrés par les pédicures libéraux :	42
3.6.6	Les prises en charge les plus difficiles	43
3.7	La coordination des prises en charge	43
3.7.1	Les médecins traitants	43
3.7.2	Les réseaux	44
3.7.3	Les Coordinations gérontologiques	45
3.7.4	Les établissements de santé	45
3.7.5	Les accueils de jour	46
3.8	SYNTHESE de L'ANALYSE	47
3.9	RECOMMANDATIONS	48
4	La PLANIFICATION (Annexe 6)	49
4.1	Communes couvertes et communes non couvertes	49
4.2	Les taux d'équipements	50
4.3	Les ratios de personnel	51
Conclusion		55
Bibliographie		57
Glossaire		64
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

A.C.E.S.I.D.Y.: Association des Coordinateurs d'Etablissements de Soins Infirmiers à Domicile des Yvelines

A.D.M.R. : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGI.R : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (acronyme)

A.I.S. : Acte Infirmier de Soins

A.L.D.S. : Association locale de développement sanitaire

A.M.I. : Acte Médical Infirmier

A.P.A. : Aide Personnalisée à l'Autonomie

A.R.H. : Agence Régionale d'Hospitalisation. ARHIF : ARH d'Ile de France

A.S.H. : Revue Actualités Sociales hebdomadaires

A.V.S. : Auxiliaire de Vie Sociale

C.A.F.A.D. : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (remplacé en 2002 par le D.E.A.V.S.)

C.A.F.A.D. : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Soignante

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

C.H.I.P.S. : Centre hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint Germain

C.I.H. : Classification Internationale du Handicap

C.L.I.C. : Comité Local d'Information et de Coordination

C.N.S.A. : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

C.O.G.I.T.E.Y. : Coordination Gérontologique Intercommunale du Territoire Est Yvelines

C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

C.R.A.M. : Caisse Régionale d'assurance Maladie

C.R.F. : Croix Rouge Française

C.R.O.S.M.S. : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales

D.G.A.S. : Direction Générale des Affaires Sociales

D.P.A.S. : Diplôme Professionnel d'Aide Soignante

D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires sanitaires et Sociales

D.E.A.V.S. : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

D.R.E.S.S. : Direction Générale de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

D.R.S.M. : Direction Régionale du Service Médical

E.H.P.A.D. : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

E.M.S. : Equipe Médico-Sociale (Conseil Général)

E.S. : Etablissement de Santé
 E.T.P. : Equivalent Temps Plein (employé)
 F.E.H.A.P. : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (Privé non lucratif)
 Enquête H.I.D. : Enquête Handicaps Incapacité Dépendance
 G.I.R. : Groupe Iso-Ressources
 H.A.D. : Hospitalisation A Domicile
 H.L. : Hôpital Local
 I.D.E. : Infirmière Diplômée d'Etat
 I.D.E.c : Infirmière Diplômée d'Etat coordinatrice
 I.N.E.D. : Institut National d'Etudes démographiques
 I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
 I.R.D.E.S. : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé
 J.O. : Journal Officiel
 P.A. : Personnes Agées
 P.H. : Personnes Handicapées
 P.M.T : Projet Médical de Territoire
 P.R.I.AC. : Programme Régional Interdépartemental d'ACcompagnement du handicap et de la perte d'autonomie
 P.R.I.I.C.E. : Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection, Contrôle et Evaluation
 P.M.T. : Projet Médical de Territoire.
 S.A.A.D. : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
 S.A.D. : Service d'Aide à Domicile
 S.A.P. : Service d'Aide à la Personne.
 S.E.P. : Sclérose en plaques
 S.L.A. : Sclérose Latérale Amyotrophique
 S.P.A.S.A.D. : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
 T.O. : Taux d'Occupation (nombre de journées réalisées/nombre de journées théoriques)
 U.R.C.A.M. : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
 V.A.D : Visite A Domicile
 V.Q.S. : Vie Quotidienne et Santé. Elément de l'enquête HID
 Y.E.S. : Yvelines Etudiants Seniors

Introduction

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont pour fonction d'intervenir auprès de personnes atteintes de dépendance en leur assurant sur prescription médicale des soins infirmiers. L'immense majorité de leurs patients est constituée de personnes âgées de 60 ans et plus.

Le maintien médicalisé à domicile des personnes âgées dépendantes : une question de santé publique

Il s'agit d'une question d'envergure par l'importance démographique de la population concernée : Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans¹ et celui des personnes âgées de 75 ans ou plus² continuent d'augmenter : L'espérance de vie dépasse désormais 80 ans et s'accroît d'un trimestre par an ; de plus la génération du baby-boom née au lendemain de la seconde guerre mondiale est en train d'atteindre l'âge de 60 ans. La proportion actuelle de personnes dépendantes³ au sein de la population âgée est de 6,5% pour les personnes âgées de 60 ans et de 14% pour celles âgées de 75 ans ou plus. L'évolution future, malgré l'importance des marges d'incertitude, conclut dans toutes les hypothèses sur une augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes, et particulièrement de celui des patients atteints de maladies neuro-dégénératives⁴.

Les personnes âgées dépendantes veulent pouvoir rester à leur domicile⁴, parce qu'elles jugent que leur qualité de vie y est meilleure et pour des raisons économiques. Une des conditions nécessaires à ce maintien est l'accès à une prise en charge médicalisée et coordonnée.

L'importance des SSIAD dans cette prise en charge a été réaffirmée récemment. Les plans nationaux Solidarité-Grand âge 2007-2012 et le plan Alzheimer 2008-2012 prévoient une augmentation du nombre de places de SSIAD de 40% en cinq ans. Des augmentations conséquentes de capacités des SSIAD sont inscrites dans la programmation régionale. Dans le secteur sanitaire, les filières gériatriques qui se mettent actuellement en place doivent rechercher l'articulation avec les SSIAD⁵. Au niveau régional, l'Agence régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF) a indiqué que les

¹ Age à partir duquel une personne entre dans la catégorie des personnes âgées.

² Tranche d'âge utilisée

³ Enquête HID de l'INSEE, 1998-2000

⁴ Plan Solidarité-grand âge 2007-2012

⁵ Circulaire DHOS/O2 n°2007/117 du 28 mars 2007

filières gériatriques devaient être un des trois volets obligatoires des Projets Médicaux de Territoire (PMT) expérimentaux actuellement en cours d'élaboration.

Un contexte départemental favorable à la réflexion et à l'action

Les Yvelines comptent 24 SSIAD totalisant 1 350 places dont 1 300 pour personnes âgées.

La Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales (DDASS) des Yvelines a initié depuis un an un processus de rapprochement avec les SSIAD du département, qui continue et s'approfondit. Ce processus comprend une amélioration de la connaissance concrète de leur fonctionnement et de leur activité, comme nous le verrons plus loin.

La programmation régionale attribue aux Yvelines la possibilité d'ouvrir annuellement une centaine de places nouvelles. Les demandes d'extension ou de création sont instruites par la DDASS, et décidées par elle lorsqu'il s'agit d'extensions inférieures à 30 places.

En outre, le quatrième schéma gérontologique départemental est en cours d'élaboration.

La DDASS, sur proposition du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) et dans un contexte qui sera détaillé ultérieurement, a mis sur pied début 2008 un programme de visites-évaluation des SSIAD des Yvelines auquel j'ai activement participé.

Ce mémoire a trois objectifs :

- Présenter l'information recueillie de manière structurée avec l'espoir de faire un apport utile au processus dynamique en cours, dont le but ultime est d'améliorer la qualité de la prise en charge médicalisée des personnes âgées dépendantes.
- A partir des connaissances acquises sur le terrain, formuler les recommandations les plus judicieuses possibles.
- Formuler des éléments de planification.

Le rôle concret du MISP sera développé tout au cours du travail. Mais d'ores et déjà, il peut être mentionné que l'articulation des actions dans le sens d'une amélioration de la prise en charge, sa participation à la planification de l'offre et à l'évaluation⁶ sont au cœur du sujet. L'acquisition de connaissances concrètes permet d'avoir des critères pour préconiser des améliorations.

⁶ Circulaire DGS 99-339 du 11 juin 1999 relative aux missions des MISP

Le mémoire présente d'abord le contexte national et local de la prise en charge médicalisée des personnes âgées dépendantes, puis les méthodes d'enquête utilisées. Les résultats des enquêtes de terrain seront ensuite présentés, suivis d'une synthèse et de recommandations. La dernière partie sera consacrée à la planification.

1 CONTEXTE

1.1 Historique et contexte législatif et réglementaire

1.1.1 Historique de 1945 à 1981⁷

L'ordonnance du 4 octobre 1945 institue la possibilité de « *prise en charge des dépenses par les organismes d'assurance maladie suivant une formule forfaitaire de soins paramédicaux délivrés par des professionnels libéraux ou salariés forfaitaire dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile.* ».

Une infirmière coordinatrice d'un SSIAD explique par exemple que l'Aide à Domicile en Milieu Rural (A.D.M.R.) a été fondée en 1945, à la fois pour aider les agricultrices après la naissance de leurs enfants et pour créer des emplois, d'« aides maternelles rurales » en vue de limiter l'exode des jeunes rurales.

- Le rapport Laroque de 1962 « *recherche quelle place peut et doit être fait aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui, et, plus encore dans celle de demain* ». Il insiste sur l'importance de « *l'adaptation du milieu (...) et du maintien dans la société des personnes âgées, en excluant toute ségrégation* ».

- La loi n°76-670 du 21 juillet 1976 indique les missions des « soins à domicile ».

- La loi n°7811 du 4 janvier 1978 dispense l'assuré de participer aux dépenses de soins para-médicaux lorsqu'ils sont dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées dans la loi.

1.1.2 Evolution depuis 1981, année où les SSIAD prennent leur dénomination actuelle

- La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale énumère dans l'article 14, inséré dans le Code de l'Action Sociale et des Familles en tant qu'article L.312-1, les établissements sociaux et médico-sociaux : « *...Les établissements qui accueillent des personnes âgées ou leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins, ou une aide à l'insertion sociale* ». Les SSIAD sont donc soumis aux conditions d'autorisation prévues par la loi lorsque les prestations sont prises en charge par l'Assurance Maladie (autorisation délivrée par l'autorité compétente de l'Etat après avis du Comité de l'Organisation Sociale et Médico-

⁷ Delteil A. : Guide des SSIAD, document de travail, décembre 2007

Sociale (CROSMS) et aux modalités d'organisation régissant les établissements médico-sociaux, dont l'inscription dans la démarche qualité.

- Le décret 81-448 du 8 mai 1981 donne aux services leur appellation actuelle de « service de soins infirmiers à domicile », décrit leurs missions et fixe les conditions techniques de fonctionnement. *« L'intervention de ces services a pour objectifs d'éviter une hospitalisation lors d'une affection aiguë pouvant être traitée à domicile, de faciliter le retour au domicile après une hospitalisation, de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission »* en établissement. Le décret est complété par la circulaire 81-8 du 1^{er} octobre 2001, qui entre autres indique les ratios souhaitables de personnel.

- Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 est celui qui régit actuellement les SSIAD. Il est *« relatif aux conditions techniques d'organisation et fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile »* ; il abroge le décret de 1981 tout en conservant plusieurs aspects. Il décrit :

. La fonction : *« Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme d'actes techniques ou de soins de base et relationnels. »*

. La population : *« de personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes ; de personnes adultes âgées de moins de 60 ans et présentant un handicap ; de personnes adultes âgées de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques invalidantes. »*

. Les missions des différentes catégories de personnel salarié obligatoire (infirmier (s) dont au moins un infirmier coordinateur, aides-soignants), ou en tant que de besoin (pédicures, ergothérapeutes, psychologues, aides médico-psychologiques) ; les conditions d'exercice des infirmiers et des pédicures libéraux.

. Les organismes de contrôle : l'Assurance Maladie et l'Etat

. Il maintient l'établissement d'un rapport annuel d'activité.

Le décret décrit ensuite les missions et les fonctions des services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D) : Ils *« concourent au soutien à domicile ; à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; au maintien des activités sociales et des liens avec l'entourage. »*. Ils assurent *« des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les SSIAD »*. Ces prestations *« sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale »*

Enfin, il nomme Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D.) les services qui assurent les missions d'un SSIAD et celles d'un S.A.A.D.

- La circulaire DGAS n° 2005-111 du 28 février 2005 précise le rôle de chaque catégorie d'intervenant, annonce l'arrivée du rapport annuel d'activité sous sa forme actuelle, et précise les démarches simples à faire pour faire reconnaître un S.P.A.S.A.D.
- L'arrêté ministériel du 27 juillet 2005, complété par la circulaire DGAS n° 2005-563 du 28 juillet 2005, fixe la composition formatée du rapport d'activité comprenant les indicateurs.

Au total, les SSIAD sont des établissements médico-sociaux délivrant à domicile, sur prescription médicale, des soins infirmiers à des personnes âgées malades ou dépendantes, à des adultes handicapés ou atteints de maladie chronique grave. Ces soins sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Les soins techniques sont dispensés par des infirmiers salariés, ou par convention par des infirmiers libéraux ; les soins de base et relationnels, comprenant en premier lieu les toilettes médicalisées, sont dispensés par des soignants salariés, le plus souvent par des aides-soignants, sous la responsabilité des infirmiers. Si nécessaire, le SSIAD organise également l'intervention de podologues, d'ergothérapeute, de psychologue. La coordination du service et des partenariats, et, le cas échéant la gestion, sont assurées par un infirmier coordinateur. Les SSIAD sont soumis à l'obtention d'une autorisation délivrée par l'Etat. Ils peuvent être contrôlés par l'Assurance Maladie et par l'Etat. Leurs modalités d'organisation sont celles prévues par la « loi de 2002 », tout particulièrement pour ce qui est de la démarche qualité. Un SSIAD peut, grâce à une procédure d'autorisation simplifiée, se réunir avec un S.A.A.D, donnant naissance à une nouvelle structure juridique appelée S.P.A.S.A.D.

1.2 Projections démographiques et de dépendance des personnes âgées

Le dernier RGP (Recensement Général de Population) exhaustif fut réalisé en 1999. Depuis, l'actualisation est réalisée au moyen d'enquêtes annuelles et partielles. Les estimations annuelles de population par sous-tranches d'âge accessibles au public sont à l'échelle nationale. La dernière estimation INSEE à l'échelon départemental de la population âgée de 60 ans ou plus ($PA \geq 60$ ans) et de ses sous-tranches accessible au public date du 1 janvier 2005.

Ces lignes résument les données des études de l'INSEE, dont l'enquête H.I.D. (Handicap-Incapacité-Dépendance) de 1998-2001 et son exploitation pour des projections de dépendance par la DREES⁸ et l'INSEE⁹, l'étude de 2006 du Centre d'analyse

⁸ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

⁹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

stratégique¹⁰, et celle 2003 de l'ORS-Ile de France. Les projections de vieillissement démographiques étant très différentes selon les régions, l'accent est mis ici sur la situation en Ile de France. La situation dans les Yvelines sera, elle, abordée plus loin.

L'Ile de France était en 1999 une région relativement plus jeune que le reste de la France, avec un taux de personnes âgées de 60 ans ou plus ($PA \geq 60$ ans) de 15,7% contre 21,3% au niveau national, et un taux de plus personnes âgées de 75 ans ou plus ($PA \geq 75$ ans) de 5,8% contre 7,7% au niveau national. Elle le reste comme le montre l'estimation au 1^{er} janvier 2005, avec un taux de $PA \geq 60$ ans de 16,5% et de $PA \geq 75$ ans de 6,1%.

Les projections réalisées à l'horizon 2030 concluent que la population francilienne des $PA \geq 75$ ans va presque doubler ($\Delta + 90\%$), mais de façon très hétérogène, avec une augmentation modérée à Paris et en petite couronne contrastant avec une explosion en grande couronne ($\Delta + 170\%$).

L'enquête HID qui s'est intéressée à la dépendance a montré qu'avant l'âge de 80 ans, moins de 10% des personnes âgées de 80 ans et plus étaient dépendantes, en prenant le critère des GIR 1 à 4. Leur taux passe à un peu moins de 20% à 85 ans et à 30% à 90 ans. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais à âge égal, sont à partir de 85 ans plus dépendantes que les hommes.

Le taux de personnes dépendantes GIR 1 à 4, calculé à partir des données de l'enquête était estimé en 2000 pour l'Ile de France à 6,5% des $PA \geq 60$ ans et à 14% des $PA \geq 75$ ans. Les $\frac{3}{4}$ d'entre elles vivaient au domicile.

Les projections du nombre et de taux de personnes âgées dépendantes sont évidemment encore plus difficiles à évaluer : Elles dépendent en particulier de l'évolution hypothétique du vieillissement avec et sans dépendance (gains de vie sans dépendance / gains d'espérance de vie). A âge égal, la proportion de personnes âgées physiquement dépendantes a diminué au cours de la décennie 1990-1999. Concernant la dépendance psychique, les données disponibles sont difficilement interprétables et peuvent encore plus difficilement servir de bases au calcul de projections. Au total les marges d'incertitude de l'INSEE-Enquête HID sur ses projections à l'horizon 2030 vont du simple au triple. Le Centre d'analyse stratégique, quant à lui, prévoit à l'horizon 2010-2015 que 12,6% à 13,5% des $PA \geq 75$ ans seront dépendantes. Les plans Solidarité Grand âge et Alzheimer (cf infra) manient un taux de maladies neuro-végétatives (Alzheimer, Parkinson

¹⁰ Institution créée en mars 2006 chargée, auprès du Premier ministre, d'une mission de veille, d'expertise et d'aide à la décision.

et maladies apparentées) de 12% chez les PA $\geq$ 70 ans en 2006, avec une prévalence de 800 000 personnes, et une incidence de 225 000 nouveaux cas par an.

Pour ce qui est de l'Île de France, le scénario central prévoit une augmentation de 30% du nombre des personnes âgées dépendantes $\geq$ 60 ans, et de 40% du nombre des personnes âgées dépendantes $\geq$ 75 ans entre 2003 et 2030 ; les augmentations seraient presque uniquement le fait des $\geq$ 80 ans. Elles concerneraient beaucoup plus fortement la grande couronne que Paris et la petite couronne.

1.3 La politique nationale et régionale de prise en charge des personnes âgées dépendantes

1.3.1 Au niveau national

Les plans nationaux :

Le plan Solidarité Grand âge 2006 – 2011 présenté le 27 juin 2006 constate tout d'abord l'existence fréquente d'une rupture entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale, et entre le domicile et les établissements ; que l'organisation des soins ne prend pas suffisamment en compte les besoins des personnes âgées fragiles, alors que les personnes âgées représentent 70% des admissions aux urgences ; il indique aussi les projections démographiques, la prévalence et l'incidence de la dépendance..

Le premier des ses quatre axes est de donner aux personnes âgées dépendantes le choix de continuer à vivre à leur domicile. Les objectifs sont d'augmenter le nombre de places de SSIAD de 40% en cinq ans [en les faisant passer de 87 000 à 122 000 avec une création annuelle de 6000 places jusqu'en 2010, puis de 7 500 places], d'autoriser des SSIAD privés lucratifs, et d'adapter la tarification aux actes infirmiers les plus complexes ; de doubler le nombre de places d'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.); de développer les services à domicile ; former les professionnels au repérage des premiers signes de dépendance ; de créer un droit de répit pour les aidants, avec augmentation des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Le troisième axe est d'adapter l'hôpital aux personnes âgées, avec création de filières gériatriques.

Le plan Alzheimer 2008 – 2012 présenté le 1 février 2008 fait suite au plan 2004 – 2007. Il constate tout d'abord que la dépendance entraîne une multiplication des types d'accompagnement : une personne âgée dépendante reçoit l'intervention de 3 professionnels en moyenne (6 professionnels pour 25% des P.A. dépendantes). La coordination et la continuité de la prise en charge au domicile, et entre le domicile,

l'hôpital et l'établissement n'est pas satisfaisante. Cette complexité mal coordonnée est délétère.

Les maladies neuro-dégénératives, et en tout premier lieu la maladie d'Alzheimer et apparentée, sont à l'origine de 70% des placements en institutions. Pour favoriser le maintien à domicile, en plus des mesures du plan Solidarité-Grand âge, il préconise l'établissement de la coordination par la mise en place d'un guichet unique, la MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer). La MAIA interviendra dès que le diagnostic est posé, à la demande du médecin traitant ou de la consultation mémoire. Elle aura pour rôle d'établir le plan de soins et d'accompagnement de la PEC sanitaire et médico-sociale nécessaire autour du patient et de l'aidant, de façon coordonnée, en lien avec le médecin traitant, en veillant aussi à la mise en œuvre du plan et en en faisant le suivi. Ces créations se feraient sans superposition de nouvelle structure, par exemple à partir d'un CLIC, d'un réseau gérontologique, d'une plate-forme de services pilotée par des IDE libéraux. La MAIA coordonnerait les CLIC, les services du Conseils Général, les services municipaux, les SSIAD, les SPASAD, les réseaux, les plateformes d'IDE libéraux. Les MAIA emploieront des infirmiers ou des assistantes sociales en tant que coordinateurs ou gestionnaires de cas.

Le nombre de psychomotriciens et d'ergothérapeutes, dont une partie interviendra à domicile, sera augmenté de 2000, avec une réflexion sur leur rémunération sur le modèle de celle établi pour les podologues libéraux. Une nouvelle profession serait créée, celle « d'assistant en gérontologie » qui assisterait le coordinateur de MAIA.

La mise en place de filières gériatriques dans le secteur sanitaire

Le plan Solidarité Grand âge prévoit d'adapter l'hôpital aux personnes âgées grâce à la création d'une « Filière gériatrique » dans chaque territoire de santé. La filière comprend toutes les types d'unités hospitalières nécessaires à la prise en charge des patients âgés. La circulaire DHOS n°2007-117 du 28 mars 2007 précise les modalités d'élaboration de ces filières : Chaque filière *« implique un ou plusieurs établissements de santé »*. *« Le territoire couvert par chaque filière de soins gériatriques sera déterminé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H.) en tenant compte du découpage territorial médico-social retenu dans le 3^{ème} Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS 3) et de l'organisation médico-sociale arrêté dans les schémas gérontologiques. »*. La circulaire décrit ensuite les coopérations nécessaires : *« La filière de soins gériatriques doit élaborer, avec les Comités Locaux d'information et de Coordination (CLIC) ou avec les Coordinations gérontologiques, et avec les réseaux de santé, des procédures de prise en charge et de partage d'information pour l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés, et, pour ce faire, collaborer avec les SSIAD. »*

La loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 dite **loi Borloo relative au développement des services à la personne**, et ses décrets d'application¹¹

Elle facilite la création de ce type de services : Les services d'aide à la personne intervenant auprès de personnes fragiles¹² devaient jusque là être autorisés par le Conseil Général, qui décidait aussi de leur tarification. Ils ont maintenant un « droit d'option » : ils peuvent se contenter de demander un « agrément-qualité » auprès de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) ; l'agrément-qualité est accordé par un arrêté du Préfet du département après avis du Président du Conseil Général ; la modalité de l'agrément-qualité permet d'avoir des tarifs libres. La loi instaure de plus le chèque-emploi-service universel (CESU) pouvant être utilisé par les particuliers pour rémunérer un aide ou l'organisme qui l'emploie et donnant droit à des avantages fiscaux.

Photographies nationales de la situation des SSIAD

Les enquêtes nationales relatives aux SSIAD :

La DREES a réalisé deux études nationales. La première en 1996 consista en une enquête sur échantillon. La suivante, en 2002, fit une exploitation exhaustive des rapports annuels d'activité par les SSIAD axée sur les prises en charge en cours pendant la semaine de référence alors en vigueur.

La dernière enquête nationale est l'étude en cours « SSIAD-Patients lourds ». L'un de ses objectifs est de déterminer les coûts réels des SSIAD, tout particulièrement lors de la prise en charge de patients lourds, en vue d'adapter la tarification. L'étude, lancée par le ministre délégué, est pilotée par la Direction générale des Affaires Sociales (D.G.A.S.) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.), et a recours à l'expertise de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé (I.R.D.E.S.) et de l'Unité de Recherche clinique et économique d'Ile de France (URC Eco IdF) ; les SSIAD participants ont reçu un financement de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A.).

Le recueil de données a impliqué dans cinq régions¹³ 42 SSIAD volontaires gérés par trois fédérations¹⁴. Cet échantillon La méthode utilisée fut expliquée par un cadre de la

¹¹ Décret n°2005-1384 du 7 novembre 2005, précisé par la Circulaire DGAS 2006-27 du 19 janvier 2006

¹² Enfants de moins de 3 ans, personnes handicapées, personnes âgées de ≥ 60 ans

¹³ Aquitaine, Limousin, Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Poitou-Charentes.

DGAS et un de l'IRDES : Un questionnaire fut élaboré ; il portait sur les caractéristiques individuelles des patients et sur tous les coûts en personnel (salarié et libéral paramédical), en structure, en déplacements, en matériel de soins ; le recueil d'information couvrit une même semaine de mars 2007. De plus une coupe PATHOS fut effectuée afin de mesurer la charge en soins.

Les résultats sont exploitables pour 36 des SSIAD participants, totalisant 2180 patients, et représentant 1,8% des SSIAD et 2,4% des places installées. Ils sont en cours d'analyse.

Le taux d'équipement national en places de SSIAD¹⁵ était au 1^{er} janvier 2008 de 17,3 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. A titre comparatif, au 1^{er} janvier 2006, les taux nationaux d'équipement pour cette tranche de population en places de SSIAD et en lits d'hébergement complet pour personnes âgées étaient respectivement de 16,5‰ et de 127‰. Le nombre de places installées¹⁶ a augmenté de façon continue, avec une forte accélération après la publication du décret de 1981 ; depuis 2002, la croissance est d'environ 10% par an :

Année	1980	1984	1992	2002	2006	1 ^{er} janv 2008	Etude »SSIAD Patients lourds »
N places installées	3500	23500	47500	71000	87 000	92 000	
Taux d'équipement				10 ‰	16,5 ‰	17,3 ‰	20 ‰

1.3.2 Au niveau régional

Le Programme Régional Interdépartemental d'Accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Il est élaboré en concertation avec les Conseils Généraux, les DDASS, et les Fédérations d'établissements médico-sociaux ; il est arrêté par le Préfet de région. Il s'agit d'une

¹⁴ FEHAP, Union Nationale des ADMR, A Domicile

¹⁵ 92 000 places/ 5 180 562 P.A. ≥ 75ans (estimation INSEE)

¹⁶ Chiffres arrondis à partir des données de la DREES. Les personnes âgées de moins de 60 ans représentaient 4% en 2002 ; leur proportion a peu augmenté depuis.

programmation quinquennale « glissante » : le PRIAC 2008 - 2012 succède au PRIAC 2007 – 2011.

Les auteurs du PRIAC se basent sur les plans Solidarité-Grand âge et Alzheimer, sur les orientations de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A.) et sur l'évolution d'organisation du secteur sanitaire. Ils constatent la difficulté de déterminer des besoins. Ils utilisent des données démographiques actualisées et des projections relatives à la démographie des personnes âgées et à l'incidence de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer.

Les priorités déterminées pour 2008 -2012 sont de soutenir le maintien à domicile grâce à la création de nouvelles places de SSIAD, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour, de poursuivre l'effort quantitatif et qualitatif dans le secteur des EHPAD, d'améliorer l'articulation avec le secteur sanitaire en développant spécialement les liens avec les filières gériatriques et l'HAD, de soutenir les actions de formation aux métiers du grand âge, et de poursuivre la vigilance sur la maltraitance.

Le PRIAC et les SSIAD :

Le taux d'équipement (nombre de places % P.A. $\geq$ 75 ans) régional en places de SSIAD était au 31 décembre 2007 de 18,4‰. Les Yvelines, qui ont perdu le premier rang qu'elles occupaient antérieurement, avaient un taux de 17,5 ‰.

Conformément à la demande du PRIAC, la CNSA a accordé la poursuite de la programmation antérieure, avec création d'environ 1000 places pour P.A. par an de 2008 à 2009, puis 1350 par an en 2011 et 2012. Ce processus ferait passer le nombre régional de places pour P.A. de 12 765 places à 18 712, et le taux régional d'équipement à 22,6‰ (ou 24,2‰ selon le chiffre retenu de projections démographiques). Le financement moyen accordé par place équivaut à 10 500 € par an.

Les projets médicaux de territoire (PMT) font partie de la mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS 3). Ils sont pilotés par l'ARHIF. Ils comportent obligatoirement la mise en place des filières gériatriques. La première étape consistant en l'élaboration expérimentale d'un PMT par département, est en cours de finalisation. L'étape suivante sera celle de la généralisation dans tous les territoires de santé.

1.3.3 Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans les Yvelines

La programmation du PRIAC pour les SSIAD des Yvelines prévoit la création de 107 places pour personnes âgées en 2008, 117 en 2009, 150 en 2010, 168 en 2011 et 203 en 2012.

A) La politique du **Conseil Général**

Selon la loi du 13 août 2004, « *Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, les actions, Il veille à la cohérence des actions respectives des CLIC, des équipes médicosociales et des établissements et services.* » Le président du Conseil Général arrête le schéma gériatrique départemental.

Le Conseil Général des Yvelines a selon le responsable du pôle Autonomie commencé très tôt à agir en faveur des personnes âgées ; le premier schéma gériatrique a été élaboré précocement, et le quatrième est actuellement en préparation. Une proche coopération avec la D.D.A.S.S., et tout particulièrement avec le Médecin Inspecteur de Santé Publique (M.I.S.P), a été établie dans les années 1990. Sans négliger la réponse¹⁷ aux besoins croissants en places en hébergement médicalisé, la stratégie vise prioritairement le maintien à domicile, lieu de vie de plus 90% des personnes âgées et solution préférée par elles, et de plus moins coûteuse.

Le Conseil Général a impulsé la création de Coordinations Locales d'Information et de Coordination (C.L.I.C.) depuis 1996. Il y a maintenant onze C.L.I.C., tous de niveau 3, gérés par convention par des associations, des Centres Communaux d'Action sociale (C.C.A.S.) intercommunaux, et des établissements publics de santé. Les C.L.I.C. et les équipes médico-sociales de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.) sont réunis sous le nom de Coordinations gériatriques.

Pour lutter contre l'isolement, le Conseil Général a mis en œuvre depuis plusieurs années diverses mesures, dont le plan Yvelines Etudiants Seniors (YES) avec intervention pendant l'été de mille étudiants qui visitent deux mille personnes âgées.

D'après les responsables du Pôle de l'Autonomie du Conseil général des Yvelines, depuis l'entrée en vigueur de la loi Borloo, il ne reste plus dans le département que quatre services d'Aide à Domicile fonctionnant sous le régime de l'autorisation ; les autres ont choisi l'agrément-qualité. Le nombre de services à domicile est passé de 100 en 2004 à 350 en 2008, et il arrive mensuellement une dizaine de nouvelles demandes.

¹⁷ Le taux d'équipement des Yvelines en lits d'EHPAD est supérieur à la moyenne régionale (147 contre une moyenne de 112 ; DRASS 2006)

**B) L'action de la Direction Départementale des Affaires sanitaires et Sociales
(D.D.A.S.S.) des Yvelines**

Jusqu'en 2007, la connaissance qu'avait la DDASS des SSIAD était principalement d'ordre budgétaire.

Début 2007, après la finalisation de l'élaboration des plans de gestion des risques avec les établissements hébergeant des personnes âgées, le M.I.S.P. chargé de la cellule personnes âgées proposa de faire de même avec les SSIAD. Il joint à l'invitation à la première réunion un questionnaire leur demandant s'ils voulaient également aborder d'autres sujets et reçut des infirmiers coordonnateurs (IDEc) une avalanche de réponses et de commentaires : « Qu'ils n'avaient pas eu l'occasion de connaître la DDASS auparavant, qu'ils n'y avaient pas d'interlocuteur, que la DDASS ne les connaissait pas, qu'ils trouvaient injustes les différences de tarification ». Ils réclamèrent un état des lieux « même sous la forme d'inspections ».

Au cours des réunions bi- ou trimestrielles relatives à l'élaboration des plans canicule réunissant tous les IDEc, d'autres thèmes surgissent, conduisant à plusieurs démarches : L'étude des indicateurs quantitatifs de 2006 reçus en 2007 et le premier essai d'agrégation révéla que seuls quatre SSIAD avaient fourni des données exploitables par la DRASS, destinataire final, c'est-à-dire avec un contenu acceptable et sous forme informatique ; onze autres avaient fourni une partie des données mais sous forme papier. La situation a progressé en 2008 : quinze SSIAD ont envoyé leurs indicateurs de 2007, dont neuf sous une forme informatique exploitable. Le renseignement des indicateurs est jugé très complexe par les IDEc ; la qualité du remplissage dans les autres départements de la région n'est d'ailleurs pas meilleure ; une formation impartie par une ancienne IDEc en cours de master est prévue. L'analyse de la partie qualitative des rapports de 2006 permet d'établir le bilan de l'avancement des documents de la loi de 2002 : seuls sept SSIAD déclaraient alors les avoir élaborés. D'autres questions étaient abordées ponctuellement et de façon informelle, telles que les problèmes de recrutement, la sélection des patients en fonction du coût des actes médicaux infirmiers (AMI) nécessaires.

Ces constatations et la prise de conscience de préoccupations et de questionnements furent des motivations supplémentaires pour mettre sur pied un programme de visites, qui débutèrent en février 2008. Ce programme a été inclus courant dans le Programme Régional et Interdépartemental d'Inspection, Contrôle et Evaluation (P.R.I.I.C.E.). Ces visites furent nommées visites-évaluation¹⁸, car la partie déclarative y est plus développée

¹⁸ Entretien avec le MISP

que la partie inspection au sens strict. Par ailleurs, le MISP a réalisé en octobre 2007 une enquête sur le taux de vaccination antigrippale du personnel des SSIAD.

Tout au cours de l'année 2008, la DDASS, avec l'impulsion du MISP, a élargi la participation des SSIAD au champ de la mise en place des politiques sanitaires et médico-sociales :

- Aux travaux menés avec des établissements hébergeant des personnes âgées : Participation de cinq SSIAD au colloque BMR (Bactéries multi-résistantes) bi-annuel.
- Aux travaux récemment débutés d'élaboration d'un dossier de liaison commun, réunissant des établissements de santé, des établissements hébergeant des personnes âgées, des coordinations gériatriques et cinq SSIAD.
- Aux travaux préparatoires de la création de filières gériatriques dans le cadre du PMT expérimental, avec présence chaque fois de cinq à sept IDEc à tour de rôle, comprenant une prise de parole à la tribune.

Les IDEc sont unanimes à considérer que ce rapprochement de la part de la DDASS est « dynamisant et rafraichissant ».

La fédération interne des IDEc des SSIAD des Yvelines a favorisé le succès de ces démarches. En 2005, à la suite d'une formation réalisée en commun, la moitié des IDEc commence à se réunir. Ils formalisent leur coordination en janvier 2008, en créant l'association A.C.E..S.I.D.Y. (Association des Coordinateurs d'Etablissements de Soins Infirmiers à Domicile des Yvelines), déclarée à la sous-préfecture de Mantes-la-Jolie (78). Au moment de la rédaction de ce mémoire, 22 des 24 IDEc sont membres de l'association, et les deux autres ont fait part de leur volonté d'adhérer « dès qu'ils auront terminé le gros chantier de l'élaboration de leur projet de service ». Les SSIAD des Yvelines organisent également depuis plusieurs années un « colloque aide-soignant » annuel pour permettre une rencontre conviviale entre les personnels des différents SSIAD, et aussi aborder un thème professionnel. Lors du dernier colloque, consacré aux thèmes infectieux et caniculaire, le MISP fut un des intervenants.

C) Données générales sur le département des Yvelines

Sa superficie est de 2284 km, et couvre 19% de l'Ile de France. Sa population au 1^{er} janvier 2005 était de 1 395 000 habitants, soit 12,2% de celle de l'Ile de France. ; le taux d'évolution annuel de 2000 à 2005 fut de 0,49%, inférieur au taux régional (0,68%). La densité moyenne de population était de 611 habitants/km², inférieure à la moyenne régionale.

Le département a comme chef-lieu Versailles, et comprend 39 cantons et 262 communes. Les zones les plus urbanisées sont celles du nord-est et de la vallée de la Seine au nord. Les zones rurales couvrent la majeure partie du territoire au sud et à l'ouest. L'ouest et le nord-ouest du département sont respectivement limitrophes de l'Eure-et-Loir et de l'Eure. La situation socio-économique est contrastée. Le département comprend des zones cossues – encore qu'un infirmier coordinateur fasse l'observation que parfois, la seule partie cossue soit la façade de la maison-, et des zones défavorisées.

La population âgée dans les Yvelines

La proportion de personnes âgées par rapport à la population générale est un peu plus faible que celle l'Ile de France dans son ensemble. Selon l'estimation de l'INSEE, la population des Yvelines comprenait au 1^{er} janvier 2005 16,5% de PA $\geq$ 60 ans (N = 229 555), et 5,5% de PA $\geq$ 75 ans (N = 76 319). La population de PA $\geq$ 75 ans avait crû de 8 613 personnes, soit de 12,7% entre 1999 et l'estimation de 2005. Les projections démographiques de l'INSEE prévoient une augmentation extrêmement importante, de 160%, de cette catégorie de la population entre 2000 et 2030. Les projections de dépendance prévoient pour la grande couronne francilienne, dont font partie les Yvelines, une augmentation de 90% du nombre des personnes âgées atteintes. En résumé, les Yvelines sont actuellement un département plutôt jeune, mais qui va vieillir de façon plus accélérée que la moyenne.

Selon le responsable du pôle d'autonomie du Conseil Général, citant l'enquête HID, il y avait en 1999 dans les Yvelines 14 000 personnes âgées dépendantes. Or, seulement 10 000 personnes âgées ont l'APA (Allocation personnalisée d'Autonomie), sans qu'une explication n'ait été trouvée à cette discordance.

La grande majorité des PA $\geq$ 75 ans vit à domicile : 97% dans la tranche 75-79 ans et 89% des $\geq$ 80 ans. La proportion de personnes vivant seules est de 41% pour la tranche 75-79 ans et de 48% pour celle des $\geq$ 80 ans.¹⁹

¹⁹ Schéma gérontologique départemental 2003-2008

2 METHODE

2.1 La recherche bibliographique

2.2 Les visites des SSIAD et les entretiens

- Réalisation d'un mini-stage dans un SSIAD, dans la structure et avec accompagnement avec l'IDec de tournées aides-soignantes. Assistance à deux réunions de transmissions dans deux autres SSIAD.
- Participation à la première étape des visites évaluations ; douze visites furent réalisées par le MISP et cadre A entre le 21 février et le 3 juillet 2008. Les SSIAD furent choisis de façon comprendre les trois types de gestion associative, communale et hospitalière, et les deux types géographiques urbain et rural. La grille de ces visites fut adaptée à partir de la grille d'auto-évaluation « Angélique » utilisée dans les E.H.P.A.D. (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) et affinée au cours des premières visites. Les rubriques principales sont détaillées dans l'annexe 1. Chaque visite fait l'objet d'un rapport contradictoire envoyé par le directeur de la D.D.A.S.S. ; les envois sont en cours.
- Réalisation d'entretiens semi-directifs avec les IDec de cinq autres SSIAD. Ces SSIAD furent choisis de façon à compléter le mieux possible l'éventail des spécificités des douze SSIAD faisant l'objet de visites-évaluation: gestion par d'autres associations, environnement structurel particulier, notion d'investissement de l'IDec sur un champ peu couvert par les autres. Les entretiens portèrent sur l'organisation et le fonctionnement du SSIAD, mais aussi sur les problèmes les plus ressentis, les questionnements et la vision du futur de leur SSIAD et des SSIAD en général (Grille d'entretien en annexe 2).
- Entretien avec le président d'une association médicale gérant plusieurs modalités de coordination de la prise en charge au domicile et porteuse d'un réseau gérontologique.
- Entretien avec un responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre régionales de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à la Direction Régionale des Affaires sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) d'Ile de France
- Entretien avec une responsable du pilotage de l'enquête nationale en cours sur les SSIAD à la Direction Générale des Affaires Sociales (D.G.A.S.), et entretien téléphonique avec un médecin de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé (I.R.D.E.S.) référent méthodologique de cette enquête.

- Entretien avec le responsable du pôle autonomie du Conseil Général.
- Il n'y eut pas d'entretiens avec des patients ni avec des aidants, non seulement par manque de temps, mais aussi parce qu'une telle étude nécessiterait des méthodes sociologiques élaborées et apporterait des éléments extrêmement intéressants, mais n'appartenant pas aux objectifs principaux du présent travail. La question des limites du maintien à domicile n'est pas non plus abordée, pas plus que la comparaison avec des expériences d'autres pays.

2.3 Etude d'éléments servant à la planification :

- Calcul du taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus) départemental et du territoire de chaque SSIAD, à partir des données démographiques disponibles. Le détail de la méthode est exposé plus loin.
- Recherche précise des communes non couvertes
- Calcul du ratio de postes soignants budgétés par place

Le recueil des données et les calculs relatifs à ces deux rubriques fut réalisé en commun avec le Dr M.P. Cuénot, MISP à la DDASS des Yvelines.

Ces données furent pondérées avec des éléments recueillis lors des visites-évaluation et des entretiens : nombre de places réellement occupées, effectifs réels, difficultés éventuelles de recrutement, listes d'attente.

Les indicateurs de 2007 de renseignement obligatoire (cf supra page 7) furent utilisés lorsqu'ils étaient déjà disponibles pour compléter certaines informations telles que le personnel remplaçant, l'utilisation des données pour calculer le taux d'occupation et les vérifications de concordance.

3 RESULTATS des visites de terrain

3.1 Données générales sur les SSIAD des Yvelines (Annexe 3)

24 SSIAD créés entre 1982 et 2007. En 1992, leur nombre était de 18, avec une capacité totale de 606 places pour personnes âgées P.A.). Les augmentations de capacité se sont faites au fil des années par tranches de dix à vingt places. En juillet 2008, la capacité totale a plus que doublée : elle est de 1383 places autorisées dont 1353 installées, réparties en :

- 1332 places autorisées pour personnes âgées dont 1302 places installées, soit 96% des places totales.

- 51 places autorisées et installées pour personnes handicapées (P.H.), soit 4% des places totales. Il s'agit de régularisations demandées par treize SSIAD, avec des capacités correspondant au nombre de P.H. réellement prises en charge.

Le gestionnaire est une commune ou une intercommunalité dans la moitié des cas (N :12), une association dans un tiers des cas (N: 8) et un établissement de santé pour les 15% restant (N : 4). Un 25^{ème} SSIAD, privé lucratif de 30 places a été autorisé en 2007 mais n'est pas encore installé. Ces proportions diffèrent de celles de l'enquête nationale DREES de 2002. Les gestionnaires hospitaliers sont deux centres hospitaliers et deux hôpitaux locaux. Six SSIAD appartiennent à des structures nationales : L'Aide à Domicile en Milieu Rural (A.D.M.R.) gère trois SSIAD, la Croix Rouge Française, l'association Monsieur Vincent et la Fondation Léopold Bellan en gèrent chacune un. Les deux SSIAD associatifs restants sont gérés par des associations locales présidées par des médecins : Association locale de développement sanitaire (A.L.D.S.) et Objectif santé.

La capacité varie de 25 à 125 places pour P.A. La capacité moyenne est de 54 places pour P.A., avec peu de différences des sous-moyennes en fonction des statuts ; la capacité médiane est de 45 places. Logiquement le SSIAD le plus grand est celui qui dessert Versailles. En comparaison, la capacité nationale moyenne était de 40 places selon l'enquête DREES de 2002, la capacité moyenne régionale était de 60 en 2006 selon les indicateurs (remplis par une faible minorité de SSIAD).

Quinze SSIAD, dont les douze territoriaux, desservent des populations urbaines vivant dans des communes de plus de 10 000 habitants. Six SSIAD desservent des populations rurales, et trois des populations mixtes. Plusieurs SSIAD ont des patients dans des zones favorisées et dans des zones défavorisées. Il est peut-être utile de préciser que, quelque soit l'environnement des patients, tous les SSIAD déclarent que les équipes n'ont jamais été l'objet d'actes de délinquance.

Le Taux d'Occupation (T.O.) est connu pour treize SSIAD totalisant 56% des places du département. Il a été soit fourni directement, soit à partir du nombre de journées réalisées divisé par 365 jours.

Le T.O. moyen par SSIAD est de 80,5% ; le T.O. médian par SSIAD est de 82%. Cinq SSIAD ont un T.O. $\geq$ 90%.

Le T.O. moyen de la somme des places de ces treize SSIAD est de 82%.

3.2 Caractéristiques des patients pris en charge

Sexe : Les femmes représentent 65% des patients.

Age : Les moins de 60 ans représentent 5% des personnes prises en charge. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 80% (75-84 ans : 35%, 85 ans et plus : 45%).

Conditions de vie : 1/3 des patients vivent seuls, 40% vivent en couple. 2,3% vivent en foyer-logement ; un SSIAD a cependant le quart des ses patients domiciliés dans un foyer-logement.

3.2.1 Les aides techniques en matériel

Elles ont été étudiées pour 437 patients de sept SSIAD

Lit médicalisé	42%
Lève-malade	7%
Verticalisateur ²⁰	0,5%
Fauteuil roulant	27%
dont F roulant électrique	3%
Fauteuil coquille	3%
Chaise percée	8%
Chaise douche	13%
Ascenseur intérieur	0,7%

3.2.2 Les GIR (Groupes-Iso-Ressources) et les GMP (GIR-Moyen-Pondéré)

Les calculs furent réalisés d'après les données de 15 SSIAD totalisant 1199 patients ; les effectifs de chaque GIR furent agrégés avant de passer aux pourcentages ; le plus souvent, il s'agit des données de 2007 ; pour quelques SSIAD, les données des patients pris en charge le jour de la visite étaient les seules disponibles et furent celles prises en compte.

Le GIRage des SSIAD ne fait pas l'objet de contrôles.

Voici les résultats :

Pourcentage de chaque GIR	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Effectifs totaux
Yvelines	7,6%	30,8%	23,0%	38,8%	6,1%	1,4%	1199
Enquête nationale 2002	≈ 9%	≈ 30%	≈ 25%	≈ 30%	≈ 3%	≤ 1%	
Enquête nord-est 2002	13,2%	38,1%	22,2%	25,3%	1,0%	0,1%	1575

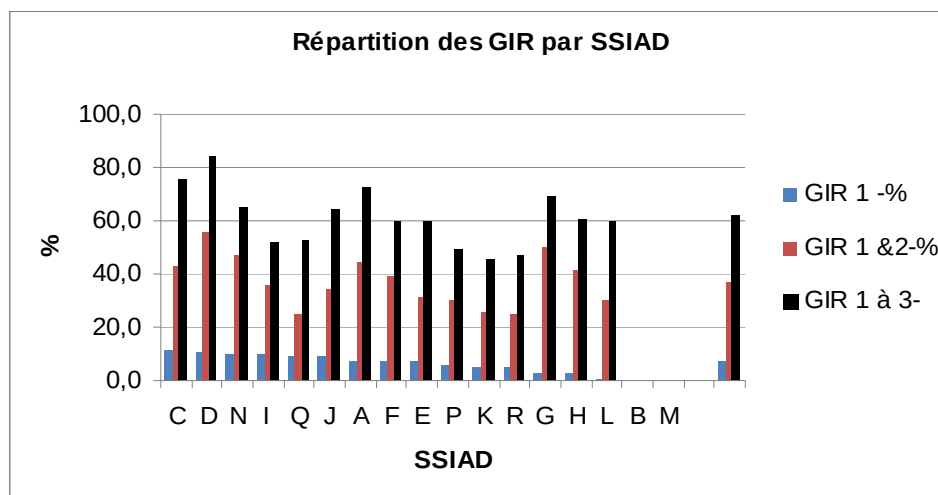
GIR regroupés

15 SSIAD des Yvelines,	GIR 1 & 2	GIR 1 à 3	GIR 1 à 4
------------------------	-----------	-----------	-----------

²⁰ Les verticalisateurs ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie

1199 patients			
Moyenne calculée	35,6%	57%	93%
Minimum et maximum de chaque SSIAD	25 - 57 %	46 - 85%	87 – 100%

Remarques : Les effectifs de chaque catégorie sont souvent faibles, inférieurs à 30 voire inférieurs à 10.



Les GMP, renseignés par dix SSIAD, sont calculés à l'aide d'un logiciel à partir des GIR. Le GMP médian est de 636 ; le GMP moyen (sans pondération par le poids respectif de chaque SSIAD) est de 631 ; le minimum est de 570 et le maximum de 688.

Analyse

Les GIR 1 à 4, généralement retenus pour parler de dépendance, regroupent 93% des patients, soit la quasi-totalité.

La proportion de GIR 1 et 2, correspondant classiquement aux niveaux de dépendance les plus élevés, semblent relativement bas. Mais, vu la méthode d'agrégation utilisée, ces résultats n'ont qu'une valeur indicative. Par ailleurs, il ne semble pas exister d'études où les GIR aient fait l'objet d'un contrôle et où le type de données choisies (GIR d'entrée, de sortie, d'un jour, GIR moyen de la place pendant l'année) soit spécifié. Or, un SSIAD a remis ses données de GIR selon ces différentes modalités : les variations observées sont de 12%. Enfin, selon les résultats préliminaires de l'enquête « SSIAD-Patients lourds », le GIR n'est pas le facteur le plus déterminant de la lourdeur de la prise en charge.

Cinq SSIAD ont de un à deux patients en GIR 6. Selon les IDEc de ces SSIAD, il s'agit d'un phénomène nouveau, concernant des patients en phase débutante de la maladie d'Alzheimer ; deux IDEc précisent que les adresseurs sont un ou deux médecins de leurs secteurs ayant des approches de prévention secondaire.

Deux IDEc calculent la charge en soins selon la méthode proposée par un logiciel. La majorité des IDEc voudrait disposer d'un outil qui mesure la charge en soins de manière standardisée.

3.2.3 Les diagnostics médicaux (Annexe 4)

Les diagnostics médicaux ont été investigués dans dix SSIAD totalisant 671 patients pris en charge lors de leur visite. Ils ont été recueillis d'après les registres médicaux, document que doit obligatoirement tenir à disposition chaque SSIAD, où apparaissent les diagnostics posés par le médecin traitant de chaque patient. Ces diagnostics ne sont pas toujours précis. Ils ne distinguent pas non plus toujours le diagnostic principal des diagnostics associés ; ceci est d'ailleurs facilement compréhensible, car la plupart des patients âgés sont atteints de polyopathologies intriquées. Il a été remarqué que le diagnostic des personnes handicapées est lui toujours précis. Pour le besoin de la clarté des résultats, quitte à perdre une partie de l'information, les IDEc et éventuellement les IDE adjointes de secteur ont été consultées pour savoir quelle était la pathologie principale, du moins au regard de la prise en charge par le SSIAD.

Plusieurs IDEc réalisent un regroupement des diagnostics principaux; ces synthèses, saisies sur un logiciel, nous ont été remises. Elles comportent les difficultés d'interprétation suivantes : La terminologie des documents étudiés relatifs aux classes pathologiques rencontrées est homogène pour les classes suivantes : cardiovasculaire (cependant cette classe est subdivisée ou non selon les SSIAD), respiratoire, diabète, digestif, urinaire (correspondant souvent à des patients dialysés), hématologie, dermatologie, maladies rares.

Il n'en est pas de même pour les classes neurologiques et psychiatriques et les affections de l'appareil locomoteur :

- Plusieurs SSIAD font une distinction claire, avec trois classes, psychiatrique, neurologique, maladie d'Alzheimer et apparentées. Pour certains autres SSIAD, la neuro-psychiatrie fait l'objet d'une seule classe, dont on suppose qu'elle inclut les pathologies psychiatriques, les pathologies neurologiques, la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées, et, qui sait, certaines maladies rares. D'autres SSIAD font deux catégories, psychiatrique et neurologique, sans que l'on sache alors où est incluse la maladie d'Alzheimer.
- La classe appareil locomoteur est parfois limitée aux affections rhumatologiques, la traumatologie faisant l'objet d'une autre classe. Pour d'autres SSIAD, elle semble inclure les deux catégories.

Une fois exposés les facteurs d'incertitude, voici les catégories de diagnostic principal les plus fréquemment rencontrées :

En premier lieu viennent les affections neurologiques (30%) et celles de l'appareil locomoteur (20%). Sur les 127 diagnostics neurologiques connus par pathologie, 53% concernent des séquelles d'accident vasculaire cérébral, 24% des maladies de Parkinson, 13% des scléroses en plaque (S.E.P), 5% des para- ou tétraplégies, 4% des scléroses latérales amyotrophiques (S.L.A.). L'appareil locomoteur est beaucoup plus représenté par la rhumatologie que par l'orthopédie. Sur les 58 diagnostics précis connus de rhumatologie, plus de 50% sont des arthroses invalidantes, 15% sont des polyarthrites, 15% des tassements vertébraux ; on peut noter quatre cas de séquelles de poliomyélite. La sous-catégorie orthopédie comprend aussi bien les prises en charge courtes pour dépendance temporaire que les longues pour séquelles ; on note aussi trois cas de séquelles sévères d'infection nosocomiale.

Les deux catégories diagnostiques suivantes par ordre de fréquence sont avec un taux identique de 12% la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées et les affections cardio-vasculaires. En incluant les patients chez qui une maladie d'Alzheimer ou apparentée est notée en diagnostic associé, le taux monte à 14% ; il peut être utile de préciser que les démences affectant des patients atteints de maladie rares ont été exclues de cette catégorie. Quant aux affections cardio-vasculaires, le diagnostic le plus fréquemment mentionné est celui d'insuffisance cardiaque.

Les patients ayant en diagnostic principal une affection respiratoire sont 3,5% ; huit patients, quelque soit leur catégorie de diagnostic principal, ont une oxygénothérapie en continu. L'existence d'un diabète, en diagnostic principal ou associé, est noté chez 3,5% des patients ; il est spécifié pour six patients qu'il s'agit d'un diabète insulino-dépendant.

L'obésité n'est enregistrée qu'une seule fois en diagnostic principal, mais apparaît assez fréquemment en diagnostic associé.

La seule étude trouvée mentionnant les diagnostics médicaux est celle du service médical de la région Nord-est, réalisée par questionnaire sur une semaine d'octobre 2002. Elle rapporte pour les pathologies les plus souvent trouvées une fréquence de 21,7% pour les accidents vasculaires cérébraux, de 21,4% pour les démences et de 13,6% pour le diabète.

3.3 Les SSIAD et leur environnement structurel

Un gestionnaire porteur de **réseau gériatologique**

Une des associations gestionnaires d'un SSIAD est porteuse du réseau gériatologique EMILE. Il s'agit de l'association des Médecins du Canton de Meulan, avec 250 médecins affiliés, qui depuis 1981, au travers de l'Association Locale de Développement Sanitaire (A.L.D.S.), a créé successivement un SSIAD, un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, et dont le projet de réseau a été agréé en 2005.

Par ailleurs, une autre association gestionnaire d'un SSIAD, l'Association Monsieur Vincent, héberge le réseau gériatologique des professionnels de santé libéraux REGILIB 78.

Quatre gestionnaires gèrent la **Coordination gériatologique** de secteur par convention avec le Conseil Général :

Les deux associations mentionnées ci-dessus gèrent également la Coordination gériatologique de leur secteur. Il en est de même pour deux des établissements de santé gérant un SSIAD. Les locaux des Coordinations gériatologiques sont dans le même édifice ou dans la même enceinte que les SSIAD.

Gestionnaires en commun d'autres structures médico-sociales ou de consultation gériatologique:

En dehors des Etablissements Hébergeant des personnes Agées dépendante (EHPAD) des établissements de santé et des communes, l'association Monsieur Vincent gère un E.H.P.A.D., au sein duquel sont les locaux du SSIAD et de la coordination gériatologique. Des consultations gériatologiques existent dans des établissements de santé, et également dans l'enceinte de la Fondation Léopold Bellan.

Deux établissements de santé ont un accueil de jour (HL Houdan et CH Rambouillet). Le premier établissement de santé a également une unité d'hébergement temporaire.

Gestionnaires communs de SSIAD et de services de maintien à domicile

Sur les dix-sept gestionnaires de SSIAD vus, onze gèrent localement une ou plusieurs autres activités de maintien à domicile. Cinq (trois municipaux et deux associatifs), ont un d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D) avec des auxiliaires de vie, sept ont un service de portage de repas et neuf un service de télé-alarme. Aucun n'a demandé de reconnaissance en tant que Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D.)

Deux infirmiers coordinateurs de SSIAD territoriaux sont responsables de tout le pôle maintien à domicile de la commune et ont donc une double fonction. Un IDEc d'un SSIAD associatif est également responsable du S.A.A.D.

Associations de bénévoles:

La Fondation Léopold Bellan et un centre hospitalier ont chacun une association très active de bénévoles formés dont une partie intervient à domicile. Les IDEc des SSIAD de ces établissements se réunissent avec eux pour la formation et la coordination des rôles respectifs.

La place du SSIAD au sein de la structure gestionnaire

Les SSIAD hospitaliers : Trois se sentent partie prenante de l'établissement, avec participation dans l'équipe des cadres et des liens étroits avec la direction. Deux infirmiers coordinateurs se sentent même trop absorbés par leurs tâches hospitalières hors du SSIAD. L'IDEC du quatrième SSIAD profite de l'opportunité ouverte par la création des pôles pour s'engager davantage dans la vie de l'établissement avec l'espoir d'améliorer l'intégration du SSIAD.

Les SSIAD municipaux connaissent des situations variables : outre les deux cas où l'infirmier coordinateur est responsable du pôle de maintien à domicile, trois SSIAD se sentent bien intégrés, avec le soutien et une réflexion active d'un élu et/ou du responsable du C.C.A.S. Un autre se sent « un peu en l'air ».

Au total, la majorité des dix-sept gestionnaires des SSIAD vus gèrent également un ou plusieurs autres services contribuant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes : un réseau gériatrique, quatre coordinations gériatriques, six S.A.A.D., une consultation gériatrique non hospitalière, un service d'hébergement temporaire et deux accueils de jour hospitaliers.

3.4 Fonctionnement des SSIAD

Les 17 SSIAD visités ont tous des locaux dédiés. Dix sont situés en plein centre-ville, trois sont très excentrés. Un SSIAD municipal n'a pas accès à ses locaux les fins de semaine.

Tous ont un ou plusieurs postes informatiques, mais pas nécessairement un accès Internet. Au moins douze ont un des trois logiciels les plus utilisés par les SSIAD.

Les déplacements sont réalisés en voitures de service dans onze SSIAD, en voitures personnelles dans trois SSIAD, et à la fois en voitures personnelles et en voitures de service dans trois SSIAD. Dans trois SSIAD, une partie des tournées est faite à pied ou en vélo. Le nombre de kilomètres total parcourus annuellement en voiture, renseigné par douze SSIAD, est de 20 000 à 200 000 km, avec une moyenne d'environ 100 000 km et une médiane d'environ 80 000 km.

3.4.1 Le personnel salarié

- A) Tous les SSIAD ont un **infirmier coordonnateur**, dans un cas faisant fonction. Leurs missions²¹ sont l'évaluation des besoins des patients, l'élaboration et la mise en place du projet individualisé de soins; la coordination des activités du service ; le cas échéant, la gestion du service ; la participation à la coordination avec les partenaires (CLIC, réseaux, structures de coopération sanitaire, médico-sociale et sociale) ; et en tant que de besoin la réalisation de soins.

Tous les IDEc des Yvelines remplissent tous ces rôles, mais tous ne s'y limitent pas : J'ai déjà cité le cas des trois IDEc partageant leur temps entre le SSIAD et le SAD, avec des temps partagés qui dépassent ceux d'une activité de « coordination avec les partenaires » ; certains IDEc hospitaliers ont également des missions hors SSIAD chronophages. Par ailleurs, au moins trois IDEc réalisent régulièrement des actes techniques infirmiers, et davantage font des tournées de toilettes en tant que de besoin, particulièrement en été. Deux IDEc animent de plus des groupes de paroles d'aidants. La majorité des IDEc sont titulaires du diplôme de cadre de santé ; plusieurs ont de plus des Diplômes d'Université (D.U) en lien avec la gérontologie. Certains ont exprimé le désir que leur fonction de cadre soit mieux reconnue, et, dans cette même optique, que son nom soit modifié.

- B) **Les autres IDE salariés**, appelés communément IDE référents ou IDE adjoints (IDEa)

Deux des 17 SSIAD n'ont pas de poste budgété d'IDEa.

Leurs missions²² : Ils « *exercent les actes relevant de leurs compétence, organisent le travail des aides-soignants, et assurent, le cas échéant la liaison avec les autres auxiliaires médicaux* ».

La fonction principale des IDEa des Yvelines est d'encadrer les équipes sur le terrain et lors des transmissions au SSIAD, et de faire en lien avec l'IDEC le suivi des patients . Dans un seul SSIAD, celui de la Fondation Léopold Bellan, les IDEa réalisent la quasi-totalité des actes médicaux infirmiers (AMI). Les IDEa de la majorité des SSIAD préparent les piluliers hebdomadaires de certains patients (cf infra page 41). Les IDE de deux SSIAD font régulièrement des actes AMI de pansements. La plupart font aussi des tournées de toilettes, en cas d'absence d'un aide-soignant ou en été, et forment un binôme avec l'aide-soignant dans certaines circonstances (fins de vie). Cette organisation

²¹ Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 et circulaire d u 28 février 2005.

²² Idem

du travail des IDEa, consistant en l'encadrement des équipes et peu d'actes AMI, est similaire à celle trouvée dans les enquêtes nationale et régionale Nord-est de 2002.

- C) **Les aides-soignants (AS)** ont des horaires différents selon les SSIAD : ils sont majoritairement à temps plein dans certains et à temps partiel dans d'autres. Ils sont majoritairement ou tous en journée continue dans certains SSIAD, en horaires avec coupures dans d'autres ; chaque IDEc déclare que la solution prédominant dans son SSIAD est appréciée par l'équipe... L'absentéisme est généralement faible, aux alentours de 5%. Les absences, pas toujours remplacées, sont surtout liées aux congés maternité. Pour de petites structures, l'existence d'un poste non pourvu entraîne évidemment des difficultés de fonctionnement. Les SSIAD ayant le plus de difficultés de recrutement sont les SSIAD communaux : la procédure de titularisation passe par la réussite à un concours territorial difficile et avec peu de postes ouverts et est un frein au recrutement : le personnel qui ne se présente pas au concours ou qui ne le réussit pas reste contractuel, alors que tout le personnel permanent des SSIAD d'autres statuts est titulaire ou en CDI ; un IDEc a eu un entretien avec l'organisme gérant les concours et va participer au jury pour essayer de faire avancer les choses. Les IDEc ont plusieurs types de politiques de recrutement : l'intervention dans les écoles d'AS, l'accueil d'élèves AS en stage avec l'espoir de les attirer après l'obtention du diplôme, une réflexion sur la participation aux salons de recrutement ; un IDEc hospitalier essaie de convaincre sa direction d'examiner les candidatures externes en l'absence de candidature interne. Certains SSIAD emploient en complément des AS vacataires fixes et/ou des intérimaires, le souvent en été ; les retraités de la fonction publique hospitalière sont particulièrement appréciés, ainsi que les élèves IDE de 2^e année.

Seuls deux SSIAD emploient un aide-médico-psychologique (AMP).

Trois SSIAD ont fait appel pendant un an à des psychologues pour animer des groupes de paroles avec les équipes. Aucun SSIAD n'a d'ergothérapeute.

Le secrétariat connaît des différences d'organisation selon les gestionnaires : il est parfois réalisé dans la structure gestionnaire, ce qui, lorsqu'il n'y a pas unité de lieu, peut être insatisfaisant.

3.4.2 L'organisation du service

A) Les transmissions

Elles se font oralement au SSIAD au retour des tournées du matin. Il existe partout au moins une réunion hebdomadaire de transmissions faisant le tour de l'état de tous les

patients. Les transmissions écrites dans le dossier de soins au SSIAD sont faites selon les SSIAD par les IDE seules ou par les IDE et/ou les AS. Il en est de même pour la saisie informatique éventuelle. La majorité des IDEc ont formé leur équipe sur les transmissions ciblées. Les transmissions écrites au domicile sont moins détaillées pour des raisons de confidentialité.

B) La continuité des soins

Les tournées des dimanches et fêtes seront étudiées plus loin. Les astreintes infirmières téléphoniques existent 7j/7 ; mais elles ne couvrent 24h24 que dans certains SSIAD, dans les autres, elles couvrent uniquement les horaires des tournées aides-soignantes. En cas d'urgence médicale pendant les heures de tournées, la conduite est en général de prévenir l'IDEc tout en appelant le 15 ; en dehors de ces horaires, l'orientation est d'appeler directement le 15.

C) Les formations.

Presque tous les SSIAD ont un plan de formation. Les thèmes les plus fréquemment trouvés sont la manutention, les gestes d'urgence, la prise en charge de malades Alzheimer, la prise en charge de patients en fin de vie, la maltraitance, le secret professionnel et la confidentialité, certaines maladies au cas par cas (sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, etc.). Une partie des formations est impartie par les réseaux. La plupart des IDEc et/ou des IDEa réalisent une partie des formations, parfois en lien avec un élève IDE de 3^e année ; dans un SSIAD, les thèmes abordés font l'objet de documents écrits très élaborés. Un hôpital a en outre un système de formation en ligne obligatoire pour tout le personnel, y compris celui du SSIAD.

D) Les documents

- a) **Les dossiers du patient** examinés furent le plus souvent des dossiers vierges, rarement des dossiers de patient réel.

Chaque SSIAD a élaboré ses propres dossiers. Ils comprennent un dossier structure et un dossier de liaison au domicile.

Le dossier gardé au SSIAD est en fait double : il y a un dossier administratif et médical d'accès restreint contenant la prise en charge, le diagnostic médical, les prescriptions médicales, les copies des ordonnances, le suivi des actes infirmiers libéraux et éventuellement pédicures libéraux ; et un dossier infirmier avec le diagnostic infirmier, le plan de soins, les transmissions ciblées et les coordonnées des différents intervenants et aidants.

Le dossier de liaison au domicile comprend les coordonnées des différents intervenants, le plan de soins pour l'aide soignante, le diagramme de soins, des feuilles destinées au

médecin traitant, aux autres intervenants et aux familles ; ainsi le plus souvent que la feuille de traitement médicamenteux, une feuille de constantes vitales, une feuille de courbe de poids, et éventuellement une feuille de suivi de l'hydratation. Le point des feuilles de liaison avec les établissements de santé est détaillé ailleurs.

Le contenu des dossiers est conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), à l'exception des situations suivantes : Un SSIAD a un dossier structure squelettique insuffisant. Les seules autres observations portent sur l'inconstance de la présence des feuilles de poids, d'alimentation et de surveillance hydrique, alors que la nécessité de ces surveillances est mentionnée dans la circulaire du 28 février 2005.

L'existence de protocoles écrits, recommandés par l'HAS, est inconstante.

b) Les documents de la loi de 2002

➤ Le projet de service

Huit des douze SSIAD ont terminé l'élaboration du projet de service.

Le projet de service de treize SSIAD, parmi lesquels des SSIAD visités, a été élaboré à partir d'un travail en réseau entre infirmiers coordinateurs. Ce groupe de SSIAD a fait appel à un organisme de formation pour les aider à la réalisation du projet de service. Deux autres SSIAD se sont réunis et ont procédé de même.

L'élaboration s'est faite à partir de trois groupes :

- le groupe des 13 infirmiers coordinateurs de SSIAD a défini les axes stratégiques communs des projets de service et a validé les propositions d'amélioration ; il en a été de même pour le groupe de deux
- un groupe de travail s'est mis en place dans chaque SSIAD, composé d'aides-soignantes, d'infirmières et du coordinateur ; il a réalisé un diagnostic des thèmes prioritaires.
- un comité de pilotage dans chaque SSIAD, composé de l'IDEC et des IDE adjointes a formalisé la partie spécifique à leur SSIAD.

- La plaquette de présentation, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont élaborés par dix des douze SSIAD.
- Neuf SSIAD sur douze ont mis en œuvre le D.I.P.E.C. (document individuel de prise en charge ; synonyme : contrat individuel de prise en charge). Ils sont signés par l'IDEC, et le patient ou son représentant. Cependant, les DIPEC d'un SSIAD sont de plus signés par gestionnaire non professionnel de santé extérieur à l'équipe du SSIAD.

Un seul SSIAD a un DIPEC très général. Les DIPEC des autres SSIAD précisent tout ou partie des rubriques suivantes : matériel médical indiqué, petit matériel éventuellement demandé (savon liquide, serviette, gants), type de soins délivrés, nombre de passages par semaine et par jour, avec pour le passage du matin la plage horaire de deux heures.

La plupart des SSIAD ayant élaboré un DIPEC font aussi des avenants en cas de modification dans la prise en charge.

Le commentaire de deux IDEc qui ont un DIPEC précis est « C'est un gros travail, qui continue quand il y a des avenants, mais depuis l'instauration du DIPEC, il y a beaucoup moins de réclamations sur les horaires.

➤ Les enquêtes de satisfaction :

Une ou plusieurs enquêtes de satisfaction ont été réalisées ou sont prêtes à l'être par dix des douze SSIAD. Un SSIAD en réalise une annuellement depuis 2004. D'autres en ont réalisé une au cours des trois dernières années. Les autres ont terminé le questionnaire et s'apprêtent à lancer leur première enquête.

Tous les SSIAD ayant pratiqué une ou plusieurs enquête en ont fait l'analyse : le taux de réponse est proche de 100%, les commentaires libres manuscrits ajoutés à la réponse aux questions et fréquente. La rubrique comportant le plus d'insatisfaction (de 10 à 30%) est celle des horaires.

➤ L'évaluation interne

Un SSIAD l'a réalisée et un autre est en train de la faire.

Selon les déclarations d'un IDEc « L'élaboration et la mise en œuvre des outils de la loi de 2002 a débouché sur une amélioration de la coordination intra et inter-SSIAD, à une dynamisation et à l'impulsion de la démarche qualité ».

Analyse

L'élaboration des documents de la loi de 2002 est très avancée.

Le regroupement de treize plus deux SSIAD pour la formation relative à l'élaboration des projets de service est un signe de plus de la coopération qui existe entre les SSIAD des Yvelines.

Les documents à remettre au patient étaient en chantier ; cependant, l'annonce des visites-évaluation a de toute évidence accéléré le mouvement : dans plusieurs cas, la finalisation date seulement du mois d'avril voire du mois de juin 2008 ; ce phénomène paraît logique : comme le dit le Dr Cuénot « Pourquoi se fatiguer à faire des documents parfaits si aucune tutelle ne vient les voir. »

Presque tous les D.I.P.E.C. comportent un degré de précisions utile au patient, aux aidants, et au SSIAD dans les cas où la mise en œuvre a été suivie d'une diminution des réclamations sur les horaires. Les informations contenues dans D.I.P.E.C. en relation même indirecte avec l'état de santé sont soumises au secret professionnel : la signature par un gestionnaire non professionnel de santé extérieur à l'équipe du SSIAD semble peu compatible avec cette obligation.

3.5 L'organisation de la prise en charge

Les demandeurs figurent sur les fiches d'informations initiales et sont regroupés informatiquement par les SSIAD disposant d'un logiciel. Mais l'interprétation est délicate ; par exemple, la catégorie « assistante sociale » regroupe souvent les assistantes sociales de la coordination gériatrique et les hospitalières. Il est intéressant de constater que les demandes directes de patients représentent une proportion non négligeable d'environ 10%.

La plupart des SSIAD recueillent les informations initiales sur une grille que chacun a élaborée.

3.5.1 Critères de priorisation et critères de refus d'emblée,

alors que la demande correspond à la prise en charge d'un SSIAD et relève de son territoire :

Les SSIAD qui ont sur leur territoire un réseau pour malades chroniques graves et soins palliatifs priorisent les demandes émanant du réseau, tout d'abord parce qu'ils savent qu'ils seront épaulés dans la prise en charge ; plusieurs SSIAD sont même épaulés financièrement dans ces prises en charge, lorsqu'il existe un accord laissant les dépenses d'actes AMI à la charge du réseau, ou, dans un cas, à la charge de l'Assurance Maladie sans remboursement par le SSIAD ; d'autres SSIAD acceptent le surcoût, en sachant qu'il malheureusement s'agit d'une prise en charge courte.

Plusieurs SSIAD acceptent des prises en charge courtes : état de dépendance temporaire après un épisode traumatologique ou post-opératoire, accueil de patients en vacances habituellement pris en charge par d'autres SSIAD.

Le motif de refus d'emblée le plus souvent exprimé est le coût prévisionnel élevé des dépenses en actes infirmiers libéraux, concrètement lorsqu'il s'agit de patients nécessitant au long cours deux passages quotidiens d'IDE libéraux ; l'exemple le plus fréquemment cité est celui des diabétiques insulino-dépendants et des patients à qui des perfusions d'antibiotiques ont été prescrites. Un IDEc précise que, depuis « une expérience désastreuse d'envolée des dépenses en AMI », avant de prendre en charge un nouveau patient, il contacte l'IDE libéral du patient et estime avec lui les coûts en AMI avant de prendre la décision d'admission. Un autre motif fréquent est le refus du patient, ou de son conjoint, situation assez commune lorsque la demande a été faite par un tiers ; l'attitude adoptée est alors d'essayer de faire accepter la venue d'une aide-ménagère, mieux acceptée, avant de repropose une prise en charge par le SSIAD. Les autres motifs de refus mentionnés sont plus inconstants : certains SSIAD refusent de prendre en charge des patients atteints de troubles mentaux sérieux (hors maladie d'Alzheimer), d'autres en

prennent en charge, d'autant plus facilement qu'ils ont l'aide d'un CMP²³; un IDEc refuse de prendre en charge des patients en fin de vie en dehors de ses propres patients.

3.5.2 Les délais de prise en charge et les listes d'attente

Ce point a été approfondi, car c'est un élément de la planification.

Les informations ont pour sources les déclarations des IDEc rencontrés, la consultation des documents relatifs au suivi des demandes et à la liste d'attente, et l'item « demandes non satisfaites » des indicateurs de 2007. Selon le guide de remplissage des indicateurs, cet item prend en compte les demandes correspondant aux critères d'intervention des SSIAD, mais refusées par manque de place, ou parce que les besoins dépassent les capacités du moment d'intervention du service ; elles n'incluent par contre pas les demandes relevant d'un autre type de prise en charge (S.A.A.D., etc).

Le suivi des demandes est réalisé soit de façon manuelle dans un cahier ou un classeur bien organisé, soit de façon informatisée. Les SSIAD équipés d'un logiciel gèrent de plus leur liste d'attente sur celui-ci.

Certains SSIAD déclarent rappeler régulièrement les demandeurs en attente, d'autres attendent d'être rappelés.

Trois SSIAD précisent que la majeure partie de leur liste d'attente est constituée de demandes émanant d'établissements de santé qui anticipent de plusieurs semaines voire plusieurs mois la sortie des patients, ou de demandes faites par l'H.A.D. ou le S.A.A.D. de relais de prises en charge ; un SSIAD qui a 23 personnes en liste d'attente déclare même qu'il pourrait pourtant honorer une éventuelle demande de prise en charge immédiate.

Les délais moyens de prise en charge varient d'une semaine à plusieurs mois. Plusieurs SSIAD déclarent qu'un délai supérieur à un mois est rédhibitoire, car les demandeurs se sont alors trouvés dans l'obligation de trouver une autre solution. Cependant, trois SSIAD ont des délais moyens de deux mois ou plus, avec dans un cas un délai maximum qui peut attendre un an. Trois SSIAD font remarquer que leurs délais moyens de prise en charge et leurs liste d'attente ont connu des variations brutales et majeures à la suite de départs ou de congés longs d'aides soignantes ; dans un exemple le délai est passé de un à quatre mois, dans un autre cas, la liste d'attente était passée de dix à cent patients. Un autre SSIAD rapporte avoir vu ses délais et sa liste d'attente allongés depuis que les infirmiers libéraux de son secteur ont arrêté de faire des toilettes.

²³ Centre Médico-Psychologique, antenne ambulatoire du secteur psychiatrique

Au total, sur dix-sept SSIAD renseignés :

- Cinq avaient au moment de la rencontre une liste d'attente de quinze patients ou plus. A l'autre extrême, deux avaient une liste d'attente nulle en permanence.
- Neuf avaient un délai moyen de prise en charge inférieur à un mois, dont trois avec un délai inférieur à une semaine. Sept avaient un délai supérieur à deux mois et un avait un délai intermédiaire.
- Les taux de refus sont renseignés par neuf SSIAD : Quatre d'entre eux ont un taux égal ou supérieur à 50% ; un a un taux de 25% ; les trois autres ont un taux compris entre 0 et 15%.

Les solutions alternatives quand la prise en charge immédiate est impossible :

Des IDEc organisent eux-mêmes les solutions alternatives, d'autres se contentent de conseiller les demandeurs.

Quatre SSIAD non sièges de Coordination gériatrique renvoient vers celle-ci (avec les SSIAD sièges de Coordination, il s'agit plus d'une organisation faite en commun que d'un renvoi). Trois SSIAD dont le gestionnaire a aussi un S.A.A.D. y envoient les demandeurs. Trois SSIAD renvoient vers des infirmières libérales pour une prise en charge définitive ou temporaire ; cette solution est cependant rarement possible pour les autres SSIAD, les IDE libérales de leur territoire n'acceptant plus de faire des toilettes. Au moins quatre SSIAD renvoient vers des associations ou des sociétés d'auxiliaires de vie. La plupart des SSIAD précisent que la solution d'attente devient souvent une solution définitive.

Analyse

Le suivi des demandes est réalisé par tous les SSIAD rencontrés. Il est réalisé de façon plus ou moins rigoureuse, avec ou sans rappel périodique aux demandeurs; on peut d'ailleurs imaginer que cette attitude varie en fonction des disponibilités en places.

Le sens précis de la liste d'attente semble différer selon les SSIAD : Certains sortent la personne de la liste dès qu'une solution, supposée d'attente, donc temporaire, a été trouvée. Les informations données ont parfois une apparence paradoxale: Un SSIAD a une liste d'attente de 23 patients, mais pourrait débiter immédiatement une nouvelle prise en charge ; un autre SSIAD a une liste d'attente courte mais un délai moyen de prise en charge de trois mois.

Les taux de refus renseignés dans les indicateurs 2007 ne présentent pas toujours une congruence évidente avec les données recueillies lors des visites : Par exemple, un SSIAD reportant un délai moyen de prise en charge inférieur à quinze jours indique un taux de refus de 65% ; un autre SSIAD informant d'un délai moyen de trois mois indique

un taux de refus nul ; d'autres SSIAD indiquent également un taux de refus nul alors qu'ils expliquent par ailleurs qu'ils ne prennent pas en charge les patients nécessitant deux ou trois passages infirmiers quotidiens : on peut se demander s'il s'agit d'une erreur de saisie ou alors quel a été le sens attribué au mot refus.

Il est logique de penser que les différentes interprétations faites du concept de liste d'attente et de refus par les IDEc reposent sur la connaissance qu'ils ont de leur environnement. Ces différences rendent cependant plus difficile la planification, et il serait souhaitable que les IDEc réfléchissent au sein de l'ACESIDY et en lien avec la D.D.A.S.S. au moyen d'améliorer l'homogénéité de ces concepts.

Après prise en compte de ces facteurs d'incertitude, la conclusion provisoire est que sept des dix-sept SSIAD examinés n'ont pas une capacité de réponse suffisante face aux demandes de prises en charge. Je nommerai ces SSIAD A, B, C, D, H, J et Q.

Les causes de ces insuffisances de réponses ont été recherchées, au travers des informations fournies par les IDEc, et au regard des taux d'occupation (T.O.), du nombre moyen de passages hebdomadaires par patient, des postes vacants et des absences prolongées non remplacées, de l'existence éventuelle d'augmentation de capacité en 2007 ou 2008, et de l'existence d'un SAAD administré localement par le même gestionnaire.

Les SSIAD A, C, D et H ont un T.O. supérieur à 90% ; le SSIAD Q a un T.O. un peu inférieur à la moyenne des Yvelines ; celui des SSIAD B, H et Q n'est pas renseigné. Le nombre moyen de passages hebdomadaires par patient est supérieur à la moyenne des Yvelines pour le SSIAD C et D, mais égal ou un peu inférieur à la moyenne pour les SSIAD B, H, J, K et Q. Les SSIAD A, H, J et D ont un taux très faible (0-5%) d'ETP non couverts ; les SSIAD C, K et Q ont entre 20% et 40% de postes non couverts ; le SSIAD B pour lequel est seulement disponible l'information indirecte a des ratios d'ETP réels inférieurs à la moyenne des Yvelines. Les gestionnaires des SSIAD A, H et J opèrent également un S.A.A.D.

Facteurs/ SSIAD	A	B	C	D	H	J	K	Q
T.O. ≥ 90%	oui		oui	oui	oui			
Passages hebdomadaires > moyenne			oui	oui				
Déficit ETP réels ≥ 20%			oui				oui	oui

Présence d'un S.A.A.D.	oui				oui	oui		
------------------------	-----	--	--	--	-----	-----	--	--

Ces observations conduisent aux conclusions suivantes :

- Une évolution des capacités à envisager pour des SSIAD A, D, H et J. Le SSIAD J a d'ailleurs obtenu récemment une augmentation ; le SSIAD A prévoit d'en demander dès l'an prochain.
- L'existence de postes vacants est la cause principale des difficultés des SSIAD B, C, K et Q, et une cause partielle de celles du SSIAD C. Tous ces SSIAD reconnaissent d'ailleurs l'existence de leurs difficultés de recrutement. Le SSIAD K mène une politique dynamique au sein de la structure gestionnaire et espère que ses déficits en personnels seront corrigés au cours des prochains mois. Le SSIAD Q, après avoir épuisé les méthodes de recrutement classiques, envisage, comme il a été indiqué plus haut, d'impulser au sein de l'ASECEDY une politique de recrutement plus ample, telle que la participation aux forums de recrutement. Deux SSIAD territoriaux, déficitaires ou non en personnel, se sont portés par ailleurs volontaires comme membres des jurys des concours territoriaux.

3.5.3 L'évaluation initiale

- La visite à domicile (VAD) initiale : Une VAD de pré-admission effectuée par l'IDEC, ou par l'IDECa responsable du secteur dans les SSIAD sectorisés est systématique quand les patients sont au domicile. Elle est également réalisée dans la mesure du possible par certains IDEC quand le patient est encore hospitalisé. La plupart des IDEC ne font la V.A.D. initiale que lorsqu'ils sont sûrs de pouvoir prendre la personne en charge dans les jours suivants ; certains cependant proposent une VAD lors de toute demande, afin de pouvoir apprécier la situation et l'état de la personne, le degré de priorisation et expliquer le contenu et les contraintes de la prise en charge ; en cas de prise en charge, ils font alors une deuxième VAD. Le plus souvent, l'IDEC fait la visite seul, mais certains vont avec une aide soignante.
- La visite hospitalière initiale pour les patients encore hospitalisés : Elle est beaucoup moins systématique. La plupart des IDEC n'en font que quand il s'agit d'établissements de santé proche. Un IDEC se déplace au contraire systématiquement, même si l'établissement demandeur est situé dans un autre département.

- L'évaluation initiale de la dépendance et de l'environnement :

Elle est réalisée le mieux possible lors de la VAD, bien que dans certains milieux sociaux très jaloux de leurs droits, les informations nécessaires soient difficiles à obtenir lors du premier contact. Plusieurs IDEc retournent au domicile le premier jour de la prise en charge pour affiner l'évaluation, puis la complètent avec les informations fournies par l'aide soignante au cours du premier mois. Elle comprend l'évaluation du patient, de son entourage social et de l'existence ou non d'aidant, l'évaluation de l'accessibilité et de l'état du logement. Dans presque tous les SSIAD, elle est transcrite sur une grille. La majorité des IDEc ont élaboré leur propre grille ; trois ont réalisé un pictogramme d'autonomie. Parmi les méthodes d'évaluation labellisées, celle des 14 besoins de Virginie Henderson est utilisée par quatre SSIAD, parce que c'est « *la papesse du diagnostic de soins infirmiers* », mais aussi parce que c'est l'outil choisi par un logiciel . Un SSIAD utilise la méthode de Karen Ritchie.

Tous les IDEc remplissent la grille AGGIR et calculent le GIR, mais la majorité déclare le faire uniquement à cause de l'obligation réglementaire : ils estiment qu'elle reflète mal la réalité - et ne la reflète pas du tout quand il s'agit de patients en fin de vie-, et qu'elle ne débouche pas sur le diagnostic de soins infirmier et le projet personnalisé de soins. Les échanges avec la Coordination gériatrique pour s'assurer de la concordance des évaluations sont fréquents ; la concordance est quasi-constante. Certains IDEc demandent au médecin traitant de faire le GIR à titre de confirmation.

En ce qui concerne l'évaluation de l'intérieur des logements, tous les IDEc qui travaillent depuis longtemps en SSIAD déclarent que la situation s'est améliorée, et que la plupart des insuffisances (absence d'eau chaude, absence de salle de bains) ne sont pas motif de refus ni même de retard de prise en charge. Quand, exceptionnellement, un logement est insalubre, ils font appel au CCAS ou à la Coordination gériatrique pour faire réaliser les améliorations indispensables pour permettre la prise en charge.

- Le suivi

Dans la plupart des SSIAD, un IDE du SSIAD passe au domicile de chaque patient au moins une fois par mois. Les réévaluations systématiques du GIR sont réalisées avec des périodes très variables, selon les déclarations des IDEc : tous les 3 mois pour chacun, moins d'une fois par an pour d'autres quand l'état des patients est stable.

3.5.4 Le plan de soins ou projet personnalisé de soins :

Il comprend la fréquence et le contenu des interventions de l'équipe du SSIAD, les interventions s'il y a lieu d'un infirmier libéral, les informations relatives aux autres intervenants, la nécessité éventuelle de matériel médical.

L'acceptation par le patient et l'entourage du matériel médical éventuellement nécessaire est un point important pour la prise en charge. La négociation est relativement facile en début de prise en charge. Elle devient souvent plus délicate lorsqu'un besoin de lit médicalisé apparaît en cours de prise en charge, et demande alors du temps et de la souplesse. Tous les IDEc s'accordent pour dire qu'actuellement, le matériel médical nécessaire est livré et installé en 24 heures.

3.5.5 Les plans d'aide :

Le délai de mise en œuvre d'un plan d'aide complexe est inférieur à une semaine.

La majorité des IDEc laissent de plus en plus la place à la Coordination gériatrique pour l'élaboration du plan d'aide : *« avant, c'était le premier qui prenait en charge le patient qui faisait le plan d'aide, maintenant le rôle de la Coordination s'est développé »*, tout en participant, physiquement, par téléphone, et/ou par l'utilisation d'une fiche de liaison. Une minorité d'IDEc continue à élaborer le plan d'aide. La situation est plus complexe quand le plan d'aide comprend des interventions d'auxiliaires de vie sociale (AVS) autour de la toilette : plusieurs IDEc s'occupent personnellement de cette partie du plan.

3.6 L'organisation concrète des soins

Les tournées et les passages des aides-soignants

Les toilettes médicalisées forment une grande partie du travail des aides-soignants. Il peut être intéressant de mentionner qu'un SSIAD dispose d'un système mobile de douches au lit. Un autre a accès à une baignoire à ultra-sons dont il fait parfois profiter des patients.

3.6.1 Les tournées

Une tournée correspond aux visites réalisées par un aide-soignant (AS) pendant une fraction de journée. Il y a des tournées du matin, de l'après-midi et du soir. Les toilettes sont réalisées lors des tournées du matin, et pour de rares patients lors des tournées d'après-midi. Les tournées du soir correspondent aux changes et aux couchers. Dans six SSIAD, les passages chez les patients particulièrement lourds dans les deux sens du

terme sont réalisés en binôme ; lors de fins de vie, le binôme est plus fréquent et constitué alors de l'AS et d'une IDE du SSIAD.

Des informations précises déclaratives sont disponibles pour 10 SSIAD.

Les AS partent faire les tournées du matin à 7h30 ou 7h45, à l'exception de deux SSIAD où le démarrage se fait à 8h et à 8h30 voire plus tard ; elles terminent leur tournée vers 12h ou 13h, à l'exception de deux SSIAD où les tournées du matin se prolongent jusqu'à 14h30 ; les tournées de l'après-midi ont lieu entre 14h et 16h30. Les tournées du soir durent jusqu'à 20h, à l'exception de deux SSIAD qui les terminent plus tôt, entre 18h et 19h.

La proportion de patients vus le matin et le soir en semaine (patients vus le matin en semaine/patients vus le soir en semaine) a été calculée : elle varie selon les SSIAD de 3,5 à 20, avec une médiane de 5,6. Trois SSIAD ne font aucun passage l'après-midi en semaine.

La proportion de patients vus le matin en semaine et le dimanche (patients vus le matin en semaine/patients vus le matin le dimanche) a également été calculée : elle varie de 1,7 à 5,7 selon les SSIAD, avec une médiane de 2,3. Cette médiane est assez proche des données de l'étude nationale de 2002 et de celle de la région nord-est de la même année, avec une proportion de 2,5 et de 2. Seuls deux SSIAD font des passages les dimanches après-midi. Un SSIAD fait en tout et pour tout une seule tournée les dimanches matin.

Les deux SSIAD ayant l'organisation de tournées la plus déficitaire ne sont pas les plus mal lotis en personnel. Ils appliquent la journée continue ; d'autres SSIAD fonctionnant principalement en journée continue arrivent cependant à s'organiser de façon plus satisfaisante en instaurant un à deux jours ouvrables par semaine et par aide-soignant avec coupure, ou une ou deux journées hebdomadaires avec des horaires de 13h-20h.

3.6.2 Le nombre de passages hebdomadaires aides-soignants

par patient a ensuite été étudié (Annexes 5 et 5bis).

La fréquence des passages hebdomadaires par patient a été renseignée par les IDEc de quinze SSIAD pour les patients pris en charge le jour de la visite, avec un total de 858 patients. Seuls certains SSIAD ont un suivi quotidien informatisé de cette donnée ; les IDEc des autres SSIAD ont renseigné oralement patient par patient. Elle fut ensuite étudiée par SSIAD, puis de façon globale en agrégeant chaque fréquence de passages.

A) Fréquences globales agrégées :

La fréquence la plus commune est de cinq passages hebdomadaires, avec un passage quotidien du lundi au vendredi : elle concerne presque la moitié des patients (45%). 20% des patients font l'objet d'un passage quotidien 7j/7. 5% des patients ont deux passages

quotidiens cinq ou six fois par semaine. 15% ont au moins deux passages quotidiens 7j/7. A l'autre extrême, 7,7% des patients font l'objet de trois ou moins passages par semaine.

B) Fréquences par SSIAD :

Comme le montre le graphique de l'annexe 5 bis, les fréquences relatives des passages hebdomadaires par patient sont très variables d'un SSIAD à l'autre. Huit SSIAD réalisent au moins un passage quotidien 7j/7 chez au moins la moitié de leurs patients ; mais deux SSIAD ne le font que chez 15% de leurs patients. Les passages bi-quotidiens 7j/7 concernent entre 5% et 25% des patients selon les SSIAD. Il n'existe pas de relation évidente (sans réalisation de tests statistiques) entre les fréquences de passages et les GIR.

Certains SSIAD ont quelques passages tri-quotidiens : il s'agit en général de patients en fin de vie.

A la question de savoir de quel type de pathologie souffraient les patients faisant l'objet de moins de cinq passages par semaine, la réponse apportée par plusieurs IDEc fut de deux ordres : Il s'agissait d'une part de patients souffrant d'arthrose ou de pied diabétique entraînant des troubles de l'équilibre, et d'autre part de patients ou de familles très réticents à recevoir de l'aide ; le nombre de passages réalisés était alors parfois inférieur au nombre nécessaire, mais c'était la seule façon de ne pas essuyer un refus total qui aurait encore plus nui au patient : « on se ferait jeter si on passait plus souvent ».

C) Nombre absolu de passages hebdomadaires

Il s'agit des passages hebdomadaires par patient, c'est-à-dire par place occupée au moment de la visite. Le nombre de passages a été obtenu soit directement, soit, le plus souvent, en faisant en sommant toutes les modalités de passage. Il existe une marge d'incertitude, car certains patients absents pendant une partie de la semaine (hospitalisation, etc) ont pu être pris en compte à tort. Après avoir étudié les décomptes informatisés détaillés de cinq SSIAD, croisé avec les registres médicaux et avec les informations orales, j'ai trouvé une erreur égale ou inférieure à 5%. Le nombre de passages est également concordant avec les données des indicateurs 2007 (nombre de passages pendant quinze jours) lorsqu'elles étaient arrivées avant la fin de la rédaction du mémoire.

Le nombre de passages hebdomadaires varie logiquement en fonction du nombre de places. Il est compris entre 210 et 1 100. Il est plus intéressant d'étudier le nombre moyen de passages hebdomadaire par patient: il varie de 5,1 à 8,7 selon les SSIAD, avec une moyenne de 6,8 et une médiane de 6,9. Il est comparable avec celui d' « *un peu moins de 7 passages* » de l'enquête nationale de 2002 et celui de 6,5 reporté dans l'enquête régionale nord-est de 2002. Le nombre de passages hebdomadaires par patient a été

croisé avec le personnel en ETP réels et avec l'importance de la liste d'attente (sans réalisation de tests statistiques) ; les résultats, qui figurent en annexe, ne montrent pas de corrélation évidente. Le croisement avec le kilométrage annuel n'a pas été réalisé. Pas plus que celui avec des passages en binôme réalisé dans certains SSIAD chez certains patients.

Au total : Le nombre moyen de passages hebdomadaires par patient est de 6,8. La pratique générale de loin la plus courante est celle d'un passage par jour du lundi au vendredi. Les autres types de modalités sont très variables selon les SSIAD, sans qu'il n'ait été trouvé de relation évidente avec les GIR des patients ni avec les effectifs réels de personnel. Il faut cependant mentionner que les résultats présentent des marges d'incertitude et que tous les facteurs n'ont pas été pris en compte.

3.6.3 Le circuit des médicaments

Les IDE de dix SSIAD sur les treize renseignés se chargent de la préparation hebdomadaire du traitement oral de trois à vingt patients ; dans le cas particulier des traitements anti-coagulants oraux, qui nécessitent un suivi rigoureux, leur préparation et leur suivi sont assurés par les IDE de seulement trois SSIAD. Deux SSIAD ont un protocole écrit de distribution par les AS. L'équipe IDE d'un SSIAD est en train de faire un travail sur tous les aspects du circuit des médicaments.

3.6.4 Les soins délivrés par les infirmiers libéraux

Les 17 SSIAD ont passé convention avec des infirmiers libéraux. Seize ont des conventions avec l'immense majorité ou tous les IDE libéraux exerçant sur leur territoire. Le SSIAD restant se trouve dans une situation particulière : 80% des IDE libéraux de son territoire (plus précisément tous les IDE libéraux de certaines communes et aucun d'autres communes) ont dénoncé la convention, après une protestation de l'IDEC relative à des préparations et facturations quotidiennes de piluliers hebdomadaires.

Les relations sont très variables. Elles vont « d'excellentes sous tous rapports », cas le plus fréquent, à « compliquées et polies ». Là où les relations sont bonnes, elles vont parfois jusqu'à l'assistance à des réunions conjointes (trois SSIAD) et jusqu'au dépannage mutuel.

Le problème le plus fréquent exposé par les IDEc est l'envoi direct par certains IDE libéraux de leurs factures à l'Assurance maladie. En effet, ils doivent transiter par le

SSIAD²⁴, ce dont ils sont en général informés par un courrier lors de la prise en charge. Ce comportement n'est pas nécessairement lié au délai de paiement par le SSIAD, car il existe pour des SSIAD associatifs à délai de paiement de quelques jours comme pour des SSIAD d'autres statuts dont les délais vont de un à trois mois. De plus, le contrôle de la part de l'IDeC devient alors impossible. Quatre SSIAD ont dû pour cette raison payer à l'Assurance maladie des redressements allant jusqu'à 10 000 € ; dans un cas, le gestionnaire a suspendu la convention avec les infirmiers libéraux concernés.

Une difficulté moins fréquente consiste en des cas de surcotation. Ils se résolvent souvent au fil du temps, mais demandent aux IDE des SSIAD de faire une vérification systématique chronophage de toutes les facturations.

La qualité technique des actes pratiqués par les IDE libéraux est majoritairement jugée bonne par les IDEc. Plusieurs font cependant la remarque que les pratiques d'hygiène (lavage des mains, déchets de soins) laissent à désirer de la part de certains collègues libéraux. Tous font logiquement remarquer qu'il leur est difficile d'avoir « un regard interventionniste sur la qualité des soins techniques » pratiqués par un collègue ; de façon exceptionnelle, il est arrivé que l'IDeC décide de prendre la relève de la prise en charge.

Deux IDEc mentionnent que avoir des difficultés d'un autre ordre, liées à la diminution du nombre des IDE libéraux sur leur territoire.

Les données quantitatives retenues concernant les soins infirmiers libéraux sont celles de SSIAD visités ayant présenté des décomptes formalisés de l'année 2007, tout en excluant les situations particulières décrites ci-dessus ; en effet, ces dépenses étaient en cours de vérification dans les indicateurs 2007 au moment de la rédaction du mémoire. Les données de onze SSIAD ont ainsi été prises en compte. Les dépenses annuelles sont comprises pour chaque SSIAD entre 20 000 € et 40 000 €, à l'exception du SSIAD le plus important qui a logiquement une dépense plus élevée. La moyenne des dépenses par place est de 433 €, avec une médiane de 449 € ; mais deux SSIAD dépensent 200 € ou moins et cinq SSIAD dépensent entre 500 € et 600 €. L'investigation n'a pas été assez approfondie pour permettre la recherche des causes de ces disparités. La nature des actes, actes techniques infirmiers (AMI) ou actes infirmiers de soins (AIS), a été étudiée dans quatre SSIAD ; les AMI représentaient la totalité ou au moins 98% des actes infirmiers libéraux ; ceci est en accord avec les missions des SSIAD, qui doivent se charger de tous les actes en rapport avec le maintien de l'hygiène du patient.

3.6.5 Les soins délivrés par les pédicures libéraux :

²⁴ Idem

Le décret du 25 juin 2004 indique que les SSIAD doivent organiser en tant que de besoin l'intervention de podologues. Sur 16 SSIAD renseignés, 12 ont passé convention avec un ou plusieurs pédicures libéraux, qui interviennent auprès des patients diabétiques et pour ceux ayant des ongles anormaux. Dans les quelques cas où les dépenses sont indiquées, elles sont modestes, entre 200 € et 3 200 € annuels.

3.6.6 Les prises en charge les plus difficiles, en dehors des aspects financiers:

Les IDEc et leurs équipes se sentent souvent mal formés sur les plans technique mais surtout relationnel pour prendre en charge des personnes handicapées ; les personnes handicapées sont qualifiées d'exigeantes, sans que l'équipe ne se sente capable de faire face à ces exigences avec sérénité.

Les équipes se sentent souvent mal à l'aise devant des patients jeunes atteints de maladies chroniques graves.

Les SSIAD continuent la prise en charge de ceux de leurs patients qui arrivent en fin de vie, à la demande des patients, mais aussi des équipes qui ne désirent en général pas un transfert, par exemple vers une HAD. L'aide d'un réseau de soins palliatifs dans ces circonstances est fortement appréciée. Quand un patient est en fin de vie, qu'il s'agisse d'un patient pris en charge depuis longtemps ou d'un patient admis pour ce motif, une IDE du SSIAD accompagne souvent l'aide-soignant, et les astreintes sont opérationnalisées ou renforcées.

3.7 La coordination des prises en charge

3.7.1 Les médecins traitants

Le médecin traitant est plus qu'un coordinateur. Tout d'abord parce la prise en charge par un SSIAD nécessite une prescription médicale²⁵ initiale, renouvelée si besoin tous les trois mois. Sa participation active et ses avis au long de la prise en charge sont fondamentaux, surtout au cours des épisodes d'aggravation.

L'importance des médecins traitants comme adresseurs initiaux semble varier beaucoup d'un SSIAD à l'autre. Là où l'adressage font l'objet de statistique, les médecins traitants représentent de 4% à 20% des adresseurs. Ailleurs, l'information va de très souvent à presque jamais.

La prescription médicale est le plus souvent faite par le médecin traitant ; elle est réalisée sur ordonnance libre ou au moyen d'un formulaire élaboré par l'IDEc. Les ordonnances

²⁵ Décret n°2004-613 du 24 juin 2004

renouvellement trimestriel sont plus difficiles à obtenir quand elles concernent des patients au long cours qui perdent leur autonomie de façon définitive, de nombreux médecins trouvant la procédure illogique.

Les relations au cours de la prise en charge sont variables selon les médecins et d'un SSIAD à l'autre. Environ 20% des médecins traitants échangent facilement par téléphone, acceptent si nécessaire l'organisation d'une visite conjointe au domicile, voire écrivent dans le cahier de liaison ; les rares médecins traitants qui acceptent de se déplacer au SSIAD pour éclairer l'équipe devant un cas grave apportent une aide rapportée comme très appréciée. D'autres médecins sont réticents à échanger avec l'IDeC, avec des relations « asymétriques et un peu atones » ; certains se font même carrément injoignables. Les SSIAD des secteurs couverts par les deux réseaux gériatriques ont des relations facilitées avec les médecins traitants, ainsi qu'un SSIAD d'un hôpital local dans lequel sont impliqués les médecins généralistes libéraux.

Deux situations particulièrement abordées furent celles des fins de vie et des suspicions de maltraitance.

Les IDeC manifestent que le rôle du médecin traitant est crucial dans la prise en charge des patients en fin de vie, parce que de ces situations nécessitent une astreinte en continu de tous les intervenants, condition sine qua non, et pour la lutte contre la douleur ; ce dernier aspect semble considéré très différemment selon les médecins, allant d'une prise en charge parfaite jusqu'à un refus quasi-total, ayant conduit au pire à faire appel directement au réseau.

Les IDeC dans leur ensemble jugent que les médecins traitants se montrent frileux pour intervenir devant une suspicion de maltraitance.

3.7.2 Les réseaux

Les deux réseaux gériatriques mentionnés plus haut permettent au médecin traitant, selon le président de l'un d'entre eux et lui-même médecin traitant, de continuer de prendre en charge, grâce aux échanges qu'ils permettent, des patients pour qui le médecin aurait auparavant demandé l'institutionnalisation. De plus, selon les IDeC, l'existence d'un réseau gériatrique facilite la communication avec les médecins traitants.

Réseaux de soins palliatifs ou pour maladies chroniques graves. Douze SSIAD ont accès à un des trois réseaux existants, Epsilon, Pallium ou Notre-Dame du lac. Les IDeC sont unanimes à apprécier le travail de ses réseaux et leur coopération avec les SSIAD, qui comprend des prises en charge conjointes et des formations à l'équipe, sur la prise en charge des fins de vie et sur celle de la douleur.

Le Réseau S.L.A. de l'hôpital la Pitié-Salpêtrière (Paris) a aussi été mentionné plusieurs fois. Son équipe se déplace jusque dans les Yvelines, et son apport à la prise en charge et à la formation du personnel est qualifié de précieuse.

3.7.3 Les Coordinations gérontologiques

Tous les IDEc déclarent avoir des relations avec la coordination gérontologique de secteur. Ces relations sont majoritairement fréquentes. L'existence de locaux communs avec les cinq Coordinations gérontologiques facilite la communication et la coordination. Outre les réunions périodiques de certains IDEc avec la coordination gérontologique, les contacts se font principalement autour de prises en charges complexes, d'aggravation de la dépendance et de suspicion de maltraitance.

Les visites multi-disciplinaires : Quatre IDEc ont accès à un ergothérapeute, soit de la coordination gérontologique de secteur, soit d'un réseau gérontologique, soit de l'établissement de santé gestionnaire.

3.7.4 Les établissements de santé

- A) Tous les SSIAD sont peu ou prou confrontés à l'existence de sorties sauvages ni anticipées ni préparées, de la part de services d'urgence ou de services hospitaliers publics ou privés de court ou de moyen séjour. Ces méthodes, appliquées semble-t-il plus fréquemment les vendredis après-midi, sont d'après les IDEc sources de réhospitalisations nuisibles à tous. Selon un IDEc, il arrive que des patients sortent avec un dispositif médical sans que le SSIAD ni même le médecin traitant en soit informé. Le SSIAD de l'ALDS, qui couvrent un territoire où les médecins généralistes libéraux ont développé depuis bientôt 30 ans des liens avec leurs collègues hospitaliers, ne connaît pas ces problèmes ; d'après le président de l'ALDS, la question délicate n'est d'ailleurs pas celle des prises en charge médicales hospitalières, coordonnées et rapides, mais celle des délais de rendez-vous pour les examens complémentaires d'imagerie et de fibroscopies. Tous les établissements ne pratiquent pas ces méthodes ; un hôpital extra-départemental limitrophe a même une coordinatrice de santé.

B) Documents de liaison avec les établissements de santé

Avant la mise en place du groupe de travail sur le dossier de liaison, trois SSIAD avaient mis en route une méthode de liaison: Le SSIAD de la Fondation Léopold Bellan expérimente avec le centre hospitalier de Mantes-la-Jolie la carte « Hopidom », carte de format carte de visite avec les coordonnées du médecin traitant et de tous les

intervenants ; le succès n'est pas encore au rendez-vous. Le SSIAD hospitalier de Poissy a débuté l'étude de la traçabilité des fiches de liaison SSIAD – Hôpital (trois sites) ; depuis septembre 2007 : quatorze hospitalisations ont donné lieu à une fiche de liaison du SSIAD vers l'hôpital ; dans cinq cas, il y eut un retour de l'hôpital vers le SSIAD. Quant au SSIAD de Meulan, il explique que l'instrument de liaison est le dossier du domicile, qui, avec l'accord des patients, contient aussi des informations médicales ; l'habitude est maintenant ancrée d'emmener le « dossier vert » lors de toute hospitalisation... et de le ramener à la sortie.

- C) **Les services d'Hospitalisation A Domicile (HAD)** intervenant sur les Yvelines sont au nombre de quatre : Santé-Services, Le Mesnil-St-Denis, Yvelines-sud et une HAD d'un département limitrophe. A la différence des autres types de coordination, seul un IDEc a parlé spontanément de l'HAD, bien que plusieurs d'entre eux aient été auparavant IDE en HAD. Les relations diffèrent selon les contextes locaux, mais elles sont le plus souvent décrites comme à la fois globalement satisfaisantes et peu fréquentes ; la plupart des SSIAD prennent en charge de un à quatre patients par an en relais d'une HAD ; le contraire est moins fréquent. Un IDEc voudrait l'ouverture de cinq places d'HAD pour faire la transition entre l'hospitalisation complète et la prise en charge par le SSIAD, les patients représentant une charge en soins souvent trop lourde à la sortie de l'hôpital. Selon un médecin traitant, l'HAD exclut de fait les médecins traitants, en leur ordonnant de se présenter immédiatement pour faire la prescription alors que tout a été décidé sans que le médecin ne soit consulté ni même informé.

3.7.5 Les accueils de jour²⁶

Une remarque fréquemment entendue est qu'au moins deux accueils de jour du département n'acceptent que des patients peu dépendants, argumentant que pour garder leur fonction thérapeutique, ils ne peuvent accueillir de personnes dont l'état perturbe le groupe. En d'autres termes, quand l'état du patient s'aggrave, l'aidant se retrouve seul. Les relations avec les services d'aides à la personne (SAP) sont fréquentes et souvent compliquées. La plupart des SSIAD recourent, directement ou à travers le plan d'aide, au service d'auxiliaires de vie pour une proportion non déterminée de patients. De toute évidence, les SSIAD qui font peu de passages le soir ou en fin de semaine et ceux qui ont des listes d'attente longues y recourent ou y font recourir plus que d'autres. Tous les IDEc

²⁶ Les accueils de jour sont destinés de fait aux patients Alzheimer ; leur développement programmé a pour but principal de soulager les aidants familiaux.

ont noté une multiplication récente des services commerciaux, à côté des associations préexistantes ; ces services sont à leur avis de valeur très inégale, avec à leur tête des gestionnaires commerciaux ou des personnes au chômage, le plus souvent sans qualification ni expérience dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées ; mais la remarque la plus fréquente porte sur l'absence d'encadrement : la qualité du travail repose uniquement sur les capacités et la conscience professionnelle des auxiliaires de vie. Une inquiétude sur un possible désengagement de l'assurance-maladie du financement des SSIAD et des aides-soignants sur l'avenir de la profession est notée ici comme ailleurs²⁷. La différence entre toilettes médicalisées du ressort des soins et toilettes non médicalisées du ressort de l'aide à la personne est claire pour les IDEc et leurs équipes, mais, d'après eux, pas toujours pour les SAP. Les relations sur le terrain entre SSAD-SAP et les SSIAD vont de la réalisation des toilettes de certains patients en binôme jusqu'à l'évitement. Plusieurs SSIAD prennent le devant de deux façons : par des actions de préparation d'auxiliaires de vie de SAAD adossés ou non au SSIAD au diplôme d'Etat (DEAVS), et/ou par une réflexion sur la clarification des indications et des rôles respectifs, réflexion qui va probablement s'étendre à l'ACESIDY.

3.8 SYNTHÈSE de L'ANALYSE

Une bonne partie des SSIAD a un environnement structurel qui favorise la coordination des prises en charge : Coordinations gérontologiques, réseaux, SAAD, hôpital, accueil de jour. Il a été constaté qu'aucun gestionnaire de SSIAD et de SAAD uni-sites n'a demandé sa transformation en SPASAD sans qu'une explication, sûrement existante, n'ait été proposée. Ces structures de composition multiples présentent cependant parfois l'inconvénient que l'IDEc ait un temps partagé de fait en désaccord avec les financements accordés par la DDASS et que le temps de secrétariat dédié soit dilué au milieu de la structure.

Les SSIAD visités sont des structures bien organisées et dynamiques, tant sur le plan de l'organisation des soins que sur les aspects documentaires.

Leurs difficultés principales de fonctionnement sont liées aux difficultés de recrutement que connaissent certains et aux dépenses liées aux soins infirmiers libéraux. Les difficultés de recrutement concernent principalement les SSIAD territoriaux, dont la procédure de titularisation est difficile. L'information recueillie sur le poids relatif des dépenses en soins infirmiers libéraux n'a pas fait l'objet d'approfondissement dans ce travail, elle reste donc déclarative. Un seul SSIAD emploie des infirmiers salariés pour

²⁷ Leclerc A., mémoire ENSP

réaliser les actes techniques infirmiers AMI ; les IDE des autres SSIAD pratiquent peu ou pas de soins techniques.

Plusieurs SSIAD ont des listes d'attente permanentes préoccupantes. Le concept de liste d'attente est parfois flou. Cependant, des facteurs convergents ont été trouvés en étudiant ces SSIAD, consistant en des capacités insuffisantes en places ou en l'existence de postes vacants ou d'absences prolongées non remplacées.

Les IDEc demandent que la lourdeur des prises en charge soit évaluée par une méthode adaptée, la seule mesure commune actuelle par les GIR n'étant pas selon eux un bon reflet ; cette affirmation est d'ailleurs retrouvée dans une étude nationale.

La majorité des SSIAD exprime une insuffisance de formation pour la bonne prise en charge des personnes handicapées, et, à un moindre degré pour celle des patients atteints de maladies chroniques graves (S.E.P., S.L.A., etc).

L'organisation des soins de base est en moyenne comparable aux données d'autres études. Mais le nombre de passages par patient, de passages en soirée et les dimanches présente une disparité importante entre les SSIAD sans qu'une explication évidente n'ait été trouvée.

Le rôle des médecins traitants est jugé fondamental pendant les périodes d'aggravation et une majeure implication serait très appréciée. L'aide apportée par les réseaux à l'amélioration de la prise en charge a été soulignée par ceux des SSIAD qui y ont accès. Les relations avec les établissements de santé recoupent les problèmes rapportés dans d'autres régions; un travail conjoint d'amélioration des liaisons est en cours. Les limitations de certains accueils de jours de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à l'accueil de patients légers semble contraire avec l'objectif principal indiqué dans le plan Alzheimer qui est celui d'aide aux aidants.

L'explosion du nombre de structures SAP liée à l'application de la loi Borloo inquiète les SSIAD en même temps qu'elle en aide certains à proposer des solutions d'attente ou des solutions complémentaires en théorie provisoires.

La volonté exprimée par plusieurs SSIAD de réfléchir entre eux à la clarification des rôles pratiques respectifs de chaque type de structure et celle de gestionnaires d'accélérer la formation du personnel de leurs SAAD ne peut qu'être encouragée.

Le travail commun des IDEc au sein de leur association mérite d'être souligné. Il en est de même pour les initiatives de la part de la DDASS et particulièrement du MISP de rapprochement et d'aide à une meilleure intégration des SSIAD dans l'environnement sanitaire et médico-social départemental.

3.9 RECOMMANDATIONS

- Etudier et réunir les conditions permettant la prise en charge des patients lourdement dépendants, tout en se posant la question de la limite du rôle des SSIAD dans celle des patients atteints de maladies chroniques graves.
- Réfléchir au sein de l'ACESIDY aux moyens de diminuer les disparités dans l'organisation des soins aux patients de même dépendance puis présenter des propositions à la DDASS
- Homogénéiser le concept de liste d'attente.
- Approfondir la question des dépenses en soins infirmiers libéraux afin de pouvoir proposer des solutions.
- Débuter un processus de formalisation des coopérations SSIAD – HAD avec le pilotage de la DDASS.
- Eclaircir les rôles respectifs des SSIAD et des SAAD. Définir les indications et les modalités de prise en charge conjointes.
- Clarifier les rôles respectifs des SPASAD de fait et des coordinations gérontologiques dans l'élaboration des plans d'aide.
- Améliorer l'articulation entre les SSIAD et les accueils de jour
- Prendre contact avec les responsables territoriaux ad hoc pour étudier la possibilité de solutions à l'obstacle des titularisations entraînant des difficultés spécifiques de recrutements.

4 La PLANIFICATION (Annexe 6)

4.1 Communes couvertes et communes non couvertes

Le territoire précis desservi par chaque SSIAD figure dans l'arrêté d'autorisation initiale. Il était connu que toutes les communes du département n'étaient pas couvertes, sans cependant savoir exactement lesquelles. D'autre part, plusieurs IDEc indiquèrent lors de réunions avec le MISP qu'il existait quelques doublons. La cellule Personnes âgées de la DDASS vérifia le territoire figurant dans l'arrêté d'autorisation initial de chaque SSIAD et reporté dans le logiciel FINESS (logiciel répertoriant les établissements), puis réalisa par courrier en avril 2008 une enquête de confirmation auprès de chaque SSIAD. Enfin, lors des visites d'évaluation et des entretiens, la question fut reposée ; les IDEc exposèrent leurs propositions pour la suppression des doublons, et éventuellement pour la couverture de communes non couvertes ; de plus les communes des patients pris en charge à la

date de la rencontre furent examinées dans le registre médical pour avoir une idée de la répartition géographique des prises en charge de chaque SSIAD.

Selon les arrêtés d'autorisation, 26 communes ne sont pas couvertes ; elles représentent 10% des communes, mais seulement 4,4% (N = 2650) de la population âgée de ≥ 75 ans du département. Quinze de ces communes sont cependant couvertes de fait par des SSIAD.

Parmi les 11 communes restantes réellement non couvertes, quatre ont une population de PA ≥ 75 ans supérieure à 300 personnes ; deux d'entre elles sont chacune limitrophes du siège d'un SSIAD.

Dix autres communes totalisant une population de 300 PA ≥ 75 ans ne sont pas couvertes de fait, alors qu'elles apparaissent selon les arrêtés comme desservies par un SSIAD.

Il existe effectivement quelques doublons, qui sont de deux types :

- Des doublons figurant dans les arrêtés, qui touchent 4 communes (et deux paires de SSIAD) avec un total de 495 PA ≥ 75 ans. Les SSIAD concernaient semblent s'être mis d'accord entre eux pour qu'un seul intervienne sur chacune de ces communes.
- Des doublons considérés par tels par deux SSIAD, alors que chaque commune est selon les arrêtés attribuée à un SSIAD unique. Ces faux doublons concernent 4 communes avec un total de 245 PA ≥ 75 ans.

Au total, moins de 5% de la population âgée de ≥ 75 ans vit dans des communes non desservies par des SSIAD. Le plus urgent, mais aussi le plus difficile, serait de couvrir les quatre communes ayant chacune population de PA ≥ 75 ans supérieure à 300 personnes. Les quelques doublons figurant dans les arrêtés peuvent être corrigés, ainsi que les doublons de fait après entrevue avec les responsables des SSIAD concernés

4.2 Les taux d'équipements

Pour calculer le taux d'équipement (nombre de places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) de chaque territoire de SSIAD, la méthode suivante a été utilisée :

Les données démographiques INSEE par tranches d'âge ont été consultées et agrégées de façon à obtenir la population de personnes âgées du territoire de chaque SSIAD et à calculer le taux de places de SSIAD. La base choisie n'a pu être que celle du RGP (Recensement Général de la Population) de 1999, et ceci pour deux raisons : Les recensements partiels effectués depuis cette date n'ont pas encore couvert la totalité des

communes ; de plus, pour les communes à recensement actualisé, la seule tranche disponible est celle des « 60 ans et plus », alors que la planification des taux d'équipement en places de SSIAD, entre autres dans le PRIAC, se base sur la population âgée de 75 ans et plus. Un facteur d'erreur supplémentaire, mais de relativement peu d'importance est la prise en compte des personnes vivant en EHPAD, qui ont le choix de garder leur adresse antérieure ou de se domicilier dans l'établissement.

Les données de 1999 ont été ensuite grossièrement actualisées par l'application d'un taux homogène d'augmentation de 12,7% (cf page 17).

Pour rappel, le taux d'équipement régional était de 18,4 ‰ au 31 décembre 2007. Dans les Yvelines, même avec la population de 1999, sept SSIAD ont un taux d'équipement inférieur à 18,4 ‰ ; six d'entre eux ont même un taux compris entre 10‰ et 13,5 ‰ . Six des SSIAD à faible taux d'équipement ont été rencontrés : trois ont des difficultés à prendre en charge de nouveaux patients. Après application d'une augmentation de 12,7% de la population âgée de ≥ 75 ans, ce sont dix SSIAD qui ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale.

4.3 Les ratios de personnel

Des recommandations de ratios figuraient dans la circulaire du 8 octobre 1981, à raison d'1 ETP soignant (entre IDE et aides-soignants) pour cinq places ; le ratio ajusté pour l'application des 35 heures est d'1 ETP soignant pour 4,48 patients pris en charge ; ce texte est maintenant obsolète mais il reste la seule base existante.

Les calculs ont été effectués à partir des ETP budgétés et des capacités totales autorisées (PA + PH) , car le personnel n'est pas dédié à une catégorie spécifique de bénéficiaire.

Cinq SSIAD prennent en charge plus de 4,80 patients par ETP soignant (4,85 à 5,40), avec pour quatre d'entre eux un déficit théorique en personnel relativement faible de l'ordre de 10%. Un SSIAD a un déficit théorique en personnel de 20% ; il reste déficitaire même si on applique un taux d'occupation de 90% ; ce SSIAD, visité, a d'ailleurs un T.O. inférieur à 70%.

Le calcul des ETP par place permet de comparer avec les situations reportées dans l'étude nationale de 2007²⁸ et les études régionales de la région nord-est de 2002²⁹ et des

²⁸ Etude « SSIAD-Patients lourds », résultats provisoires

²⁹ CRAM-Service médical du nord-est

Pays de la Loire de 2006³⁰; l'étude nationale de 2002³¹ n'est pas utilisée ici, car elle compte en effectifs et non en ETP.

ETP SSIAD salariés budgétés par place installée	Yvelines	National 2007	Nord-est 2002	Pays de la Loire 2006
ETP salariés totaux- moyenne	0,26	0,24	0,21 (ETP réels)	0,23
ETP salariés totaux- médiane	0,24	0,22		
ETP soignants-moyenne	0,24		0,19	0,19
ETP soignants-médiane	0,23			
ETP aides-soignants - moyenne	0,18	0,18		0,18
ETP aides-soignants - médiane	0,18	0,18		

Les cinq SSIAD relevés plus haut ont un ratio soignant entre 0,19 et 0,21, en fait proche de celui trouvé ailleurs. Cinq SSIAD ont un ratio aide-soignant entre 0,13 et 0,15. Parmi ces dix SSIAD, seuls deux ont leurs deux ratios nettement inférieurs à la moyenne, dont celui qualifié de déficitaire plus haut; l'autre n'a pas encore été enquêté.

Le dernier facteur pris en compte fut la superficie du territoire desservi par chaque SSIAD. Trois SSIAD couvrent un territoire d'une étendue supérieure à 200 km² ; quatre SSIAD ont un territoire compris entre 100 km² et 200 km². Le personnel soignant de ces SSIAD passe proportionnellement plus de temps dans les déplacements, et un déficit en personnel serait ici plus délétaire. Mais aucun d'entre eux n'a un ratio de personnel inférieur à 1 ETP/ 4,48 patients.

Au total, la question la plus prégnante est le nombre insuffisant de places. Quant aux ratios de personnel soignant et aides-soignants budgétés, ils correspondent globalement

³⁰ CRAM des Pays de la Loire

aux anciennes recommandations et aux moyennes habituellement rencontrées, à l'exception de deux cas.

Deux aspects importants n'ont pas été étudiés : Tout d'abord le nombre d'IDE libéraux par territoire de SSIAD, dont l'importance est mise en exergue par le Centre d'analyse stratégique et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport de 2008 ; seules les informations qualitatives données par les IDEc ont été recueillies. Or, au 1^{er} janvier 2006 ³², le taux d'IDE libéraux pour 100 000 habitants était dans les Yvelines de 48, inférieur au taux régional (74), lui-même très inférieur au taux national (107). Deuxièmement, le nombre annuel de diplômes d'aides-soignants délivrés : selon les mêmes sources, il fut de 2971 au niveau régional 2005, mais le nombre de diplômes délivré dans les Yvelines n'a pas été investigué.

³¹ De la DREES.

³² Source : DREES-DRASS

Conclusion

Les 24 SSIAD des Yvelines sont entrés dans un processus dynamique multiple : leurs infirmiers coordinateurs se sont regroupés en association ; ils ont répondu favorablement à la proposition de la DDASS de s'intégrer aux travaux en cours du secteur sanitaire et médico-social concernant la gestion des risques, les filières gériatriques et le dossier de liaison ; ils ont accéléré leur démarche-qualité.

Alors que dans Yvelines, les réponses en prise en charge médicalisée à domicile sont inférieures aux demandes et que les projections prédisent une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, les SSIAD se trouvent confrontés à une situation complexe. D'autre part, la loi Borloo a conduit à la multiplication de l'installation de sociétés d'aides à la personne qui interviennent chez la même population. Il devient donc urgent de préciser les rôles respectifs des SSIAD et des SAAD-SAP et de réunir les conditions permettant la prise en charge par les SSIAD des patients les plus lourds.

Le MISP a eu et continue à avoir un rôle moteur dans le processus de rapprochement. En outre, un regard médical s'ajoutant aux regards réglementaires et financiers améliore la qualité de l'instruction des dossiers d'autorisation, de la planification, des évaluations et des inspections. Mais ces rôles ne peuvent être remplis que si le nombre de MISP est suffisant.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

L'action sociale et médico-sociale

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

Les services de soins infirmiers à domicile

- Décret 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.
- Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.
- Circulaire n°81-8 du 1^{er} octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées.
- Circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des soins infirmiers à domicile.
- Circulaire DGAS/2C-5B/2005/363 du 28 juillet 2005 relative à l'arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs.
- Circulaire DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

C.L.I.C.

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Circulaire DGAS/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination.
- Lettre circulaire DGAS/DHOS/2C/O3 n°2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux CLICS et aux réseaux gériatriques.

Réseaux

- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux

- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux.
- Circulaire DHOS/O3/DSS/CNAMTS n°2002/610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé
- Circulaire DHOS/O2/O3/URCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

Filières gériatriques

Circulaire DHOS/O2 n°2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Référentiels des missions de professionnels

- Infirmière : Code de la Santé Publique, articles R 4311-1 à 4311-15
- Aide-soignant : Arrêté ministériel relatif au diplôme d'aide-soignant du 22 octobre 2005 et ses annexes, J.O. du 13 novembre 2005 page 17 552.
- Auxiliaire de vie sociale :
 - Arrêté ministériel du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale et ses annexes ; J.O. du 28 mars 2002 et site GERCFAS.
 - Arrêté ministériel du 4 juin 2007 du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale et ses annexes, J.O. du 21 juin 2007.

Services à la personne

- Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.
- Décret n°2005-1384 du 7 novembre 2005 relative à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail.
 Décret n°2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'art. L.129-1 du code du travail.
- Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité »
- Circulaire DGAS/2C n°2006/27 du 19 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du droit d'option des services d'aide et d'accompagnement à domicile entre l'agrément et l'autorisation.

OUVRAGES

KELLER P.H. PIERRET J. : Qu'est-ce que soigner ? Le soin du professionnel à la personne. Ed. Syros, Paris, 2000 ; 239 p.

ETUDES – RAPPORTS

ASH, suppl. n°2250, 21 mars 2008, 109 p. : Le main tien à domicile des personnes âgées et handicapées

ASSURANCE MALADIE : Fiche-action synthétique sur les SSIAD, 2003. Consultable sur le site www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp26062003.pdf

ASSURANCE MALADIE, URCAM, CRAM : Les Services de Soins Infirmiers à Domicile en Pays de la Loire : Moyens humains et financiers, évaluation et perspectives de fonctionnement. Janvier 2007.

CRAM du Nord-Est : Etude SSIAD réalisée en octobre 2002. Consultable sur le site [www.cram-nordest.fr/index-](http://www.cram-nordest.fr/index-ight.php?dms_module_id=29&op=download_doc&doc_id=390)

[ight.php?dms_module_id=29&op=download_doc&doc_id=390](http://www.cram-nordest.fr/index-ight.php?dms_module_id=29&op=download_doc&doc_id=390) :

CRAM des Pays de Loire : Les services de soins infirmiers à domicile en Pays de Loire, janvier 2007. Consultable sur le site [www.cram-pl.fr/les affaires sanitaires/les publications](http://www.cram-pl.fr/les_affaires_sanitaires/les_publications)

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE : Etude de décembre 2007 sur 32 SSIAD pour personnes handicapées ; avril 2008. Consultable sur le site www.cnsa.fr

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE : Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, juin 2006. Consultable sur le site : www.strategie.gouv.fr/

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL D'ILE DE FRANCE : Perspectives démographiques en Ile de France - troisième actualisation – 2003. Consultable sur le site www.cesr-iledefrance.fr

CONSEIL GENERAL DES YVELINES : Schéma seconde génération d'organisation sociale et médico-sociale du département des Yvelines 2005 – 2008.

D.R.E.E.S. : Premières exploitations de l'enquête HID. Colloque scientifique, Montpellier, 30 novembre et 1^{er} décembre 2000

D.R.E.E.S. : Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. Etudes et résultats, n°160, février 2002

D.R.E.E.S. : Les SSIAD et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002. Etudes et résultats, n°350, novembre 2004.

ANAES (maintenant H.A.S.) :

- Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type soins à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. Mai 2004. Consultable sur le site www.has-sante.fr
- Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en soins infirmiers. Tenue du dossier de soins infirmiers à domicile. Novembre 2004. Consultable sur le site www.has-sante.fr

INSEE. Direction des Études et Synthèses Économiques. DUEE M, REBILLARD C. : Dépendance des personnes âgées : une projection à long terme. Consultable sur le site www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/g2004-02.pdf

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE DE FRANCE : Les personnes âgées en Ile de France ; évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance, janvier 2003. Consultable sur le site www.ors-idf.org/etudes/pdf/rapport-PA-J.pdf

REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES, n° 1-2, janvier-juin 2003, 382 p. : Handicaps, incapacités, dépendance.

ARTICLES

BLANCHARD N. : Du réseau à la coordination gériatrique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ? La Documentation française/Retraite et société n°43, octobre 2007. Consultable sur le site :

www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RS_043_0165

DELMOTTE H. : Les centres locaux d'information et de coordination, La Gazette Santé-Social n°23, octobre 2006

GAYMU J. et coll.: Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes. Revue population et sociétés, avril 2008. Consultable sur le site : [n°www.ined.fr/fichier/t_publication/1357/publi_pdf1_pes444.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1357/publi_pdf1_pes444.pdf)

LE BOULER S. : Personnes âgées dépendantes : le temps de la planification. Revue Sève, été 2005. Consultable sur le site : www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SEVE_007_58

MEMOIRES

LECLERC A. Soutenir les services de soins infirmiers à domicile : Un enjeu pour la prise en charge à domicile des personnes dépendantes dans la Sarthe. Mémoire IASS, ENSP, 2006.

POURSINOFF A. Diversifier l'offre de service du SIAD pour répondre aux besoins des personnes lourdement dépendantes. Mémoire CAFDES, ENSP, 2004.

AUTRES

OUTIL ANGELIQUE : AMELIORER LA QUALITE EN E.H.P.A.D. Versions de juin 2000 et de mai 2008.

PLAN NATIONAL ALZHEIMER 2008 - 2012

PLAN NATIONAL "BIEN VIEILLIR" 2007 – 2009.

PLAN NATIONAL SOLIDARITE-GRAND AGE 2007 - 2012

Littérature "grise"

DRASS d'Ile de France : Présentation du PRIAC 2008-2012 au CROSMS plénier du 24 avril 2008.

D.D.A.S.S. des Yvelines : Revue Le Fil Bleu ; n° 6, février 2008 sur les SSIAD du département.

D.D.A.S.S. des Yvelines : Projet médical du territoire 78-1 – Filière gériatrique. Document élaboré pour la réunion plénière du 3 avril 2008.

D.D.A.S.S. des Yvelines et Conseil Général des Yvelines : Mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées. Document élaboré pour le colloque du 20 mai 2008 à Montesson.

DELTEIL A. : Guide SSIAD, décembre 2007 (document de travail)

SITES INTERNET

- www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/

- www.fng.fr/ : Fondation nationale de gérontologie

- www.sgoc.fr/ : Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre. Le modèle Pathos

- <http://membres.lycos.fr/papidoc> : Gérontologie en institution et au domicile (Aquitaine). Evaluation de la dépendance. Charge en soins. Rôle du médecin avec les personnes âgées. Base des soins aux personnes âgées. Le projet de soins. La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

- <http://fr-handicap.inserm/hid/> : Enquête HID

- www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/g2004-02.pdf : Enquête HID

- www.moteurline.apf.asso.fr Evaluation de la dépendance

- www.cairn.info/ Fréquence des démences et pré-démences chez les personnes âgées demandant l'allocation personnalisée d'autonomie dans la Nièvre, 2002
- <http://www.masef.com/scores/comportementkarenritchie.htm> (Site d'utilitaires médicaux informatiques gratuits): Evaluation de la dépendance avec l'échelle de Karen Ritchie.
- http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/soins_inf/normes/projetsoin.htm Projet de soins infirmiers
- www.sniil.fr/html/texte_off_NGAP.htm
- www.infirmiers.com/
- <http://www.una.fr/> : Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services à domicile (ex-UNASSAD)
- www.unassi.fr/ : Union nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers
- www.aresad.net/?p=ad&id=ssiad (Association des responsables de Services de Soins Infirmiers à Domicile des Ardennes) : Charte qualité
- www.ceor.org/ : Centre d'Evaluation, d'Orientation et de réflexion (Coordination Drôme-Ardèche)
- www.localtis.info/servlet/ : Portail d'informations professionnelles et juridiques à l'intention des responsables de collectivités locales et territoriales.
- www.insee.fr: RGP de 1999. Résultats de enquêtes annuelles de recensement. Evolution et structure de la population
- www.ehpa.fr : Taux d'équipement en 2004
- <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/atlas-prise-en-charge-dom.pdf>
- www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2003_brochure_service_soins_infirmier_a_domicilepdf.pdf
- www.cyes.info/themes/personnes_agees/chiffres_personnes_agees.php: Comité départemental d'éducation pour la santé Yvelines.
- www.cram-nordest.fr/index-ight.php?dims_module_id=29&op=download_doc&doc_id=390 : Etude SSIAD de 2002.
- http://www.hautes-pyrenees.pref.gouv.fr/diagnostic-territorial/diagnostic/personnes-agees/Personnes_Agees_Fiche.html : Etude SSIAD de 2005.
- www.stms.ac-aix-marseille.fr/prise_charge_pa.doc : Etude SSIAD de 2002.
- www.ors-poitou-charentes.org/pdf_panorama/F57.pdf: Prise en charge des personnes âgées, août 2005
- <http://www.orscentre.org/tdb/fiche4.pdf>
- www.allier.fr/data/pdf/dsp/Presentation%20Diaporama%20PA%202007.pps: Taux d'équipement, décembre 2005.

- www.cram-mp.fr/partenaires/telechargement/etablisements/rapport_depenses_assurance_maladie.pdf

- www.avise.org/IMG/pdf/AVISE_ReperesSAP1_general.pdf: Sur les services d'aide à la personne

- www.admr.org/ : Site de l'A.D.M.R.

- www.bellan.fr/ : Site de la Fondation Léopold Bellan

- monsieurvincent.asso.fr/ : Site de l'association Monsieur Vincent

Glossaire

Actes infirmiers :

Ils comprennent les actes infirmiers de soins (A.I.S.), appelés aussi les soins de base et relationnels, englobant entre autres les soins de nursing, l'aide à la prise de médicaments non injectables, et les actes médicaux infirmiers (A.M.I.) appelés aussi actes techniques, englobant entre autres les injections, les prises de sang, les pansements spécifiques, la préparation des médicaments. Les A.I.S. et les A.M.I. sont rétribués selon une grille fonction de la complexité de chaque acte. En outre, les infirmiers identifient les besoins de la personne, posent un diagnostic infirmier, élaborent des protocoles infirmiers et sont chargés de la conception et de la gestion du dossier infirmier de soins.

Agrément des services à la personne : Les organismes (entreprises et associations) qui se consacrent aux services aux personnes âgées et/ou aux personnes handicapées doivent demander un « agrément qualité » avant le démarrage de l'activité, et s'engager à respecter le cahier des charges de novembre 2005. La demande est instruite par la DDTFP (Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle) dans un délai de trois mois (le non respect du délai vaut pour une acceptation). L'agrément est délivré par le Préfet du département du lieu du siège social de l'organisme, après consultation du Président du Conseil général.

Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (A.P.A.) : Allocation accordée par décision du Conseil Général aux personnes âgées de 60 ans ou plus et présentant une perte d'autonomie de grade GIR 1 à 4 (voir « Evaluation de la dépendance ») pour leur permettre de financer des aides. L'évaluation de la dépendance est effectuée par l'équipe médico-sociale à partir de la grille AGGIR. L'équipe élabore ensuite un plan d'aide relatif aux besoins non couverts par l'Assurance Maladie. Le montant de l'APA dépend des ressources financières de l'intéressé ; au-delà d'un certain revenu, l'intéressé peut avoir l'APA sans financement.

ANGELIQUE : Référentiel d'auto-évaluation de la qualité destiné aux EHPAD.

Comité Local d'Information et de Liaison (C.L.I.C.) : Accueil de proximité qui conseille, informe et oriente les personnes âgées, leur entourage, ainsi que les professionnels. Des CLIC informels naquirent dans les années 1990s, mais c'est la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 qui les officialise. Ils sont labellisés et financés par le Conseil Général. La couverture

recommandée pour chaque CLIC est de 7000 à 10000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain. Il existe trois niveaux de labellisation. Le CLIC de niveau 1 informe. Celui de niveau 2 informe, évalue les besoins de la personne âgée et élabore un plan d'aide. Celui de niveau 3 propose de plus les démarches de mise en œuvre du plan d'aide et assure le suivi des mesures mises place.

Coordination gériatrique : Dénomination dans les Yvelines de la structure composée par la réunion d'un et d'une équipe médico-sociale de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie A.P.A.).

Déficience : Altération substantielle d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques.

Dépendance : Besoin d'aide humaine pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Le degré de dépendance est évalué au moyen de plusieurs échelles. La plus utilisée est la grille AGGIR, qui permet de déterminer les GIR, qui servent de base à la détermination de l'APA ; l'échelle comporte six degrés, un GIR 1 correspond à une dépendance totale, un GIR 6 à une autonomie totale. Il existe une dépendance lorsque le GIR est compris entre 1 et 4. Les enquêtes sur la prévalence et les projections de la dépendance au niveau populationnel utilisent également d'autres échelles, par exemple Colvez, Katz, EHPA. Dans l'exercice clinique individuel, d'autres grilles, considérées plus adaptées à la démarche de soins, sont souvent préférées.

Documents de la « loi de 2002 » : La loi 2002-2 oriente aux établissements médico-sociaux, catégorie à laquelle appartiennent les SSIAD d'élaborer et de mettre en œuvre un projet d'établissement ou un projet de service, un livret d'accueil, un document individuel de prise en charge (DIPEC), une charte des droits et libertés de la personne accueillie, un règlement de fonctionnement, des formes de participation des personnes bénéficiaires au fonctionnement de l'établissement, et d'informer les personnes prises en charge de la possibilité de faire appel à une personne qualifiée.

Handicap : Difficultés que rencontre dans la vie en société une personne souffrant d'incapacité

Incapacité : Difficulté ou impossibilité consécutive à une déficience à réaliser certains actes essentiels de la vie quotidienne

Incidence : Nombre annuel de nouveaux cas d'une maladie

Maladies neuro-dégénératives : Maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson et maladies apparentées.

Plan d'aide : Ils sont élaborés par les CLIC de niveau 2 et 3. Ils étudient les besoins d'aménagement du logement, en services ménagers, en préparation ou portage de repas, et aussi en autres aides pour les activités ordinaires de la vie courante hors prescription médicale, du ressort d'auxiliaires de vie sociales, par exemple une aide non médicalisée à la toilette et à l'habillement.

Prévalence : Nombre de personnes atteintes d'une maladie.

Services (d'aide) à Domicile : Cette appellation regroupe parfois tous les types de services, y compris les SSIAD. Elle est plus couramment utilisée comme synonyme de S.A.A.D ou de S.A.P.

Services d'aide et d'accompagnement à domicile (S.A.A.D.) et services à la personne (S.A.P.)

- Les services prestataires salarient leurs intervenants. Ils peuvent opter entre le régime du code CASF, qui requière une autorisation, délivrée par le Président du Conseil général après avis du CROSM et l'application de la tarification, ou le régime du code du travail, qui requière l'agrément-qualité (cf supra) .
- Les services mandataires coordonnent les interventions. Ils relèvent du code du travail, doivent demander un agrément-qualité, et ont des tarifs libres.
- Il en est de même pour les services intérimaires.

Depuis la loi Borloo, la première catégorie est en chute libre, et les deux autres en développement exponentiel.

La terminologie la plus récente nomme S.A.A.D. les services autorisés, et S.A.P. les autres.

Ces différents services n'ont actuellement pas l'obligation d'avoir des encadrants ni des intervenants diplômés.

Taux d'équipement : Dans le domaine des personnes âgées, nombre de places ou de lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Au 31 décembre 2007, le taux national était de 17,3 ‰ et le taux régional de 18,4‰.

Taux d'occupation (T.O.) : Celui des SSIAD se calcule en faisant le rapport du nombre de journées réalisées par le nombre de journées théoriques, qui correspondent au nombre de places autorisées x 365.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Rubriques principales de la grille de visite-évaluation

ANNEXE 2 : Grille d'entretien avec les infirmiers coordinateurs

ANNEXE 3 : Caractéristiques générales des SSIAD des Yvelines

ANNEXE 4 : Diagnostics médicaux

ANNEXE 5 : Passages hebdomadaires

ANNEXE 6 : Planification

ANNEXE 1 : Rubriques principales de la grille de visite-évaluation

- Le territoire couvert, les caractéristiques de la population (économique, urbaine ou rurale),
- Les admissions, en insistant sur la recherche de données permettant d'évaluer la couverture des besoins : le nombre de demandes, les appelants, les critères d'admission ou de refus, l'existence, les modalités de pré-admission, la définition, la gestion des listes d'attente, les délais de prise en charge, le nombre de prises en charges nouvelles, les solutions alternatives utilisées.
- L'évaluation de la dépendance, dont le GIR. Le matériel médical. Les diagnostics médicaux dans la mesure du possible.
- Les types de prise en charge : Prise en charge de base ; prises en charge spécifiques (fin de vie, etc). Devenir des patients dont l'état s'aggrave. Limites de la prise en charge par le SSIAD.
- Le fonctionnement au quotidien : nombre et horaires des passages, organisation des tournées, modalités de transmission, continuité des soins, déplacements du personnel.
- La composition des différents dossiers du patient : dossiers structure et dossier de liaison au domicile.
- L'avancée dans l'élaboration des outils de la « loi de 2002 » : projet de service, règlement de fonctionnement, charte, livret d'accueil, et tout particulièrement le document individuel de prise en charge (DIPEC), qui est le plus directement en relation avec les droits du patient, l'existence d'enquêtes de satisfaction, la gestion des réclamations.
- La gestion des risques
- Le personnel salarié par le SSIAD : Les ETP réels. La politique de recrutement et l'existence éventuelle de problèmes de recrutement. Les horaires. Les formations. Les évaluations.
- Collaborations et coopérations :

- o Avec les médecins traitants, les infirmiers libéraux, les podologues libéraux.
- o Avec le CLIC, le service de l'APA
- o Avec les réseaux
- o Avec les établissements de santé : HAD, urgences, services d'hospitalisation
- o Avec les structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaires) et les EHPAD
- o Avec les organismes d'auxiliaires de vie

ANNEXE 2 : Grille d'entretien avec les infirmiers coordinateurs

Admission

Qui sont les demandeurs initiaux, dans quelle proportion ?

(Médecin traitant, ES, paramédicaux libéraux, CLIC, SSAD, Famille, etc)

Comment étudiez-vous la demande (Sur dossier, VAD, contact avec médecin traitant, avec hôpital, etc) ?

Quels sont les motifs de refus, dans votre expérience ? En cas de refus, savez-vous ce que devient la personne ?

Vous arrive-t-il de prendre en charge des patients pour une durée d'emblée courte ?

Les interventions

Typologie des passages. Horaires des tournées.

Type de soins délivrés par les infirmières et les aides-soignants. Qui se charge du coucher ?

Qui va à la pharmacie ? Qui prépare les médicaments ? Qui les administre ?

Y a-t-il des personnes handicapées prises en charge? Sinon, pourquoi ?

L'équipe. Les professionnels libéraux

Combien de personnes compose l'équipe du SSIAD ?

AS. Statuts. Présence d'intérimaires ? Horaires ?

IDE soignante salariée ; si oui, quel est son rôle ?

Organisation pendant les congés

Moyens de transports du personnel ?

Combien de patients par aide-soignante ? Existence de passages en binômes ?

Périodicité des changements de tournée

Absentéisme. Turn-over. Provenance des aides soignantes ?

Difficultés de recrutement ? Politique de recrutement.

Formations continues

Avec combien d'IDE libérales travaillez-vous ? Sur un total de combien ? Comment sont vos relations ?

Avec combien de paramédicaux libéraux travaillez-vous ?

Quelles sont vos relations avec les médecins traitants ?

Ya-t-il des patients pris en charge à la fois par le SSIAD et par un SSAD ou par un service privé d'auxiliaires de vie ou par des auxiliaires libérales (chèques emploi service).

Si oui, comment s'articule la prise en charge pour le patient ?

Pour certaines toilettes (patient obèse, etc), ya-t-il parfois un binôme aide-soignante – auxiliaire de vie ?

Y a-t-il des interventions sur les logements (accessibilité) ? (Qui, quoi, combien ?)

Quels sont les modes de sortie les plus fréquents ?

Hospitalisation, EHPAD, autre type de prise en charge, décès, etc

Quels sont les motifs les plus fréquents d'entrée en EHPAD ?

Que devient un patient du SSIAD à la sortie d'une hospitalisation ?

Comment est pris en charge un patient du SSIAD dont l'état s'aggrave progressivement ?

Qu'en est-il pour les fins de vie ?

Relations extérieures

CLIC. Réseaux. HAD

Hôpitaux, cliniques, urgences, consultations gériatriques, etc.

Etablissements pour P.A.

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre métier ? Quelles sont les différences avec votre poste antérieur ?

Avez-vous fait des formations dans le cadre du SSIAD ? Quelles formations voudriez-vous faire ?

Quelles sont vos principales difficultés ?

Comment voyez-vous l'avenir de votre SSIAD ? Des SSIAD en général ?

Vos relations avec la DDASS ; qu'en pensez-vous ? qu'en attendez-vous ?

Limites du maintien à domicile.

Aidants

Milieu social

Exemples d'hospitalisations évitées

Territoire. Couverture géographique réelle

Si possible : KM. AMI et € des IDE libérales

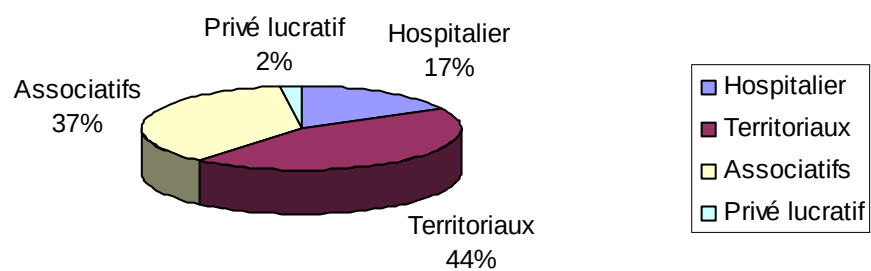
Annexe 3 : Caractéristiques générales des SSIAD des Yvelines

Gestionnaire	Personnes Agées		Personnes Handicapées		Total SSIAD
	Capacité installée	Capacité autorisée	Capacité installée	Capacité autorisée	
Hospitalier	227	227	5	5	232
Territoriaux	577	584	26	26	610
Associatifs	481	491	11	20	511
Privé lucratif	0	30	0	0	
TOTAL autorisé		1 332	51	51	1 383
TOTAL installé	1 302		51	51	1 353

Répartition des types de SSIAD autorisés en %	Yvelines	Enquête nationale DREES 2002
Hospitalier	17%	13%
Territoriaux	44%	10%
Associations, fondations	37%	54%
Privé lucratif	2%	1%
Autres	0%	14%
Inconnu		8%

Répartition des places	Capacité moyenne N places	% des places totales installées	% des places totales autorisées	Enquête nationale DREES 2002
Hospitalier	57	17%	17%	10%
Territoriaux	48	45%	44%	10%
Associatifs	60	37%	37%	54%
Privé lucratif		0%	2%	1%
Autres ou inconnu				22%
TOUT	54	100%	100%	100%

Répartition des places selon le type de gestionnaire



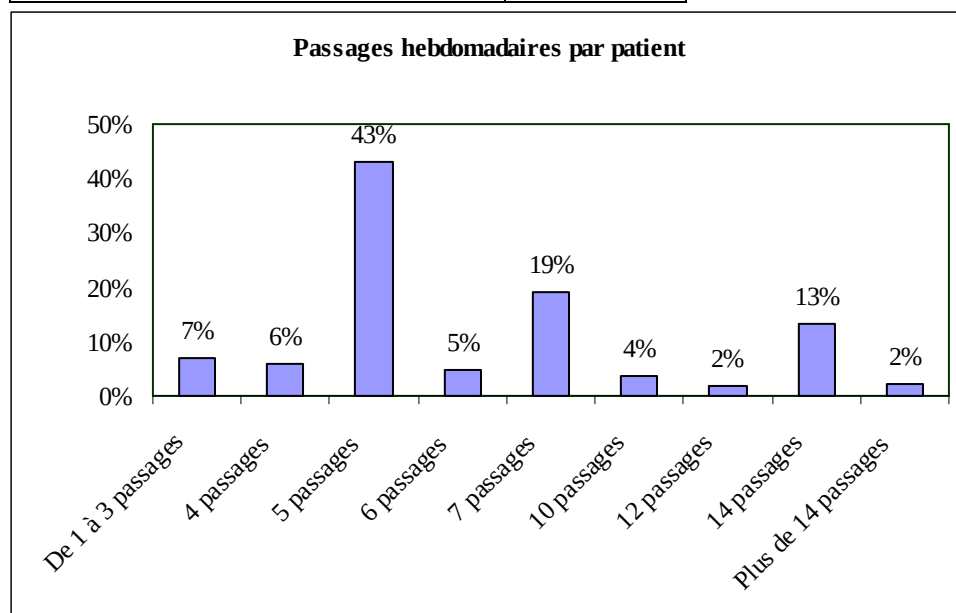
ANNEXE 4 : Diagnostics médicaux

A partir des données de 10 SSIAD totalisant 671 patients pris en charge lors de la visite

Catégorie Dg	Nbre de patients	Pourcentage en Dg principal
Neurologique	208	31,0%
Appareil Locomoteur	144	21,5%
Alzheimer & apparentées	79	11,8%
Cardiovasculaire	78	11,6%
Cancer	28	4,2%
Pneumologie, respiratoire	23	3,4%
Diabète	22	3,3%
Perte d'autonomie, grand âge, AEG	20	3,0%
Psychiatrie	18	2,7%
Maladies rares	16	2,4%
Cécité	7	1,0%
Alcoolisme	6	0,9%
Digestif	6	0,9%
Hématologie	5	0,7%
Polypathologies	5	0,7%
Néphro-urologie (souvent I. rénale dialysée)	3	0,4%
Dermatologie	1	0,1%
Surdité	1	0,1%
Obésité	1	0,1%
Totaux	671	100,0%

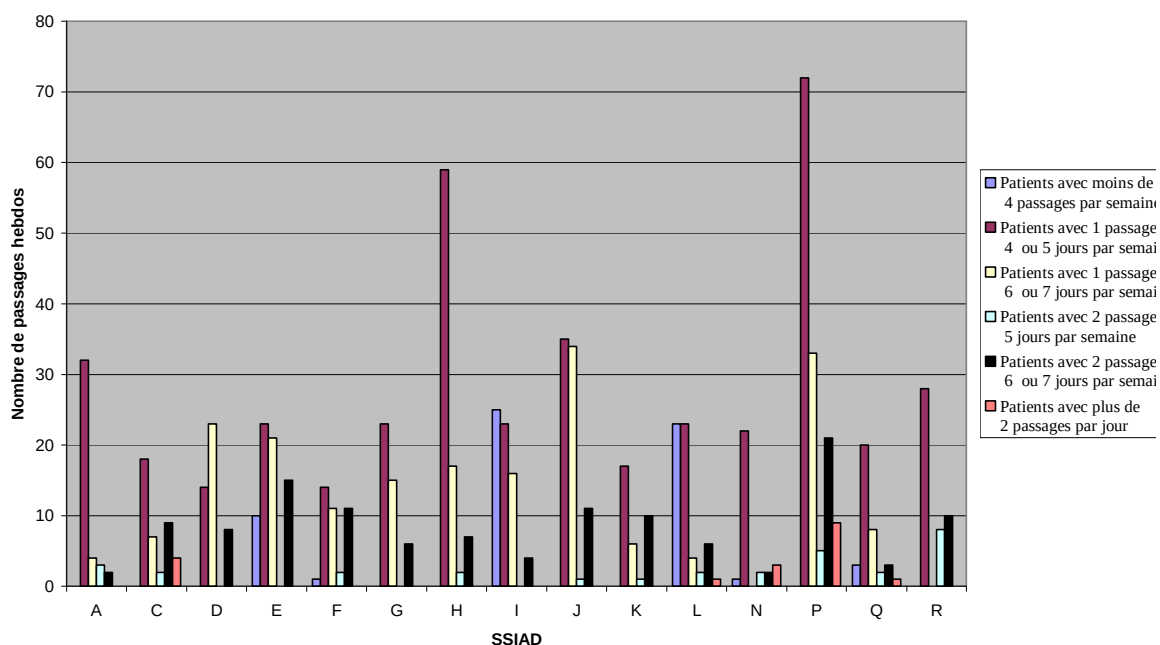
ANNEXE 5 : Fréquence des passages hebdomadaires par patient

Passages hebdomadaires	Effectifs	%
De 1 à 3 passages	63	7%
4 passages	55	6%
5 passages	367	43%
6 passages	40	5%
7 passages	160	19%
10 passages	31	4%
12 passages	17	2%
14 passages	109	13%
Plus de 14 passages	17	2%
Total patients	858	
Total passages hebdos	5663	

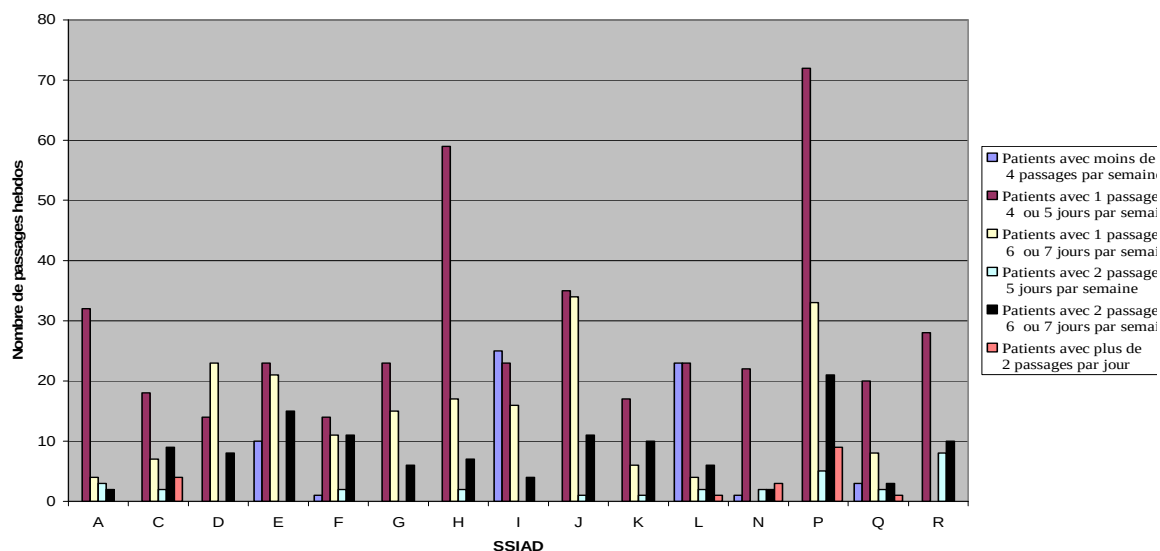


Fréquences des passages	Patients	% de patients
Patients avec 1 passage 1 jour par semaine	8	0,98%
Patients avec 1 passage 2 jours par semaine	16	1,95%
Patients avec 1 passage 3 jours par semaine	39	4,76%
Patients avec 1 passage 4 jours par semaine	55	6,72%
Patients avec 1 passage du lundi au vendredi	367	44,81%
Patients avec 1 passage du lundi au samedi	40	4,88%
Patients avec 1 passage tous les jours	160	19,54%
Patients avec 2 passages du lundi au vendredi	31	3,79%
Patients avec 2 passages du lundi au samedi	3	0,37%
Patients avec 2 passages tous les jours	108	13,19%
Patients avec 2 passages du lundi au vendredi et 1 passage par jour les samedis et dimanches	14	1,71%
Patients avec 3 passages du lundi au vendredi et 1 passage par jour les samedis et dimanches	1	0,12%
Patients avec 3 passages du lundi au vendredi et 1 passage par jour les samedis et dimanches	17	2,08%
Total patients	858	
Total passages hebdos	5663	
Soit nombre moyen de passages hebdomadaires par patient	6,6	

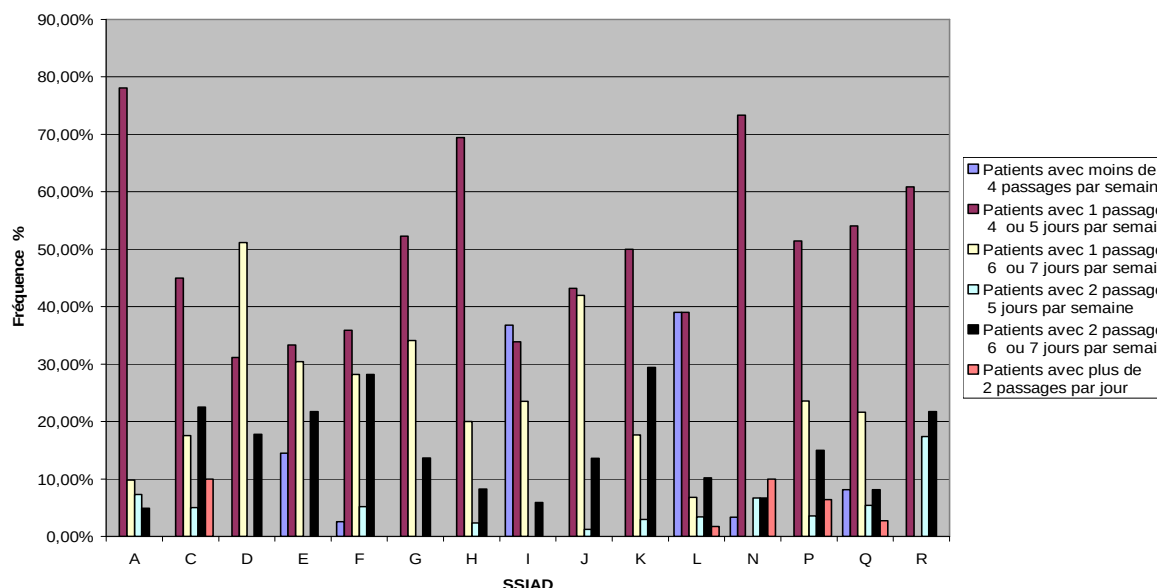
ANNEXE 5 bis: Fréquence des passages par SSIAD



ANNEXE 5 bis: Fréquence des passages par SSIAD



ANNEXE 5 bis: Fréquence des passages hebdomadaires par SSIAD (en %)



Passages et GIR

SSIA	GIR 1 & 2	Au moins 2 passages tous les jours	Passage(s) Sa et/ou Di	Passages Jours ouvrables seulement	SSIA	GIR 1 & 2	Au moins 2 passages tous les jours	Passage(s) Sa et/ou Di	Passages Jours ouvrables seulement
J	59%	15%	50%	50%	F	39%	25%	50%	50%
D	57%	15%	70%	30%	I	35%	5%	30%	70%
G	52%	10%	50%	50%	E	32%	20%	50%	50%
N	50%	15%	15%	85%	L	30%	10%	20%	80%
A	44%	5%	15%	85%	P	29%	20%	50%	50%
C	43%	15%	50%	50%	K	26%	25%	50%	50%
H	42%	10%	30%	70%	R	25%	20%	20%	80%

	Q	25%	10%	15%	70%
--	---	-----	-----	-----	-----

Nombre de passages hebdomadaires par patient – ETP – Liste d’attente

SSIAD	Passages hebdos/ patient	ETP réels et présents			Liste d'attente
		Par ETP	Par ETP soignant	Par ETP AS	
I	5,1	0,31	0,33	0,41	Courte
L	5,3	0,30	0,32	0,37	Courte
M	5,5	0,79	0,80	1,03	Importante
H	5,6	0,25	0,27	0,35	Importante
A	6,4	0,64	0,81	1,07	Importante
K	6,5	0,74	0,78	0,96	Courte
J	6,7	0,32	0,33	0,38	Importante
Q	6,9	0,56	0,62	0,83	Importante
G	7,0	0,63	0,73	0,82	Moyenne
N	7,0	1,52	1,94	3,50	Courte
E	7,2	0,58	0,60	0,76	Courte
R	7,5	0,76	0,82	1,14	Nulle
D	7,7	0,59	0,64	0,81	Courte
F	8,0	0,71	0,75	0,89	Variable
C	8,2	0,81	0,82	0,96	Importante
P	8,7	0,26	0,28	0,32	Courte

ANNEXE 6 : Planification

TERRITOIRE ET POPULATION COUVERTS

Nombre total de communes	262	14%
Communes couvertes	226	
Communes non couvertes	36	

Population >= 75 ans	67706
----------------------	-------

(RGP 1999)		
Population de communes couvertes	64762	
Population de communes non couvertes	2944	4,40%

TAUX D'EQUIPEMENT - RATIOS D'ETP

SSIA D	Taux équipement pour 1000 PA >= 75 ans (moyenne régionale: 18,4) Base: RGP 1999	Taux équipement pour 1000 PA >= 75 ans (moyenne régionale: 18,4) Population 2005	ETP soins budg/place classé sur la base de 1 ETP/4,48 patients	Superficie territoire km2
X	10,7	9,5	4,28	< 100
W	11,6	10,3	5,00	< 100
B	12,1	10,8	4,31	< 100
U	12,2	10,8	4,59	< 100
K	12,4	11,0	4,27	< 100
H	13,7	12,2	4,29	>=200
D	17,8	15,8	4,89	< 100
G	19,3	17,1	5,00	< 100
Y	20,1	17,9	4,26	100-200
A	20,1	17,9	4,22	< 100
S	20,8	18,5	4,41	< 100
C	21,9	19,4	3,12	100-200
I	22,0	19,6	4,84	< 100
P	22,1	19,6	4,09	< 100
J	22,2	19,7	4,49	100-200
N	23,1	20,5	5,40	< 100
F	25,8	22,9	3,81	< 100
E	29,1	25,8	3,01	>=200
V	29,8	26,5	4,59	>=200
R	31,3	27,8	3,81	< 100
Q	31,6	28,1	3,46	< 100
T	38,3	34,0	4,40	< 100
L	42,2	37,4	2,84	< 100
M	49,7	44,1	4,65	100-200

"Population 2005": Après application du taux moyen départemental d'augmentation des PA >= 75 ans au territoire couvert par chaque SSIAD.

Nombre de places/ETP soignant:

Bas: 4,85 à 5,40

Moyen: 4,40 à 4,65

Elevé: 2,90 à 4,30

Ratios des ETP budgétés de soignants et d'aides-soignants par place installée

ETP soins : IDE c + IDEa + aides-soignants

ETP soins/place : Moyenne = 0,24. Médiane : 0,23

ETP aide-soignants soins /place : Moyenne = Médiane = 0,18

