



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale
Promotion 2006**

**SOUTENIR LES SERVICES DE SOINS
INFIRMIERS A DOMICILE : UN ENJEU POUR LA
PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PERSONNES
DEPENDANTES EN SARTHE**

Anne LECLERC

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire en me faisant part, lors d'entretiens ou d'échanges informels, de leurs expériences professionnelles et de leurs réflexions.

Je remercie tout particulièrement Madame Marais, inspectrice à la DDASS de la Sarthe, pour son soutien et sa grande disponibilité tout au long de l'année et Monsieur Delaunay, inspecteur principal à la DDASS de l'Orne, qui m'a guidée dans le choix de ce sujet et m'a offert une première approche du secteur médico-social.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA POLITIQUE DU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES EN FRANCE : HISTORIQUE ET ACTUALITE DES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE.....	7
1.1 Historique de la politique favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées.....	7
1.1.1 <i>Le maintien à domicile des personnes âgées : une politique bien ancrée</i>	7
1.1.2 <i>Le maintien à domicile des personnes handicapées : une politique plus récente.....</i>	9
1.1.3 <i>Des politiques qui tendent aujourd'hui à se rapprocher.</i>	10
1.2 Les SSIAD, acteurs importants dans le maintien à domicile parmi d'autres.....	11
1.2.1 <i>Présentation des SSIAD : un fonctionnement et une organisation récemment revus.....</i>	12
1.2.2 <i>Présentation des partenaires des SSIAD favorisant le maintien à domicile.....</i>	16
2 APPROCHE LOCALE DES SOINS INFIRMIERS A DOMICILE: LES SSIAD SARTHOIS EN PROIE A DES DIFFICULTES MALGRE UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES.....	19
2.1 La Sarthe : un département rural et vieillissant, faiblement « prisé » par les professionnels de santé libéraux.....	20
2.1.1 <i>Le caractère rural et vieillissant de la Sarthe.....</i>	20
2.1.2 <i>Une faible proportion de professionnels de santé libéraux</i>	20
2.2 Un environnement favorable au maintien à domicile des personnes dépendantes	21
2.2.1 <i>Un nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées inférieur à la moyenne régionale... ..</i>	21
2.2.2 <i>... mais de nombreuses structures facilitant le maintien à domicile.</i>	22
2.2.3 <i>L'absence de réseau gérontologique formel compensée par une multitude de liens informels</i>	25

2.3	Les SSIAD en Sarthe : état des lieux et analyse de leurs difficultés.....	27
2.3.1	<i>Etat des lieux des SSIAD de la Sarthe.....</i>	27
2.3.2	<i>Des difficultés pour répondre aux besoins de la population</i>	29
2.3.3	<i>Des difficultés qui s'expliquent.....</i>	31
3	PROPOSITIONS POUR SOUTENIR LES SSIAD DANS L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES.....	45
3.1	<i>Equilibrer les budgets des SSIAD.....</i>	45
3.2	<i>Rendre le travail en SSIAD plus attractif et ainsi faciliter les recrutements</i>	46
3.3	<i>Diminuer les risques de refus de prise en charge.....</i>	47
3.4	<i>Adapter la prise en charge aux besoins des personnes</i>	48
3.4.1	<i>Diversifier l'offre</i>	48
3.4.2	<i>Procéder à l'évaluation de la qualité de la prise en charge apportée par les SSIAD.....</i>	49
3.5	<i>Améliorer la coordination des différents acteurs: « créer du réseau »</i>	50
3.5.1	<i>Améliorer la coordination entre les SSIAD et les établissements de santé (hôpitaux et cliniques).....</i>	50
3.5.2	<i>Améliorer la coordination entre les SSIAD et les services d'aide à domicile</i>	51
3.5.3	<i>Améliorer la coordination entre les SSIAD et les autres acteurs (CLIC, HAD, médecins traitants).....</i>	53
3.5.4	<i>Améliorer la coordination entre les SSIAD.....</i>	54
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
ACTP	Allocation Compensatrice Tierce Personne
AIS	Acte Infirmier de Soins
AMI	Acte Médico-Infirmier
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CAFAD	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à Domicile
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CIDPA	Centre d'Information Départemental pour les Personnes Agées
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COGER	Coordination Gériatrique
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CUM	Communauté Urbaine du Mans
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEAVS	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
DGF	Dotations Globales de Financement
DISS	Direction des Interventions Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
HID	Handicaps-Incapacités-Dépendance

HT	Hébergement Temporaire
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PASSED	Plan d'Action Stratégique de l'Etat dans le Département
PSSL	Pôle Santé Sarthe et Loir
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SIVA	Site pour la Vie Autonome
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifcation A l'Activité
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

En stage au service des établissements médico-sociaux de la DDASS de la Sarthe, j'ai eu l'opportunité d'appréhender les problématiques du grand âge et du handicap au travers de divers travaux, réunions et instances. C'est au cours d'un Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) de décembre 2004 qu'est née l'idée de travailler sur les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). En effet, deux présidents de SSIAD avaient déposé une demande d'extension de capacité. Ils disaient ne pas pouvoir répondre à toutes les demandes d'admission et se plaignaient de la lourdeur de certaines prises en charge. Ils affirmaient aussi ne pas pouvoir toujours répondre de manière optimale aux besoins des personnes prises en charge par leur service. J'ai alors eu envie de me pencher un peu plus sur la question des soins à domicile et de vérifier si les difficultés évoquées par ces deux présidents concernaient également les autres SSIAD du département. Au travers de quelques échanges informels durant le stage d'observation, il m'a été confirmé que les SSIAD sarthois peinaient - à des degrés divers - à répondre aux besoins de la population dont le maintien ou le retour à domicile était conditionné par le passage régulier d'aides-soignants et/ou d'infirmiers. J'ai donc choisi d'approfondir le sujet et d'en faire le thème de mon mémoire. C'est un sujet que je ne connaissais pas du tout avant le début de la formation mais qui m'a très vite intéressée tant du point de vue de son actualité que du point de vue des acteurs en jeu. En effet, les SSIAD venaient de faire l'objet d'une réforme qui élargissait le public bénéficiaire aux personnes âgées de moins de 60 ans, atteintes de maladies chroniques ou présentant un handicap¹. Par ailleurs, m'intéresser à ces services sous-entendait m'intéresser à l'usager, aux équipes soignantes, et à leurs multiples partenaires ou interlocuteurs dans la politique du maintien à domicile dont l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS). L'IASS a effectivement un rôle majeur non seulement dans la conduite d'actions en faveur de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, handicapées ou malades mais aussi dans la mise en réseau des différents acteurs. Il participe à la planification des équipements, à l'évaluation de la réponse apportée par les services qu'il finance. S'agissant des SSIAD, il en assure le suivi notamment en les tarifant, en examinant leurs rapports d'activité annuels et en donnant son avis lors des demandes d'extension de capacité.

¹ Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

De plus, travailler sur les SSIAD et indirectement sur leur environnement était l'occasion de comprendre non seulement leur essor important depuis ces dernières années mais aussi celui de tous les autres services qui facilitent eux aussi le maintien à domicile. Mes différentes recherches m'ont ainsi permis de mieux comprendre le poids des évolutions démographiques, sociologiques sur le développement de tels services ainsi que les raisons financières. En effet, selon une enquête de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)², réalisée auprès de 170 000 personnes en 1997 tous âges confondus, il devrait y avoir « 1,2 million de personnes âgées dépendantes en 2040, soit une hausse de 43% par rapport à 2000 ». L'augmentation devrait s'accélérer à partir de 2030. Cela s'explique, selon l'INSEE, par « l'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom, ainsi [que par] l'allongement de l'espérance de vie ». S'agissant du nombre d'aidants potentiels au sein des familles, il a « tendance à diminuer du fait de l'augmentation de la participation féminine au marché du travail et de l'éclatement géographique des familles ». Il « pourrait également être affecté, à terme, par l'élévation de l'âge de la retraite » et « le nombre de personnes sans aide familiale, qui devront sans doute recevoir uniquement une aide professionnelle ou résider en institution, passera de 130 000 aujourd'hui à 160 000 en 2040 » précise l'INSEE. Par ailleurs, l'augmentation de la durée de l'état de dépendance augmente la durée de la prise en charge et limite ainsi les possibilités d'accueil d'autres personnes âgées dépendantes, d'où la nécessité de créer de nouvelles places dans les services d'aide et de soins à domicile mais aussi dans les établissements. Il faut souligner également le désir des personnes de vieillir à domicile. Or le respect du choix de la personne est inscrit dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante³. Enfin, le vieillissement des personnes handicapées est un phénomène nouveau qu'il faut bien distinguer de l'apparition d'un handicap chez les personnes âgées et qui justifie aussi que les services d'aide et/ou de soins à domicile se développent et s'adaptent à ce type de population. L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) réalisée par l'INSEE⁴ de 1998 à 2001 identifie les personnes de 40 ans ou plus qui présentent au moins une déficience survenue avant l'âge adulte et une incapacité apparue avant 20 ans. Cette approche statistique des personnes considérées comme « handicapées vieillissantes » aboutit à évaluer le nombre à 635 000, dont 267 000 âgées de 60 ans ou plus. Avant d'être

² *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 18 juin 2004, n° 2364, pp. 7-8.

³ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Fondation nationale de gérontologie. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Cf. annexe 6.

⁴ MICHAUDON H. « Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID. » *DREES Etudes et résultats*, Décembre 2002, n°204.

adultes, près de 90% d'entre elles étaient mono déficientes (déficience visuelle, viscérale ou métabolique). En vieillissant, elles ont acquis de nouvelles déficiences, en particulier motrices et 38% des personnes handicapées vieillissantes qui vivent à domicile ont besoin d'une aide régulière liée à leur handicap ou à un problème de santé.

Ainsi, le vieillissement de la population associé à des évolutions sociologiques justifie le développement de mesures en faveur du maintien à domicile des personnes et sur un plan strictement financier, force est de reconnaître que le maintien à domicile est beaucoup moins onéreux pour la collectivité comme pour la personne aidée que l'hébergement en établissement. En effet, à domicile, seule la dépendance peut être financée par l'aide sociale du département, alors qu'en établissement, l'aide sociale peut aussi financer l'hébergement en sus de la dépendance.

En résumé, travailler sur les SSIAD de la Sarthe devait être pour moi l'occasion de découvrir leur organisation, leur fonctionnement et leurs missions essentielles ; une bonne connaissance des acteurs étant le préalable à l'évaluation de leur action et à la conduite de projets, compétences majeures d'un IASS. Il a donc fallu dans un premier temps que j'étudie les textes et les articles traitant de la question ; puis dans un second temps que je rencontre les professionnels des SSIAD pour faire le point sur leurs difficultés que je n'avais fait qu'entrevoir en décembre. Une fois celles-ci recensées, la question que j'ai cherché à résoudre tout au long de mes investigations fut la suivante :

Pourquoi les SSIAD de la Sarthe éprouvent-ils ces difficultés qui se répercutent sur la qualité de la réponse qu'ils apportent à la population ?

Au préalable, j'ai posé une série d'hypothèses à vérifier au fil de mes recherches.

Ces hypothèses étaient les suivantes:

- il existe une mauvaise coordination entre les SSIAD et les hôpitaux.
- les frais des SSIAD sont de plus en plus importants (coût des interventions des infirmiers libéraux, de l'essence, vieillissement du personnel...).
- il y a une pénurie de personnel soignant et un manque de formation dans le département.
- il y a une nette augmentation des demandes et/ou une augmentation de la dépendance et/ou une diversification du public (personnes handicapées) qui rallongent la durée de prise en charge.
- il y a un problème de communication avec les services d'aide à domicile.

Pour les infirmer ou les valider, il a fallu que je mette en oeuvre différentes méthodes de recueil de données.

Méthodologie

Pendant et suite au stage d'observation, j'ai effectué diverses recherches documentaires. Celles-ci m'ont permis de cerner le contexte politique et juridique des SSIAD, maillon essentiel de la politique du maintien à domicile. J'ai donc étudié les textes législatifs et réglementaires en lien avec le thème, lu des articles de magazines spécialisés, consulté certains sites Internet, en particulier celui du Ministère et celui de la DRASS des Pays de la Loire.

Lors du stage d'exercice professionnel, j'ai poursuivi mes recherches pour préciser les questions à poser lors des différents entretiens et comprendre le contexte local. J'ai pu consulter tous les documents que la DDASS a mis à ma disposition (des comptes rendus de réunion, des tableaux de synthèse sur différents thèmes, des cartographies, le schéma départemental des personnes âgées de la Sarthe 2005-2009, ...), analyser les rapports d'activité des SSIAD sarthois, participer à des réunions internes et externes en lien avec les SSIAD et les services d'aide à domicile (cinq au total), et consulter des documents de la CPAM et de la CRAM. Je me suis aussi rendue dans une agence ANPE du Mans pour consulter des documents en lien avec le métier d'aide-soignant et d'infirmier. En juin 2005, j'ai assisté à un CROSMS portant sur la création d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). En parallèle, j'ai mené plusieurs entretiens semi directifs (douze au total) après avoir élaboré des grilles d'entretien adaptées aux personnes interviewées. J'ai ainsi pu rencontrer quatre infirmières coordinatrices de SSIAD, un président de SSIAD et deux responsables de CLIC. Je me suis également rendue au service social d'un hôpital pour obtenir des informations sur la coordination entre l'hôpital et les SSIAD. Un rendez-vous au service de l'Aide Sociale aux Adultes du Conseil Général de la Sarthe, à l'association d'hygiène sociale de la Sarthe qui gère une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD), et dans une association spécialisée dans le maintien à domicile m'ont permis d'étudier les relations entre les SSIAD, l'HAD et les services d'aide à domicile du département. J'ai également pu m'entretenir avec un médecin-conseil d'une CPAM pour obtenir des informations sur l'évolution des demandes de prises en charge en termes de nombre et de profil. Chaque entretien a duré entre une et deux heures. J'ai par ailleurs pu m'entretenir par téléphone avec un cadre infirmier du réseau Ariane 72 spécialisé dans les soins palliatifs et avec cinq infirmiers coordinateurs de SSIAD afin d'avoir la vision la plus large possible des problématiques de ces services. Enfin, la rédaction de deux rapports CROSMS en lien avec le sujet (une demande d'extension de capacité et une demande de création d'un SSIAD spécialisé dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives) a alimenté mes réflexions. La plupart des données recueillies ayant permis la réalisation du présent mémoire datent donc de l'été 2005.

Je rappellerai tout d'abord les grandes lignes de la politique du maintien à domicile des personnes dépendantes⁵ en France afin de bien situer les SSIAD dans cet environnement riche et évolutif (I). Puis, je procéderai à une approche locale des SSIAD en prenant l'exemple de la Sarthe (II). Seront alors présentées et analysées leurs difficultés. Je formulerai enfin une série de propositions destinées à soutenir ces services dans l'amélioration de la prise en charge à domicile des personnes dépendantes (III).

⁵ Le Larousse 2004 définit la dépendance comme l' « état d'une personne qui ne peut plus réaliser toute seule les actes de la vie quotidienne. » Dans les développements qui suivent, il sera essentiellement question des personnes âgées voire très âgées et des personnes handicapées qui ont besoin d'une aide et/ou de soins pour que leur maintien à domicile demeure possible.

1 LA POLITIQUE DU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES EN FRANCE : HISTORIQUE ET ACTUALITE DES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE.

Après avoir retracé l'évolution de la politique en faveur du maintien à domicile des personnes dépendantes (1.1), je m'attarderai sur le cadre juridique récemment revu des SSIAD, acteurs incontournables dans le maintien à domicile, et sur la présentation de leurs principaux partenaires (1.2).

1.1 Historique de la politique favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées

Les actions favorisant le maintien à domicile des personnes dépendantes sont principalement de deux sortes. Elles peuvent être destinées soit à dispenser des soins au domicile de la personne soit à lui apporter une aide dans les actes de la vie quotidienne. Les premières sont du ressort de l'Etat, puisque le financement provient de l'Assurance Maladie ; les secondes sont majoritairement de la compétence des conseils généraux au titre de l'aide sociale. Soulignons dès à présent que ces mesures ont d'abord été destinées aux personnes âgées puis qu'elles se sont étendues aux personnes handicapées. Elles tendent aujourd'hui à se rapprocher.

1.1.1 Le maintien à domicile des personnes âgées⁶ : une politique bien ancrée

Jusque dans les années 1960, il n'existait pas de politique spécifique en direction des personnes âgées mais seulement une politique d'assistance aux « pauvres » dont beaucoup étaient des personnes âgées.

En 1962, le Rapport Laroque⁷ affirme la priorité du maintien à domicile. Sont alors mises en œuvre des mesures de soutien dans le cadre de plans quinquennaux. On voit ainsi les clubs du troisième âge se multiplier et les services d'aide ménagère se développer.

⁶ Sources : GRAND A., ANDRIEU S., « La politique d'aide aux personnes âgées à l'épreuve du vieillissement démographique » *Regards sur l'actualité*, décembre 2003, n°296, pp. 63-75. ; POURSINOFF A. *Diversifier l'offre du SIAD pour répondre aux besoins des personnes lourdement dépendantes*. Mémoire de l'École nationale de la santé publique.2004. 83 p.

⁷ LAROQUE P. (prés) 1962, Politique de la vieillesse, Paris, *la Documentation Française*, 438 p.

En 1978, les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées sont expérimentés et un décret de 1981 leur donne un cadre réglementaire⁸. Ces services vont alors rapidement se développer, la capacité installée augmentant de 61 % entre 1980 et 1984. Puis, la loi de décentralisation de 1983 amorce le transfert de compétences en matière d'aide sociale aux départements. L'aide sociale aux personnes âgées est désormais sous la responsabilité des conseils généraux et comporte trois formes de soutien (hébergement en établissement, maintien au domicile et soutien financier à la dépendance).

Depuis le milieu des années 1980, la diversification de l'offre de services est fortement encouragée : création des associations intermédiaires (1992), des associations de services aux personnes, encouragement fiscal de l'emploi de gré à gré, mise en place de procédures d'agrément pour les services destinés aux personnes âgées de 70 ans ou plus (1996), mesures d'aide aux aidants. En 1997, la Prestation Spécifique Dépendance est instituée ; elle est remplacée en 2001 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui permet entre autre de financer en tout ou partie l'emploi d'une aide à domicile.

Puis, pour répondre à une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de réseau, une circulaire du 6 juin 2000⁹ encourage la création de Centres locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Ceux-ci sont conçus comme des guichets d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage et rassemblent toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne.

Par ailleurs, le plan « Vieillesse et Solidarités » (2004-2007) adopté par le gouvernement le 6 novembre 2003 vise à garantir aux personnes âgées dépendantes et à leurs familles le choix entre le maintien à domicile et l'entrée en établissement. Ont ainsi été fixés comme objectifs la création de 17 000 nouvelles places de SSIAD sur quatre ans pour atteindre près de 100 000 places en 2007 et le recrutement de 15 000 personnels soignants supplémentaires sur la même période. 10 250 places de SSIAD, 2 250 places d'hébergement temporaire et 4250 places d'accueil de jour destinées notamment à la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ont déjà été financées en 2004 et 2005. Une partie des fonds issus de la journée de solidarité du lundi de Pentecôte ainsi qu'une vaste campagne de communication sur les métiers de l'aide à domicile visent en outre à accélérer la mise en œuvre de ce plan.

⁸ Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

⁹ Circulaire DGAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Enfin, la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confie au seul Président du Conseil Général le pilotage de la politique gérontologique dans toutes ses composantes, dont l'hébergement en établissement et le maintien à domicile.

1.1.2 Le maintien à domicile des personnes handicapées : une politique plus récente.

Il faut attendre les années 1970 pour voir se développer les premières mesures en faveur du maintien à domicile des personnes handicapées. C'est en effet en 1975 qu'est créée l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), versée aux personnes âgées de moins de 60 ans, atteintes d'une incapacité permanente d'au moins 80 % ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie courante et ne bénéficiant pas d'un avantage analogue au titre d'un régime de sécurité sociale¹⁰. Le placement en institution reste pourtant pendant de longues années encore la « norme ». Ce n'est que depuis peu de temps que l'on voit se développer des services pour l'accompagnement à domicile des personnes handicapées, tels que les SESSAD (Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile) pour les enfants, les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) ou encore les SAVS (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale) pour les adultes. Ces deux derniers services n'ont en effet de fondement juridique que depuis mars 2005¹¹.

Le programme d'action pour les personnes handicapées contenu dans le plan dépendance de novembre 2003 vise en outre à «garantir en toute circonstance aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation personnalisée des handicaps et à un revenu d'existence qui permette une vie autonome digne ; promouvoir une participation effective et entière des personnes handicapées à la vie sociale grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité généralisée, qu'il s'agisse de l'accès à l'école, à l'emploi, au cadre bâti, aux transports, à la culture et aux loisirs ; mettre la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative grâce à la clarification des compétences, à la simplification des procédures et à la réorganisation des institutions. »¹² En instaurant un droit à compensation concrétisé par le versement d'une prestation de

¹⁰ www.handicap.gouv.fr

¹¹ Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

¹² *Liaisons Sociales Quotidien*, 17 novembre 2003, n°76/2003, pp. 3-11.

compensation et en créant les maisons départementales des personnes handicapées dont la vocation est d'informer, conseiller et accompagner ces personnes, la loi du 11 février 2005¹³ vise à permettre aux personnes handicapées de choisir leur mode de vie et donc à faciliter leur maintien à domicile si elles le désirent.

1.1.3 Des politiques qui tendent aujourd'hui à se rapprocher.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale lisse les outils et les règles en matière de planification, d'autorisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux que ceux-ci accueillent des personnes âgées, handicapées ou en difficulté sociale. De même, des rapprochements entre la politique du handicap et la politique gérontologique sont aujourd'hui perceptibles que ce soit au niveau des instances nouvellement créées ou au niveau des métiers de l'aide à domicile et des services qui les organisent. Ainsi, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) instituée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a notamment pour mission la contribution au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées tant à domicile qu'en établissement et la répartition des crédits de l'assurance-maladie destinés à certains établissements et services sociaux et médico-sociaux à tarification préfectorale. En outre, certains évoquent déjà l'éventuelle transformation des maisons départementales des personnes handicapées en «maisons départementales de l'autonomie » appelées à traiter aussi bien des problématiques du handicap que de celles du grand âge¹⁴. Dans le même ordre d'idées, le rapprochement entre les deux politiques est sensible au travers des services à la personne récemment revalorisés par le législateur¹⁵ et qui s'adressent à divers publics (famille, personnes âgées, handicapées etc.) sans distinction de régime juridique. Tous doivent en effet être agréés par l'Etat¹⁶. Par ailleurs, le nouveau métier d'auxiliaire de vie

¹³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁴ GOHET P. « Handicap et dépendance. Proches mais pas semblables ». *Revue hospitalière de France* Janvier-février 2005, n° 502, pp. 80-81.

¹⁵ Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

¹⁶ Article L129-1 du Code du travail : « Les associations et les entreprises dont l'activité porte sur la garde des enfants ou l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile et les centres communaux et

sociale a pour objet d' « effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles dans leur vie quotidienne ». « [Les titulaires de ce diplôme] interviennent auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées, pour une aide dans la vie quotidienne, le maintien à domicile, la préservation, la restauration et la stimulation de l'autonomie des personnes, leur insertion sociale et la lutte contre l'exclusion. »¹⁷ On le voit, les auxiliaires de vie sociale interviennent auprès de publics très divers, mais qui se trouvent tous dans une situation de fragilité à leur domicile.

Enfin, c'est en observant la nouvelle « constitution financière » française que l'on se rend compte du rapprochement entre la politique du handicap et celle du grand âge y compris dans son volet « maintien à domicile ». En effet, la Loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (LOLF) entrant en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2006 instaure un Programme « Handicap et dépendance » au sein du budget de l'Etat. C'est donc à une évolution de la notion de dépendance que nous assistons et à une remise en cause de la « barrière des 60 ans » car « tout ce qui se rapporte à la compensation et à l'accessibilité est proche de ce que la dépendance résultant du vieillissement appelle comme réponses aux besoins des citoyens concernés. »¹⁸ Alors, « pourquoi exclurait-on l'idée d'une mutualisation des moyens et d'une collaboration des institutions, ne serait-ce que pour accompagner des parcours de vie affectés par le handicap puis par le vieillissement ? »¹⁹

1.2 Les SSIAD, acteurs importants dans le maintien à domicile parmi d'autres

Thème central de l'étude, les SSIAD ont récemment fait l'objet d'une modification par voie réglementaire quant à leur organisation et à leur fonctionnement. Une présentation de leur nouveau cadre juridique sera donc faite dans un premier temps. Puis, un panorama de leurs principaux partenaires favorisant comme eux le maintien à domicile sera dressé. Je ne fais que citer ici certains services tels les SAMSAH ou les SESSAD facilitant eux aussi le maintien à domicile des personnes handicapées car ils ne sont pas

intercommunaux d'action sociale au titre de leur activité de garde d'enfants de moins de trois ans à domicile doivent être agréés par l'Etat. »

¹⁷ Article 1 du décret n°2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.

¹⁸ P. GOHET, *op cit.*

¹⁹ *Idem.*

au quotidien des partenaires des SSIAD mais il est vrai qu'ils peuvent le devenir vu l'élargissement du public bénéficiaire des SSIAD.

1.2.1 Présentation des SSIAD : un fonctionnement et une organisation récemment revus

Les SSIAD sont des structures de petite taille employant en moyenne 9,3 équivalents temps plein (ETP) et de statut majoritairement associatif (60%)²⁰.

Au 31 décembre 2004, 1 869 services et 82 842 places autorisées étaient recensés en France.

➤ Cadre juridique

Longtemps régis par le décret n°81-448 du 8 mai 1981 et par une circulaire ministérielle du 1^{er} octobre 1981, les SSIAD ont récemment fait l'objet d'une réforme. C'est désormais le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 et une circulaire ministérielle du 28 février 2005 qui les définissent et les réglementent. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et le décret budgétaire du 22 octobre 2003²¹ s'appliquent également à ces services. Un arrêté du 27 juillet 2005 fixe enfin le rapport d'activité qu'ils doivent remettre à l'autorité de tarification et dresse la liste des indicateurs à renseigner.

➤ Missions et public bénéficiaire

Les missions et le public bénéficiaire des services de soins infirmiers à domicile sont définies à l'article 1 du décret du 25 juin 2004 : « les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- a) De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- b) De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
- c) De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou

²⁰ Source : www.personnes-agees.gouv.fr

²¹ Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L 312-1 du CASF et des établissements mentionnés au 2° de l'article L 6111-2 du CSP.

présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. »

Ce décret ouvre ainsi ces services aux personnes âgées de moins de 60 ans. Auparavant, un avis du médecin-conseil du régime d'assurance maladie était indispensable pour admettre ces personnes en SSIAD. C'est donc une évolution importante qu'il convient de souligner ici et qui confirme le rapprochement des politiques favorisant le maintien à domicile de publics proches mais non semblables que sont les personnes âgées et les personnes handicapées.

La circulaire du 28 février 2005 précise ce que recouvre l'expression « personnes adultes présentant un handicap ». Il s'agit des « personnes bénéficiant d'une prestation ou d'une reconnaissance de handicap attribuées par la COTOREP ou par la CDES (pour les jeunes de 18 à 20 ans), ou d'une pension d'invalidité (1ère, 2ème, 3ème catégorie) ou d'une rente accident de travail [...] ou d'une pension relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ou d'une carte d'invalidité prévue à l'article R.389-1 du même code. »

Les affections ou pathologies chroniques évoquées par le décret de juin 2004 correspondent à la liste des trente affections de longue durée et aux très rares cas d'affections dites hors liste ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur. Ces affections sont très souvent à l'origine d'un handicap important. On peut citer par exemple les séquelles d'un accident vasculaire cérébral (hémiplegie), les pathologies neurologiques chroniques évolutives invalidantes (sclérose en plaques, maladie de Parkinson), les paraplégies, les affections psychiatriques graves. Enfin, les SSIAD peuvent intervenir auprès de personnes de moins de 60 ans souffrant de cancers.

➤ Lieux d'intervention

Les SSIAD « interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées (...) »²².

➤ Continuité des soins et bonne coordination

Le décret comme la circulaire insistent sur la nécessaire continuité et coordination des soins : « Afin de garantir la continuité des soins et leur bonne coordination, les services de soins infirmiers à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les soins mentionnés à l'article 1er, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires. »²³

²² Article 2 du décret du 25 juin 2004.

²³ Article 5 du décret du 25 juin 2004.

Cela suppose donc la mise en place d'astreintes ou de relais auprès d'autres professionnels habilités à effectuer des soins.

➤ Personnels intervenant pour le service

Les SSIAD emploient du personnel salarié mais peuvent aussi passer convention avec des infirmiers libéraux.

Parmi les salariés du service, figurent :

- au moins un infirmier coordinateur dont les fonctions comprennent :

« 1° Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment : a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article 1er et de leur entourage ; b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en oeuvre les projets individualisés de soins ; c) La coordination des professionnels mentionnés à l'article 3 ; 2° Le cas échéant, les activités d'administration et de gestion du service ; 3° La participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles ; 4° Le cas échéant, les activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés, notamment en participant : a) Aux formules de coopération sociale et médico-sociale mentionnées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ; b) Aux formules de coopération sanitaire mentionnées au titre III du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique ; c) Aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ; 5° En tant que de besoin, des activités de soins auprès des usagers du service. »²⁴

- « des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques »²⁵ ;

- « des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, en tant que de besoin. »²⁶

Le nouveau décret est beaucoup plus précis quant à la composition des équipes de SSIAD, le précédent décret ne mentionnait que les infirmiers, les aides-soignants et « en

²⁴ Article 6 du décret du 25 juin 2004.

²⁵ Article 3 du décret du 25 juin 2004.

tant que de besoin (...) des pédicures ou (...) d'autres auxiliaires médicaux. ». On peut penser que le décret de juin 2004 invite indirectement les SSIAD à diversifier leur personnel.

De plus, le SSIAD peut passer convention avec des infirmiers libéraux qui sont associés aux interventions du service. Dans ce cas, le service fait l'avance des frais et perçoit les remboursements de l'assurance maladie dans le cadre du forfait global qui lui est alloué.

➤ Procédures applicables (création et financement)

L'autorisation de créer un SSIAD est délivrée par le préfet de département après avis du CROSMS. Elle est accordée si le projet est compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale, satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement, présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu compte tenu des conditions de satisfaction des besoins, ou de l'activité et des coûts des services fournissant des prestations comparables, et présente un coût en année pleine compatible avec la dotation limitative des crédits assurance-maladie pour les Personnes Agées fixée au regard de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)²⁷. Le taux d'équipement cible est fixé par circulaire ministérielle, à savoir 18,48 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Il est fixé à titre indicatif, la création de places étant autorisée après prise en compte d'autres paramètres dont le nombre d'infirmiers libéraux ou le nombre d'associations d'aide à domicile dans un secteur donné. Ce taux n'est plus aussi pertinent depuis que les SSIAD sont ouverts aux personnes âgées de moins de 60 ans.

A l'heure actuelle, la création massive de places de SSIAD fait partie des priorités gouvernementales inscrites dans le Plan Vieillesse et Solidarités comme il a été mentionné plus haut.

S'agissant du financement, les frais afférents aux soins sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un forfait global annuel de soins. « Pour la fixation du forfait global annuel de soins, le préfet de département établit, dans les limites d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale, le montant d'un forfait journalier afférent aux soins. Le forfait annuel global de soins est égal au forfait journalier multiplié par le nombre prévisionnel de journées du service. »²⁸

²⁶ Même article.

²⁷ www.personnes-agees.gouv.fr

²⁸ Article R314-139 CASF.

Le forfait plafond pour 2005 s'élève à 34,80 € pour les SSIAD privés et à 39,45 € pour les SSIAD publics²⁹.

1.2.2 Présentation des partenaires des SSIAD favorisant le maintien à domicile

On se contentera de présenter ici les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les services polyvalents, l'hospitalisation à domicile et les CLIC.

➤ Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les services d'aide à domicile interviennent souvent chez des personnes bénéficiant aussi d'une prise en charge SSIAD. C'est pourquoi il me semble important d'expliquer leurs formes et leurs missions pour bien comprendre la complémentarité qu'ils entretiennent avec les SSIAD, complémentarité qui peut malheureusement parfois se transformer en concurrence lorsqu', en pratique, la frontière entre l'aide et le soin se trouble.

Au regard de l'article L312-1 du CASF, ces services sont des « services sociaux et médico-sociaux » entrant ainsi dans le champ de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les modalités d'agrément de ces services par l'Etat ainsi que les modalités d'exonération de cotisations patronales ont récemment fait l'objet d'une révision dans le cadre de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. On distinguera ici trois formes de service d'aide à domicile (service prestataire, mandataire, de gré à gré ou emploi direct)³⁰ et on se limitera aux services gérés par des structures associatives et non par des institutions à but lucratif.

Premièrement, il existe des associations prestataires d'aide à domicile qui mettent à disposition le personnel qu'elles emploient, dans le cadre de prestations délivrées principalement par les caisses de retraite, les caisses d'allocations familiales, l'assurance maladie et les conseils généraux. Ce dispositif « association employeur » reste le mode de fonctionnement majoritaire et représente le plus gros employeur de professionnels d'aide à domicile.

²⁹ Circulaire du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

³⁰ ALIAGA Ch., MONROSE M. « L'aide et les soins à domicile ». *Solidarités Santé Etudes Statistiques*, Avril-Septembre 1998, n° 2 et 3. pp. 171-180.

Deuxièmement, les associations mandataires fournissent un service de mise en relation entre le salarié et l'employeur particulier, et d'aide à l'accomplissement des formalités administratives. Elles réalisent en fait du placement de personnel.

Sous certaines conditions, la personne âgée peut bénéficier de l'APA pour financer en tout ou partie ces services, le service prestataire restant le plus cher car le plus simple pour la personne aidée. Le décret du 24 juin 2005 reconnaît ces deux formes de services et les nomme «services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Selon ce décret, « (...) les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article 1er³¹ concourent notamment : 1° Au soutien à domicile ; 2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; 3° Au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. »³² « [Ils] assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article 1er »³³, c'est-à-dire les SSIAD. « Les prestations définies à l'article 11 sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale. »³⁴

Enfin, les particuliers peuvent employer directement un intervenant à domicile (il s'agit alors d'emploi « direct » ou de « gré à gré ») et utiliser depuis 1993 le chèque emploi-service remplacé à compter du 1^{er} janvier 2006 par le chèque emploi service universel³⁵.

- Les services polyvalents ou la reconnaissance juridique d'une pratique existant déjà dans de nombreux départements. (Titre III du décret du 25 juin 2004, articles 15 et s.)

« Les services qui assurent, [...] les missions d'un service de soins infirmiers à domicile tel que défini à l'article 1er et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile défini à l'article 10 sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile » (SPASAD). Ce texte reconnaît juridiquement une pratique

³¹ Le public pouvant bénéficier d'un SAAD est donc strictement le même que celui pouvant bénéficier d'un SSIAD.

³² Article 10 du décret du 25 juin 2004.

³³ Article 11 du décret.

³⁴ Article 12 du décret.

³⁵ Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne.

existant déjà dans de nombreux départements tels l'Ariège³⁶. On peut y voir une forme d'encouragement ou d'incitation au rapprochement des acteurs sociaux et médico-sociaux.

➤ L'Hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD est une des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle qui « ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée »³⁷. Elle permet de dispenser au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés pour une période limitée mais révisable. « Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »³⁸ En effet, parmi les malades en HAD, on retrouve des prises en charge complexes telles que les soins palliatifs, la cardiologie, la cancérologie, la neurologie etc. Le docteur A. Sentilhes-Monkam³⁹ fait observer que « si l'HAD est très indiquée pour la prise en charge des patients complexes, multipathologiques, et/ou âgés, elle demeure marginale en termes de développement. Le nombre de places en HAD est en effet faible. Fin 2004, 4 904 places d'HAD étaient autorisées. En 1998, l'HAD offrait 0.8% de la capacité du parc hospitalier français. »

➤ Les CLIC⁴⁰

Pour faire le lien entre tous ces services d'aide et de soins à domicile, les CLIC ont été encouragés par une circulaire du 6 juin 2000. Comme il a été mentionné ci-dessus, ils ont été conçus comme des guichets d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Ils ont des missions plus ou moins larges selon leur niveau de labellisation (1, 2 ou 3)⁴¹. Ils évaluent les besoins

³⁶ « Une coopération Public/Privé au service des personnes âgées » *Perspectives sanitaires et sociales*, 1998, n°141. pp. 8-10.

³⁷ Article R 6121-4 du Code de la Santé publique.

³⁸ Même article.

³⁹ SENTILHES-MONKAM A., « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe. » *Revue Française des Affaires sociales*, Juillet-septembre 2005, n°3, pp. 157-182.

⁴⁰ Source : DGAS. Sous-direction des âges de la vie. Bureau des personnes âgées.

⁴¹ Le niveau 1 correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données, des actions de formation/information. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention. Le niveau 2 prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partielle, comme

des personnes, élaborent avec elles un plan d'aide individualisé, coordonnent la mise en œuvre de ce plan par une mise en réseau des professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'habitat et des acteurs locaux. Ils initient et développent dans le cadre de leur réseau les actions de prévention du vieillissement, de soutien aux aidants naturels, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées.

Le contexte politique, juridique et organisationnel du maintien à domicile vient d'être présenté. Une approche locale à travers l'exemple des SSIAD sarthois permet à présent d'illustrer ce qui vient d'être dit et de mieux cerner les difficultés et les enjeux auxquels ces services sont aujourd'hui confrontés.

2 APPROCHE LOCALE DES SOINS INFIRMIERS A DOMICILE: LES SSIAD SARTHOIS EN PROIE A DES DIFFICULTES MALGRE UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES

Dans cette partie, il s'agit de rappeler le contexte local, c'est-à-dire souligner d'une part le caractère rural et vieillissant du département de la Sarthe et la faible proportion des professionnels de santé libéraux qui y exercent (2.1) et d'autre part l'environnement favorable au maintien à domicile des personnes dépendantes (2.2) qui ne suffit pourtant pas toujours à garantir une réponse adaptée aux besoins de la population ; les SSIAD connaissent en effet des difficultés qu'on essaiera de recenser le plus fidèlement possible pour les expliquer ensuite (2.3).

des groupes de paroles, et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique. Le niveau 3 prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile ... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

2.1 La Sarthe : un département rural et vieillissant, faiblement « prisé » par les professionnels de santé libéraux.

2.1.1 Le caractère rural et vieillissant de la Sarthe

D'après l'INSEE, au recensement de 1999 le département comptait 529 846 habitants, soit une densité moyenne de 85,4 habitants au km² (536 857 habitants au 1^{er} janvier 2003 selon des estimations localisées de population, soit 87 habitants au km²⁴²). La Sarthe concentre environ la moitié de sa population au Mans et sur sa couronne. En limite de département, on retrouve des villes moyennes comme la Flèche, Sablé-sur-Sarthe, la Ferté Bernard ou Mamers⁴³.

S'agissant de la répartition de la population par classe d'âge, un tiers des Sarthois a moins de 25 ans et les plus de 60 ans représentent 23% de la population, pourcentage supérieur à celui de la région Pays de la Loire (22%) et de la France (21%). Enfin, près de 9% de la population est âgé de plus de 75 ans.

Au vu de tous ces chiffres, on peut dire que la Sarthe est un département rural et vieillissant.

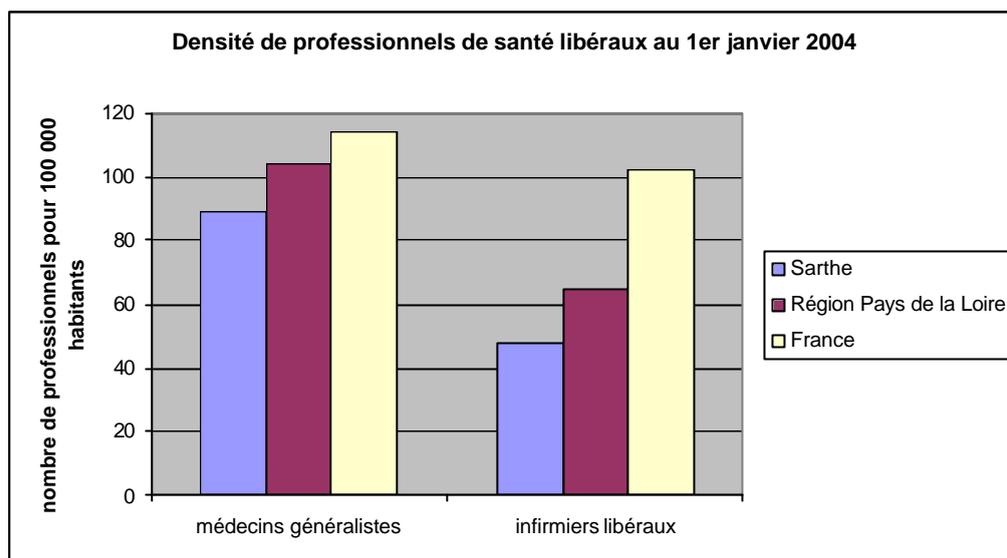
2.1.2 Une faible proportion de professionnels de santé libéraux

En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux, on dénombre en Sarthe 480 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2004, soit 89 pour 100 000 habitants, 257 infirmiers diplômés d'Etat libéraux soit 48 pour 100 000 habitants et également 257 masseurs kinésithérapeutes. Enfin, 70 pédicures podologues sont répertoriés en Sarthe. Ces chiffres comparés à ceux des autres départements ligériens permettent de dire que le département de la Sarthe est faiblement maillé par les professionnels libéraux. La densité de médecins généralistes dans la région Pays de la Loire est en effet de 104 pour 100 000 habitants et de 114 en France. S'agissant des infirmiers libéraux, la densité est de 65 dans la région et de 102 en France, ce qui place la Sarthe en avant dernière position des départements français en la matière⁴⁴.

⁴² Selon les mêmes estimations, la France compte 110 habitants au km².

⁴³ Cf. annexe 1 (carte du département).

⁴⁴ « Les soins infirmiers de proximité en 2002 » Echo des STAT. Pays de la Loire, Octobre 2002, n°11.



2.2 Un environnement favorable au maintien à domicile des personnes dépendantes

Certes, l'offre de soins libérale en Sarthe est relativement peu importante mais les structures d'aide et de soins à domicile sont aujourd'hui bien développées dans le département, ce qui compense aussi un certain retard en matière d'hébergement par rapport aux autres départements de la région. C'est d'ailleurs peut-être l'importance des structures d'aide à domicile qui explique que les établissements d'hébergement sont relativement peu nombreux. Je m'attacherai ici à présenter uniquement les acteurs avec lesquels les SSIAD du département sont amenés à travailler régulièrement. En effet, leur façon de travailler et leur organisation conditionnent en partie le travail des SSIAD.

2.2.1 Un nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées⁴⁵ inférieur à la moyenne régionale...

En ce qui concerne l'accueil des personnes âgées au 1^{er} janvier 2004, le taux d'équipement en structures d'hébergement (lits de maison de retraite, logements foyers, lits d'hébergement temporaire) est de 153,88 pour 1000 habitants de 75 ans et plus (171,25 dans la région). Le taux d'équipement en lits médicalisés (lits de section de cure médicale, en maison de retraite et logements foyers, lits de soins de longue durée, lits d'EHPAD) est de 88,38 (102,13 dans la région). La Sarthe est donc relativement sous-équipée par rapport aux autres départements de la région. Toutefois, le schéma gérontologique départemental 2005-2009 ne s'oriente pas vers une augmentation des

⁴⁵ Statiss 2005 Pays de la Loire (avril 2005).

places en structures d'hébergement. Seul un rééquilibrage sur le Mans et sa couronne est prévu, des études menées par l'observatoire régional de la santé (ORS) ayant démontré que les besoins étaient pourvus dans les années à venir.

2.2.2 ... mais de nombreuses structures facilitant le maintien à domicile.

Il me semble important de présenter ici les principales structures facilitant le maintien à domicile tant les SSIAD sont amenés à travailler avec eux. Quelques informations sur leur organisation et leur mode de fonctionnement permettront de mieux comprendre les développements ultérieurs sachant qu'on se contentera ici d'évoquer brièvement les CLIC, l'HAD, et les services d'aide à domicile de la Sarthe, et de souligner pour finir l'absence de réseau gérontologique formel dans le département.

A) Les CLIC, partenaires incontournables des SSIAD sarthois

Le département comprend actuellement douze CLIC dont un à vocation départementale, le CIDPA, Centre d'Information Départemental pour Personnes Agées⁴⁶. Deux sont de niveau 1, un de niveau 2 et neuf de niveau 3. Deux CLIC viennent d'être créés (Le Mans et Montfort le Gesnois) mais ne sont pas encore fonctionnels. Le secteur de Bonnétable est le dernier à ne pas être couvert par un CLIC.

D'après l'enquête que j'ai menée, la plupart des SSIAD n'ont pas bien compris au début l'intérêt de créer ces guichets uniques d'information et de coordination. Ils estiment qu'ils assuraient eux-mêmes la coordination des intervenants et se sont alors sentis comme « dépossédés » d'une de leurs missions. Malgré cela, une réunion de coordination a lieu environ tous les mois au CLIC (lorsque celui-ci existe bien sûr) entre les différents partenaires du secteur gérontologique et son intérêt ne semble plus être très discuté aujourd'hui. Le CLIC a en effet facilité les relations entre les partenaires et leur a permis de mieux se connaître. Il est désormais un partenaire incontournable des SSIAD puisqu'il oriente des personnes vers ces services et organise souvent des réunions pour faire le point sur chaque prise en charge.

En ce qui concerne les secteurs d'intervention des CLIC et des SSIAD, il est intéressant de noter que ceux-ci se superposent rarement, ce qui ne facilite pas la coordination des différents acteurs. Par exemple, le SSIAD de la Flèche intervient dans deux cantons (La Flèche et Malicorne), lesquels sont « rattachés » à deux CLIC distincts (La Flèche et Sablé sur Sarthe). De la même façon, le SSIAD de Pontvallain intervient

⁴⁶ Cf. la répartition géographique des CLIC jointe en annexe 3.

dans trois cantons couverts par trois CLIC. En fait, lors de leur création, les CLIC ont vu leur territoire d'intervention délimité selon des critères variant sensiblement d'un projet à l'autre. Ont parfois ainsi été retenues les limites des communautés de communes, ou celles des bassins de vie et les volontés politiques locales sont fortement entrées en compte.

Equivalent des CLIC pour les personnes handicapées, le SIVA (Site pour la Vie Autonome) ne travaille pas en étroite collaboration avec les SSIAD mais contribue lui aussi au maintien à domicile des personnes par l'octroi d'aides financières pour l'aménagement de l'habitat par exemple, ou bien encore pour l'achat d'un fauteuil roulant ou d'un lit médicalisé. Le SIVA est appelé à se fondre très prochainement dans la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) dont la mise en place est prévue en Sarthe pour décembre 2005.

B) L'HAD, relais des SSIAD sarthois pour des prises en charge très lourdes

Créée en septembre 2000, l'HAD couvre pour le moment uniquement la communauté urbaine du Mans (CUM). Elle est gérée par l'association d'hygiène sociale de la Sarthe⁴⁷. Une équipe de professionnels composée d'un médecin coordonnateur, d'un cadre infirmier, d'une assistante sociale, d'infirmiers, d'aides-soignants et d'un psychologue assure ce service. Elle se distingue des SSIAD par son personnel - plus médical -, par les prises en charge - plus médicalisées - qu'elle offre (chimiothérapie, transfusions sanguines, pansements complexes, traitements anti-infectieux...) et par la durée moyenne de prise en charge plus courte (vingt-trois jours), même si en pratique, certaines prises en charge relèveraient plus des SSIAD.

Notons que le taux d'activité de l'HAD du Mans est assez faible par rapport à la capacité autorisée : seules treize personnes étaient prises en charge en juin 2005 pour une capacité de trente places.

C) Les services d'aide à domicile, compléments indispensables des SSIAD pour une prise en charge globale.

Ces services sont assez nombreux dans le département et couvrent aussi bien les secteurs urbains que ruraux. Familles Rurales, l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural),

⁴⁷ Association reconnue d'utilité publique oeuvrant dans le domaine médico-social et sanitaire. Elle gère sept structures: un centre médical, un service d'HAD, un SSIAD, un Institut médico-éducatif, un SESSAD, le Comité Départemental d'Education pour la Santé, un centre de cure ambulatoire en alcoologie et un centre d'aide au sevrage tabagique.

Al'dom, Aide à domicile sont les principales associations du département. Certains CCAS offrent également des prestations d'aide à domicile.

Le Conseil Général fixe tous les ans les tarifs des associations d'aide à domicile. Auparavant le tarif était forfaitaire, il pouvait donc être trop élevé ou, à l'inverse, insuffisant. Le niveau de qualification et le taux d'encadrement faisant varier les coûts, les tarifs sont aujourd'hui fixés en fonction des charges de l'association.

On constate que les associations emploient du personnel assez peu qualifié. Le coût de la formation, le coût du remplacement et le risque de fuite vers les établissements sont autant de paramètres qui peuvent expliquer la faiblesse du niveau de qualification du personnel. L'objectif du Conseil Général est de développer les pré qualifications (constituer par exemple des groupes d'échanges sur les pratiques professionnelles, des modules sur certains thèmes tels que l'alimentation des personnes âgées) et d'augmenter le niveau de formation de ces personnels étant données la technicité du métier d'aide à domicile (préparation des repas, transferts...) et sa forte composante relationnelle. Ainsi, le Conseil Général souhaite que d'ici à 2009, le personnel de niveau B passe de 13 à 30%, et que le personnel de niveau C (le plus qualifié) passe de 9 à 30%. Le Conseil Général souhaite également développer la télégestion afin d'améliorer le contrôle quantitatif et qualitatif de ces services et la visibilité sur la réalité des plans d'aide mis en oeuvre.

Tous ces services travaillent quasi quotidiennement avec les SSIAD. En effet, une personne qui a besoin de soins d'hygiène et de confort nécessite souvent une aide pour les actes de la vie courante (ménage, courses, repassage...), en particulier si elle vit seule et est éloignée de ses aidants familiaux. On peut donc dire que les services d'aide à domicile sont les compléments indispensables des SSIAD pour une prise en charge globale de la personne. Cela justifierait la création de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, or à l'heure actuelle, il n'existe pas de SPASAD dans le département de la Sarthe mais un projet a été déposé par l'ADMR et a reçu un avis favorable du CROSMS le 28 juin 2005. Ce SPASAD s'adresserait uniquement aux personnes handicapées. Certains SSIAD se disent favorables à l'élargissement de leur activité à l'aide à domicile, en particulier lorsque le CCAS de leur secteur souhaite cesser de gérer un service d'aide à domicile.

2.2.3 L'absence de réseau gérontologique formel compensée par une multitude de liens informels

Une circulaire du 16 septembre 2004⁴⁸ relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques précise les spécificités de chacune de ces structures, en ce qui concerne leur champ d'intervention, leurs missions, leurs publics ainsi que leurs complémentarités. Ainsi, « les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées (...) définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma gérontologique) » alors que « les réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé (...) définie dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS). » « Les soins font partie intégrante de la prise en charge assurée par les réseaux de santé, alors que les CLIC n'ont vocation à délivrer directement ni soins, ni prestations à domicile. » Enfin, « les CLIC ont vocation à s'adresser à l'ensemble des personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels qui interviennent auprès d'elles » alors que « les réseaux de santé gérontologiques concernent les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. »

Si, d'un point de vue juridique, il n'existe pas encore de réseau de santé gérontologique en Sarthe c'est-à-dire si aucune convention constitutive n'a pour le moment été signée, et si aucun financement sur la dotation régionale de développement des réseaux n'est prévu pour l'instant, on peut néanmoins souligner que selon les secteurs géographiques, les intervenants des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux travaillent plus ou moins en réseau (contacts téléphoniques, rencontres informelles au sujet d'un patient, réunions mensuelles au CLIC...) dans le but de répondre de manière optimale aux besoins des personnes. On peut d'ailleurs considérer les CLIC comme des structures placées au cœur d'un réseau.

Notons aussi qu'une réflexion est actuellement en cours pour la mise en place d'une Coordination Gériatrique (COGER) sur le bassin manceau et sa grande couronne. Selon les promoteurs du projet, le réseau COGER aurait pour objet de favoriser un accès rapide aux compétences gériatriques et un accès à des soins spécialisés par le biais d'une organisation formalisée. Ce dispositif de prise en charge transversal et coordonné, centré sur la personne âgée, mettrait en lien immédiat tous les acteurs médicaux et médico-sociaux concernés, éviterait des passages injustifiés aux urgences du centre

⁴⁸ Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé.

hospitalier, et accueillerait rapidement les malades dans le service adéquat (court séjour, soins de suite, consultation gériatrique ou mémoire) en fonction de leur état. Ainsi, le réseau COGER viserait à créer du lien là où il n'y en a pas pour améliorer la prise en charge à la fois sanitaire et sociale des personnes âgées.

De plus, le réseau Ariane 72 spécialisé dans les soins palliatifs rassemble également de nombreux professionnels concernés par cette question dont les SSIAD. Ceux-ci bénéficient d'ailleurs régulièrement de formations sur les soins palliatifs sous la forme de demi-journées thématiques (par exemple, le deuil, la douleur, l'éthique, l'information du malade). Ce réseau devrait prochainement se transformer en réseau de santé au sens juridique⁴⁹. Il est pour l'instant animé par un médecin, deux psychologues, un infirmier cadre de santé et une secrétaire.

Enfin, un autre réseau de santé dénommé DOLOSARTHE et spécialisé dans la douleur a vu le jour en 2003. Il vise en particulier à « assurer une prise en charge globale de la douleur chronique et aiguë, sensibiliser et former les professionnels impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique et de ses phases aiguës, mettre en place un système d'information transversale entre les différents acteurs »⁵⁰. A l'heure actuelle, aucun SSIAD n'est membre de ce réseau, or tous pourraient y trouver un intérêt, même si DOLOSARTHE ne concerne pas uniquement les professionnels du secteur gérontologique.

Cet environnement, quoique favorable au maintien à domicile des personnes nécessitant des soins (structures nombreuses et variées se connaissant relativement bien et travaillant ensemble plus ou moins régulièrement), n'empêche pas les différents acteurs d'éprouver des difficultés à répondre aux besoins de la population. Je me suis attachée à étudier le fonctionnement et l'organisation des SSIAD du département de la Sarthe pour dégager et comprendre les principales difficultés que ceux-ci rencontrent au quotidien.

⁴⁹ Articles L.6321-1 du Code de la santé publique ; articles L.162-43 et suivants du Code de la sécurité sociale.

⁵⁰ Extraits de la convention constitutive

2.3 Les SSIAD en Sarthe : état des lieux et analyse de leurs difficultés

Avant d'étudier et d'analyser les difficultés de ces services, un état des lieux s'impose.

2.3.1 Etat des lieux des SSIAD de la Sarthe

La Sarthe est entièrement couverte par les SSIAD, le premier ayant été créé en 1982 et le dernier en 2004. Ce maillage complet du territoire ne compense que partiellement la pénurie d'infirmiers libéraux, les aides-soignants des SSIAD ne pouvant se substituer aux infirmiers pour la réalisation d'actes techniques. Les services les plus anciens sont plutôt de statut associatif, alors que les plus récents sont majoritairement rattachés à une structure hospitalière. Les SSIAD du département sont vraiment considérés comme des acteurs incontournables du maintien à domicile et sont parfois même qualifiés de « pivot » dans la prise en charge à domicile. Ils sont en effet « au carrefour de la vieillesse, de la perte d'autonomie et du handicap ⁵¹ ». Leurs équipes, volontaires et dynamiques, sont aujourd'hui bien connues du public. On peut néanmoins regretter que le schéma départemental des Personnes Agées 2005-2009 n'intègre pas ces services alors qu'il consacre tout un chapitre au maintien à domicile des personnes âgées. Cela peut en effet être un frein à leur développement ou à une coordination optimale entre tous les services d'aide et de soins.

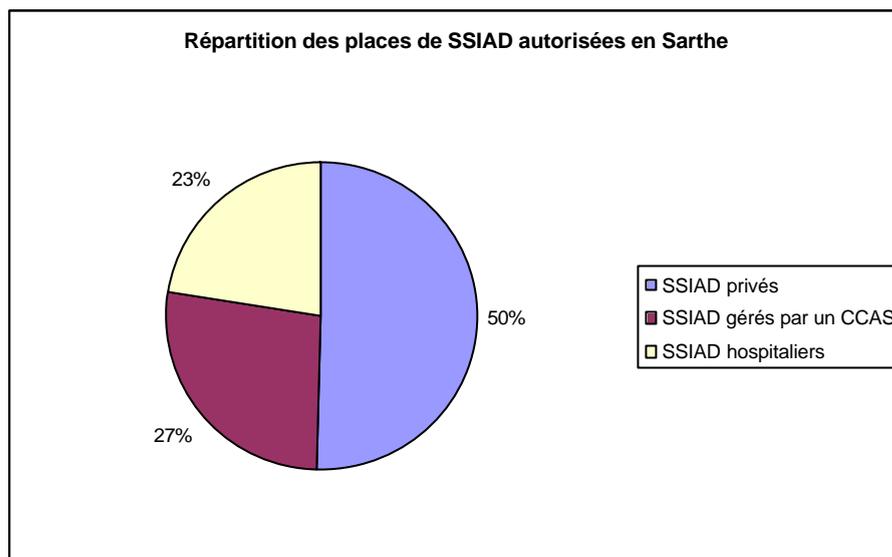
➤ Nombre de structures et de places

Le département est équipé de dix-huit SSIAD, chacun ayant son propre secteur d'intervention, lequel regroupe souvent plusieurs cantons ou plusieurs communes⁵². Parmi eux, dix sont de statut associatif (Conlie, Coulaines, La Flèche, Fresnay sur Sarthe, Mamers, Montfort le Gesnois, Pontvallain, Sablé sur Sarthe, Spay, Le Mans), trois sont rattachés à un CCAS (deux au CCAS du Mans, un au CCAS de la Ferté Bernard) et cinq dépendent d'une structure hospitalière (Centre médical du Grand Lucé, Hôpital Local de Bonnétable, Hôpital Local de Sillé le Guillaume, Centre Hospitalier de Château du Loir et Centre Hospitalier de Saint Calais). Les SSIAD associatifs sont donc majoritaires. Ils sont de plus regroupés au sein d'une Fédération départementale.

⁵¹ A. Sentilhes-Monkam, *op. cit.*

⁵² Cf. répartition géographique des SSIAD jointe en annexe 2.

Au 1^{er} janvier 2005, 857 places de SSIAD sont autorisées en Sarthe dont sept places pour personnes handicapées : 430 pour les SSIAD privés, 233 pour les SSIAD rattachés à un CCAS et 194 pour les SSIAD hospitaliers.



Le taux de couverture pour mille personnes âgées de plus de 75 ans est de 18,81 ; il est donc légèrement supérieur au taux cible (18,48). Toutefois, huit services ont un taux de couverture inférieur à ce taux cible. Il faut souligner également l'important développement de ces services en terme de capacité. Ainsi, en quatre ans (de 2001 à 2004), 215 places ont été créées, soit une augmentation de 33%, ce qui a permis à la Sarthe de combler un retard par rapport aux autres départements de la région, en particulier la Vendée et la Loire-Atlantique.

➤ **Activité des SSIAD**

Les SSIAD urbains (Le Mans, Coullaines) ont une activité moyenne, ils sont moins sollicités que les SSIAD ruraux. Cela peut s'expliquer par un isolement plus important des personnes âgées vivant en campagne, un accès aux transports plus difficile et une offre moins large (médecins, infirmiers libéraux, services à domicile).

➤ **Les origines et les raisons de la prise en charge : des services à l'interface du sanitaire et du social**

C'est de l'hôpital (court ou moyen séjour) qu'émane quasiment la moitié des appels en vue d'une prise en charge par un SSIAD. Les médecins traitants ou la famille voire le voisinage sont dans une moindre proportion à l'origine de prises en charge. Les CLIC orientent également les personnes âgées mais les pratiques diffèrent assez souvent d'un canton à un autre, ce qui peut s'expliquer en partie par la création plus ou moins récente de ces structures de coordination. On le voit, les structures ou les personnes à

l'origine de la prise en charge SSIAD sont vraiment diverses, les SSIAD méritent alors pleinement d'être qualifiés d' « interface » entre le sanitaire et le social.

Par ailleurs, les raisons du recours au service sont diverses. Celui-ci peut être contacté pour accompagner la personne après une hospitalisation, pour lui permettre de retrouver une certaine autonomie, ou à l'inverse, pour lui éviter une hospitalisation, pour lui délivrer des soins palliatifs ou pour aider son entourage. Dans ces différentes hypothèses, les interventions des aides-soignants ou des infirmiers libéraux sous convention consistent le plus souvent en des toilettes, shampooings, mobilisations, transferts, surveillance de l'hydratation et de l'élimination, prévention d'escarres, soutien psychologique, injections, pansements. Les prises en charge sont relativement longues puisqu'en moyenne, elles durent de trois mois à un an. Les SSIAD sarthois font tous appel aux infirmiers libéraux pour les actes techniques ou actes cotés en AMI (actes médico-infirmiers) et dans l'ensemble, ils entretiennent de bons rapports avec eux. Quelques-uns font également appel à des pédicures, et ce, de manière très ponctuelle. Les soins de base et relationnels cotés en AIS (actes infirmiers de soins) sont réalisés par les aides-soignants salariés du service.

➤ Le profil des personnes prises en charge

Les pathologies rencontrées le plus fréquemment sont les suivantes : affections de l'appareil locomoteur, affections cardiovasculaires, cancers et affections neurologiques. Elles touchent des personnes assez dépendantes puisqu'au vu des rapports d'activité, celles-ci se trouvent essentiellement en GIR 2, 3 ou 4. Très peu de personnes en GIR 5 et 6 sont prises en charge par les SSIAD sarthois.

Malgré leur rôle majeur et incontesté dans le maintien à domicile des personnes dépendantes, les SSIAD sarthois rencontrent des difficultés pour répondre aux besoins de la population, difficultés qu'il convient de repérer et de comprendre.

2.3.2 Des difficultés pour répondre aux besoins de la population

Il est important de préciser dès à présent que les difficultés recensées ne concernent pas tous les SSIAD ou, s'ils les concernent parfois tous, c'est à des degrés divers. Ainsi, certains souffrent bien plus de la mauvaise coordination avec les hôpitaux que de la mauvaise coordination avec les services d'aide à domicile. De plus, il existe des secteurs qui semblent éprouver moins de difficultés que d'autres, où il existe un partenariat plus fort et où le travail en réseau fonctionne bien. Enfin, les problématiques sont différentes selon que le SSIAD se situe en zone rurale ou urbaine, à proximité d'un centre hospitalier ou encore dans un secteur couvert par un CLIC.

Au cours de mes investigations, j'ai pu relever que les difficultés éprouvées par les SSIAD sarthois sont principalement de trois ordres :

Certains SSIAD éprouvent tout d'abord des difficultés à prendre en charge de manière optimale les patients, en particulier lorsque ceux-ci arrivent en fin de semaine (le samedi ou même le dimanche) dans le service. Cela complique la prise en charge et compromet le retour à domicile. En effet, les pharmacies sont souvent fermées, or il faut parfois se procurer un lit médicalisé, un déambulateur ou certains médicaments. L'obligation de se rendre dans une pharmacie de garde souvent plus éloignée complique alors le travail des SSIAD qui manquent de temps pour bien préparer l'admission.

Ils ont aussi des difficultés à se rendre chez les patients le soir et le week-end ou sont parfois contraints d'en refuser certains ou de les placer sur des listes d'attente.

Par ailleurs, la fin d'une prise en charge est parfois délicate d'autant que les personnels s'attachent à leurs patients et réciproquement. « Comment passer le relais ? » « Au près de qui ? » sont des questions que les SSIAD se posent souvent. Faute de solution, il arrive alors que certains médecins libéraux renouvellent la prescription alors que ce n'est plus vraiment nécessaire. La prise en charge psychologique des personnes en fin de vie mais aussi de leurs aidants pose également problème ; cette période est vécue très douloureusement (angoisse, fatigue) par les uns et les autres.

En outre, la communication avec les autres professionnels médicaux et sociaux n'est pas toujours aisée. Ainsi, les SSIAD ne sont pas toujours au courant des interventions d'autres professionnels au domicile, et planifient alors parfois leur passage en même temps qu'un autre intervenant, ce qui est dommageable pour le patient, chaque professionnel étant contraint de réduire la durée de son intervention pour laisser son collègue intervenir également. La qualité de la prise en charge est donc mise à mal.

Il arrive aussi que les SSIAD se trouvent en conflit avec les services d'aide à domicile à propos des tâches respectives de chacun. Ainsi, que faut-il entendre par une « aide à la toilette » que les aides à domicile peuvent réaliser et par une « toilette » de la seule compétence des aides-soignants et des infirmiers ?

De même, les contacts sont parfois difficiles avec les médecins traitants qui ne jugent pas toujours utile l'intervention d'un SSIAD ou qui ne donnent pas assez d'informations sur l'état de santé de la personne qu'ils confient au SSIAD. Cette communication difficile nuit à la prise en charge de la personne âgée. En fait, ces professionnels de santé ne semblent pas bien connaître les SSIAD et préfèrent souvent orienter la personne vers l'hôpital alors qu'une prise en charge SSIAD serait plus adaptée. Certains SSIAD ont par conséquent l'impression d'une « non-reconnaissance » par les médecins libéraux.

Enfin, les difficultés d'ordre financier et d'ordre organisationnel ne sont pas à négliger non plus puisqu'elles peuvent avoir des incidences sur la qualité de la prise en charge, la durée des interventions et le nombre de passages quotidiens pouvant être décidés en fonction de critères purement financiers. Les SSIAD estiment en effet que les financements qui leur sont attribués sont insuffisants étant donnée la lourdeur de certains patients, certains coûtant le double du forfait. D'ailleurs, parmi les treize SSIAD privés ou gérés par un CCAS, cinq affichent un déficit en 2004.

Quelques SSIAD rentrent en conflit avec certains infirmiers libéraux qui se font payer directement avec la Carte Vitale du patient alors que le financement de leur intervention est aussi pris en compte dans le budget du SSIAD.

Le recrutement de personnel pose également beaucoup de problèmes, en particulier aux SSIAD ruraux. L'été, synonyme de congés annuels pour les aides-soignants, et les arrêts maladie du personnel sont des périodes très difficiles pour les services.

Les SSIAD se plaignent enfin du temps passé à des tâches purement « administratives », lesquelles ne devraient d'ailleurs pas s'alléger puisque l'arrêté du 27 juillet 2005 liste toute une série d'indicateurs que doivent renseigner les SSIAD afin de permettre « au financeur et au gestionnaire de comprendre les coûts de fonctionnement d'un établissement par rapport au service rendu et ceux des établissements ou services fournissant des prestations comparables et d'en apprécier le caractère justifié ou non. »⁵³ Par exemple : la répartition des populations par classe d'âge et par sexe, l'indicateur relatif au transport du personnel, le coût d'intervention des infirmiers libéraux, les demandes non satisfaites etc. Les infirmiers coordinateurs préféreraient passer l'essentiel de leur temps à l'accueil et au suivi du patient, à l'évaluation de ses besoins en soins au moyen de visites à domicile plutôt que de remplir divers rapports d'activité.

Toutes ces difficultés empêchent les SSIAD de répondre de manière optimale aux besoins des personnes. Il faut à présent essayer de les expliquer : *pourquoi les SSIAD de la Sarthe éprouvent-ils ces difficultés qui se répercutent sur la qualité de la réponse qu'ils apportent à la population ?*

2.3.3 Des difficultés qui s'expliquent

A la suite du stage d'observation et des premiers constats effectués sur le fonctionnement des SSIAD et la réponse qu'ils apportent aux besoins de la population, j'ai

établi une série d'hypothèses constituant autant de réponses probables à la question posée ci-dessus et devant être confirmées ou infirmées au cours du stage d'exercice professionnel. Ces hypothèses déjà soulevées en introduction étaient les suivantes:

- il existe une mauvaise coordination entre les SSIAD et les hôpitaux.
- les frais des SSIAD sont de plus en plus importants (coût des interventions des infirmiers libéraux, de l'essence, vieillissement du personnel...).
- il y a une pénurie de personnel soignant et un manque de formation dans le département.
- il y a une nette augmentation des demandes et/ou une augmentation de la dépendance et/ou une diversification du public (personnes handicapées) qui rallongent la durée de prise en charge.
- il y a un problème de communication avec les services d'aide à domicile.

Certaines de ces hypothèses ont pu être vérifiées totalement, d'autres seulement partiellement. D'autres causes ont aussi pu être découvertes au fil des entretiens et des diverses investigations. On verra alors que l'évolution des demandes de prises en charge en termes de nombre et de pathologie explique en partie les difficultés des SSIAD. Puis, les charges financières des services, les conditions de travail qu'ils offrent au personnel ainsi que la coordination avec les divers acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux seront analysées comme autant de facteurs expliquant les constats qui ont été dressés plus haut.

A) L'évolution des demandes de prises en charge en termes de nombre et de pathologie

D'une manière générale, les SSIAD sarthois sont aujourd'hui confrontés à une augmentation des demandes d'admission mais de façon modérée toutefois. Cette évolution peut s'expliquer de différentes façons : vieillissement de la population, refus des maisons de retraite d'accueillir des personnes lourdement dépendantes, souhait des personnes de vieillir à domicile... Cependant, cette évolution est relativement bien compensée par l'augmentation de la capacité des SSIAD depuis 2001 (+ 33% comme il a été mentionné plus haut). Mais une nouvelle vague de demandes est à prévoir à partir de 2005, les personnes nées après la première guerre mondiale atteignant l'âge de 85 ans, âge moyen de l'apparition de la dépendance et par conséquent, de la nécessité d'une

⁵³ Circulaire n°DGAS/2C-5B/2005/363 du 28 juillet 2005 relative à l'arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R314-17 du code de l'action sociale et des familles.

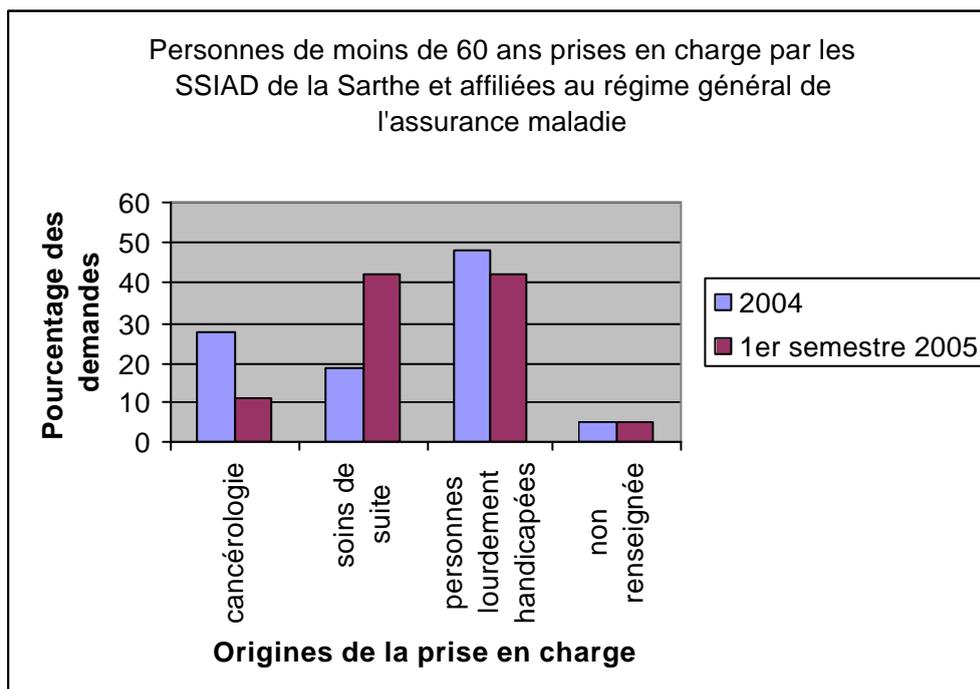
prise en charge sociale et/ou médico-sociale. Ce qui frappe surtout, c'est l'alternance de périodes de sous-activité et de périodes de suractivité à laquelle les SSIAD doivent faire face et qui complique notamment la gestion des plannings. Certains SSIAD, tels que celui de la Flèche ou de Fresnay sur Sarthe considèrent toutefois leur capacité d'accueil insuffisante à n'importe quelle période de l'année et ont déposé une demande d'extension en CROSMS. Ils estiment aussi que le ratio patient/soignant est insuffisant et souhaiteraient alors des effectifs plus nombreux en particulier pour intervenir le week-end chez les patients. A l'heure actuelle, ils ne se déplacent le week-end que pour soigner les personnes les plus dépendantes.

S'agissant de l'augmentation de la dépendance du public pris en charge, cela varie là encore selon les SSIAD. Pour certaines infirmières coordinatrices, il s'agit plus du ressenti des aides-soignantes que de la réalité. Mais globalement, quand on consulte les rapports d'activité des SSIAD, il apparaît que leurs GIR moyens pondérés (GMP) sont plus élevés que ceux des maisons de retraite du département et les pathologies associées, c'est-à-dire le cumul de différentes affections, ainsi que les fins de vie sont nombreuses. De même, les personnes prises en charge par les SSIAD et souffrant de diabète ou de la maladie d'Alzheimer sont plus nombreuses, ce qui est en partie lié au vieillissement de la population. La question de la possibilité du maintien à domicile des personnes souffrant de troubles neurologiques est d'ailleurs souvent évoquée. En effet, l'épuisement de l'entourage et l'insécurité pour le patient sont souvent mis en avant par les équipes soignantes. Mais les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans le département sont encore en nombre insuffisant pour les accueillir malgré une volonté politique forte de les développer (Plan national Alzheimer et Plan d'Action Stratégique de l'Etat dans le Département de la Sarthe (PASED) 2004-2007). La proportion de personnes dépendantes et vivant seules est également problématique d'autant qu'elle a tendance à augmenter. Ainsi, en 2002, le SSIAD de la Flèche prenait en charge 12% de personnes seules; en 2004, celles-ci représentent 28% du public pris en charge par ce service.

En résumé, la charge en soins auprès de certaines personnes âgées est parfois lourde et les effectifs des SSIAD ne sont pas toujours suffisants. L'augmentation des places de SSIAD ne résout d'ailleurs pas ce type de problèmes dans les situations où c'est l'intervention d'une infirmière qui est justifiée.

S'agissant de la diversification du public pris en charge, on observe un accroissement des demandes émanant de personnes âgées de moins de 60 ans mais cette évolution demeure modérée. Pour l'instant, on ne constate pas de bouleversement majeur, les SSIAD continuant de recevoir essentiellement des appels pour prendre en

charge des personnes âgées, voire très âgées. L'impact du décret du 25 juin 2004 est donc limité pour le moment en Sarthe : « Le décret de juin 2004 n'a pas modifié le nombre de demandes pour les personnes lourdement handicapées car il était déjà acquis par tous et depuis plusieurs années que les SSIAD devaient accueillir ces personnes, ce qu'ils faisaient donc. Les effets du décret semblent en revanche porter sur les demandes pour des adultes, sortant de l'hôpital, pour une perte d'autonomie due à une accentuation d'une pathologie médicale ou à une affection post chirurgicale (immobilisation plâtrée, convalescence). »⁵⁴ En effet, en 2004, 64 personnes de moins de 60 ans, affiliées au régime général de l'Assurance-maladie, ont demandé une prise en charge par un SSIAD sarthois dont 18 en cancérologie (28%), 12 en soins de suite de pathologies médicales ou chirurgicales (19%), 31 personnes lourdement handicapées (48%). Au premier semestre 2005, il y a eu 38 demandes dont 4 en cancérologie (11%), 16 en soins de suite de pathologies (42%), et 16 personnes lourdement handicapées (42%). Selon le médecin-conseil rencontré, les personnes handicapées bénéficiant déjà de l'aide d'une auxiliaire de vie sociale ne seraient pas intéressées par une prise en charge SSIAD, ce qui expliquerait qu'il n'y ait pas d'augmentation massive de demandes de la part de ces personnes.



L'ouverture des SSIAD aux personnes âgées de moins de 60 ans dont les personnes présentant un handicap soulève de nombreuses questions auxquelles il est difficile de répondre étant donné le caractère très récent de cette réforme. Ainsi, ces prises en

⁵⁴ Propos tenu par le médecin-conseil rencontré en juillet 2005.

charge généralement plus longues retardent-elles l'entrée de certaines personnes âgées en SSIAD, poussent-elles à accélérer la sortie d'autres personnes qui nécessiteraient un peu moins de soins, ou au contraire, la diversification du public potentiellement pris en charge stimule-t-elle les équipes soignantes, provoque-t-elle une certaine émulation dans le service ? Une chose est sûre, il faudra que les SSIAD s'ouvrent aux autres acteurs du secteur du handicap et développent alors de nouveaux partenariats. Toutefois, on peut raisonnablement penser qu'ils n'auront pas à faire face à une diversification importante de leur public si les SAMSAH censés délivrer eux aussi des soins réguliers et coordonnés aux adultes handicapés se développent rapidement. Un tel service a d'ailleurs déjà vu le jour en Sarthe. Il est destiné à des personnes porteuses de handicaps moteurs sévères et ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne. Dans l'ensemble, les SSIAD sont peu préparés à la prise en charge de personnes âgées de moins de 60 ans, à l'exception des services qui ont obtenu depuis quelques années déjà une ou deux places pour personnes handicapées (SSIAD de Conlie, Mamers, la Flèche et les deux SSIAD gérés par le CCAS du Mans). Malgré cela, peu d'inquiétudes se font sentir face à l'élargissement du public bénéficiaire. L'idée d'être formé pour soigner des personnes handicapées reçoit même un accueil favorable. Une infirmière coordinatrice que j'ai rencontrée préférerait cependant la création de SSIAD spécifiques aux personnes handicapées pour ne pas « bloquer » les services par ces prises en charge en principe plus longues.

B) Des charges de plus en plus importantes

Comme il avait été pressenti, les frais de SSIAD sont de plus en plus importants. Quels sont les principaux frais d'un SSIAD ?

Les frais représentant en moyenne 80% du budget d'un SSIAD sont constitués par les charges de personnel. Or le personnel vieillit et peu de jeunes sont intéressés par un emploi à temps partiel, ce qui a forcément un impact sur le montant des charges. Les autres dépenses correspondent aux frais de fonctionnement (loyers, assurances, fournitures de bureau...) et aux frais liés à la pathologie et à l'origine géographique des patients (frais d'intervention des infirmiers libéraux, frais de transport).

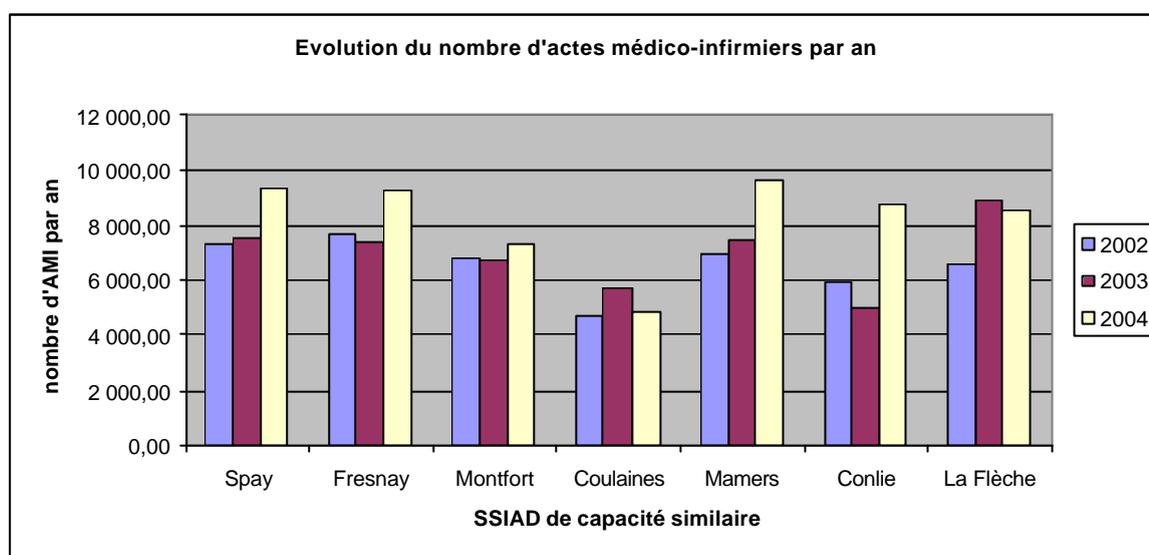
Différents éléments permettent de comprendre pourquoi certains SSIAD du département connaissent des difficultés budgétaires.

A l'heure actuelle, les coûts des interventions des infirmiers libéraux augmentent sensiblement en Sarthe et les responsables de SSIAD n'ont pas d'emprise sur les soins infirmiers. Deux explications peuvent être avancées.

D'une part, les interventions sont plus médicalisées qu'auparavant. Par exemple, pour soigner les personnes diabétiques, les injections sont désormais préférées aux

comprimés, ce qui revient plus cher. Certains responsables de SSIAD se plaignant du coût des actes techniques (injections, prélèvements, pansements...) que seuls les infirmiers peuvent effectuer, m'ont fait part de leur souhait de voir exclus ces actes du forfait global. Or, cela paraît difficile techniquement et même dangereux : les services de *soins infirmiers* n'auraient en effet plus de raison de s'appeler ainsi.

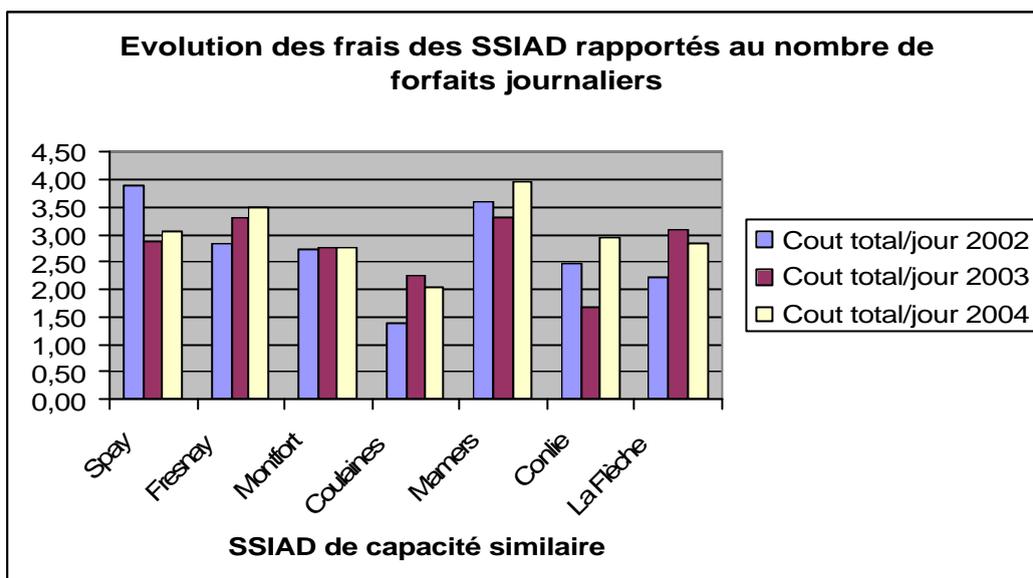
D'autre part, certains infirmiers libéraux ne respectent pas strictement les prescriptions malgré les contrôles des caisses d'assurance maladie qui demandent le remboursement des honoraires indus. Il y a donc parfois un problème de conformité entre les cotations et les prescriptions. L'infirmier a pourtant le devoir d'exécuter les prescriptions médicales, il ne peut les modifier de sa propre initiative⁵⁵.



Source : DDASS 72

Les incidences financières liées à la fin des aides Aubry et Fillon attribuées lors de la mise en place de l'accord sur la réduction du temps de travail et l'évolution du prix des carburants se ressentent également sur le budget des SSIAD. Par ailleurs, le recours à l'intérim pour remplacer le personnel pendant les congés voire les arrêts maladie entraîne des surcoûts budgétaires non négligeables. Enfin, les SSIAD privilégient la prise en charge de personnes lourdement dépendantes qui nécessitent souvent au minimum deux interventions par jour, celles-ci pouvant parfois durer plus d'une heure chacune. Or pour ces interventions qui mobilisent du temps et du personnel, les SSIAD perçoivent le même montant que pour une intervention d'un quart d'heure. On comprend dès lors très bien pourquoi les SSIAD peinent à atteindre un équilibre budgétaire en fin d'exercice.

⁵⁵ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.



Source: DDASS 72

Alors, une revalorisation du forfait est-elle possible, sachant que selon l'article R314-138 I du CASF, « pour l'approbation des dépenses (...), l'autorité de tarification tient compte : 1° Des charges relatives à la rémunération des infirmiers libéraux, ainsi que des charges relatives à la rémunération des salariés du service ayant qualité de psychologue, d'auxiliaire médical et notamment d'infirmier ou d'infirmier coordonnateur, d'aide-soignant, ou d'aide médico-psychologique ; 2° Des frais de déplacement de ces personnels ; 3° Des charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale ; 4° Des autres frais généraux de fonctionnement du service »?

La marge de manœuvre de l'autorité de tarification est relativement faible sachant que l'enveloppe finançant les dépenses d'assurance-maladie pour les services et établissements médico-sociaux pour personnes âgées est limitative. En 2005, elle connaît une évolution de 11,40% par rapport à 2004, après abondement de crédits en provenance de la CNSA⁵⁶ mais le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie n'est que de 2,66% pour les SSIAD privés non lucratifs et de 1,91% pour les autres SSIAD.

C) Des conditions de travail peu attractives

La troisième hypothèse relative à la pénurie de personnel soignant est totalement vérifiée mais une distinction doit être faite entre le recrutement d'infirmiers libéraux par

⁵⁶ Circulaire du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

voie de convention et le recrutement d'aides-soignants. En effet, si le nombre d'infirmiers libéraux dans le département est vraiment problématique (48 pour 100 000 habitants⁵⁷), il n'en est pas de même en ce qui concerne les aides-soignants. Ceux-ci sont en effet assez nombreux (les quatre écoles du département en forment 156 par an) mais préfèrent travailler à l'hôpital ou en clinique où l'on peut leur offrir un temps plein, des horaires moins contraignants et la possibilité de travailler dans un service considéré par beaucoup comme plus attractif que la gériatrie. D'ailleurs, le marché de l'emploi permet d'absorber sans difficulté tous les élèves des promotions sortantes. Au total, en décembre 2003, 2504 aides-soignants travaillent dans des établissements d'hospitalisation publics ou privés, soit 466 pour 100 000 habitants⁵⁸, ce qui place la Sarthe au-dessus de la moyenne régionale (409) en terme de densité. La situation démographique des infirmiers libéraux et des aides-soignants n'est donc pas comparable. Il arrive tout de même que des retraités hospitaliers soient candidats aux postes d'aide-soignant en SSIAD. Les responsables de service ne peuvent refuser vu la faiblesse du nombre de candidatures qui s'expliquent essentiellement par les conditions de travail particulières. En effet, le temps partiel est la norme et le temps plein l'exception et ce, en raison de l'organisation du service, et le travail est fréquent le week-end. Enfin, les horaires sont atypiques (quelques heures le matin, puis quelques heures le soir) et le métier d'aide-soignant à domicile est physique. Il requiert aussi des qualités relationnelles ainsi que beaucoup de diplomatie. Les aides-soignants sont en effet parfois confrontés à des personnes agressives ou aigries et à des domiciles peu sécurisés (chiens, fils électriques dénudés, ...). Que faire par exemple quand une personne refuse d'acheter un lit médicalisé qui faciliterait le travail des aides-soignants ou qu'elle refuse de se faire laver ? S'opposent ici deux notions énoncées par la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, à savoir « la liberté de choisir son mode de vie » (article 1) et le droit à un lieu de vie « adapté à ses besoins » (article 2). Lequel de ces deux concepts prime sur l'autre, sachant que des « aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle » ?

En résumé, les SSIAD éprouvent beaucoup de difficultés à recruter du personnel, en particulier pour effectuer des remplacements lors d'arrêts maladie, de congés maternité et surtout lors des congés annuels. Ils sont parfois contraints de faire appel aux entreprises d'intérim, ce qui pèse sur leur budget de fonctionnement comme il a été dit précédemment.

⁵⁷ Il existe pourtant quatre Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) en Sarthe.

⁵⁸ Statiss avril 2005, enquête SAE 2003.

D) Une coordination avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux perfectible

➤ La coordination avec les hôpitaux

Comme on le pressentait, la coordination avec les hôpitaux et les cliniques n'est pas parfaite, plusieurs hôpitaux n'hésitant pas à appeler « à la dernière minute » les SSIAD pour une prise en charge. On peut tenter d'expliquer certaines sorties prématurées par la tarification à l'activité (T2A) dans la mesure où allonger la durée d'hospitalisation ne rapporte pas d'argent à l'établissement mais cela ne saurait justifier les appels téléphoniques lancés « à la dernière minute ». De même, une hospitalisation non justifiée n'autorise pas à laisser la personne rentrer chez elle sans aucune solution de soutien à domicile. « Sans le service social de l'hôpital, œ serait encore pire » m'a-t-on confié. Celui-ci joue en effet un rôle capital : lors de la rencontre du patient ou de sa famille au moment de la sortie, il analyse les besoins globaux de la personne et met alors en place une aide à la toilette et/ou une aide à domicile en contactant un SSIAD et/ou une association d'aide à domicile. Il met en relation l'infirmière coordinatrice du SSIAD avec un cadre de santé de l'hôpital quand des renseignements médicaux sont demandés. Il négocie avec les médecins pour éviter de faire sortir un patient le vendredi mais manque souvent de temps. L'assistante sociale que j'ai rencontrée m'a fait part de ses difficultés à faire sortir les gens « dans des conditions correctes » l'été car les SSIAD comme les associations d'aide à domicile diminuent leur capacité d'accueil et les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont alors très vite engorgés. Elle a beaucoup insisté sur l'importance des relais familiaux et amicaux.

En ce qui concerne la transmission d'informations, des fiches de liaison entre l'hôpital et le SSIAD sont très rarement utilisées alors que c'est un outil idéal (simple et pratique) pour connaître l'état de santé de la personne. Entre l'hôpital de Sablé-La Flèche (Pôle Santé Sarthe et Loir ou PSSL) et le CLIC Vallée de la Sarthe, cette technique est devenue automatique, preuve qu'une telle pratique est possible mais que les différents partenaires doivent en comprendre l'intérêt.

La question des sorties de cliniques est encore plus problématique. En effet, celles-ci n'ont pas de service social et les SSIAD ne peuvent alors jamais être en contact avec le même interlocuteur.

Tout cela pose la question de la réactivité des SSIAD lors de prises en charge « urgentes ». Le retour à domicile est bien souvent compromis et la sécurité du patient peut être menacée quand l'admission en SSIAD n'a pas été programmée plus en amont.

➤ La coordination avec les services d'aide à domicile

La cinquième hypothèse relative à la communication avec les services d'aide à domicile est également vérifiée mais là aussi, des nuances sont à apporter selon les secteurs géographiques. Ainsi, il peut exister des rivalités entre les associations et des différences de formations que les SSIAD aimeraient voir davantage reconnues. Par exemple, un salarié d'un service d'aide à domicile peut ne pas se rendre compte d'un problème médical, « cache des choses » m'a-t-on dit, pour protéger son outil de travail, à peur de « perdre des heures » hormis le salarié d'un service prestataire pour lequel le temps de travail est fixé par contrat. Pour illustrer, on peut mentionner un SSIAD qui, en 2004, a relevé des problèmes avec une aide à domicile dans 41% de ses dossiers. De peur d'être jugées si elles rencontrent des difficultés dans la prise en charge, les aides à domicile préféreraient se taire. En réalité, elles sont très peu encadrées. Certains responsables d'associations d'aide à domicile reconnaissent d'ailleurs qu'ils ne savent pas tout. On assiste alors parfois à des débordements de qualifications avec quelquefois pour conséquence des hospitalisations en urgence qui auraient pu être évitées si le SSIAD était intervenu. Le patient est ensuite admis en SSIAD mais souvent dans un état dégradé. Dans la majeure partie des cas cependant, les aides à domicile qui outrepasseraient leurs compétences agiraient par méconnaissance des limites de leur profession et surtout dans un souci de « bien faire » et d'aide à la personne.

Il faut souligner ici la faiblesse de la concertation entre certains SAAD et certains SSIAD. Certes, une réunion de concertation a lieu au moins tous les mois au CLIC et même en l'absence de CLIC sur les cas délicats mais cela ne peut toujours suffire. De même, l'instauration d'un cahier de liaison où chaque intervenant pourrait consigner ses observations n'est pas systématique, ce qui pose le problème de la transmission de l'information, les réunions au domicile entre les aides-soignants du SSIAD et les aides à domicile étant très rares. On peut ici s'interroger sur la place de l'utilisateur et sa participation aux décisions qui le concernent. Il y a tout de même parfois des interventions simultanées quand le patient est lourd à soulever par exemple. C'est donc l'occasion d'échanger, de faire le point sur l'état de santé de la personne et sur ses besoins. D'une manière générale, les relais fonctionnent mieux du SSIAD vers le SAAD que du SAAD vers le SSIAD ; les SAAD n'ayant pas toujours le réflexe de prévenir d'une prise en charge et d'éventuels besoins en matière d'hygiène et de soins par exemple.

Trois points méritent d'être développés à présent : les deux premiers (le problème des toilettes le week-end et le problème de la distribution des médicaments) parce qu'ils posent la question de la délimitation des compétences de chacun et pourraient ne pas poser problème si la coordination entre les services était optimale ; le dernier, la validation

des acquis de l'expérience (VAE), parce qu'il inquiète fortement les SSIAD quant à leur avenir.

Le problème des toilettes le week-end.

Lorsque le SSIAD n'intervient pas le week-end, l'aide à domicile est, dans les faits, « obligée » de se charger de la toilette du patient. C'est vraiment là le point où les tensions et les frustrations sont les plus importantes, les SAAD ne comprenant pas pourquoi ils sont compétents pour faire tel ou tel acte le dimanche et incompetents le reste de la semaine. L'argument mis en avant par les SSIAD selon lequel ils n'ont pas les moyens de se déplacer le week-end ne les convainc guère. De plus, les textes définissant les compétences de chacun ne sont pas très clairs et les frontières sont floues entre une « aide à la toilette » que peuvent réaliser les aides à domicile et une « toilette »⁵⁹, acte réservé aux aides-soignants et infirmiers. Or l'absence de répartition des compétences et des tâches de chacun dans un tableau récapitulatif par exemple et à disposition de chaque intervenant entraîne parfois des dysfonctionnements et nuit à une coordination optimale entre les différents services. On ne sait pas qui fait quoi, en particulier le week-end.

Le problème de la distribution des médicaments.

Qui est compétent pour distribuer des médicaments à une personne malade ? Par un avis du 9 mars 1999, le Conseil d'Etat a établi une distinction qui repose sur les circonstances et la nature du médicament. Il a considéré que la distribution de médicaments ne relève pas de l'article L 372 du Code de la Santé publique (aujourd'hui article L 4161-1 relatif à l'exercice illégal de la médecine) lorsqu'elle correspond à « l'aide à la prise d'un médicament prescrit apportée à une personne malade empêchée temporairement ou durablement d'accomplir ce geste », à l'exception de certains modes d'administration (par injection par exemple) ou de la nature du médicament (nécessité d'une dose très précise de la forme administrable par exemple). « D'une manière générale, l'aide à la prise n'est pas un acte relevant de l'article L.372 mais un acte de la vie courante lorsque la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un

⁵⁹ Cf. annexe 5 relative aux référentiels d'activités et de compétences des aides-soignants et des auxiliaires de vie sociale. Alors qu'une auxiliaire de vie peut seulement « aide[r] une personne dépendante à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide-soignant », l'aide-soignant peut « effectuer une toilette partielle ou complète en fonction de l'autonomie et du handicap ». En pratique, cette répartition de compétences est très difficile à respecter.

apprentissage ». L'infirmier ou « toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, suffisamment informée des doses prescrites au patient concerné et du moment de leur prise » peut donc assurer la distribution du médicament si celle-ci correspond à l'aide à la prise d'un médicament prescrit. En revanche, la distribution de médicaments relève de l'article L 372 et donc de la compétence des auxiliaires médicaux, lorsqu'elle ne peut s'analyser comme une aide à la prise apportée à une personne malade empêchée temporairement ou durablement d'accomplir certains gestes de la vie courante. Il faut donc vérifier si la prescription médicale fait référence ou non à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux pour savoir s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. On le voit, les critères de distinction sont établis mais, en pratique, ils ne sont pas bien assimilés par les équipes d'aide et de soins à domicile et mériteraient d'être encore davantage simplifiés ou clarifiés.

Les inquiétudes des équipes de SSIAD face à la VAE.

La loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002 assouplit les conditions de validation des acquis et en étend les effets. Ainsi, il est désormais possible de faire valider l'ensemble des compétences acquises dans l'exercice d'une activité rémunérée ou bénévole dans l'aide à domicile et obtenir le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) créé par le décret n° 2002-410 du 26 mars 2002. Pour cela, il faut justifier de 3 ans et de 3000 heures d'activités en rapport avec le métier d'auxiliaire de vie sociale au cours des dix dernières années en qualité de salarié, de bénévole ou de non salarié⁶⁰. La démarche se fait en deux temps : une présentation écrite de son expérience est suivie d'une présentation orale devant un jury désigné par le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Le jury peut attribuer la totalité du DEAVS, sinon il précise les connaissances ou aptitudes qu'il reste à acquérir. Le DEAVS est construit en onze modules correspondant à onze unités de compétence (par exemple : domaine de la connaissance des publics, domaine des pathologies - processus invalidants, domaine de l'ergonomie, domaine de la santé et de l'hygiène...). L'auxiliaire de vie sociale développe en effet des compétences techniques pour un accompagnement et une aide aux personnes « dans les actes essentiels de la vie quotidienne », « dans les activités ordinaires de la vie quotidienne », « dans les activités de la vie sociale et les activités relationnelles ». Il intervient au domicile des personnes pour répondre à un état de fragilité, de dépendance ou de difficultés passagères dû à l'âge, la maladie, le handicap, ou à des difficultés sociales.

⁶⁰ Source : www.social.gouv.fr

Les équipes de SSIAD que j'ai rencontrées se déclarent très inquiètes face à ce nouveau dispositif de validation des acquis de l'expérience. Elles se sentent menacées et craignent un désengagement de l'assurance maladie qui profiterait aux AVS. De plus, la grille salariale d'un AVS est quasi équivalente à celle d'un aide-soignant, ce que les équipes de SSIAD ont du mal à accepter, soulignant la spécificité du métier d'aide-soignant. La différence de rémunération est minime et peut très facilement être compensée par de l'ancienneté. Le métier d'AVS est donc assez attractif et les SSIAD craignent que les candidats au diplôme d'AVS soient autant de personnes qui renonceraient à s'inscrire en formation d'aide-soignant. Mais le directeur d'une association d'aide à domicile lancée dans la procédure de la VAE a souligné que le DEAVS était assez difficile à obtenir (la formation durant deux fois plus longtemps que celle aboutissant au CAFAD⁶¹) et que toutes les aides à domicile de son association étaient loin d'être en mesure de l'obtenir par la voie de la VAE. Cela peut donc rassurer en partie les équipes de SSIAD. A cela il faut ajouter que le diplôme professionnel d'aide-soignant est désormais lui aussi accessible par la VAE.

➤ La coordination avec l'HAD

La plupart des SSIAD sarthois comprennent bien l'intérêt d'une prise en charge par l'HAD mais comme celle-ci n'intervient que sur Le Mans et sa couronne, ils sont amenés à devoir accepter des patients très lourds lorsque ceux-ci habitent en campagne et ne peuvent donc passer le relais à l'HAD. Si l'HAD était répartie sur l'ensemble du département, les pratiques de coordination seraient peut-être meilleures même si, dans les faits, le passage de relais est souvent vécu douloureusement par les équipes soignantes qui s'attachent à leurs patients. Toutefois, en ce qui concerne les SSIAD du bassin manceau, le travail en partenariat existe. Il arrive en effet que pour des personnes dont l'état de santé s'aggrave et qui sont prises en charge par un SSIAD, l'HAD se déplace en faisant intervenir les aides-soignants du SSIAD. Celui-ci facture ensuite à l'HAD l'emploi des aides-soignants.

➤ La coordination avec les CLIC

Comme il a été souligné plus haut, de nombreux SSIAD ont plusieurs CLIC de « rattachement », ce qui n'est pas du tout confortable pour les uns comme pour les autres. Ce constat induit en pratique la multiplication des réunions et des difficultés de coordination entre tous les intervenants au domicile qui manquent de temps pour se rendre à chaque briefing.

⁶¹ Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide à domicile.

De plus, la naissance des CLIC n'a pas toujours été bien vécue par les SSIAD, ce qui peut expliquer les réticences au dialogue et au travail en réseau. Aujourd'hui encore, l'intérêt du CLIC est discuté par certains SSIAD. Il n'y a que lorsque les services ont ressenti le besoin d'une structure de coordination « sans hiérarchie » et qu'ils sont alors à l'origine de la création du CLIC que la coordination des acteurs est la plus efficace. On peut ici citer le secteur de Sablé sur Sarthe où le CLIC a réellement été voulu. Cet exemple motive les SSIAD qui sont encore aujourd'hui dépourvus de structure de coordination gériatrique. Ceux-ci attendent avec impatience la naissance d'un CLIC, en particulier celui de Bonnétable. Ce qui est rassurant, c'est que les CLIC sont encore très récents et n'ont pas encore eu suffisamment le temps de prouver leur intérêt. On peut alors espérer que d'ici quelques années, la coordination des intervenants au service de la personne âgée sera meilleure. Il faut simplement laisser aux CLIC le temps de se faire une place parmi tous les acteurs du secteur gériatrique.

Les efforts devront aussi être portés sur les fins de prise en charge par les SSIAD et les relais souvent nécessaires pour qu'une personne âgée ne se retrouve pas du jour au lendemain sans aucun soutien.

➤ La coordination entre SSIAD

Il existe enfin des problèmes de communication entre les SSIAD eux-mêmes qui expliquent en partie leurs difficultés financières, lesquelles peuvent se répercuter sur la qualité de prise en charge. Ce n'est qu'au fil de plusieurs entretiens et réunions que j'ai pu prendre la mesure de ce faible partenariat. La Fédération départementale des associations gérant un SSIAD se réunit deux à trois fois par an mais ne parvient pas à « fédérer » les différents services qui continuent de travailler isolés, de passer leurs propres marchés (location de véhicules, achats de photocopieurs...), d'organiser des formations internes au service. On peut tenter d'expliquer cela par le profil de la plupart des présidents de SSIAD, c'est-à-dire des anciens professionnels libéraux habitués à travailler seuls. Mais vu de l'extérieur, il est assez surprenant d'observer lors de réunions des infirmières coordinatrices découvrir les outils mis en place depuis plusieurs années par certaines de leurs collègues. Un livret d'accueil ou un règlement de fonctionnement communs ou quasi identiques à tous les SSIAD aurait pourtant été un gain de temps et l'occasion d'échanger sur les pratiques.

Maintenant que les difficultés des SSIAD ont été présentées et expliquées, il convient d'émettre une série de propositions pour essayer de diminuer les problèmes actuellement rencontrés par les SSIAD et contribuer à l'amélioration de la prise en charge à domicile des personnes dépendantes.

3 PROPOSITIONS POUR SOUTENIR LES SSIAD DANS L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES

On proposera ici des pistes pour équilibrer les budgets des SSIAD (3.1), pour rendre le travail dans ces services plus attractif (3.2), pour diminuer les risques de refus de prise en charge (3.3), pour adapter la prise en charge aux besoins des personnes (3.4) et enfin pour améliorer la coordination des différents acteurs (3.5). Il s'agit en fait de jouer sur ce qui se répercute sur la qualité de la prise en charge des personnes, le but ultime de ces propositions étant de parvenir à une prise en charge optimale des personnes nécessitant des soins et désireuses de rester à leur domicile.

3.1 *Equilibrer les budgets des SSIAD*

On pourrait penser à exclure du forfait certaines interventions très onéreuses des infirmiers libéraux (perfusions, prises de sang...) mais comme on l'a expliqué plus haut, les SSIAD ne mériteraient plus de s'appeler ainsi et risqueraient de perdre leur spécificité par rapport aux autres services d'aide. Salarier des infirmiers serait techniquement possible, c'est d'ailleurs prévu par les textes mais en pratique, ce serait le risque pour les SSIAD de se heurter à tous les infirmiers libéraux du département avec qui ils ont déjà passé convention et qui pourraient craindre à juste titre une baisse importante de leur activité.

On pourrait également envisager de moduler le forfait en fonction du degré de dépendance de la personne (en prenant comme référence son GIR par exemple) ou en fonction de l'âge car à l'heure actuelle, les SSIAD sont obligés de compenser l'admission de cas lourds par des cas plus légers pour équilibrer leur budget, ce qui n'est pas acceptable. Certains d'ailleurs préfèrent admettre en priorité des personnes très dépendantes quitte à dépasser leur forfait global. Toutefois, diversifier à l'infini les montants des forfaits risque de rendre le système de financement illisible. Un passage en dotation globale de financement (DGF) est d'ailleurs sollicité par certains⁶². L'IASS ne peut bien évidemment pas modifier les règles d'allocation de ressources mais il peut « jouer » sur le nombre de journées pour augmenter le forfait journalier des SSIAD qui prennent en charge une majorité de personnes dépendantes tout en faisant attention à ne

⁶² « Nécessaire passage des SSIAD en dotation globale de financement ? » *IASS La Revue*, Décembre 2004, n°45, p. 71.

pas dépasser l'enveloppe départementale assurance maladie. Une étude précise des rapports d'activité de chaque SSIAD permettrait ainsi de repérer ceux qui sont le plus confrontés à des prises en charge lourdes.

En outre, il serait souhaitable de valoriser le forfait Personnes Handicapées qui est actuellement inférieur au forfait Personnes Agées. En effet, difficile à expliquer, cette différence dans les montants n'incite pas les SSIAD à élargir leurs interventions à cette catégorie de bénéficiaires. Or bien souvent, le temps passé auprès de la personne handicapée est plus long que le temps passé auprès de la personne âgée, ce qui justifierait au moins un alignement des tarifs.

Enfin, de nombreuses économies pourraient être réalisées si les SSIAD, en particulier les membres de la Fédération des SSIAD associatifs, acceptaient de mutualiser leurs moyens et par exemple, de « déléguer » à la fédération la conclusion de contrats de location de véhicules, d'achats de photocopieurs ou de commandes de papiers. C'est bien là le rôle de l'IASS d'inciter les partenaires à se rassembler, d'être un « catalyseur »⁶³ c'est-à-dire provoquer « une réaction par sa seule présence ou par son intervention. »⁶⁴

3.2 *Rendre le travail en SSIAD plus attractif et ainsi faciliter les recrutements*

L'aménagement des horaires de passage et du temps de travail du personnel semblent difficiles étant donnée la spécificité des interventions des aides-soignants. En effet, la toilette, le lever, ou le coucher ne peuvent pas avoir lieu à n'importe quel moment de la journée.

C'est plus sur la formation du personnel et la diversification des équipes qu'il faut agir pour les stimuler et lutter contre l'usure professionnelle pour éviter *in fine* de les laisser partir vers les établissements de santé ou les maisons de retraite. Pourquoi ne pas encourager alors les responsables de SSIAD à embaucher des aides médico-psychologiques (AMP) pour diversifier les équipes et apporter ainsi une autre façon d'appréhender la maladie ou le handicap ? De la même façon, pourquoi ne pas faire intervenir un ergothérapeute ou un pédicure pour soulager le travail des aides-soignants ? Il n'y a plus d'obstacle juridique à cela puisque les nouveaux textes le permettent désormais. Proposer une double formation au personnel est aussi envisageable. Le

⁶³ CORCHUAN S. *Recueillir la parole de l'utilisateur dans le cadre des soins de fin de vie délivrés au domicile. L'exemple de la région des Pays de la Loire*. Mémoire de l'École nationale de la santé publique. 2003. 78 p.

⁶⁴ Larousse 2004.

SSIAD de Coulaines par exemple vient de former deux aides-soignantes au métier d'AMP pour développer l'animation à domicile. Il s'agit d'une piste intéressante à expérimenter qui a déjà fait ses preuves à Angers⁶⁵. Enfin, offrir davantage de formations aux personnels déjà en place pour lutter contre l'usure professionnelle et revaloriser leur travail doit être envisagé. Les thèmes des formations pourraient être divers : la bientraitance, les soins palliatifs ou encore la prise en charge des personnes handicapées. S'agissant des soins palliatifs, le Réseau Ariane 72 dispense régulièrement des formations aux professionnels concernés. Les aides-soignants sont en effet très demandeurs de savoir-faire techniques et souhaitent des renseignements sur des questions de psychologie, sur l'attitude à adopter pour accompagner les familles. Mais cette formation ne semble pas suffire. De plus, il a été fait le constat que les différentes équipes de SSIAD n'échangent pas entre elles sur ce qu'elles vivent et ressentent lorsqu'elles délivrent des soins palliatifs. La constitution de groupes de travail ou de parole ne serait-elle pas l'occasion de débattre et d'échanger sur la question ? Ce peut être le rôle de l'IASS d'organiser des réunions entre les partenaires et de souligner l'intérêt de l'échange. En ce qui concerne la formation à la prise en charge de personnes handicapées, on peut imaginer par exemple des stages dans des centres de rééducation du département.

Pour finir, il faudrait réfléchir à la création d'un poste de psychologue pour l'ensemble des SSIAD par mutualisation de leurs moyens. Cela peut en effet permettre de prévenir l'essoufflement des professionnels.

3.3 Diminuer les risques de refus de prise en charge

Deux pistes peuvent être proposées : faire converger les SSIAD qui ont un taux d'équipement inférieur au taux cible vers ledit taux et déterminer un nombre de places réservées aux personnes handicapées.

Faire converger les SSIAD qui ont un taux d'équipement inférieur au taux cible vers ce taux permettrait de diminuer les risques de placement sur une liste d'attente ou de refus de prise en charge en raison de l'absence de places. C'est donc à un travail de planification des besoins que doit se livrer l'IASS. Il ne doit d'ailleurs pas tenir compte exclusivement de ce taux cible mais prendre en compte d'autres paramètres tels que le nombre de services d'aide dans tel secteur, le nombre d'infirmiers libéraux et surtout le

⁶⁵ DARZON A. « L'animation pour mieux vivre à domicile. ». *ASH*, 19 novembre 2004 n°2382, pp. 23-24.

montant des mesures nouvelles accordées car seules les places pouvant être financées peuvent désormais être autorisées. Lorsqu'un secteur est réellement sous-équipé, l'IASS ne doit pas hésiter à encourager le SSIAD à déposer un dossier en CROSMS.

Il serait également souhaitable de déterminer un nombre de places réservées aux personnes handicapées afin de ne pas « bloquer » le service par ces prises en charge généralement plus longues et ainsi ne pas risquer de refuser de prendre en charge certaines personnes âgées ; l'idéal serait de ne pas dépasser le tiers de prises en charge longues pour assurer un bon turn over. La création d'un SSIAD spécialisé dans la prise en charge de personnes handicapées est également à étudier mais à l'heure où les politiques tendent à se rapprocher, il n'est peut-être pas pertinent de séparer de façon aussi nette les deux publics.

3.4 Adapter la prise en charge aux besoins des personnes

3.4.1 Diversifier l'offre

Afin de soulager les aidants sans lesquels le maintien à domicile est souvent compromis, il peut être intéressant de développer les gardes de nuit itinérantes, l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour tel qu'il est prévu dans le schéma départemental de la Sarthe 2005-2009, en particulier pour les personnes désorientées. « L'hébergement temporaire s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise : isolement, absence des aidants, départ en vacances de la famille... Il constitue une réponse d'aide aux aidants. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou comme service de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation. »⁶⁶ Le développement de services intermédiaires entre les services à domicile et l'hébergement définitif en institution suppose alors une concertation avec le Conseil Général.

La DDASS de la Sarthe envisage d'organiser une prise en charge intermédiaire entre l'hôpital et le domicile dans le cadre d'un hébergement temporaire médicalisé et centralisé. Il s'agirait de médicaliser dix à quinze places d'hébergement temporaire (HT) sur un même site ; un foyer-logement, substitut de domicile, pourrait être porteur du projet. Un SSIAD bénéficierait d'une extension de capacité destinée uniquement à la prise en charge médicale des personnes accueillies en hébergement temporaire dans le foyer

⁶⁶ Extrait du compte-rendu d'une réunion organisée à la DDASS 72 et relative à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

logement, à la sortie de l'hôpital ou pour éviter l'hôpital. Les deux structures (SSIAD et foyer logement) s'organiseraient par voie de convention. Ainsi, l'IASS peut être à l'origine de montages conçus dans un premier temps à titre expérimental. Dans le cas présent, les médecins de la Direction des Interventions Sanitaires et Sociales (DISS) du Conseil Général ne se montrent guère favorables à une telle expérimentation. Ils mettent en avant le fait que les foyers logements du département ne sont pas adaptés à la prise en charge de personnes dépendantes tant sur un plan architectural que sur le plan des moyens humains. En outre, ils craignent que la structure intermédiaire entre le domicile et l'hôpital soit très vite surchargée car l'hôpital risque de vouloir « se débarrasser » de ses patients. Les discussions entre la DDASS et la DISS restent donc en cours.

3.4.2 Procéder à l'évaluation de la qualité de la prise en charge apportée par les SSIAD.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge peut prendre différentes formes, toutes étant complémentaires et ayant comme but ultime l'amélioration de la qualité.

Il peut s'agir tout d'abord de la démarche rendue obligatoire par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (art. L312-8 du CASF) qui se décompose en une autoévaluation à effectuer tous les 5 ans et en une évaluation externe à faire réaliser tous les 7 ans par un organisme habilité. En ce qui concerne la démarche d'autoévaluation, l'IASS doit pouvoir accompagner et conseiller les services notamment dans l'élaboration d'un référentiel, aucun document national n'ayant pour l'heure vu le jour. L'outil d'autoévaluation ANGELIQUE⁶⁷ destiné aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) peut d'ailleurs inspirer les SSIAD. Cette grille comporte une série de thèmes, questions et indicateurs qui peuvent, pour nombre d'entre eux, être repris par ces services. (Par exemple, les thèmes concernant les droits et libertés de la personne, le maintien de l'autonomie, ou encore l'organisation des soins). Il appartiendra ensuite à l'autorité de tarification de tirer les conséquences des rapports d'évaluation interne et externe (en matière d'autorisation et de planification notamment) et ainsi, de porter une attention toute particulière aux services qui semblent le plus peiner en matière de qualité.

En outre, c'est au travers de l'interprétation des indicateurs renseignés tous les ans par les services ainsi qu'au travers de l'analyse des rapports d'activité que l'autorité de tarification peut évaluer la qualité de la prise en charge des personnes par les SSIAD. En effet, depuis l'arrêté du 27 juillet 2005, les SSIAD doivent remplir un nouveau modèle

⁶⁷ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.

de rapport d'activité qui comporte une série d'éléments « qualitatifs relatifs au fonctionnement du service » (existence ou non d'un projet de service, d'un livret d'accueil, dispositif prévu pour les prises en charge suite à des sorties d'hospitalisation, formation du personnel, coordination avec d'autres services...). S'agissant des quatorze nouveaux indicateurs, leur finalité première est certes de « contribuer à mieux cerner les particularités de chaque structure, [et] à évaluer la justification d'écarts importants par rapports à l'ensemble des structures de même nature, pour une allocation efficiente des ressources. »⁶⁸ Mais, ces indicateurs permettront également de recueillir des informations relatives à l'activité et ainsi, « d'étayer une approche qualitative de [celle-ci], en appréhendant l'ensemble des composantes du service rendu, soit par la prise en charge directe de l'utilisateur, soit par l'activité réalisée auprès de l'entourage ou des réseaux de professionnels. »⁶⁹

3.5 Améliorer la coordination des différents acteurs: « créer du réseau »

Selon l'ancien Inspecteur Principal en charge de l'offre de soins et des établissements médico-sociaux à la DDASS 72, « l'affectation de nouveaux moyens n'est pas de nature aujourd'hui à régler, seule, les problèmes que les SSIAD rencontrent ; c'est sur la mise en synergie des dispositifs qu'il faut travailler. » C'est donc sur l'amélioration de la coordination des différents partenaires que les efforts doivent essentiellement porter. Les établissements de santé, les CLIC, les services d'aide à domicile, les SSIAD, les médecins libéraux et l'IASS ont tous un rôle à jouer pour que le travail en réseau prenne tout son sens et ne demeure pas qu'une belle intention.

3.5.1 Améliorer la coordination entre les SSIAD et les établissements de santé (hôpitaux et cliniques)

On a vu plus haut que dans certains secteurs du département, les sorties d'hospitalisation étaient loin de se dérouler de manière idéale pour le patient, celui-ci se retrouvant seul pour prendre contact avec un SSIAD ou lorsque le contact était pris par l'hôpital, c'était bien souvent fait très tardivement. C'est donc sur la préparation de la

⁶⁸ Circulaire n°DGAS/2C-5B/2005/363 du 28 juillet 2005 relative à l'arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R314-17 du code de l'action sociale et des familles.

⁶⁹ Idem.

sortie que les efforts doivent être portés. On pourrait même imaginer que dès l'entrée d'une personne âgée à l'hôpital qui, selon toute vraisemblance, aura besoin d'une aide à sa sortie, vu la raison de son hospitalisation (intervention chirurgicale par exemple), le service social prenne contact avec le SSIAD du secteur où la personne est domiciliée. Cela laisserait donc le temps au SSIAD d'organiser son planning ou d'orienter l'hôpital vers un autre SSIAD s'il est vraiment saturé.

Toujours dans le but de faciliter les sorties, il faudrait inciter les services de chaque hôpital ou clinique à remplir des fiches de liaison. Celles-ci comprendraient en effet toutes les indications médicales (la raison de l'hospitalisation, la prescription médicale...) et sociales (situation familiale, existence ou recherche de l'intervention d'autres services à domicile,...) du patient et le SSIAD n'aurait alors pas à multiplier les appels téléphoniques pour obtenir quelque information. L'élaboration d'une fiche-type pourrait être à l'ordre du jour d'un groupe de travail ; elle pourrait s'inspirer largement de celle qui sert de base aux relations entre le Pôle Santé Sarthe et Loir et les services environnants.

3.5.2 Améliorer la coordination entre les SSIAD et les services d'aide à domicile

Pour améliorer la coordination entre les SSIAD et les services d'aide à domicile et ainsi mieux répondre aux besoins des personnes aidées, il paraît capital de clarifier les compétences de chacun c'est-à-dire les compétences des aides-soignants, des aides à domicile dont les auxiliaires de vie sociale, et des aides médico-psychologiques. Il faudrait préciser les fonctions et le rôle de chaque intervenant au regard de la réglementation et de leur qualification qui en découle. Pour cela, la définition des soins et des tâches qui incombent à chacun dans chaque situation précise semble de nature à réduire les risques de débordements de qualifications. Une réunion de concertation préalable entre les intervenants à domicile et la personne prise en charge et/ou ses aidants pourrait être organisée pour faire un bilan de situation et dresser une liste des soins et tâches à accomplir en fonction de ce bilan. Le rôle de chacun des intervenants par rapport à ces soins et tâches serait alors précisé, puis un planning d'interventions en fonction des besoins de la personne âgée serait défini. On évaluerait ensuite la durée de chaque intervention et l'on mettrait en place un support commun à tous les intervenants permettant de consigner les soins et tâches qu'ils ont réalisés et toute observation concernant l'évolution de l'état de santé de la personne pour suivre au jour le jour sa situation et adapter les modalités de la prise en charge si besoin. Les actions déterminées en réunion de concertation et les modalités de leur mise en œuvre pourraient être précisées dans un contrat signé par la personne ou ses aidants, par les services intervenants, par le CLIC. Le cahier de liaison serait joint au contrat. Enfin, la désignation auprès de chaque personne prise en charge d'un « référent » faciliterait la coordination

des interventions. Il serait également souhaitable de favoriser les interventions communes des SSIAD et des services d'aide pour que le « passage du relais » se passe de manière optimale.

Maintenant que les textes les reconnaissent, il paraît opportun de réfléchir au développement des **services polyvalents d'aide et de soins à domicile** et de peser le pour et le contre de tels services ; ainsi, qui dit service polyvalent dit offre globale (aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne **et** soins). Cela induit aussi une meilleure coordination entre les intervenants, une mutualisation des moyens, ainsi qu'un encadrement des aides à domicile tant souhaité par les professionnels. D'un autre côté, ce regroupement de services pose la question de leur autocritique et la question de la faisabilité de tels regroupements. Il y a théoriquement trois façons de créer un service polyvalent : premièrement, un SSIAD peut créer un SAAD ; deuxièmement, un SAAD peut créer un SSIAD. Enfin, deux services existants (SSIAD et SAAD) peuvent décider de fusionner et de ne plus constituer qu'une seule entité juridique. En Sarthe, la dernière hypothèse semble pratiquement impossible à réaliser tant les différentes associations tiennent à leur identité propre. La deuxième hypothèse paraît également difficile à concrétiser puisque tout le territoire départemental est déjà couvert par les SSIAD. L'autorisation de créer un SSIAD supplémentaire même au sein d'un SPASAD risque de ne pas aboutir faute de besoins suffisamment importants. C'est pourquoi, seule l'hypothèse selon laquelle un SSIAD créerait un SAAD paraît réaliste. Il faut toutefois mentionner le projet de l'ADMR (association gérant plusieurs services d'aide à domicile) qui souhaite créer un SPASAD pour les personnes handicapées. Cette hypothèse paraît réalisable, ce qui contredit ce qui vient d'être soutenu mais en partie seulement, car ici, il s'agit de répondre aux besoins en soins des personnes *handicapées*, jusqu'à présent faiblement prises en charge par les SSIAD (une trentaine de prise en charge pour un total de 7 places autorisées). L'intérêt de ce projet est multiple : il permet « une intervention de personnel plus spécifiquement formé à la problématique des personnes handicapées (AMP), salarié d'une association déjà très investie dans le champ du handicap. Une réponse complète et coordonnée aux différents besoins de la personne handicapée grâce à la complémentarité du service de soins et du service d'aide. Un interlocuteur unique, facilitant la relation avec le secteur sanitaire et social. Une organisation départementale de l'association avec des auxiliaires de vie et des AMP réparties sur l'ensemble du territoire, ce qui évite des déplacements trop importants, en faisant appel à du personnel de proximité, celui-ci n'étant pas affecté « à temps plein » à un seul cadre

d'intervention. »⁷⁰ En résumé, le débat sur l'intérêt de créer des services polyvalents en Sarthe est lancé.

3.5.3 Améliorer la coordination entre les SSIAD et les autres acteurs (CLIC, HAD, médecins traitants)

A) SSIAD et CLIC

Un redécoupage territorial des SSIAD pourrait être envisagé afin que ceux-ci soient le plus possible superposés aux territoires des CLIC. Cela suppose de modifier les secteurs d'intervention des SSIAD basés sur les cantons. Il s'agit d'un travail à réaliser de manière concertée et uniquement lorsque la situation pose problème. Avant de prendre une telle décision, il apparaît indispensable d'effectuer tout un travail de simulation car un redécoupage territorial a quasiment systématiquement un impact sur le taux de couverture, sur les effectifs et sur le budget des SSIAD.

Toutefois, n'est-il pas illusoire d'imaginer une parfaite superposition des secteurs dans la mesure où il arrive que des découpages aient lieu afin de régler des problèmes de sous ou de suractivité, indépendamment de la question du rattachement aux CLIC ? C'est le cas du SSIAD de Coulaines qui souhaite récupérer la commune de Changé pour élargir son aire d'intervention et ainsi accroître son activité ou le cas du SSIAD de Montfort le Gesnois qui, à l'inverse, souhaite céder le canton de Thorigné sur Dué au SSIAD du Grand Lucé pour réduire son aire d'intervention qu'il estime trop vaste.

B) SSIAD et HAD

Il serait intéressant de développer l'HAD dans le reste du département pour décharger les SSIAD des patients les plus lourds et les plus coûteux et, lorsque l'intervention de l'HAD ne serait justifiée que de manière très ponctuelle, il pourrait être envisagé de faire intervenir les aides-soignants du SSIAD bien connus de la personne et de facturer ces interventions à l'HAD.

⁷⁰ Extrait de l'avis rendu par le médecin-conseil de la CPAM lors du passage en CROSMS du dossier présenté par l'ADMR.

C) SSIAD et médecin traitant

Il semble indispensable de sensibiliser les médecins libéraux à l'intérêt d'une communication effective entre eux et les SSIAD. Mais dès qu'il s'agit de réfléchir aux modalités concrètes de cette « sensibilisation », on se trouve quelque peu embarrassé. Organiser des réunions à la DDASS rassemblant les SSIAD et les médecins serait une solution mais comment être sûr que les médecins se déplaceront? On peut alors essayer d'agir par le biais des réseaux ville-hôpital. En incitant les SSIAD à intégrer ces réseaux, le rapprochement avec les médecins libéraux se ferait peut-être plus aisément.

3.5.4 Améliorer la coordination entre les SSIAD

L'un des rôles de l'IASS est bien de fédérer les énergies et de rassembler les professionnels pour qu'ils échangent sur leurs pratiques, leurs difficultés et leurs attentes. Les SSIAD n'étant pas très nombreux, il ne semble pas compliqué en pratique d'organiser une table ronde pour leur faire sentir l'intérêt qu'ils auraient à travailler plus ensemble, en commençant par des sujets peu sensibles, tels que les commandes groupées.

CONCLUSION

Maillon essentiel de la politique du maintien à domicile fortement encouragé ces dernières années, les SSIAD connaissent aujourd'hui des évolutions importantes. D'une part, ils doivent s'adapter à de nouveaux publics, les personnes âgées de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques. D'autre part, ils doivent s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité et de maîtrise des coûts. Parallèlement, ils doivent faire face à des difficultés qui se répercutent souvent sur la qualité de la prise en charge. En Sarthe, celles-ci sont principalement dues à l'accroissement des charges, à une pénurie de personnel soignant et à l'augmentation de la dépendance des personnes qu'ils prennent en charge. Enfin, la coordination avec les autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pourrait bien souvent être renforcée.

L'enjeu est de taille : soutenir les SSIAD et défendre leur rôle et leur place, c'est contribuer à l'amélioration de la prise en charge à domicile des personnes dépendantes. L'action de l'IASS est ici essentielle et peut se décliner de différentes façons: en rassemblant les différents acteurs, il peut impulser une démarche de concertation et de travail en partenariat. Il est force de proposition en incitant par exemple les SSIAD à diversifier leurs équipes, à intégrer un réseau de santé, en suscitant la réflexion sur une éventuelle création de services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Il est enfin régulateur quand il cherche à remédier aux problèmes budgétaires des services. Il apparaît alors vraiment capital de combiner conseil, accompagnement et contrôle pour garantir une réponse de qualité aux personnes nécessitant des soins et désireuses de rester à domicile. Avec l'institution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des Maisons départementales pour les personnes handicapées, on peut légitimement espérer des avancées en matière de soutien à domicile des personnes dépendantes.

Bibliographie

Références juridiques

Codes

Code de l'Action sociale et des familles

Code de la Santé Publique

Code de la Sécurité sociale

Lois

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. – Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. *Journal officiel de la République Française*, 2 août 2001, p. 12480.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, p. 124.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. *Journal officiel de la République Française*, 18 janvier 2002, p. 1008.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. *Journal officiel de la République Française*, 1^{er} juillet 2004, p. 11944.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. *Journal officiel de la République Française*, 17 août 2004, p.14545.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. *Journal officiel de la République Française*, 27 juillet 2005, p. 12152.

Décrets

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1981. - Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées. *Journal officiel « Lois et décrets »*, 9 mai 1981, p. 1308.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal officiel de la République Française*, 16 février 2002, p. 3040.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale. *Journal officiel de la République Française*, 28 mars 2002, p. 5476.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. – Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L 312-1 du Code de l'Action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L 6111-2 du Code de la Santé publique. *Journal officiel de la République Française*, 24 octobre 2003, p. 18112.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. *Journal officiel de la République Française*, 27 juin 2004, p. 11713.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. *Journal officiel de la République Française*, 13 mars 2005, p. 4348.

Arrêtés

Annexes IV et V de l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant. *Bulletin officiel Santé/Protection sociale/Solidarité* n° 2005/02, 15 mars 2005, pp. 42-45.

Arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R314-17 du code de l'action sociale et des familles. *Journal officiel de la République Française*, 14 août 2005, p. 13218.

Circulaires

Circulaire DGAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Lettre circulaire n° DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé.

Circulaire n° DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2C/113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

Circulaire n° DGAS/2C-5B/2005/363 du 28 juillet 2005 relative à l'arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R314-17 du code de l'action sociale et des familles.

Mémoires

POURSINOFF A. *Diversifier l'offre du SIAD pour répondre aux besoins des personnes lourdement dépendantes*. Mémoire de l'École nationale de la santé publique.2004. 83 p.

CORCHUAN S. *Recueillir la parole de l'usager dans le cadre des soins de fin de vie délivrés au domicile. L'exemple de la région des Pays de la Loire*. Mémoire de l'École nationale de la santé publique.2003. 78 p.

Rapport

LAROQUE P. (prés) 1962, Politique de la vieillesse, Paris, *la Documentation Française*, 438 p.

Articles de périodiques

Actualités Sociales Hebdomadaires, 18 juin 2004, n°2364, pp. 7-8.

ALIAGA Ch., MONROSE M. « L'aide et les soins à domicile ». *Solidarités Santé Etudes Statistiques*, Avril-Septembre 1998, n°2 et 3. pp.171-180.

DARZON A. « L'animation pour mieux vivre à domicile. ». *ASH*, 19 novembre 2004 n°2382, pp. 23-24.

Echo des STAT. Pays de la Loire « Les soins infirmiers de proximité en 2002 », Octobre 2002, n°11.

GRAND A., ANDRIEU S. « La politique d'aide aux personnes âgées à l'épreuve du vieillissement démographique ». *Regards sur l'actualité*, décembre 2003, n°296. pp. 63-75

GOHET P. « Handicap et dépendance. Proches mais pas semblables ». *Revue hospitalière de France*. Janvier-février 2005, n°502, pp. 80-81.

IASS La Revue, « Nécessaire passage des SSIAD en dotation globale de financement ? » Décembre 2004, n°45, p. 71.

Liaisons Sociales Quotidien, « Plan pour la dépendance. Suppression d'un jour férié (lundi de Pentecôte) » 17 novembre 2003, n°76/2003, pp. 3-11.

MICHAUDON H. « Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID. » *DREES Etudes et résultats*, Décembre 2002, n°204.

Perspectives sanitaires et sociales, « Une coopération Public/Privé au service des personnes âgées » 1998, n°141. pp. 8-10.

SENTILHES-MONKAM A., « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe. » *Revue Française des Affaires sociales*, Juillet-septembre 2005, n°3, pp. 157-182.

Sites Internet

www.handicap.gouv.fr

www.personnes-agees.gouv.fr

www.sarthe.pref.gouv.fr

www.social.gouv.fr

Autres références

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Fondation nationale de gérontologie. Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Convention constitutive du réseau de santé DOLOSARTHE.

Larousse 2004

Plan d'Action Stratégique de l'Etat dans le département de la Sarthe 2004-2007.

Schéma départemental Personnes Agées. Sarthe. 2005-2009

Statiss 2005 Pays de la Loire. Avril 2005.

Liste des annexes

Annexe 1 : Carte du département de la Sarthe.

Annexe 2 : Répartition géographique des SSIAD en Sarthe.

Annexe 3 : Répartition géographique des CLIC en Sarthe.

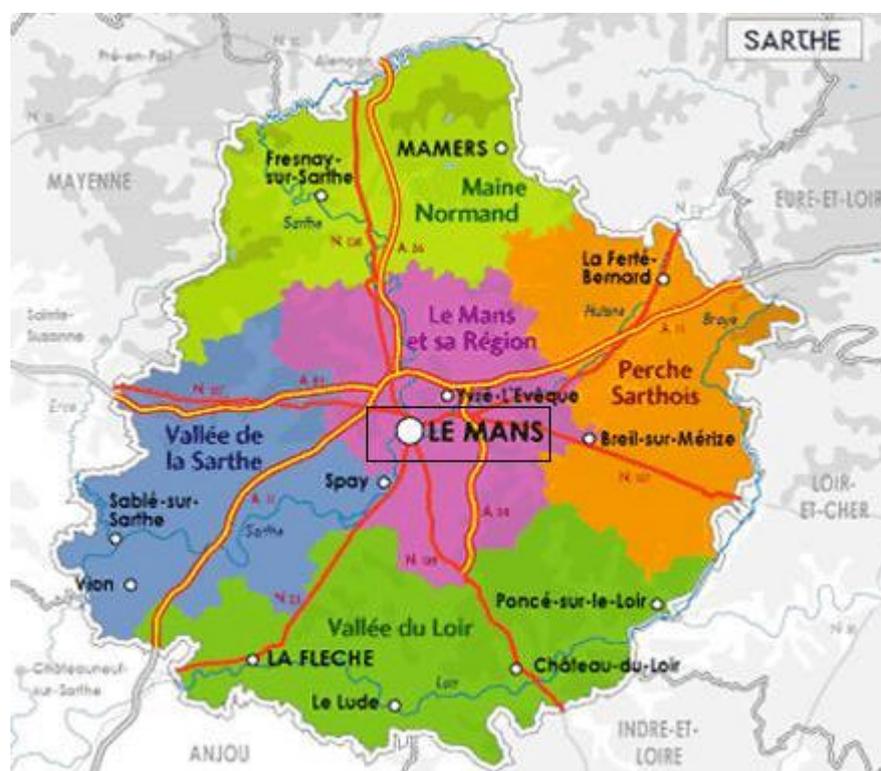
Annexe 4 : Guide d'entretien avec un infirmier coordinateur de SSIAD.

Annexe 5 : Extraits des référentiels d'activités et de compétences des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie sociale.

Annexe 6 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. (Extraits)

ANNEXE 1

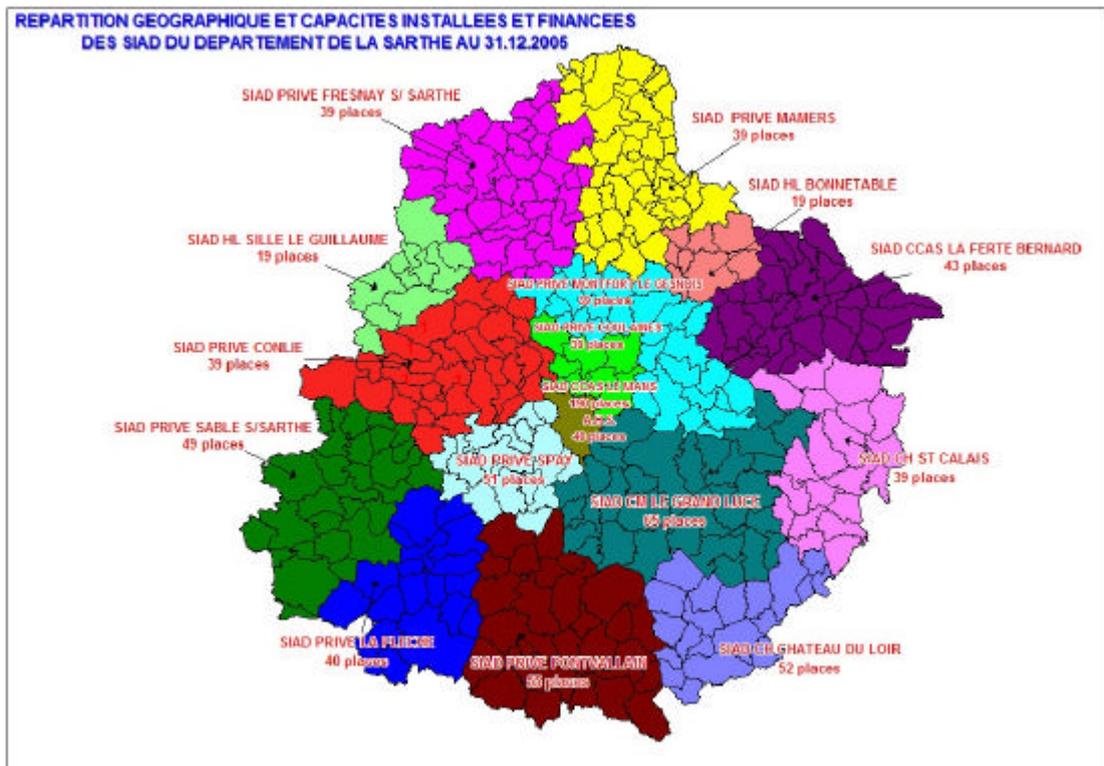
Département de la Sarthe



Superficie :	6244km ²
Préfecture :	Le Mans
Sous-Préfectures :	Mamers et La Flèche
Population :	529 851 habitants (en 1999)

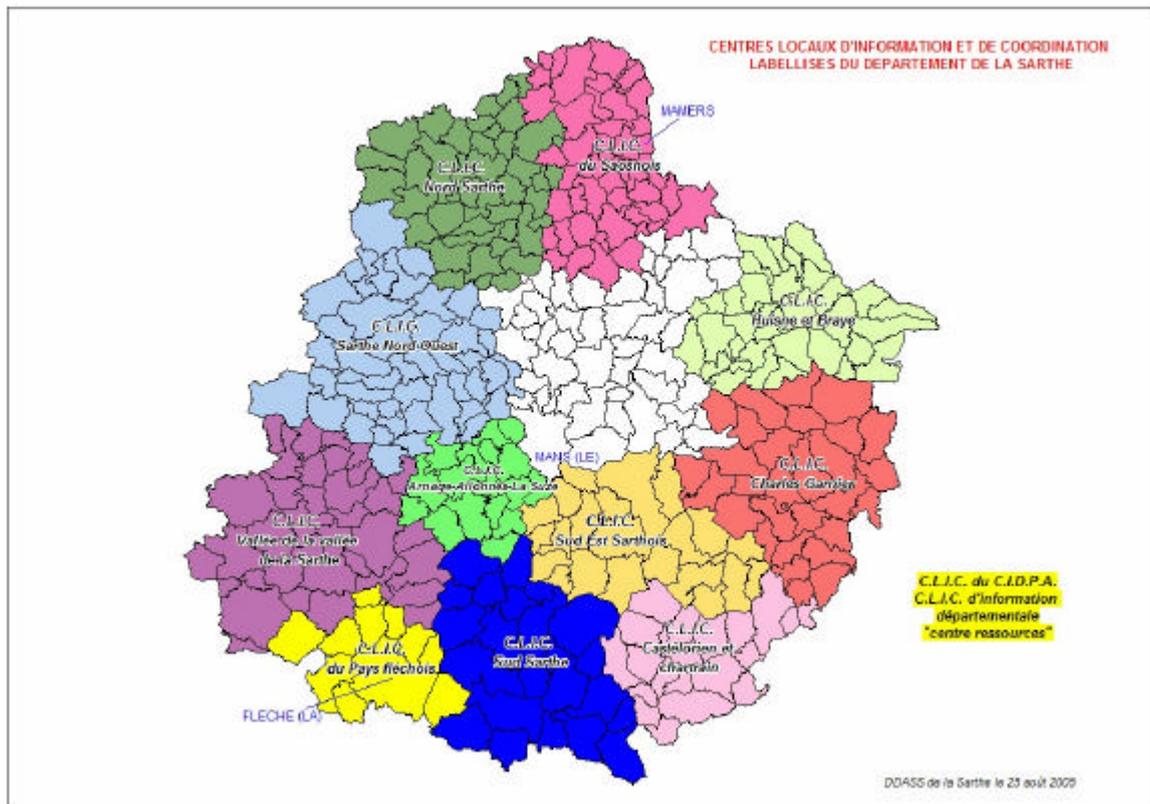
Source : www.sarthe.pref.gouv.fr

ANNEXE 2 LES SSIAD EN SARTHE



Source : DDASS 72

ANNEXE 3 LES CLIC EN SARTHE



ANNEXE 4

Guide d'entretien avec un infirmier coordinateur de SSIAD

Elève-inspectrice à la DDASS de la Sarthe, je dois réaliser un mémoire en relation avec mes futures missions. J'ai choisi de m'intéresser aux SSIAD du département, mon but étant de recueillir des informations sur l'organisation et le fonctionnement de ces services dans une perspective d'amélioration de la prise en charge à domicile des personnes âgées et handicapées. En tant qu'infirmier coordinateur, il me semblait incontournable de vous rencontrer.

Tout d'abord, pouvez-vous me présenter votre service, le personnel employé et le public pris en charge ?

- Le SSIAD en lui-même :

Date de création
Nombre de places autorisées/financées.
Taux d'occupation
Livret d'accueil ?

- Le personnel du SSIAD :

Effectifs et son évolution
Interventions de libéraux
Diplômes
Rôle de l'infirmier coordinateur
Le personnel ressent-il un besoin de formation ou d'information? (Prise en charge de la douleur, soins palliatifs...)
Avez-vous des problèmes de recrutement ?

- Le public bénéficiaire :

Typologie : âge, niveau de dépendance, proportion de personnes handicapées âgées de moins de 60 ans.
Raisons du recours au service.
Qui oriente les personnes prises en charge vers le SSIAD ? (Médecin traitant, hôpital, famille, CLIC, SIVA...)
Nature de l'intervention et durée moyenne.
La demande est-elle supérieure à l'offre du service ?
Comment se fait la gestion des flux de patients et des flux d'informations concernant l'état de santé des patients et les soins nécessaires à l'amélioration ou à la stabilisation de celui-ci ?

Liste des thèmes à aborder :

- Les relations extérieures du service :

Y a-t-il des liens privilégiés avec certains professionnels ?
Appartenance à un réseau ?
Relations avec le médecin prescripteur ; est-ce difficile de se conformer aux prescriptions médicales ? Si oui, pourquoi ?
Relations avec le Conseil Général.
Relations avec le secteur infirmier libéral.
Relations avec les familles.
Relations avec les établissements (hôpital, maisons de retraite,...)
Comment se fait la coordination des différents intervenants auprès de la personne ?

-votre avis sur :

La réponse de votre service aux besoins du public.
En quoi êtes-vous satisfait ?
Quelles difficultés rencontrez-vous ?
Sur quoi pourraient porter les améliorations ?
Avez-vous des souhaits, des propositions en vue d'une amélioration du fonctionnement du service et de la qualité de la réponse aux bénéficiaires de soins ? (Par exemple, besoins de moyens supplémentaires ; si oui, moyens de quelle nature ? modifier le système de financement par forfait ?)
Pensez-vous que la création de services polyvalents peut contribuer à améliorer la réponse aux besoins des usagers ? (En clarifiant les compétences respectives de chacun des professionnels,...)
Le système de financement des SSIAD (par forfait).

ANNEXE 5 Extraits des référentiels d'activités et de compétences des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie sociale.

Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant

DIPLÔME PROFESSIONNEL AIDE SOIGNANT RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS

L'aide soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celui-ci, défini par les articles 3 et 5 du décret n° 2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

L'aide soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Travaillant le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité.

Définition du métier

Dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier (...), en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de la personne.

Activités

1. Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne.
2. Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé.
3. Aider l'infirmier à la réalisation de soins.
4. Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits.
5. Entretien des matériels de soin.
6. Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins.
7. Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage.
8. Accueillir et accompagner des stagiaires en formation.

Activités détaillées

1. Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne

Principales opérations constitutives de l'activité

Installer et mobiliser la personne :

- installer le patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap en fonction de la prescription ;

- lever et mobiliser la personne en respectant les règles de manutention ;

- stimuler la personne pour maintenir et développer l'autonomie.

Dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au confort de la personne :

- effectuer une toilette partielle ou complète en fonction de l'autonomie et du handicap : toilette génito-anale, hygiène bucco-dentaire et soins de bouche non médicaux, soins de pieds, ...

- réaliser des gestes quotidiens permettant d'assurer le confort de la personne (friction de bien-être, ...) et de prévenir les escarres et les attitudes vicieuses ;

- déshabiller/habiller la personne complètement ou partiellement ;

- refaire un lit occupé.

Dispenser des soins liés à l'alimentation :

- installer et préparer la personne pour le repas au lit, assis en chambre ou en salle ;

- aider au choix et à la commande des repas ;

- présenter et vérifier le plateau ;

- desservir les repas et réinstaller la personne ;

- apporter une aide partielle ou totale à la prise de repas et à l'hydratation régulière.

Dispenser des soins liés à l'élimination :

- poser le bassin et l'urinal ;
- poser un étui pénien et changer la poche ;
- nettoyer et désinfecter les différents matériels liés à l'élimination ;
- assurer l'entretien journalier d'une colostomie ancienne cicatrisée et appareillée.

Dispenser des soins liés au sommeil :

- préparer la chambre ;
- installer la personne pour le repos et le sommeil en fonction de ses besoins, de sa pathologie ou de son handicap ;
- mettre en place les conditions favorables à l'endormissement et au réveil en fonction des habitudes de la personne. (...)

2. - Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à l'état de santé de la personne

Principales opérations constitutives de l'activité

Observer l'état général et les réactions de la personne :

- observer l'état général de la personne : environnement, aspect, propreté, degré de mobilité, (...), son autonomie et son comportement ;
- observer les réactions, l'autonomie et le comportement de la personne : niveau de communication, état de stress, d'émotivité, cohérence du discours, orientation spatio-temporelle,...
- observer l'état d'hydratation, de dépendance, de conscience.

Observer l'état de la peau et des muqueuses :

- observer les téguments : coloration, intégrité, consistance de la peau (sécheresse,...), pli cutané,...
- observer des signes pathologiques : oedèmes, escarres, gonflements, ...
- surveiller les points d'appui.

Observer et mesurer les paramètres vitaux :

- observer et mesurer les paramètres vitaux : fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température, poids, taille, qualité de la respiration,...
- observer la quantité et la qualité des aliments absorbés et la quantité des boissons absorbées ;
- surveiller l'élimination urinaire, le transit, l'élimination intestinale, les crachats ;
- observer la qualité et la durée du sommeil, l'état de veille, la douleur ;
- observer les modifications de ces états et les écarts dans la mesure des paramètres ;
- réaliser les courbes de surveillance.

Observer le bon fonctionnement des appareillages et dispositifs médicaux :

- observer le bon fonctionnement de dispositifs de drainage et de perfusion, des aspirateurs, des seringues,...
- observer le bon fonctionnement des dispositifs de surveillance de paramètres ;
- observer l'état des pansements et des drains ;
- observer l'état des plâtres ;
- observer l'état et le bon fonctionnement des appareils de traction, suspension, immobilisation ;
- vérifier des dispositifs d'administration d'oxygène et d'aspiration trachéale. (...)

3. Aider l'infirmier à la réalisation de soins

Principales opérations constitutives de l'activité

Préparer le patient pour des pansements, des examens invasifs ou une intervention.

Mettre à disposition du matériel.

Servir des compresses, des produits...

Aider l'infirmière ou le kinésithérapeute au premier lever d'une personne opérée.

Aider à la prise de médicaments sous forme non injectable (faire prendre et vérifier la prise).

Poser des bas de contention.

Aider aux soins mortuaires au sein d'un service en établissement. (...)

4. Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits

Principales opérations constitutives de l'activité

Assurer l'entretien de la chambre :

- nettoyer, désinfecter avec les produits appropriés tout le matériel et le mobilier de la chambre ;
- ranger et remettre en état, organiser l'espace en fonction du matériel et du mobilier de la chambre ;
- préparer et ranger le chariot d'entretien ;
- évacuer le linge sale en respectant les circuits ;
- pré-désinfecter, nettoyer et désinfecter le matériel hôtelier et médical.

Refaire les lits :

- refaire les lits à la sortie du malade ;
 - refaire les lits inoccupés ;
 - préparer les différents équipements du lit : matelas, potences... ;
 - changer les matelas.
- Éliminer les déchets :
- éliminer les déchets dans les contenants appropriés et suivant le circuit approprié ;
 - installer, nettoyer et entretenir les contenants réutilisables au sein du service. (...)

5. Entretien des matériels de soin

Principales opérations constitutives de l'activité

Laver, décontaminer, nettoyer, désinfecter certains matériels de soin.
 Entretien des chariots propres et sales, les chaises roulantes et brancards.
 Contrôler et conditionner le matériel à stériliser ou à désinfecter.
 Contrôler et ranger le matériel stérilisé. (...)

6. Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins

Principales opérations constitutives de l'activité

Recueillir les informations concernant les soins et les patients.
 Rechercher dans le dossier de soin les informations nécessaires à l'activité.
 Transmettre les informations sur les soins et activités réalisées.
 Transmettre les informations sur le comportement du malade et son environnement.
 Transmettre les observations et mesures réalisées.
 Renseigner le dossier de soin pour les activités et les observations réalisées. (...)

7. Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage

Principales opérations constitutives de l'activité

Assurer une communication verbale et non verbale contribuant au bien-être du patient.
 Accueillir les personnes : écouter et apporter une réponse adaptée et appropriée au malade et à sa famille.
 Transmettre des informations accessibles et adaptées au patient en fonction de la réglementation.
 Donner des conseils simples aux familles et au patient sur l'hygiène de la vie courante.
 Expliquer le fonctionnement du service.
 Stimuler les personnes par des activités. (...)

8. Accueillir et accompagner des stagiaires en formation

Principales opérations constitutives de l'activité

Accueillir les stagiaires, présenter les services et personnels.
 Montrer et expliquer les modalités de réalisation des activités.
 Expliquer et contrôler le respect des fonctions de chaque professionnel.
 Observer la réalisation des activités par le stagiaire.
 Apporter son appréciation lors de l'évaluation. (...)

Annexe V à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant

DIPLÔME PROFESSIONNEL AIDE SOIGNANT RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES UNITÉ 1

Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie

Savoir-faire :

- identifier les besoins essentiels de la personne et prendre en compte sa culture, ses habitudes de vie, ses choix et ceux de sa famille ;
- repérer l'autonomie et les capacités de la personne ;
- apporter son aide pour la toilette, l'habillement, la prise de repas, l'élimination et le déplacement en l'adaptant aux besoins et aux capacités de la personne et en respectant les règles d'hygiène et de pudeur ;

- stimuler la personne, lui proposer des activités contribuant à maintenir son autonomie et à créer du lien social.

UNITÉ 2

Apprécier l'état clinique d'une personne

Savoir-faire :

- observer la personne et apprécier les changements de son état clinique ;
- identifier les signes de détresse et de douleur ;
- mesurer les paramètres vitaux en utilisant les outils spécifiques et réaliser les courbes de surveillance ;
- identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie ;
- identifier les risques liés à la situation de la personne ;
- discerner le caractère urgent d'une situation et alerter.

UNITÉ 3

Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne

Savoir-faire :

- rechercher les informations sur les précautions particulières à respecter lors du soin ;
- identifier et appliquer les règles d'hygiène et de sécurité associées aux soins à la personne ;
- organiser l'activité de soin en fonction de l'environnement et de la personne ;
- choisir le matériel approprié au soin ;
- réaliser les soins dans le respect de la personne, de son autonomie, de son intimité et en tenant compte, des appareillages et matériels d'assistance médicale : soins liés à l'hygiène corporelle et au confort, à l'alimentation, à l'élimination, au sommeil et aide de l'infirmier à la réalisation de soins (cf. note 6) ;
- adapter les modalités de réalisation du soin à l'état de la personne et à ses habitudes de vie ;
- évaluer la qualité du soin réalisé et réajuster, le cas échéant.

UNITÉ 4

Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation (...) des personnes

Savoir-faire :

- identifier et appliquer les principes d'ergonomie et de manutention lors des mobilisations, des aides à la marche et des déplacements ;
- identifier et appliquer les règles de sécurité et de prévention des risques, notamment ceux liés aux pathologies et à l'utilisation du matériel médical ;
- installer la personne en tenant compte de ses besoins, de sa pathologie, de son handicap, de sa douleur et des différents appareillages médicaux.

UNITÉ 5

Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

(...)

UNITÉ 6

Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

(...)

UNITÉ 7

Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

Savoir-faire :

- identifier et rechercher les informations nécessaires sur les précautions particulières à respecter lors d'un soin et permettant de prendre en compte la culture du patient, ses goûts, son régime... ;
- transmettre les informations liées à la réalisation du soin et alerter en cas d'anomalie par oral, par écrit ou en utilisant les outils informatisés ;
- s'exprimer au sein de l'équipe de soin en utilisant un langage et un vocabulaire professionnel ;
- renseigner des documents assurant la traçabilité des soins en appliquant les règles ;
- rechercher et organiser/hierarchiser l'information concernant le patient ;

- discerner les informations à transmettre dans le respect des règles déontologiques et du secret professionnel.

UNITÉ 8
Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

(...)

Référentiels d'activités et de compétences d'un auxiliaire de vie sociale issus du livret d'information sur la VAE

Référentiel d'activités

FONCTIONS CLÉS D'AIDE AUX PERSONNES	ACTIVITÉS
Accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne	<p>Stimule les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne Aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne.</p> <p>Aide à l'habillage et au déshabillage.</p> <p>Aide seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale.</p> <p>Aide une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée.</p> <p>Aide, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'alimentation ; - à la prise de médicaments lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage ; - aux fonctions d'élimination.
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne	<p>Aide à la réalisation ou réalise des achats alimentaires.</p> <p>Participe à l'élaboration des menus, aide à la réalisation ou réalise des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits.</p> <p>Aide à la réalisation ou réalise l'entretien courant du linge et des vêtements, du logement.</p> <p>Aide à la réalisation ou réalise le nettoyage des surfaces et matériels.</p> <p>Aide ou effectue l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité.</p>
Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelles	<p>Participe au développement et/ou au rétablissement et et/ou au maintien de l'équilibre psychologique.</p> <p>Stimule les relations sociales.</p> <p>Accompagne dans les activités de loisirs et de la vie sociale.</p> <p>Aide à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives.</p>
FONCTIONS TRANSVERSALES	ACTIVITÉS
Diagnostic de la situation et adaptation de l'intervention	<p>Observe et participe à l'analyse de la situation sur le terrain.</p> <p>Fait preuve en permanence de vigilance et signale à l'encadrant et aux personnels soignants, tout état inhabituel de la personne aidée.</p> <p>Organise et ajuste son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrant, en fonction du plan d'aide initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien.</p>
Communication et liaison	<p>Ecoute, dialogue, négocie avec la personne en situation de besoin d'aide et les aidants naturels.</p>

	<p>Sécurise la personne en situation de besoin d'aide. Travaille en équipe. Rend compte de son intervention auprès des responsables du service, fait part de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée. Repère ses limites de compétences et identifie les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter. Intervient en coordination avec les autres intervenants au domicile.</p>
--	--

Référentiel de compétences

Ensemble des savoirs, savoirs faire et savoirs être pour exercer le métier d'auxiliaire de vie sociale :

1. Domaine de la connaissances des publics

Situer la personne aidée dans son contexte socio-culturel.

2. Domaine des pathologies - processus invalidants

Appréhender les conséquences des pathologies et déficiences dans la vie quotidienne des personnes.

3. Domaine de l'ergonomie

Aider à la mobilisation, aux déplacements, à l'installation, à l'habillage et au déshabillage de la personne en respectant et en stimulant son autonomie.

4. Domaine de santé et de l'hygiène

Aider, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et en respectant les limites de ses compétences et l'intimité de la personne :

à l'alimentation ;

à la prise de médicaments ;

à la toilette ;

aux fonctions d'élimination.

5. Domaine de l'alimentation et des repas

Réaliser des achats alimentaires et participer à l'élaboration des menus.

Réaliser des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits.

Motiver la personne aidée à manger et boire suffisamment.

6. Domaine de l'entretien du linge et du cadre de vie

Réaliser l'entretien courant du linge et des vêtements.

Assurer le nettoyage des surfaces et matériels du logement.

Aider à l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité.

7. Domaine de l'action sociale et ses acteurs

Identifier les principaux dispositifs sociaux afin d'orienter la personne aidée vers les acteurs compétents.

Aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives.

8. Domaine de l'animation dans la vie quotidienne

Stimuler les capacités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne.

Favoriser les relations sociales.

Accompagner dans les activités de loisirs et de la vie sociale.

9. Domaine de l'exercice professionnel, de la responsabilité et de la déontologie

Positionner son métier dans le champ de l'action sociale.

Définir et faire respecter ses propres limites dans un cadre professionnel.

Adopter des comportements qui manifestent le respect de la personne et de son lieu de vie.

10. Domaine de la mise en oeuvre de l'intervention

Identifier et comprendre les modifications de la situation de la personne et du contexte de travail.

Proposer des solutions alternatives adaptées.

Adapter son attitude et des techniques aux évolutions contextuelles.

S'organiser dans l'espace et dans le temps.

11. Domaine de la communication et de la relation d'aide

Etablir une relation de confiance.

Articuler les aspects relationnels et techniques.

Travailler en coopération avec l'équipe (collègues, personnes aidées, famille, et autres partenaires).

ANNEXE 6

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (extraits)

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement.

La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou à l'altération de fonctions mentales.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens.

Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences.

Cette Charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

ARTICLE I :

CHOIX DE VIE

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. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

ARTICLE II :

DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

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

La personne âgée dépendante ou à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle.

Lorsque le soutien au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile.

Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie au domicile. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et avec ses proches. Ce choix doit rechercher la solution la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade.

Son confort moral et physique, sa qualité de vie doivent être l'objectif constant, quelle que soit la structure d'accueil.

L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

ARTICLE III :

UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle.

La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées dépendantes, que ce soit en institution ou au domicile.

Toute personne âgée doit être informée de façon claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

ARTICLE IV :

PRESENCE ET ROLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

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

Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de la vie doit être encouragée et facilitée. En cas d'absence ou de défaillance des proches, c'est au personnel et aux bénévoles de les suppléer.

Une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

(...)

ARTICLE V :

PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

(...)

ARTICLE VI :

VALORISATION DE L'ACTIVITE

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent, même chez des personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.

Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée.

Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

ARTICLE VII :

LIBERTE DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

(...)

ARTICLE VIII :

PRESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie donc, chaque fois que son efficacité est démontrée.

Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessibles à tous.

ARTICLE IX :

DROITS AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Aucune personne âgée ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile en fonction du cas personnel de chaque malade et non d'une discrimination par l'âge.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint.

Ces soins visent aussi à rééduquer les fonctions et compenser les handicaps.

Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets.

L'hôpital doit donc disposer des compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades.

Les institutions d'accueil doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dépendantes psychiques.

Les détails administratifs abusifs qui retardent l'entrée dans l'institution choisie doivent être abolis.

La tarification des soins doit être déterminée en fonction des besoins de la personne âgée dépendante, et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

ARTICLE X :

QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Une formation spécifique en gérontologie doit être dispensée à tous ceux qui ont une activité professionnelle qui concerne les personnes âgées. Cette formation doit être initiale et continue, elle concerne en particulier, mais non exclusivement, tous les corps de métier de la santé.

Ces intervenants doivent bénéficier d'une analyse des attitudes, des pratiques et d'un soutien psychologique.

ARTICLE XI :

RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Certes, les affections sévères et les affections mortelles ne doivent pas être confondues : le renoncement thérapeutique chez une personne curable constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié. Mais, lorsque la mort approche, la personne âgée doit être entourée de soins et d'attentions adaptés à son état.

Le refus de l'acharnement ne signifie pas un abandon des soins mais doit, au contraire, se traduire par un accompagnement qui veille à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale.

La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement, entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.

Que la mort ait lieu au domicile, à l'hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille avant et après le décès.

ARTICLE XII :

LA RECHERCHE : UNE PRIORITE ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

(...)

ARTICLE XIII :

EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Ceux qui initient ou qui appliquent une mesure de protection ont le devoir d'évaluer ses conséquences affectives et sociales.

L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitements doit être sauvegardée.

(...)

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé(e).

(...)

ARTICLE XIV :

L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Cette information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une exclusion qui ne prend pas en compte les capacités restantes ni les désirs de la personne.

L'exclusion peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus de la réponse aux besoins.

L'information concerne aussi les actions immédiates possibles. L'éventail des services et institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels.

(...)

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

**Fondation Nationale de Gérontologie
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité**