



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes âgées

**Pour une meilleure prise en charge de
la dépendance à domicile, en milieu
rural : le SSIDPA, pivot d'un travail en
réseau**

Elisabeth WELTER

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION À LA PRISE EN COMPTE DE LA DÉPENDANCE.....	3
1.1. Évolution et évaluation de la dépendance.....	3
1.1.1. Le vieillissement démographique.....	3
1.1.2. De la dépendance à l'autonomie	6
1.1.3. La mesure de la dépendance.....	8
1.2. Des politiques sociales favorables au maintien à domicile des personnes dépendantes	11
1.2.1. Evolution des dispositifs existants	11
1.2.2. La possibilité d'être accompagné à domicile quel que soit son état de dépendance	16
1.2.3. Le SSIDPA : acteur privilégié dans l'aide à domicile	20
1.3. L'A.D.M.R., mouvement associatif de proximité en milieu rural	22
1.3.1. Une explosion de l'activité au niveau national.....	22
1.3.2. Le département de la Haute-Garonne qui oriente son développement autour des S.S.I.D.P.A.....	24
1.3.3. Un réseau qui s'appuie sur des associations à l'échelle du canton.....	26
2. DES DISPOSITIFS POUR L'AIDE À DOMICILE QUI DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS AUX SPÉCIFICITÉS DU MILIEU RURAL	29
2.1. Le domicile et le milieu rural : des particularités à prendre en compte	29
2.1.1. Un maillage du territoire disparate dans le domaine de la santé et du social	29
2.1.2. Des critères qui influencent le choix du mode de vie	30
2.1.3. Une solidarité qui s'impose à travers des liens sociaux très présents	31
2.2. Diagnostic de certaines difficultés dans les cantons ruraux du Sud de la Haute -Garonne.....	33
2.2.1. Une dichotomie toujours présente entre le sanitaire et le social.....	33
2.2.2. Un taux d'équipement qui s'appuie sur des références nationales ou départementales	36
2.2.3. Un partenariat trop souvent absent.....	38
2.3. Une articulation à trouver pour une prise en charge efficiente	40
2.3.1. L'opportunité des nouveaux cadres réglementaires	41
2.3.2. Une nouvelle organisation de l'offre de service	43
2.3.3. Une prise en charge de la dépendance autour d'un accompagnement de la personne.....	45

3. POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE : UN TRAVAIL EN RÉSEAU, AUTOUR D'UNE CONTINUITÉ DES SOINS.....	48
3.1. Un travail en réseau adapté au contexte local	48
3.1.1. Un concept encore mal défini	49
3.1.2. Le travail en réseau permettra d'améliorer la prise en charge de la dépendance.....	55
3.1.3. Le S.S.I.D.P.A. pourra être l'interface entre le sanitaire et le social dans une relation de proximité	58
3.2. Un management mobilisateur des ressources existantes	61
3.2.1. Proposer une nouvelle organisation.....	61
3.2.2. Rechercher de nouvelles sources de financement	66
3.2.3. Se positionner dans une véritable démarche d'évaluation	69
3.3. Le S.S.I.D.P.A. : pivot de l'organisation dans l'accompagnement de la personne.....	71
3.3.1. Imaginer de nouvelles instances de partenariat.....	71
3.3.2. Mettre en place des outils communs.....	73
3.3.3. Prendre en charge la dépendance grâce à un véritable accompagnement de la personne	76
CONCLUSION	80

Liste des sigles utilisés

- A.D.M.R.** : Association du Service à Domicile (anciennement Aide à Domicile en Milieu Rural)
- S.S.I.D.P.A.** : Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Agées
- I.N.S.E.E.** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- O.M.S.** : Organisation Mondiale de la Santé
- C.I.H.** : Classification Internationale des Handicaps
- A.G.G.I.R.** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
- P.S.D.** : Prestation Spécifique Dépendance
- E.H.P.A.D.** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- A.P.A.** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- H.I.D.** : Handicaps Incapacités Dépendances
- C.L.I.C.** : Centre Local d'Information et de Coordination
- D.R.E.E.S.** : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- C.C.A.S.** : Centre Communal d'Action Sociale
- V.A.E.** : Validation des Acquis de l'Expérience
- D.E.A.V.S.** : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
- C.A.F.A.D.** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
- C.N.A.M.T.S.** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- O.N.D.A.M.** : Orientations Nationales des Dépenses d'Assurance Maladie
- C.O.D.E.R.P.A.** : Comité Départemental Représentant les Personnes Agées
- M.A.R.P.A.** : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
- I.G.A.S.** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- P.A.P.** : Plan d'Actions Prioritaires
- D.D.A.S.S.** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- A.R.H.** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- A.M.P.** : Aide Médico-Psychologique
- G.I.E.** : Groupement d'Intérêts Economiques
- C.A.F.D.E.S.** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de service d'intervention Sociale
- D.S.I.** : Démarche de Soins Infirmiers
- C.M.S.** : Centre Médico-Social
- O.P.C.A.** : Organisme Paritaire Collecteur Agréé
- E.T.P.** : Emplois Temps Plein

Bientôt quatre-vingt treize ans.....
Il faisait si chaud le jour où il nous a quitté !
Certains ont dit : « Vu son grand âge... »
D'autres : « Pas étonnant avec cette canicule..... »
Quand d'autres ont pensé « Il aurait été si heureux
de mourir chez lui, près des siens »
Sans doute ont-ils tous un peu raison.

Mémoire dédié à Monsieur D.
Fondateur de l'A.D.M.R.

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population en France, ainsi que dans tous les pays développés, est aujourd'hui et pour les années à venir, un véritable problème de société. La tranche d'âge des personnes âgées de plus de 60 ans devrait représenter plus d'un tiers de la population d'ici 2050, sauf événement exceptionnel qui viendrait modifier ces projections.

A la présence des familles, à l'existence des établissements d'accueil, s'ajoutent les services d'aides à domicile qui ont connu un développement massif depuis les années 60-70. Par la suite, les services de soins infirmiers à domicile viendront compléter le travail des infirmiers libéraux et des services d'aides ménagères, ce qui permettra de maintenir à domicile les personnes âgées devenues trop dépendantes pour se satisfaire des seules interventions à l'acte, ou de quelques heures de soutien pour les tâches ménagères.

Actuellement, nos systèmes de santé et de protection sociale permettent d'apporter les aides nécessaires aux personnes âgées rencontrant des difficultés pour accomplir les gestes de la vie quotidienne et nécessitant des soins d'hygiène.

Les personnes âgées devenues dépendantes affichent clairement leur désir de rester chez elles le plus longtemps possible or les familles ne peuvent plus assurer la prise en charge de leurs aînés comme auparavant. Dans ce contexte, leur maintien à domicile devient un problème collectif.

Responsable des services de soins infirmiers à domicile gérés par l'A.D.M.R.¹ du département de la Haute-Garonne, je me suis interrogée sur la pertinence de l'organisation dans la prise en charge de la dépendance à domicile, en milieu rural, au regard des spécificités et du contexte local. J'ai souhaité mesurer quel pourrait être le rôle des S.S.I.D.P.A.² dans une nouvelle organisation.

Je me suis attachée, en première partie, à observer quelles avaient été les évolutions sociétales sur le vieillissement et la dépendance et la place des services d'aide à domicile, en particulier de l'A.D.M.R., dans les dispositifs mis en place par les politiques sociales.

L'analyse porte ensuite sur les spécificités et les difficultés rencontrées en milieu rural. Forte de ces constats et en tenant compte des opportunités et des évolutions des politiques sociales, j'é mets l'hypothèse suivante : une nouvelle organisation entre les dispositifs existants permettrait de rendre plus efficiente la prise en charge de la dépendance en milieu rural.

¹ **A.D.M.R.** : Association du service à domicile

² **S.S.I.D.P.A.** : **S**ervice de **S**oins **I**nfirmiers à **D**omicile pour **P**ersonnes **A**gées

En redéfinissant ses missions, le S.S.I.D.P.A. pourrait devenir le référent de proximité, le pivot autour duquel se mettrait en place un travail en réseau. Ainsi assurées, la coordination des interventions et la continuité des soins et aides permettraient d'améliorer la prise en charge de la dépendance en milieu rural et de surmonter plus facilement des situations d'urgence telle celle vécue par la France en août 2003, face à une situation de canicule exceptionnelle.

1. DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION À LA PRISE EN COMPTE DE LA DÉPENDANCE

La fin du XXe siècle a été témoin d'une prise de conscience collective des problèmes liés au vieillissement de notre société et plus particulièrement d'une nouvelle problématique : la dépendance.

1.1. ÉVOLUTION ET EVALUATION DE LA DEPENDANCE

« L'ensemble des acteurs qui concourent à l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées doit participer à la réflexion et aux conditions de mise en œuvre d'une politique sanitaire et sociale auprès des personnes âgées handicapées par une perte d'autonomie, auprès des personnes âgées dépendantes ». ³

1.1.1. Le vieillissement démographique

La population du monde vieillit. Le constat n'est pas nouveau, mais les pays développés seront les premiers à mesurer les conséquences de cette évolution au cours de la première moitié du XXIe siècle. Ce vieillissement démographique est le résultat de la baisse de la fécondité d'une part, et des succès remportés dans la lutte contre la mortalité (entraînant un allongement de l'espérance de vie) d'autre part.

1.1.1.1. Des statistiques qui révèlent une évolution incontournable

De 1990 à 1999, la population française a augmenté de 1.9 millions dont 1.2 millions pour les plus de 60 ans. En 1999, plus d'un habitant sur cinq a plus de 60 ans et un sur quatre a moins de 20 ans. Ces chiffres confirment le vieillissement de la population.

L'espérance de vie d'un français est passée de 47 à 79 ans en un siècle et devrait atteindre 85 ans dans les années 2010.

Les éléments fournis par les derniers recensements I.N.S.E.E. ⁴ en France sont les suivants :

³ Quels financements pour les politiques d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie ? . 2^{ème} Salon national du maintien à domicile. 14 et 15 avril 1989. Toulouse. 102 p. Allocution de Théo BRAUN, Ministre délégué, chargé des personnes âgées.

⁴ Disponible sur Internet : <<http://www.insee.fr>>

Zone géographique	Population totale			Plus de 60 ans en %		Plus de 75 ans en %	
	1982	1990	1999	1990	1999	1990	1999
France	54 334 871	56 615 155	58 518 395	19.90	21.30	7.10	7.70
Midi-Pyrénées	2 325 319	2 430 663	2 551 687	24.20	25.10	9.20	9.60
Haute-Garonne	824 501	925 962	1 046 338	19.10	19.20	6.90	7.10

Face au vieillissement inéluctable annoncé par l'I.N.S.E.E., la part des personnes âgées de plus de 60 ans atteindra entre 29.80 % et 38.50 % en 2050 (hypothèses variables selon un taux de fécondité qui oscille entre 1.5 et 2.1).

En outre, les personnes de 85 ans et plus représentent en 1990 1.5 % de la population totale et l'I.N.S.E.E. prévoit 3.3 % en 2020 et 6.90 % en 2050.

La France vieillit mais avec une évolution contrastée en milieu rural.

1.1.1.2. Le sud de la Haute-Garonne parmi les régions les plus vieillissantes

Si l'on s'intéresse aux données démographiques spécifiques au département de la Haute-Garonne, on constate de forts contrastes entre l'agglomération toulousaine « jeune » et les cantons ruraux du sud du département « très vieillis ».

En 1998, les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant dans ce département représentent 14.3 % de la population totale. Cette proportion est de 19 % pour la région de Midi-Pyrénées. Dans le sud du département, le poids relatif des personnes âgées est important mais sur fond d'un certain sous-peuplement. Dans les cantons ruraux, par exemple, au recensement de 1999, la proportion des 75 ans et plus atteint jusqu'à 15.4 % alors qu'elle est globalement de 7.1 % sur l'ensemble du département.

Mon étude portera plus particulièrement sur les cantons ruraux isolés dont la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans est supérieure à 10 %, et dans lesquels nous exerçons notre activité. Les éléments statistiques I.N.S.E.E. sont les suivants :

Cantons	Population totale			Plus de 60 ans en %		Plus de 75 ans en %	
	1982	1990	1999	1990	1999	1990	1999
Aurignac	4 024	3 906	3 768	32.70	35.80	12.50	13.20
Luchon	5 947	5 895	5 840	31.50	32.00	12.60	12.70
Saint Bât	4 404	4 231	3 722	33.50	36.40	12.50	13.50
Isle-en-Dodon	4 995	4 708	4 529	35.20	38.10	13.70	15.40
TOTAL	19 370	18 740	17 859	33.12	35.27	12.83	13.65

Le canton le plus âgé (Isle-en-Dodon) a quasiment atteint le seuil le plus pessimiste annoncé pour la France en 2050 (38.50 %) pour la tranche des plus de 60 ans.

Cantons	1990		1999	
	Plus de 60 ans	Plus de 75 ans	Plus de 60 ans	Plus de 75 ans
Aurignac	1277	488	1348	497
Luchon	1856	743	1869	742
Saint-Béat	1417	529	1355	502
Isle-en-Dodon	1657	645	1725	697
TOTAL	6 207	2 405	6 297	2 438

On constate donc que la population totale tend à diminuer et qu'elle est vieillissante dans les cantons d'Aurignac, Luchon et Isle-en-Dodon (augmentation des personnes de plus de 60 ans, conjuguée à une diminution de la population totale). La situation est encore plus marquée à L'Isle-en-Dodon et Aurignac, avec le même phénomène observé sur la population de plus de 75 ans.

« La conquête du siècle sera celle du temps. Depuis 1900, les occidentaux se sont octroyés 30 ans de vie supplémentaire. Une moitié de vie en plus. On savait bien que les humains étaient plus évolués que les animaux : ils marchaient debout, parlaient... Aujourd'hui, ils deviennent vieux, et ça non plus, aucune bête ne l'avait fait ! »⁵

1.1.1.3. Un effet conjugué à l'évolution de la cellule familiale

Au-delà de ce constat de vieillissement de la population, l'évolution industrielle et économique du pays a provoqué au cours de la deuxième partie du XXe siècle une migration de la population rurale vers les agglomérations. La femme a pris une part importante dans la vie active, contribuant ainsi à l'équilibre financier du foyer, quand les seuls revenus d'exploitation agricole ne suffisaient plus. Les moyens de communication, la nouvelle consommation ont également incité à la mobilité des jeunes foyers vers les zones urbaines. Ainsi, la cellule familiale, constituée parfois de trois ou quatre générations, s'est trouvée considérablement modifiée. Le système d'entraide qui prévalait jusque là a commencé à ne plus fonctionner. Les jeunes ne sont plus là pour s'occuper, «prendre en charge» si nécessaire, les aînés. Il a fallu que la société (pouvoirs publics et société civile) prenne le relais.

⁵ M. LEVET, C. PELLETIER, Papy Boom, Grasset 1988, p 9

1.1.2. De la dépendance à l'autonomie

Ces deux concepts, **dépendance et autonomie**, qui peuvent paraître antagonistes sont en fait complémentaires et étroitement liés l'un à l'autre.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de parler du sujet, certains utiliseront les notions de « grille d'évaluation de la dépendance », de « niveau de dépendance », quand d'autres utiliseront les notions de « degré d'autonomie », de « perte d'autonomie ». D'une « **Prestation Expérimentale de Dépendance** » nous sommes arrivés à une « **Aide Personnalisée d'Autonomie** ».

1.1.2.1. Définitions et concepts

La dépendance est une notion complexe et relative ; elle n'a pas de définition en soi. Elle peut être physique, psychique, sociale, économique... Si l'on reprend la définition du dictionnaire Larousse, une personne dépendante est une « *personne malade ou âgée qui ne peut assurer seule les gestes et les soins nécessaires à sa survie* » et selon le dictionnaire encyclopédique universel la dépendance est l' « *état d'une personne, d'une chose, qui dépend d'une autre* ».

On peut considérer la dépendance comme l'ensemble des liens qu'entretient un individu avec son milieu de vie et qui sont de l'ordre de la nécessité. De plus, **si la dépendance n'est pas correctement prise en charge, elle peut être facteur d'exclusion de la société.**

Au niveau européen, la définition suivante obtient le consensus : « *besoin d'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie* ». Cependant, les approches diffèrent selon les Etats, avec deux tendances ;

? **La dépendance est liée à l'âge ;**

Dans ce cas, la politique de la vieillesse doit gérer le problème.

? **La dépendance n'est pas liée à l'âge ;**

La dépendance devient alors l'affaire de tous.

Enjeu politique, social, économique... beaucoup de textes, de discours traitent des personnes handicapées et âgées, des personnes dépendantes, sans pour autant arriver à se mettre d'accord sur une véritable définition.

Dans les années 70, l'O.M.S.⁶ demande à M. Wood, médecin épidémiologiste anglais, de fournir un modèle explicatif du handicap et de la dépendance. En 1980, celui-ci propose la C.I.H.⁷ qui fut considérée comme une révolution dans le monde de la santé. Elle introduisait en effet, l'idée qu'il existait plusieurs dimensions regroupées autour de trois concepts :

⁶ **O.M.S.** : Organisation **M**ondiale de la **S**anté

⁷ **C.I.H.** : Classification Internationale des **H**andicaps

La **déficienc**e entraîne l'**incapacit**é qui induit le **désavantage**.

Déficience ; perturbation permanente ou temporaire, au niveau anatomique, physiologique ou psychologique.

Incapacit

é ; réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité selon les normes généralement acceptées. Elle mesure la performance.

Handicap ou désavantage ; traduction sociale des altérations de l'état de santé ou des états chroniques invalidants.

Même si cette classification a été une avancée, elle est très vite critiquée par les bénéficiaires et les chercheurs qui contestent une approche trop médicale, liée à la notion d'infirmité et négligeant l'aspect social.

Ainsi un processus de révision est entamé en 1990, par l'intermédiaire de centres collaborateurs de l'O.M.S. Une première version de la C.I.H.2 sort en 1996, suivie de deux autres versions en 1997 et juillet 1999.

La C.I.H.2 se veut une synthèse qui offre une vue cohérente des différentes dimensions de la santé, aux niveaux biologique et social. Ses auteurs affirment être en mesure de proposer un modèle d'intégration bio-psychosocial destiné à appréhender à la fois les aspects physiologiques, personnels et sociétaux.

Le mot « handicap » fait place à la notion « d'invalidité ».

L'autonomie, quant à elle, désigne le droit et/ou la capacité de choisir son mode de vie, les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques éventuels qu'ils comportent. Le dictionnaire Larousse la définit ainsi : « *indépendance d'un individu, possibilité qu'il a de disposer librement de soi* ».

Le concept d'autonomie découle d'une évolution de la société au XXe siècle. Les individus qui fondent notre société, s'ils ne remettent pas en cause le rôle de la sphère politique, revendiquent de plus en plus les droits individuels. Lorsque les personnes âgées choisissent de vivre chez elles le plus longtemps possible, elles ne font qu'exprimer un droit au logement en principe accordé à tout individu, en affirmant leur autonomie dans leur choix de vivre. Il conviendra de s'interroger sur les limites imposées par l'organisation pour satisfaire les droits individuels.

1.1.2.2. Peut-on concilier dépendance et autonomie ?

La notion de **choix** prédomine dans la définition de l'autonomie. Ainsi, une personne peut être dépendante tout en gardant une grande autonomie, et à l'inverse une personne peut

n'avoir aucune autonomie sans être pour autant dépendante. Même dépendante, toute personne doit continuer à exercer ses droits, ses devoirs et ses libertés de citoyen.

Une partie de la circulaire Franceschi ⁸ est consacrée à l'objectif suivant : **garantir à chacune des personnes très âgées le cadre de vie de son choix**. Ceci concerne l'habitation mais aussi les prestations médico-sociales.

Cette notion de choix, d'autonomie est réaffirmée dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, qui précise dans son article 1^{er} « **Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie** ».

1.1.2.3. L'évaluation : une démarche indispensable

L'avancée en âge est une des grandes causes de la dépendance, mais en dehors de l'âge d'autres facteurs peuvent influencer la position de l'individu face à la dépendance :

- ? Les ressources individuelles ; capacités physiques et psychiques
- ? Les ressources sociales ; environnement relationnel, statut socio-économique
- ? Les ressources matérielles ; habitat, climat, appareillage...

Il ne faut jamais perdre de vue que la dépendance n'est pas un état figé, c'est un processus susceptible d'être accompagné, voire modifié dans son évolution, d'être prévenu et réduit dans ses manifestations par un environnement ou des prestations adaptées.

C'est en évaluant au plus près l'ensemble des attentes/besoins de la personne, son niveau de dépendance, son degré d'autonomie dans un environnement global, que les acteurs de l'action sociale et médico-sociale pourront prévenir et retarder les effets de la dépendance, en mettant en place des actions adaptées et modulables.

1.1.3. La mesure de la dépendance

Le besoin d'évaluer la dépendance a émergé de manière significative à partir des années 80. Ceci faisait suite à la prise de conscience entraînée par la crise économique des années 70 et aux inquiétudes de l'évolution démographique annoncée.

Pléthore d'outils, de grilles ont été utilisés selon le secteur d'intervention et les objectifs recherchés.

⁸ Circulaire Joseph Franceschi du 7 avril 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées

1.1.3.1. La grille A.G.G.I.R. : le nouvel outil d'évaluation de la dépendance

La grille A.G.G.I.R.⁹ outil multi-dimensionnel, s'est imposée comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi instaurant la P.S.D.¹⁰ et dans le cadre de la réforme de la tarification des E.H.P.A.D.¹¹

Utilisée depuis plusieurs années pour l'évaluation des personnes prises en charge par les S.S.I.D.P.A.,¹² elle est également utilisée depuis le 1^{er} janvier 2002 pour l'attribution de l'A.P.A.¹³

Cette grille est simple d'utilisation, fiable et utilisable à domicile comme en institution. Son objectif est de classer les sujets âgés dépendants en groupes iso-consommateurs de charge de travail en soins de base.

Elle est constituée de dix items (huit plus deux pour le domicile) auxquels se rajoutent des variables illustratives :

Items	Variables illustratives (2)
Cohérence	Gestion
Orientation	Cuisine
Toilette	Ménage
Habillage	Transport
Alimentation	Achats
Elimination	Suivi de traitement
Transferts	Activités
Déplacements à l'intérieur	
Déplacements à l'extérieur (1)	
Communication à distance (1)	

(1) Concernent uniquement le domicile

(2) N'ont aucune incidence sur le résultat de l'évaluation

⁹ **A.G.G.I.R.** : Autonomie **G**érontologie **G**roupe **I**so-**R**essources

¹⁰ **P.S.D.** : **P**restation **S**pécifique **D**épendance, loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

¹¹ **E.H.P.A.D.** : **E**tablissements **H**ébergeant des **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes, décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999, modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001

¹² **S.S.I.D.P.A.** : **S**ervices de **S**oins **I**nfirmiers à **D**omicile pour **P**ersonnes **A**gées, régis par la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002, le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 et la circulaire du 1^{er} octobre 1981

¹³ **A.P.A.** : **A**llocation **P**ersonnalisée d'**A**utonomie, instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, applicable au 1^{er} janvier 2002

Si la mise en place de cette grille a été une avancée, en ce sens qu'elle est un outil utilisable par différentes catégories professionnelles, elle ne permet pas d'évaluer les soins de prévention, les pathologies ou les déficiences neuro-sensorielles et ne prend pas suffisamment en compte l'environnement social et familial. Dans le cadre de la loi sur l'A.P.A. un comité scientifique a été créé ayant pour mission d'adapter les outils d'évaluation de l'autonomie. Il devait rendre un rapport au parlement avant le 31 janvier 2003. Il serait intéressant de connaître les conclusions de ce rapport ainsi que les propositions de modifications qui permettraient certainement d'obtenir un outil parfaitement adapté à toute situation de dépendance.

1.1.3.2. Des constats et des projections qui interpellent la société

On estime à 628 000 le nombre de personnes âgées de soixante ans et plus, confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage.

405 000 d'entre elles vivent à leur domicile (y compris en foyers logements) ou au domicile d'un proche parent.¹⁴

L'enquête H.I.D.¹⁵ réalisée entre octobre 1998 et fin 2001 précise que deux tiers de ces personnes sont des femmes, principalement parce qu'elles sont plus nombreuses aux âges élevés et 46 % ont 85 ans ou plus.¹⁶ Selon les mêmes sources, on note que les personnes lourdement dépendantes de plus de 65 ans sont passées de 670 000 en 1990 à 600 000 dix ans plus tard. Pendant cette même période, la population âgée de 65 ans et plus est passée de 7.9 millions à 9.4 millions, soit une baisse de la prévalence de la dépendance physique de 8.5 % à 6.4 %.

Lors de la mise en place de l'A.P.A. en janvier 2002, on estime que 800 000 personnes sont susceptibles de bénéficier de ce dispositif dont 560 000 vivant à leur domicile (la grille A.G.G.I.R. est l'outil utilisé pour faire cette estimation).

¹⁴ Extrait du Rapport d'information P. Terrasse, assemblée nationale le 23 juillet 2001

¹⁵ **H.I.D.** : **H**andicaps-**I**ncapacités-**D**épendance, enquête réalisée par l'I.N.S.E.E. Octobre 1998 à fin 2001

¹⁶ C. Colin, V. Coutton, le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités- dépendance, **D.R.E.E.S.**, décembre 2002, n° 94

1.1.3.3. La prise en charge de la dépendance devient nécessaire pour l'équilibre social

Dans un rapport parlementaire,¹⁷ Me P. Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées, souligne que « le vieillissement de la population est un fait majeur de nos sociétés » et que « de la place que la société accorde à ses personnes âgées découle le type de réponses qu'elle donnera au problème des personnes âgées en perte d'autonomie ».

Une bonne prise en charge de la dépendance évitera que les personnes fragilisées par la maladie, la vieillesse, le handicap, ne se retrouvent exclues de la société. Un accompagnement individualisé, personnalisé permettra de maintenir ou de restaurer les liens sociaux indispensables à chaque individu.

1.2. DES POLITIQUES SOCIALES FAVORABLES AU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES

Les données économiques, l'évolution démographique et la modification considérable de la structure familiale ont entraîné un changement de mentalité et le maintien à domicile est devenu une des priorités dans l'aide aux personnes âgées.

1.2.1. Evolution des dispositifs existants

La question de la vieillesse n'était pas véritablement abordée jusque dans le début des années 60. La société considérait qu'il s'agissait d'une affaire privée et de solidarité entre générations au sein de la structure familiale. On ne s'intéresse à la personne âgée que pour des situations très particulières essentiellement face à d'importantes difficultés matérielles. En effet, à l'issue de la deuxième guerre mondiale, de nombreuses personnes âgées se trouvent sans patrimoine et dans des situations parfois très précaires : les pouvoirs publics accordent alors une priorité à la mise en place d'une politique d'assistance matérielle. La mise en place du Fonds National de Solidarité en 1956 témoigne de cette orientation. Celui-ci permet à toute personne âgée de plus de 65 ans de percevoir un « minimum vieillesse ».

1.2.1.1. Politiques de la vieillesse et droits des personnes âgées

La France appréhende les problèmes de la dépendance en considérant que celle-ci est liée essentiellement à l'âge. De ce fait, toutes les dispositions relatives à la prise en charge de la dépendance sont indiquées dans le cadre de la politique de la vieillesse.

¹⁷ Rapport parlementaire « Vieillir en France », Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, juin 1999.

Jusqu'à ce jour, les personnes atteintes d'une déficience étaient considérées handicapées si elles avaient moins de soixante ans ou dépendantes au-delà de cet âge. Il est important de souligner que les derniers textes réglementaires (ou projets) amènent une idée nouvelle. Un même dispositif pourrait s'adresser aux personnes handicapées ou dépendantes, sans distinction d'âge.

□ **Les politiques de la vieillesse en France**

Le vieillissement constaté de la population dans les années 60, interpelle les pouvoirs publics qui pressentent un ensemble de problèmes économiques, financiers, sociaux et médicaux. Pour faire le bilan des charges et des conséquences de ce phénomène, une commission d'étude des problèmes de la vieillesse est constituée par décret du 8 avril 1960. Elle doit fixer les lignes directrices d'une véritable politique de la vieillesse pour les vingt années à venir.

La commission présidée par Pierre Laroque, va réaliser un travail qui sera considéré comme un véritable « Code de la vieillesse ». Le **rapport Laroque** rédigé en 1962 jette les bases d'une politique sociale de la vieillesse centrée sur le maintien à domicile. Véritable détonateur, il va engendrer la naissance d'une nouvelle politique en faveur des personnes âgées, **tournée vers l'action sociale**. Il oblige à ouvrir les yeux.

Dans les campagnes autant qu'en ville, la solidarité « intergénérationnelle » ne fonctionne plus ; les actifs qui s'exilent en ville ne peuvent plus s'occuper de leurs « anciens » comme cela se pratiquait auparavant. Isolées et démunies, les personnes âgées sont les principales oubliées des « Trente Glorieuses ».

Les circulaires du 1^{er} février 1972 (VI^o plan –1970-1974) et du 28 janvier 1977 (VII^o plan – 1975-1979 / P.A.P.15) vont réaffirmer les préconisations du rapport Laroque. Sont encouragées la mise en place de réseaux d'équipements et de services, la coordination entre les services d'aides ménagères et de soins infirmiers par secteurs géographiques déterminés.

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dite « loi sociale »,¹⁸ va organiser l'ensemble du secteur, en particulier dans les domaines de la coordination et de la régulation. Cette loi consacre la séparation entre le sanitaire et le social voulue par le législateur lors de la promulgation de la «loi hospitalière »¹⁹ en introduisant une notion nouvelle, le « médico-social ». Mais cette organisation va être rapidement remise en cause avec la circulaire n° 51 du 26 octobre 1978 qui donne la possibilité aux

¹⁸ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, réformée par la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002

¹⁹ Loi n° 70-138 du 31 décembre 1970, sur la mise en cohérence entre le secteur public et privé

établissements sociaux et médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées de créer des sections de cure médicale.

Lors de l'alternance politique de 1981, est créé le premier secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées. Peu de temps après, la circulaire J. Franceschi du 7 avril 1982 va donner une nouvelle impulsion à la politique sociale en faveur des personnes âgées. Elle indiquera notamment plusieurs axes :

- ▶ une meilleure participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et au suivi des politiques qui les concernent,
- ▶ la garantie pour chacun de choisir son cadre de vie,
- ▶ le renforcement des services de proximité avec la consolidation de l'aide ménagère et le développement des services de soins infirmiers à domicile.

A l'issue de cette période la politique de la vieillesse va être influencée par la prise en compte d'un nouveau paramètre : **la dépendance liée à l'âge**.

□ **La place des personnes âgées en Europe**

L'évolution démographique constatée au niveau européen, et plus particulièrement dans les pays du sud de l'Europe, modifie considérablement les équilibres économiques. En effet, la baisse de fécondité se traduit par la réduction de la tranche de population d'âge actif, alors que la population âgée s'accroît. Ainsi, le rapport des actifs aux inactifs est de plus en plus déséquilibré et suscite des inquiétudes sur le financement futur des systèmes de retraite. De ce fait, tous les pays ont engagé des réformes visant à limiter les conséquences du vieillissement démographique. Le gouvernement français élu en 2002 avait présenté ce chantier prioritaire pour l'année 2003. Les premières annonces ont été faites en avril 2003, concernant le régime des retraites. Mais ce phénomène menace également l'équilibre des systèmes de santé. Les dépenses de santé, en particulier les soins dispensés en établissements, croissent avec l'âge. Deux facteurs seraient susceptibles de freiner cet accroissement :

- ▶ une baisse du coût des soins et des traitements,
- ▶ l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (baisse de la demande de soins).

1.2.1.2. La prise en compte de la dépendance

Le phénomène du vieillissement est étroitement lié à celui de la dépendance qu'il peut induire, et les personnes âgées affirment clairement leur désir croissant de vieillir dans les meilleures conditions, de demeurer à leur domicile le plus longtemps possible afin, semble-t-il, de garder un contrôle sur leur vie, d'être véritablement acteurs dans leur choix de vie.

□ **la dépendance occupe une place centrale dans les politiques sociales en France**

Parce que les personnes âgées devenues dépendantes doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens, le Ministère des affaires sociales et la Fondation nationale de gérontologie ont élaboré en 1987 la « **Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante** ». Cette charte a été actualisée en 1999 et Me M. Aubry, alors Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, précise dans son courrier d'accompagnement : « **Les aînés sont des citoyens à part entière. Lorsqu'ils deviennent dépendants, la protection de leurs droits et de leurs libertés n'en est que plus nécessaire.** »

Dans les années 1990, plusieurs rapports concernant les personnes âgées avaient complété le rapport Laroque pour s'orienter plus précisément sur la question de la dépendance :

Dans le cadre du commissariat général au plan sur la dépendance des personnes âgées, P. Schopflin rend un rapport en 1991, intitulé « **dépendance et solidarité : mieux aider les personnes âgées** ». Celui-ci préconise la mise en place d'une allocation dépendance, de même que J.C. Boulard, dans son rapport « **vivre ensemble** » qui propose une réforme de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Ces propositions verront le jour avec la mise en place de la P.S.D. Malheureusement, ce dispositif s'est très vite révélé inadapté à la situation, avec une inadéquation au regard des besoins, une aide limitée aux prises en charge des dépendances les plus lourdes, avec de fortes disparités d'un département à l'autre. De plus d'autres arguments sont avancés pour expliquer son échec : une récupération possible sur succession ou encore **l'absence d'une véritable coordination entre les interlocuteurs.**

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 instituant l'A.P.A. entend remédier aux inconvénients de la P.S.D. Trois décrets du 20 novembre 2001 fixent les conditions d'attribution et les modalités de fonctionnement et ont rendu la loi applicable au 1^{er} janvier 2002.

□ **La dépendance autour d'un modèle social européen**

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, adoptée au traité de Nice, place la dépendance avec les autres risques sociaux traditionnels (maladie, accident...). Plusieurs communications affirment la reconnaissance de la dépendance qui doit s'inscrire dans le modèle social européen, en s'appuyant sur une logique d'emploi.

Déjà en mars 1997, dans une communication « moderniser et améliorer la protection sociale », l'Europe souligne les faits suivants :

- ▶ **une majorité de personnes âgées veulent rester à leur domicile,**
- ▶ **il faut développer une offre adaptée (foyers, réseaux, programmes locaux...).**

Une autre communication en décembre 2001 renforce ces éléments en précisant que la reconnaissance de la dépendance doit être porteuse d'emplois et que sa prise en charge exige de la main d'œuvre qualifiée. Elle décline plusieurs objectifs :

- ▶ **accessibilité** : toute personne dépendante doit avoir accès à des soins conformes à ses besoins (prise en charge personnalisée ou individualisée) dans le respect des droits fondamentaux ;
- ▶ **qualité des soins** : la transparence et la qualité des systèmes de soins doivent être renforcées (évaluation, démarche-qualité.....) ;
- ▶ **viabilité financière des systèmes** : la prévention doit être prise en compte pour traiter les causes de la dépendance.

1.2.1.3. Un fort développement du maintien à domicile

Après le rapport Laroque, les conditions de vie matérielles des personnes âgées vont progressivement s'améliorer. Leur solitude s'accroît, leurs besoins sont immenses, les attentes sont mieux cernées. La notion « d'aide » sous toutes ses formes prédomine.

En 1965, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse met en place la prestation d'aide ménagère et dans les années 1970, les financements publics vont permettre d'assurer le développement de l'ensemble des services. L'octroi de l'aide ménagère peut se faire à deux titres :

- ▶ Aide sociale : prestation légale versée par les départements ;
- ▶ Caisses de retraite : prestation facultative financée sur les fonds d'action sociale de chaque caisse.²⁰

Se développe ainsi une **politique de maintien à domicile** pour les personnes âgées.

L'A.D.M.R.²¹ largement implantée dans le milieu rural (son berceau d'origine), à travers les associations d'aides familiales, va très vite se tourner vers le développement de services d'aides ménagères. Cette nouvelle orientation permet alors de répondre aux besoins sociaux de la population âgée dans des zones souvent isolées.

Le territoire sera couvert dans sa quasi-totalité en quelques années par un réseau organisé autour d'associations à l'échelle d'une commune, d'un canton. Il s'agit d'un choix de ce mouvement associatif, qui souhaite avant tout maintenir les liens de proximité.

Dans le département de la **Haute-Garonne**, la première association créée le 3 août 1978 regroupait les deux cantons de Bagnères de Luchon et Saint-Béat (à la frontière espagnole). Ces deux cantons des Pyrénées à forte dominance rurale, avec une population très âgée, se

²⁰ Arrêté du 6 mars 1973 et Décret n° 85-426 du 12 avril 1985

²¹ **A.D.M.R.** : Association du Service à Domicile, régie par la loi 1901 – mouvement national créé le 14 janvier 1946 (anciennement **Aide à Domicile en Milieu Rural**)

situent en zone montagneuse. Quatorze associations supplémentaires ont vu le jour depuis, avec un fort ancrage sur le Comminges (Sud du département).²²

A ce jour, l'A.D.M.R. de la Haute-Garonne représente un volume de **417 865 heures**, soit **256 Emplois Temps Plein** et dispense ses interventions auprès de **3 955 ménages**.²³

1.2.2. La possibilité d'être accompagné à domicile quel que soit son état de dépendance

La situation de dépendance implique le recours à une tierce personne qui va accompagner le demandeur dans les gestes de la vie quotidienne et lui permettre ainsi de conserver ou de retrouver le droit, la capacité à choisir son mode de vie. Cet accompagnement, pour être efficace, doit s'intégrer dans l'environnement global de la personne.

1.2.2.1. De nouveaux dispositifs réglementaires se mettent en place

Force est de constater que certaines structures d'accueil de type « Foyer Logements », construites dans les années 60-70, ne sont pas toujours adaptées : elles manquent de personnel, de moyens... Le concept architectural n'a pas toujours pris en compte l'évolution possible de l'état de dépendance des résidents.

Depuis 1999, les E.H.P.A.D. doivent rentrer dans une « Démarche-Qualité » et signer des conventions tripartites sur la base d'un projet pluriannuel. Trois niveaux de prise en charge sont alors identifiés : **hébergement, soins et dépendance**.

Parallèlement, le soutien à domicile a ses limites et ne peut s'envisager pour les personnes très dépendantes, qu'avec un environnement familial très présent. Souvent, les personnes dépendantes sont très âgées, leurs enfants eux-mêmes âgés ne peuvent plus assumer cet accompagnement ou ne sont parfois plus là.

La simple politique d'action sociale ne suffit plus et les soins d'hygiène générale vont alors occuper une place centrale.

Aux côtés des infirmiers libéraux, se créent les premiers services d'auxiliaires de vie, financés en partie par l'Etat, destinés à apporter une aide aux personnes âgées handicapées, titulaires d'une majoration pour tierce personne ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Les S.S.I.D.P.A. vont également faire leur apparition dans les années 80.

Même si les politiques sociales sont favorables au développement de ces services, la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie a impliqué que leur création soit dégagée par

²² Carte en **Annexe I**

²³ Extrait du rapport d'activité de l'Assemblée Générale du 6 novembre 2003, relative à l'exercice 2002

redéploiement des « lits » d'établissements de soins. Une pareille orientation a eu pour conséquence une mise en place des services beaucoup plus lente que la demande de création locale manifestée.

En parfaite adéquation avec la « charte de l'aide à tous », adoptée par le mouvement A.D.M.R. en 1979, qui pose le principe de la solidarité globalisée, les associations s'engagent dans le domaine de la santé. Elles s'impliquent dans la gestion de centres de soins, de services auxiliaires de vie et de S.S.I.D.P.A.

La mise en place de l'A.P.A. et la création des C.L.I.C.²⁴ doivent permettre d'obtenir une amélioration significative des dispositifs existants :

- ▶ meilleure solvabilité des personnes âgées dépendantes,
- ▶ meilleure organisation de l'offre de services,
- ▶ évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire,
- ▶ élaboration d'un plan d'aide personnalisé,
- ▶ coordination et professionnalisation des intervenants,
- ▶ évaluation et suivi pour une adaptabilité des plans d'aides.

1.2.2.2. La gestion de la dépendance et du maintien à domicile au regard de l'emploi : recherche d'une professionnalisation

La crise économique que traverse le pays et l'augmentation incessante des demandeurs d'emplois, incitent le gouvernement, en 1986, à développer des « petits boulots » qui doivent permettre d'endiguer le problème du chômage et réduire les problèmes d'exclusion des personnes fragilisées par la maladie, le handicap, la dépendance.

□ Ouverture au secteur marchand et création d'emplois

Si l'aide à domicile, était jusque là un domaine quasiment réservé aux associations ou aux C.C.A.S.²⁵, la concurrence est de plus en plus présente. De nombreuses associations se créent avec parfois des superpositions de territoires géographiques d'intervention. Les mots « clients, marketing, stratégie... » entrent dans le vocabulaire des associations qui se lancent sur le marché de « l'aide à tous ».

En 1992, les Emplois Familiaux²⁶ permettent aux particuliers, employant des salariés à leur domicile, de déduire les dépenses de leurs impôts : la délivrance d'un agrément aux

²⁴ **C.L.I.C.** : Centre Local d'Information et de Coordination selon les circulaires DAS/RV n° 2000/310 du 6 juin 2000 et DGAS/Avie n° 2001/224 du 18 mai 2001

²⁵ **C.C.A.S.** : Centre Communal d'Action Sociale

²⁶ **Emplois Familiaux** : Loi des finances rectificative du 30 décembre 1991, relative aux emplois familiaux, réductions fiscales pour l'emploi d'un salarié à domicile

associations conforte alors leur légitimité. Cette nouvelle disposition doit permettre une fois de plus de créer de l'emploi grâce au développement de l'aide à tous et surtout en s'orientant vers une « clientèle » solvable. Se mettent alors en place, les services « mandataires », par le biais desquels les particuliers employeurs mandatent une association pour effectuer l'ensemble des démarches administratives liées à leur rôle d'employeurs.

La plupart des associations, créées à la base avec une forte vocation sociale, se retrouvent ainsi gestionnaires d'activités multiformes.

Au niveau de l'Europe la situation est similaire et la construction de l'Europe sociale n'est pas simple. Le traité de Maastricht en 1992 et le livre blanc de M. Delors permettent cependant de définir un objectif principal en matière de protection sociale : **il faut favoriser l'emploi pour garantir la pérennité des systèmes de protection sociale et la protection sociale doit se mettre au service de l'emploi** : ainsi l'Europe pourra agir sur la population inactive en âge de travailler et atteindre le plein emploi.

De plus, dans le cadre des lignes directrices pour les politiques de l'emploi des Etats membres en 2002, le Conseil européen décide le 18 février 2002 qu' « **il faut disposer en suffisance de services de qualité en matière de garde d'enfants et de soins aux personnes dépendantes afin de favoriser l'entrée et le maintien des femmes et des hommes sur les marchés du travail.** »

□ **Une professionnalisation nécessaire pour le secteur de l'aide à domicile**

La loi n° 2001.647 du 20 juillet 2001 instituant l'A.P.A. affiche clairement la volonté des politiques sociales d'œuvrer pour la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en proposant des prestations de qualité aux personnes âgées dépendantes.

La mise en œuvre de cette nouvelle allocation entraîne des besoins d'emplois dans le secteur de l'aide à domicile. Lors de sa mise en place, il avait été estimé à 20 000 emplois temps plein, les besoins supplémentaires en personnel, évalués à 40 000 salariés à recruter sur 2002/2003. Ainsi, un **fonds de modernisation de l'aide à domicile** doit permettre la restructuration d'un secteur d'emploi fragile et faiblement qualifié, par la formation, la diversification des actions et la coordination des interventions et des financements. Section spécifique du fonds de financement de l'A.P.A., ce fonds est destiné, en finançant des formations en cours d'emploi, à promouvoir la qualification du secteur qui compte environ 85 000 salariés (en prestataire) dont moins de 20 % sont titulaires d'une certification professionnelle.

Une circulaire du 19 février 2002²⁷ précise aux Préfets de départements et régions ainsi qu'aux différents agents de l'Etat concernés, l'enjeu que représente ce nouveau dispositif pour l'emploi.

Le retour à l'emploi doit être recherché en améliorant les compétences des salariés du secteur de l'aide à domicile et en permettant de faire évoluer les conditions et l'organisation du travail dans ce même secteur. L'orientation des demandeurs d'emploi, les aides à la formation, à la qualification, doivent être privilégiées ainsi que le soutien aux employeurs ayant engagé des actions de fidélisation du personnel et d'amélioration du service rendu.

Une expérimentation s'est déroulée en 2002 dans sept régions, dont Midi-Pyrénées, concernant la mise en place, à titre expérimental de la V.A.E.²⁸ pour l'obtention du D.E.A.V.S.²⁹

1.2.2.3. Une assise réglementaire pour les services d'aide à domicile : loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002³⁰

De par la multiplicité des textes qui régissent le secteur, il devenait difficile de trouver une organisation homogène au sein d'un service qui gérait plusieurs activités.

La loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002, en reconnaissant les services de maintien à domicile comme des services sociaux et médico-sociaux, doit permettre de mettre en œuvre de véritables projets. Elle apporte enfin les outils nécessaires pour organiser une offre de service adaptée aux besoins, autour d'un véritable partenariat et dans le plus grand respect des droits des personnes auprès desquelles les services interviennent.

L'Union Nationale A.D.M.R. se félicite de la promulgation de cette loi qui, selon elle, « représente une avancée certaine vers une meilleure reconnaissance et une meilleure prise en compte de l'aide à domicile aux personnes fragilisées. Cette avancée, à mettre en parallèle avec l'instauration de l'A.P.A., se situe à la fois sur un plan politique et pratique. »³¹

²⁷ Circulaire DGAS/DGEFP n° 2002-99 du 19 février 2002 relative au développement de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile

²⁸ **V.A.E.** : Validation des Acquis de l'Expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle, Décret n°2002-615 du 26 avril 2002

²⁹ **D.E.A.V.S.** : Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (remplaçant le C.A.F.A.D.)

³⁰ Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale

³¹ Hebdo A.D.M.R. n° 1053. avril 2002

1.2.3. Le SSIDPA : acteur privilégié dans l'aide à domicile

L'arrivée des S.S.I.D.P.A. dans le secteur de l'aide à domicile permet de sortir des systèmes d'interventions à l'acte, à l'heure. Ils permettent la coordination des interventions sur un bassin de vie cohérent avec un mode de financement permettant des prises en charge adaptées aux besoins évolutifs et aux situations d'urgence.

1.2.3.1. Une réglementation qui favorise la coordination des interventions

Les S.S.I.D.P.A. sont régis par la loi n° 75.535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, modifiée par la loi n° 2002.02 du 02 janvier 2002. Leur fonctionnement est défini et réglementé par le décret n° 81.448 du 8 mai 1981 et la circulaire n° 81.8 du 1^{er} octobre 1981.³² Cette dernière précise notamment :

« il convient de veiller à ce que le service collabore étroitement avec les autres institutions intervenant auprès de la personne âgée. Il doit s'insérer dans un ensemble coordonné de services pour personnes âgées ».³³

Leur essor est particulièrement significatif à partir des années 1983 :

- | | | | |
|--------------|---------------|------------|-----------------------------|
| ❑ 1981 | 3 000 places | 1985 | 26 573 places |
| ❑ 1983..... | 19 634 places | 1992..... | 47 468 places ³⁴ |

Les services, qui s'adressent aux personnes classées dans les G.I.R. 1 à 4, « pourront ainsi permettre :

- ❑ D'éviter une hospitalisation lorsque les conditions médicales et sociales le permettent,
- ❑ De faciliter un prompt retour au domicile après hospitalisation,
- ❑ De prévenir ou de retarder la dégradation progressive de l'état des bénéficiaires,
- ❑ D'éviter ou de retarder l'admission en section de cure médicale d'institution sociale ou en établissement de long séjour.

La spécificité de ces objectifs appelle des soins plus prolongés et mieux coordonnés que ne le permettraient de seules interventions à l'acte ».³⁵

La coordination est rendue indispensable par la plupart des textes fondateurs des politiques sociales en faveur des personnes âgées dépendantes.

³² Circulaire n° 81-8 du 1^{er} octobre 1981, qui définit les conditions d'autorisation et de fonctionnement des S.S.I.D.P.A.

³³ Personnes âgées. Soins infirmiers à domicile. Bulletin officiel, fascicule spécial n° 81/43 bis. p 27

³⁴ C.N.A.M.T.S., 1994

³⁵ Extrait de la Circulaire n° 81-8 du 1^{er} Octobre 1981

Coordination, partenariat, actions transversales, globalité, sont les maîtres mots d'une prise en charge réussie.

La mise en place des C.L.I.C. et le projet de réforme du décret des S.I.D.P.A. leur permettant de devenir des services de soins, d'aide et d'accompagnement confortent cette position.

Les S.S.I.D.P.A. pourraient être un des éléments moteurs pour une meilleure coordination des actions, mais on constate bien souvent que celle-ci dépend de la volonté de chacun des acteurs.

1.2.3.2. Un choix d'organisation basé sur la proximité, en étroite collaboration avec les acteurs locaux

Le personnel de ces services comprend des aides soignantes et des infirmiers : ces derniers doivent assurer, outre les soins infirmiers et les soins d'hygiène nécessaires à la personne âgée, **le suivi et la coordination des soins.**

Les actes infirmiers peuvent être réalisés par des infirmiers salariés du S.S.I.D.P.A. ou par les infirmiers du secteur libéral qui passent alors une convention avec le service.

Le mouvement A.D.M.R. a fait le choix, dans le développement des S.S.I.D.P.A. sur l'ensemble du territoire, de travailler exclusivement avec les professionnels locaux. Pour cela, une convention est systématiquement proposée aux infirmiers et pédicures.

Cette approche favorise la collaboration avec les différents acteurs locaux (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes.....) d'autant plus que l'organisation du service est pensée à l'échelle d'un canton. Ceci permet de bien se connaître et facilite les échanges.

Des réunions hebdomadaires sont organisées avec l'ensemble du personnel pour analyser les modalités d'interventions pour chaque patient et les libéraux sont invités à y assister.

De plus, la structure associative permet aux représentants libéraux, aux représentants des usagers, aux familles, de siéger aux conseils d'administration (instances consultatives et décisionnelles).

Les S.S.I.D.P.A. permettent également d'impulser la mise en place de formations ou l'organisation de réunions thématiques à destination des professionnels, des familles, des usagers (prévention des chutes, malnutrition.....)

Lors d'une allocution le 4 octobre 2001, dans le cadre de la mise en place de l'A.P.A., Me H. MIGNON, député de la Haute-Garonne, aborde la notion d'aide « personnalisée » de la manière suivante : **« On quitte l'approche purement sanitaire pour arriver à une approche sociale et psychologique de la réalité vécue par les personnes âgées »**. La proximité est indispensable pour une bonne évaluation des besoins, avec une équipe

pluridisciplinaire qui se déplace, prend le temps de discuter avec la personne, la famille, les soignants.

Il est nécessaire d'agir localement, mais en pensant globalement

1.2.3.3. Un système de financement donnant une certaine souplesse

Les S.S.I.D.P.A. fonctionnent grâce à une dotation globale attribuée sur tarification préfectorale. Celle-ci est allouée en fonction de la capacité³⁶ autorisée, des moyens nécessaires présentés par le gestionnaire sur budget prévisionnel, de l'O.N.D.A.M.³⁷ et du taux de reconduction fixé chaque année par région. Le financement est assuré exclusivement par la Sécurité Sociale. Ce système de financement présente l'intérêt de pouvoir intervenir dans des situations d'urgence, de pouvoir ajuster le nombre de passages quotidiens ou hebdomadaires et ainsi d'adapter les interventions aux besoins des usagers. L'A.D.M.R. a su s'adapter pour faciliter l'accompagnement des personnes âgées désireuses de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Elle a aujourd'hui une importante force de représentation dans le secteur de l'aide à domicile.

1.3. L'A.D.M.R., MOUVEMENT ASSOCIATIF DE PROXIMITE EN MILIEU RURAL

L'A.D.M.R. qui prend ses racines dans un mouvement familial rural, est largement implantée dans les communes rurales et représente aujourd'hui une des plus grosses associations du secteur de l'aide à domicile en milieu rural.

1.3.1. Une explosion de l'activité au niveau national

Les bases sont posées par Mlle GODINOT, M. ROMATIF³⁸ autour de l'idée : une commune, une association, une aide familiale. Ainsi se crée la première association en 1945 à Communay en Isère. Des associations voient le jour dans plusieurs départements sur le même concept et un mouvement national se crée officiellement le 14 janvier 1946.

Au sortir de la guerre, quelques militants inventaient l'aide familiale et la solidarité de proximité. Aujourd'hui, l'**A.D.M.R.** compte 3 000 associations locales (présentes dans 34 000

³⁶ Terme pour désigner le nombre moyen de personnes pouvant être pris en charge par le service

³⁷ **O.N.D.A.M.** : **O**rientations **N**ationales des **D**épenses d'**A**ssurance **M**aladie

³⁸ Présidents respectifs de l'Union nationale A.D.M.R, de 1946 à 1950 et de 1950 à 1952

communes) et intervient auprès de **350 000 personnes dont 217 200 personnes âgées, handicapées ou malades.**³⁹

1.3.1.1. Un projet associatif qui s'appuie sur la « charte de l'aide à tous »

En 1979, plus de trente ans se sont écoulés depuis les balbutiements de l'A.D.M.R. et la diversité des services créés pour répondre à l'évolution des besoins rend la tâche des responsables très complexe. Une **charte de l'aide à tous** va permettre de réaffirmer les valeurs, de redonner du sens aux actions menées ou aux prochaines évolutions indispensables. « Celle-ci pose le principe de la « solidarité globalisée » : elle reconnaît notamment la nécessité d'**agir localement**, mais de **penser globalement** l'aide à domicile. Il faut éviter d'appliquer des solutions ponctuelles à des problèmes dont **les solutions ne peuvent être efficaces que prises dans une vision d'ensemble...** »⁴⁰

Le projet politique de l'A.D.M.R. est de « permettre aux familles et aux personnes de vivre bien chez elles ».

1.3.1.2. Un développement autour du concept « triangle d'or »

Une des particularités du mouvement réside dans le fait que l'organisation s'appuie sur le principe du « Triangle d'or », représenté par :

▶ La personne aidée, devenue le « client-adhérent » :

En étant actrice de sa propre vie, libre de ses choix et à même de décider ce qu'elle souhaite en matière de soutien.

▶ Les professionnels :

En étant à l'écoute de leurs préoccupations afin de mettre en œuvre des actions de formations adaptées à leurs besoins, en prenant en compte leur avis sur l'accompagnement de la personne, en les impliquant dans la gestion des associations (les conseils d'administration prévoient deux collèges dont un pour le personnel d'intervention)

▶ Les bénévoles :

En leur reconnaissant le rôle privilégié dans le maintien et/ou le développement du lien social, en s'appuyant sur leur connaissance du secteur et leur analyse, en leur proposant d'être ce lien de proximité indispensable entre la personne aidée et l'intervenant dans une relation de réciprocité et enfin en leur confiant la mission d'employeur dans le respect des orientations politiques fixées par l'Union Nationale A.D.M.R.

³⁹ Disponible sur Internet : <<http://www.admr.org>>

⁴⁰ 50 ans de service à domicile. Naissance et développement d'un mouvement associatif de proximité l'A.D.M.R. A.D.M.R. 1995. 192 p

1.3.1.3. Une offre de service qui a su s'adapter à l'évolution des besoins

Face aux évolutions socio-démographiques, le mouvement qui souhaite développer une approche globale et polyvalente des problèmes sociaux, se tourne tout naturellement vers la gestion des services d'aides ménagères pour personnes âgées : services qui resteront longtemps **le pivot de l'aide à domicile**.

Mais la simple politique d'action sociale ne suffit plus et les soins d'hygiène générale vont alors devenir un complément nécessaire. Aux côtés des infirmiers libéraux, se créent les services auxiliaires de vie⁴¹ et les S.S.I.D.P.A.

Toujours dans un souci de satisfaire les attentes des familles, l'A.D.M.R. s'implique dans ces nouveaux dispositifs et s'adapte aux nouveaux cadres réglementaires proposés par le gouvernement dans les années 80 pour développer des emplois nouveaux.

Ainsi, l'A.D.M.R. aujourd'hui intervient dans quatre champs, articulés entre eux pour donner une cohérence globale au projet :

- ▶▶ L'aide à la vie quotidienne
- ▶▶ L'action socio-éducative
- ▶▶ La santé
- ▶▶ Le développement local

1.3.2. Le département de la Haute-Garonne qui oriente son développement autour des S.S.I.D.P.A.

A l'image du mouvement national, l'A.D.M.R. de la Haute-Garonne a démarré son activité autour des travailleuses familiales pour ensuite s'intéresser aux différents services nouveaux qui pouvaient apporter un « plus » aux familles ou aux personnes désirant vivre à leur domicile.

1.3.2.1. Des besoins qui émergent de la population, autour des services déjà existants

La structure associative de l'A.D.M.R. donne la possibilité d'ouvrir les conseils d'administration à des personnes représentatives de la population. Les associations locales sont souvent constituées à l'initiative d'élus locaux, de représentants d'usagers (clubs de 3^{ème} âge, C.O.D.E.R.P.A.⁴²...) ou de représentants de professionnels médicaux et paramédicaux (médecins, infirmiers, pharmaciens...). Proches de l'ensemble des habitants, à l'échelle d'une commune ou d'un canton, ces représentants connaissent bien le secteur et

⁴¹ Services Auxiliaires de vie à destination des personnes adultes handicapées : circulaires n° 81/6 du 9 septembre 1981 et n° 82/11 du 26 mars 1982

⁴² **C.O.D.E.R.P.A.** : **CO**mité **DE**partemental de **R**éprésentation des **P**ersonnes **A**gées

sont à même de cerner les besoins ou les attentes des personnes fragilisées par la maladie, la vieillesse, le handicap ou encore un événement exceptionnel qui peut déstabiliser l'équilibre familial. Ainsi les premiers services développés l'ont été pour répondre à des préoccupations issues de la population, pour répondre à de véritables besoins.

1.3.2.2. Les modes d'organisation s'adaptent au contexte local

On peut trouver une particularité supplémentaire à l'A.D.M.R., en ce sens que toute nouvelle association créée, trouve son mode d'organisation en fonction du contexte local. Même si la politique générale reste conforme aux orientations fixées au niveau national, l'aire géographique, les services nécessaires seront identifiés en tenant compte des habitudes de vie de la population du secteur et des services ou structures déjà existantes. L'A.D.M.R. veille à intervenir en complément des dispositifs déjà en place.

Ainsi, selon les acteurs en présence et les objectifs recherchés, il peut être fait le choix, par exemple, de créer une ou plusieurs associations locales A.D.M.R. pour gérer plusieurs activités. En fonction de l'offre de service déjà existante, certaines associations limitent leur activité à l'aide à la vie quotidienne, à la santé.... D'autres au contraire, gèrent l'ensemble des services développés par le département.

1.3.2.3. Une évolution de l'activité significative

Si l'on s'intéresse au volume d'activité et au nombre de foyers aidés sur les cinq dernières années, on ne peut que constater une augmentation significative.⁴³

	1998	1999	2000	2001	2002
Volume d'heures	358 605	341 772	369 786	391 195	417 865
Nombre de foyers aidés	2 770	2 839	2 943	3 128	3 955

Ceci suppose une augmentation des besoins et/ou attentes. Bien sûr, il convient de considérer que l'offre suscite la demande et que la création de nouveaux services suscite des besoins nouveaux auprès de la population du secteur. Affirmée comme une nécessité par les gouvernements successifs à travers de nouvelles réglementations (allègements de charges, réductions d'impôts, mise en place de l'A.P.A.....), l'aide à domicile ne peut que se

⁴³ Extraits des rapports d'activités des Assemblées Générales de la Fédération A.D.M.R. de la Haute-Garonne

développer. Il devient alors indispensable que l'ensemble des actions soit organisé dans la plus grande cohérence possible.

1.3.3. Un réseau qui s'appuie sur des associations à l'échelle du canton

Même si l'on note quelques particularités liées au contexte local et à l'histoire de la création, la plupart des associations du département s'organise à l'échelle d'un canton. Pour la zone qui nous intéresse, la population totale du secteur couvert par chaque association cantonale oscille entre 3 722 et 5 840 habitants⁴⁴ : des micro secteurs qui favorisent les liens de proximité.

1.3.3.1. La gestion locale permet de mieux appréhender l'environnement de la personne

Cette organisation à l'échelle cantonale permet ainsi aux acteurs de l'action sociale de développer des relations privilégiées avec les différents intervenants (formels ou informels) qui œuvrent ou pourraient œuvrer dans l'accompagnement de la personne. J'entends par intervenants formels les professionnels et par intervenants informels toutes les personnes (voisins, amis, membres de la famille, autres) qui apportent leur contribution à l'action engagée.

Une bonne connaissance du secteur géographique, des services existants, des structures, du niveau d'implication de la personne dans la « cité », sont autant de facteurs qui favorisent une meilleure prise en charge ou une intervention en urgence face à un événement exceptionnel, comme la canicule de l'été 2003.

1.3.3.2. Des conventions formalisent la coordination des intervenants

Afin d'améliorer la coordination des interventions et de mieux définir les rôles de chacun, plusieurs types de conventions sont proposées par les associations locales.

► Convention avec les intervenants libéraux :

Celles-ci sont proposées systématiquement à l'ensemble des infirmiers libéraux installés sur le secteur d'intervention lors d'une création de S.S.I.D.P.A.. Si les infirmiers ont souvent des craintes face aux projets de création, la majorité d'entre eux a très vite compris l'intérêt de travailler en collaboration avec ce service qui se veut être complémentaire aux dispositifs existants. Les plus réticents ont demandé, après quelques mois de fonctionnement, à signer la convention avec le S.S.I.D.P.A., participant ainsi au maintien à

⁴⁴ Voir données page 4

domicile de personnes très dépendantes pour lesquelles les interventions des aides-soignants deviennent le complément indispensable aux seules interventions à l'acte.

► **Convention avec les structures d'accueil :**

Lorsque les services de maintien à domicile sont emmenés à intervenir au sein d'une structure d'accueil pour personnes âgées, une convention entre l'établissement et l'association est proposée, pour définir les règles de fonctionnement et les modalités d'intervention.

► **Convention entre associations A.D.M.R. :**

Comme nous l'avons vu, dans certains cantons, l'histoire de la création de l'A.D.M.R. a débouché sur une organisation autour de plusieurs associations cantonales. Dans le cadre du projet de décret concernant les S.S.I.D.P.A., une réflexion est engagée sur l'élaboration d'une convention de services entre les différentes associations A.D.M.R. d'un même canton, afin de faciliter la coordination des interventions au domicile.

1.3.3.3. Une organisation qui facilite l'accessibilité à l'information pour l'utilisateur ou sa famille

Des locaux facilement identifiables permettent à chaque association d'assurer des permanences grâce à du personnel d'encadrement salarié et aux bénévoles.

Un livret d'accueil élaboré au niveau départemental et personnalisé pour chaque association permet de présenter les différents services proposés. Les statuts associatifs prévoient enfin la tenue de conseils d'administration réguliers et la tenue d'une assemblée générale annuelle qui donne un droit de vote aux adhérents. Ces réunions sont l'occasion d'échanger sur la gestion administrative et financière, sur la gestion du personnel. Elles donnent la possibilité aux familles d'utilisateurs de participer à la gestion et de veiller à ce que les aides apportées soient adaptées au mieux.

Conclusion partielle

L'allongement de l'espérance de vie conjugué à la baisse de la fécondité a provoqué un effet mesurable sur la pyramide des âges de notre pays au cours des dernières années avec la proportion des personnes âgées qui occupe une place de plus en plus importante. Ce phénomène va s'accroître dans les prochaines années.

Mais cette avancée en âge de la population, provoque une nouvelle problématique liée aux situations de dépendance. Non seulement les Français vieillissent, mais le nombre de personnes âgées dépendantes augmente.

Parallèlement, les évolutions sociales ont modifié considérablement la structure de la cellule familiale et les systèmes de solidarité et de soutien entre générations ne sont plus ce qu'ils étaient. La société doit s'impliquer de plus en plus dans la prise en charge de cette dépendance.

Enfin, depuis une vingtaine d'années, une orientation significative s'affiche vers le soutien de ces personnes dans le cadre d'un maintien à domicile, choisi, voulu par la personne dépendante. L'accueil en institution garde encore toute sa raison d'être, mais ne se décide plus de la même façon et se produit à un âge plus avancé.

Un développement massif de l'aide à domicile a donc vu le jour, autour d'une organisation parcellaire, cloisonnée, mais arrivant à proposer tout un panel de services et aides tant dans le secteur des soins que dans celui de l'action sociale ou médico-sociale. Il est important, cependant de préciser que l'organisation des services d'aide à domicile est spécifique dès lors qu'il s'agit d'un secteur d'intervention en milieu rural.

2. DES DISPOSITIFS POUR L'AIDE À DOMICILE QUI DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS AUX SPÉCIFICITÉS DU MILIEU RURAL

2.1. LE DOMICILE ET LE MILIEU RURAL : DES PARTICULARITÉS À PRENDRE EN COMPTE

Les interventions au domicile des personnes âgées ne peuvent pas s'aborder de la même manière qu'en institution et doivent tenir compte de l'environnement familial et de la situation de la personne. Le fait d'intervenir dans des zones rurales, parfois montagneuses, ne fait qu'accentuer les particularités du domicile.

2.1.1. Un maillage du territoire disparate dans le domaine de la santé et du social

De par l'histoire socio-économique, la situation démographique et l'absence de schémas départementaux, l'équipement sanitaire et social peut être très déséquilibré dans un même « bassin de vie ».

2.1.1.1. Des équipements sanitaires et sociaux insuffisants, voire inexistant dans certaines zones

Certains cantons sont dépourvus de structures d'accueil pour personnes âgées (ex : Saint-Béat), quand d'autres sont équipés de plusieurs structures. De plus, selon le type de structure, l'accompagnement des personnes dépendantes ne sera pas envisagé de la même manière. Par exemple, à Aurignac, une M.A.R.P.A.⁴⁵ fait appel aux services extérieurs pour assurer les soins d'hygiène alors qu'à L'Isle-en-Dodon, la maison de retraite de type E.H.P.A.D. a son propre personnel soignant. De même, viennent se rajouter des difficultés lorsque certains cantons sont confrontés à de grosses pénuries en personnel infirmier. Le Centre de soins de l'Isle-en-Dodon connaît d'importantes difficultés depuis quelques années pour recruter des infirmiers et ne peut plus faire face à la demande en soins du canton, de ce fait le S.S.I.D.P.A. est beaucoup plus sollicité.

La prise en charge de la dépendance ne peut s'envisager qu'avec un panel de dispositifs qui soient tous complémentaires. Les établissements sanitaires, les établissements médico-sociaux, les services d'aide à domicile interviennent chacun en fonction des missions qui leur sont confiées pour satisfaire des besoins évolutifs. Lorsqu'il y a défaillance de l'un d'entre

⁴⁵ **M.A.R.P.A.** : **M**aison d'**A**ccueil **R**urale pour **P**ersonnes **A**gées

eux (qu'importe le motif), les autres acteurs sont amenés à « absorber » la charge en soins. Ceci est encore plus significatif lorsqu'il y a carence totale en établissement d'accueil, comme sur le canton de Saint-Béat.

2.1.1.2. Une population vieillissante : des besoins accrus

Force est de constater que les personnes font appel aux services d'aide à un âge de plus en plus avancé, lorsque les besoins sont devenus trop importants pour être satisfaits par le conjoint ou l'entourage.

Si les S.S.I.D.P.A. s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans, on peut noter une forte proportion des bénéficiaires de plus de 80 ans sur la zone étudiée :

Patients SSIDPA	2000		2001		2002	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Plus de 80 ans	118	69.00	130	71.43	122	69.32

Même s'il reste toujours difficile d'apprécier la dépendance au regard de l'âge, le risque de dépendance croît avec l'âge ainsi que les dépenses relatives à la santé.

2.1.1.3. Un maintien à domicile qui trouve ses limites

Dans quelle mesure, jusqu'à quel niveau de risque peut-on garantir un accompagnement raisonnable à domicile, à une personne âgée fragilisée de surcroît par l'isolement ?

Les moyens existent aujourd'hui pour aider des personnes de plus en plus dépendantes à domicile, pour accompagner des fins de vie dans de bonnes conditions. Mais il arrive néanmoins que certaines situations ne relèvent plus du domicile et justifient une orientation en institution. L'isolement, l'absence de disponibilité des familles sont autant de facteurs favorisant le départ.

Les services d'aide à domicile ont un rôle majeur de préparation, d'accompagnement de la personne pour que le jour où la décision de quitter son domicile s'impose, celle-ci ne soit pas vécue comme une rupture, un déracinement.

2.1.2. Des critères qui influencent le choix du mode de vie

Même si le fait de rester à domicile le plus longtemps possible reste un véritable choix pour la plupart des personnes âgées, il arrive parfois que ce choix s'impose de par certains événements extérieurs.

2.1.2.1. Statuts sociaux économiques des personnes âgées

Les personnes âgées qui habitent en milieu rural sont pour l'essentiel, issues du milieu agricole, même si cette situation a tendance à se modifier avec l'installation d'une nouvelle population (retraités salariés «revenant au pays » ou décidant de quitter le milieu urbain pour choisir une certaine qualité de vie offerte en milieu rural). Le niveau de ressources et les structures d'accueil proposées dans un secteur géographique proche, peuvent influencer le choix de certaines personnes (ou leurs enfants) de vivre et mourir à leur domicile.

2.1.2.2. Conditions matérielles de vie

La particularité essentielle du soutien à domicile réside dans le fait que les interventions s'effectuent dans un environnement personnel, propre à l'individu qui a choisi de rester chez lui. De ce fait, les conditions matérielles minimales considérées comme nécessaires ne sont pas toujours réunies. Il faut parfois accompagner des personnes seules, isolées dans des hameaux, passant l'hiver sans chauffage. Mais dans la mesure où ce mode de vie leur convient, pourquoi ne pas l'accepter ?

2.1.2.3. Environnement familial et amical

Même si le choix du lieu de vie repose sur la personne âgée elle-même, force est de constater qu'il s'agit bien souvent d'une décision prise en accord avec ses enfants. Il n'est pas toujours envisageable pour des enfants eux-mêmes âgés d'accompagner leur parent devenu dépendant physiquement ou psychiquement en le maintenant à domicile. Malgré la mise en place de tous les services existants, le soutien, la présence de la famille sont quasiment indispensables. Il arrive parfois que les voisins et/ou les amis se substituent à la famille et assurent ce rôle d'aidant informel indispensable. Il est donc évident que l'environnement familial et amical jouera un rôle primordial dans le choix du lieu de vie de la personne dépendante.

2.1.3. Une solidarité qui s'impose à travers des liens sociaux très présents

Nous l'avons vu, l'environnement de la personne occupe une place importante dans son accompagnement face à une situation de dépendance. Une des particularités du milieu rural se situe dans la grande solidarité qui se met en place spontanément face à certaines situations de désarroi.

2.1.3.1. Un fort attachement à son lieu de vie

Pour la génération actuelle des personnes âgées, il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui n'ont jamais quitté le canton, voire le village. Certaines n'ont que très peu connu les moyens de locomotion et de communication largement utilisés aujourd'hui. Pour ces mêmes personnes, le départ du domicile n'est envisagé qu'en dernière solution, face à des problèmes de santé, par dépit et non par choix. Les habitudes de vie, les liens sociaux créés avec le facteur, le maire, l'aide ménagère, suffisent à les rassurer et leur permettent d'envisager l'idée de passer leurs derniers jours « chez eux ».

2.1.3.2. Un réseau relationnel important

Si les enfants ne sont plus là, il y a bien souvent les cousins, les beaux-frères, les amis, les voisins, avec lesquels la personne a partagé toute une vie. Chacun se connaît, chacun connaît plus ou moins les habitudes de vie de son voisin. L'A.D.M.R. trouve alors toute sa place, dans la mesure où ses conseils d'administration sont constitués par la population locale. Dans sa mission de bénévole, chacun assure un rôle de veille en étant attentif aux changements de situation pouvant toucher les familles du village. Cette organisation permet d'être proche des problèmes de la population et de déceler rapidement les besoins d'aides.

2.1.3.3. Des interventions qui doivent être pensées collectivement

Comme nous l'avons vu précédemment, l'accompagnement d'une personne dépendante à domicile en milieu rural ne peut s'envisager qu'avec la prise en compte de son environnement social, familial.....Pour cela, la personne (ou sa famille) qui se trouve confrontée à une difficulté doit pouvoir s'adresser à un référent qui sera à même de mesurer la situation dans sa globalité. Cet interlocuteur doit ensuite veiller à ce que les interventions soient mises en place de manière collective en impliquant tous les acteurs concernés dans une prise en charge personnalisée, reposant sur un plan d'aide établi par une équipe pluridisciplinaire et soumis à des évaluations régulières en vue d'adaptations éventuelles.

Comment est-il possible d'améliorer cette prise en charge, comment est-il possible de lever les freins au travail en partenariat reconnu indispensable, lorsqu'on est responsable d'une association d'aide à domicile en milieu rural ?

Il me faut pour cela analyser les difficultés spécifiques à notre secteur d'intervention pour ensuite proposer une hypothèse de résolution.

2.2. DIAGNOSTIC DE CERTAINES DIFFICULTES DANS LES CANTONS RURAUX DU SUD DE LA HAUTE-GARONNE

Certains cantons du sud du département se particularisent en ce sens qu'ils se situent en zone rurale dispersée et/ou montagnaise et bénéficient d'un faible taux d'équipement en établissements d'accueil pour personnes âgées.

2.2.1. Une dichotomie toujours présente entre le sanitaire et le social

Il arrive encore trop souvent que l'évaluation de la situation d'une personne dépendante ne se fasse pas dans sa globalité. Il existe encore un clivage trop fort entre le corps médical et la sphère du social. Des rapprochements voient le jour mais l'organisation actuelle n'est pas vraiment parvenue à reconnaître la légitimité de l'approche médico-sociale qui allierait les deux aspects.

Déjà en 1982, la circulaire Franceschi avait entre autres pour objectif de garantir à chacun le cadre de vie de son choix et donnait une vigoureuse impulsion « pour médicaliser le social et aussi pour socialiser le médical ».

De par l'évolution du champ des institutions sociales et la nécessité de les prendre en compte, les membres de l'I.G.A.S.⁴⁶ en décembre 1995, dans leur rapport présentant un bilan d'application de la loi n° 75.535 du 30 juin 1975, remettent en cause la séparation du sanitaire et du social qui avait été voulue par les principaux acteurs de la politique de la santé et des politiques sociales dans les années 70. Selon eux « **la question qui se pose aujourd'hui apparaît moins la séparation que l'absence de coordination et la pluralité des décideurs depuis les partages de compétence liés à la décentralisation ...** ».

Les dispositions les plus récentes concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes prévoient une évaluation des besoins, l'élaboration d'un plan d'aide, la mise en place d'aides personnalisées répondant au mieux à leurs besoins et leurs attentes. Elles prévoient également des évaluations régulières pour une éventuelle adaptation. Ces plans d'aides sont des avancées considérables mais l'on constate encore trop souvent que certaines évaluations restent parcellaires et n'intègrent pas les deux aspects de la prise en charge (sanitaire et social).

Lorsqu'une demande d'A.P.A. est formulée auprès des services sociaux, il arrive que plusieurs acteurs soient déjà impliqués dans une prise en charge partielle de la personne. Il semble indispensable d'associer ces personnes à l'évaluation ou du moins de recueillir leur avis. Or il arrive qu'un plan d'aide pour une demande d'A.P.A. soit établi sans la moindre consultation des services intervenant au domicile de la personne (infirmiers libéraux,

⁴⁶ I.G.A.S. : Inspection Générale des Affaires Sociales

S.S.I.D.P.A., aides à domicile, kinésithérapeutes.....). De même, il arrive régulièrement que des retours au domicile soient décidés par les milieux hospitaliers de manière précipitée, sans avoir mesuré les conditions d'accompagnement social et médico-social qui auraient pu se mettre en place.

Pour mieux connaître la personne âgée sur un plan global, tant médical que social et environnemental, le **dossier d'aides et de soins** s'appuyant sur la grille A.G.G.I.R. peuvent être un élément fondamental.

Même si la mise en place de la grille A.G.G.I.R. a permis d'apporter une certaine normalisation des méthodes d'évaluations, elle ne peut pas résoudre à elle seule un transfert des charges financières du secteur sanitaire au secteur social. En effet, sous prétexte que la personne ne rentre pas dans les groupes justifiant des prestations sanitaires, une personne peut être orientée vers une prise en charge uniquement sociale : un tel choix peut à terme, entraîner des dépenses sanitaires supérieures qui auraient pu être évitées.

Paradoxalement, « Le risque majeur consiste en une médicalisation comme seule prise en charge de la vieillesse dépendante. Cette dérive du corps médical qui tient compte surtout de la pathologie et non de la prise en charge globale a été contrebalancée par les soignants. Ceux-ci, par la Démarche de Soins, ont intégré des dimensions complémentaires, ne se satisfaisant pas du seul traitement de la pathologie mais de la prise en charge des besoins fondamentaux de la personne soignée ». ⁴⁷

2.2.1.1. Des hospitalisations ou des retours à domicile provoquent encore des situations de rupture qui pourraient être évitées

Les infirmières coordinatrices des S.S.I.D.P.A. sont les premières à être sollicitées lors d'un retour à domicile pour assurer les soins d'hygiène. Elles sont encore parfois confrontées à des retours à domicile insuffisamment préparés. Des familles qui préviennent pour le lendemain avec tout à organiser (que ce soit par la famille ou par le service). Des personnes qui, après une hospitalisation sont transférées en « Moyen Séjour » et qui, faute de trouver une place dans une institution sociale ou médico-sociale adaptée, font le choix de revenir à domicile, malgré des conditions d'accueil parfois très difficiles.

Récemment, lors d'une réunion « Inter-S.S.I.D.P.A. », une infirmière coordinatrice racontait qu'elle avait été sollicitée pour organiser dans l'urgence, l'aide auprès d'un malade « insulino-dépendant », devant suivre un régime strict avec une surveillance rapprochée plusieurs fois par jour, dont le conjoint était atteint d'une maladie d'Alzheimer, dans l'incapacité d'assumer la moindre surveillance. C'était le seul support familial et le couple

⁴⁷ J.Yves FORCET, M.Louise BAZELLE, Sortir la personne âgée de son isolement, Frison-Roche, 1999, 198 p.

vivait dans une commune éloignée de 20 kilomètres du chef-lieu du canton. Le service hospitalier qui avait décidé de son retour à domicile, n'avait pas consulté les acteurs du terrain et ne connaissait absolument pas l'environnement de la personne.

Même si sur le plan médical, l'hospitalisation de cette personne ne se justifiait plus, il n'en était pas moins indispensable de mesurer la faisabilité d'un retour à domicile.

2.2.1.2. Certaines évaluations de besoins ne prennent pas toujours en compte tous les aspects environnementaux

On se situe depuis plusieurs années dans une démarche d'évaluation, de plan d'aides et de soins personnalisés et adaptés. Pourtant on assiste encore à des chevauchements de dispositifs qui peuvent altérer la qualité des interventions.

Depuis la mise en place de l'A.P.A., les pouvoirs publics ont clairement précisé que l'évaluation des besoins devait se faire par une équipe pluridisciplinaire pour précisément pouvoir apprécier la personne dans un environnement global. Le mode d'évaluation est différent selon les départements. En Haute-Garonne, une infirmière du Conseil Général se rend au domicile pour réaliser un « Girage ».⁴⁸ Si la personne se situe dans un des quatre premiers groupes et peut prétendre à l'A.P.A., une évaluation des besoins est établie et un plan d'aides est proposé par cette même infirmière. Une réunion hebdomadaire par secteur permet à ces infirmières d'échanger avec leurs collègues et un médecin avant de transmettre la proposition de plan d'aides. Une prise de contact, en amont, avec les acteurs du terrain (gestionnaires des services d'aides à domicile, infirmières coordinatrices S.S.I.D.P.A, Centres de Soins...) n'a aucun caractère obligatoire. Elle est fonction des méthodes de travail de l'infirmière détachée par le Conseil Général et des relations qu'elle entretient avec les représentants du secteur.

A titre d'exemple, en Lot et Garonne, le « Girage » est établi par un Médecin du Conseil Général, l'évaluation et le plan d'aides sont ensuite établis par des travailleurs sociaux (assistantes sociales ou conseillères en économie sociale et familiale) et des « fiches-navettes » permettent la transmission des informations avec les gestionnaires des services d'aides à domicile.

2.2.1.3. Une coordination des interventions qui a du mal à se mettre en place

Lors d'une intervention au parlement en avril 2001, Me H. MIGNON, précise concernant l'A.P.A., « *il est important que le plan d'aide à domicile soit élaboré avec le plus de*

⁴⁸ Mot utilisé dans le langage commun pour désigner le procédé de détermination d'appartenance à un des groupes G.I.R., selon la grille d'évaluation A.G.G.I.R.

rigueur possible, il faut pouvoir mesurer les attentes, les besoins, les exigences : aide ménagère – aide psychologique – mesures d’accompagnement – aménagement du lieu de vie. »

Elle réitère ces propos le 7 juin 2001 en deuxième lecture du projet de loi en précisant « ***des médecins, des infirmiers, des auxiliaires de vie m’ont signalé combien il serait important qu’ils soient –à côté de la famille- consultés dans le cadre de l’évaluation de la perte d’autonomie mise en place par cette loi. »***

La création de l’A.P.A. aura été une grande avancée dans la mesure où elle oblige à penser les interventions dans une approche pluridisciplinaire et personnalisée, prenant en compte l’environnement global de la personne. On constate cependant, que la coordination tant souhaitée des interventions et reconnue indispensable, s’organise plus ou moins bien selon les acteurs locaux et leur désir de partager leur savoir-faire. Un maillage du territoire à l’échelle d’une commune, d’un canton, ne peut que favoriser cette coordination qui sera grandement facilitée dès lors que les différents intervenants auront appris à se connaître, à partager leurs préoccupations autour de la problématique de prise en charge de la dépendance.

2.2.2. Un taux d’équipement qui s’appuie sur des références nationales ou départementales

Les normes utilisées reposent sur des données nationales, régionales ou départementales. Les places considérées nécessaires pour couvrir les besoins en S.S.I.D.P.A. sont, par exemple, estimées en fonction de la proportion de personnes de plus de 75 ans dans le secteur géographique concerné. Certes, le taux d’équipement peut sembler suffisant voire supérieur à ces normes, mais il est regrettable que ne soient pas toujours prises en compte des données supplémentaires, comme le taux d’équipement en structure d’accueil, l’activité en soins d’hygiène exercée par les infirmiers libéraux..... En l’absence de schéma départemental, il est parfois difficile d’obtenir les moyens nécessaires à la couverture des besoins réels.

2.2.2.1. Les S.S.I.D.P.A. sont amenés à pallier les insuffisances en équipement sanitaire

Les besoins en soins d’hygiène de la population dépendante sont couverts par les infirmiers libéraux, les E.H.P.A.D., les S.S.I.D.P.A. ou encore les services de maintien à domicile. Il est donc aisé de comprendre, face à cette diversité, que la situation à l’intérieur d’une zone géographique donnée, ne soit jamais figée. Il suffit d’une insuffisance de la part de l’un des professionnels pour que les acteurs en présence se retrouvent en suractivité. J’en veux pour

preuve un exemple qui s'est récemment produit dans l'un des secteurs couverts : une infirmière libérale a dû interrompre son activité professionnelle brutalement pour raisons de santé et le S.S.I.D.P.A. a été sollicité pour assurer les soins d'hygiène de sa clientèle. Il n'a pas été possible à l'infirmière coordinatrice de donner pleinement satisfaction, de par la limite de capacité autorisée. Ainsi, certaines personnes ont dû être hospitalisées dans l'urgence et les membres de la famille ont dû prendre le relais pour d'autres.

Le S.S.I.D.P.A. peut également être amené à intervenir au sein d'un établissement qui accueille des personnes âgées dépendantes. Il peut s'agir d'établissements ayant fait le choix de signer une convention avec les services extérieurs pour assurer les soins d'hygiène. Cela peut concerner également des établissements ayant engagé les négociations pour la signature de la convention tripartite dans le cadre de la réforme de la tarification⁴⁹, mais qui n'ont pour l'instant, pas les moyens financiers supplémentaires nécessaires pour embaucher leur propre personnel soignant.

2.2.2.2. Des critères d'âge du seuil d'entrée dans la dépendance devenus obsolètes

Pendant longtemps, la notion de dépendance était associée à l'avancée en âge. Ainsi, la plupart des financements, des critères d'appréciation des besoins, était fixée en fonction de l'âge. Les S.S.I.D.P.A., l'A.P.A., s'adressent aux personnes de plus de soixante ans. Les taux d'équipement proposés sont calculés en fonction de la proportion des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans. Les aides financières, les services proposés ne sont pas les mêmes pour une personne de cinquante-neuf ans, qui sera considérée « handicapée », ou pour une personne de soixante ans qui sera considérée « dépendante ». Or, depuis quelques années, dans un souci de décloisonner les différents dispositifs qui se sont mis en place, on assiste à une évolution dans le mode d'appréciation de la dépendance. Le projet de réforme du décret déterminant le fonctionnement des S.S.I.D.P.A. en est la preuve, puisque au-delà de l'élargissement des missions qui sont proposées, ce texte prône l'élargissement aux personnes de moins de soixante ans. Cette nouvelle disposition s'appliquera dès la parution du texte au Journal Officiel.

2.2.2.3. Des taux d'encadrement en personnel inadaptés au contexte local

Au-delà des taux d'équipement pour lesquels nous avons pu constater des inégalités selon les territoires, force est de constater que des distorsions existent également concernant le taux d'encadrement en personnel. A vouloir s'enfermer dans des normes, des références

⁴⁹ Réforme de la tarification, selon les décrets n° 99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001

nationales, régionales, départementales, on a occulté parfois les particularités liées à l'environnement géographique. Comment ignorer les spécificités d'une zone montagneuse, dans laquelle les personnes âgées vivent de manière très isolée : **isolement social** (personnes seules, sans commodités sanitaires parfois, sans moyens de locomotion, avec des voisins à plusieurs kilomètres, sans famille proche.....) et **isolement géographique** (hameaux dispersés, routes difficilement praticables durant certaines périodes hivernales...). Les tournées du personnel ne peuvent s'envisager de manière identique selon les zones. Il est souvent indispensable de « monter » à deux pour assurer la mobilisation car la personne ne bénéficie d'aucun soutien familial et les distances qui séparent les patients à l'intérieur d'une même tournée peuvent parfois entraîner une « perte » de temps sur les routes de quinze à trente minutes. Ce temps de travail supplémentaire uniquement lié au contexte local, doit pouvoir être pris en compte dans l'attribution des postes en personnel et donc du taux d'encadrement.

2.2.3. Un partenariat trop souvent absent

Une étude réalisée en 1998, sur quatre sites à l'intérieur des deux départements de l'Hérault et de la Haute-Garonne) a permis de dégager plusieurs éléments concernant les trajectoires d'aides et de soins suivies par les personnes âgées :

- ❑ la coordination imposée par les décideurs est moins efficace que celle qui émane des acteurs locaux (la réussite est, avant tout, fonction de la motivation des acteurs) ;
- ❑ la prise en charge des personnes âgées dépend de l'offre locale, mais surtout de la position du premier service auquel on a recours au sein de cette offre.⁵⁰

Déjà la circulaire du P.A.P.15⁵¹ en 1977, préconisait que les acteurs de terrain déterminent l'espace (canton, commune, quartier.....) leur paraissant le plus adéquat pour mettre en place la coordination institutionnelle, le partenariat. Même si l'évolution des cadres réglementaires permet aujourd'hui d'accorder une assise à cette forme de coordination avec la mise en place des C.L.I.C., leur mise en place reste très difficile.

En Haute-Garonne, la D.D.A.S.S.⁵² souhaite que les C.L.I.C. s'organisent dans un bassin de vie cohérent tel le Comminges, en s'appuyant sur une structure hospitalière qui pourrait être l'hôpital de Saint-Gaudens (Sous-Préfecture et unique pôle urbain du Comminges). Cette

⁵⁰ Espace Santé 31. Les personnes âgées dépendantes en Haute-Garonne. Janvier 2002. N° 6

⁵¹ **P.A.P.15** : Plan d'Actions Prioritaires

⁵² **D.D.A.S.S.** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

idée qui rejoint les orientations de l'A.R.H.⁵³ de Midi-Pyrénées a du mal à se mettre en place. Pourtant elle fait suite à une tentative de création de réseau gérontologique qui avait permis de constituer divers groupes de travail et d'engager des démarches de partenariat. Cependant, est évidente la difficulté essentielle liée à la surface très étendue du territoire retenu. Le Comminges regroupe des cantons distants de plus de 100 kilomètres. Même si ce découpage géographique présente des intérêts liés à l'existence du pôle hospitalier de Saint-Gaudens, il est indispensable de réfléchir à un maillage du territoire qui s'appuie sur des antennes locales à l'échelle du canton.

Plusieurs réunions de travail ont été organisées à Saint-Gaudens, s'adressant à tous les acteurs médicaux, paramédicaux et tous les représentants de l'action sociale. Tous les participants reconnaissent l'utilité d'une mise en réseau, du développement de partenariat, de la coordination « grande échelle », mais le territoire vaste du Comminges ne facilite pas l'avancée des travaux.

Enjeux de pouvoirs, méconnaissance de l'autre, absence de liens de proximité, sont autant de motifs qui expliquent la situation de blocage qui dure depuis plusieurs mois, voire depuis plusieurs années.

2.2.3.1. Une offre de service souvent mal connue des usagers

Comme je viens de l'indiquer, les représentants de l'action sanitaire et sociale ont beaucoup de mal à travailler ensemble ne serait-ce que par manque de connaissance de l'autre. Il n'y a donc pas de quoi s'étonner des difficultés éprouvées par les personnes dépendantes ou leurs familles lorsqu'un besoin apparaît et que la solution la mieux adaptée est recherchée. Multitudes de dispositifs existent, quantité de services, d'institutions, à des tarifs différents selon le régime d'appartenance, le « niveau-ressources » de la personne ou encore le type de structure d'accueil. Les services d'aide à la vie quotidienne peuvent être proposés dans le cadre d'une activité « Prestataire » ou « Mandataire ». Comment expliquer à une personne de quatre vingt ans que, face à sa situation, il est préférable qu'elle embauche son propre personnel en devenant employeur avec tout ce que cela peut comporter comme inquiétudes ?

Les usagers et/ou leur famille doivent pouvoir s'adresser à une structure « référente », en capacité de répondre à toutes ses préoccupations, dans une relation de proximité. Il doivent pouvoir trouver un interlocuteur connaissant le personnel d'intervention qui leur sera proposé

⁵³ **A.R.H.** : Agence Régionale de l'Hospitalisation, dont les orientations ont été dictées par les Ordonnances Juppé du 24 avril 1996 dans le cadre de la réforme de l'hospitalisation publique et privée autour d'une recherche de maîtrise médicalisée des dépenses de santé

pour intervenir à leur domicile, connaissant les responsables des institutions vers lesquelles la personne sera peut-être orientée.....

2.2.3.2. Des difficultés de recrutement de personnel diplômé

Les difficultés de recrutement de personnel diplômé ou formé, sont l'une des préoccupations essentielles du moment et rares sont les conversations entre responsables de services ou d'établissements qui n'évoquent pas ce problème.

Pourtant, il est tout à fait probable que certaines solutions pourraient parfois être trouvées à travers un rapprochement et un développement du partenariat entre institutions.

Les premières difficultés résident dans le fait que les postes proposés sont souvent à temps partiel et pour une durée déterminée (remplacements congés payés, maladie.....). De plus, lorsqu'il s'agit d'emplois dans le domaine de la santé (infirmiers, aides-soignants....) l'organisation du travail impose souvent des horaires « coupés ». Les postes ne sont pas assez attractifs pour inciter les demandeurs d'emplois à venir dans des cantons ruraux, relativement éloignés des pôles urbains et semi-urbains. Un nouveau système de gestion pourrait être envisagé.

2.2.3.3. Des insuffisances qui pourraient être compensées par une mutualisation des moyens

Puisqu'il a été repéré que les difficultés essentielles pour trouver du personnel résident dans le fait que les emplois proposés sont à temps partiel et à durée déterminée, pourquoi ne pas essayer au contraire, d'exploiter ces éléments ? Je reste convaincue que l'absence de coordination et de partenariat renforce ces difficultés. Chacun s'évertue à trouver des solutions en interne alors qu'un rapprochement entre structures permettrait de cumuler des périodes d'absence ou encore plusieurs emplois à temps partiel rendant les postes attractifs pour d'éventuels salariés disposés à venir s'installer dans le secteur.

Ces actions de rapprochement pourraient s'envisager au niveau cantonal entre services d'aide à domicile et structures d'accueil mais aussi à l'intérieur du réseau A.D.M.R. entre plusieurs associations, sur des cantons limitrophes.

2.3. UNE ARTICULATION A TROUVER POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFICIENTE

Nous l'avons vu, il est indispensable de trouver une articulation adaptée à chaque secteur géographique, aussi bien à l'échelle du canton qu'au niveau d'un bassin de vie plus important dans lequel on peut trouver l'ensemble des dispositifs à destination des personnes dépendantes.

2.3.1. L'opportunité des nouveaux cadres réglementaires

Depuis la loi n° 75.535 du 30 juin 1975, le secteur de l'aide à domicile a été profondément bouleversé par une explosion de l'activité. Nous l'avons vu, cette évolution répond à des besoins qui se sont modifiés (éclatement de la cellule familiale, choix plus affirmé à vouloir rester au domicile malgré une situation de dépendance, solvabilité de la demande.....). Si l'action sociale se développe sous l'impulsion de l'Etat, le mouvement associatif et la place accordée aux usagers (représentations dans des instances départementales, régionales...) ont largement contribué à l'émergence des nouveaux besoins. Multitude de dispositifs se sont mis en place, avec des systèmes d'organisation disparates et des modes de financements spécifiques. Même si la loi de 75 répondait à l'époque de sa promulgation aux attentes des acteurs de l'action sociale, de nouveaux paramètres tels la décentralisation en 1983 et 1986 sont venus bousculer le paysage de l'action sociale. Plusieurs bilans d'application de la loi de 75 avaient noté des imperfections et réclamaient sa refonte, face au constat d'inadaptation.

Vingt sept ans après, la loi n° 2002.02 du 2 janvier 2002 entend remédier à ces anomalies. Plusieurs orientations sont largement affirmées mais seuls les décrets d'application permettront d'imposer un véritable changement.

2.3.1.1. La loi du 2 janvier 2002 qui propose de nouveaux outils

Cette loi est une avancée certaine vers une meilleure reconnaissance du secteur de l'aide à domicile en l'intégrant dans le champ des institutions sociales et médico-sociales. Jusque-là seuls les S.S.I.D.P.A. avaient pour assise réglementaire la loi n° 75.535 du 30 juin 1975.

Aujourd'hui, les services d'aide à domicile sont considérés comme des services d'action sociale à part entière et non en marge comme auparavant. La loi instaure une véritable régulation du secteur par les pouvoirs publics, ce qui devrait éviter la marginalisation de l'aide auprès des personnes fragilisées.

Même s'il faut attendre les décrets d'application pour mesurer les véritables effets de ces nouvelles dispositions, plusieurs outils proposés ou imposés par la loi doivent faciliter le développement du partenariat et améliorer la lisibilité et la qualité des services rendus. L'intégration dans les schémas départementaux, le nouveau régime d'autorisation, l'élaboration d'un projet de service ou encore la remise d'un livret d'accueil doivent faire ressortir les besoins adaptés et ainsi favoriser le développement de l'offre d'une manière beaucoup mieux structurée.

Ce nouveau cadre réglementaire, qui intervient parallèlement à la mise en place de l'A.P.A., devrait à terme, permettre une meilleure reconnaissance des coûts et donner la possibilité de dégager les moyens nécessaires à une professionnalisation du secteur. Cependant,

encore aujourd'hui, cette loi laisse un vide concernant la tarification des services d'aide à domicile (de type aides ménagères). Plusieurs idées sont évoquées ; prix de journée, tarif de prestation, dotation globale, coût décomposé et différencié selon le niveau de qualification du personnel, selon le niveau de dépendance de la personne aidée.....

2.3.1.2. La création de C.L.I.C. qui amène la notion de « bassins de vie »

Un des objectifs essentiels dans la création des C.L.I.C. est de favoriser la politique de soutien à domicile en mettant en cohérence les dispositifs existants. Pour ce faire, il est indispensable de recomposer l'offre de service dans une démarche d'approche globale et personnalisée du besoin d'aide des personnes âgées.

Dans une allocution du 21 mars 2000, M. L. JOSPIN, Premier Ministre, précisait au sujet de la mise en place des C.L.I.C. : **« Nous voulons créer des lieux bien identifiés où les personnes âgées pourront connaître leurs droits et l'ensemble des possibilités de prise en charge. Des centres de liaison, d'information et de coordination vont être créés cette année à titre expérimental. »**

Parmi les recommandations données aux services instructeurs et aux futurs promoteurs, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité précisait les points suivants :

- ? leur périmètre géographique et leur organisation territoriale doivent donner lieu à une négociation locale,
- ? une articulation doit être trouvée avec les dispositifs existants,
- ? le cloisonnement des pratiques professionnelles doit être surmonté en développant une culture basée sur l'échange.

Comme toute politique qui se préoccupe de l'usager, il est important de pouvoir définir un territoire précis d'intervention. La zone des C.L.I.C. doit être réfléchie sur la base d'un « bassin de vie » cohérent (groupement de cantons, territoires intercommunaux, pays.....) dans la logique des grandes lois « Voynet »⁵⁴ et « Chevènement »⁵⁵. Ces nouveaux territoires qui peuvent dépasser les frontières du département, doivent concerner une population de l'ordre de 7000 à 10000 personnes âgées de plus de soixante ans en milieu rural, mais les législateurs n'oublient pas pourtant de rappeler que **les C.L.I.C. doivent être des lieux de proximité**, facilement repérables.

Les circulaires relatives aux C.L.I.C., à travers la détermination de niveaux de labellisation, fixent clairement les missions confiées à ces organismes.

⁵⁴ Loi n° 99-533 du 25 juin 1999, d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

⁵⁵ Loi n° 99-583 du 12 juillet 1999, relative au renforcement et à la coopération intercommunale

- ? **Label niveau 1**: mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles
- ? **Label niveau 2** : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé
- ? **Label niveau 3** : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé

2.3.1.3. Le projet de réforme des S.S.I.D.P.A.

Les S.S.I.D.P.A. rentrent dans le champ de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et leurs modalités de fonctionnement et de financement sont déclinées dans le décret n° 81-448 du 8 mai 1981.

Jusqu'à présent réservés aux personnes de plus de soixante ans (sauf dérogation), les soins d'hygiène pouvaient être dispensés par des infirmiers salariés ou libéraux ainsi que par des aides-soignants, sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice.

Un projet de réforme est en gestation depuis plus de deux ans et devrait voir le jour dans les prochains mois, en complète cohérence avec la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002.

Les S.S.I.D.P.A. pourraient ainsi devenir des Services de Soins, d'Aide et d'Accompagnement regroupant l'ensemble des activités proposées dans la palette des dispositifs du maintien à domicile. Aux soins dispensés par les infirmiers et aides-soignants pourraient s'ajouter les interventions d'A. M.P.,⁵⁶ de psychologues.....

Ces services s'adresseraient sans distinction d'âge, à toute personne adulte, en situation de dépendance, passagère ou durable, pour laquelle la prise en charge faciliterait le retour à domicile ou retarderait le départ en institution.

Le paysage de l'aide à domicile s'en trouverait considérablement modifié, car les S.S.I.D.P.A. deviendraient le véritable «réfèrent » dans l'organisation des soins et aides indispensables au maintien à domicile d'une personne dépendante.

2.3.2. Une nouvelle organisation de l'offre de service

Même si certaines orientations ou dispositions ne deviendront obligatoires qu'après la parution des décrets d'application, il n'en reste pas moins intéressant de réfléchir à ce que pourrait être la future organisation de l'offre de service. Certaines initiatives peuvent d'ores et déjà être proposées pour anticiper ce changement indispensable et bénéfique à l'ensemble

⁵⁶ **A.M.P.** : Aide Médico-Psychologique

des acteurs concernés (usager, famille, intervenants, organismes gestionnaires, financeurs....)

2.3.2.1. En mutualisant les moyens

Une des premières orientations qui pourrait se mettre en œuvre assez facilement, serait la mutualisation des moyens et des postes en personnel de remplacement.

La création d'un G.I.E.⁵⁷ regroupant plusieurs associations A.D.M.R. et des partenaires extérieurs au mouvement ou tout simplement des conventions de partenariat permettraient de mettre en commun des savoir-faire, d'engager des actions collectives de formation, d'information, à destination des usagers, des familles, des professionnels... Un tel regroupement d'employeurs permettrait également de proposer des postes en personnel à temps complet ou du moins plus attrayant que les seuls postes à temps partiel et de courte durée, régulièrement proposés.

2.3.2.2. En ouvrant les frontières du canton tout en conservant la notion de proximité

Il est indispensable de conserver l'organisation à l'échelle du canton, qui préserve ces liens de proximité, première clé de la réussite. Cependant, nous l'avons vu, la seule gestion cantonale a ses limites, et il est tout aussi primordial de s'ouvrir sur l'extérieur, en raisonnant à l'échelle d'un bassin de vie beaucoup plus étendu, à plus forte raison en milieu rural. Une bonne connaissance de tous les dispositifs existant pour les personnes dépendantes pourra être la base d'une gestion de l'aide adaptée aux besoins. Comment proposer la solution adéquate, lorsqu'on ne connaît pas suffisamment l'ensemble des acteurs de l'action sanitaire et sociale, leur mode d'organisation et les missions qui leurs sont confiées ?

2.3.2.3. En améliorant la lisibilité et l'accessibilité de l'offre de service

Comme je l'ai développé précédemment, il est important de souligner la diversité des dispositifs qui se sont mis en place au fil des années, en fonction de l'évolution des besoins et des cadres réglementaires. L'A.D.M.R. a su s'adapter à ces différents changements en développant en interne toute une série de services pour répondre de la manière la plus adéquate aux attentes et aux besoins de la population. Le mouvement en Haute-Garonne, à l'image des orientations nationales, s'est développé dans divers cantons, en s'adaptant au contexte local. Ainsi, au sein même du département, toutes les associations (cantonales

⁵⁷ **G.I.E.** : Groupement d'Intérêts Economiques, tel que proposé dans l'article 21 de la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002

pour la plupart), ne fonctionnent pas forcément de manière identique. Certaines proposent exclusivement des services pour personnes âgées dans le cadre de l'aide à la vie quotidienne, d'autres proposent des services pour les jeunes foyers, les adultes handicapés, les personnes âgées dépendantes. Certains cantons sont organisés autour d'une seule association, d'autres ont vu leur activité se développer autour de plusieurs associations : c'est dire la complexité pour l'utilisateur.

Quand tout est mis en œuvre pour faciliter l'accès à l'information, l'accueil, l'orientation ou encore la coordination, il devient indispensable de réfléchir à un nouveau concept d'organisation.

Le mouvement national a pour cela proposé la création de « Maisons de Services ». Celles-ci ont pour objectif essentiel de rendre plus lisible l'offre de service proposée sur un territoire donné, mais peuvent également permettre de mutualiser des moyens (secrétariat en commun, frais de fonctionnement partagés par plusieurs associations, accueil et permanences organisées sur de plus grandes plages horaires, échanges divers...). Ce mode d'organisation pourrait s'adresser à différents partenaires du secteur qui interviennent dans le domaine des personnes dépendantes.

2.3.3. Une prise en charge de la dépendance autour d'un accompagnement de la personne

La dépendance est un vaste sujet qui interpelle la société tout entière, en ce sens qu'il y a une prise de conscience collective : tout un chacun est susceptible un jour ou l'autre d'être confronté à cette problématique. Si pendant longtemps, la dépendance a été assimilée au grand âge, chacun réalise aujourd'hui que l'on peut devenir dépendant à tout âge et souhaite affirmer son choix de mode de vie, en restant acteur de son propre parcours de vie et en décidant du lieu où l'on finira ses jours.

2.3.3.1. Prise en charge et/ou accompagnement

Dépendance ou perte d'autonomie, désavantage ou handicap, qu'importe le terme retenu, nous avons tous compris qu'en l'absence d'une prise en charge appropriée et d'aides personnalisées et adaptées, le fait de se trouver ou se retrouver dans une de ces situations pouvait être facteur d'exclusion de la société.

Mais qu'entend-on par prise en charge ?

Selon le secteur d'intervention la terminologie diffère. Dans le secteur des adultes handicapés, le terme de prise en charge sous-entend que « l'on fait à la place de » et les professionnels préfèrent le terme d'accompagnement qui signifie « faire avec ».

Dans le secteur des personnes âgées, la notion de prise en charge est intégrée dans le langage commun. Ceci réside très certainement dans le mode de financement, dans la mesure où les services d'aide à domicile se sont développés grâce à l'attribution de « prises en charges » délivrées par les caisses de retraite ou l'aide sociale. La prise en charge signifiant, dans ce cas, des heures d'interventions et une participation financière accordées par l'organisme financeur.

Lorsque j'utilise le terme de « prise en charge » j'entends par-là « prise en charge de la dépendance » et non de la personne dépendante.

2.3.3.2. Un bon accompagnement permettra de prévenir des situations de dépendance

Accompagnement de la personne et prise en charge de la dépendance sont étroitement liés. Lorsqu'il y a situation de dépendance, seul un bon accompagnement permettra à la personne de conserver dignité, choix de vie et les acteurs de l'action sanitaire et sociale doivent veiller à préserver l'accès aux droits de l'homme et du citoyen. En contrepartie, je considère qu'un bon accompagnement, en amont, dès l'apparition des premiers signes de fragilité, peut permettre dans certaines situations de retarder le processus de glissement vers la dépendance. Il faut donc veiller à maintenir toutes les actions de prévention, d'information aux familles et à développer toutes les formes de soutien et d'aide qui relèvent du domaine de la santé publique.

Les S.S.I.D.P.A. ainsi que les Centres de soins gérés par l'A.D.M.R. peuvent s'inscrire dans ce type de démarche et ainsi impulser une sensibilisation aux problèmes liés à la dépendance et sa prise en charge.

2.3.3.3. Evaluation permanente et systèmes mis en place pour un accompagnement adapté

De par l'organisation parcellaire des systèmes d'aide actuels, il est relativement difficile de procéder à des évaluations des interventions et des modes d'organisation. Dans le cadre de l'A.P.A., cette évaluation est prévue mais la « montée en charge » plus importante que prévue n'a pas permis aux services du Conseil Général d'entamer une véritable évaluation des plans d'aides. Quant aux interventions d'aide à domicile non financés par l'A.P.A., très rares sont les systèmes d'évaluation mis en place. En ce qui concerne la Haute-Garonne, les S.S.I.D.P.A. procèdent à cette évaluation interne, grâce à des grilles d'évaluation établies par l'équipe soignante et l'infirmière coordinatrice. Des réunions hebdomadaires permettent d'analyser les interventions mises en place chez l'ensemble des patients et de modifier le plan d'aides et de soins en fonction de l'évolution de la situation. Le mode de financement des S.S.I.D.P.A. facilite cette approche dans la mesure où la dotation globale accordée au

service détermine un prix journalier moyen, permettant d'organiser des interventions à coûts variables. Le système de financement de l'aide à domicile actuel (en dehors de l'A.P.A.) ne permet pas de raisonner de la sorte. Il reste tout à fait périlleux d'obtenir un réajustement de la prise en charge délivrée par la caisse de retraite, face à une évolution des besoins constatée, du moins dans l'urgence. Il serait pertinent d'établir une grille d'évaluation commune à l'ensemble des intervenants, pouvant être réactualisée régulièrement en fonction des besoins et dont une synthèse pourrait accompagner la personne lors d'hospitalisation sous forme de « fiche-navette ». Le S.S.I.D.P.A. qui deviendrait un service de soins, d'aides et d'accompagnement, pourrait être le « référent » du secteur en la matière.

Conclusion partielle

L'organisation mise en place aujourd'hui pour le soutien à domicile des personnes dépendantes donne globalement satisfaction. La catastrophe de l'été dernier a permis de constater que notre région avait été relativement épargnée grâce à un accompagnement ayant su s'adapter à la situation exceptionnelle du moment. Cependant, les particularités du milieu rural doivent être prises en compte dans la mesure où l'on constate encore trop d'insuffisances ou de dysfonctionnements qui pourraient être évités. Il ne s'agit pas de créer d'autres services, de superposer de nouveaux dispositifs. Il s'agit de trouver un mode d'organisation capable de s'adapter à tout changement de situation, capable de mesurer l'évolution des besoins et de trouver la solution adaptée. Il faut saisir les opportunités actuelles et les adapter au contexte local en maintenant les relations de proximité tout en s'engageant dans une démarche d'ouverture sur un bassin de vie cohérent pour une prise en charge pensée dans la continuité des soins.

3. POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE : UN TRAVAIL EN RÉSEAU, AUTOUR D'UNE CONTINUITÉ DES SOINS

Partenariat, travail en réseau, coordination, sont autant de terminologies qui sont rentrées dans le langage commun lorsqu'on parle d'une amélioration possible de l'aide auprès des personnes âgées et plus particulièrement de la prise en charge de la dépendance.

3.1. UN TRAVAIL EN RÉSEAU ADAPTÉ AU CONTEXTE LOCAL

Le travail en réseau dans le domaine de la santé trouve son assise réglementaire depuis les Ordonnances Juppé de 1996⁵⁸ qui incitent les établissements de santé à développer des communautés d'établissements et des réseaux de soins avec des praticiens libéraux. Ainsi, se sont développés des réseaux gérontologiques, des réseaux «ville-hôpital». Un fonds d'aide à la qualité des soins en ville⁵⁹ contribue au financement de ces instances, notamment aux actions concernant la mise en place de formes coordonnées de prise en charge tels des réseaux de soins.

Dans le domaine du social et du médico-social, on assiste depuis une trentaine d'années, à des tentatives de coordination et de mise en place de réseaux, issues la plupart du temps de la volonté des acteurs locaux. L'absence de financements pérennes et d'assise réglementaire mettent un frein aux motivations et sont antinomiques avec la nécessité régulièrement affirmée par les pouvoirs publics de coordonner tous les dispositifs.

La volonté est claire aujourd'hui dans les derniers textes réglementaires des politiques sociales : **on doit arriver à travailler ensemble pour rendre la prise en charge efficiente et rationaliser les coûts.** Je prendrai ici quelques exemples :

- ? La mise en place de l'A.P.A., tout d'abord, introduit la notion de plan d'aide personnalisé élaboré par une **équipe pluridisciplinaire** ;
- ? L'article 12 de la loi n° 2002.02 du 2 janvier 2002 précise que le projet d'établissement des institutions sociales et médico-sociales devra définir entre autres les objectifs en matière de **coordination**, de **coopération** ;

⁵⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme à l'hospitalisation publique et privée et Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

⁵⁹ Décret du 12 novembre 1999

- ? Le décret réformant le C.A.F.D.E.S.⁶⁰ : en redéfinissant le référentiel de compétences du directeur incite à favoriser, organiser et promouvoir des niveaux de **partenariat**, de **coordination** avec les différents acteurs de l'action sanitaire et sociale ;
- ? Par la création des C.L.I.C., Lionel Jospin, Premier Ministre, affirme vouloir créer « des **centres de liaison**, d'**information** et de **coordination**... » à destination des personnes âgées.⁶¹

Mais on assiste à des situations paradoxales. Ainsi, dans certaines zones géographiques, une personne dépendante peut être amenée à côtoyer un ou plusieurs de ces interlocuteurs :

- **L'infirmière coordinatrice du S.S.I.D.P.A.**, qui va procéder à l'évaluation des besoins (grâce à la grille A.G.G.I.R.) en soins d'hygiène et à l'élaboration d'un plan d'aides et de soins ;
- **La personne désignée par le Conseil Général**, qui va procéder à l'évaluation des besoins (grâce à la grille A.G.G.I.R.) en soins d'hygiène et en aides à la vie quotidienne ainsi qu'à l'élaboration d'un plan d'aides, lors d'une demande d'A.P.A.
- **Le représentant du C.L.I.C.**, selon son niveau de labellisation, aura pour mission d'évaluer les besoins globaux et d'élaborer un plan d'aide.

Une organisation nouvelle, pensée autour d'un travail en réseau associant chacun de ces acteurs, permettra de mettre au profit des personnes dépendantes, les compétences professionnelles individuelles grâce à une véritable coordination institutionnelle. De plus, cette organisation sera profitable aux personnes non dépendantes, en renforçant les actions de prévention et en instaurant un véritable système de veille, d'observation, permettant d'intervenir en amont ou lors d'une situation de crise.

3.1.1. Un concept encore mal défini

Comment parler de travail en réseau sans essayer d'y apporter une définition ? Selon le dictionnaire historique de la langue française⁶², le **réseau** « représente un ensemble de personnes en liaison entre elles, directement ou indirectement ». Et même si la coordination est nécessaire sur le plan des interventions, je pense que le travail en réseau à l'échelle du canton, qui maintient les liens de proximité, est le complément indispensable à cette

⁶⁰ **C.A.F.D.E.S.** : Décret n° 2002-401 du 25 mars 2002, portant création du **Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de service d'intervention Sociale**

⁶¹ Extrait d'une déclaration du 21 mars 2000

⁶² Edition 1992. Dictionnaire Le Robert, Paris.

coordination. Je partage le point de vue de Bernard Ennuyer⁶³, Docteur en sociologie, qui, dans son article « Les CLIC : Un nouvel enfermement des personnes vieillissantes ? » s'inquiète de la formalisation et la labellisation imposées aux C.L.I.C. pouvant être contradictoires avec la logique du «travail ensemble ». L'organisation en réseau amène l'idée de fluidité, il apporte la possibilité de créer de nombreuses liaisons (ponctuelles parfois) permettant de s'adapter à chaque situation, à chaque contexte. Considérant que des réseaux informels (réseau familial, réseau amical.....) et formels (réseaux de professionnels, réseaux ville-hôpital....) existent déjà autour de la personne dépendante, il s'agira de mettre en liaison les différents acteurs concernés par l'accompagnement, l'aide et le soin de la personne dépendante. Une souplesse d'organisation qui permettra de trouver la solution la plus appropriée aux besoins.

Mais le travail en réseau présente une certaine fragilité s'il n'a pas d'assise légale. Il ne doit pas fonctionner seul et doit pouvoir se situer entre la coordination des interventions et un partenariat plus large à l'échelle intercommunale ou départementale.

L'organisation du travail en réseau doit nous permettre d'apporter le soutien nécessaire à la personne dans une relation de proximité et dans un environnement global.

3.1.1.1. Difficultés à pérenniser les systèmes mis en place

Même si la nécessité de coordination et de travail en commun est largement reconnue, son efficacité est difficile à démontrer dans la mesure où elle n'est pas quantifiable. Ceci explique certainement en partie les difficultés à faire reconnaître aux financeurs de l'action sociale le coût de cette coordination et plus particulièrement le temps que sa mise en œuvre représente.

L'inconvénient majeur réside dans le fait que les aides financières sont souvent attribuées uniquement pour le démarrage, induisant une recherche permanente de co-financements pour assurer un fonctionnement durable.

La mise en place des C.L.I.C. doit en principe mettre un terme à ce type de problème. Mais certains projets n'ont pu voir le jour en 2003, faute de financement. Qu'en sera-t-il à l'avenir ?

3.1.1.2. Opportunités actuelles pour les cantons ruraux

Je suis persuadée qu'il ne faut pas vouloir créer un nouveau dispositif qui viendrait se superposer à l'existant et alourdir le système.

⁶³ Gérontologie et Société – Réseaux et coordination. n° 100. Fondation nationale de gérontologie. 159 p.

Il est temps d'imaginer un mode d'organisation qui prendrait appui sur les différents cadres réglementaires et institutions existants et qui surtout, serait adapté au contexte local du milieu rural, dans le plus grand respect de l'utilisateur.

Plusieurs opportunités actuelles nous permettent de travailler dans ce sens :

- **Les associations A.D.M.R.** interviennent à l'échelle d'un canton. Les bénévoles, le personnel d'intervention et le personnel d'encadrement connaissent bien le secteur et garantissent le lien de proximité indispensable à une approche personnalisée. Ils apportent le regard « social » sur les besoins de la personne dépendante, en prenant en compte son environnement global.

- L'ensemble des associations A.D.M.R. est rattaché statutairement à une **Fédération départementale** qui assure leur gestion administrative et financière et les représente auprès des instances départementales, régionales, nationales.

- **Avec la mise en place de l'A.P.A.** (faisant suite à la P.S.D.) une nouvelle approche de la dépendance a vu le jour. D'une part, le versement d'une allocation qui se veut universelle (accessible à tous) permet de « solvabiliser » les personnes dépendantes. De ce fait, elles peuvent plus facilement garder une autonomie dans leur choix de vie. D'autre part, l'attribution fait suite à une évaluation des besoins et à une proposition de plan d'aide personnalisée devant être approuvé par le bénéficiaire. Le choix du mode d'organisation est laissé aux conseils généraux auxquels a été confiée la gestion de l'action sociale depuis les grandes lois de la décentralisation de 1983 et 1986. L'équipe pluridisciplinaire chargée de cette mission peut être constituée de travailleurs sociaux, infirmiers, médecins..... Cette équipe sollicite éventuellement l'avis des acteurs locaux déjà impliqués dans une prise en charge. Cette dernière option dépend bien souvent du niveau de relations et des liens créés entre les différents interlocuteurs. Il serait intéressant de profiter de cette opportunité réglementaire pour susciter un travail en commun. Il est à mon avis dommage de se priver de l'avis technique de l'infirmier libéral et des aides soignants (qui parfois côtoient la personne au quotidien depuis des mois, des années...). Une conseillère en économie sociale et familiale ne portera pas le même regard qu'une infirmière ou une aide à domicile sur les besoins et les aides à mettre en place.

- **Les S.S.I.D.P.A.** interviennent également à l'échelle du canton. L'infirmière coordinatrice va apporter, quant à elle, une vision « sanitaire » sur les besoins de la personne mais toujours dans un environnement global de proximité et en lien permanent avec les responsables des services d'aide à domicile, mais aussi avec les professionnels médicaux et paramédicaux du secteur, les travailleurs sociaux, les structures d'accueil.....

- **Le projet de réforme des S.S.I.D.P.A.** donne une nouvelle assise et conforte les missions de coordination déjà reconnues à ces services. En devenant des services polyvalents d'aides et de soins à domicile, les S.S.I.D.P.A. pourront intervenir auprès de tout

public adulte dépendant (sans distinction d'âge) et deviendront les référents dans une prise en charge globalisée et coordonnée. Pour cela, deux possibilités sont offertes aux S.S.I.D.P.A. :

- Signature d'une convention avec les services d'aide et d'accompagnement,
- Création d'une nouvelle entité juridique gérant les deux activités (formule existant déjà dans certains cantons avec les associations A.D.M.R.).

Ces nouvelles conditions de fonctionnement permettront en outre, d'élargir leur champ de compétences en leur donnant la possibilité d'embaucher de nouvelles catégories professionnelles.

□ Le gouvernement souhaite créer **des C.L.I.C. sur l'ensemble du territoire**. Une vision globale de l'offre de service sanitaire et sociale sur un territoire géographique étendu permet de mieux appréhender des orientations et changements de prise en charge inévitables dans la trajectoire d'un individu confronté à la dépendance. Même si de nombreuses réunions ont permis de constituer une « **filière gériatrique du Comminges** » pour une prise en charge coordonnée de la personne âgée, il n'est pas aisé de trouver la bonne articulation entre le sanitaire et le social, entre les établissements et les services extérieurs, entre le public et le privé et surtout il n'est pas aisé de trouver l'organisation adéquate sur un secteur géographique aussi étendu avec un pôle central basé à Saint-Gaudens (« Capitale du Comminges »). Si cette sous-préfecture accueille un centre hospitalier et une polyclinique vers lesquels transite la majorité de la population du Comminges, l'éloignement géographique reste tout de même une préoccupation essentielle quand il s'agit de mettre en place un travail en réseau, d'évaluer les besoins d'une personne à son domicile ou de trouver les interventions les plus appropriées. Cette instance s'est néanmoins fixé entre autres objectifs, la création d'un C.L.I.C. commingeois. Celui-ci aura l'assise réglementaire incontournable autour de laquelle les choses peuvent s'articuler. Le cadre des C.L.I.C. présente un double intérêt :

- Il précise les objectifs vers lesquels les promoteurs de projet devront s'orienter (label 3).
- Il laisse une souplesse dans les choix d'organisation pour s'adapter au mieux au contexte local et ainsi obtenir une plus grande efficacité. Ceci est important car une porte reste ouverte pour l'émergence des projets d'organisation suscités la plupart du temps par les acteurs de terrain.

□ En reconnaissant les services d'aide à domicile comme des institutions médico-sociales, la **loi n°2002.02 du 2 janvier 2002** va permettre de rentrer dans une nouvelle dynamique, basée sur la « Démarche-qualité » grâce à des évaluations internes et externes et au développement d'actions de coordination et de partenariat.

- Depuis le 1^{er} mars 2003 les infirmiers libéraux ou les infirmiers de centre de soins

doivent établir une **D.S.I.**⁶⁴ pour toute demande de soins d'hygiène formulée par une personne dépendante. Cette démarche formalise un travail qui était déjà réalisé par la plupart des professionnels. Elle permet de faire une évaluation des besoins en prenant en compte l'environnement global et les aides dont la personne bénéficie, pour ensuite établir un projet de soins. Les infirmiers libéraux ou de centre de soins sont déjà habitués à travailler en collaboration avec les aides soignants et l'infirmière coordinatrice des S.S.I.D.P.A. Des réunions hebdomadaires permettent à chacun de s'exprimer sur les difficultés rencontrées, l'évolution des besoins, le plan d'aides et le projet d'aides et de soins qui semble le mieux adapté à la situation. Cette nouvelle mission confiée aux infirmiers marque également une reconnaissance financière de ce travail d'évaluation et complète le rôle des infirmières coordinatrices de S.S.I.D.P.A.

□ Si le seuil de plus de soixante ans n'était plus un critère de reconnaissance de la prise en charge de la dépendance, les **dispositifs** deviendraient **communs** pour les adultes handicapés et les personnes âgées dépendantes. Au-delà du projet de réforme des S.S.I.D.P.A., une possibilité d'ouverture est proposée aux structures spécialisées dans l'accueil des personnes handicapées.⁶⁵ Elles sont incitées à « externaliser » leurs interventions en mettant en place des équipes mobiles auprès des personnes handicapées ayant fait le choix de rester à leur domicile. Cette même circulaire propose la création de deux cents places supplémentaires de S.S.I.D.P.A. pour assurer les interventions auprès des personnes lourdement handicapées, en particulier les personnes polyhandicapées. Une articulation entre les S.S.I.D.P.A. et ces structures d'accueil pourrait être trouvée, dans l'organisation et la coordination des interventions. Ce peut être à travers une mise à disposition de personnel ou encore une mutualisation des moyens, des échanges de savoir-faire (formations communes, réunions thématiques...), autour d'un projet partagé pour apporter des éléments de réponses efficaces à la problématique de tous : **la dépendance**.

3.1.1.3. Une proposition d'organisation spécifique

A l'heure où sont encouragées les créations de C.L.I.C. sur l'ensemble du territoire (horizon 2005), une articulation doit être trouvée avec les services et structures existants pour éviter une superposition de dispositifs, dans lesquels l'utilisateur aurait encore plus de mal à se retrouver.

J'émet l'hypothèse suivante : trois niveaux sont indispensables et complémentaires.

⁶⁴ **D.S.I.** : Démarche de Soins Infirmiers, selon le décret 02-194 du 11.02.02 et l'arrêté du 01.03.02

⁶⁵ Circulaire DGAS/PHAN/3A/N° 2002/522 du 11 octobre 2002, relative au dispositif de soutien des personnes handicapées et plus particulièrement des personnes lourdement handicapées

1. La coordination des interventions auprès des personnes dépendantes ;

Parce que les dispositifs éclatés, la stratification des interventions ne peuvent assurer une prise en charge globale de la dépendance. Les différentes structures d'aides à domicile (associations, C.C.A.S., intervenants libéraux...) fonctionnent selon différents modes de financement et proposent des interventions à l'heure ou à l'acte, qui peuvent s'effectuer de façon morcelée ne tenant pas compte de l'environnement global de la personne.

Les mises en place de la P.S.D. puis de l'A.P.A. ont donné une amorce à la coordination grâce à l'instauration d'une évaluation des besoins par une **équipe pluridisciplinaire**. Cependant, on constate des dysfonctionnements ou tout simplement des carences, quand on s'intéresse à la constitution de cette équipe.

La circulaire C.N.A.V. 36/93 du 6 avril 1993, relative aux réseaux gérontologiques aurait pu répondre à cette attente de coordination. Celle-ci précisait « le réseau gérontologique doit être appréhendé en tant qu'organisateur sous-tendant les actions de coordinations menées sur le terrain. Nécessairement tissé autour de la personne âgée le réseau doit viser à une meilleure efficacité des interventions et des services qui lui sont apportés pour concourir à son maintien à domicile ».

Malheureusement, même si cette coordination arrive à fonctionner de manière informelle pour des cas isolés, il est temps de s'engager dans cette démarche pour toute prise en charge organisée autour de plusieurs intervenants. La coordination n'est pas chose aisée et sans considérer ce concept comme le seul moyen de réussite, il peut être un moyen d'action bénéfique pour la personne dépendante et son entourage, en articulant les réponses les unes aux autres, dans un principe de cohérence et de continuité des soins et des aides apportés.

Pour être efficace, la coordination doit s'envisager au niveau local, afin de fournir une prestation de qualité et de rationaliser les coûts, avec une évaluation régulière qui permettra les réajustements éventuels nécessaires.

2. Le travail en réseau entre les différents acteurs locaux pour créer ou maintenir des liens de proximité ;

Parce que la coordination des interventions doit s'envisager autour d'une mise en réseau de tous les acteurs concernés, dans une relation de proximité. Ils apprendront à mieux se connaître et à mieux cerner les missions ou les moyens dont chacun dispose. Ils parviendront ainsi à travailler ensemble, à mettre en place une coordination institutionnelle.

J'entends par « Réseau » un groupe d'individus, d'institutions ou de structures, agissant dans un même objectif et sur un périmètre sensiblement identique. Ce peut être des professionnels, mais aussi les personnes constituant un réseau familial, amical ou social,

autour de la personne. L'objectif du travail en réseau est de travailler autour d'un projet commun avec la mise en place d'un plan d'aides et de soins individualisés et adaptés aux attentes et besoins de la personne dépendante et/ou de sa famille.

Ainsi, le réseau n'est pas systématiquement figé (il pourra différer selon les besoins ou la personne aidée) et il est primordial que l'organisation de ce travail en réseau soit impulsée par un acteur local reconnu de tous, un « référent » repéré sur le secteur pour son savoir-faire, son impartialité et sa connaissance du milieu.

3. Le partenariat à l'échelon « inter-cantonal » pour faciliter l'approche globale de la personne, dans sa trajectoire de soins et d'aides ;

Parce que chacun des acteurs se situe à un moment donné, en un lieu donné, dans la trajectoire de la personne dépendante. Il faut prendre conscience des limites et des faiblesses de chacun des dispositifs proposés.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible (soins médicaux intenses, trop grand isolement...) il peut s'avérer souhaitable de trouver une solution « relais » ponctuelle ou durable. Au même titre que sur le plan local, une bonne connaissance du secteur s'impose pour éviter toute situation de rupture ou encore une mauvaise orientation. La notion de « bassin de vie » telle que préconisée dans les C.L.I.C. me semble indispensable car elle permet d'avoir une approche sanitaire et sociale « macro-environnementale ». Le seul échelon cantonal ne suffit pas à lui tout seul pour proposer les solutions adaptées à toutes les situations.

3.1.2. Le travail en réseau permettra d'améliorer la prise en charge de la dépendance

Même si l'idée d'un travail en réseau coordonné semble nécessaire dans l'organisation des aides et des soins des personnes dépendantes, il m'a paru intéressant d'analyser en quoi cette nouvelle façon de travailler apporterait un « plus » à la prise en charge de la dépendance.

3.1.2.1. Il repousse les limites du maintien à domicile

Lorsque de nos jours, une personne dépendante souhaite rester à son domicile, bon nombre de services sont à sa disposition pour satisfaire ses besoins. Encore faut-il que l'ensemble des services existe et intervienne sur la ville, le village ou encore le hameau où réside le demandeur. Les cantons dont je parle proposent les services de base, en l'absence desquels le maintien à domicile pourrait difficilement s'envisager. Chacun est doté d'un service d'aides à domicile (prestataire et mandataire), d'un service d'auxiliaire de vie, d'un S.S.I.D.P.A., auxquels s'ajoutent les professionnels de santé (médecins généralistes,

infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures...). Des services de garde de jour et de nuit, des services de petit bricolage et dépannage, des services de portage sont également proposés. Des permanences sont assurées par les travailleurs sociaux des caisses de retraite et le Conseil Général réorganise le fonctionnement des C.M.S.⁶⁶ qui auront un rôle majeur par circonscription (découpage administratif retenu par les décideurs). Saint-Béat et L'Isle-en-Dodon sont les antennes principales retenues pour le secteur étudié.

Malgré les efforts de chacun, le maintien à domicile a toutefois ses limites et même si l'entrée en institution se décide souvent quand la personne est encore en capacité d'en faire le choix (faible niveau de dépendance avant que la situation ne se dégrade), cette orientation se décide parfois en dernière solution, lorsque le mauvais état de santé ou l'isolement trop important ne permettent plus d'organiser une aide et un accompagnement suffisants pour la sécurité minimale de la personne ou de ses proches.

Si une prise en charge médicale importante justifie, à n'en pas douter, une hospitalisation ou une orientation vers une institution spécialisée, il est regrettable, à mon point de vue, qu'une situation de trop grand isolement ne permette pas de satisfaire le choix d'une personne dépendante. Il est intéressant de se rappeler à cet instant, ces citations⁶⁷ :

- ◆ « Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. » ;
- ◆ « Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. ».

Pourquoi l'isolement a-t-il été en août dernier, un des motifs essentiels à l'accroissement des hospitalisations en urgence et aux décès massifs de personnes âgées ? Parce que certaines personnes sont exclues de tout dispositif (pas assez dépendantes) ou que le mode d'organisation encore très cloisonné ne permet pas toujours de déployer les interventions de façon coordonnée, en nombre suffisant sur toute une journée. Les systèmes de financement sont ainsi faits :

- **Aides à domicile** : prises en charge accordées sur la base d'un nombre d'heures maximum sur une journée, un mois ;
- **Aides soignantes** : forfait journalier moyen accordé au S.S.I.D.P.A. prévoyant des interventions journalières d'environ quarante minutes par malade. Les interventions plus nombreuses et nécessaires chez certains patients, sont compensées par celles des patients plus « légers » ;
- **Infirmiers, médecins, kinésithérapeutes...** : interventions à l'acte, à la visite.

⁶⁶ **C.M.S.** : Centres Médico-Sociaux

⁶⁷ Articles I et II de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

S'il n'est pas possible de lutter contre l'avancée en âge, nous pouvons certainement réduire les effets d'une forte canicule et apporter notre contribution afin que l'isolement ne puisse plus être le seul motif pour un départ « forcé » de son domicile.

Un travail en réseau à l'échelle du canton permettra de mieux analyser la problématique de la dépendance pour l'ensemble de la population concernée (réunions de travail, fiches de liaisons, interventions communes.....) et d'être attentif à l'émergence des nouveaux besoins ainsi qu'aux changements de situation ou à l'évolution des besoins et des aides nécessaires.

3.1.2.2. Il facilite l'accompagnement de la personne autour de la continuité des soins et aides

Lorsqu'une personne dépendante fait appel à des services pour l'aider dans sa vie quotidienne et pour l'aider à accomplir les soins d'hygiène, le projet d'accompagnement doit être élaboré dans une notion de continuité des interventions.

Elles sont toutes complémentaires : la durée, le rythme de passage, les interventions du soir, du week-end, des jours fériés, doivent être adaptées à la situation de la personne et si des passages accrus sont nécessaires, les services doivent avoir les moyens d'assurer ce travail. Pour cela, le travail en réseau doit permettre de trouver des solutions appropriées. Lorsqu'un S.S.I.D.P.A. est obligé de limiter ses interventions (manque de personnel, budget limité....) une solution relais peut être trouvée avec les libéraux, les auxiliaires à la vie sociale ou parfois la famille. Les uns ou les autres pourront compléter les interventions de base. Il est primordial d'être en capacité d'anticiper ce type de problème. La catastrophe sanitaire qu'a connue la France l'été dernier témoigne de l'importance d'être réactif face à une situation donnée et de la nécessité d'avoir les moyens suffisants pour intervenir. Toute situation d'urgence est traumatisante. Elle peut être vécue comme un déchirement quand elle entraîne un départ brutal en institution. Sans parler systématiquement de décès, les insuffisances révélées du système entraînent des effets secondaires irréversibles qui auraient pu être évités moyennant un bon accompagnement.

Seul un travail en réseau préalablement construit, permettra d'imaginer une réponse consensuelle et adaptée. La continuité des soins et des aides pourra alors être assurée, même en situation d'urgence.

3.1.2.3. Des situations de rupture pourront être évitées

Le maintien à domicile a ses limites, et son action en milieu rural n'est pas épargnée. Mais l'environnement social et familial peut compenser un isolement important. Chacun d'entre nous a pu mesurer en août dernier, combien l'existence des liens sociaux revêtait d'importance. La solidarité de voisinage, la présence des familles et les passages réguliers

des services d'aide à domicile ont évité que le phénomène urbain ne se propage. Cependant, il arrive un moment où l'entrée en institution devient inévitable. Ce peut être pour une durée de séjour limitée (bilans, examens de santé, interventions chirurgicales...) mais ce peut être aussi pour une orientation définitive. Quelle que soit la durée, cette décision peut être fatale, elle peut entraîner une forte régression dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne, dans l'autonomie conservée jusque là. Le sentiment de n'avoir pas été préparé, le sentiment d'être abandonné, d'être obligé de quitter les siens pour partir vers un lieu souvent inconnu. Ce « lieu » qui, dans la tête de certaines personnes âgées, est synonyme d'enfermement dans les soins, d'exclusion de la société est souvent perçu comme « le début de la fin ».

Je suis intimement convaincue que le travail en réseau doit favoriser les échanges entre institutions et services et de ce fait, permettre à l'usager de mieux « supporter » son entrée en institution. Si les intervenants, le personnel d'encadrement, les bénévoles, les familles connaissent bien l'environnement de la future résidence de la personne, elles seront en mesure de trouver les arguments permettant à la personne concernée d'accepter cette séparation. De plus en plus souvent, les gestionnaires d'établissements d'accueil (E.H.P.A.D.) s'ouvrent sur l'extérieur et construisent leur projet d'établissement autour d'un travail en partenariat et d'un développement des relations avec les services extérieurs. Si, de leurs côtés, les aides à domicile, les aides soignants, infirmiers, médecins, habitués à intervenir au domicile, ont la possibilité de prolonger leur accompagnement en intervenant au sein de la structure de proximité, la rupture ne sera pas aussi grande.

3.1.3. Le S.S.I.D.P.A. pourra être l'interface entre le sanitaire et le social dans une relation de proximité

Ce qui me semble intéressant dans le rôle joué par le S.S.I.D.P.A. dans la prise en charge de la dépendance, s'oriente autour de plusieurs axes :

- ❑ Le fonctionnement à l'échelle du canton, sa connaissance du milieu et de tout ce qui peut constituer l'environnement de la personne ;
- ❑ L'approche sanitaire concernant l'évaluation des besoins faite par l'infirmière coordinatrice, dans une vision globale permettant de proposer un plan d'aides et de soins adaptés ;
- ❑ La reconnaissance de ses actions et de son savoir-faire par la population mais aussi par les autorités de contrôle et organismes financeurs ;
- ❑ La facilité à développer des liens de proximité avec l'ensemble des membres pouvant intervenir dans l'accompagnement de la personne ;

- La mission de coordination reconnue aux infirmières coordinatrices qui doivent impulser un travail en commun.

3.1.3.1. En devenant le référent de proximité pour toute démarche d'accompagnement des personnes dépendantes

Nous l'avons vu, l'organisation des S.S.I.D.P.A. gérés par une association A.D.M.R. repose avant tout sur un choix de travail à l'échelle du canton pour être au plus près des besoins.

Les services implantés dans le Comminges fonctionnent depuis plusieurs années (entre 5 et 13 ans) et ont largement prouvé leur efficacité. Aux côtés des services d'aide à domicile, ils sont devenus les référents vers lesquels les familles et les professionnels de santé se tournent lorsqu'il faut faire face à une situation de dépendance.

Des habitudes de travail sont prises avec les différents intervenants et l'infirmière coordinatrice est en mesure d'évaluer les besoins et d'orienter vers les services ou aides qui pourront compléter la seule intervention des aides soignants.

Le S.S.I.D.P.A. est depuis longtemps connu pour sa faculté à déclencher la coordination des interventions et pour son professionnalisme. L'évaluation périodique des besoins et la recherche permanente d'une mise en adéquation entre les interventions et les besoins liés à la dépendance sont fortement appréciées.

La mission des infirmières coordinatrices des S.S.I.D.P.A. se rapproche de celle des infirmières détachées par le Conseil Général dans le cadre de l'A.P.A.. Cependant, l'intérêt à reconnaître le S.S.I.D.P.A. comme référent réside dans le fait que les bénéficiaires de l'A.P.A. ne sont pas les seuls à faire appel au service. Ceci permet d'avoir une vision plus large sur la situation de dépendance de la population, à l'intérieur d'un territoire géographique donné.

De plus, les administrateurs bénévoles issus pour la plupart, de la population locale, sont attentifs et restent en état de veille par rapport à un problème qui pourrait survenir aux personnes en situation de dépendance dans leur environnement proche. Souvent, les conseils d'administration sont constitués de membres représentant chacune des communes du canton. Comment être plus proche de la population ?

3.1.3.2. En proposant d'être le « point-relais » des C.L.I.C.

La mise en place des C.L.I.C. laisse une certaine souplesse à son mode d'organisation. Aussi, je pense qu'il est intéressant de saisir cette opportunité. La Directrice adjointe du Centre Hospitalier de Saint-Gaudens réaffirme⁶⁸ la volonté de créer un C.L.I.C., qui pourrait s'organiser ainsi :

⁶⁸ Compte-Rendu de la séance publique de la filière gériatrique du Comminges, 23 janvier 2003

- ❑ C.L.I.C. central situé à Saint-Gaudens ;
- ❑ Antennes locales, dont le nombre et la localisation géographique seraient à définir.

Déjà en décembre 1998, un annuaire sanitaire et social avait été constitué par une commission du réseau gérontologique du Comminges, dont je faisais partie. Cet annuaire recensait l'ensemble des services et structures d'accueil, libéraux et travailleurs sociaux, sur la totalité des cantons associés représentant le Grand Comminges. Il avait été évoqué, à l'époque, la nécessité de désigner un référent par canton pour utiliser au mieux ces données et les rendre accessibles au plus grand nombre. En l'absence d'entité spécifique et reconnue, l'utilisation de ce recueil est restée très partielle par rapport aux objectifs recherchés. Une mise à jour a tout de même été effectuée début 2003. Je reprendrai contact avec l'Hôpital de Saint-Gaudens d'ici à la fin de l'année 2003 pour proposer notre collaboration et la signature d'une éventuelle convention de partenariat pour un travail en réseau.

3.1.3.3. En suscitant toute forme de partenariat, tant au niveau de l'intervention qu'au niveau de l'offre de service

L'organisation des systèmes de protection en France repose sur trois secteurs principaux d'activité :

- ❑ Le secteur sanitaire
- ❑ Le secteur social
- ❑ Le secteur médico-social

Le secteur sanitaire est facilement identifiable (hôpitaux, cliniques, médecins, infirmiers...) et le secteur social est également assez bien repéré par la population (travailleurs sociaux, services d'aide sociale.....). Le médico-social quant à lui, est défini ainsi : « concerne la médecine sociale » dans le dictionnaire Larousse de poche 2000. Il semblerait donc logique que le médico-social se situe à la frontière entre le sanitaire et le social. C'est peut-être bien là toute la difficulté mais aussi toute la richesse d'une organisation qui enfin tiendra compte de tous les aspects de la personne dépendante (sanitaire, social). Les professionnels de la santé et les professionnels de l'action sociale sont issus de cultures très différentes de par leurs formations et n'ont pas la même approche des choses. Pour une problématique donnée, chacun apportera sa vision experte dans le secteur qu'il représente et il est indispensable de mettre en commun les différentes approches pour enfin parvenir à une prise en charge de la dépendance pluridisciplinaire. Pour cela, il faut apprendre à travailler ensemble, il faut parvenir à rassembler plusieurs avis, à susciter des échanges sur les

évaluations de besoins établies, à se mettre autour d'une table pour élaborer un plan d'aides et de soins en se fixant des objectifs et des méthodes d'évaluation.

Avec ses missions de coordination, le S.S.I.D.P.A.. reconnu comme le référent de proximité, a la possibilité de donner cette impulsion et d'organiser une meilleure coordination des interventions. Le projet de nouveau décret relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge de S.S.I.D.P.A. me conforte dans ce sens. En devenant des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, ces services devront disposer de locaux adaptés. Ils devront assurer une permanence de 24h/24h pour garantir les soins. Ils devront procéder à une **évaluation des besoins** grâce à une **équipe pluridisciplinaire** (constituée du personnel d'intervention) **coordonnée par une personne salariée du service** (en l'occurrence l'infirmière coordinatrice) pour élaborer un **projet d'aides et de soins adaptés**.

3.2. UN MANAGEMENT MOBILISATEUR DES RESSOURCES EXISTANTES

3.2.1. Proposer une nouvelle organisation

Comme je l'ai expliqué précédemment, je pense qu'il est possible, dans un premier temps, de proposer une nouvelle organisation basée sur les dispositifs déjà existants ou sur les nouvelles orientations proposées sur le plan réglementaire.

Cette approche peut se situer sur un plan interne (à l'intérieur du réseau A.D.M.R.) complétée par une démarche d'ouverture sur l'extérieur (en dépassant les frontières du canton).

3.2.1.1. En interne, autour du réseau A.D.M.R.

□ Création de postes d'infirmières « Cadres de proximité »

L'organisation à l'échelle d'un canton, en milieu rural, n'a plus à prouver son efficacité. Elle permet d'être à l'écoute des besoins de la population, de maintenir les liens sociaux de proximité et de gérer les situations d'urgence grâce aux élans de solidarité. Les analyses et reportages réalisés depuis la catastrophe de l'été dernier montrent bien la différence entre le milieu urbain et le milieu rural. Cependant même si le suivi et l'accompagnement des personnes âgées sont bien plus spontanés en milieu rural, les spécificités du milieu rural dispersé ne doivent pas être négligées ; un temps de travail beaucoup plus important (temps de trajet) ou encore des difficultés pour trouver du personnel qualifié. Pour parvenir à un résultat efficient, encore faut-il avoir les moyens nécessaires pour assurer les interventions jugées indispensables. Les services peuvent bénéficier d'un taux d'équipement inadapté aux

besoins de la population ou leur taux d'encadrement en personnel peut être trop faible selon le contexte local.

Les S.S.I.D.P.A. dont je parle se situent sur des cantons limitrophes (Aurignac et L'Isle-en-Dodon – Luchon et Saint-Béat). Un membre du personnel administratif de la Fédération départementale, responsable des S.S.I.D.P.A. se déplace mensuellement dans chacun des sept S.S.I.D.P.A. du département pour apporter les conseils techniques nécessaires aux infirmières coordinatrices et aux administrateurs bénévoles, dans le cadre d'une prestation versée par chacun des services. Parallèlement, des réunions thématiques départementales bimestrielles sont organisées sur l'initiative de la Fédération à destination de l'ensemble des infirmières coordinatrices du département. Même si cette organisation permet aux infirmières d'avoir des échanges professionnels intéressants elle ne suffit pas à résoudre certaines difficultés auxquelles le personnel est confronté au quotidien.

Les infirmières coordinatrices sont seules responsables d'une équipe d'aides soignants travaillant sept jours sur sept. Les postes en personnel de remplacement prévus au budget, ne sont la plupart du temps pas créés car il est difficile, voire impossible, de trouver des infirmières disponibles pour assurer des remplacements à temps partiel, de courte durée et ayant la compétence pour ce type de poste.

J'ai donc proposé de travailler sur un renforcement des équipes existantes, en particulier du personnel d'encadrement, afin de pallier les insuffisances constatées :

- Un seul poste d'infirmière coordinatrice par S.S.I.D.P.A. ;
- Certains S.S.I.D.P.A. pourvus d'un poste de secrétariat à temps partiel ;
- Des difficultés à trouver du personnel soignant diplômé pour les remplacements de courte durée.

Dans le cadre d'une restructuration de l'équipe départementale, **deux postes d'infirmières diplômées de l'école des cadres** ont été créés. Ces personnes sont responsables de l'ensemble du secteur « Santé » de l'A.D.M.R. de la Haute-Garonne (sept S.S.I.D.P.A. et un Centre de soins). Le coût de ces postes est prévu dans le cadre des prestations de services Fédération ↔ S.S.I.D.P.A. et cette orientation n'entraîne donc pas de frais supplémentaires.

Ce personnel peut intervenir à plusieurs niveaux et une fiche de fonction en qualité d'infirmière « **Cadre de Proximité** » a été établie pour bien déterminer ses missions, qui se déclinent en quatre axes :⁶⁹

- ***Suivi de la gestion administrative et financière*** de l'ensemble des services, grâce à des déplacements réguliers assurés dans les locaux des S.S.I.D.P.A. et du Centre ;

⁶⁹ **Fiche de fonctions** jointe en **Annexe II**

- **Remplacements ponctuels des infirmières coordinatrices** absentes ;
- **Soutien** aux infirmières coordinatrices **pour l'évaluation des besoins, la mise en place et le suivi des plans d'aides** dans le cadre du travail en réseau constitué.
- **Développement et animation** du réseau « Santé » de l'A.D.M.R. à l'échelon départemental.

□ **Ouverture de « Maisons de services »**

Les administrateurs des associations locales ont décidé, dans le cadre des orientations données par la Fédération de créer des « **maisons de services** » telles que proposées par l'Union Nationale A.D.M.R. Il s'agit d'un local dont le concept à l'échelon local, répond à plusieurs objectifs :

- Assurer une bonne visibilité de l'offre de services : lieu où l'on peut s'adresser pour obtenir des renseignements ou une intervention de service à domicile,
- Favoriser une structuration de l'offre de services à domicile : face à la diversification de la palette de services, en constituant un lieu physique et symbolique où s'articulent les services et où les usagers peuvent être orientés vers les services ou institutions adaptés à leur situation,
- Permettre d'organiser une permanence 24h/24h, telle que prévue dans le projet de réforme du décret relatif aux S.S.I.D.P.A.
- Mutualiser les moyens (local et personnel administratif) avec une nouvelle organisation des accueils et des permanences entre différents services.

Pour ce faire, le local accessible, doit être facilement identifiable. Il doit disposer d'un hall d'accueil, d'un bureau pour l'infirmière coordinatrice, d'un bureau pour le personnel administratif, d'une salle de réunion, d'une salle de stockage munie d'un point d'eau. Ces critères permettent de répondre aux exigences de conformité applicables aux S.S.I.D.P.A. tout en apportant l'aisance nécessaire pour faciliter la communication avec les usagers et les partenaires du secteur.

Cette « maison des services » ouverte à tous, pourra accueillir diverses permanences en fonction des acteurs locaux et de leur désir de participer à ce travail en réseau.

Selon l'avancée du projet de création du C.L.I.C. commingeois, je proposerai une mise à disposition de ces locaux aux différents partenaires locaux intéressés et suggérerai également que cette « maison des services » soit utilisée comme antenne locale cantonale du C.L.I.C.

Une plaquette de présentation de l'A.D.M.R. du canton sera remise systématiquement à toute personne venant s'informer. Cette plaquette propose un éventail de services à la disposition des usagers et décline pour chaque secteur d'activité, les services proposés et le type de personnel susceptible d'intervenir à domicile. Les procédures et critères de prise en

charge sont également présentés afin que l'utilisateur soit informé clairement de ses droits et des prestations auxquels il peut prétendre. Au-delà de cette plaquette, la personne âgée s'adressant à la maison de services, sera informée de toutes les possibilités de réponses et se verra communiquées les coordonnées des interlocuteurs auxquels elle devra éventuellement s'adresser.

□ **Mise à disposition de personnel entre associations**

Cette troisième action a déjà été engagée depuis l'été dernier. Organisée dans un premier temps pour les infirmières coordinatrices, sous forme d'astreintes téléphoniques ou de permanences au local du S.S.I.D.P.A. voisin, cette mise à disposition a été par la suite élargie au personnel d'intervention des S.S.I.D.P.A. Ainsi ont été proposés des contrats de remplacements plus attractifs à du personnel diplômé qui était détaché partiellement sur le S.S.I.D.P.A. voisin. Cette initiative a permis de fidéliser certains salariés, dans l'attente de création de postes de titulaires. Une convention de mise à disposition sous forme d'engagement tripartite a été signée par les Présidents des deux S.S.I.D.P.A. et le salarié concerné.

3.2.1.2. En externe, à travers des idées innovantes sur un bassin de vie cohérent

□ **Elaboration d'une « fiche-navette »**

Pour répondre aux préoccupations des professionnels, je pense qu'il est indispensable de trouver des outils pouvant améliorer la qualité dans la réponse apportée lors d'une sortie d'hospitalisation ou d'un départ en institution. En s'inspirant des documents qui ont déjà été mis en place dans d'autres secteurs géographiques, j'ai proposé que soit établie, dans un premier temps, une « fiche-navette » qui recense un maximum d'éléments concernant la situation de la personne (niveau de dépendance, d'autonomie, état de santé, environnement familial et social, mode de vie.....) et pouvant être utiles à l'élaboration d'un plan de soins et d'aides personnalisés. Pour cela, j'ai souhaité mettre en place un groupe de travail départemental, sur la base du volontariat, composé de 8 personnes. Sa mission est de réfléchir à tout support, outil de travail pouvant être utilisé par une équipe pluridisciplinaire pour faciliter et améliorer l'analyse des besoins et attentes de la personne dépendante, mais aussi pour parvenir à une évaluation des prestations au regard de l'évolution des besoins.

□ **Convention de partenariat avec le C.L.I.C. commingeois**

La mise en place d'un C.L.I.C. commingeois apportera à notre organisation le complément indispensable en amenant une vision sanitaire et sociale sur le bassin de vie représenté par le Pays du Comminges. Une organisation basée sur un pôle central à Saint-Gaudens et des

antennes locales que seront les S.S.I.D.P.A. doit déboucher sur des échanges permanents.⁷⁰

Des processus orientés sur plusieurs axes seront établis selon chaque situation rencontrée, pour tenter d'organiser au mieux l'accompagnement de la personne.

Sortie d'hospitalisation

- Elaboration de la « fiche-navette » par les services hospitaliers ;
- Transmission au S.S.I.D.P.A., au moins 24 heures avant le retour ;
- Visite éventuelle du patient par un membre du C.L.I.C. commingeois dans le service où la personne est hospitalisée pour évaluation des besoins et transmission au S.S.I.D.P.A. ;
- Prise de contact avec les membres du réseau local ;
- Evaluation des besoins au domicile (si nouveau patient ou changement de situation important signalé par « fiche-navette ») ;
- Mise en place du plan d'aides et de soins individualisés ;

Départ en institution

- Elaboration de la « fiche-navette » par le S.S.I.D.P.A. ;
- Transmission au service hospitalier ou à l'institution accueillante, si possible avant l'arrivée de la personne dans le service ou au plus tard le jour de son arrivée ;

Situation d'urgence ou aggravation à domicile

- Repérage des situations d'urgence par les services d'aide à domicile (aides à domicile, bénévoles...) ;
- Evaluation des besoins à domicile ;
- Mise en place du plan d'aides et de soins individualisés adaptés à la situation du moment ;
- Prise de contact avec pôle central du C.L.I.C. pour orientation possible vers un établissement.

3.2.1.3. En accompagnant l'ensemble des acteurs dans une nouvelle démarche de projet

Pour atteindre les objectifs fixés et améliorer la prise en charge de la dépendance, autour d'un travail en réseau, il est indispensable que tous les membres du réseau parlent le même langage en s'inscrivant dans un projet commun.

L'opportunité essentielle qui nous est offerte selon moi, est la parution de la loi n° 2002.02 du 2 janvier 2002. En reconnaissant les services d'aide à domicile comme des institutions sociales et médico-sociales, ce texte donne l'occasion aux institutions et services de

⁷⁰ Voir **Annexe III**

s'engager dans une démarche unique. Les S.S.I.D.P.A. ainsi que les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes étaient déjà rattachés à la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 rénovée. Aujourd'hui, ce sont les services d'aide à domicile, mais aussi les C.L.I.C. qui font partie de cette même famille.

Sans attendre la parution des différents décrets d'application de cette loi, j'ai présenté le contenu précis de ce texte aux membres du conseil d'administration fédéral et les différents changements qu'il amène. En tenant compte des pratiques actuelles et des orientations de la loi, il a été retenu plusieurs axes de travail prioritaire :

- ❑ Elaboration d'un livret d'accueil ;
- ❑ Diffusion et recherche d'adhésion à la charte des personnes âgées dépendantes ;
- ❑ Elaboration d'un contrat de prise en charge (assimilé au contrat de séjour pour les établissements) ;
- ❑ Mise à jour des fiches de fonctions de l'ensemble du personnel d'encadrement et dans un deuxième temps du personnel d'intervention ;
- ❑ Mise à jour du règlement de fonctionnement propre à chaque association locale ;
- ❑ Auto-évaluation préalable à une « démarche-qualité » ;
- ❑ Rédaction d'un projet institutionnel (pour la fédération et chaque association).

3.2.2. Recherche de nouvelles sources de financement

Le travail en réseau et la coordination des interventions ne peuvent être efficaces que si chacun des intervenants dispose des moyens nécessaires pour fonctionner. Les S.S.I.D.P.A. bénéficient d'un forfait annuel de fonctionnement alloué par la Sécurité Sociale, sur arrêté préfectoral et sur présentation d'un budget prévisionnel. J'ai proposé d'incorporer dans les prochains budgets 2004, qui seront déposés avant le 30 novembre 2003, des demandes de moyens supplémentaires dans le cadre des mesures nouvelles, qui me paraissent nécessaires :

3.2.2.1. Pour la formation du personnel d'intervention et d'encadrement

Notre fonds de formation étant géré par l'O.P.C.A.⁷¹ « Uniformation », nous établissons un plan de formation départemental qui permet de proposer des sessions de formation continue à l'ensemble du personnel. Le versement est variable selon le nombre d'E.T.P.⁷² de chaque association.

⁷¹ **O.P.C.A.** : **O**rganisme **P**aritaire **C**ollecteur **A**gréé

⁷² **E.T.P.** : **E**mplois **T**emps **P**lein (1 E.T.P. = 151.67 h / mois)

Uniformalion	Moins de 10 E.T.P.	Plus de 10 E.T.P.
Versement conventionnel	1.00 %	1.50 %

Même si l'O.P.C.A. peut attribuer des fonds d'intervention spécifiques ou nous permettre d'obtenir des crédits supplémentaires extérieurs, cela ne suffit pas à satisfaire tous les besoins en formation. Ainsi certains S.S.I.D.P.A. ont déjà organisé des actions de formation complémentaires en 2003 sur leur propre budget de fonctionnement (intervention de psychologue, accompagnement de fin de vie...). Mais il est important que le plan de formation témoigne d'une anticipation des besoins, à travers une réflexion pluriannuelle. Cette volonté de formation sera clairement affichée dans les prochains budgets prévisionnels, qui vont intégrer pour l'ensemble des S.S.I.D.P.A. des frais spécifiques pour :

- Des actions collectives à destination du personnel d'intervention (soutien aux équipes, approches de certaines pathologies de type « Alzheimer »...);
- Des actions à destination du personnel d'encadrement (élaboration des fiches de fonction, référentiel de compétences, conduite des entretiens annuels d'évaluation, auto-évaluation, démarche-qualité....).

3.2.2.2. Pour la prise en charge des personnes exclues de tout dispositif

La mise en place de l'A.P.A. permet de « solvabiliser » les personnes dépendantes classées dans les groupes G.I.R. 1 à 4, de plus de soixante ans. Ainsi, ces personnes peuvent bénéficier de prestations de services adaptées à leurs besoins et d'un suivi régulier par les différents acteurs impliqués dans la prise en charge. Ce suivi, s'il est bien coordonné, permet d'être en état de veille sur les évolutions et adaptations nécessaires.

Deux catégories de personnes sont cependant exclues de ces dispositifs. Il s'agit des personnes de moins de soixante ans et des personnes classées en groupes G.I.R. 5 et 6.

Le projet de réforme annoncé permettra aux S.S.I.D.P.A., en devenant des services polyvalents d'aides et de soins à domicile, de procéder à une évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire, coordonnée par une personne salariée du service pour élaborer un projet d'aides et de soins adaptés. Cette nouvelle réglementation permettra enfin de mettre en place un accompagnement similaire pour toutes les personnes confrontées à un problème de dépendance et d'avoir une démarche préventive pour les personnes classées en groupes G.I.R. 5 et 6.

Considérant les orientations politiques actuelles en matière d'accompagnement à domicile des personnes polyhandicapées de moins de soixante ans et compte tenu du fait que ce type de population représente de 5 à 10 % de l'activité de chaque S.S.I.D.P.A., je suggère d'intégrer également dans les budgets prévisionnels 2004, des postes en personnel d'A.M.P.

qui compléteront les interventions des aides soignants sans pour autant augmenter la capacité du service. Cette orientation permettra d'enrichir le travail de l'équipe et d'augmenter le ratio d'encadrement en personnel. Si l'on prend, à titre d'exemple, un service d'une capacité de 25 lits, on obtient les propositions suivantes :

S.S.I.D.P.A. 25 lits	Nombre d'E.T.P.	Ratio d'encadrement(*)
Situation 2003	5.20	0.20
Orientation 2004	5.70	0.22

(*) Ratio d'encadrement = Nombre d'E.T.P. / Capacité du service

Notons par contre que le travail d'évaluation et de coordination qui devra être effectué auprès des personnes classées en groupes G.I.R. 5 et 6 ne justifie pas de demande de dotation supplémentaire dans la mesure où les infirmières cadres de proximité de la fédération départementale pourront apporter le soutien nécessaire à l'infirmière coordinatrice du secteur.

3.2.2.3. Pour la prise en compte des coûts liés aux interventions en milieu rural

La spécificité des interventions à domicile en milieu rural réside dans le fait que les personnes peuvent être domiciliées dans des zones très dispersées. La prise en charge d'un nouveau patient à l'extrémité du canton peut nécessiter une modification substantielle des tournées et par la même, entraîner des frais de déplacements importants. Ceci concerne les frais de véhicule mais aussi le temps de déplacement durant la tournée. Celui-ci peut atteindre près de 2 heures pour une seule tournée sur le S.S.I.D.P.A. de Saint-Béat. Une comparaison de ces données peut être établie avec un S.S.I.D.P.A. situé au nord du département, dont le temps de déplacement en tournée excède très rarement 1 heure.

L'ensemble des S.S.I.D.P.A. gérés par l'A.D.M.R. de la Haute-Garonne, bénéficie du même taux d'encadrement en personnel (quelle que soit leur implantation géographique) et il n'existe pas de ratio obligatoire au niveau national. De plus, le S.S.I.D.P.A. de Saint-Béat intervient sur un canton dépourvu de structure d'accueil pour personnes âgées et où les besoins à domicile des personnes dépendantes sont de ce fait, accrus. Le taux d'encadrement n'est pas pour autant revu à la hausse.

Seuls des moyens non reconductibles (mesures exceptionnelles) ont pu être accordés pour surmonter les difficultés de fonctionnement de ce service.

Je souhaiterais donc attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de prendre en compte les spécificités de chaque S.S.I.D.P.A. dans l'attribution des postes en personnel et donc du taux d'encadrement. Pour cela, au-delà des contacts permanents entretenus avec

les organismes de tarification, je transmettrai avec les prochains budgets prévisionnels, une analyse comparative détaillée portant sur les douze derniers mois et les perspectives d'évolution pour les trois prochaines années afin de justifier une demande d'emplois supplémentaires et maintenir des prestations de qualité.

3.2.3. Se positionner dans une véritable démarche d'évaluation

Face aux changements que le secteur de l'aide à domicile a connus et s'apprête à connaître, il est indispensable que tous les acteurs s'engagent dans une démarche d'évaluation qui n'est pas spontanée, sous l'impulsion du personnel d'encadrement. On peut situer cette évaluation sur trois niveaux complémentaires.

3.2.3.1. Evaluation des besoins et attentes

La connaissance des personnes âgées, les relations de proximité engendrées par l'organisation A.D.M.R., les nouvelles orientations des politiques sociales et le choix d'organisation que je propose pour parvenir à une meilleure coordination des interventions autour d'un travail en réseau, doivent nous permettre d'améliorer l'évaluation des besoins et des attentes des personnes dépendantes. Nous devons toujours avoir le souci de faciliter l'expression de l'usager et de mettre en place un plan d'aides et de soins individualisés. Pour cela des outils existent déjà (dossier d'admission, grille A.G.G.I.R., visites régulières à domicile.....) mais nous devons réfléchir à de nouveaux supports (grilles d'évaluation prenant en compte l'environnement global, fiches facilitant les relations entre domicile et institutions) qui permettront de travailler autour d'une approche pluridisciplinaire. Des objectifs de soins et d'aides devront être déterminés débouchant sur un plan d'aides personnalisés et une organisation spécifique adaptée aux besoins.

3.2.3.2. Evaluation des prestations mises en place

On ne doit pas se limiter à l'évaluation des besoins. Un deuxième niveau d'évaluation s'impose concernant les prestations mises en place. En effet, les besoins d'une personne dépendante ne sont pas figés, ils sont évolutifs et nécessitent des évaluations régulières pour vérifier l'efficacité des aides mises en place. Les S.S.I.D.P.A. sont déjà familiarisés avec cette procédure et les nouvelles orientations que je propose doivent impulser cette même façon de travailler pour l'ensemble des membres du réseau de professionnels concernés par la prise en charge.

Dans une recherche permanente d'amélioration de la qualité et soucieuse d'anticiper sur les évaluations internes et externes imposées par l'article 22 de la loi n° 2002.02 du 2 janvier 2002, je souhaite que l'ensemble du personnel d'intervention et d'encadrement s'approprie

cette notion d'évaluation. Le plan de formation départemental prévoit des sessions de formation au cours du troisième trimestre 2003, à destination des infirmières coordinatrices sur la « Démarche-Qualité », afin de les familiariser aux processus d'évaluation, aux outils et méthodes de travail pouvant être utilisés pour parvenir à un résultat efficient avec les équipes d'intervenants.

3.2.3.3. Evaluation financière des dispositifs

L'objectif principal de nos actions consiste à maintenir les personnes âgées dépendantes à leur domicile en leur proposant des services adaptés à leur situation, afin de retarder l'hospitalisation ou de faciliter des retours à domicile. Je propose une organisation structurée autour d'un travail en réseau dans laquelle on trouvera les trois niveaux qui me paraissent indispensables : la coordination des interventions, le travail en réseau de proximité à l'échelle cantonale et le partenariat sur un bassin de vie cohérent correspondant à l'aire géographique d'un C.L.I.C.. L'incidence financière d'une telle organisation va donc être éclatée et ne sera pas nécessairement en prise directe sur le budget du S.S.I.D.P.A. Si l'on veut arriver à évaluer l'aspect financier, il est donc nécessaire de le décliner ainsi :

□ Coordination des interventions :

➤ Chaque acteur en présence devra tout mettre en œuvre pour obtenir les moyens nécessaires à la mise en place des interventions adaptées à chaque situation (E.T.P. supplémentaires, obtention de l'A.P.A., prises en charge des caisses de retraite, mutuelles.....). Ceci n'aura pas d'incidence financière directe sur l'organisation. Néanmoins, il sera intéressant de répertorier les demandes d'aides supplémentaires ou les moyens nouveaux sollicités, directement liés à un travail organisé et coordonné. La question à se poser sera la suivante : s'il n'y avait pas eu une réflexion collective, une évaluation pluridisciplinaire..... aurait-on éprouvé le besoin de mettre en place cette action ? Cette démarche n'est pas aisée, mais un support écrit annexé aux dossiers des usagers et aux budgets prévisionnels pourrait faciliter les choses.

➤ La coordination sera confiée aux S.S.I.D.P.A.. Ils auront besoin pour cela de temps de travail supplémentaire. La restructuration fédérale permettant de détacher en partie les infirmières coordinatrices cadres de proximité à cette mission, l'incidence financière sera amoindrie. Cependant, il faudra estimer le plus précisément possible le temps passé par l'infirmière coordinatrice du S.S.I.D.P.A. à cela, et l'intégrer dans le budget prévisionnel de la structure.

□ **Travail en réseau :**

La mise en synergie des différents acteurs demande du temps. Il faut organiser de nombreuses prises de contact, des réunions de réflexion, des réunions de travail. Lorsque le réseau est fonctionnel, des contacts réguliers, des évaluations de besoins et des réunions pour ajuster les plans d'aides sont nécessaires selon une intensité variable en fonction des situations.

Même si une part de ce temps fait partie de la mission de base de chacun de nous, il est important de pouvoir estimer le temps supplémentaire lié à la fonction de « référent ».

Cette incidence financière peut être ventilée à plusieurs niveaux :

- Sur le budget de la fédération départementale, dans la section « développement », pour le temps de travail apporté par le personnel fédéral ;
- Sur le budget de chaque S.S.I.D.P.A., pour le temps de coordination de l'infirmière coordinatrice ;
- Sur une partie du budget de fonctionnement du C.L.I.C., négocié à la signature de la convention de partenariat.

□ **Partenariat :**

Selon l'organisation qui pourra être retenue dans les relations avec le C.L.I.C. commingeois, l'incidence financière sera variable et devra être intégrée dans le budget de fonctionnement de chaque S.S.I.D.P.A..

Au même titre que les mentions précédentes, il conviendra de procéder à des évaluations régulières du coût d'un tel engagement (frais de déplacement, de téléphone et temps de travail...).

3.3. LE S.S.I.D.P.A. : PIVOT DE L'ORGANISATION DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

Je considère que le S.S.I.D.P.A. peut être une des réponses à la recherche d'une nouvelle organisation pour améliorer l'accompagnement de la personne dépendante, plus particulièrement en milieu rural. Aussi, sans attendre les décrets d'application de la loi n° 2002.02 du 2 janvier 2002 et la réforme du décret des S.S.I.D.P.A., j'ai souhaité travailler dès 2003 sur la mise en place d'une nouvelle organisation.

3.3.1. Imaginer de nouvelles instances de partenariat

Notre mode d'organisation peut être mieux exploité, pour faciliter de nouvelles formes de partenariats.

J'ai proposé de créer de nouveaux liens de partenariat entre les différentes associations locales, mais aussi entre les associations locales et la Fédération départementale.

Je souhaite également, à terme, faire reconnaître les S.S.I.D.P.A. comme les référents de proximité, pouvant servir de plate-forme intermédiaire entre les usagers, les professionnels du terrain et les interlocuteurs du secteur sanitaire et social du Comminges.

3.3.1.1. Ouvrir les frontières du canton

Dans le cadre d'une démarche de développement, il est important que la Fédération départementale participe aux travaux de mise en place du C.L.I.C. du Comminges afin de faire reconnaître le rôle indispensable des S.S.I.D.P.A. dans l'organisation du territoire qui pourra être trouvée. Ils pourront représenter le mouvement A.D.M.R. local auprès de ces instances, étant considérés comme des référents de proximité. La volonté d'ouverture et de partenariat est clairement affichée par la Fédération et comme je l'ai indiqué au chapitre précédent, une convention de partenariat sera proposée aux porteurs du projet.

3.3.1.2. Optimiser les savoir-faire de tous les acteurs

Les deux S.S.I.D.P.A. les plus anciens dans cette zone ont plus de treize ans d'existence. Ils ont acquis une expérience indéniable mais ont aussi pris des habitudes de travail, qu'il est parfois difficile de remettre en cause. Seule une ouverture sur d'autres structures et des actions régulières de formation et d'évaluation permettent de rester dans la dynamique nécessaire. De plus, le fait de se tourner vers les autres doit créer des véritables échanges et un enrichissement professionnel et personnel.

Il est tout à fait opportun d'imaginer des échanges entre associations ou services dans le but de perfectionner son savoir-faire et d'améliorer ses connaissances. Notre réseau est propice à ce type d'échanges. Le plan de formation départemental permet d'organiser des actions de formation décentralisées (dans chaque association locale) ou des sessions regroupant plusieurs associations du département, mais aussi des rencontres régionales ou nationales. Au-delà du plan de formation, chaque association organise des actions complémentaires, comme par exemple l'intervention de psychologues pour réguler les équipes à travers des réunions mensuelles.

Mais je pense qu'il est indispensable de compléter ce dispositif. On sait combien aujourd'hui la professionnalisation est une des clés de la réussite pour un accompagnement de qualité dans la prise en charge de la dépendance. On sait aussi, combien il est difficile de trouver du personnel qualifié pour assurer les interventions d'aide à domicile. De plus en plus d'aides à domicile, non titulaires du D.E.A.V.S., doivent assurer les interventions auprès de personnes dépendantes, sans avoir reçu de formation initiale. Elles se forment bien souvent sur le terrain. En attendant d'envoyer le personnel nouvellement recruté en formation, il est tout à fait envisageable de lui fournir un minimum d'enseignement aux côtés du personnel

expérimenté et diplômé de nos associations. Plusieurs tournées, aux côtés des aides soignants, peuvent être une bonne école d'apprentissage. Quelques heures d'information dispensées par une des infirmières coordinatrices ou les infirmières cadres de proximité, auprès des aides à domicile d'une association pour mieux appréhender les aides autour d'une pathologie spécifique peuvent être une autre piste de travail en commun. Autant de petites actions qui peuvent se mettre en place rapidement, sous l'impulsion du S.S.I.D.P.A. à l'intérieur d'un réseau.

3.3.1.3. Faciliter les relations entre institutions sanitaires et sociales

Force est de constater que malgré tous les discours, la dichotomie entre le secteur sanitaire et social existe toujours. Il y a quelques semaines, un médecin généraliste demandait à une infirmière coordinatrice d'envoyer des aides soignants en urgence auprès d'une personne très âgée, pour un retour à domicile. Sa conjointe, elle-même très âgée, lui rendant visite une après-midi, à la clinique où il avait été admis quelques jours auparavant, s'entend dire que sa sortie était programmée et qu'un ambulancier arrivait d'un moment à l'autre pour le ramener à son domicile. Rien n'avait été organisé. La dame fragilisée par son âge et la situation de son mari, n'a su réagir et a dû assumer. La chambre se trouvait au premier étage, inaccessible pour le patient (sous perfusion et confronté à de gros problèmes de mobilité). Les ambulanciers l'ont installé sur un matelas « de fortune » à même le sol et sa conjointe a eu pour seul réflexe d'appeler le médecin généraliste. Le S.S.I.D.P.A., malgré sa suractivité, a assuré les interventions dans l'urgence pour soulager la conjointe, plus que perturbée. Il aurait suffi un contact téléphonique, un délai de 24 heures pour que tout s'organise sans précipitation, dans la plus grande dignité.

Seul un travail en réseau, le développement de relations professionnelles et la définition d'objectifs communs, permettront de trouver les alternatives les plus adaptées aux besoins des personnes dépendantes, dans la plus grande efficacité.

Le S.S.I.D.P.A. est l'interlocuteur privilégié pour favoriser les échanges, susciter les rencontres au niveau local, aux côtés d'une plate-forme telle que le C.L.I.C. qui peut participer quant à elle à un maillage du territoire plus large, dans un esprit de carte sanitaire et sociale du secteur géographique retenu.

3.3.2. Mettre en place des outils communs

Compte tenu de la diversité culturelle des professionnels impliqués dans la prise en charge de la dépendance, si l'on veut parvenir à une évaluation pluridisciplinaire débouchant sur un plan d'aides personnalisées tout au long de la trajectoire d'un individu, il est indispensable d'utiliser des outils et un langage communs. Un groupe de travail à l'échelon départemental

se réunit mensuellement depuis le mois de septembre 2003, pour réfléchir à la mise en place de nouveaux supports. Ce groupe que j'anime, est constitué de :

- ❑ 2 infirmières coordinatrices
- ❑ 2 administrateurs bénévoles
- ❑ 2 représentants d'usagers des services à domicile
- ❑ 1 travailleur social
- ❑ 1 aide à domicile

3.3.2.1. Un outil d'évaluation des besoins et de la prise en charge

La grille A.G.G.I.R. est une première avancée dont il faut se féliciter, dans la mesure où elle peut être utilisée aussi bien par des professionnels de santé que par des travailleurs sociaux ou le personnel intervenant directement auprès des personnes concernées par l'évaluation, à domicile comme en institution. L'infirmière coordinatrice du S.S.I.D.P.A. utilise également cette grille lors de toute prise en charge initiale et effectue des évaluations régulières tous les 90 jours (ou plus si besoin) aux côtés des aides soignants, ceci lui permettant de mesurer l'évolution du niveau de dépendance et l'adéquation des prestations délivrées au regard des besoins.

Mais nous l'avons vu, cette grille ne suffit pas à elle seule pour procéder à une évaluation exhaustive de la situation.

J'ai proposé à la commission d'élaborer un outil complémentaire qui doit permettre :

- ◆ Une évaluation la plus large possible tenant compte de l'environnement bio-psycho-sociologique ;
- ◆ Une accessibilité aux informations par les différents professionnels concernés, grâce à un langage commun et une grille de lecture simplifiée ;
- ◆ Une adhésion de la majorité des professionnels à l'outil et à la méthode retenus.

Des premières séances de travail, il est ressorti l'intérêt d'élaborer une grille constituée des variables A.G.G.I.R. pouvant être complétée par une évaluation sociale.⁷³ Ce nouveau support sera utilisé, sous forme de test, par le personnel des S.S.I.D.P.A. implantés dans le Comminges, à compter du 1^{er} janvier 2004 pour un échantillon de personnes déjà prises en charge dans les services et pour toute nouvelle demande. A raison de deux à trois patients par réunion hebdomadaire, le groupe s'est fixé pour objectif de recueillir des données complètes à la fin de février 2004. Ce recueil de données sera à la disposition de tous les acteurs et en particulier des infirmières détachées par le Conseil Général pour l'évaluation des bénéficiaires de l'A.P.A.

⁷³ **Grille d'évaluation** jointe en annexe IV

3.3.2.2. Une méthode pour l'évaluation du plan d'aide et d'accompagnement

Une première exploitation de ce document sera réalisée par l'infirmière coordinatrice qui proposera un plan d'aides et d'accompagnement aux différents membres du réseau impliqués dans la prise en charge (aidant formel ou informel), au cours d'une réunion organisée dans les huit jours suivant la première évaluation. Le point de vue de chacun sera notifié dans le dossier du patient et une adaptation du plan d'aides sera recherchée (contact avec les organismes d'amélioration de l'habitat, orientation vers une demande d'aide sociale, démarche auprès des services sociaux...). L'infirmière coordinatrice veillera à mettre en place tous les services et aides permettant une prise en charge adaptée. Sauf changement de situation important ou demande expresse formulée par la personne ou sa famille, une nouvelle évaluation sera faite au bout de 90 jours, selon la même procédure.

3.3.2.3. Un support pour le suivi des changements de situation

Ce même groupe, au fil des discussions, est revenu sur la nécessité de mettre en place un document qui devrait faciliter l'accompagnement des personnes âgées dépendantes lors d'une hospitalisation ou d'un départ en institution ou au contraire lors d'un retour au domicile. Il est primordial, dans ces moments de déchirement, de rupture, de fournir à ceux qui vont prendre le relais (institution ou service) un maximum d'informations sur le mode de vie et les aides apportées au préalable et indispensables pour maintenir l'autonomie en assurant une certaine continuité. Ce document doit être pratique d'utilisation, synthétique et accessible, lisible par tous. Une «fiche-navette»⁷⁴ permettant de formaliser les constats, analyses et conseils éventuels pour une prise en charge individualisée, est l'outil retenu par le groupe.

Comme pour la grille d'évaluation, cette «fiche-navette» sera testée dans les S.S.I.D.P.A. ci-dessus désignés à compter du 1^{er} janvier 2004 et les infirmières coordinatrices proposeront son utilisation à toutes les institutions du Comminges informées au préalable par les infirmières cadres de proximité.

Au-delà de l'intérêt que cette fiche pourra apporter sur la prise en charge elle-même, celle-ci doit permettre de consolider les liens indispensables entre les intervenants du domicile et les institutions et ainsi d'éviter, à terme, que des situations telles que celle évoquée ci-dessus ne se renouvellent.

⁷⁴ **Fiche-Navette**, jointe en annexe V

3.3.3. Prendre en charge la dépendance grâce à un véritable accompagnement de la personne

Le travail en réseau ainsi constitué (mise en place d'outils communs, échanges de savoir-faire, utilisation de fiches-navettes...) doit apporter une amélioration dans la prise en charge de la dépendance.

La personne confrontée à une situation de dépendance pourra s'adresser à un référent facilement identifiable. Celui-ci mettra aussitôt en place les dispositifs nécessaires pour assurer une prise en charge dans la globalité, au plus près des besoins.

3.3.3.1. Dans un environnement bio-psycho-social

Ainsi la prise en charge ne sera plus parcellaire, mais transversale. Tous les acteurs concernés doivent y trouver un intérêt, qu'il s'agisse des personnes dépendantes ou des membres du réseau. Mais pour cela, chacun doit s'impliquer dans la démarche et les professionnels disposer des moyens nécessaires pour proposer les aides adaptées.

Le S.S.I.D.P.A. porteur du projet, référent reconnu, sera garant du fait que tous les aspects environnementaux de la personne ont été pris en compte. Son impartialité, son rôle majeur dans la relation de proximité et les relations entretenues avec les différents membres du réseau faciliteront cette nouvelle approche transversale et globale.

3.3.3.2. Dans une démarche de continuité des soins et des aides

Une telle organisation permettra d'éviter les situations de rupture, que celles-ci soient provoquées par la non-continuité des soins et aides sur une même journée, sur une semaine, un week-end ou qu'elles soient liées à une absence de relais entre domicile et institution.

De plus, ce travail en réseau trouvera toute son utilité face à une situation d'urgence. Le S.S.I.D.P.A. se situant comme un « micro-observatoire », comme une **instance locale de veille sanitaire et sociale pour le milieu rural** sera en capacité d'orienter, d'informer OU d'accompagner, lors d'une aggravation de l'état de dépendance ou d'un changement de situation nécessitant une nouvelle approche. Il pourra également déclencher rapidement tout le circuit d'aides possibles pour un accueil à domicile lors d'une sortie d'hospitalisation en adoptant l'organisation adéquate à chaque situation :

□ Retour à domicile d'un patient déjà connu par le S.S.I.D.P.A. :

Elle procédera, si nécessaire à une visite sur le lieu d'hospitalisation éventuellement complétée d'une rencontre avec les membres de la famille. Ceci permettra de vérifier si les aides mises en place initialement sont toujours adaptées aux besoins du moment. Mais ce type d'initiative prend du temps et il est parfois difficile de dégager une demi-journée pour

effectuer ces démarches. Pour peu que la personne réside à l'Isle-en-Dodon et soit hospitalisée à Saint-Gaudens, on peut évaluer le temps nécessaire lors d'un retour à domicile, de la manière suivante :

- 2 heures pour le trajet
- 1 heure pour l'évaluation auprès du patient
- 1 heure pour la visite au domicile
- 2 heures pour contacter les membres concernés du réseau

Soit un total de **6 heures / patient**.

L'intégration du S.S.I.D.P.A. dans la future instance du C.L.I.C. du Comminges trouvera alors sa raison d'être. Pourquoi ne pas confier cette évaluation en milieu hospitalier à un référent local situé à Saint-Gaudens par exemple ? La transmission de la fiche-navette et un contact téléphonique suffiront alors à identifier les nouveaux besoins pour mettre en place les dispositifs adaptés. Les 2 heures de trajet seront ainsi évitées.

❑ **Arrivée au domicile d'un nouveau patient** (sortie d'hospitalisation ou nouvelle prise en charge)

La fiche-navette sera transmise au S.S.I.D.P.A. par le service hospitalier adhérent au réseau et un dossier administratif sera constitué avec les renseignements indispensables à l'admission. Si la demande a transité par un autre membre du réseau (médecin, infirmier libéral...) une fiche d'identification dont le modèle et l'utilisation feront l'objet d'une adhésion consensuelle sera également transmise au S.S.I.D.P.A.. L'infirmière coordinatrice pourra alors déclencher le processus identique au scénario précédent avec par contre, une visite préalable systématique au domicile.

❑ **Hospitalisation ou placement en institution d'un patient pris en charge par un des membres du réseau local :**

Si le patient n'est pas pris en charge par le S.S.I.D.P.A., l'infirmière coordinatrice veillera à ce que tous les renseignements sur le mode de vie, les habitudes, le niveau de dépendance, ainsi que les renseignements concernant la prise en charge initiale à domicile et susceptibles d'être utiles pour le relais en structure d'accueil ou en milieu hospitalier, soient communiqués dans les plus brefs délais à l'institution accueillante.

Pour cela, elle utilisera la fiche-navette qui sera transmise dans la mesure du possible, avant l'admission à un référent désigné, pour permettre un accueil et une prise en charge immédiate la plus personnalisée possible.

❑ **Situation d'urgence :**

Une telle organisation va permettre aux différents professionnels de travailler ensemble dans une même démarche et de ce fait on doit, à terme, parvenir à mieux réguler les situations d'urgence, en se contentant d'appliquer les mêmes procédures. L'adhésion du plus grand nombre sera déjà un premier succès.

Ainsi, grâce à une prise en charge organisée dans la continuité des soins et des aides, le sentiment de rupture, de déchirement sera moindre et l'autonomie sera préservée le plus longtemps possible.

La personne âgée dépendante se sentira reconnue en tant qu'individu et les professionnels seront de moins en moins confrontés à un sentiment d'échec et d'incompréhension, face à une évolution rapide de la situation de dépendance qui aurait pu être évitée.

3.3.3.3. Au travers d'une évaluation et d'un suivi pluridisciplinaire

L'évaluation initiale n'a de sens que si elle reflète une approche pluridisciplinaire. Le fait de reconnaître le S.S.I.D.P.A. comme référent de proximité et comme le pivot d'un travail en réseau, ne lui accorde aucune prérogative particulière. Au contraire, sa légitimité est fondée sur le respect de la neutralité, l'impartialité et la garantie d'une recherche permanente d'un plan d'aides individualisées et adaptées aux besoins et attentes de la personne dépendante. Mais il ne faut pas s'arrêter à l'évaluation initiale. Il faut au contraire rentrer dans un système d'évaluation permanente basé sur des procédures. A cet effet, des réunions mensuelles à destination des membres du réseau, seront organisées par les infirmières coordinatrices, pour vérifier si la proposition du nouveau plan d'aides leur semble conforme aux besoins repérés. Un consensus sera systématiquement recherché.

Bien entendu, suite à ces évaluations périodiques, l'infirmière coordinatrice prendra contact avec les différents acteurs concernés pour un réajustement éventuel.

Conclusion partielle

Partant du principe qu'une meilleure coordination des interventions, un travail en réseau et le développement du partenariat doivent permettre d'améliorer la prise en charge de la dépendance à domicile en milieu rural, je considère que le S.S.I.D.P.A. peut être l'acteur privilégié pour impulser cette nouvelle manière de travailler ensemble. De plus, l'organisation de notre mouvement me conforte dans cette idée dans la mesure où les associations locales cantonales facilitent le développement des liens sociaux de proximité et peuvent se situer comme des instances de veille sanitaire et sociale. L'adhésion à une fédération départementale permet en outre, d'organiser des actions entre associations, à l'échelle de plusieurs cantons ou du département et d'avoir une représentation extérieure importante.

Evaluations pluridisciplinaires, plans d'aides personnalisés et adaptables en fonction de l'évolution de l'état de dépendance, coordination des actions dans un souci de continuité des soins et aides sont les objectifs principaux recherchés dans cette nouvelle organisation de

travail en réseau. Mais au-delà de l'organisation proposée, il est indispensable d'obtenir les moyens nécessaires à un bon fonctionnement pour pallier les situations d'urgence, pour mettre en place des interventions en parfaite adéquation aux besoins ou encore pour former le personnel d'intervention et d'encadrement.

Bien sûr, parallèlement à ces nouvelles dispositions, l'ensemble des acteurs doit s'inscrire dans une véritable démarche d'évaluations. Notre secteur se familiarise peu à peu avec cette nouvelle approche et la promulgation de la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 vient renforcer la notion d'évaluation en instaurant des régimes d'évaluation interne et externe. Sans attendre les décrets d'application et dans un souci de maîtrise des dépenses, nous veillerons à mettre en place tous les outils permettant de réaliser une évaluation optimale.

CONCLUSION

La coordination, le travail en réseau et le développement du partenariat s'imposent en complément aux nombreux dispositifs existant dans le domaine de l'aide à domicile auprès des personnes dépendantes. Pourquoi ? Parce l'organisation parcellaire actuelle ne permet pas toujours de parvenir à l'efficacité des interventions. Le phénomène s'amplifie lorsque l'on est confronté à une situation d'urgence, que la personne doit quitter son domicile pour rentrer en institution ou inversement, lorsqu'un retour à domicile est organisé dans la précipitation. Le contexte spécifique des interventions en milieu rural présente des intérêts si l'on tient compte de la présence liens sociaux, familiaux et des soutiens de voisinage. Mais certaines zones géographiques méritent que l'on s'y intéresse plus particulièrement : l'éloignement, les difficultés à trouver du personnel, les déficiences de liens avec les centres hospitaliers ou institutions d'accueil, peuvent rompre la continuité des soins et des aides, et par-là même provoquer des situations de plus grande dépendance qui auraient pu être évitées. Les dernières orientations en matière d'action sociale réaffirment la nécessité de coordonner les interventions, d'établir des évaluations des besoins pluridisciplinaires et des plans d'aides individualisés. L'A.P.A., les C.L.I.C. ou encore la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 apportent des outils que les représentants des institutions ou services de l'action sociale et médico-sociale doivent s'approprier, même si tous les décrets d'application ne sont toujours pas publiés.

Le S.S.I.D.P.A. dont les missions sont déjà clairement identifiées et dont le rôle est devenu majeur en particulier dans le milieu rural, peut impulser la mise en œuvre de nouveaux processus et outils, pour parvenir à une nouvelle organisation autour d'un travail en réseau. La notion de proximité est capitale. Le S.S.I.D.P.A. peut apporter ce complément indispensable au fonctionnement d'un C.L.I.C. De plus, le système associatif proposé par l'A.D.M.R. à l'échelon cantonal et départemental doit favoriser la reconnaissance de ce nouveau référent de proximité, le positionnant à l'interface du sanitaire et du social.

Le travail engagé en 2003 n'est qu'une amorce à cette nouvelle façon de travailler et je m'emploierai dans les prochains mois, dans une démarche de management participatif et délégué, à mobiliser l'ensemble des salariés et administrateurs des associations A.D.M.R. pour établir un nouveau projet institutionnel.

Parce que les besoins et attentes ne sont pas identiques pour toutes les personnes dépendantes, nous devons nous positionner comme des acteurs de l'action médico-sociale responsables, capables de remettre en cause si nécessaire nos pratiques, dans une recherche permanente de satisfaction des besoins. Chacun doit arriver à comprendre que nous sommes là pour nous adapter à la personne et non le contraire.

Bibliographie

Textes législatifs

- ◆ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales
- ◆ Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 et Circulaire n° 81-8 du 1^{er} octobre 1981, qui définissent les conditions d'autorisation et de fonctionnement des S.S.I.D.P.A.
- ◆ Circulaires n° 81/6 du 9 septembre 1981 et n° 82/11 du 26 mars 1982, relatives aux services Auxiliaires de vie
- ◆ Circulaire Franceschi J. du 7 avril 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées
- ◆ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, instituant la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.)
- ◆ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- ◆ Circulaires DGAS/RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 et DGAS/AVIE/2C n° 2001-224 du 18 mai 2001, relatives aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (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 (A.P.A.)
- ◆ Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale
- ◆ Circulaire n° DGAS/DGEFP/2002/99 du 19 février 2002, relative au développement de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile
- ◆ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ◆ Décret 2002-615 du 26 avril 2002, relatif à la Validation des Acquis de l'Expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle (V.A.E.)
- ◆ Arrêté du 2 mai 2002, relatif aux modalités de l'expérimentation de validation des acquis de l'expérience pour le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (D.E.A.V.S.)
- ◆ Circulaire DGAS/PHAN/3A/n° 2002/522 du 11 octobre 2002 : dispositif de soutien des personnes handicapées et plus particulièrement des personnes lourdement handicapées
- ◆ Décret n° 2002-401 du 25 mars 2002, portant création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de service d'intervention Sociale

Rapports

- ◆ Rapport Laroque «Code de la vieillesse» - Commission d'étude des problèmes de la vieillesse – 1966
- ◆ Rapport IGAS – Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, décembre 1995

Ouvrages

- ◆ LAVILLE J.L., NYSSSENS M. *Les services sociaux entre associations, Etat et marché. La découverte, M.A.U.S.S., C.R.I.D.A. 2001. 284 p.*
- ◆ DHERBEY B., PITAUD P., VERCAUTEREN R. *La dépendance des personnes âgées – Des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi. Ramonville Saint-Agne. Erès, 1999. 174 p.*
- ◆ FORCET J.Y., BAZELLE M.L. *Sortir la personne âgée de son isolement – Le rôle de l'institution (re)socialisante. Frison-Roche. 1999. 202 p.*
- ◆ CHAMBON M., PEROUZE H. *Conduire un projet dans les services. Chronique Sociale. Novembre 2000. 221 p.*
- ◆ MIRAMON J.M., *Le métier de directeur – Techniques et fictions. ENSP 2002. 272 p.*
- ◆ LEFEVRE P., *Guide de la fonction de directeur d'établissement sociale et médico-social. DUNOD. 1999. 305 p.*
- ◆ DELPEREE N., *La protection des droits et des libertés des citoyens âgés. CNP. 1991. 237 p.*
- ◆ JACQUIN-RAVOT B., *Réussir la qualité par tous. Chronique Sociale. Novembre 2001. 140 p.*
- ◆ LOUBAT J.R., *Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux. DUNOD. 1999. 289 p.*
- ◆ KARSZ S. avec AUTES M., CASTEL R., ROCHE R. et al., *L'exclusion, définir pour en finir. DUNOD 2000. 174 p.*
- ◆ THEVENET A., *Les institutions sanitaires et sociales de la France. PUF. 1999. 127 p.*
- ◆ JOEL M.E., MARTIN C., *Aider les personnes âgées dépendantes – Arbitrages économiques et familiaux. ENSP. 1998. 132 p.*
- ◆ ARGOUD D., *Politiques de la vieillesse et décentralisation – les enjeux d'une mutation. Pratiques du champ social. ERES. 1998. 226 p.*
- ◆ DHUME Fabrice., *Du travail social au travail ensemble – le partenariat dans le champ des politiques sociales. ASH. Mars 2001. 206 p.*

Mémoires

- ◆ FAGET N. *La dépendance de la personne âgée : moyens pour optimiser sa prise en charge. Mémoire pour l'obtention du DESS économie et gestion hospitalière privée. 1996. 94 p.*

Documentaires

- ◆ JOEL M.E., MARTIN C., *L'organisation du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes – déterminants économiques et familiaux*. Mire et Fondation de France. Novembre 1996. 130 p.
- ◆ Secteur des personnes âgées, une identité qui s'impose. Congrès 14 et 15 mars 2002. Saint-Brieuc. Les Cahiers. FNADEPA. N° 73. Septembre 2002/22.
- ◆ DOCUMENTS CLEIRPPA. Cahier n° 6. *L'aide à domicile : vers une démarche de professionnalisation*. Avril 2002. 32 p.
- ◆ Union Nationale ADMR. *50 ans de service à domicile – Naissance et développement d'un mouvement associatif de proximité*. 1995. 192 p.
- ◆ Décideurs en gérontologie. *Supplément au magazine n° 51*. 10 Janvier 2003. 4 p.
- ◆ Les Cahiers. FNADEPA. n° 73. septembre 2002. Extrait de revue de l'infirmière. n° 82. Juin 2002
- ◆ Décideurs en gérontologie. n° 51. *Janvier 2003*. 42 p.
- ◆ Gérontologie et société. *Le vieillissement rural*. n° 63. Décembre 1992. 112 p.
- ◆ Gérontologie et société. *Le grand âge*. n° 98. Septembre 2001. 278 p.
- ◆ Gérontologie et société. *Réseaux et coordination*. n° 100. Mars 2002. 159 p.

Compte rendu de congrès

- ◆ *Miser sur les ressources de demain*. VIIe Congrès international francophone de gérontologie. 2002. Bruxelles. Décideurs des maisons du troisième âge. n° 49. Octobre/Novembre 2002. 50 p.

Divers

- ◆ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, élaborée en 1987, actualisée en 1999.

Liste des annexes

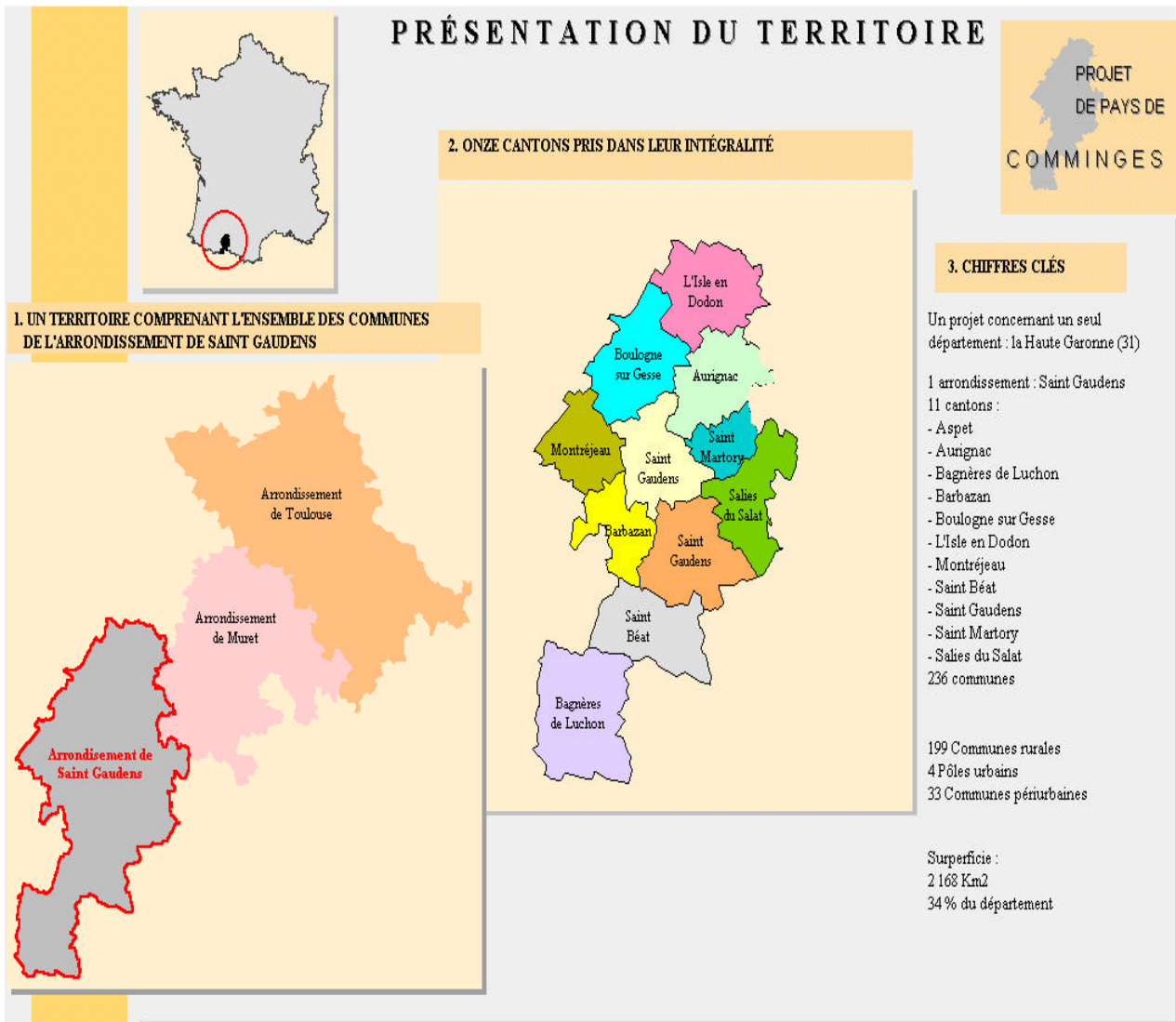
Annexe I : Carte du Comminges

Annexe II : Fiche de fonction de l'infirmière « Cadre de proximité »

Annexe III : Schéma d'organisation C.L.I.C. – S.S.I.D.P.A.

Annexe IV : Grille d'évaluation de la dépendance

Annexe V : Fiche-Navette



Fiche de Fonctions n° 1

Madame :

Poste : **Infirmière Cadre de Proximité**

Madame....., infirmière cadre de proximité, travaille sous l'autorité du Directeur de la Fédération A.D.M.R.

Madame..... se voit confier le suivi des quatre S.S.I.D.P.A. suivants :

- ◆ SSIDPA « Garonne-Layrisse » - 31440 MARIGNAC
- ◆ SSIDPA « Les Trois Rivières » - 31420 AURIGNAC
- ◆ SSIDPA « Le Mercadier » - 31230 L'ISLE EN DODON
- ◆ Centre de Soins – 31230 L'ISLE EN DODON

Les missions de Madame..... se déclinent selon quatre axes :

Gestion administrative et financière

- Aider au recrutement du personnel, à la gestion et au développement des compétences ainsi qu'au suivi des contrats de travail
- Participer aux réunions de conseil d'administration pour apporter le soutien technique nécessaire aux administrateurs bénévoles
- Procéder au suivi budgétaire et au contrôle des engagements de dépenses (fonctionnement et investissement)
- Élaborer aux côtés des SSIDPA, les budgets prévisionnels et comptes administratifs
- Négocier les budgets avec les autorités de tarification

Remplacement des infirmières coordinatrices

- Aider à l'élaboration des plannings et à l'organisation du travail
- Animer les réunions d'équipe, en l'absence de l'infirmière coordinatrice
- Procéder à l'admission des nouveaux patients dans les services (prise en charge administrative, intégration dans les plannings....)
- Renseigner les éléments d'activité nécessaires aux comptes-rendus adressés aux instances de contrôle
- Assurer la gestion prévisionnelle des emplois et des absences et remplacements nécessaires du personnel d'intervention

Evaluation des besoins, mise en place et suivi des plans d'aides

- ❑ Soutenir l'infirmière coordinatrice dans l'évaluation des besoins, la mise en place et le suivi des plans d'aides auprès des patients admissibles dans le SSIDPA, mais aussi auprès des patients adressés au SSIDPA dans le cadre du travail en réseau et du partenariat mis en place avec le CLIC commingeois.
- ❑ Participer à la création et à la mise en place de tout nouvel outil pouvant faciliter le travail en réseau
- ❑ Organiser, aux côtés de l'infirmière coordinatrice, toutes les actions, réunions et rencontres qui permettront d'impulser une nouvelle manière de travailler avec l'ensemble des acteurs locaux

Développement et animation du réseau « Santé »

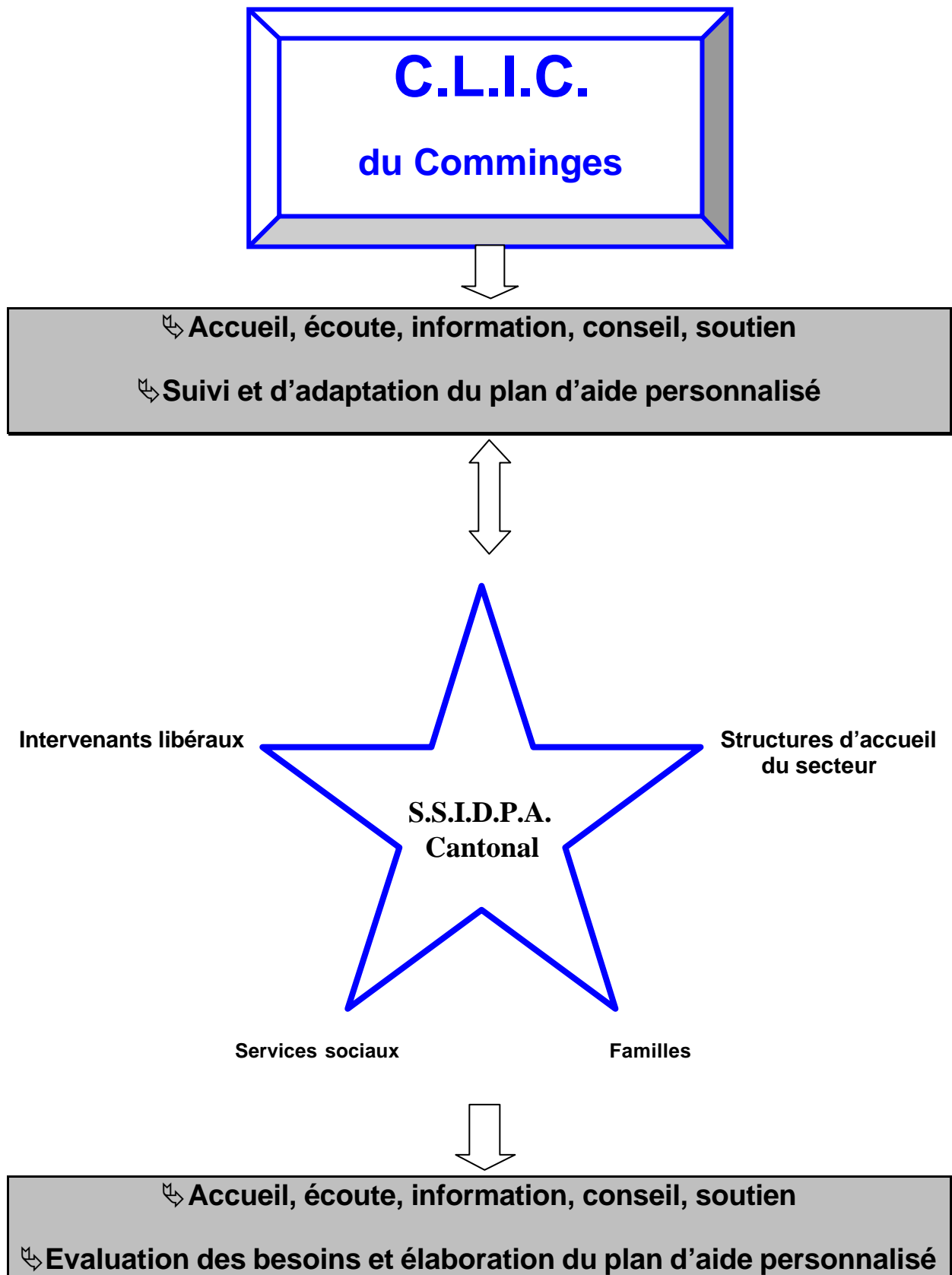
- ❑ Assurer la diffusion de l'information
- ❑ Favoriser toutes les formes de partenariats locaux
- ❑ Aider les administrateurs des SSIDPA à la représentation locale
- ❑ Assurer la cohérence des actions entre les différents SSIDPA
- ❑ Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet associatif et de service de chaque SSIDPA : apport méthodologique, participation à l'analyse de l'environnement et à la construction de propositions d'orientations ...
- ❑ Animer la vie associative : aide à l'organisation des conseils d'administration, des assemblées générale, recrutement des bénévoles et dynamisation du tissu associatif local...
- ❑ Veiller à la cohérence des orientations fixées par la Fédération départementale et par l'Union Nationale A.D.M.R.
- ❑ Organiser et animer des réunions thématiques départementales

Fait à

Le.....

Signature de l'employeur,

Signature de la salariée,



Grille d'évaluation

Date de l'évaluation :

I- Situation individuelle de la personne :

Nom : Prénom :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Régime d'assurance maladie :

Nom du médecin traitant :

Nom de l'infirmier(e) libéral(e) :

Nom du tuteur (éventuel) :

II- Demande de prise en charge :

Origine de la demande :

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Patient | <input type="radio"/> | Médecin | <input type="radio"/> |
| Famille
(à préciser) | <input type="radio"/> | Infirmier libéral | <input type="radio"/> |
| Travailleur social | <input type="radio"/> | Milieu hospitalier | <input type="radio"/> |

Contenu de la demande :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

III- Evaluation sociale :

Intervenants au moment de la demande :

Nom de l'intervenant	Coordonnées	Type d'interventions
Mr	Kinésithérapeute 2 Place de la Hutte 31000 Toulouse Tél. :	Tous les mardis De 14h à 15h30 <i>Marche à l'intérieur de la maison</i>
Mme.....	Aide à domicile A.D.M.R.	Du lundi au vendredi De 10h à 12h <i>Préparation des repas</i> <i>Gestion des courses</i>

Environnement familial et de voisinage :

Nom – Prénom	Lien de parenté	Adresse	Rythme des visites Services rendus
Mme.....	Fille	31000 Toulouse Tél.:	Toutes les après-midi Suivi des papiers Compagnie
Mr.....	Fils	75000 Paris	Vacances scolaires Pas d'aide spécifique
Me.....	Voisine	31000 Toulouse	Tous les matins Surveille le chauffage Compagnie

Commentaires :

Très proche de sa fille.....

Environnement social :

Activités sociales Loisirs	Extérieur/Intérieur	Attachement	Rythme
Club de lecture	A Domicile	++++	Tous les jeudis De 14h à 16h
Mots croisés	A Domicile	++++	Tous les jours
Télévision	A Domicile	++ - -	Selon moral

Commentaires :

Aucun déplacement à l'extérieur
Grosses difficultés de mobilité
Grosses difficultés d'accessibilité du logement (1^{er} étage)

Situation du logement :

Type de logement	Implantation	Accessibilité
Maison individuelle Entretien ++++	Rural dispersé	Difficile ++++ Pièces de vie au 1 ^{er} étage, Non fonctionnel

IV- Grille AGGIR : ¹

Chaque variable doit être renseignée selon trois possibilités (voir notice de remplissage):

- A** : Fait seul, totalement, habituellement et correctement
- B** : Fait partiellement ou non habituellement ou non correctement
- C** : Ne fait pas

Variables Discriminantes	Autonomie
Cohérence	A
Orientation	A
Toilette	C
Habillage	B
Alimentation	B
Elimination	A
Transferts	B
Déplacements à l'intérieur	A
Déplacements à l'extérieur	C
Communication à distance	A
Variables Illustratives	Autonomie
Gestion	B
Cuisine	B
Ménage	C
Transport	C
Achats	C
Suivi du traitement	A
Activités de temps libres	A
Groupe Iso-Ressources	4

¹ Cet outil est rempli obligatoirement, car il fait partie des critères de prise en charge en S.S.I.D.P.A. et d'obtention de l'A.P.A.

V- Evaluation complémentaire²

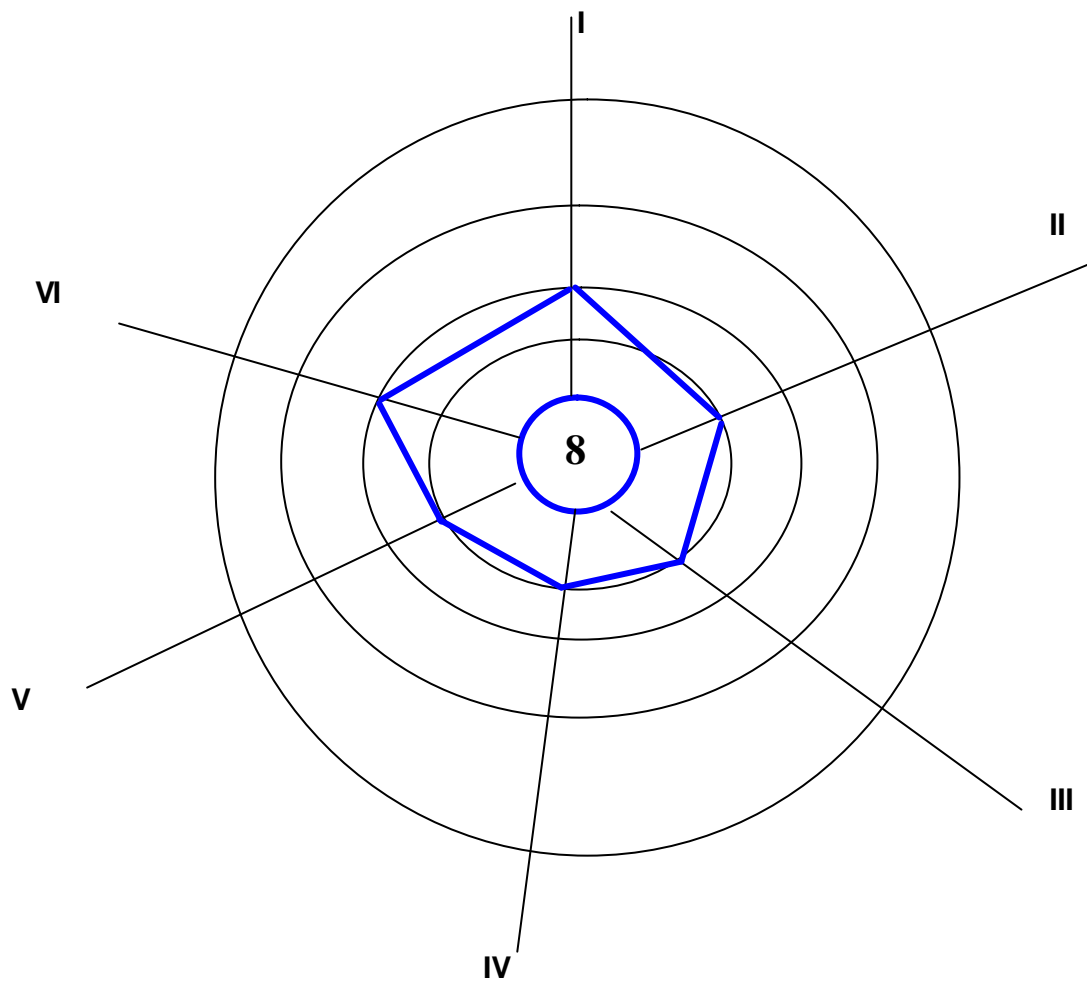
Certains Items de la grille de Virginia Henderson sont repris pour compléter les évaluations précédentes et permettre d'avoir une vision plus globale de la personne :

Chaque item correspond à une numérotation de 1 à 4 et le total des points permettra d'établir un diagramme, pour surveiller l'évolution.

I - Besoin de respirer	
Sans gêne	
Dyspnée	2
A besoin d'aide technique (type aérosol)	
Ventilation assistée	
II - Dormir et se reposer	
Dort naturellement	1
Dort avec aides (médicaments)	
Réveils fréquents	
Insomnies fréquentes	
III - Maintenir sa température	
Adapte ses vêtements à la température ambiante	1
Demande à être protégée	
Incapable d'adapter ses vêtements à la température ambiante	
Garde les vêtements qu'on lui enfile	
IV - Evite les dangers	
Lucide	1
Confus et/ou désorienté épisodiquement	
Confus et/ou désorienté en permanence	
Coma, dangereux pour lui-même et pour les autres	
V - S'occuper en vue de se réaliser	
Autonome	1
Triste, anxieux	
Angoissé, opposant, se laisse aller	
Négation de soi, désespoir	
VI - Besoin de se recréer, se divertir	
Autonome	
Désintéressement à accomplir des activités récréatives	2
Difficulté/incapacité à accomplir des activités récréatives	
Refuse d'accomplir des activités récréatives	

² Cette évaluation ne peut s'envisager qu'au bout d'un certain délai de prise en charge, car il n'est pas possible de trouver les éléments de réponses au cours d'une évaluation initiale ou d'un premier entretien. Par contre, celle-ci sera très utile lors d'un transfert domicile-institution ou institution-domicile.

Diagramme partiel / besoins Virginia Henderson :



La comparaison de plusieurs diagrammes sur une période donnée permettra de mesurer l'évolution de certains paramètres, sur le niveau de dépendance pour accomplir les gestes de la vie quotidienne.

Fiche-Navette

Institution – Domicile

Fiche utilisée lors d'un départ vers une institution ou lors d'un retour à domicile. Celle-ci est établie et transmise par le service ou établissement accueillant au service ou établissement vers lequel la personne est orientée dans les plus brefs délais (si possible avant l'arrivée de la personne).

Nom : **Prénom** :

Age :

Situation initiale¹

<i>Domicile</i>	<i>Institution médico- sociale</i>	<i>Etablissement de soins</i>

	<i>Nom</i>	<i>Téléphone</i>
<i>Médecin</i>		
<i>Infirmier (éventuel)</i>		
<i>Assistante Sociale (éventuelle)</i>		

Pathologie essentielle²

.....

¹ Préciser Adresse et service éventuel

² Selon indications accessibles à toute catégorie professionnelle

Traitement en cours³

.....
.....
.....

Motif justifiant le changement de situation

.....
.....
.....

Groupe GIR⁴

Bénéficiaire de l'APA: **Oui**

Non

Actes essentiels de la vie courante⁵

Actes	Seul	Avec Aide
Toilette		
Habillage		
Préparation des repas		
Prise des repas		
Cuisine		
Déplacements intérieurs		
Déplacements extérieurs		
Gestion des papiers		
Petit ménage		
Achats		
Suivi de traitement		

Situation de dépendance

	Satisfaisante	Difficile
Cohérence		
Orientation		
Communication		

Entourage connu de la personne

	Oui	Non
Conjoint		
Enfants		
Présence d'amis		

Personne à prévenir

.....

³ Selon prescription médicale (jointe éventuellement sous pli cacheté)

⁴ Selon la grille AGGIR

⁵ Cocher la case correspondante

Projet de soins et plan d'aides et de soins mis en place (en quelques mots) :

Noter les objectifs de soins déterminés éventuellement, par ordre de priorité

- ◆
.....
- ◆
.....
- ◆
.....
- ◆
.....

Observations particulières pouvant être utiles pour un accompagnement personnalisé :

.....
.....
.....
.....
.....

Fiche établie par : ⁶.....

⁶ Préciser Nom et qualité de la personne ayant renseigné la fiche-navelle