

Les personnes  
handicapées âgées  
bénéficiaires de services à  
domicile  
en Aquitaine

Etude réalisée par  
Bénédicte Marabet,  
conseillère technique au CREAHI d'Aquitaine

Juillet 2002

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>1- Méthodologie</b>	<b>7</b>
<b>2 - Les structures répondantes</b>	<b>10</b>
2.1 - Taux de couverture de l'enquête	10
2.2 - Caractéristiques générales des structures répondantes	12
2.2.1 - <i>Organisme gestionnaire</i>	10
2.2.2 - <i>Zone d'intervention</i>	10
<b>3 - L'implication des services intervenant à domicile auprès des personnes handicapées</b>	<b>14</b>
3.1 - La place des personnes handicapées dans les services intervenant à domicile	14
3.2 - Approche quantitative des personnes handicapées âgées	16
3.3 - Les services n'intervenant pas auprès de personnes handicapées	18
<b>4 - Les personnes handicapées bénéficiant de services à domicile</b>	<b>19</b>
4.1 - Descriptif de la population handicapée	20
4.1.1 - <i>Répartition par âge</i>	20
4.1.2 - <i>Déficiência principale des bénéficiaires handicapés</i>	21
4.1.3 - <i>Mode de vie des bénéficiaires handicapés</i>	22
4.2 - Les prestations à domicile	24
4.2.1 - <i>Nombre moyen mensuel d'heures d'intervention</i>	24
4.2.2 - <i>Nature des prestations</i>	25
4.2.3 - <i>Autres intervenants</i>	26
4.3 - Adéquation de la prise en charge et besoins	28
<b>5 - Les besoins pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées âgées par les services à domicile</b>	<b>31</b>
5.1 - Les besoins en personnels supplémentaires	32
5.2 - Les besoins en formation	34
5.1.1 - <i>Formation diplômante</i>	34
5.1.2 - <i>Formation continue non-diplômante</i>	35
<b>6 - Personnes handicapées âgées : quels projets au niveau des services et de leurs organismes gestionnaires ?</b>	<b>37</b>
6.1 - La dynamique de conception de projets	37
6.2 - Nature des projets développés à l'intention des personnes handicapées âgées	38
<b>Conclusion</b>	<b>41</b>
<b>Annexes</b>	<b>44</b>

# Introduction

La question de l'avancée en âge des personnes handicapées se pose en France dans tous les départements de manière de plus en plus prégnante :

- parce que le nombre de ces personnes est en constante augmentation, leur situation est rendue plus visible
- parce que leur état de santé au sens large du terme, leur rythme, leurs centres d'intérêt évoluent, elles ont de nouveaux besoins qui ne sont pas nécessairement pris en compte au travers des interventions dont elles bénéficient actuellement

Les administrations de contrôle, les organismes gestionnaires, les lieux d'accueil et de soins, les services à domicile sont donc confrontés, à différents titres, à cette situation.

Face à la montée en puissance de cette population, il apparaît clairement que la place et l'attention à lui donner constituent un problème de premier plan dans les politiques actuelles de solidarité et de santé publique. **Il semble donc utile d'apporter des éléments de connaissance autour des besoins des personnes handicapées âgées et des réponses qui leur sont proposées avec pour objectif de renforcer et d'améliorer cette offre de service.**

Dans ce contexte, le CREAHI, **à la demande de la DRASS d'Aquitaine**, a entrepris la réalisation de travaux autour des personnes handicapées âgées dans la continuité de ceux conduits en 1999 <sup>1</sup>.

Comme l'a souhaité la DRASS, ces travaux répondent à deux impératifs :

- ils s'inscrivent dans les priorités définies par la Conférence Régionale de Santé visant « *une meilleure connaissance des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes* »
- ils sont conçus dans une logique opérationnelle afin que les résultats puissent éclairer des actions de planification.

---

<sup>1</sup> ► **un colloque** : Faire face aux besoins de la personne handicapée âgée : quelles perspectives de rapprochement pour les secteurs des personnes handicapées et des personnes âgées ? Actes publiés dans Le Nouveau Mascaret, n° 56-57, 2<sup>ème</sup> - 3<sup>ème</sup> trimestre 1999, consultables sur notre site Internet.

► **une étude** : Les personnes handicapées âgées en Aquitaine, publiée dans Le Saviez-Vous? n°32, avril 1999 (supplément Chiffres et repères n°10) : *recensement des personnes handicapées de 60 ans et plus avec des projections démographiques à l'horizon 2019 et enquête auprès des directeurs d'établissements pour adultes handicapés autour des problèmes liés à la présence ou à l'orientation des personnes handicapées âgées*

Le CREAHI a, dans cette optique, préparé un protocole de travail (présenté à la Conférence régionale de Santé de janvier 2001) ayant pour finalité **de recenser tous les services accueillant des personnes handicapées âgées, de décrire les conditions de cet accueil, les moyens spécifiques mis en œuvre et les besoins repérés pour mieux réaliser cette prise en charge.**

*La question de la quantification des personnes handicapées âgées ayant déjà fait l'objet de l'étude de 1999, n'était pas centrale dans ces investigations. Or la DRASS a demandé au CREAHI d'intégrer un volet quantitatif à ces travaux d'étude afin d'actualiser les chiffres de 1999, de vérifier les tendances mises en évidence à cette date et d'étendre le recensement à des champs qui n'avaient pas alors été pris en compte.*

***Ce travail a donc été réalisé en parallèle à cette présente étude. Il a donné lieu à***

- une estimation numérique de la population handicapée âgée (quelle que soit la déficience) vivant en Aquitaine en 2001 selon le département et le cadre de vie à cette date*
- des projections démographiques à l'horizon 2011 permettant de préciser l'évolution quantitative de cette population*

***Les résultats de cette étude\* ont été remis à la DRASS en février 2002.***

*\* Bénédicte MARABET, « Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : approche quantitative 2001-2011 », CREAHI d'Aquitaine en collaboration avec la DRASS d'Aquitaine, février 2002, 49 pages.*

### ***Quelle définition de la personne handicapée âgée avons-nous donnée dans ces travaux ?***

Il s'agit d'une personne âgée de 60 ans ou plus dont le statut de personne handicapée a été reconnu par la COTOREP avant l'âge de 60 ans.

Cette définition est, certes, un peu simpliste et réductrice mais elle a le mérite d'être claire, objective et, en général, facilement vérifiable. Elle limite de plus les risques d'amalgame entre les situations de dépendance dues à l'avancée en âge et les situations de handicap apparues dès la naissance, durant l'enfance ou à l'âge adulte.

*Nous avons constaté, toutefois, que pour les personnes très âgées l'utilisation de cette définition perd un peu de son efficacité soit parce que les intervenants auprès de ces personnes ne connaissent pas (ou mal) leur histoire, soit parce que la COTOREP n'existait pas encore au moment des 60 ans de ces personnes.*

Notons que le protocole d'étude a été conçu avant la promulgation de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale dans laquelle la barrière des 60 ans n'apparaît plus : « les établissements et services [...] qui accueillent des personnes adultes handicapées **quel que soit leur degré de handicap et leur âge** »<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Loi n°2002-2, art. 15, alinéa 7.

Toutefois, cette récente ouverture n'empêche pas les agréments des établissements de continuer à fixer leurs propres limites, ni aux conseils généraux de choisir ou non de continuer à verser l'aide sociale aux adultes handicapés au-delà de 60 ans. Elle ne fait pas disparaître non plus la question de l'adéquation des prises en charge avec les nouveaux besoins liés à l'âge. En outre, l'âge de 60 ans reste toujours en vigueur pour l'ouverture des droits à la retraite ou encore pour l'obtention de l'APA.

Par ailleurs, bien que cette problématique soit dominée par la population présentant une déficience intellectuelle <sup>3</sup>, nous ne nous sommes pas cantonnés à une catégorie particulière : toutes les personnes handicapées âgées, quelles que soient leurs déficiences, ont été prises en compte.

Les investigations ont concerné l'ensemble des structures susceptibles de recevoir des personnes handicapées âgées en Aquitaine : les établissements pour adultes handicapés, les établissements pour personnes âgées, les services de soins de longue durée, les services de psychiatrie et **les services intervenant à domicile (services de soins infirmiers et services d'aide à domicile)**.

Quelques éléments sur les personnes handicapées vivant à domicile...

- Le repérage des personnes handicapées vivant à domicile est, et reste, une opération particulièrement difficile, surtout quand ces personnes ne bénéficient d'aucune prise en charge. Quelques études, qui se sont attelées à cerner ce phénomène, ont mis en évidence que le nombre de personnes handicapées vivant à domicile était plus important qu'on ne pouvait le supposer a priori et que le rôle de la famille dans la prise en charge d'un grand nombre d'entre elles demeurait essentiel. De plus, ces personnes handicapées restant à domicile sans prise en charge sont souvent relativement âgées. Elles n'ont pu bénéficier dans leur jeunesse du système de reconnaissance et d'accès aux dispositifs de soins, d'éducation et d'accompagnement qui s'est maintenant généralisé et qui touche une grande partie de la population handicapée. Ainsi pour ces adultes handicapés vivant à domicile : « *les parents sont les suppléants indispensables du système et des parents très âgés continuent à assumer la charge d'un descendant handicapé d'âge mûr* » <sup>4</sup>. Ainsi, selon une étude les parents d'enfants handicapés adultes ont entre 25 et 30 ans de plus qu'eux. Un travailleur de CAT de 50 ans a donc des parents âgés de 75/80 ans...

Trois catégories de situation d'adultes handicapés vivant à domicile avec leurs parents peuvent être distinguées :

- les adultes pris en charge en structure et regagnant le domicile familial en week-end ou en vacances
- les adultes handicapés pris en charge à la journée, souvent en CAT
- les adultes sans aucune prise en charge : les premiers établissements pour adultes handicapés ayant été les CAT, les personnes n'en relevant pas sont restées chez leurs

<sup>3</sup> Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000, ODAS, 1999

<sup>4</sup> Nancy BREITENBACH, *Une saison de plus : handicap mental et vieillissement*, Desclée de Brouwer, 1999, 256 pages.

parents. Certains d'entre eux ont fait une demande d'orientation, d'autres pas et n'ont vu la COTOREP que pour obtenir une allocation. Ces dernières familles ont été souvent perdues de vue.

Une étude réalisée dans plusieurs régions en 1997 <sup>5</sup>, avait permis une estimation du **nombre des personnes handicapées vivant au domicile de leurs parents vieillissants (âgés d'au moins 55 ans) et n'ayant aucun accès à une structure de prise en charge.**

Les taux obtenus, variant sensiblement selon le milieu, urbain ou rural, ont été appliqués à l'Aquitaine lors de l'étude du CREAHI de 1999 <sup>6</sup> ; on aboutissait ainsi à des effectifs exprimés sous forme d'une fourchette très large : entre 1377 et 4310 personnes dans notre région pouvant entrer dans cette définition...

Pour rester dans la logique qui a prévalu à l'ensemble des travaux conduits par le CREAHI d'Aquitaine sur les années 2001-2002, « *recenser tous les services accueillant des personnes handicapées âgées, de décrire les conditions de cet accueil, les moyens spécifiques mis en œuvre et les besoins repérés pour mieux réaliser cette prise en charge* », nous nous sommes cantonnés pour cette approche de la population à domicile **aux bénéficiaires des services des soins infirmiers et d'aide à domicile.**

**Pour autant, un projet d'enquête complémentaire sur les personnes handicapées en dehors de tout circuit de prise en charge mériterait de faire l'objet d'une réflexion (faisabilité ? modalités de réalisation ? partenariat ? territoire ?) car il semble qu'il y ait énormément de besoins qui sont loin d'être tous connus et qui pourront émerger très rapidement avec l'avancée dans le grand âge des parents de ces personnes.**

---

<sup>5</sup> Nancy BREITENBACH, *Fortes et fragiles, les familles vieillissantes qui gardent en leur sein un descendant handicapé*, Synthèse de l'enquête réalisée pour la Fondation de France par le CREAHI et l'ORS de Bretagne, le CREAHI Rhône-Alpes et le CREAHI Ile-de-France, Collection Réflexion, septembre 1997, 80 pages.

<sup>6</sup> Etude déjà citée

L'analyse des résultats est réalisée par catégorie de services.

Après la parution en avril 2002 des résultats concernant les personnes handicapées âgées dans les structures pour adultes handicapés, ce rapport est donc consacré aux services intervenant à domicile.

Dans les mois qui viennent, suivront les rapports concernant les établissements pour personnes âgées d'une part et le secteur sanitaire (psychiatrie et soins de longue durée) d'autre part.

## 1 - Méthodologie

Afin d'avoir une vue globale de la question de la prise en charge des personnes handicapées âgées par les services intervenant à domicile, nous avons choisi de solliciter l'ensemble des structures appartenant à ce champ.

Ce choix d'enquête exhaustive est, de plus, motivé par deux éléments :

- le souhait, que nous avons, de rendre publique la démarche en cours et de donner la possibilité à tous ceux qui le veulent, concernés ou non, d'y participer
- l'hypothèse que le suivi de personnes handicapées âgées est très variable d'un service à l'autre sans que les raisons de cette variabilité soient d'emblée repérables et, par ailleurs, les effectifs concernés pour chaque service sont, en moyenne, assez faibles.

*Aussi, il était difficile en échantillonnant de garantir une approche représentative de la situation des personnes handicapées âgées bénéficiaires de l'intervention de service à domicile dans notre région.*

Un questionnaire a été élaboré par le CREAHI et validé par des professionnels<sup>7</sup>. Il comprend 3 grandes parties<sup>8</sup> :

- **l'identification de la structure** à travers ses caractéristiques générales : statut, zone d'intervention, capacité de prise en charge
- **une approche des bénéficiaires handicapés** : âge, déficience principale, mode de vie, prestations reçues et évaluation de la pertinence de cette prise en charge... **ce qui renvoie à la définition de nouveaux besoins à pourvoir à court ou moyen terme.**
- **une évaluation des moyens supplémentaires** (nombre de salariés, formation...) qui seraient nécessaires pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées âgées.

En outre, ce questionnaire se termine par une interrogation sur l'existence éventuelle et les orientations de projets pouvant être développés, dans un proche avenir par la structure ou son organisme gestionnaire, à l'intention des personnes handicapées âgées.

<sup>7</sup> Monsieur Campillo, directeur de PAPA Bouscat et Madame Bouffard, directrice de Santé Vie Mérignac

<sup>8</sup> Voir questionnaire en annexe 1

*Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des services de soins infirmiers à domicile et des services d'aide à domicile d'Aquitaine, une première fois en avril 2001, puis une relance a eu lieu en mai 2001.*

**Le champ de l'enquête comprend 630 unités réparties en deux catégories :**

☛ **les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD):** leur vocation est de prendre en charge essentiellement la dépendance des personnes âgées, de retarder ou de prévenir l'hospitalisation. Ils dispensent sur prescription médicale au domicile habituel de la personne âgée, les soins infirmiers et d'hygiène nécessaires ainsi qu'une aide spécifique pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. *Au 1<sup>er</sup> janvier 2001, 105 SSIAD fonctionnaient en Aquitaine.*

Les SSIAD interviennent auprès de personnes âgées de 60 ans et plus sauf dérogation. Ainsi sur avis du contrôle médical, les personnes âgées de moins de 60 ans peuvent en bénéficier « *si elles présentent les caractéristiques d'un vieillissement de l'organisme ou sont atteintes par une maladie invalidante* ». Il convient de se référer à une notion de besoin plutôt que de critère d'âge <sup>9</sup>.

**Or, depuis 2000, un élargissement de la clientèle des SSIAD est annoncé.**

On peut notamment lire dans la circulaire relative au dispositif pour la vie autonome : « *Afin d'élargir l'éventail des solutions favorisant le retour ou le maintien à domicile des personnes handicapées, il a été décidé d'affecter prioritairement aux départements concernés par le dispositif pour la vie autonome des places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées de moins de 60 ans* » <sup>10</sup>.

Par ailleurs, la circulaire concernant la campagne budgétaire 2002 des structures pour personnes âgées signale à propos des SSIAD qu'il existe un projet de décret « *visant à prolonger les missions des services de soins infirmiers à domicile en les transformant en services polyvalents d'aide et de soins à domicile en leur permettant d'intervenir auprès de personnes handicapées adultes plus jeunes et de personnes adultes atteintes de maladies chroniques, invalidantes notamment* » <sup>11</sup>. Signalons que déjà la circulaire pour la campagne budgétaire 2001 annonçait ce décret dans les mêmes termes.

☛ **les services d'aide à domicile (SAD) :** ils interviennent au domicile des particuliers pour réaliser des tâches ménagères, pour apporter une assistance aux personnes handicapées et aux personnes âgées dans les actes élémentaires de la vie quotidienne ou pour rendre des services aux familles, notamment soutien scolaire et garde d'enfants.

Depuis 1996, ces services doivent avoir reçu **un agrément qualité** (Loi n°96-63 du 29 janvier 1996 et décret n°96-562 du 24 juin 1996) pour intervenir auprès de 3 catégories de publics (les enfants de moins de 3 ans et leur famille, les personnes handicapées de moins de 70 ans et les personnes âgées de 70 ans et plus, dépendantes ou non).

---

<sup>9</sup> décret n°81-448 du 8 mai 1981

<sup>10</sup> circulaire DGAS/PHAN/3A n°2001-275 du 19 juin 2001

<sup>11</sup> circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n°2002-207 du 10 avril 2002

Outre les textes réglementaires indiqués, ces services relèvent tous de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale (L. n°2002-02 du 2 janvier 2002, article 15, 6<sup>ème</sup> alinéa « *Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* »).

**Tableau 1 - Le champ de l'enquête**  
**Effectif des services intervenant à domicile selon la catégorie et le département**

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Services de soins infirmiers	20	24	19	22	20	105
Services d'aide à domicile <sup>12</sup>	81	169	76	82	116	524
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>193</b>	<b>95</b>	<b>104</b>	<b>136</b>	<b>629</b>

Voir en annexes 2 et 3 des cartographies régionales permettant de visualiser l'implantation de ces services intervenant à domicile.

<sup>12</sup> Non compris, ceux s'adressant exclusivement aux enfants de moins 3 ans et leur famille

## 2 – Les structures répondantes

### 2.1 – Taux de couverture de l'enquête

Sur les 629 structures sollicitées en Aquitaine, 416 ont répondu. Le taux de participation s'élève donc à 66% et peut être considéré comme très satisfaisant.

Tableau 2 - Niveau de la participation à l'enquête dans les services intervenant à domicile

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
<b>Services de soins infirmiers</b>						
Nb de réponses / nb d'envois	15/20	14/24	13/19	20/22	18/20	80/105
Taux de réponses	75%	58,3%	68,4%	90,9%	90%	76,2%
<b>Services d'aide à domicile</b>						
Nb de réponses / nb d'envois	57/81	103/169	49/76	53/82	74/116	336/524
Taux de réponses	70,4%	60,9%	64,5%	64,6%	63,8%	64,1%
<b>TOTAL</b>						
Nb de réponses / nb d'envois	72/101	117/193	62/95	73/104	92/136	416/629
Taux de réponses	71,3%	60,6%	65,3%	70,2%	67,6%	66,1%

La participation à l'enquête de ces services pouvait constituer une inquiétude. En effet, ils sont peu habitués à être sollicités pour ce type d'enquête ; de plus, ils fonctionnent avec peu de personnel et ont, de fait, peu de temps à consacrer à ce type de tâche. Malgré tout, leur participation a été particulièrement importante.

Le nombre de questionnaires à traiter s'élève finalement à **394** pour 416 répondants. En effet, un certain nombre de services organisés en plusieurs antennes ont produit une réponse commune pour l'ensemble de leurs sites.

**Au bout du compte, nous avons donc :**

- 80 questionnaires concernant les services de soins infirmiers à domicile
- 314 questionnaires concernant les services d'aide à domicile

Tableau 3 - Population touchée par l'enquête dans les services intervenant à domicile

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
<b>Services de soins infirmiers</b>						
Capacité repérée par l'enquête	440	758	357	468	700	2723
Capacité totale du département	546	880	619	473	865	3383
Taux de couverture de l'enquête	80,6%	86,1%	57,7%	98,9%	80,9%	80,5%
<b>Services d'aide à domicile</b>						
Capacité repérée par l'enquête	7090	15016	4565	5968	6770	39409
Capacité totale du département	8458	18474	5295	6408	7219	45854
Taux de couverture de l'enquête	83,8%	81,3%	86,2%	93,1%	93,8%	85,9%
<b>TOTAL</b>						
Capacité repérée par l'enquête	7530	15774	4922	6436	7470	42132
Capacité totale du département	9004	19354	5914	6881	8084	49237
Taux de couverture de l'enquête	83,6%	81,5%	83,2%	93,5%	92,4%	85,6%

**En terme de bénéficiaires touchés, le niveau de couverture de l'enquête auprès des services intervenant à domicile semble très élevé : plus de 85%** (les « gros » services ont donc mieux participé à l'enquête que ceux de petite capacité).

*A noter, toutefois, la difficulté rencontrée pour estimer avec précision le nombre global de personnes recevant des prestations de la part des services d'aide à domicile. Nous avons utilisé comme source de référence l'enquête SAPAD de 1999 <sup>13</sup>. Cependant depuis cette date, **l'agrément qualité** a été attribué à de nombreux services d'aide à domicile, particulièrement ceux gérés par les CCAS.*

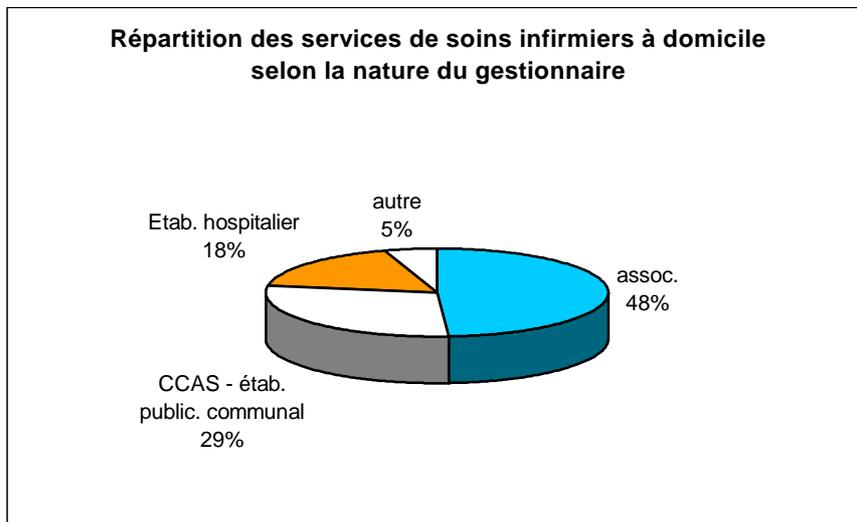
*Si les effectifs de personnes bénéficiaires, durant le mois de réalisation de cette présente étude (janvier 2001) ont pu être précisés par le recueil de données en ce qui concerne les services répondants, une interrogation persiste pour les services non-répondants qui ne faisaient pas partie de l'enquête DRASS de 1999. Il est donc possible que les capacités totales par département des services d'aide à domicile du tableau 3 ci-dessus aient été un peu sous-estimées.*

---

<sup>13</sup> *Les services d'aide aux personnes à domicile en Aquitaine*, Document statistique Aquitaine, n°49, avril 2001, DRASS d'Aquitaine

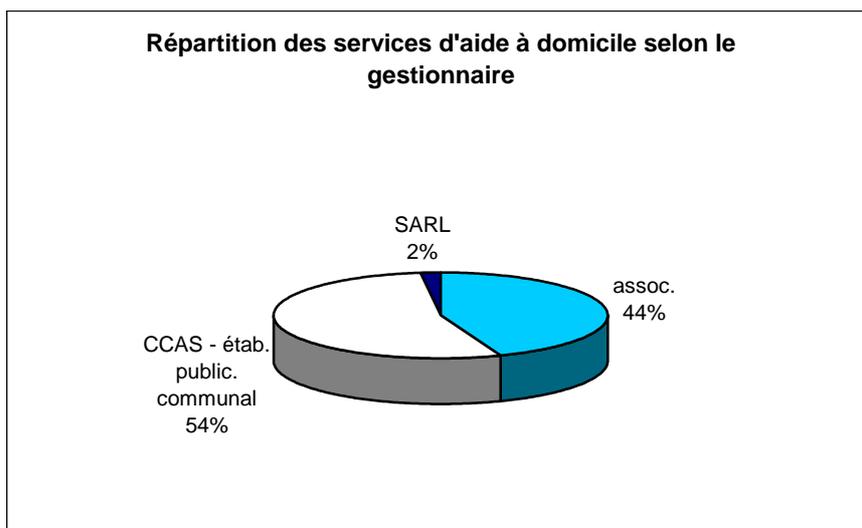
## 2.2 – Caractéristiques générales des structures répondantes

### 2.2.1 - Organisme gestionnaire



Selon la catégorie de service, on constate que la nature du gestionnaire diffère assez sensiblement.

Si les associations sont dans les 2 cas fortement représentées, elles ne sont toutefois pas majoritaires pour les services d'aide à domicile qui ont connu ces dernières années leur fort développement à l'initiative des collectivités locales (CCAS – centre communal d'action sociale, CIAS - centre intercommunal d'action sociale ou des syndicats intercommunaux)

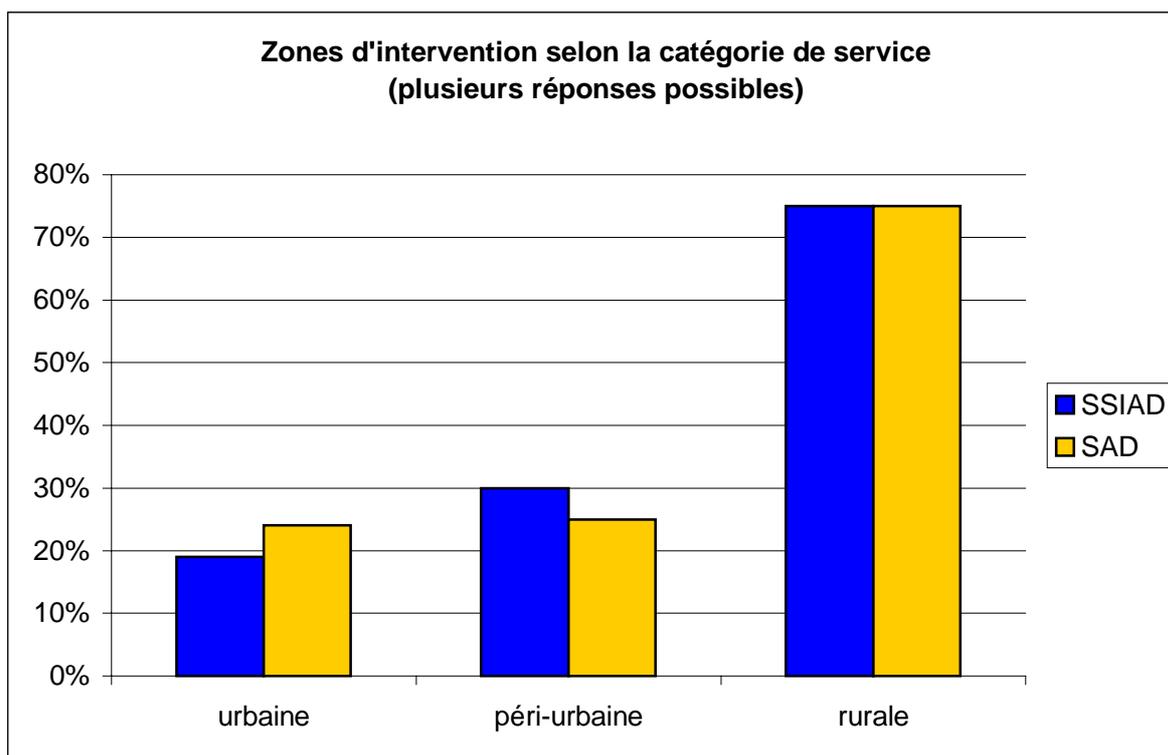


Cette implication des municipalités relativement nouvelle dans son ampleur peut avoir pour effet une gestion plus rationalisée, au niveau de l'espace communal, des services de maintien à domicile. Plusieurs services relevant de ce type de gestionnaire ont ainsi signalé qu'une réflexion autour d'une politique de prise en charge globale des personnes âgées et/ou handicapées était actuellement à l'œuvre avec pour volonté de mettre à disposition une offre résidentielle (en maison de retraite) et à domicile qui soit complémentaire.

On note, également que quelques-uns de ces services relèvent du secteur à but lucratif (SARL), secteur qui n'a pas réellement investi ce champ d'activité.

### 2.2.2 - Zone d'intervention

Les SSIAD et les SAD ont des zones d'intervention pratiquement superposables : **pour ces deux types de service, la priorité est largement donnée au rural**. Dans ces zones où l'habitat est plus dispersé, l'isolement constitue une difficulté supplémentaire pour les personnes handicapées que l'avancée en âge va venir renforcer. L'intervention de ces services est donc indispensable et n'est souvent complétée par aucun autre dispositif.



La capacité des services est également un élément à prendre en compte : les services implantés en milieu rural sont souvent de plus petite taille, ce qui montre que le souci qui prévaut est un bon maillage du territoire avec pour objectif de pouvoir offrir aux personnes qui le demandent des réponses de proximité.

Les cartes présentées dans les annexes 2 et 3 montrent que de très nombreux cantons sont équipés d'un SSIAD et de un ou plusieurs SAD et que, par ailleurs, ces services sont parfois autorisés à intervenir au-delà de leur canton d'implantation.

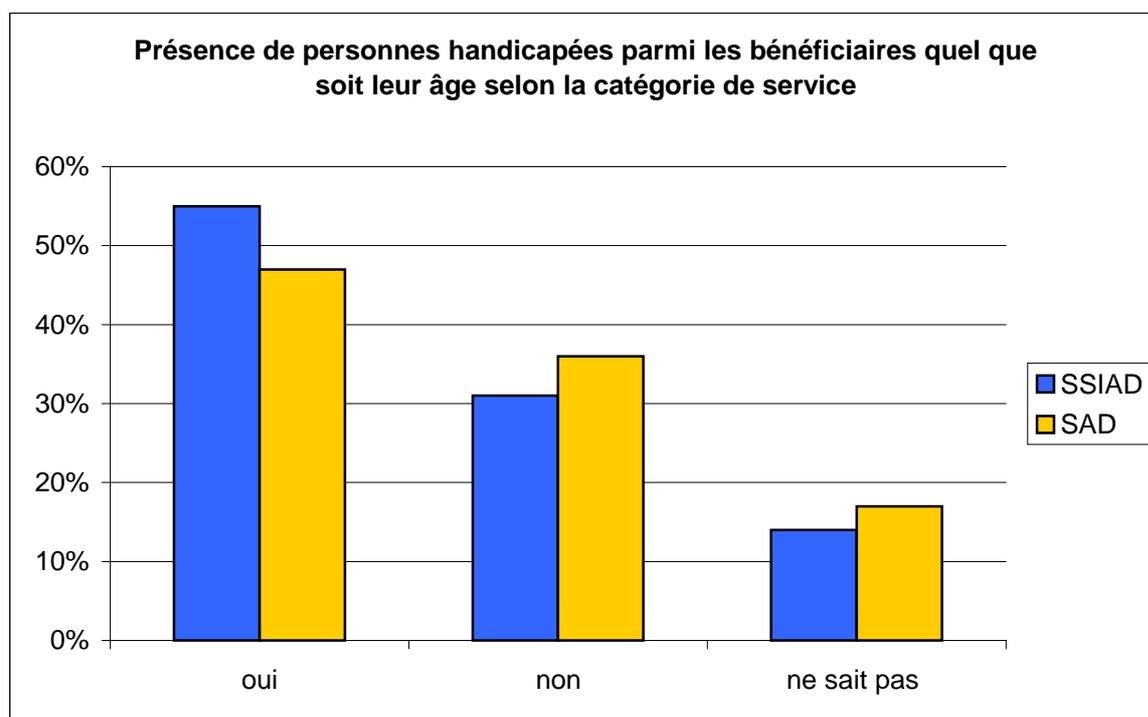
Cependant ce maillage, apparemment assez dense, ne doit pas laisser penser que toute demande d'intervention faite à l'un de ces services peut être honorée sans délai. Pour les SSIAD en particulier, c'est loin d'être le cas et beaucoup de services déplorent d'être dans l'incapacité de pouvoir intervenir auprès de toutes les personnes qui les sollicitent, impossibilité de répondre qui provoque chez ces personnes et leur famille une grande détresse.

## 3 – L'implication des services intervenant à domicile auprès des personnes handicapées

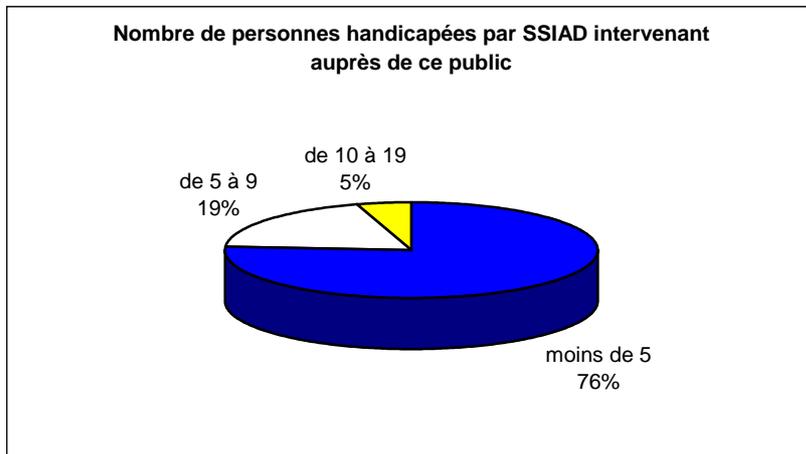
### 3.1 – La place des personnes handicapées dans les services intervenant à domicile

L'intervention auprès de personnes handicapées semblent assez répandue pour ces services. **Ainsi 55% des SSIAD et 47% des SAD comptent parmi leurs bénéficiaires au moins une personne reconnue handicapée par la COTOREP avant 60 ans et ceci quel que soit son âge actuel.**

Par contre, il faut noter qu'assez fréquemment (dans 14 à 17% des cas), ces services ignorent si leurs bénéficiaires détiennent ou non ce statut de personne handicapée. Cette méconnaissance est fortement liée à l'âge de la personne : plus cette dernière est âgée plus il est difficile de faire la part des choses entre le handicap et la dépendance et moins son histoire est connue.

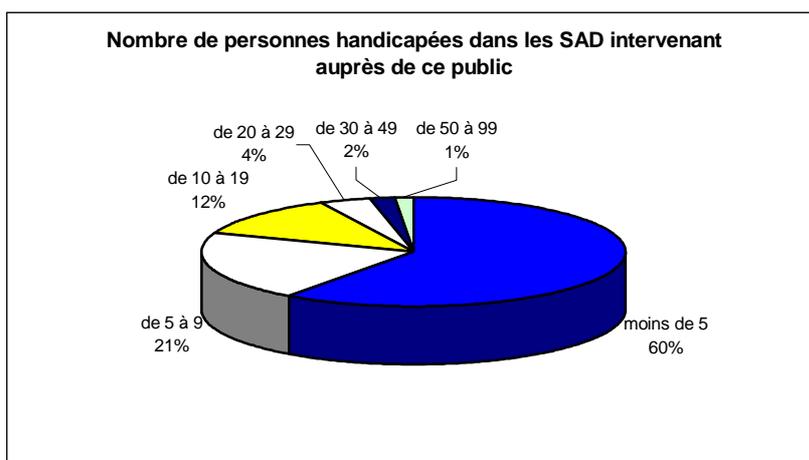


L'intervention auprès des personnes handicapées est donc assez communément répandue et ce public est loin d'être une population ignorée par les services à domicile.



Dans la très grande majorité des cas, les effectifs de personnes handicapées suivies par un SSIAD ou un SAD sont faibles.

Le nombre moyen de bénéficiaires handicapés est plus élevé en SAD (6,6) qu'en SSIAD (3,7).



Toutefois proportionnellement, les SSIAD consacrent une part de leur activité un peu plus importante à cette population car leur capacité moyenne (32 lits) est nettement inférieure à celle des SAD (87 bénéficiaires).

Exemple de lecture des graphiques : Parmi les SSIAD comptant au moins une personne handicapée parmi leurs bénéficiaires, 5% interviennent auprès de 10 à 19 personnes handicapées.

## 3.2 – Approche quantitative

L'évaluation quantitative des personnes handicapées âgées prises en charge par un service intervenant à domicile a déjà fait l'objet d'une exploitation présentée dans le rapport « **Combien y a-t-il de personnes handicapées âgées en Aquitaine : situation en 2001 et projections 2011 ?** »<sup>14</sup>.

Rappelons que l'objectif de cette présente étude est **d'apprécier l'implication des services intervenant à domicile auprès de ce public, les moyens mis en œuvre ainsi que les difficultés et les besoins liés à cette prise en charge.**

Néanmoins, pour resituer cette analyse dans un cadre permettant de préciser sur quelle population portent ces résultats, un rappel des données issues de l'étude quantitative paraît utile.

**Extrait de « Combien y a-t-il de personnes handicapées âgées en Aquitaine : situation en 2001 et projections 2011 ? »**<sup>15</sup>

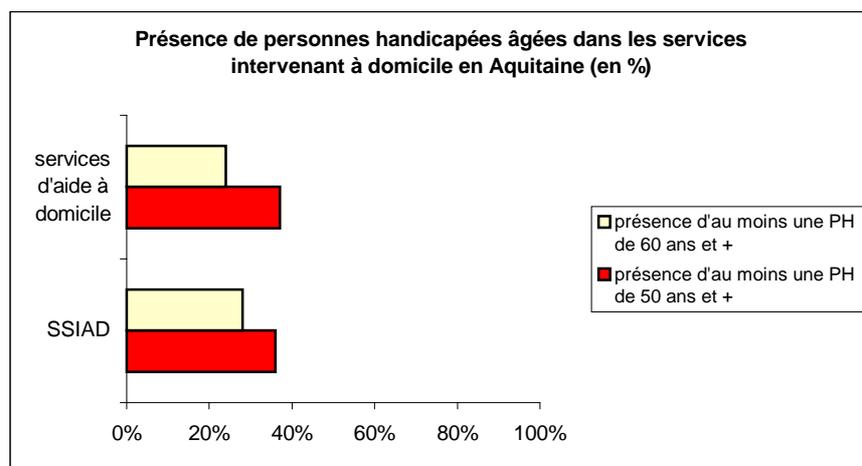
### 3.2.1 - situation en 2011

Le tiers des services intervenant à domicile compte parmi ses bénéficiaires des personnes handicapées âgées d'au moins 50 ans ; le quart environ intervient auprès de personnes handicapées de 60 ans et plus.

Toutefois, les services enquêtés ignorent assez souvent si les personnes, auprès desquelles ils interviennent, ont été reconnues handicapées par la COTOREP. C'est le cas de 16% des services de soins infirmiers et de 20% des services d'aide à domicile.

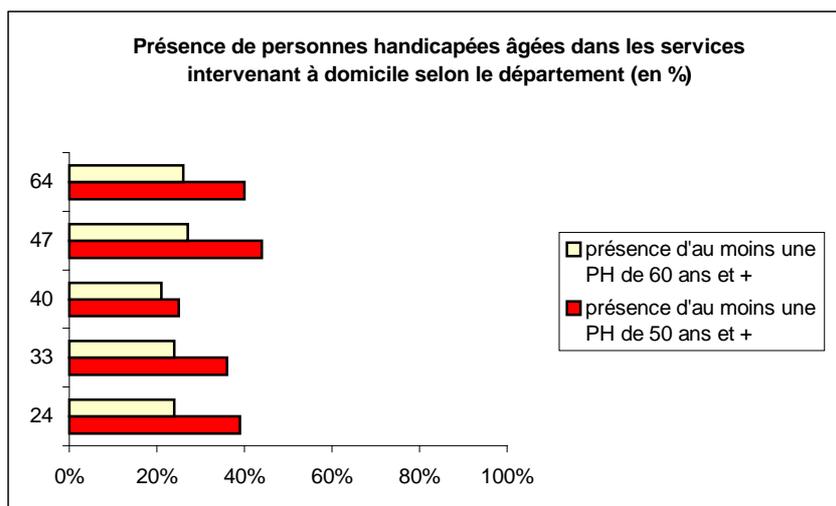
En outre, beaucoup de services, ayant identifié parmi leurs bénéficiaires des personnes handicapées âgées, nous ont indiqué que leur recensement était minimal et que d'autres situations leur avaient, sans doute, échappé.

On peut donc penser que les estimations du nombre de personnes handicapées âgées suivies par ces services sont en partie sous-évaluées.



<sup>14</sup> Etude déjà citée dans l'introduction

<sup>15</sup> Seule la situation en 2001 est reprise ici. Pour les projections à l'horizon 2011, se reporter à l'étude citée.



Si la proportion de personnes handicapées âgées parmi les bénéficiaires de services intervenant à domicile est assez faible, le nombre de situations recensées n'est pas négligeable et montre le rôle joué par ces services dans le soutien à domicile des personnes handicapées âgées.

Ainsi, près de 900 personnes handicapées âgées d'au moins 50 ans sont suivies à domicile par un SSIAD ou un SAD en Aquitaine, avec relativement peu de différences entre les départements ou la catégorie du service. Notons, qu'assez fréquemment les personnes suivies par un service de soins infirmiers bénéficient également de l'intervention d'un service d'aide à domicile.

**Tableau 4**

**Estimation du nombre de personnes handicapées âgées parmi les bénéficiaires de l'ensemble des services intervenant à domicile selon le département en 2001**

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Capacité totale	9 004	19 354	5 914	6 881	8 084	49 237
Nb de personnes de 50-59 ans <i>et %</i>	48 - 0,5%	126 - 0,7%	55 - 0,9%	45 - 0,7%	95 - 1,2%	369 - 0,7%
Nb de personnes 60 ans et + <i>et %</i>	88 - 1,0%	168 - 0,7%	61 - 0,9%	102 - 1,5%	101 - 1,2%	520 - 1,1%

**Tableau 5**

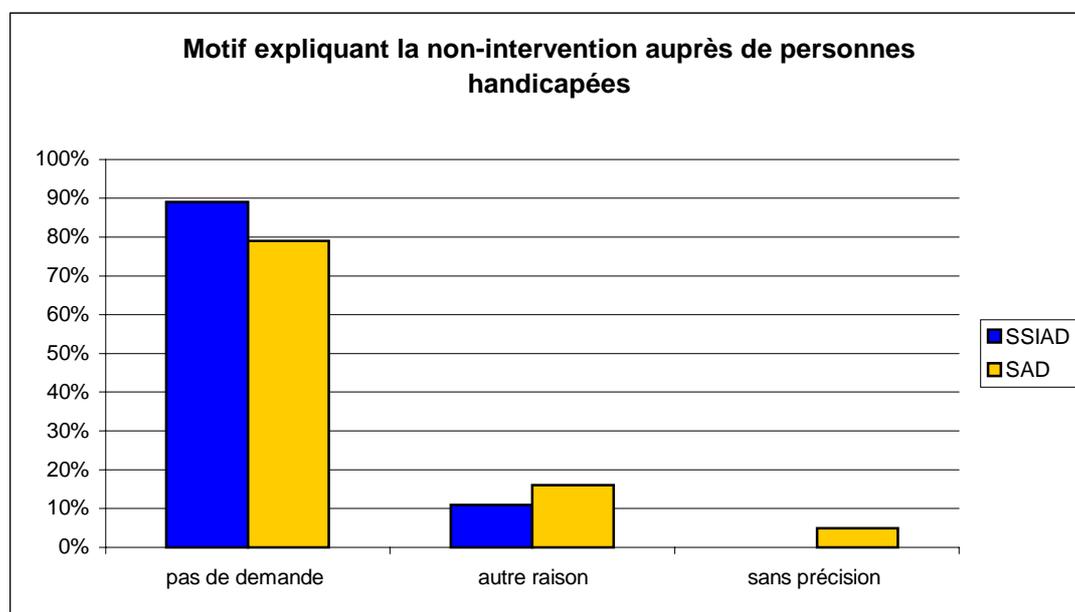
**Estimation du nombre de personnes handicapées âgées parmi les bénéficiaires de l'ensemble des services intervenant à domicile selon la catégorie de services en 2011**

	Services de soins infirmiers	Services d'aide à domicile	Doublons <sup>16</sup>	Ensemble
Capacité totale	3 383	45 854		49 237
Nb de personnes de 50-59 ans <i>et %</i>	27 - 0,8%	352 - 0,8%	10	369 - 0,7%
Nb de personnes 60 ans et + <i>et %</i>	60 - 1,8%	514 - 1,1%	54	520 - 1,1%

<sup>16</sup> Personnes bénéficiant simultanément des interventions d'un service de soins infirmiers et d'un service d'aide à domicile

### 3.3 Les services n'intervenant pas auprès de personnes handicapées

Les services, qui n'interviennent pas au domicile de personnes handicapées (45% des SSIAD et 53% des SAD), expliquent cette situation, **dans la très grande majorité des cas, par l'absence de demande provenant de ces personnes.**



D'autres motifs ou des compléments d'explications sont parfois avancés :

☞ **pour les SSIAD** : ces services évoquent leur saturation, les demandes des personnes âgées considérées comme prioritaires ne pouvant pas déjà être toutes honorées. Par ailleurs, les questions réglementaires sont également rappelées : possibilité d'intervenir auprès des personnes de moins de 60 ans uniquement sur dérogation. Ces restrictions pourraient néanmoins être levées dans un proche avenir (*voir page 8, les perspectives d'élargissement de la clientèle des SSIAD dans la description du champ de l'enquête*).

☞ **pour les SAD** : plusieurs raisons sont mises en avant :

- la saturation du service par les personnes âgées « ordinaires » (comme pour les SSIAD)
- l'absence de moyens pour intervenir auprès de personnes handicapées
- la condition d'accès à leur service, définie ainsi « avoir un statut de retraité », ce qui confirme la méconnaissance par ces services de la trajectoire de leurs bénéficiaires puisqu'un statut de retraité n'est pas incompatible avec une situation de handicap
- le renvoi habituel des personnes handicapées vers un interlocuteur plus spécialisé
- l'hypothèse que les personnes handicapées ignorent la possibilité qui leur est offerte de demander l'intervention de ces services
- l'absence de reconnaissance officielle du handicap : dans quelques cas rares, les services signalent des cas de personnes handicapées, parmi leurs bénéficiaires, pour lesquelles aucun dossier COTOREP n'a été réalisé.

## 4 - Les personnes handicapées bénéficiant de services à domicile

Un volet de l'enquête s'est intéressé aux caractéristiques principales des personnes handicapées concernées par l'intervention d'un service à domicile :

- pour les personnes de 50 ans et plus parmi les bénéficiaires des SAD
- pour toutes les personnes handicapées dans les SSIAD. L'élargissement prévu de l'intervention de ces services aux personnes handicapées quel que soit leur âge – actuellement possible uniquement sur dérogation – a conduit la DRASS à souhaiter que l'enquête ne porte pas uniquement sur les personnes handicapées **âgées** dans ces services mais sur l'ensemble de la population handicapée pour mesurer l'implication de ces services (les SSIAD) auprès de ce public. *Néanmoins, l'analyse qui en a été faite distingue les moins de 50 ans et les 50 ans et plus.*

**L'enquête a permis de repérer 762 personnes dans ces tranches d'âge respectives :**

- 133 personnes prises en charge par un SSIAD
- 629 personnes bénéficiant de l'intervention d'un service d'aide à domicile

*Près de la moitié des personnes suivies par un SSIAD, 63 individus soit 47%, bénéficient également de l'intervention d'un SAD.*

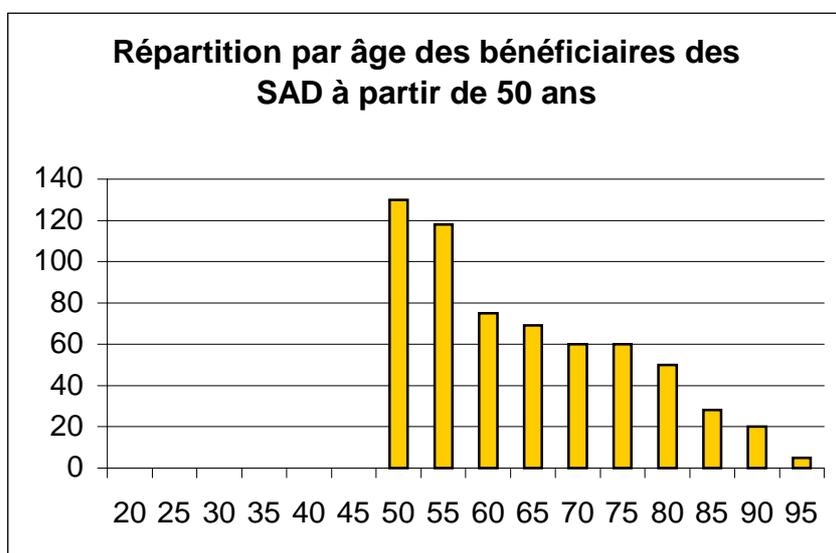
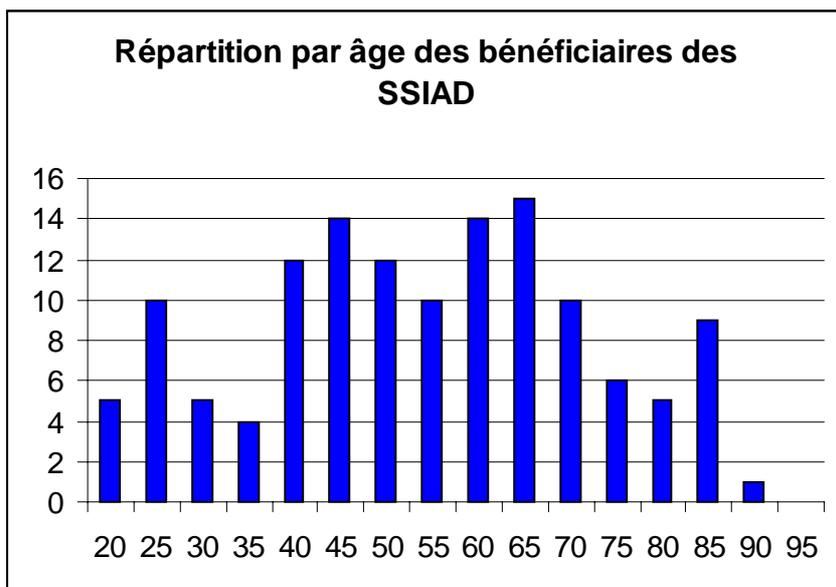
*Toutefois, les données dont nous disposons ne permettent pas de dire que les personnes dans cette situation ont bien été recensées deux fois (1 fois dans les questionnaires remplis par les SSIAD, 1 autre fois dans ceux des SAD).*

*Pour cette raison, les éventuels doublons n'ont pas été déduits (excepté pour l'étude quantitative, dont les résultats ont été rappelés au point 3.2 ainsi que pour les projections). Toutefois, cela n'affecte que peu les résultats puisque les données des SSIAD et SAD sont présentées distinctement les unes des autres dans les pages qui suivent.*

## 4.1 – Descriptif de la population handicapée

Ce descriptif concerne uniquement les bénéficiaires signalés comme handicapés par les services répondants et non l'ensemble du public suivi.

### 4.1.1 – Répartition par âge



Deux configurations très différentes caractérisent la structure par âge des bénéficiaires handicapés des SSIAD et des SAD, en dehors du fait que l'amplitude d'observation est différente (20 ans et plus pour les SSIAD et 50 ans et plus pour les SAD).  
⇒ Pour les SSIAD, il n'y a pas réellement de tranche d'âge prédominante. On constate que l'intervention « sur dérogation » est largement pratiquée puisque plus de la moitié des bénéficiaires handicapés (54%) ont

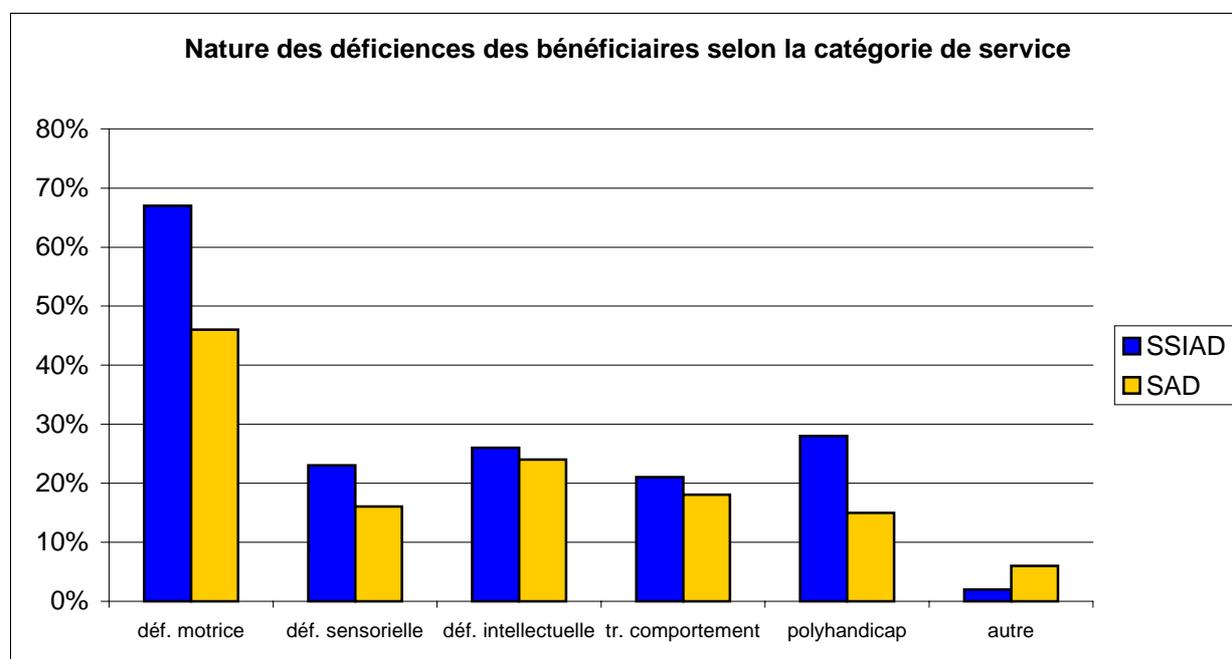
⇒ Pour les SAD, la configuration observée est plus « normale », les effectifs de bénéficiaires handicapés diminuant régulièrement au fur et à mesure que l'âge augmente.

#### 4.1.2 - Déficience principale des bénéficiaires handicapés

D'une manière générale, les personnes suivies par un SSIAD présentent un plus grand nombre de déficiences et/ou de troubles que celles qui bénéficient de l'intervention d'un SAD.

Cette différence paraît tout à fait logique puisque c'est bien l'état de santé qui est **le motif** à l'origine de l'intervention d'un SSIAD. Par contre, dans le cas d'un recours à un SAD, l'état de santé va aussi entrer en jeu, puisque les bénéficiaires en raison de leurs limitations vont avoir besoin d'une aide ou d'une assistance, mais de manière plus indirecte.

Ce qui explique aussi que 11% des SAD n'ont pu préciser de quelles déficiences souffraient leurs bénéficiaires. En effet, ces derniers n'ont pas de dossier médical constitué par le service et, qui plus est, il n'y a pas de personnel de soins dans les SAD. Il se peut aussi que ce contexte ait favorisé une sous-estimation des déficiences présentées par les bénéficiaires des SAD.



La déficience motrice est, de loin, la plus représentée parmi les bénéficiaires handicapés des services à domicile, certainement parce que ce type de déficience est le plus compatible avec une prise en charge ambulatoire et la poursuite d'une vie en milieu ordinaire, mais aussi parce que les déficiences acquises au cours de la vie sont le plus souvent motrices : accidents de la circulation ou du travail, maladie neurologique évolutive...

Nous pouvons, ainsi, faire l'hypothèse que bon nombre de ces personnes handicapées vivant à domicile ne sont pas en situation de handicap depuis leur enfance mais le sont devenues au cours de leur existence. Ce qui veut aussi dire que les personnes handicapées de naissance, particulièrement celles présentant une déficience intellectuelle, sont peu représentées parmi les bénéficiaires de ces services. Il est possible pour ces dernières que l'offre proposée par les SSIAD et les SAD corresponde peu à leurs besoins qui sont plus forts,

par contre, en ce qui concerne l'accompagnement social (ce qui relève des missions des SAVS).

Nous pouvons, par ailleurs, remarquer que le pourcentage de personnes polyhandicapées est particulièrement élevé. Il est possible que, dans certains cas, ce terme de polyhandicap ait été assimilé à celui de plurihandicap, c'est-à-dire à « *l'association de façon circonstancielle de plusieurs handicaps physiques sans, en général, atteinte mentale* » car il paraît surprenant qu'autant de personnes réellement polyhandicapées soient maintenues à leur domicile.

Toutefois, une précédente enquête auprès des personnes prises en charge par un SSIAD <sup>17</sup>, a révélé qu'une personne sur deux cumulait dépendance physique lourde et détérioration intellectuelle et, qu'en conséquence, 10% d'entre elles étaient classées en GIR 1 et 32% en GIR 2 <sup>18</sup>. Ces situations de grande dépendance peuvent être effectivement assimilées à celles de polyhandicap « *handicap grave à expression multiple qui associe une déficience mentale sévère à des troubles moteurs entraînant une restriction sévère de l'autonomie* ».

Par ailleurs les SAD sont amenés à servir des prestations à des personnes reconnues handicapées en raison de maladies invalidantes évolutives ou non (5 à 6%) : Parkinson, sclérose en plaque, polyarthrite, insuffisance respiratoire, maladie rénale, cancer etc...

*N.B. : Pour les SSIAD, où l'ensemble des usagers handicapés a été pris en compte sans limite inférieure d'âge, quelques différences entre les moins de 60 ans et les 60 ans et plus peuvent être mises en évidence. Les plus jeunes présentent nettement moins souvent une déficience motrice ou des troubles du comportement, à l'inverse ils sont plus souvent porteurs d'une déficience sensorielle ou intellectuelle.*

#### **4.1.3 - Mode de vie des bénéficiaires handicapés**

La majorité des bénéficiaires des SAD vivent seuls et ceci quel que soit l'âge. Cette situation motive le recours à un SAD pour réaliser des tâches que les bénéficiaires, du fait de leur état de santé, ne peuvent pas assumer eux-mêmes, ni faire assumer par un co-habitant.

A l'inverse, les bénéficiaires des SSIAD vivent plus souvent avec une autre personne qui peut donc apporter son aide et se charger des tâches ménagères et de l'accompagnement au quotidien, le besoin d'interventions extérieures se concentrant sur le « médical ».

---

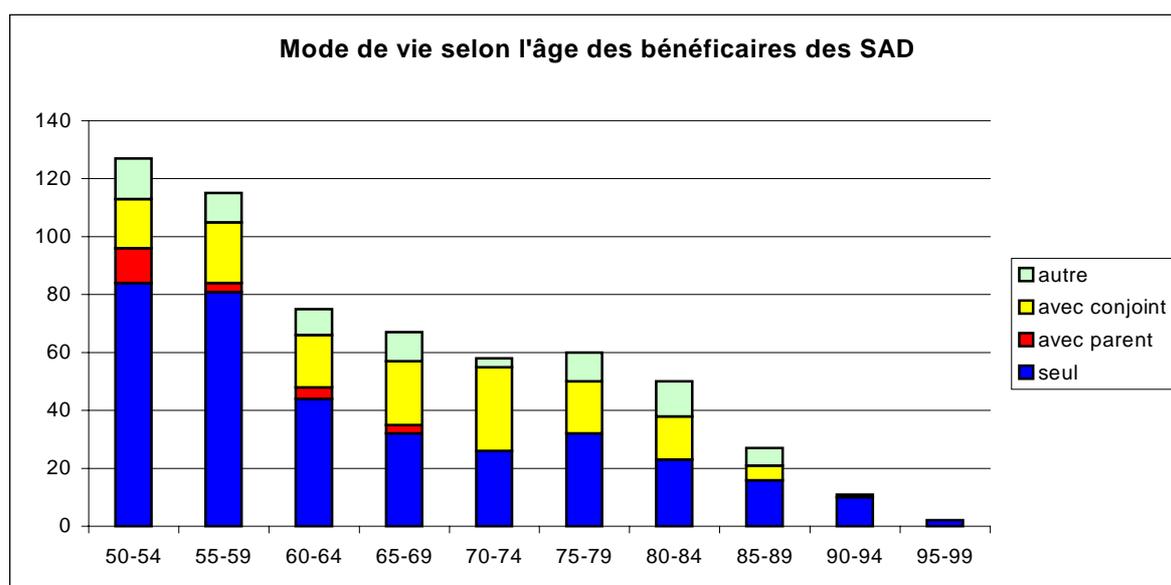
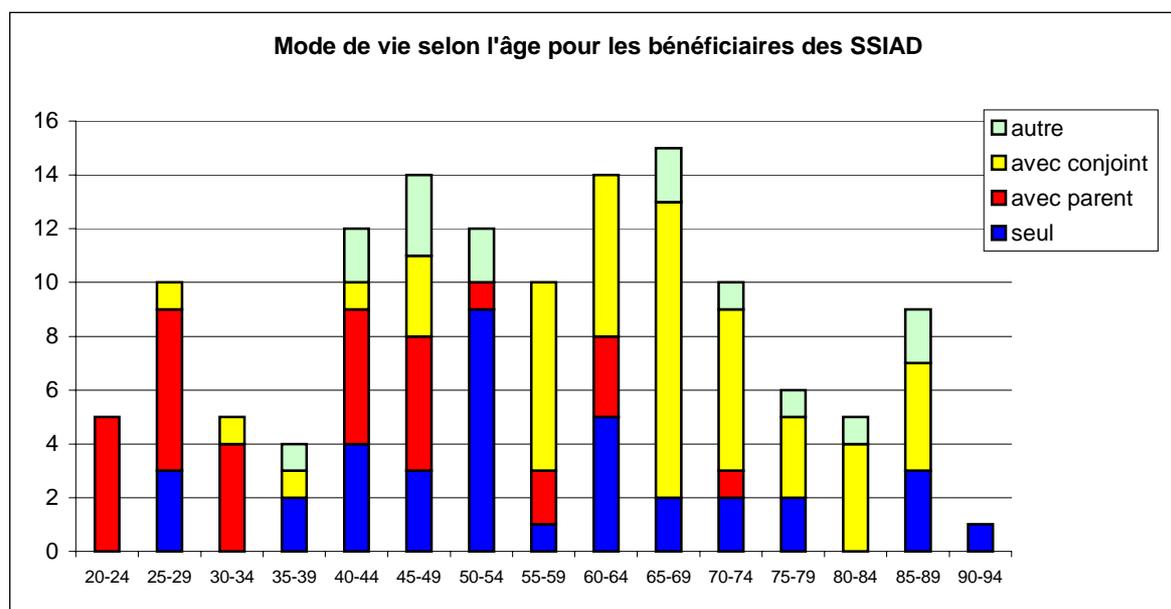
<sup>17</sup> Enquête auprès des services de soins à domicile en 1996, SESI, Infos rapides, n°94 janvier, 1998

<sup>18</sup> GIR = groupe iso-ressources → GIR 1 : perte de l'autonomie mentale, corporelle et sociale - GIR 2 : fonctions mentales altérées avec ou sans conservation des fonctions motrices

Tableau 6

Mode de vie des bénéficiaires handicapés selon la catégorie de service (en %)

	SSIAD	SAD
Seul(e)	28,5	56,1
Avec ses parents	24,1	3,8
Avec son conjoint	36,0	24,0
Avec un enfant	3,8	9,1
Avec une autre personne	3,8	5,1
En placement familial	3,8	0,3
Non précisé	-	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



Un nombre non négligeable de bénéficiaires handicapés des SSIAD, vivant avec leurs parents, ont dépassé 40 ans. Ce type de situations est caractérisé, la plupart du temps, par un équilibre précaire qu'une dégradation subite de l'état de santé d'un parent peut à tout moment faire basculer dans l'urgence.

## 4.2 - Les prestations à domicile

### 4.2.1 - Nombre mensuel moyen d'heures d'intervention

**Le nombre moyen d'heures réalisées pour chaque bénéficiaire varie relativement peu d'une catégorie de service à l'autre : 36,6 heures par mois pour les SSIAD et 32,3 heures par mois pour les SAD.**

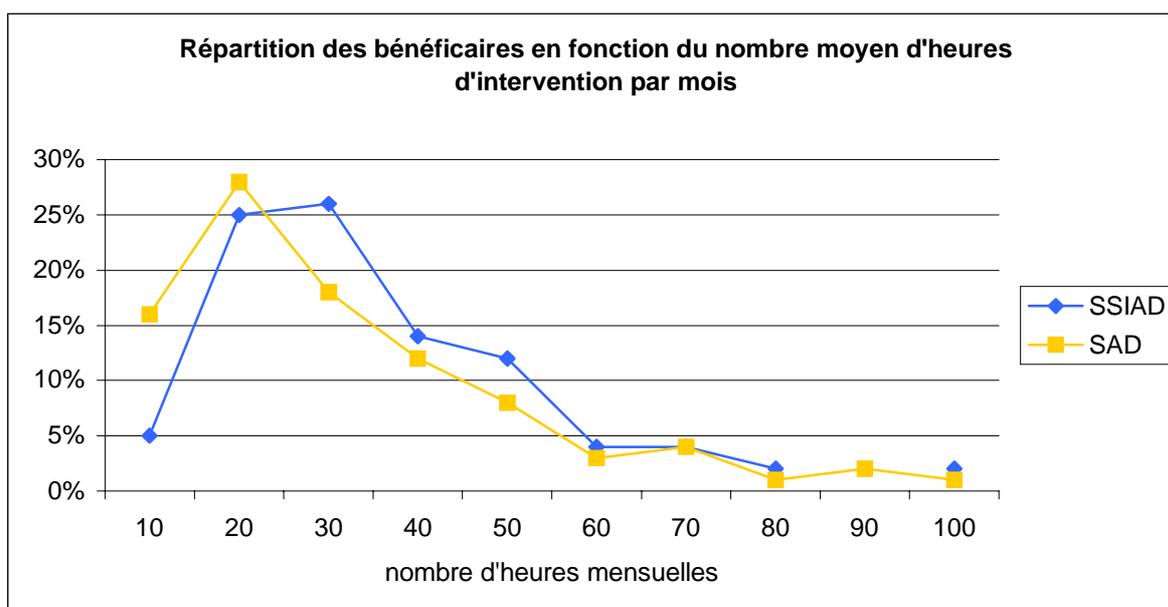
*Cet écart entre SSIAD et SAD se trouve, néanmoins, renforcé si on se cantonne, pour les SSIAD, aux 60 ans et plus qui bénéficient en moyenne d'une durée d'intervention de 39,8 heures par mois (contre 34,5 heures par mois pour les moins de 60 ans dans ces mêmes services).*

Les petites interventions, inférieures à 20 heures, sont plus fréquentes pour les bénéficiaires des SAD (44%) que pour ceux des SSIAD (30%).

A l'inverse, dans la tranche 20-49 heures par mois, les bénéficiaires de SSIAD sont plus nombreux (52%) que ceux des SAD (38%).

A partir de 60 heures par mois, les répartitions entre services se superposent.

Notons que 3% du public handicapé de ces services bénéficient d'un quota d'heures mensuelles supérieures à 100 (jusqu'à 400 heures en SAD et jusqu'à 600 heures en SSIAD).



Ces durées moyennes d'intervention peuvent être comparées à celles qui avaient été observées lors de l'étude sur les services d'aide à domicile aquitains en 1999 <sup>19</sup>. Globalement, le nombre moyen d'heures mensuelles par bénéficiaires s'élevait à 19 avec des variations selon le public concerné : 18 heures pour les personnes âgées, 28 pour les personnes handicapées et 21 pour les familles.

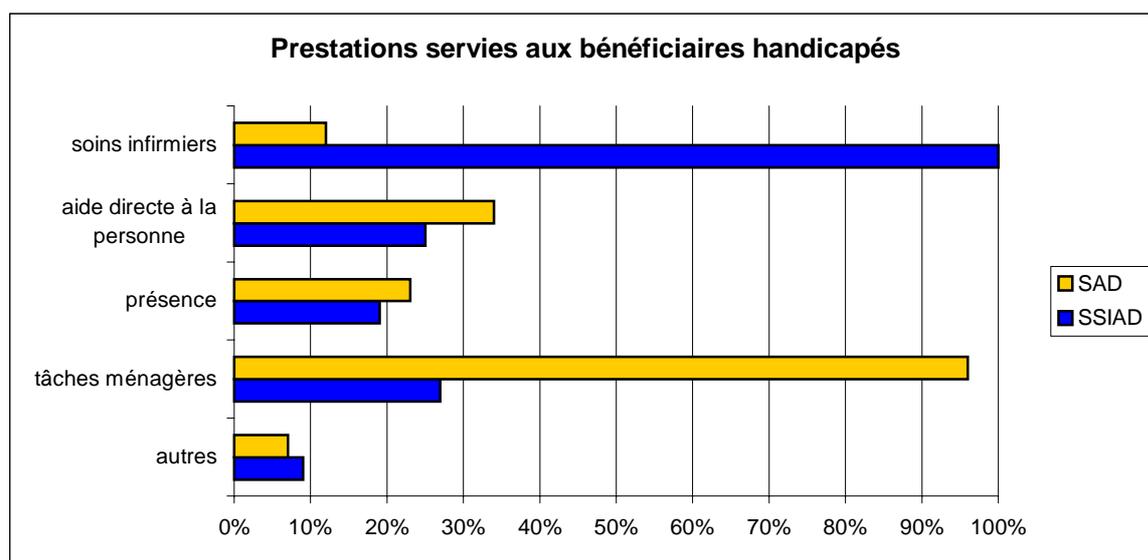
Or, si on se cantonne aux seuls usagers handicapés âgés des SAD, cette durée moyenne se trouve sensiblement majorée puisqu'elle atteint, selon l'étude du CREAHI de 2001, 32 heures par personne et par mois.

*Il apparaît donc que cette population handicapée âgée nécessite la mise en œuvre d'interventions plus denses que la moyenne et, de fait, une mobilisation plus importante du personnel.*

#### 4.2.2 - Nature des interventions

En toute logique, les SSIAD interviennent tous auprès des bénéficiaires pour dispenser des soins infirmiers. Les SAD, de leur côté, s'occupent prioritairement des tâches ménagères. Secondairement, ces services sont impliqués dans « l'aide directe à la personne », chacun selon ses prérogatives et ses compétences.

*N.B : Il semblerait que, pour certaines réponses, il y ait eu une confusion entre les prestations directement mises en œuvre par le service lui-même et celles dont peut bénéficier la personne de la part d'autres intervenants (ex : SSIAD réalisant des tâches ménagères... ?). Il est possible également qu'il s'agisse de services ayant le double agrément SSIAD-SAD, bien que cela soit assez rare.*



<sup>19</sup> Enquête SAPAD, DRASS, 1999 – étude déjà citée

Parmi les autres prestations servies, on recense :

- pour les SSIAD : principalement des interventions de kinésithérapeutes
- pour les SAD : divers services, le plus fréquemment portage de repas et aide aux courses, plus rarement interventions d'un ergothérapeute, accompagnement lors de sorties, jardinage, couture ou encore service tutélaire

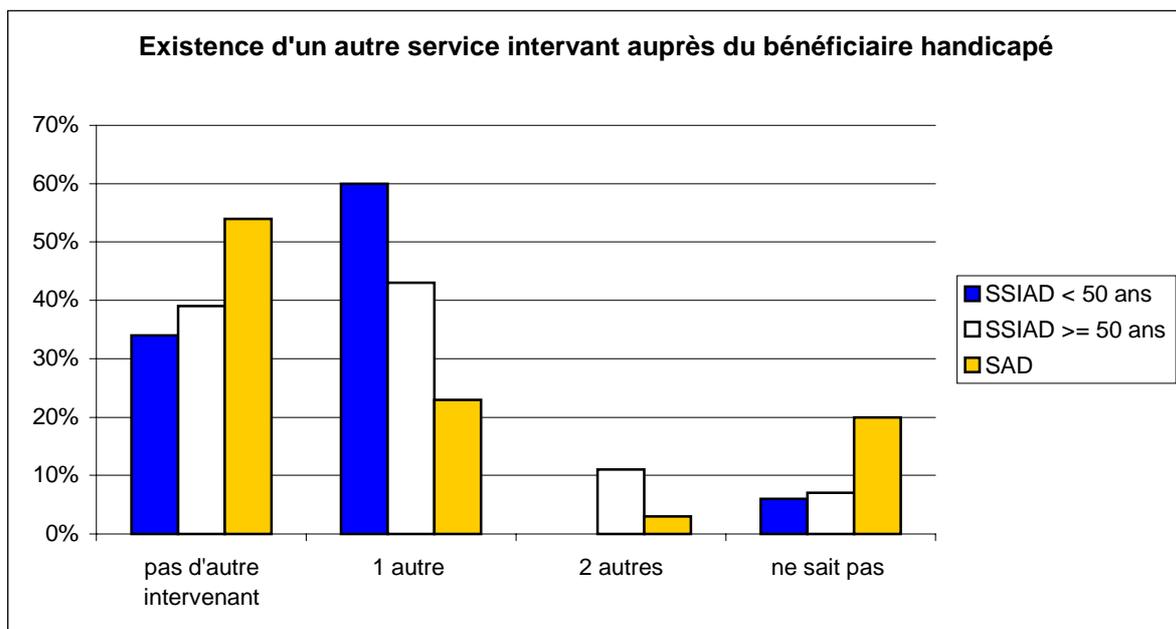
#### 4.2.3 - Autres intervenants

Les personnes handicapées vivant à domicile sont nombreuses à bénéficier de l'intervention d'un autre service que celui qui a répondu à l'enquête : c'est le cas de 56% des personnes suivies par les SSIAD et de 26% de celles qui sont suivies par les SAD.

*Notons que, de manière assez inattendue, le recours à un autre service est moins fréquent avec l'avancée en âge pour les bénéficiaires des SSIAD. Parmi eux, 60% des moins de 50 ans font intervenir un autre service contre 54% des 50 ans et plus et 51% des 60 ans et plus. Toutefois, les 50 ans et plus sont plus nombreux, dans les SSIAD, à bénéficier de 2 autres interventions en plus des soins infirmiers.*

Le maintien à domicile de personnes handicapées nécessite donc assez souvent la mise à contribution de plusieurs intervenants, ce qui nécessite deux conditions :

- l'existence sur un même territoire d'une offre de service diversifiée **dont les missions englobent l'intervention à domicile**
- la coordination entre ces services **pour s'adapter au mieux aux besoins des bénéficiaires, favoriser le maintien à domicile aussi longtemps que possible et s'attacher à une recherche de qualité de la prise en charge dans sa globalité**



**Tableau 7**  
**Nature des autres interventions selon le service**  
(en % sur l'ensemble des bénéficiaires handicapés)

	SSIAD		SAD
	Moins de 50 ans	50 ans et plus	
SSIAD			11,4
SAD	48,0	47,0	
Aide-ménagère, employé maison	2,0	4,8	-
Auxiliaire de vie, garde-malade	-	6,0	-
Portage repas	-	1,2	1,6
Soins et rééducations en « libéral »	2,0		5,6
Tutelle-curatelle	-	-	4,0
Prise en charge psychiatrique	2,0	-	2,9
Accueil de jour	2,0	3,6	1,3
Animation – suivi éducatif	4,0	-	1,3
Autres	-	3,6	-

**Une grande diversité caractérise les interventions « complémentaires » auprès des personnes handicapées vivant à domicile.**

Près de la moitié des bénéficiaires des SSIAD recourent également à un SAD. L'inverse est moins fréquent et seuls 11% des usagers des SAD sont aussi suivis par un SSIAD.

Pour les autres types d'interventions, les pourcentages de bénéficiaires observés sont plus faibles ; signalons néanmoins :

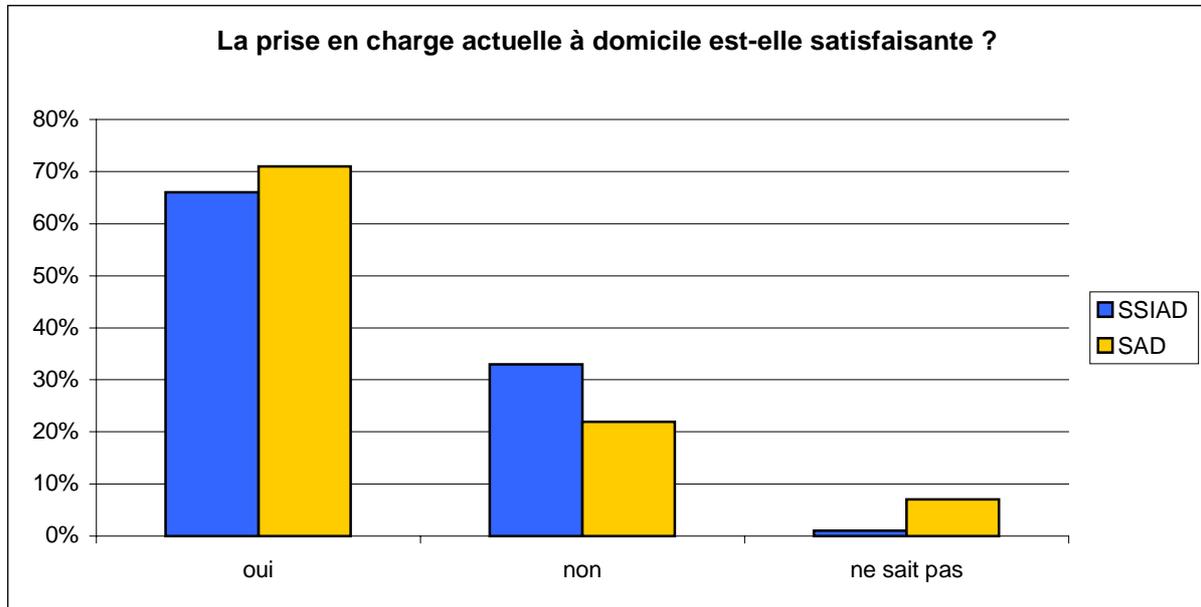
- pour les bénéficiaires des SSIAD : le recours très fréquent aux SAD ou à d'autres prestataires pouvant intervenir sur des missions relevant de ces services : tâches ménagères, assistance directe à personne
- pour les bénéficiaires des SAD : la contribution de professionnels du soin ou de la rééducation du secteur libéral (infirmières, kinésithérapeutes ou orthophonistes) ainsi que des mesures de protection, tutelles et curatelles.

Enfin, l'implication des « aidants naturels »<sup>20</sup> auprès des bénéficiaires handicapés de ces services nous a parfois été signalée ; aidants naturels qui jouent souvent un rôle essentiel dans ce soutien à domicile. Toutefois, cette variable n'ayant pas fait l'objet d'une question à part entière, il n'est pas possible de donner une réelle mesure de cette implication.

<sup>20</sup> Qui selon une résolution du Conseil de l'Europe sont définis comme « des membres de la famille, des voisins ou d'autres personnes qui prêtent des soins et font de l'accompagnement des personnes dépendantes, de façon régulière sans être au bénéfice d'un statut professionnel leur conférant les droits et les obligations liés à un tel statut ».

### 4.3 - Adéquation de la prise en charge à domicile

Les services intervenant à domicile ont été interrogés sur l'adéquation, à leurs yeux, de la prise en charge mise en œuvre par rapport aux besoins du bénéficiaire handicapé.

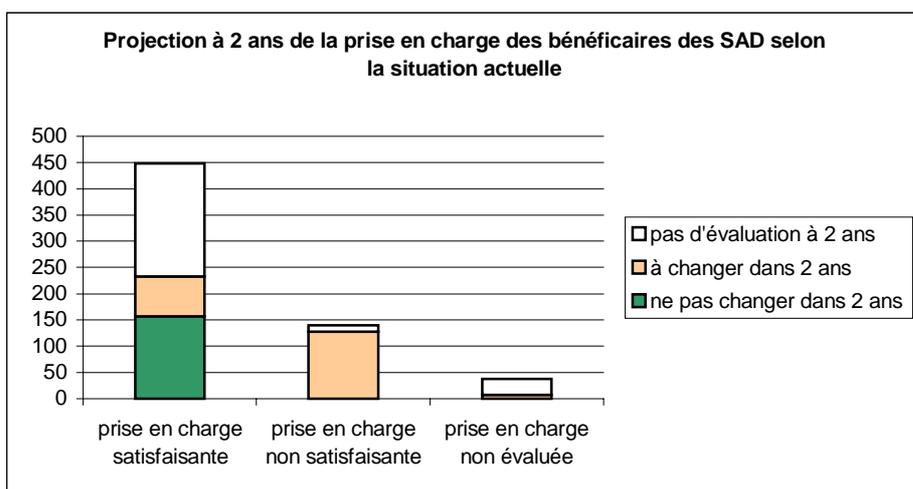
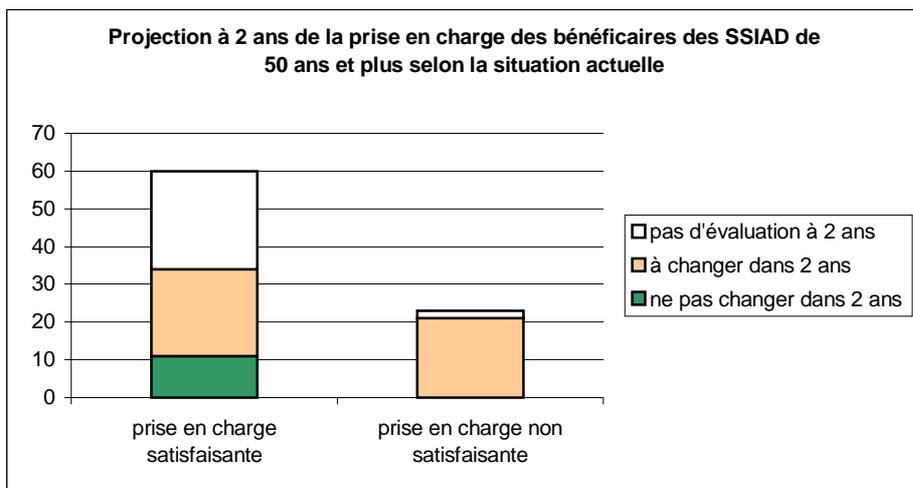
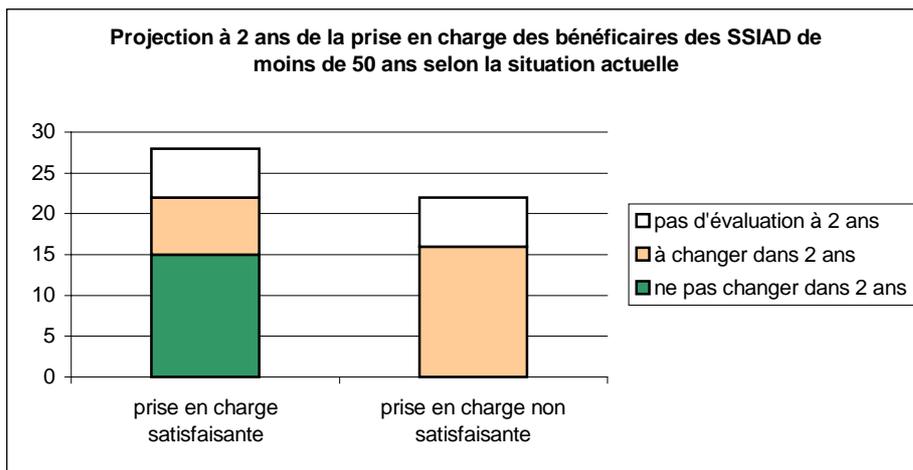


Si pour la grande majorité des bénéficiaires de ces services, la prise en charge actuelle à domicile est considérée comme satisfaisante, **ce n'est pas le cas pour un quart des personnes suivies par un SAD et un tiers de celles qui sont suivies par un SSIAD.** Les effectifs de personnes concernées sont importants, rendant la situation préoccupante.

*Dans les SSIAD, l'âge a un effet assez sensible sur cette question : la prise en charge est jugée insatisfaisante pour 42% des moins de 50 ans contre 28% des 50 ans et plus. A travers ces chiffres, il semblerait donc que malgré leur fort investissement envers les personnes handicapées jeunes, les SSIAD n'aient pas les moyens de réaliser ces prises en charge dans de bonnes conditions. Il est également possible que pour certains de ces adultes handicapés, la prise en charge par un SSIAD soit mise en œuvre « par défaut », en attendant une place en institution ou pour se conformer aux souhaits de la personne et de sa famille.*

Les raisons de cette non-adéquation des prises en charge n'ont pu être explorées mais les besoins identifiés par ces services pour améliorer les prestations proposées aux personnes handicapées (analysés dans le chapitre 5) apportent un éclairage certain sur ces inadéquations en évoquant **les insuffisances des interventions en terme de densité et de spécialisation.**

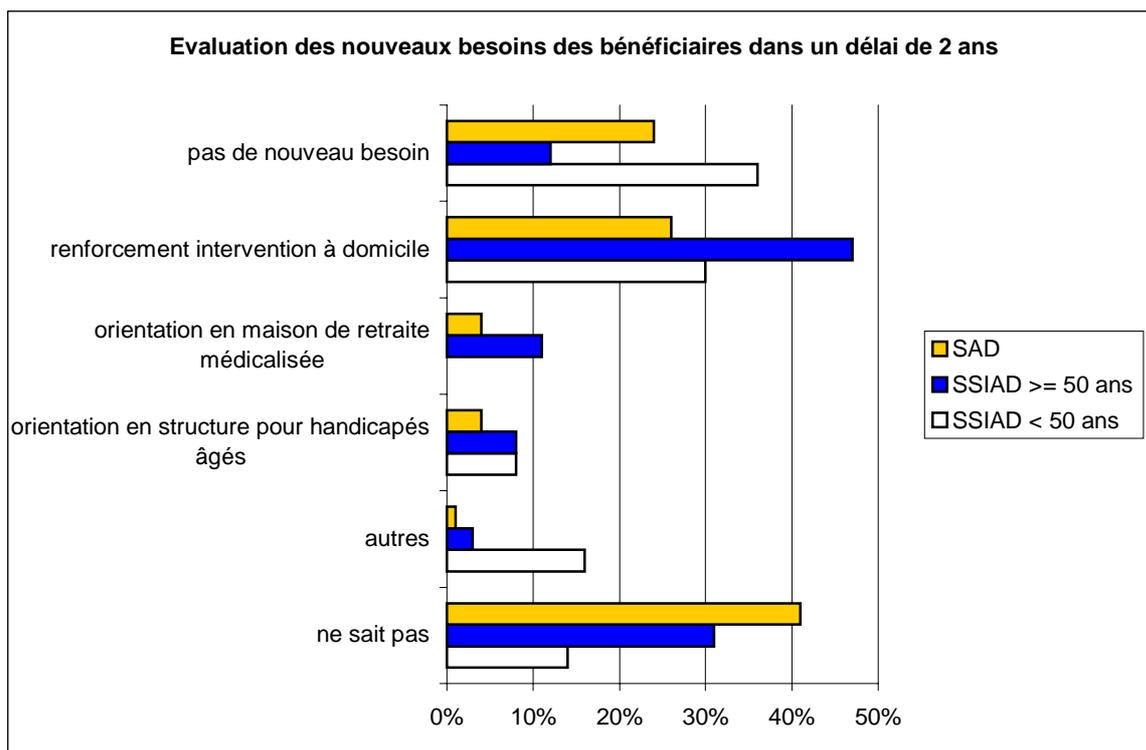
Outre, cette appréciation sur la situation actuelle, une projection sur un délai de 2 ans a été demandée aux services répondants.



Pour un nombre non négligeable de personnes, de nouveaux besoins vont apparaître dans un délai relativement court rendant la prise en charge actuelle inadéquate ou insuffisante.

C'est ainsi le cas de 54% des bénéficiaires des SSIAD et de 35% de ceux des SAD. Par ailleurs, une forte proportion de services n'est pas en mesure de réaliser cette évaluation.

Pour certains bénéficiaires, les services expliquent parfois cette nécessité de changement par le vieillissement des parents qui ne pourront plus assumer la charge de leur enfant handicapé d'âge mûr.



**La réponse privilégiée pour prendre en compte les nouveaux besoins est le renforcement des interventions à domicile**, particulièrement pour les bénéficiaires des SSIAD âgés de 50 ans et plus.

Les orientations vers des structures résidentielles sont plus rarement retenues mais elles concernent près de 20% des bénéficiaires des SSIAD de 50 ans et plus, ce qui en terme d'effectif absolu représente 16 places. Pour les bénéficiaires des SAD, cette solution concerne 10% d'entre eux soit 46 places à trouver en institution.

La répartition, en terme de projet d'orientation, entre maison de retraite médicalisée et structure spécialisée pour personnes handicapées âgées se fait de manière à peu près équilibrée : il n'y a donc pas de modèle de prise en charge qui prédomine au détriment d'un autre. C'est probablement l'opportunité constituée par une place disponible au moment où le besoin se fait sentir qui fait force de loi.

*Les autres types d'orientations concernent quasi-exclusivement les bénéficiaires de moins de 50 ans des SSIAD. Il s'agit soit de personnes en attente de places en MAS, soit pour lesquelles un projet de réinsertion (sans autre précision) a été fait.*

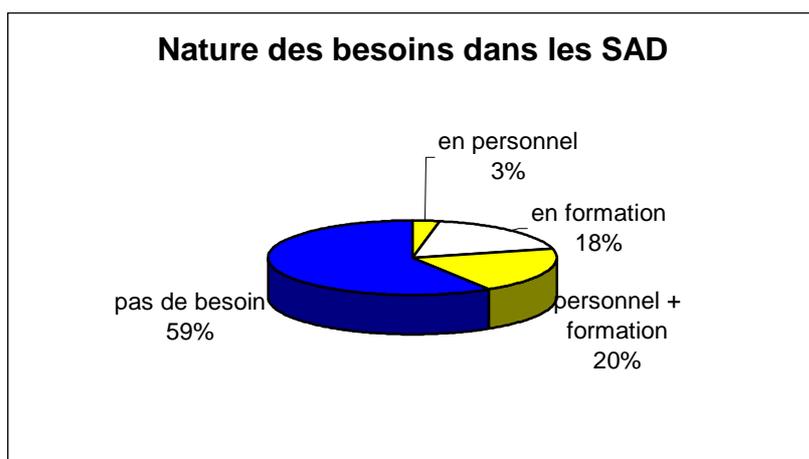
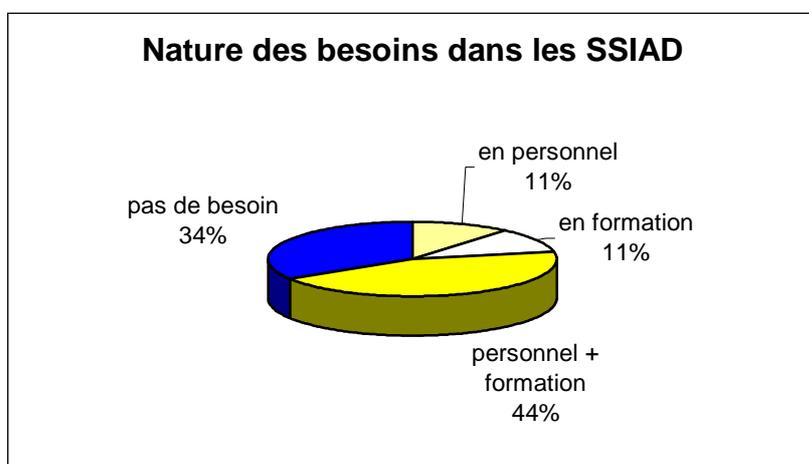
Enfin, notons la difficulté d'estimer les nouveaux besoins qui pourraient apparaître à court terme, difficulté qui concerne plus de 40% des bénéficiaires des SAD et 30% de ceux des SSIAD âgés de 50 ans et plus.

**Une large marge d'incertitude sur le devenir des bénéficiaires de ces services est donc à prendre en compte et devrait être compensée par une vigilance particulière car la demande de nouvelles prestations pourrait exploser de manière subite.**

## 5 – Les besoins pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées âgées par les services à domicile

Les services intervenant à domicile sont fréquemment demandeurs de moyens supplémentaires pour mettre en œuvre leurs actions auprès des personnes handicapées âgées. C'est ainsi le cas de 66% des SSIAD et de 40% des SAD.

Le fait d'être déjà confronté à la prise en charge des personnes handicapées a un effet très net sur cette demande : parmi les seuls services comptant des bénéficiaires handicapés (quel que soit leur âge), 80% des SSIAD et 54% de SAD souhaiteraient voir leurs moyens augmenter.



Les besoins recensés concernent :

⇒ soit **une augmentation de l'effectif du personnel**, d'une part pour renforcer des spécialités déjà représentées, d'autre part pour en introduire de nouvelles : **c'est le cas de 55% des SSIAD et de 23% des SAD**

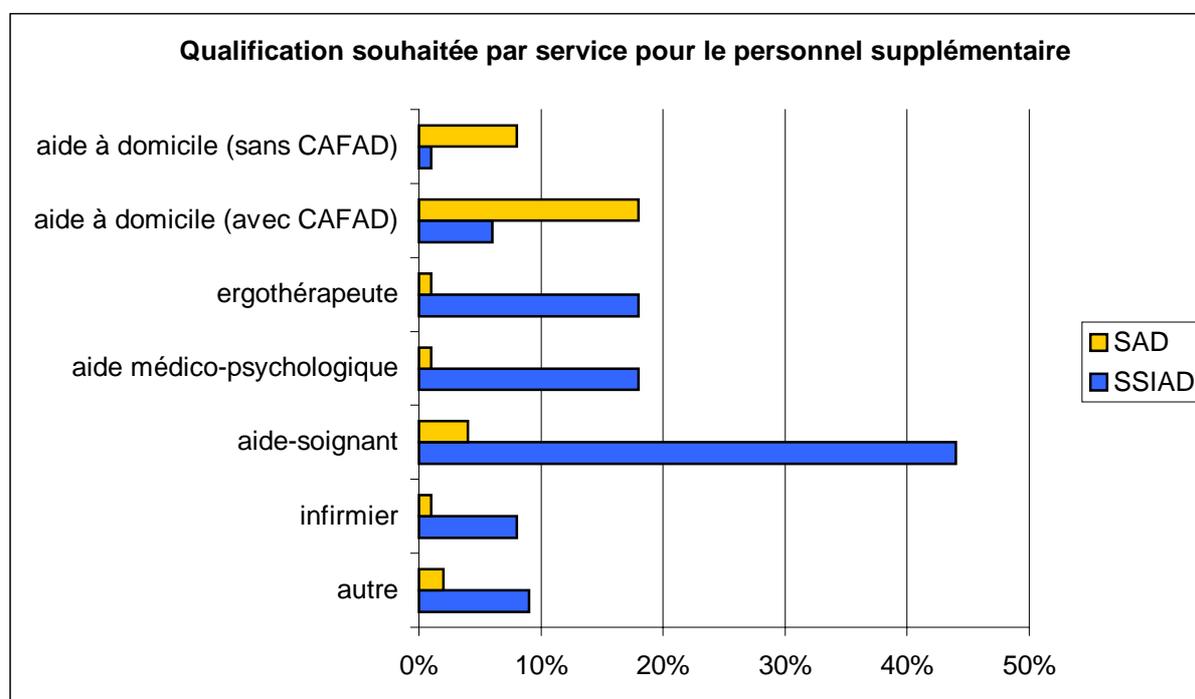
⇒ soit **des actions de formation**. En dépit du fait que le nombre de salariés en équivalents temps plein en activité dans les services puisse être suffisant, l'accès à certains diplômes ou qualifications pour aider le personnel à mieux prendre en charge les personnes handicapées âgées est souhaité : **c'est le cas de 55% des SSIAD et de 38% des SAD.**

Notons, comme le montrent les graphiques ci-dessus, que de nombreux services déclarent avoir des besoins tant en personnel supplémentaire qu'en formation.

Par ailleurs, des besoins de formation n'étant pas directement en lien avec la prise en charge des personnes handicapées âgées nous ont également été signalés par les répondants (13% des SSIAD et 18% des SAD). *Ces besoins ne sont pas pris en compte dans les résultats analysés ici, d'une part parce qu'ils dépassent le cadre de l'étude, d'autre part parce qu'ils ne nous ont été mentionnés qu'occasionnellement et ne représentent donc qu'une partie de la réalité en la matière.*

## 5.1 – Les besoins en personnel supplémentaire

Plus de la moitié des SSIAD (44 services sur 80) et près du quart des SAD (69 services sur 314) ont donc déclaré manquer de personnel pour intervenir auprès des personnes handicapées âgées dans de bonnes conditions.



Lecture du graphique : 44% des SSIAD souhaiteraient avoir un ou plusieurs aides-soignant(s) supplémentaire(s).

Cette étude ayant démarré début 2001, les questionnaires et les réponses des services enquêtés faisaient référence au CAFAD - certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile, diplôme de niveau V de l'intervention à domicile. Or, depuis mars 2002, le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale - DEAVS - a remplacé le CAFAD (décret n°2002-410 et arrêté du 26 mars 2002). Cette réforme a pour objectif de « *professionnaliser et structurer le secteur de l'aide à domicile pour répondre aux attentes des usagers et de leur famille* » et d'aboutir à « *une meilleure reconnaissance des métiers de l'aide à domicile* ». Le décret indique que les possesseurs du CAFAD sont titulaires de droit du DEAVS.

Selon la catégorie du service, deux pôles d'intérêt se dégagent nettement :

- les professions paramédicales pour les SSIAD, avec en tête **les aides-soignants qui sont en nombre insuffisant dans 44% des SSIAD, ce qui est considérable**. De manière peut-être plus inattendue, les SSIAD souhaiteraient voir deux professions mieux représentées parmi leurs salariés : les ergothérapeutes et les aides médico-psychologiques (pour chacune d'elles, 18% des SSIAD sont demandeurs). Par contre, les postes d'infirmiers semblent en général mieux pourvus : seuls 8% des SSIAD déclarent en manquer. Plus ponctuellement, quelques SSIAD (moins de 10%) expriment d'autres besoins : psychologue, travailleur social (sans autre précision) ou secrétaire
- les professions « traditionnelles » de l'aide à domicile sont les plus demandées, en toute logique, dans les SAD avec une préférence pour les intervenants diplômés (18% des services demandeurs) que non-diplômés (8% des services).

En terme d'équivalents temps pleins souhaités par les services ayant des besoins, les effectifs de postes potentiellement envisageables sont parfois très importants.

**Tableau 8**  
**Nombre de postes supplémentaires souhaités pour une meilleure prise en charge des personnes handicapées âgées (en équivalent temps plein)**

	SSIAD	SAD	Ensemble
Aide à domicile sans CAFAD	1	195	196
Aide à domicile avec CAFAD	6,7	253	259,7
Ergothérapeute	7,4	1,5	8,9
Aide médico-psychologique	14	3	17
Aide-soignant	38	25	63
Infirmier	5	6,7	11,7
Autres	3,4	3,7	7,1
<b>TOTAL</b>	<b>75,5</b>	<b>487,9</b>	<b>563,4</b>

Plus de 560 emplois seraient donc à créer dans les SSIAD et SAD aquitains, chiffre qui peut être considéré comme une valeur-planche puisque 66% des services aquitains ont participé à cette enquête couvrant 85% du public pris en charge. Si on fait l'hypothèse qu'il y a une corrélation entre le nombre de bénéficiaires et le nombre de salariés par service, c'est donc également 85% de l'ensemble des emplois dans les services à domicile qui sont concernés par cette enquête.

*A titre indicatif, il y avait dans les SAD aquitains en 1999, 14200 salariés (dont 94% intervenants directs auprès des bénéficiaires).*

## 5.2 - Les besoins en formation

Deux types de formation ont été distingués :

- la formation diplômante, qui peut être initiale ou en cours d'emploi, et qui a pour finalité d'aboutir à l'obtention d'un diplôme
- la formation continue non-diplômante qui a pour objectif d'apporter aux salariés en situation d'emploi des connaissances, des savoir-faire, des outils en lien avec les publics auprès de qui ils interviennent et avec les pratiques qu'ils ont à mettre en œuvre.

### 5.2.1 - La formation diplômante

Plus de 73% des SAD, voulant améliorer leurs prestations auprès des personnes handicapées âgées, envisagent de faire suivre à certains de leurs salariés une formation diplômante dans les 3 prochaines années. C'est également le cas de 20% des SSIAD ayant déclaré avoir des besoins pour mieux intervenir auprès de ce public handicapé âgé.

Tableau 9

Nombre de salariés pressentis pour préparer une formation diplômante selon le diplôme et la catégorie de service

	SSIAD	SAD	Ensemble
Infirmier	8		8
Cadre infirmier	1		1
CAFAD <sup>21</sup>	23	728 <sup>22</sup>	751
Animateur (DEFA)	1	15	16
DU gérontologie	9		9
DU soins palliatifs	7		7
DESS gestion		1	1
AMP	1		1
Aide-soignant	3	2	5
TISF		3	3
BEP sanitaire et social		1	1
Autre	3		3
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>750</b>	<b>806</b>

Ce tableau en complément du tableau 8 page 33 montre l'énorme besoin de formation diplômante auquel sont confrontés ces services, et tout particulièrement les SAD.

Ces services sont caractérisés en effet par une sous-qualification d'une grande partie de leur personnel : seulement 8% des intervenants des SAD en Aquitaine sont titulaires du CAFAD,

<sup>21</sup> Certains services, repérés en tant que SSIAD, comportent une unité SAD ce qui explique l'expression de tels besoins dans ces services

<sup>22</sup> Notons que, par ailleurs, 40 salariés des SAD devraient préparer la pré-qualification en vue de s'inscrire au CAFAD

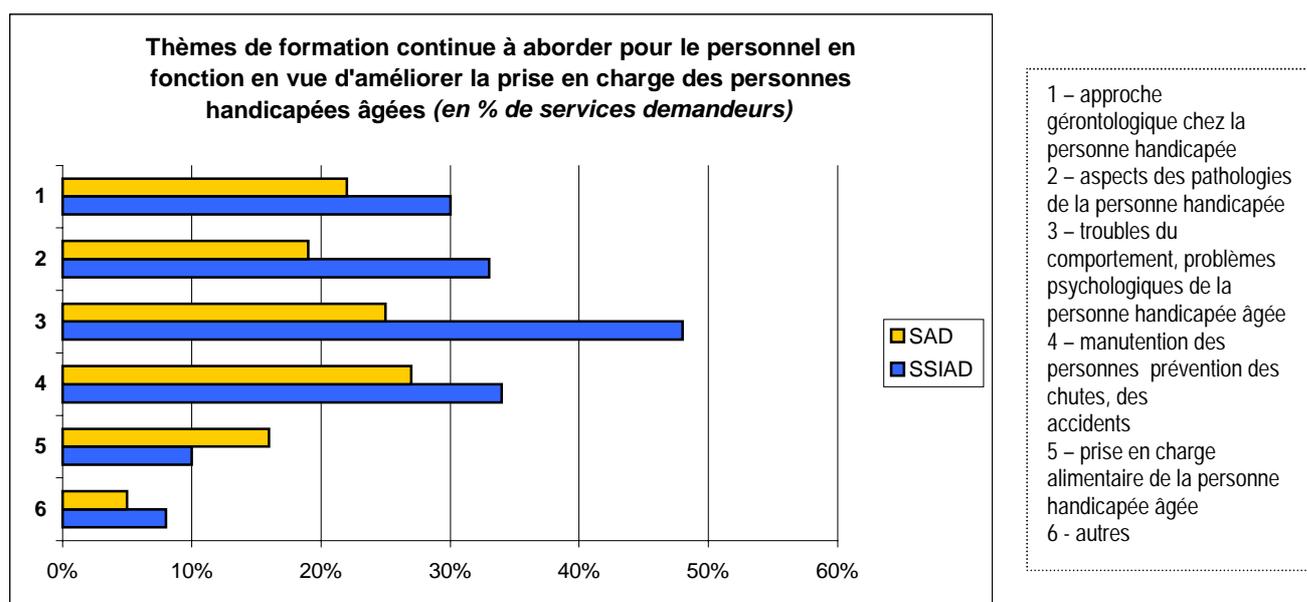
taux inférieur à la moyenne nationale qui s'élève à 10% et atteint 18% si on y inclut toutes les formations de niveau équivalent.

**Des moyens importants vont devoir être dévolus au secteur de l'intervention à domicile pour pouvoir répondre à ces besoins en formation diplômante.** Dans le cadre de la création du DEAVS (voir encadré page 32), le gouvernement a prévu de consacrer près de 17 millions d'euros à la formation des personnels à domicile de niveau V avec pour objectif de former 4000 personnes en 2002.

Toutefois, les besoins qui sont répertoriés ici ne concernent que l'Aquitaine. S'ils sont de la même ampleur dans les autres régions, ce qui est probable, ils dépassent largement les objectifs fixés par ce plan. Ils ne pourront être satisfaits qu'à condition que ce plan soit reconduit plusieurs années consécutives et certainement revu à la hausse.

### 5.2.2 - La formation continue non-diplômante

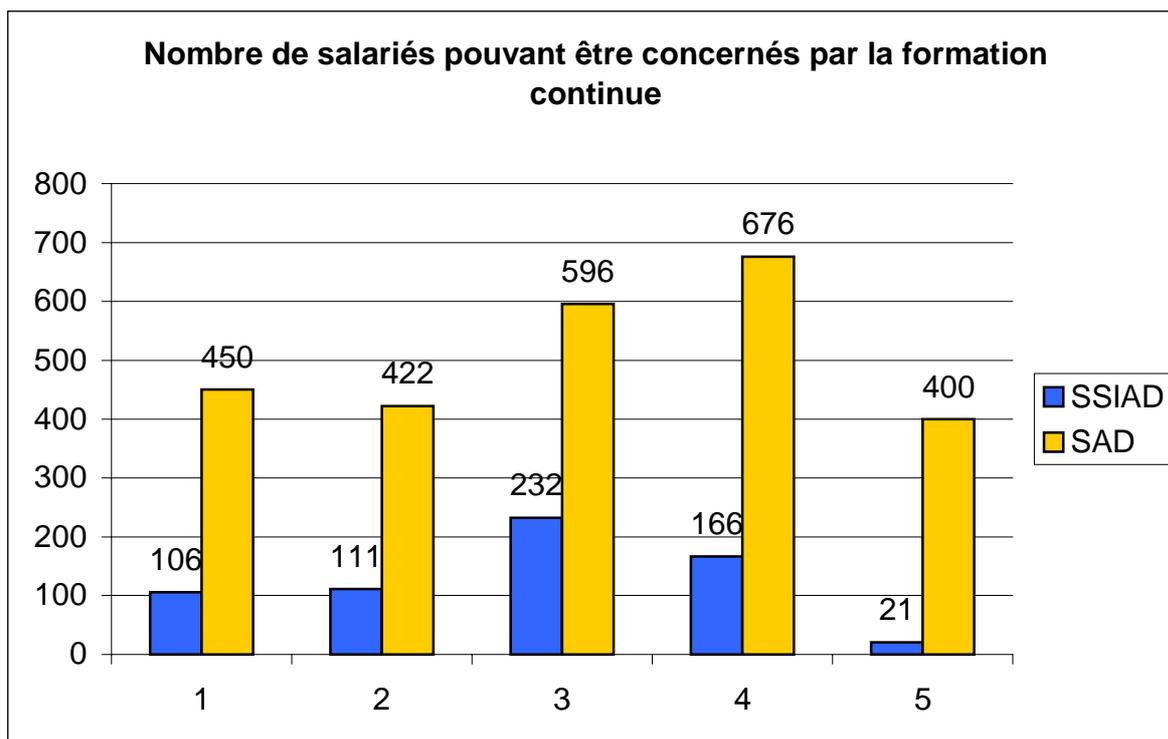
La quasi-totalité des services déclare également avoir des besoins en terme de formation continue pour mieux intervenir auprès des personnes handicapées âgées : c'est le cas de 87% des SSIAD et de 90% des SAD.



*lecture du graphique :* 30% des SSIAD voudraient former leur personnel à l'approche gériatrique chez la personne handicapée.

*N.B. :* plusieurs réponses possibles par services

Les choix des thèmes de formation montrent la volonté de ces services de développer leurs connaissances et leur savoir-faire pour appréhender les problématiques liées à la population handicapée âgée tant par rapport au processus de vieillissement dans sa globalité que par rapport à des approches plus spécifiques : pathologies, troubles du comportement etc...



Les effectifs concernés sont très importants. Notons, cependant qu'ils ne sont pas cumulables entre eux car de nombreux services souhaiteraient aborder plusieurs thématiques dans le cadre de la formation continue de leur salariés.

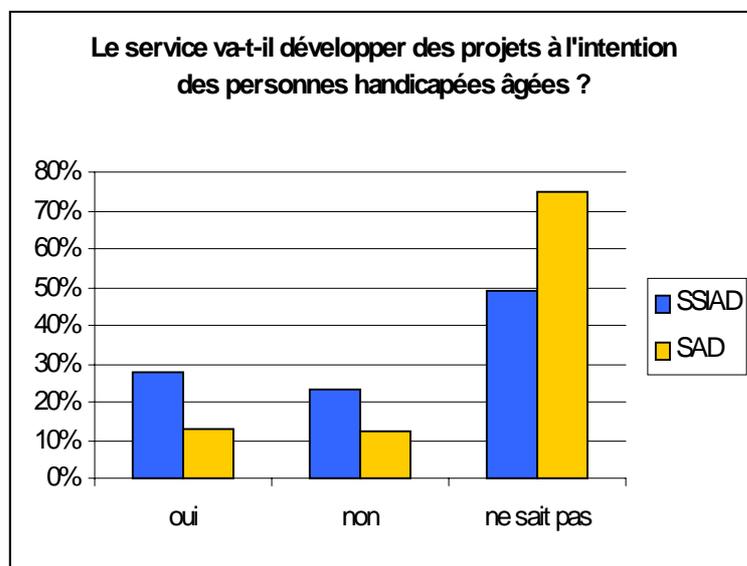
**Ces effectifs élevés montrent la volonté de ces services de s'investir davantage auprès des publics handicapés avec un souci de la qualité des prestations apportées qui passe par une meilleure connaissance de ce public.**

Néanmoins, le risque que la formation continue soit utilisée pour pallier les manques de qualifications au détriment de la formation diplômante ne doit pas être ignoré, phénomène déjà observé, notamment en Bretagne : « ... on peut regretter que la formation continue prenne une trop grande place, puisqu'elle prend souvent celle de la formation qualifiante (diplômante) pour des raisons de commodités dans les services »<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Elisabeth DONNET-DESCARTES, Chantal ETOURNEAUD *Aides humaines à la personne au domicile : étude qualitative de la professionnalisation d'un secteur d'intervention sociale en expansion*, CREAHI de Bretagne, janvier 1995, 50 pages

## 6 - Personnes handicapées âgées : quels projets au niveau des services et de leur organisme gestionnaire ?

### 6.1 - La dynamique de conception des projets



Un certain nombre de services intervenant à domicile sont en train de préparer des projets à l'intention des personnes handicapées âgées, **c'est le cas plus fréquemment dans les SSIAD (28%) que dans les SAD (13%).**

*Pour mémoire, dans le champ des établissements pour adultes handicapés, près de la moitié des structures avaient déclaré avoir des projets destinés à ce public.*

Si le pourcentage de services intervenant à domicile pensant développer des projets pour les personnes handicapées âgées peut paraître relativement modeste, il faut souligner que nombre d'entre eux ne prennent pas position sur cette question et ne savent pas si elle sera mise à l'ordre du jour, à court terme, par leur organisme gestionnaire.

En outre, certains promoteurs de projets déplorent la lourdeur de la mise en place d'infrastructures, contrainte qui peut être dissuasive et donc freiner le développement des initiatives.

**Le fait de compter parmi ses bénéficiaires des personnes handicapées et, plus encore, d'avoir identifié des besoins influe positivement sur la conception de projets pour les plus âgées de ces personnes handicapées :**

- 35% des SSIAD et 20% des SAD intervenant auprès de personnes handicapées préparent des projets pour les personnes handicapées âgées
- 41% des SSIAD et 27% des SAD ayant déclaré avoir des besoins pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées âgées sont en train d'élaborer des projets à leur intention

## 6.2 - Nature des projets développés à l'intention des personnes handicapées âgées

*Le tableau 10 page suivante présente l'ensemble des projets en gestation dans les SSIAD et SAD aquitains à l'intention des personnes handicapées âgées.*

Ces projets s'articulent autour de trois grands axes :

- **une augmentation des capacités de prise en charge** sans en changer les composantes actuelles. Cette option concerne particulièrement les SSIAD avec la perspective ouverte par la réforme du décret de 1981 les autorisant à intervenir auprès des personnes handicapées de moins de 60 ans. Ce changement de réglementation ne concerne pas directement les personnes handicapées âgées mais il sera l'occasion pour les SSIAD de se réorganiser en fonction des différents publics de leur champ de compétence et plusieurs pensent, dans ce cadre, affecter des places aux personnes handicapées âgées.
- **la diversification de l'offre de service actuelle**
  - soit dans le cadre de l'agrément déjà attribué, notamment pour les SAD avec un développement des services offerts aux personnes, surtout ceux axés sur les déplacements et les liens avec l'extérieur : le souci de l'intégration sociale des personnes handicapées âgées est bien présent dans ces projets.
  - soit en créant de nouveaux services complémentaires à celui qui en prend l'initiative. Dans ce cadre, 3 catégories de nouveaux services apparaissent :
    - services intervenant à domicile (hospitalisation à domicile...),
    - modes d'accueil contribuant à une politique de maintien à domicile ou transitoires vers l'institutionnalisation (accueil temporaire, accueil de jour...)
    - petites structures institutionnelles spécialisées (maladie d'Alzheimer, fin de vie...)
- **le développement du travail en réseau** : plusieurs services envisagent de s'engager dans des dispositifs partenariaux en vue d'une meilleure gestion des moyens et un meilleur partage des compétences et du territoire. *Notons que, pour certains dispositifs, par exemple les SIVOM (syndicats intercommunaux à vocation multiple), il n'est pas facile de dissocier ce qui relève de l'action sociale à destination des personnes âgées ou handicapées de celle spécifiquement mise en œuvre pour les personnes handicapées âgées.*

Tableau 10

Nature des projets en cours d'élaboration dans les services intervenant à domicile

Axes du projet	SSIAD	SAD
<b>Augmentation des capacités de prises en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre de lits (11), pour plusieurs services dans le cadre de la réforme du décret de 1981</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension du SAD (2)</li> </ul>
<b>Diversification de l'offre de service ou création d'une nouvelle offre de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service hospitalisation à domicile (1)</li> <li>• Soins palliatifs / accompagnement fin de vie (3)</li> <li>• Accueil de jour, « cantou » (5)</li> <li>• Accueil temporaire (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide aux déplacements, notamment avec véhicule spécialisé (7)</li> <li>• Aide pour les courses (2)</li> <li>• Petit dépannage (1)</li> <li>• Portage de repas (1)</li> <li>• Organisation de repas collectifs pour rompre isolement (1)</li> <li>• Création de nouvelles prestations : tenir compagnie, courrier/démarche par le recrutement d'emplois-jeunes (2)</li> <li>• création service d'auxiliaires de vie (1)</li> <li>• Création de petites unités de vie (2)</li> <li>• Accueil temporaire (1)</li> <li>• Création structure pour malades d'Alzheimer (1)</li> <li>• Création unité SSIAD pour PHA (2)</li> </ul>
<b>Développement d'un travail en réseau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création ou intégration d'un réseau gérontologique (4)</li> <li>• Participation au CLIC (1)</li> <li>• Réflexion et prise de contact pour un partenariat autour du travail à domicile (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration d'un réseau gérontologique (1)</li> <li>• Participation au CLIC (1)</li> <li>• Prise de contact avec les établissements pour adultes handicapés de Bordeaux pour envisager des séjours ponctuels ou plus prolongés de leurs usagers à domicile (1)</li> <li>• Développement des liens avec les SSIAD pour mieux prendre en charge les PHA en fonction de leurs besoins (1)</li> <li>• Projet de communauté de communes pour développer services pour PHA à domicile (1)</li> </ul>
<b>Autres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide aux aidants familiaux (1)</li> <li>• Projet de mise en place d'une prise en charge spécifique PHA : prise en charge globale, soutien psychologique, adaptation du logement (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion en cours – sans autre précision - au sein de l'organisme gestionnaire (2)</li> <li>• Accompagnement psy des bénéficiaires et des aidants (1)</li> <li>• Projet de prise en charge spécifique PHA passant par une formation du personnel (5)</li> <li>• Démarche qualité avec la CRAMA (1)</li> <li>• Tutorat pour aides-ménagères (1)</li> <li>• Approche ergothérapeutique pour la PHA et pour les aidants (1)</li> <li>• Volonté de s'investir davantage mais en attente des effets de nouvelles réglementations notamment APA (3)</li> </ul>

*N.B. : les effectifs entre parenthèses indiquent le nombre de services concernés*

Les intervenants des services à domicile, particulièrement des SAD, ont indiqué avoir repéré des besoins ou être saisis par des demandes ne relevant pas de leurs compétences mais dont ils se sentent responsables et qu'ils ne veulent pas laisser sans réponses. De là, naît un intérêt assez marqué à propos du travail en réseau avec des attentes fortes autour d'une dynamique de partenariat pour améliorer la prise en charge globale de la personne handicapée âgée à domicile. La participation à un CLIC <sup>24</sup> est, notamment, citée en vue de mieux coordonner les services de maintien à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées.

La coordination entre les différents intervenants, même en dehors de tout dispositif officiel de partenariat, est aussi évoquée, **ce qui amène certains services à insister sur le respect des limites des compétences de chacun**. A titre d'illustration, il est jugé nécessaire « *que les toilettes soient faites par un soignant* », sujet sensible dans les SSIAD et qui pose la question de la délimitation des exercices professionnels.

Par ailleurs, la politique de maintien, voire de retour, à domicile de la personne handicapée est aussi marquée par la problématique familiale. Si la famille tient un rôle souvent important dans ce type de projet de vie, les services disent veiller à ce que ce choix ne pèse pas trop sur elle. Dans certains projets de service, il est ainsi fait une place aux « aidants naturels » pour un accompagnement psychologique ou encore pour les faire bénéficier d'une approche ergothérapeutique au même titre que la personne handicapée âgée.

Enfin, la formation est un outil sur lequel plusieurs services pensent s'appuyer pour développer des projets pour les personnes handicapées âgées, **formation qui constituera un préalable indispensable à la conception de ces projets**. L'objectif est de sensibiliser le personnel aux spécificités de ce public handicapé âgé sur des thèmes tels que les pathologies et effets du vieillissement, les premiers secours, le rôle des aides à domicile, la relation d'aide...

---

<sup>24</sup> CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination (circulaire DAS/RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000). Leur objectif principal est d'offrir aux personnes âgées un service apte à répondre à l'ensemble de leurs préoccupations et celles de leur famille : soins, accompagnement à la vie sociale, culturelle et citoyenne. Les CLIC ont pour vocation d'organiser de manière cohérente les prises en charge principalement orientées vers le maintien à domicile. Selon l'étendue des missions et des services offerts, il existe 3 niveaux de labellisation pour les CLIC :

Niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles

Niveau 2 : prolonge le niveau 1 par des missions d'évaluation des besoins, voire d'élaboration d'un plan d'aide personnalisée

Niveau 3 : prolonge le niveau 2 par la mise en œuvre matérielle du plan d'aide personnalisée

## Conclusion

Le secteur de la prise en charge à domicile est caractérisé, plus encore que d'autres secteurs, par la très grande diversité des bénéficiaires handicapés : grande amplitude d'âge, diversité des déficiences et des maladies ainsi que de leurs retentissements en matière d'incapacités et de désavantages et, enfin, diversité au niveau des besoins d'interventions en terme qualitatif et quantitatif.

Les SSIAD et les SAD, même s'ils s'adressent prioritairement aux personnes âgées, dépendantes ou non, prennent en charge, pour la moitié d'entre eux, des personnes handicapées âgées. Certes, cette catégorie reste marginale puisqu'elle représente moins de 2% de l'ensemble des bénéficiaires mais **ces services expriment clairement le souhait d'avoir de nouveaux moyens pour améliorer et développer leurs interventions auprès de cette population.**

La majorité de ces services peut, dans le cadre de leur agrément, intervenir auprès de personnes handicapées âgées, le critère d'âge étant déterminant dans l'admission alors que le statut de personne handicapée entre plus rarement en jeu :

- pour les SSIAD : personnes âgées de 60 ans et plus (sauf dérogation)
- pour les SAD : personnes handicapées de moins de 70 ans (*qui, selon l'étude de la DRASS de 1999, ne représentent que 8% des bénéficiaires de ces services*) ou personnes âgées de 70 ans et plus dépendantes ou non (*donc dans cette dernière tranche d'âge, sans distinction possible entre le handicap et la dépendance*).

Dans les faits, l'investissement de ces services auprès des personnes handicapées âgées est probablement plus important que les chiffres ne le montrent et de nombreuses situations peuvent ne pas avoir été repérées en raison de la méconnaissance de la part des SSIAD et SAD de la trajectoire antérieure de leurs bénéficiaires, méconnaissance qui, selon les services eux-mêmes, entraîne un fort taux de sous-déclaration.

En outre, de nombreux services estiment que beaucoup de personnes handicapées vivant à domicile en toute autonomie et ayant besoin d'une aide avec leur avancée en âge, ignorent la possibilité qui s'offre à elles de recourir à un SSIAD ou un SAD, ce qui a donc pour effet de contenir la demande. L'utilisateur potentiel se repère difficilement dans un dispositif d'offre, à ses yeux, souvent confus et complexe.

Or, comme pour la majorité de la population, la poursuite d'une vie à domicile est un souhait très souvent exprimé par les personnes handicapées avançant en âge, surtout si elles n'ont pas, ou peu, expérimenté les prises en charge en institution au cours de leur existence.

L'étude nous a montré que la population handicapée âgée prise en charge à domicile en Aquitaine se caractérise par la prédominance des déficiences motrices à l'inverse de la population accueillie en institution. Les personnes déficientes intellectuelles sollicitent donc moins ces services, sans doute parce qu'elles sont, de toute façon, moins nombreuses que celles qui présentent une déficience physique à vivre à domicile et que, quand c'est le cas, elles vivent moins souvent seules que les autres et bénéficient ainsi de la présence et de l'attention de leurs « aidants naturels ». Il s'agit donc souvent d'une population dont la

poursuite de ce mode de vie est compromise par le vieillissement inéluctable de leurs parents.

Par ailleurs, les personnes handicapées âgées se distinguent des autres bénéficiaires des services à domicile par un nombre moyen d'heures mensuelles d'intervention plus élevé : il s'agit donc de situations « plus lourdes », qui vont mobiliser plus fortement le service qu'une personne âgée « ordinaire ».

La complexité des prises à charge à réaliser auprès de ce public apparaît, également, au travers du recours fréquent à d'autres intervenants (infirmières libérales, employés de maison ou encore service à domicile n'ayant pas l'agrément qualité <sup>25</sup>). Parfois, cette démultiplication sans coordination des intervenants accentue le glissement vers la dépendance au lieu de tendre vers la recherche d'une plus grande autonomie et on peut observer « *des bricolages tous azimuts pour réaliser l'accompagnement d'une durée maximum au moindre coût* » <sup>26</sup>.

**Le maintien à domicile des personnes handicapées âgées constitue donc un projet qui nécessite du partenariat et de la coordination pour offrir une prise en charge qui couvre tous les besoins du bénéficiaire.**

De ces difficultés liées à la diversité des situations et à la densité du besoin d'interventions mettant en jeu des savoir-faire pluridisciplinaires résulte, relativement fréquemment, une insatisfaction quant à la prise en charge mise en œuvre (du point de vue des services eux-mêmes, les bénéficiaires n'ayant pas été interrogés) : pour 25% des usagers des SAD et 33% de ceux des SSIAD, la prise en charge est jugée inadaptée ou insuffisante. Avec l'évolution prévisible des besoins de ces usagers dans les 2 ans à venir, ces proportions de prises en charge inadéquates s'élèveront à 54% pour les SSIAD et 35% pour les SAD.

Pour les personnes concernées, il est préconisé le plus souvent un renforcement des interventions à domicile et, dans une moindre mesure, une orientation vers une institution. Mais, pour une grande partie de ces usagers, les services ne peuvent se prononcer sur la solution qu'il conviendra de leur proposer.

**Nous sommes donc face à la nécessité de se préparer à répondre à ces nouveaux besoins, quand la réponse a été identifiée, ou à aider ces services à évaluer les besoins de la personne quand ceux-ci sont dans l'impossibilité de le faire seuls.**

Parmi les nouveaux besoins prévisibles, le renforcement des interventions à domicile sera rendu délicat par le manque de moyens humains particulièrement important dans ce secteur. Quant aux orientations en établissements, celles qui ont pu être recensées sont encore peu nombreuses et pourraient être absorbées par le dispositif existant. Mais d'autres demandes, parmi les situations non évaluées, pourraient émerger.

---

<sup>25</sup> rappel : seuls les SAD ayant cet agrément qualité ont été pris en compte dans l'enquête

<sup>26</sup> CREAHI de Bretagne, janvier 1995, 50 pages – étude déjà citée

Les besoins des services pour s'investir davantage auprès des publics handicapés âgés, ou a minima pour réaliser les prises en charge actuelles dans de meilleures conditions, concernent le nombre et les qualifications des intervenants directs auprès des personnes. Ils ont été recensés dans 66% des SSIAD et 40% des SAD et sont encore plus prégnants dans les services déjà engagés dans l'intervention auprès des personnes handicapées âgées puisqu'ils sont recensés alors dans 80% des SSIAD et 54% des SAD.

Ces besoins se déclinent en 3 points :

- pour les SSIAD : une insuffisance numérique du personnel qui conduit les services à fonctionner constamment en « flux tendu » et à refuser fréquemment de nouvelles demandes qui lui sont adressées. Ce contexte n'est évidemment pas favorable aux personnes handicapées âgées pour qui, nous l'avons vu, les durées moyennes d'intervention sont plus élevées que pour les autres.
- pour les SAD : une sous-qualification de la grande majorité des intervenants
- pour les 2 catégories de services : la nécessité d'acquérir des connaissances autour des spécificités du public handicapé âgé à travers la formation continue, et ceci dans la quasi-totalité des services.

Il semblerait, à travers l'ampleur de ces besoins, que la question des personnes handicapées âgées soit insuffisamment traitée dans le cadre des formations initiales, d'où l'émergence de difficultés quand les professionnels se retrouvent face à ce public en situation d'emploi. **Il serait peut-être judicieux de créer ou de renforcer des modules « personnes handicapées âgées » dans certaines formations diplômantes telles celles d'auxiliaire de vie sociale, d'infirmier ou encore d'aide-soignant.**

**Un des enjeux très forts de la prise en charge à domicile est donc celui de la professionnalisation, reconnue par tous comme une garantie de qualité de l'intervention auprès de la personne handicapée âgée et bien sûr aussi auprès des autres bénéficiaires.**

Aujourd'hui, nous pouvons faire le constat que l'écart reste grand entre les besoins à pourvoir et les moyens disponibles.

La mise en place des CLIC et des SVA (sites pour la vie autonome), la réforme du CAFAD instituant le DEAVS, la réforme des SSIAD, la mise en place de l'APA, l'augmentation (*dans le cadre du plan triennal 2000-2003 en faveur des personnes handicapées*) de la participation de l'Etat pour le financement des aides à domicile, et enfin la forte mobilisation des professionnels sont autant d'atouts pour développer et structurer ce secteur d'intervention.

**C'est vraiment autour de ces axes favorisant l'accès aux formations qualifiantes, rendant plus lisibles les dispositifs de prise en charge ainsi que leur articulation et offrant une prise en charge financière à la hauteur des besoins, que va se jouer dans les prochaines années une politique efficace du maintien à domicile.**

# Annexes

<b>Annexe 1 – questionnaire</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 2 – carte des SSIAD</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 3 – carte des SAD</b>	<b>49</b>

<p><b>QUESTIONNAIRE</b></p> <p>Services de soins infirmiers à domicile</p> <p><b>A retourner au CREAHI d'Aquitaine</b>  <b>BP 106 – 33030 BORDEAUX CEDEX</b></p> <p>avant le vendredi 18 mai 2001</p>	<p>Nom et adresse de la structure :</p>
---	---

Pour toute précision nécessaire pour remplir ce questionnaire, vous pouvez contacter au  
**CREAHI**,  
 Bénédicte MARABET conseillère technique, chargée de cette étude ☎ 05 56 29 04 60

### IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**1 – Catégorie d'établissement**

- 1 – service de soins infirmiers à domicile
- 2 – service à domicile avec agrément qualité   
 précisez :
  - personnes handicapées de moins de 70 ans
  - personnes de 70 ans et + dépendantes ou non
- 3 - autre (précisez).....

**2 – organisme gestionnaire :**

- 1- association
- 2 - CCAS
- 3 – établissement hospitalier
- 4 – autre (précisez).....

**3 - zone d'intervention :**

- 1 -urbaine
- 2 - semi-urbaine
- 3 - rurale

**4 – auprès de combien de personnes intervenez-vous :** |\_|\_|\_|\_|

*nombre de lits selon l'agrément pour les SSIAD ou nombre de bénéficiaires pour les services d'aide à domicile*

**5 – y a-t-il parmi elles des personnes handicapées (reconnues handicapées par la COTOREP avant l'âge de 60 ans) ?**

- 1 – oui
- 2 – non
- 3 - ne sait pas

Si réponse non ou « ne sait pas », à la question 5, passez directement à la question 8

**6 - si oui, combien ?** |\_|\_|\_|\_|



- 3 - aide médico-psychologique  si oui, combien en équivalent temps plein |\_\_|\_\_|
- 4 - ergothérapeute  si oui, combien en équivalent temps plein |\_\_|\_\_|
- 5 - aide à domicile avec CAFAD  si oui, combien en équivalent temps plein |\_\_|\_\_|
- 6 - aide à domicile sans CAFAD  si oui, combien en équivalent temps plein |\_\_|\_\_|
- 7 - autre (précisez).....

12 – avez-vous repéré des besoins en formation pour le personnel déjà en fonction?

1 - oui  2 - non

13 – si oui, veuillez préciser sur quels thèmes de formation continue :

	Cochez le ou les thème(s)	Indiquez, le cas échéant, le nombre de salariés pouvant être concernés
<b>Approche gérontologique chez la personne handicapée</b>		
<b>Aspects des pathologies de la personne handicapée</b>		
<b>Troubles du comportement, problèmes psychologiques chez la personne handicapée</b>		
<b>Manutention des personnes Prévention des chutes, des accidents</b>		
<b>Prise en charge alimentaire de la personne handicapée âgée</b>		
<b>Autre (précisez)</b>		

14 – Envisagez-vous que des salariés de votre organisme suivent une formation diplômante dans les 3 ans à venir?

1 - oui  2 – non

15 – si oui veuillez préciser

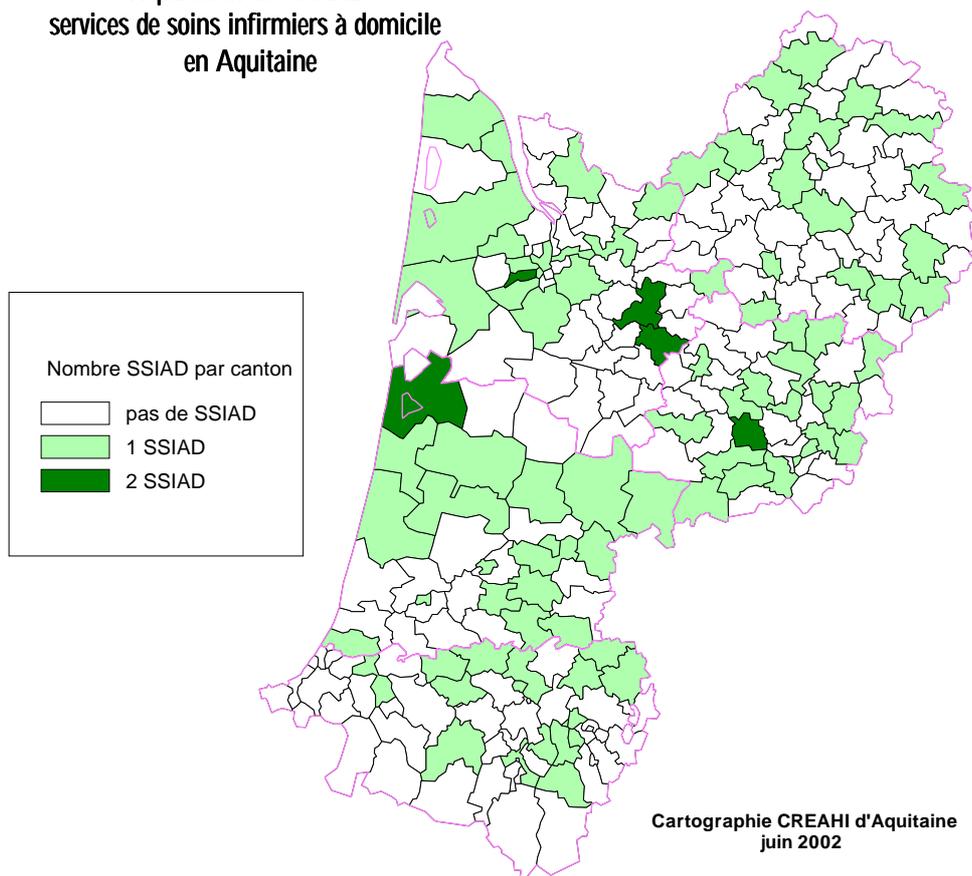
Nature du diplôme	Nb de salariés pouvant être concernés

16 – Votre service ou son organisme gestionnaire va-t-il développer des projets à l'intention des personnes handicapées âgées dans un délai de 3 ans ?

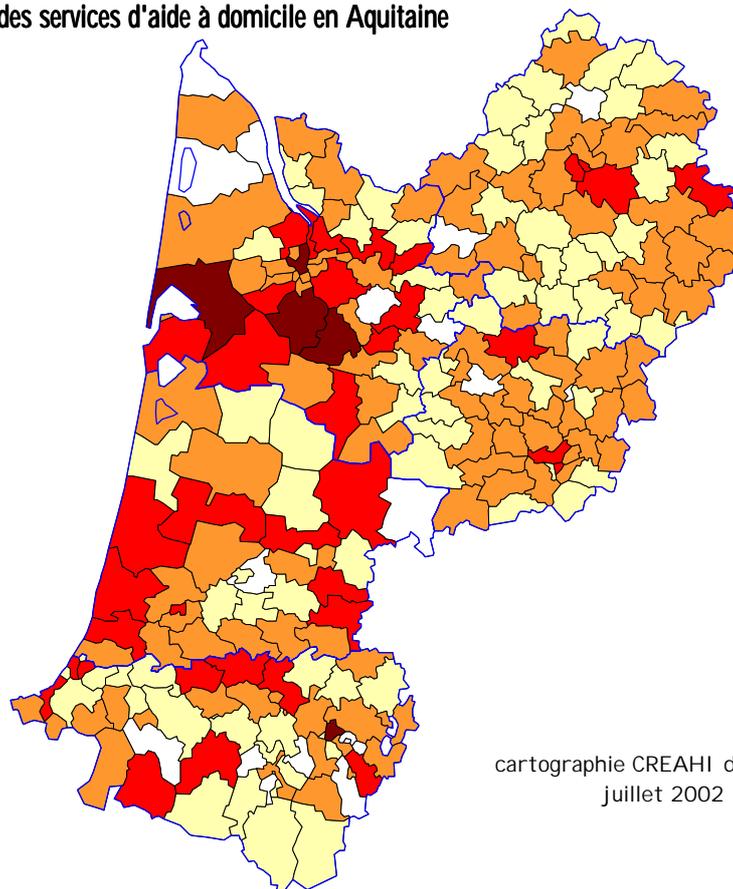
1 - oui  2 – non  3 - ne sait pas

17 – si, oui pouvez-vous préciser

**Répartition des SSIAD  
services de soins infirmiers à domicile  
en Aquitaine**



## Répartition des services d'aide à domicile en Aquitaine



cartographie CREAHI d'Aquitaine  
juillet 2002