

Véronique DE LA CRUZ

Épouse VACCAREZZA

**Créer un Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile :
une réponse pertinente pour les personnes vieillissantes en
territoire rural**

EXPERTISE TECHNIQUE

**Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable
d'Unité d'Intervention Sociale**

Année : 2015-2017

SOMMAIRE

Glossaire	1
Introduction	1
<u>I. Présentation du réseau Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR)</u>	2
1. L'ADMR : 70 ans au service des populations rurales fragilisées.....	2
2. L'Association ADMR dans les Alpes de Haute Provence et sa déclinaison locale.....	3
3. Le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD).....	3
<u>II. Une démarche d'expertise organisée autour de trois dimensions</u>	4
1. L'expertise de terrain.....	4
a) Le département des Alpes de Haute Provence face au vieillissement de sa population.....	5
b) Une offre de service inégalement répartie sur le territoire en lien avec les disparités géographiques existantes.....	5
c) Vieillir dans les Alpes de Haute Provence : un enjeu pour l'avenir.....	5
2. L'expertise scientifique.....	6
a) Vieillissement et perte d'autonomie.....	7
b) Les répercussions sociales et économiques du vieillissement dans les années à venir.....	7
c) le concept d'Humanitude: une démarche de Bientraitance au bénéfice des personnes.....	8
3. L'expertise des politiques publiques.....	8
a) Un cadre réglementaire et législatif évolutif en faveur des personnes vieillissantes.....	8
<u>III. La problématique et les préconisations</u>	10
1. Favoriser la coordination des interventions et mutualiser l'action du SSIAD et des SAAD par la création d'un SPASAD.....	10
2. Développer la formation des personnels salariés d'intervention.....	11
3. Renforcer l'aide aux aidants.....	11
<u>Conclusion</u>	11
BIBLIOGRAPHIE	13
ANNEXES	

Glossaire

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AHP : Alpes de Haute Provence

ALMalpes : Allo Maltraitance

ANESM : Agence National de l'Évaluation et de la qualité des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux.:

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

CASF : Code d'Action Sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CHICAS : Centre Hospitalier Inter Communal des Alpes du Sud

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CIPPAV : Cellule départementale de recueil des Informations Préoccupantes des Personnes vulnérables

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

IDEL : Infirmier Diplômé d'État Libéral

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

PACA : Provence Alpes Côtes d'Azur

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

Introduction

J'occupe depuis mars 2009, le poste d'infirmière coordinatrice, faisant fonction de chef de service au sein d'une association d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), gestionnaire du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui emploie douze personnes¹. J'ai réalisé cette expertise technique au sein de mon établissement, qui fait partie des structures à caractère social et médico-social au sens du 6° et 7° art L312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. (CASF). L'ADMR est le premier réseau associatif de proximité, c'est la référence du service à la personne. Face aux constats incontournables du vieillissement de la population, nous, responsables de service, devons penser à la manière dont nous allons accompagner les personnes à bien vieillir à domicile dans les années à venir. Cette expertise technique se déroule en trois grandes parties. La première s'arrête sur la présentation de l'ADMR et du Service de Soins Infirmiers à Domicile. La deuxième permet d'élaborer un diagnostic construit autour de trois dimensions : une analyse de territoire et le résultat d'un questionnaire distribué aux personnes accueillies, une deuxième dimension qui vient éclairer les notions de vieillissement et ses répercussions sociales et économiques ainsi que le concept d'Humanitude. La troisième dimension retrace l'évolution du cadre réglementaire en faveur des personnes vieillissantes. La troisième partie est axée sur un ensemble d'éléments que j'ai analysés et qui m'ont permis de dégager une problématique. Je terminerai ce travail en proposant un certain nombre de préconisations.

I. Présentation du réseau Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR)

1. L'ADMR : 70 ans au service des populations rurales fragilisées

En 2015, l'ADMR a fêté ces soixante-dix ans : c'est dire l'importance de son action quotidienne auprès de la population fragilisée et rurale. L'ADMR est un vaste réseau², présent au niveau national, régional et local. Toutes les associations ont pour principale vocation d'aider les personnes à bien vivre à domicile. La mission de l'ADMR s'appuie sur quatre valeurs, la proximité, le respect de la personne, la citoyenneté et l'universalité.

Chaque intervention est individualisée,³ respecte la liberté, le mode de vie et les attentes de chacun.⁴ De la naissance à la fin de vie, l'ADMR peut apporter une aide.

¹ Cf. Annexe n°1 : Organigramme Association ADMR Asse Verdon-SSIAD

² Cf. Annexe n°2 : Le réseau ADMR

³ Le Document Individualisé de Prise en Charge (DIPC) est établi à l'admission de l'usager. Le DIPC est un des 7 outils obligatoires de la loi du 2 janvier 2002.2. Pour chaque usager un projet personnalisé de vie est effectué.

⁴ La Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est jointe dans le livret d'accueil qui est distribué à chaque admission. C'est également un des 7 outils de la loi du 2 janvier 2002-2.

Chaque association locale ADMR à sa propre entité juridique, ce sont toutes des associations « loi 1901 »⁵, privées à but non lucratif.

2. L'Association ADMR dans les Alpes de Haute Provence et sa déclinaison locale.

La fédération ADMR des Alpes de Haute Provence est constituée de trente-quatre associations locales. Chacune d'elles est constituée d'adhérents qui élisent son Conseil d'Administration lors d'une Assemblée Générale Ordinaire. La fédération vient apporter un soutien administratif, technique et juridique aux associations locales. La gouvernance associative fait appliquer les décisions adoptées en assemblée générale ou en conseil d'administration, définit les orientations stratégiques en lien avec les orientations politiques, et veille à leurs applications.

L'Association ADMR Asse Verdon⁶ :

L'association ADMR Asse Verdon, créée en 2002, et gestionnaire du Service de Soins Infirmiers à Domicile est implantée sur la commune de Saint André les Alpes, située au nord de Digne les Bains (45 km). Son territoire d'intervention est très vaste, il couvre toutes les communes du Moyen et Haut Verdon jusqu'à la Foux D'Allos et descend sur la vallée de l'Asse jusqu'à Chaudon-Norante soit 20 communes.⁷ Sa vocation, identique à toutes les associations ADMR, est de favoriser le maintien à domicile des personnes et d'apporter des réponses adaptées à leurs besoins. Sa population actuelle est de 5300 habitants soit 898 de plus qu'en 2002. Sa création a été une nécessité et vient répondre à la pénurie des infirmiers libéraux des différents cantons d'intervention.

3. Le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)

Le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) répond au décret suivant : **Le Décret n°2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement. Il indique que « *les SSIAD assurent sur prescription médicale des soins d'hygiène et de base auprès de personnes âgées dépendantes de plus de soixante ans, d'adultes de moins de 60 ans atteints de maladies chroniques ou de handicaps et présentant un taux d'incapacité au moins égal à 80 % et, sur avis du contrôle médical, d'adultes de soixante ans atteints de maladie chronique ou de handicaps présentant un taux d'incapacité inférieur à 80%* ».⁸

⁵ L'association loi de 1901 à but non lucratif a été mise en place le 1^{er} Juillet 1901 par Waldeck-Rousseau.

⁶ Cf. annexe n°1 : Organigramme Association ADMR Asse Verdon-SSIAD

⁷ Cf. annexe n°3 : Plan et les communes d'interventions.

⁸ Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions d'organisations et de fonctionnements des SSIAD.

La vocation du SSIAD est d'éviter, ou d'écourter une hospitalisation, favoriser le retour à domicile, retarder la perte d'autonomie ou soulager les aidants naturels qui ont à charge des personnes malades, dépendantes. Il joue un rôle primordial dans la coordination du parcours de soins entre les différents intervenants et les établissements. L'autorisation de fonctionnement est délivrée par le Préfet du département, l'autorité tutélaire est la Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS)⁹ des A.H.P. Le financement est quant à lui assuré à 100% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Digne les Bains.

Le SSIAD compte à ce jour 40 places contre 19 à sa date d'ouverture. Les personnes accueillies dans le service présentent des motifs d'admission différents tels que : une perte d'autonomie partielle ou totale, des troubles cognitifs (maladies d'Alzheimer, Parkinson, démence sénile) et souffrent bien souvent d'isolement social. Les personnes sont admissibles à la condition que leur niveau de dépendance soit compris entre 1 et 4 ; l'évaluation de la dépendance se fait par l'intermédiaire de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR)¹⁰ allant jusqu'à 6. La fréquence des interventions varie, d'un minimum de 3 fois allant jusqu'à 14 fois par semaine. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, la moyenne d'âge des personnes accueillies en 2015, est de 87 ans. Le service travaille en étroite collaboration avec différents partenaires¹¹. Le partenaire « privilégié » du SSIAD est le Service d'Aide À Domicile (SAAD) ADMR. Le territoire compte 1 SSIAD et trois SAAD. La finalité de nos missions respectives est de délivrer des prestations adaptées et de qualité dont le but est d'assurer le maintien à domicile.

II. Une démarche d'expertise organisée autour de trois dimensions

La démarche d'expertise qui suit m'a permis de mettre en interaction trois dimensions : l'analyse du territoire, l'analyse scientifique et l'évolution du cadre des politiques publiques.

1. L'expertise de terrain

J'ai construit l'expertise de terrain autour de trois problématiques identifiées comme incontournables : l'accompagnement des personnes, leur mode de vie, leurs attentes et leurs besoins. Je me suis appuyée sur une analyse du territoire et un questionnaire d'enquête à destination des personnes accompagnées.

⁹ L'ARS crée le 1^{er} avril 2010. Ce sont des agences régionales de santé régies par le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique. Créé en vertu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST.

¹⁰ Grille AGGIR : outil permettant d'évaluer le degré d'autonomie ou de perte d'autonomie des personnes.

¹¹ Cf. Annexe n°4: Les partenaires

a) Le département des Alpes de Haute Provence face au vieillissement de sa population :

Le département des Alpes de Haute Provence est le deuxième département le moins peuplé de la région Provence Alpes Côtes d'Azur mais le plus grand en superficie. Il comptait en 2013 169 059 habitants sur une superficie de 6925.2 km² soit une densité de 23.2 habitants au km².¹² Sa population est croissante, entre 2006 et 2013 elle a augmenté de 6458 habitants¹³. Au 1^{er} janvier 2014, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent plus d'un quart de sa population (soit + 47 623). Dans la représentativité, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, soit 52.2 % de la tranche d'âge des plus de 60 ans et 68.4 % des plus de 85 ans¹⁴.

b) Une offre de service inégalement répartie sur le territoire en lien avec les disparités géographiques existantes.

De par sa complexité géographique le département compte 2 centres hospitaliers (un au sud, l'autre au nord), un Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS), 9 Établissements Publics de Santé, 5 centres de Soins de Suite et de Réadaptations (SSR) et 32 Établissements d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui sont dispersés dans tout le département. Il compte également 53 Services d'Aide A Domicile, dont 34 appartenant au réseau ADMR. Le département est faiblement doté en lits de médecine et de chirurgie comparativement au niveau régional¹⁵ et il existe des dispositifs spécifiques personnes âgées, handicapées ou vulnérables, tels que l'association Alma¹⁶. Le Conseil Départemental joue un rôle en faveur de la Bienveillance des aînés et contre la maltraitance en disposant d'une cellule départementale de recueil des informations préoccupantes des personnes vulnérables (CIPPAV).¹⁷

c) Vieillir dans les Alpes de Haute Provence : un enjeu pour l'avenir

La situation géographique du département des Alpes de Haute Provence est très diverse. On retrouve un relief chaotique, les grandes voies de circulation sont quasi inexistantes et la population des personnes âgées vit principalement dans les zones rurales et montagneuses. Il faut souvent compter plus d'une heure de route pour accéder aux infra structures adaptées telles que Digne ou Manosque.

¹² Source : Données INSEE-recensement de la population

¹³ Source : Données schéma gérontologique des AHP 2015-2017.

¹⁴ Source : Données INSEE recensement de la population 2011.

¹⁵ Le taux d'équipement dans les AHP est de 1, les lits de médecine est de 0,9 pour mille les lits de chirurgie. En PACA, le taux est de 2,3 pour mille et en lits de médecine et de 1,7 pour mille pour la chirurgie.

¹⁶ Association Alma (Allo Maltraitance) possède un numéro 04 86 49 14 94, un flyer de l'association est distribué à chaque admission.

¹⁷ CIPPAV : elle permet aux établissements de signaler les événements indésirables.

Les politiques publiques départementales sont très sensibles à la problématique du vieillissement ; en effet, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 47000 habitants soit 29% de la population bas-alpine (contre 27% au niveau régional et 24% au niveau national) et leur nombre ne cesse d'augmenter. 36% de la population des environs de Saint André les Alpes a plus de 60 ans. Les Alpes de Haute Provence devraient à l'horizon 2040 compter 76000 personnes de plus de 60 ans.¹⁸ En effet, le schéma départemental met la priorité sur l'optimisation de la coordination des interventions auprès des usagers et, sur la volonté d'accompagner les services dans leurs missions quotidiennes, tout en tenant compte d'un cadre budgétaire contraint.

J'ai complété cette expertise de terrain en construisant un questionnaire anonyme basé sur trois problématiques identifiées comme incontournables¹⁹ et que j'ai distribué aux personnes accueillies.

Je restituerai, ici, les principales informations qui en ressortent : les personnes vivent seules ou avec leurs conjoints, très peu sont accueillies chez leurs enfants, les aidants naturels sont très présents et impliqués dans le maintien des leurs à domicile. Les visites des familles sont régulières et surtout les personnes restent à domicile principalement par volonté personnelle, puis par choix de leur famille et pour certains, par l'impossibilité de payer un placement en établissement spécialisé. Pour assurer leur maintien à domicile, la majorité des personnes perçoivent l'Aide Personnalisée à l'Autonomie²⁰ (APA), délivrée par le Conseil Départemental. Elles ont plusieurs prestataires (SSIAD, SAAD, IDEL etc.) qui interviennent à domicile et les accompagnent dans les actes de la vie quotidienne. Les personnes souhaitent bénéficier d'avantage de prestations, notamment des actions en faveur de la rupture de l'isolement social.

2. L'expertise scientifique

Elle s'appuie sur des éléments de compréhension liés au vieillissement traités par des auteurs, (professionnels ou scientifiques) et un entretien semi-directif avec M. PARODI Maurice²¹, sur « les répercussions sociales et économiques du vieillissement »²² et j'aborde le concept d'Humanité.²³

¹⁸ Source : schéma gérontologique des AHP 2015-2017.

¹⁹ Cf. Annexe n°5 : questionnaire anonyme et sa synthèse.

²⁰ En 2015, le Conseil Départemental des AHP a versé près de 25 millions d'euros dans le cadre de l'APA.

²¹ M. Maurice PARODI : Économiste et Professeur Émérite de l'Université d'Aix-Marseille.

²² Cf. Anne n°6. Grille d'entretien avec M. Maurice PARODI

²³ Humanité : concept décrit par Yves Gineste et Rosette Marescotti.

a) Vieillesse et perte d'autonomie

« *Vivre, c'est vieillir, rien de plus* », Simone de Beauvoir²⁴

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante du mot «vieillesse» : «*Le vieillissement est l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge.*»²⁵ Différentes notions sur le vieillissement sont à énoncer. En effet, le vieillissement naturel, dit aussi l'homéostasie, est un phénomène de dégénérescence des cellules de l'organisme et vient en opposition avec le vieillissement pathologique, qui lui est le résultat d'une défaillance de l'organisme dû à un certain nombre de maladies invalidant le sujet. Le vieillissement de l'organisme est tributaire des conditions sociales, économiques et environnementales auxquelles il a été exposé tout au long de sa vie. Le vieillissement naturel ou pathologique engendre une perte d'autonomie se traduisant par une incapacité d'assurer certains actes de la vie quotidienne. Afin d'assurer un bien-être et se maintenir en bon état général, les personnes sont amenées à faire appel à des aides délivrées soit par la famille ou par des services extérieurs. Le vieillissement de la population est un enjeu sociétal majeur, les politiques publiques se penchent sur la problématique du vieillissement. Ce phénomène d'inversion de la courbe de la pyramide des âges va engendrer des répercussions sociales et économiques, mais quelles seront-elles ?

b) Les répercussions sociales et économiques du vieillissement dans les années à venir

L'allongement de la durée de la vie engendre un vieillissement important de la population. La première répercussion sociale du vieillissement est, sans aucun doute, l'isolement social. La dépendance sociale aggrave la dépendance physique et psychique et entraîne rapidement la perte d'autonomie. L'État, les régions, les départements et les communes vont être impactés par les répercussions économiques de ce vieillissement, mais comment s'organiser pour y répondre ? Les personnes âgées, pour rester à domicile, font en général appel à des Services d'Aide A Domicile ou à des personnes extérieures. Ces services emploient des personnels souvent peu ou pas qualifiés. La réforme de la formation professionnelle mise en place par **la loi n°2014-288 du 5 mars 2014**²⁶ vient promouvoir la professionnalisation des personnels et vient en parallèle impacter le fonctionnement budgétaire des services.

²⁴ Simone de Beauvoir : philosophe, romancière. Considérée comme une théoricienne du féminisme.

²⁵ Vieillesse : définition extraite du Larousse.

²⁶ La loi n°2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

Cependant, face à l'évolution des besoins et à la prise en charge de pathologies spécifiques comme la maladie d'Alzheimer²⁷ et les maladies apparentées, les personnels devront, être formés à minima dans l'approche des personnes atteintes de ces différentes pathologies dont la prise en charge reste spécifique.

Pour cela je déclinerai des notions et l'intérêt du concept d'Humanitude décrit par Rosette Marescotti et Yves Gineste.

c) le concept d'Humanitude²⁸ : une démarche de Bientraitance²⁹ au bénéfice des personnes.

Cette philosophie est simple : elle vient prendre soin des Hommes vieux. Accompagner les personnes âgées, malades, dépendantes est difficile physiquement et psychologiquement. La vieillesse est une étape à part entière de l'existence de l'Homme. Cependant c'est souvent la partie la plus mal vécue car elle vient toucher émotionnellement l'homme, et peut lui renvoyer des éléments affectifs douloureux. L'intérêt d'utiliser ce concept, à domicile de mise en Humanitude est de délivrer des pratiques bienveillantes, telles que la verticalité, le toucher, le regard et la parole. La personne est considérée et respectée, il faut lui permettre de vivre sa vie le plus dignement possible.

3. L'expertise des politiques publiques

a) Un cadre réglementaire et législatif évolutif en faveur des personnes vieillissantes.

*« Alors qu'elle relevait avant la Seconde Guerre Mondiale de la seule sphère privée, la prise en charge des personnes âgées est devenue, à la suite de la mise en place et de la généralisation des systèmes de protection sociale, une préoccupation collective. »*³⁰

Dans un contexte sociétal d'évolution des mœurs, mais aussi d'évolution des modes de vie, les personnes âgées n'ont plus la même place aujourd'hui au sein des foyers qu'au début du XXème siècle. La perte des solidarités intergénérationnelles est une réalité. Cette évolution des modes de vie a engendré le changement des modes d'accompagnement et de prise en charge en faveur de nos aînés.

²⁷ Maladie d'Alzheimer : maladie dégénérative qui entraîne un déclin des facultés cognitives et de la mémoire. Peu à peu une destruction des cellules nerveuses se produit dans les zones du cerveau liées à la mémoire et au langage. (Données passeportsanté.net)

²⁸ GINESTE Yves et PELISSIER Jérôme : Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux. Éditions Armand Colin

²⁹ Bientraitance : démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager. L'ANESM a établi une recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative à la Bientraitance.

³⁰ BARNET Thomas, Catherine SERMET *Vieillesse en Europe, aspects biologiques, économiques et sociaux*. La Documentation Française. (2007)

En 1962, Pierre Laroque³¹ établit son rapport³². La société française se questionne sur le vieillissement des populations et sur son accompagnement. C'est par le biais de ce rapport que les premières aides à domicile ont vu le jour.

Les premiers SSIAD, eux, sont apparus dans le champ du médico-social en 1981. Ils viennent apporter une réponse aux besoins émergents de la population. L'espérance de vie augmente, elle est en lien avec l'évolution des modes de protection sociale et à l'amélioration des conditions sanitaires. Le vieillissement des populations donne naissance à de nouveaux besoins auxquels la société devra s'adapter et apporter des solutions.

En 2020 un Français sur 5 aura plus de 60 ans, ce qui amène les pouvoirs publics à développer une méthode novatrice basée sur l'anticipation des conséquences du vieillissement. C'est **la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement dite loi (ASV)**.³³

L'intérêt de cette loi en faveur du public vieillissant vise principalement à mettre en place des actions de prévention afin de retarder la perte d'autonomie. (Art 3. Chapitre III). Ainsi, « *Mieux vaut prévenir que guérir* »³⁴, et cette loi repose sur trois piliers, l'Anticipation, l'Adaptation et l'Accompagnement.

La loi du 2 janvier 2002 permet l'évolution des pratiques professionnelles des acteurs de l'intervention sociale. La personne est actrice de sa prise en charge, les interventions délivrées doivent désormais répondre aux différents besoins. La qualité du service rendu est au cœur du débat et surtout la remise en question des pratiques professionnelles.

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 parle enfin, d'égalité des droits, d'égalité des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées. En 2007, la naissance de **L'Agence National de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux**.³⁵ (ANESM) fait s'interroger les acteurs du champ du social et du médico-social sur leurs pratiques professionnelles.

En 2009, **la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme sur **Hôpital, Patient, Santé et Territoire** entend lutter contre l'inégalité en matière d'accès aux soins, mais aussi de réduire les

³¹ Pierre Laroque : 1907-1997. Haut fonctionnaire Français connu comme le « père » de la sécurité sociale de 1945.

³² LAROQUE Pierre : *Le rapport Laroque* : réédité en Octobre 2014. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut Comité consultatif de la population et de la famille.

³³ Cf. annexe n°7 : Textes législatifs de référence.

³⁴ Mieux vaut prévenir que guérir : proverbe.

³⁵ ANESM : *Accompagne les établissements sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe*, instituée par la loi du 2 janvier 2002. Rédige des *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelle*.

inégalités en matières de désertifications des professionnels de santé (cf. Art L.6112-1). Cette loi parle également de la nécessité de la coordination des interventions (cf. Art L.6112-1), afin de délivrer des interventions cohérentes, adaptées à un public fragilisé.

Au niveau du département des A.H.P, Le Conseil Départemental a rédigé son schéma gérontologique 2015-2017 et « *souhaite favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et appuyer sur le renforcement de la prévention et la coordination des interventions et il souhaite également accompagner les services d'aide à domicile dans leur démarche d'amélioration de la qualité du service rendu* »³⁶.

III. La problématique et les préconisations.

Au travers des différents éléments de diagnostic développés ci-dessus, ma réflexion s'oriente vers la problématique suivante : « Comment répondre aux besoins et à l'amélioration de la qualité des personnes accueillies, à domicile, dans les Alpes de Haute Provence, en tenant compte des évolutions législatives récentes et des ressources du territoire ? »

Afin de répondre aux mieux aux besoins des personnes aidées, et dans une volonté permanente d'amélioration de la qualité du service rendu auprès d'un public fragilisé, et en m'appuyant sur le cadre réglementaire, et sur les remontées d'informations des personnels de terrain, je proposerai de mettre en place les préconisations suivantes.

1. Favoriser la coordination des interventions et mutualiser l'action du SSIAD et des SAAD par la création d'un SPASAD

Le SSIAD et les trois SAAD travaillent en étroite collaboration mais de façon informelle. Cette mutualisation permettrait de renforcer l'efficacité des services et donc de répondre, améliorer et prolonger le maintien à domicile des usagers. La création de ce SPASAD³⁷ (Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile) invite les services à accentuer leurs actions en faveur de la prévention. Je propose de mettre en place des actions préventives autour des thématiques suivantes: L'isolement social, le maintien des fonctions cognitives, les chutes, la dénutrition, la déshydratation, les risques psycho sociaux.

La réalisation des actions de prévention requiert un minimum de connaissances théoriques ; pour cela je propose de :

³⁶ Source : Données issues du schéma gérontologique des AHP 2015-2017.

³⁷ SPASAD : les Services Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile sont impulsés à se développer par le biais de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement.

2. Développer la formation des personnels salariés d'intervention.

Je m'attacherai plus précisément à cette préconisation, car dans un secteur en évolution sur les caractéristiques du public accueilli, pouvoir répondre de manière adaptée est une préoccupation primordiale. Les besoins des personnes vieillissantes changent et vont de fait modifier nos modes de fonctionnement. L'actualisation des compétences des personnels va impulser une nouvelle dynamique par la formation des personnels et permettra de faire reconnaître la place du service sur son territoire.

3. Renforcer l'aide aux aidants.

« L'aidant familial est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage pour les activités de la vie quotidienne »³⁸

La place de l'aidant est primordiale et indispensable ; sans l'aidant le maintien à domicile ne pourrait avoir lieu. Les aidants vivent auprès de leurs aidés pour une durée indéterminée. Parfois, l'aidant est lui-même très âgé et il arrive que celui-ci décède avant l'aidé. Ainsi, renforcer l'aide aux aidants devient une priorité, favoriser des moments de répit, par différentes formes (accueil de jour, accueil temporaire...) pour la longévité du maintien à domicile, devient un incontournable.

Ces trois préconisations devront être évaluées de façon régulière afin de prouver leurs pertinences. Elles seront évolutives et nécessiteront la construction d'outils spécifiques à la mesure de leurs évaluations.

Conclusion

Le SSIAD est au cœur d'une préoccupation sociétale dans la prise en charge d'une population de plus en plus vieillissante. C'est pourquoi il est nécessaire d'anticiper cette problématique et, en s'appuyant sur le cadre législatif, de proposer la mutualisation du SSIAD et des SAAD en impulsant la création d'un SPASAD sur un territoire rural.

Répondre de façon innovante à une société vieillissante est un enjeu majeur, dont la finalité se situe dans une démarche perpétuelle d'amélioration de la qualité du service rendu.

³⁸ Source : données issues du livre : Ministère de la Famille et Ministère de la Santé, Guide de l'Aidant Familial

L'implication des personnels se fera lors de la mise en place des outils spécifiques (télégestion, cahier de transmission,). Pour cela, il sera donc judicieux de travailler ensemble, unis, pour regrouper les compétences et faciliter le travail des équipes. L'amélioration de la coordination se fera par le biais de moyens spécifiques, tels que, des outils de télégestion et de transmission communs ainsi que par des temps de réunions de coordination entre les services.

Il nous appartient de participer à relever le défi que présente l'allongement de l'espérance de vie et la perte d'autonomie sur une population vieillissante pour permettre de « bien vieillir à domicile ».

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

GINESTE Yves et Jérôme PELISSIER Jérôme (Mars 2009) *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Éditions Armand Colin.

BARNEY Thomas, SERMET Catherine, (2007) *Le vieillissement en Europe : aspects biologiques, économiques et sociaux*. La documentation Française.

GRAND Alain, BOCQUET Hélène, ANDRIEU Sandrine (2004) ; *Vieillesse et Dépendance*. La documentation Française.

SALA Florian, GUERET-TALON Lyvie (21.12.2006) *Pérennité au travail : Age, bouleversements et performance* Éditeur : Chronique Sociale

LAROQUE Pierre : *Rapport Laroque* :(réédité en 2014) Commission d'étude des problèmes de la Vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Paris, l'Harmattan 2014.

REVUES

Le lien Social.

TSA / Éditions législatives.

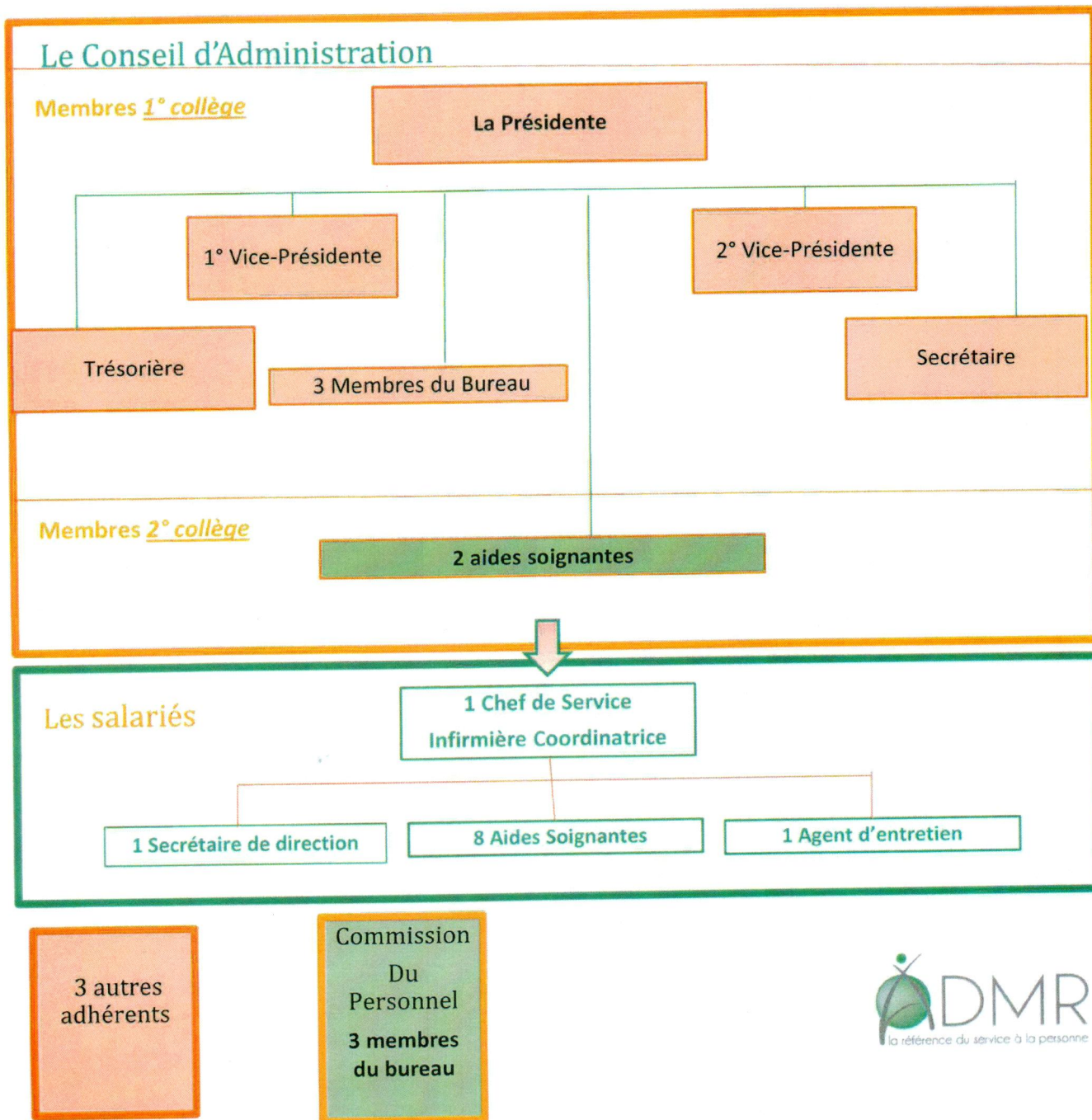
WEKA / Éditions.

INTERNET

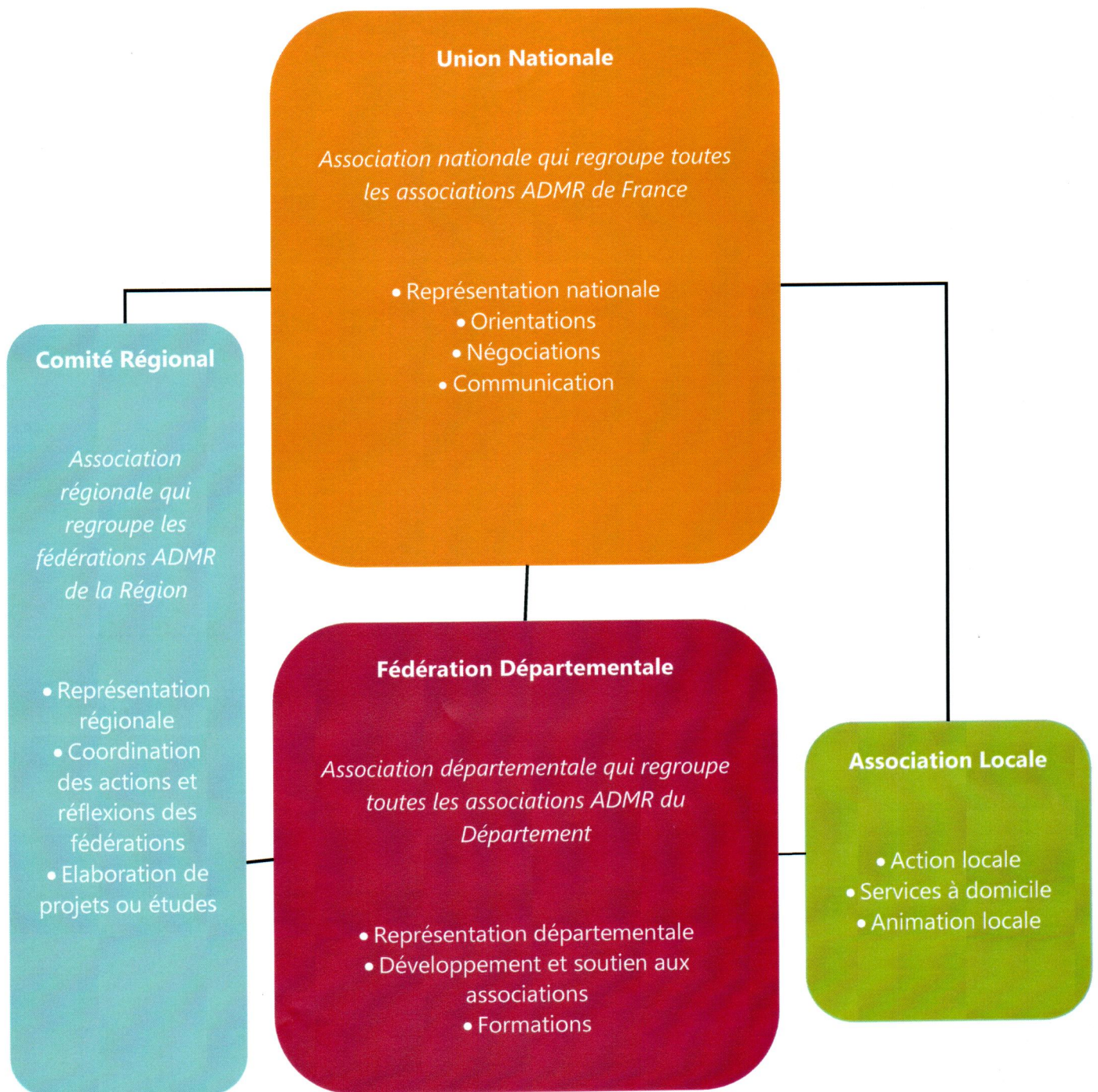
www.weka.fr

www.intranet.admr.org

ORGANIGRAMME ADMR Asse Verdon SSIAD

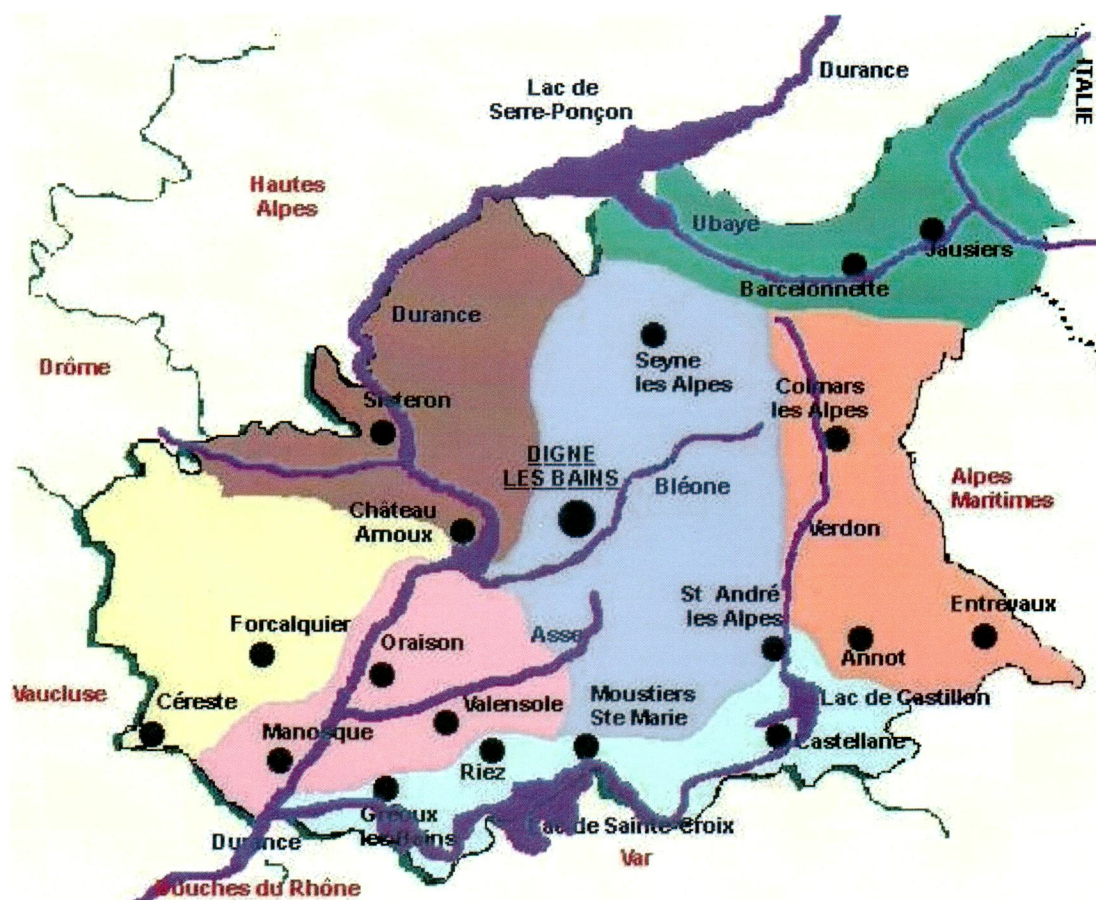


Annexe n° 2 : le réseau ADMR



Annexe n°3 : Carte des Alpes de Haute Provence et les communes d'interventions du SSIAD

Les secteurs desservis par le SSIAD dans le département des Alpes de Haute Provence



Le SSIAD intervient sur les communes suivantes :

Allos, Allons, Angles,
Barrême, Beauvezer, Blioux,
Chaudon-Norante, Clumanc, Colmars,
La Mure Argens, Moriez, Lambruisse,
Saint André les Alpes, Saint Jacques, Saint Lions, Senez,
Thorame Haute, Thorame Basse, Tartonne,
Villars Colmars.

Annexe n°4

LES PARTENAIRES

Les partenaires	Nature des relations	Fréquence des relations
Les médecins généralistes	L'intervention des SSIAD se fait sur prescription médicale	- Renouvellement des prises en charges - pour toutes questions d'ordre médical
Les infirmiers libéraux, les pédicures, les kinésithérapeutes	-délivrent des prestations de soins aux usagers, -coordination de l'intervention	-régulièrement en cas de besoins par les transmissions orales (IDEL - SSIAD)
Les services d'aide à domicile	- coordination des interventions	-minimum 3 fois/semaine
Les hôpitaux, les Services de Soins de Suite et de Réadaptation	-lors de l'organisation des retours à domicile.	-à chaque sortie d'hospitalisation
Les accueils de jour pour personnes atteintes de maladie neurodégénératives	-organisation de la prise en charge	-lors d'admission d'un patient
Les centres médico-sociaux	-en cas de signalement de maltraitance.	-la fréquence est difficilement quantifiable, mais je fais appel à ce partenaire dès lors qu'il y a suspicion de maltraitance
Les équipes mobiles de gérontologie, l'Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA)	-lors de difficultés d'une prise en charge et pour guider les aidants familiaux dans des démarches personnelles	-en fonction de la demande
Les équipes des unités mobiles de soins palliatifs	-pour apporter un confort à l'utilisateur et répondre aux questionnements des familles et des équipes soignantes.	-en fonction de la demande
La cellule Aide personnalisée à l'autonomie du Conseil Général	-échanges relationnels sur les mesures à mettre en place en fonctions des besoins de l'utilisateur.	-pour toute nouvelle prise en charge.
CLIC (Centre Local d'information et de coordination)	-coordonner des interventions	Peu de relation

**Annexe n°5 : QUESTIONNAIRE ANONYME AUPRES DES PERSONNES
ACCUEILLIES**

Mesdames, Messieurs bonjour,

Actuellement en formation, je réalise un travail de recherche sur les conditions d'accompagnement, les modes de vie des personnes prises en charge par le Service de Soins Infirmiers à Domicile.

À cet effet, je me permets de vous solliciter et vous prie de trouver ci-dessous, un questionnaire que vous êtes libre de renseigner en totalité ou partiellement, et de façon tout à fait **anonyme**.

Je vous remercie de bien vouloir me le retourner avant **le 25 mars 2016**, par le biais de l'enveloppe jointe.

1. Vous êtes : une femme un homme

2. Vous êtes âgé(e) :

- De 60 ans,
- De 61 ans à 70 ans,
- De 71 ans à 80 ans,
- De 81 ans à 85 ans,
- De 86 ans à 90 ans,
- De 91 ans à 95 ans,
- Plus de 96 ans.

3. Vivez-vous : Seul(e), En couple, Avec vos enfants.

Autre (précisez) :

4. Votre personne de confiance est : Votre conjoint Vos enfants,

Autre (précisez).

5. Votre aidant principal à domicile est : Votre conjoint(e), Vos enfants,

Autre (précisez) :

6. Votre famille vous rend-elle visite ? À quelle fréquence ?

- Tous les jours,
- Entre 2 et 6 fois par semaine
- Une fois par semaine
- De deux à quatre fois par mois.
- Une à deux fois par an
- Jamais

7. Pour quelles raisons restez-vous à domicile ? :(Veuillez numéroter en fonction de vos priorités)

C'est un souhait personnel,

C'est le choix de ma famille,

Je m'occupe de mon conjoint,

Je suis attaché(é) à mon environnement,

Je ne peux pas payer une maison de retraite.

8. Percevez-vous l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

- Oui Non

9. Bénéficiez-vous de prestations à domicile :

a) lesquelles : (Plusieurs réponses sont possible)

- Infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, etc.
- Service de Soins Infirmiers à Domicile,
- Service d'Aide à Domicile,
- Personne de compagnie,
- Autres :.....

b) Quelle est la fréquence des interventions ?

	1 fois Par jour	2 fois Par jour	2 à 5 fois Par semaine	1fois Par semaine	Jamais
Infirmiers libéraux					
Service de Soins Infirmiers à domicile					
Service d'aide à domicile					
Équipe Spécialisée Alzheimer					
Autre					

10 : les prestations délivrées vous semblent-elles ?

- Très insuffisante Insuffisante Suffisante

11. Si plusieurs intervenants viennent à votre domicile, diriez-vous qu'il existe une bonne coordination entre eux.

- Oui Non

12 : Souhaiteriez-vous que les intervenants augmentent leurs interventions ?

- Oui Non

Si oui : quels types de visite vous intéresseraient et pourquoi ?

.....
.....

Je vous remercie du temps que vous voudrez bien consacrer à cette enquête.

Je ne manquerai pas de vous transmettre individuellement l'analyse des informations recueillies.

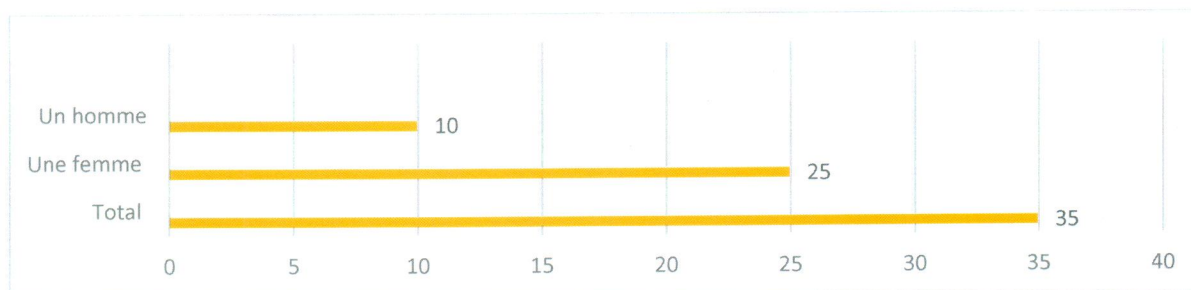
Bien sincèrement,

**Véronique
VACCAREZZA**

SYNTHESE DU QUESTIONNAIRE ANONYME AUPRES DES PERSONNES ACCUEILLIES

38 questionnaires distribués ➔ 35 retours

1. Vous êtes :



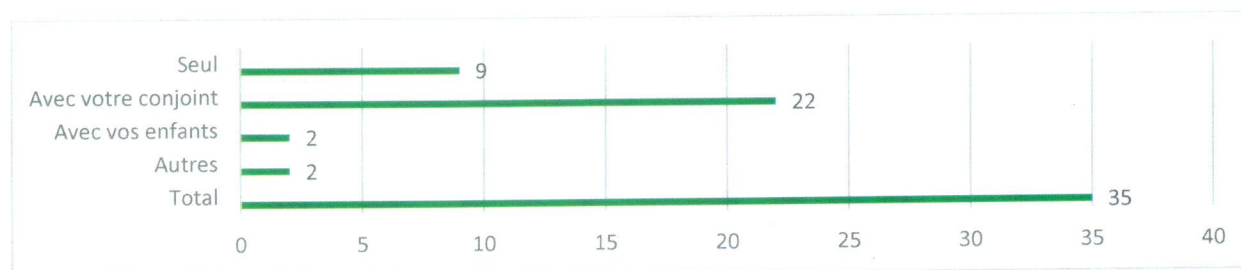
Commentaire : Dans la représentativité les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Ces données correspondent aux données épidémiologiques des statistiques nationales.

2. Vous êtes âgé(e) :

Tranches d'âge	Femmes	Hommes
De 60 ans,	1	1
De 61 ans à 70 ans	0	0
De 71 ans à 80 ans	1	2
De 81 ans à 85 ans	7	1
De 86 ans à 90 ans	9	3
De 91 ans à 95 ans	4	2
Plus de 96 ans	3	1
Total	25	10

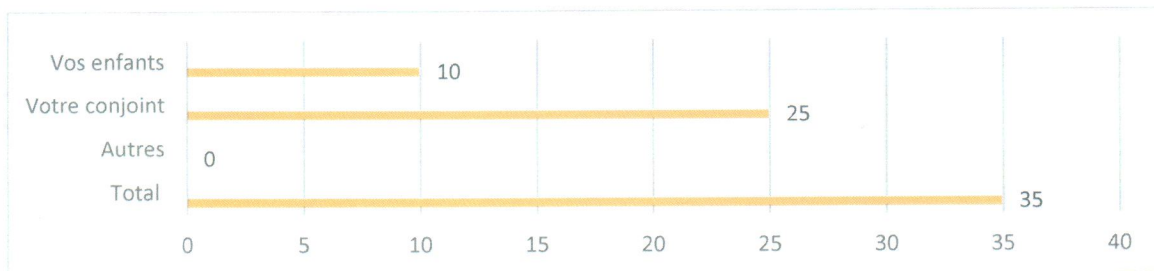
Commentaire : Les femmes se situent dans les tranches d'âge de 81 ans et jusqu'à plus de 96 ans. La moyenne d'âge des femmes est plus élevée par rapport à celle des hommes. Les hommes sont répartis sur la quasi-totalité des tranches d'âge, la moyenne d'âge est inférieure à celle des femmes.

3. Vivez-vous :



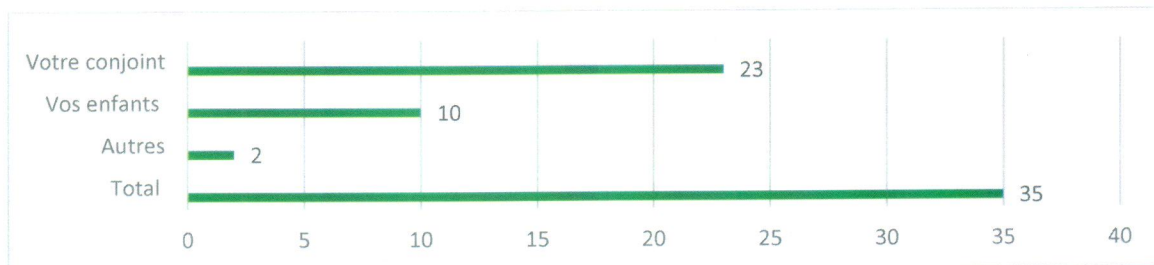
Commentaire : les personnes vivent pour la majorité avec leur conjoint et /ou seules. Peu avec leurs enfants et autres : en famille d'accueil.

4. Votre personne de confiance est :



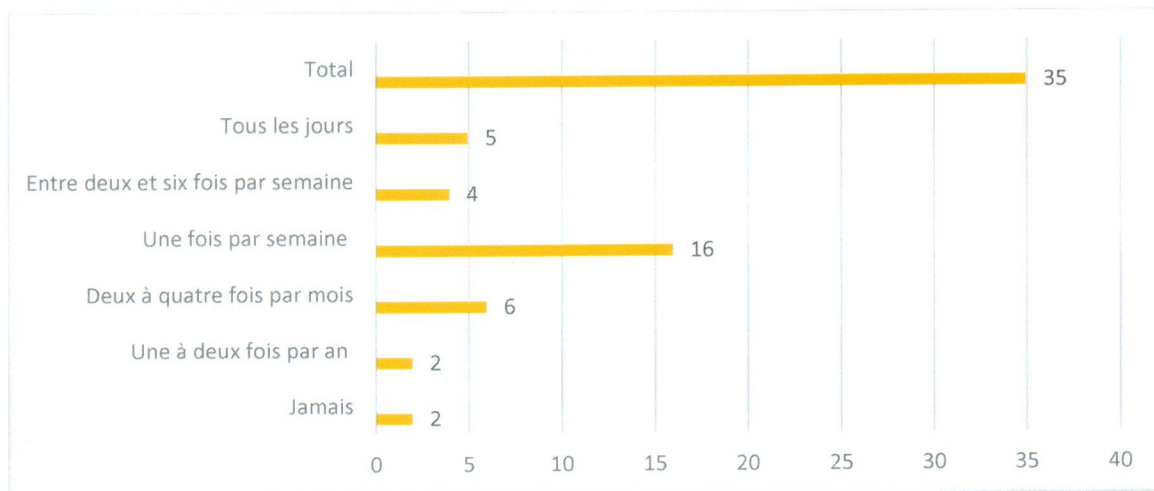
Commentaire : La personne de confiance est pour la majorité le conjoint, avec une part importante de la place des enfants, en qualité de personne de confiance.

5. Votre aidant principal à domicile est :



Commentaire : À domicile, le conjoint est l'aidant principal, les enfants ont également une part importante dans le maintien de leurs parents à domicile.

6. Votre famille vous rend-elle visite ? À quelle fréquence ?



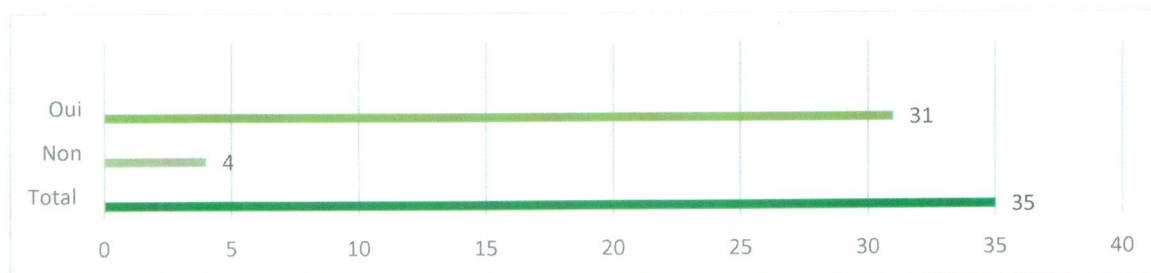
Commentaire : Les usagers ont des visites régulières de leur famille, mis à part quelques exceptions.

7. Pour quelles raisons restez-vous à domicile ? :(Veuillez numéroter en fonction de vos priorités)

1. C'est un souhait personnel
2. je m'occupe de mon conjoint
3. je suis attaché(e) à mon environnement
4. C'est le choix de ma famille
5. Je ne peux pas payer une maison de retraite

Commentaire : les personnes vivent à domicile par souhait personnel. Beaucoup d'entre elles s'occupent de leur conjoint, d'où la nécessité de prévenir l'usure des aidants à domicile. Chaque personne est attachée à son environnement personnel, le déracinement est très éprouvant et surtout mal vécu. Les personnes ont émis en dernier choix le manque de ressources financières.

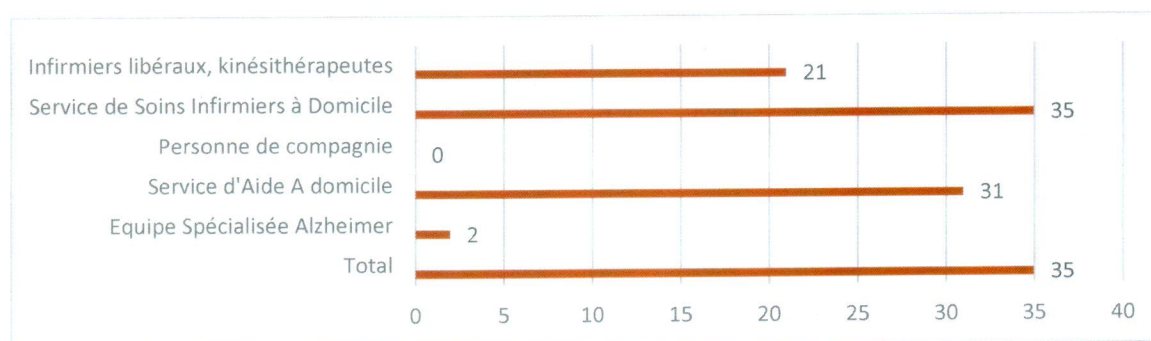
8. Percevez-vous l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).



Commentaire : pour permettre le maintien à domicile dans des conditions favorables, les personnes bénéficient de l'APA. Celle-ci est attribuée aux personnes à condition que leurs taux de dépendance, évalué par l'intermédiaire de la grille AGGIR, soit au maximum à 4 (la grille est numérotée de 1 à 6).

9. Bénéficiez-vous de prestations à domicile :

a) lesquelles : (Plusieurs réponses sont possible)

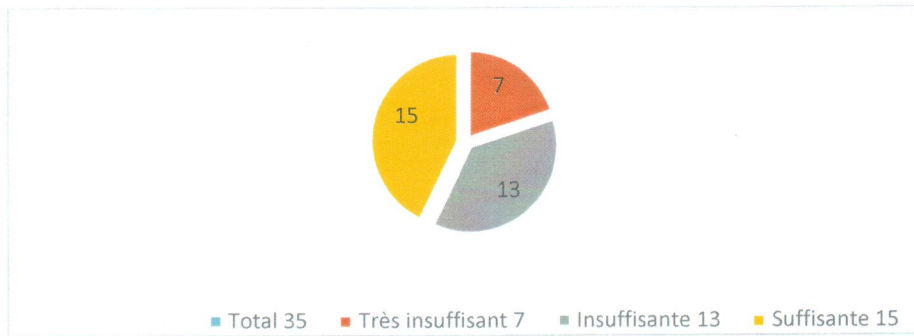


b) Quelle est la fréquence des interventions ?

	1 fois Par jour	2 fois Par jour	2 à 5 fois Par semaine	1 fois Par semaine	Jamais
Infirmiers libéraux	7	6	4	8	12
Service de Soins Infirmiers à Domicile	21	12	2	0	0
Service d'aide à domicile	7	5	14	6	3
Équipe Spécialisée Alzheimer				2	
Autres					

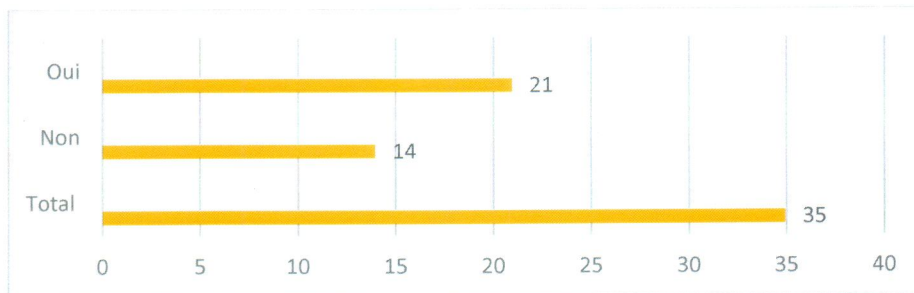
Commentaire : certains usagers bénéficient de plusieurs intervenants à domicile. Les prestations sont complémentaires favorisant le maintien à domicile.

10 : les prestations délivrées vous semblent-elles ?



Commentaire : les personnes affirment que les prestations qu'ils reçoivent sont insuffisante voir très insuffisante. Certains souhaitent en bénéficier d'avantage.

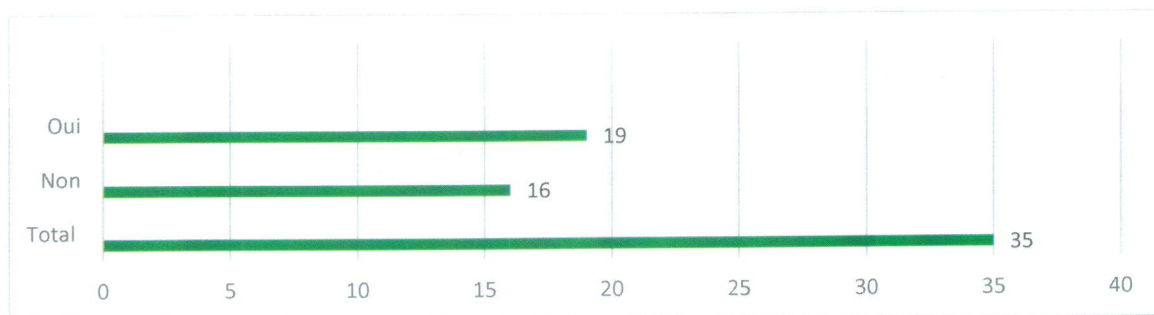
11. Si plusieurs intervenants viennent à votre domicile, diriez-vous qu'il existe une bonne coordination entre eux.



Commentaire : Une grande majorité des personnes est satisfaite de la coordination des différentes interventions à domicile. Cependant, il reste une minorité qui ne semble pas satisfait et dont il va falloir prendre compte.

12 : Souhaiteriez-vous que les intervenants augmentent leurs interventions ?

Si oui : quels types de visite vous intéresseraient et pourquoi ?



Commentaire : les usagers restent mitigés sur l'augmentation des interventions.

Si oui : quels types de visite vous intéresseraient et pourquoi ?

Les personnes souhaitent bénéficier de visites en matière, d'animation, de sortie, de compagnie afin d'être moins seule, réduire l'isolement social.

Annexe n°6 :

GRILLE D'ENTRETIEN

Personne Interrogée :

M. Maurice PARODI : Économiste et Professeur Émérite de l'Université d'Aix-Marseille.

Date de l'entretien : 25 mars 2016

Début de l'entretien : 14h00 **Fin de l'entretien :** 15h00

Thème abordé :

- Quelles seront les répercussions sociales et économiques du vieillissement dans les années à venir ?

Sous thèmes abordés :

- la réforme professionnelle du 5 mars 2014.
- Le vieillissement de la population et ses nouveaux besoins.
- La réforme des collectivités territoriales.

Commentaires :

J'ai rencontré M. PARODI, sur le thème des répercussions sociales et économiques du vieillissement dans les années à venir car il me semblait primordial de traiter cette problématique en lien avec mon sujet d'expertise technique.

M. PARODI m'a apporté de la documentation notamment sur le vieillissement des populations, mais également sur d'autres thématiques, comme la réforme professionnelle du 5 mars 2014, le vieillissement et ses nouveaux besoins, la réforme des collectivités territoriales.

Les éléments que Mr PARODI Maurice m'a transmis, m'ont permis d'argumenter et d'apporter des précisions dans cette expertise technique.

Annexe n°7 :

Textes législatifs de référence

Les lois :

- a) **La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015** relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement dite loi (ASV) : art 3 chapitre 3.
- b) **La loi n°2014-288 du 5 mars 2014** relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.
- c) **La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme sur Hôpital, Patient, Santé et Territoire, Art L.6112-1, Art L.6112-1.
- d) **La loi n°2005-370 du 22 avril 2005** relative aux droits des personnes en fin de vie
- e) **La loi n°2005-102 du 11 février 2005** relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : Art 4 et 7
- f) **La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale : art L 116-1, L 116-2, L 311-3.

Les décrets :

- **Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010** relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.
- **Le décret n°2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement.
- **Le décret n° 2004 – 1274 du 26 novembre 2004** relatif au contrat de séjour ou au document individuel de prise en charge prévue par l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

La circulaire :

- **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.

DE LA CRUZ Véronique

Épouse VACCAREZZA

Créer un Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile : une réponse pertinente pour les personnes vieillissantes en territoire rural

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile, géré par une association ADMR, situé en zone rurale, intervient auprès des personnes de plus de 60 ans, malades, dépendantes, handicapées en leurs dispensent des soins d'hygiène, de confort et relationnel, sur prescription médicale. Les personnes souhaitent vivre le plus longtemps possible à domicile, pour cela elles bénéficient d'aides complémentaires jouant un rôle indispensable dans le maintien de leur autonomie. Face à différents constats, ma réflexion s'oriente sur « comment répondre aux besoins et à l'amélioration de la qualité des personnes accueillies, en tenant compte des évolutions législatives récentes et des ressources du territoire ». Pour cela, la création d'un SPASAD, impulsée par une commande institutionnelle et en adéquation avec le cadre réglementaire de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement viendrait répondre de façon innovante à une société vieillissante.

Mots clés : ADMR- Accompagnement- Adaptation- Aides aux aidants-Anticipation- APA- Bien vieillir-Dépendance-Humanitude- Professionnalisation – Rural-Sociétal- SSIAD- SAAD-SPASAD-Vieillessement.