

CDCA 89

**Améliorer la vie à domicile des
personnes âgées ou en
situation de handicap**

ou bien vivre et bien vieillir à domicile

SOMMAIRE

Introduction

I. Cartographie de la perte d'autonomie

II. Témoignages de tous les acteurs

III. Le « bien vivre et bien vieillir à domicile », les enjeux et les bonnes pratiques

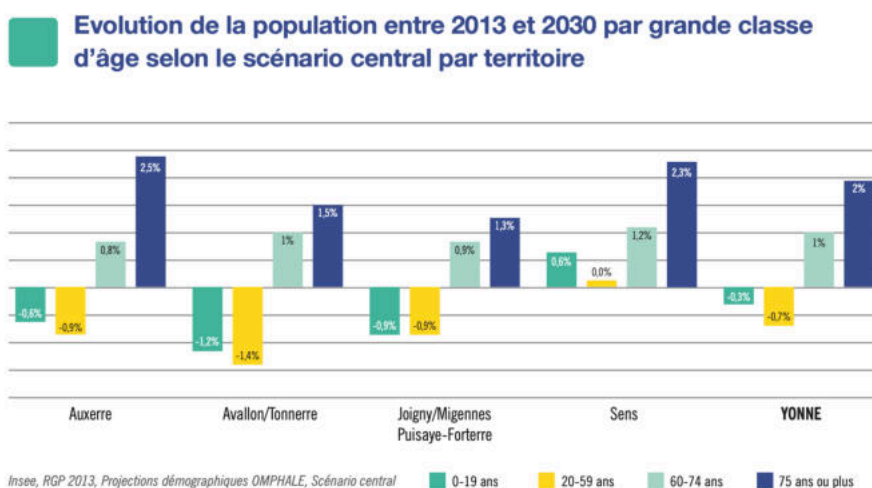
Conclusion

INTRODUCTION

Le département de l'Yonne, Bourgogne Franche Comté, dont la préfecture est Auxerre, compte 332 096 habitants dont 11,4 % ont plus de 75 ans parmi les 38 005 personnes âgées, certaines choisissent de demeurer dans leur logement malgré une perte d'autonomie, grâce aux services d'Aide au maintien à domicile. Ce sont 25 établissements qui ont reçu l'accréditation.

4234 personnes bénéficient d'une APA, soit un taux inférieur au niveau national qui est de 12,2 %.

De même les personnes en situation de handicap, qui bénéficient de la PCH, sont au nombre de 1810 dans le département et peuvent avoir besoin d'une aide au maintien à domicile.



Ce profil démographique, en projection dans les années 2050, est amené à exploser avec une augmentation de 40 % des personnes âgées et ou en situation de handicap susceptibles d'avoir besoin d'un soutien à domicile.

Ce contexte nécessite de la part des pouvoirs publics d'abord, d'être à l'écoute de la population en souffrance et aussi d'anticiper cette évolution pour répondre à la demande croissante de la population concernée.

Ce document repose sur une méthodologie d'enquête et de témoignages auprès de tous les acteurs concernés sur le département.

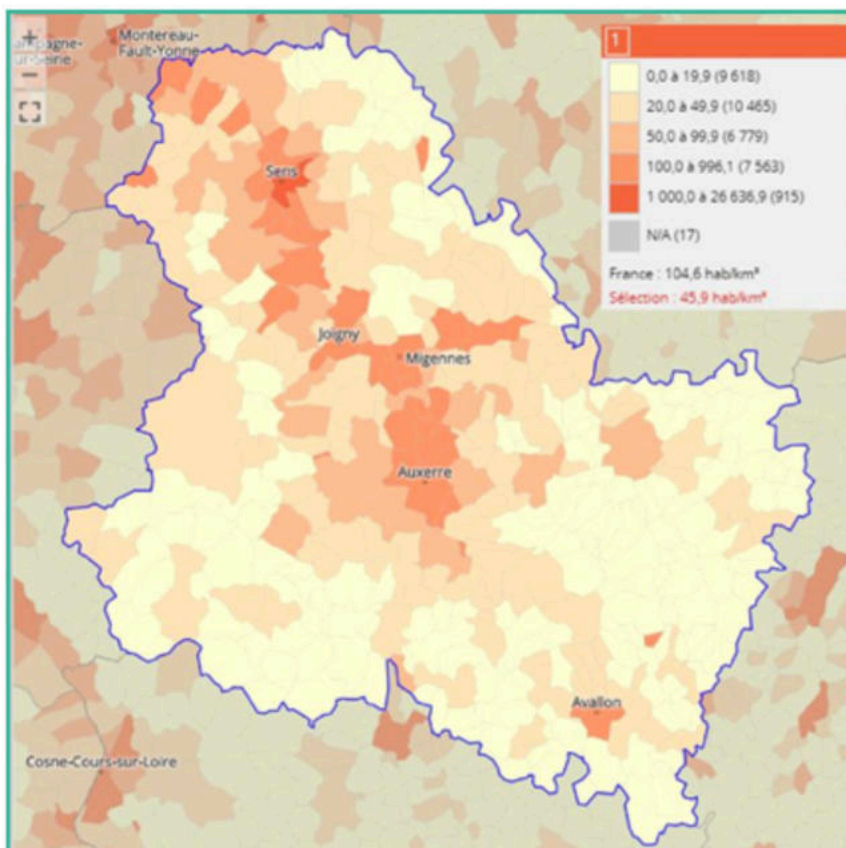


I. Cartographie de la perte d'autonomie

A. UN TERRITOIRE PARTICULIEREMENT CONCERNE PAR LE VIEILLISSEMENT DE SA POPULATION

L'Yonne compte près d'un tiers de personnes âgées de 60 ans et plus et présente un indice de vieillissement de 94,6¹, supérieur aux moyennes régionale et nationale, cette dernière étant de 76,4. Les projections démographiques de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) prévoient en outre un accroissement annuel estimé à 1,4% pour cette tranche d'âge entre 2013 et 2030 ; l'augmentation serait plus importante pour la population âgée de 75 ans et plus et représenterait une hausse de 2% par an. Selon le scénario central, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront ainsi 36,5% de la population icaunaise en 2040.

Densité moyenne de population (hab/km²), 2015



Source : Insee, Recensement de la population (RP)

¹ Plus le rapport est proche de 100, plus le nombre de personnes âgées est supérieur au nombre des moins de 20 ans

B. LE DEPARTEMENT A DOMINANTE RURALE, MARQUÉ PAR DES SITUATIONS D'ISOLEMENT DE CERTAINES PERSONNES, NOTAMMENT AGEES OU EN SITUATION DE HANDICAP.

L'Yonne se caractérise par une faible densité de population : 45,9 habitants au km², contre 104,6 au niveau national. L'isolement des personnes âgées s'impose comme un enjeu central des politiques d'autonomie sur le plan national et bien que la part des plus de 75 ans vivant seules dans le département soit inférieure aux proportions régionales, l'Yonne est traversée par d'importantes disparités.

C. LA SITUATION ÉCONOMICO SOCIALE DU DEPARTEMENT

La population active est constituée d'ouvriers et d'employés à 79 % et 10 % de cadres. Une situation qui explique des faibles revenus, aggravée par la pratique du temps partiel à 28 % pour les femmes contre 9,5 % pour les hommes.

Les entreprises du territoire sont majoritairement des petites structures 75 % ont moins de 10 salariés

Dans le département, les déplacements se font à 80,5 % en voiture contre 5,1 % en transport en commun.

D. UNE REGLEMENTATION COMPLEXE

En France, plus de 10 000 structures composent le secteur de l'aide et du soin à domicile, rendant ainsi possible le souhait majoritaire des Français de vivre chez eux le plus longtemps possible.

Néanmoins, cette offre de services est aujourd'hui fragmentée entre l'aide et le soin à domicile, ce qui est peu lisible pour l'utilisateur et conduit les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou leurs aidants à des démarches complexes au quotidien. La division du secteur entre l'aide et les soins entrave en outre la coordination, pourtant nécessaire, des interventions au domicile des personnes

Le décret relatif aux *services autonomie à domicile*, publié le 17 juillet 2023, a été élaboré dans le cadre d'une large concertation des acteurs du domicile (représentants des services à domicile, conseils départementaux, agences régionales de santé...).

Il porte une **vision ambitieuse de ces nouveaux services**, qui seront l'un des principaux piliers du *virage domiciliaire*. Il prévoit, en outre, **plus de souplesse du secteur** pour faciliter la mise en œuvre de la réforme.

Les services autonomie à domicile SAD ont vocation à faciliter la coordination et la création de passerelles entre les structures d'aide et de soins, permettant :

- une **réponse plus complète aux besoins des personnes**, avec la reconnaissance des missions des services en termes de **prévention**, de **repérage des fragilités**, de **soutien aux aidants** mais aussi de **repérage et de lutte contre la maltraitance** ;
- une **simplification des démarches** au quotidien avec un interlocuteur unique chargé d'organiser la réponse aux besoins d'aide et de soins des personnes. Les services autonomie deviennent la porte d'entrée unique pour l'utilisateur ;
- une **coordination renforcée** entre les professionnels de l'aide et du soin pour **améliorer la qualité de l'accompagnement**.

La réforme des services autonomie à domicile est également un levier pour **améliorer l'attractivité des métiers**. Sa mise en place doit permettre la reconnaissance de missions variées, qui ont du sens et pour lesquelles le nouveau cadre de financement dégagera davantage de temps (notamment *via* les heures dédiées au lien social).

Elle doit aussi **diminuer la solitude des intervenants à domicile** en favorisant les interventions conjointes et les temps d'échanges. Elle devrait enfin **favoriser la montée en compétences des professionnels** et **contribuer à la richesse des parcours professionnels** grâce aux interactions renforcées entre l'aide et le soin.

E. LES OPÉRATEURS DE SERVICES : DES STRUCTURES DISPERSÉES



AU TITRE DE L'AIDE A DOMICILE

SAAD Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile :

- Entretien du logement et du linge : Ménage, repassage, lessive, ...
- **Aide à la personne** : Courses, préparation des repas, aide à la prise de repas, aide à la mobilité (lever, coucher) et à l'habillage, aide à l'hygiène corporelle élémentaire, accompagnement fin de vie, présence, écoute...
- **Accompagnement transport** : Accompagnement attentionné, aide et soutien physique de la personne lors de déplacements : visites médicales ou autres, courses.
- **Garde à domicile de jour ou de nuit** : Sécurité et bien-être de la personne, promenade, présence, écoute, ...
- **Portage de repas** : livraison de repas à domicile, en liaison chaude ou froide selon les structures
- **Télé Assistance** : Liaison à distance grâce à un équipement spécialisé, à un réseau de personnes proches et de confiance ainsi qu'aux services d'urgence.
- **Petits travaux** : Bricolage domestique, petits travaux d'électricité, de jardinage, de peinture, ne nécessitant pas l'intervention d'un professionnel.

SSIAD Services de Soins Infirmiers à Domicile :

- Intervention à domicile pour dispenser des soins infirmiers ou d'hygiène (toilette complète, prise de médicaments, pansements...)
- Préparation des médicaments

SPASAD Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile :

C'est le cumul des SAAD et des SSIAD

•EMA Equipe Mobile Alzheimer

Apporte un soutien aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) et à ses proches aidants.

Elle s'attache à :

- Améliorer la qualité de vie et le bien-être de la personne et de son entourage ;
- Maintenir et développer les capacités motrices, sensorielles et cognitives des patients
- Adapter l'environnement, le matériel ;
- Préserver et développer la participation à des activités sociales ;
- Accompagner et valoriser l'action et le rôle des aidants et des familles...

HAD Hospitalisation à Domicile : soins infirmiers à domicile**Autres Aides :**

- Petits travaux
- Jardinage ou entretien espaces verts.

ADHAP : (Aide à Domicile, Hygiène et Aide aux personnes)

- Zone d'intervention :
 - ✓ Région Auxerre, Toucy et Sens
 - ✓ Environ 80 salariés (Infirmières, auxiliaires de vie, aide au ménage, aux repas et aidants)
 - ✓ Possibilité 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7.
 - ✓ Evaluation à domicile effectuée avec devis et proposition du type d'intervention, pour respect de la demande de la personne.
 - ✓ Les salariés sont formés aux actes à délivrer et à la bienveillance.
- Difficultés rencontrées :
 - ✓ Recrutement, nombreux postes vacants.
 - ✓ Nombreux changements dans les politiques de l'autonomie.
 - ✓ Manque de coordination entre les niveaux d'intervention des différents prestataires.
 - ✓ Adaptation des politiques en fonction du vécu sur les territoires.

Intervenants sur demande personnelle :**Santé ou administratives :**

- Personnel de santé : Médecin, infirmière libérale, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychologue....
- Personnel médico-sociaux : UTS Unité Territoriale de Solidarité,

SAMA Service d'Aide au Maintien à l'Autonomie

- Assistante Sociale, membre d'un CCAS Centre Communal d'Action Sociale, Tutelle....

Lutter contre l'isolement ou l'exclusion :

- Monalisa (Mobilisation Nationale contre l'isolement social des âgés),
- Petits Frères des pauvres, Secours Catholique ou Populaire, etc.

F. FINANCEURS

Dans le cadre institutionnel de la perte d'autonomie, la réglementation confuse, incohérente et inégalitaire selon les territoires prévoit des aides qui sont accordées par plusieurs financeurs :

- Le département
- La CNAV
- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA),
- La Conférence des Financeurs
- La CARSAT
- L'État

Cependant malgré la multiplication des financeurs, le reste à charge (RAC) est souvent trop important pour que les usagers, avec des revenus modestes, puissent avoir une vie digne et sereine.



Le maintien au domicile des PSH ou PA ne peut pas se satisfaire d'une aide à minima sous le simple critère d'une perte de l'autonomie, difficile à évaluer en cas d'handicap dit « invisible ».

II. Témoignages de tous les acteurs

A. TEMOIGNAGES FAMILLES PSH

TÉMOIGNAGE N° 1 -

« Difficultés rencontrées par notre famille avec notre fils mineur traumatisé crânien sévère, suite à un accident de la circulation. Après un parcours médical comprenant une période de coma, une longue période de rééducation, notre fils nous est « rendu » sans solution d'accompagnement.

Totalement désarmés, nous, parents, nous nous retrouvons confrontés à une multitude de difficultés complexes de plusieurs ordres (neurologiques et comportementales, troubles cognitifs, hémiplégie, soins et actes infirmiers, nécessité de réadaptation physique). Aucun dispositif n'a pu être mis en place alors qu'une surveillance continue s'impose, ainsi que des interventions par des personnes qualifiées. S'ajoute que notre domicile n'est plus adapté à la nouvelle situation.

Dans l'urgence, nous parents, déjà affectés par la situation, nous nous trouvons confrontés à la recherche de solutions. Les quelques propositions apportées par les organismes sont très souvent inadaptées, ne prenant pas suffisamment en compte la spécificité des troubles. Les personnes qui interviennent n'ont pas forcément les compétences nécessaires. Nous et notre fils, nous nous sommes retrouvés à plusieurs reprises en situation de danger. De plus, le trop grand turn-over des intervenantes n'a pas permis une transmission correcte des recommandations nécessaires et spécifiques à la prise en charge de notre enfant.

D'autre part, les prises en charge médicales ou paramédicales ont été impossibles à mettre en œuvre par manque de praticiens (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste) ».



Un accident avec trauma crânien :

- ✓ coma
- ✓ longue rééducation

Sans solution d'accompagnement



Recherche de solutions

- ✓ INADAPTÉES
- ✓ MANQUE DE COMPÉTENCES
- ✓ TURN OVER
- ✓ MANQUE DE PRATICIENS

TEMOIGNAGE N° 2 -

Témoignage en mai 2021 d'une maman âgée de 90 ans d'un fils de 60 ans victime d'un traumatisme, pour lequel il n'existe aucune solution appropriée pour faire face à l'évolution de son handicap invisible.

D. a vécu seul en appartement quelques années avec seulement des aides ménagères

Il y a 2 ans, sa santé s'est dégradée, due sans doute à son mauvais fonctionnement quotidien. Depuis, nous le laissons vivre en son appartement avec l'aide de dames à

domicile (qu'il n'accepte pas), des livraisons de repas pour le midi, le passage d'infirmière chaque jour pour veiller à la prise des médicaments. Mais sa santé se dégrade et son caractère s'aigrit. Nous ne savons que faire, sinon retrouver un **établissement spécifique**.

La situation de ces familles n'est pas réjouissante. Si vous avez des solutions, n'hésitez pas à nous les soumettre, nous vous en serions très reconnaissants.

Nous suivons les projets de l'Etablissement d'Accueil médicalisé avec attention, et nous sommes heureux que vous puissiez apporter de l'aide aux familles concernées. »

TEMOIGNAGE N° 3 - FAMILLE PSH

Témoignage d'une situation actuelle

« MC, âgée de 61 ans, venait de prendre un logement à proximité de chez son fils aîné. MC y vit seule et a été victime d'une rupture d'anévrisme. Son fils passant fortuitement à l'appartement a pu faire appel aux secours et MC a été immédiatement opérée dans un établissement compétent. Après un séjour de plusieurs semaines en Centre de Réadaptation Fonctionnelle, elle rejoint son domicile.

Complètement désorientée et victime de graves passages dépressifs dus aux séquelles cognitives, elle n'est plus en capacité d'assumer les actes élémentaires de sa vie personnelle (se nourrir, faire ses courses, se soigner, organiser son emploi du temps etc...). Elle n'est plus capable d'affronter la solitude. Elle ne peut plus lire, ni s'exprimer de manière fluide, voire cohérente.

Elle ne bénéficie que de quelques heures d'orthophonie hebdomadaires. Son fils, pour des raisons familiales et professionnelles, est dans l'incapacité d'assumer la présence quotidienne assidue qui lui serait nécessaire.

MC revient alors habiter chez sa mère âgée de 90 ans à l'époque. Un meilleur équilibre de vie permet à MC de partiellement se rééquilibrer, mais les séquelles restent fortement handicapantes. De plus elle aurait besoin à minima d'un suivi orthophonique intense, mais l'indisponibilité des praticiens dans l'Yonne ne permet de bénéficier que d'une séance par semaine. La cohabitation fille / mère bien qu'indispensable à MC et utile à sa maman génère rapidement des relations compliquées et MC ne dispose plus vraiment d'un « chez elle ».

Depuis l'ouverture en octobre 2020 d'un PCPE spécifique TC-LCA, MC bénéficie enfin du soutien professionnel adapté qui lui est indispensable. Le projet de vie de MC, maintenant âgée de 67 ans, peut enfin prendre corps par l'intégration d'une formule d'Habitat Inclusif situé dans un environnement associatif et professionnel sécurisant. Mais les besoins d'accompagnement de MC se révèlent et le soutien PCPE devient **indispensable d'une manière permanente**, (alors qu'il est basé sur un contrat temporaire d'un an renouvelable une fois) pour compenser les déséquilibres dus aux séquelles

Une rupture d'anévrisme

**DÉSORIENTÉE
PASSAGES DÉPRESSIFS
SÉQUELLES COGNITIVES**

OUVERTURE D'UN PCPE SPÉCIFIQUE



**SOUTIEN DE
PROFESSIONNELS
FORMULÉ HABITAT INCLUSIF**

et prompts à réapparaître et à s'amplifier gravement dès que l'environnement devient moins sécurisant.

Le fait de bénéficier d'un soutien continu et adapté d'une manière dynamique à la juste mesure des besoins des personnes est indispensable pour le respect de leur dignité et pour éviter le recours aux solutions d'accompagnement beaucoup plus lourdes (donc très onéreuses pour la collectivité et la personne) et inadaptées.

B. TEMOIGNAGES DES FAMILLES PERSONNES AGEES

TEMOIGNAGE N° 1 – PA

Madame P. âgée de plus de 90 ans : « Je bénéficie de quelques heures d'aide ménagère par mois, qui pour moi, sont salutaires, car je n'ai plus les moyens physiques d'entretenir correctement ma maison. Mon souci, le changement fréquent du personnel intervenant chez moi et il me faut donc répéter les mêmes choses ou intervenir et remonter où se trouvent les matériels et ingrédients nécessaires à leur activité, c'est assez perturbant.

TEMOIGNAGE N° 2 – PA

Pour 80% des problèmes que soulèvent les personnes aidés c'est le turn-over élevé des personnes qui interviennent à domicile d'aide à domicile, qui pourtant travaillent dans la même structure. Cela pose problème car la personne aidée doit réexpliquer ou il y a les instruments pour le ménage et quel est l'objet de l'intervention.

En ayant plusieurs aides à domicile, elles peuvent ne pas s'apercevoir de l'éventuelle dégradation de l'état de santé de la personne aidée. Il peut aussi exister des dérives comportementales dans la relation.

TÉMOIGNAGE N° 3 - PA

Ghyslaine est née en 1945, elle habite seule en appartement au RC à Auxerre

Elle a été signalée à notre association Les Petits frères des Pauvres par le Conseil Départemental en 2019 pour son isolement

Depuis 2 bénévoles lui rendent visite en alternance chaque semaine. Nous lui proposons des sorties (magasins, parcs). Et 1 fois par mois, nous allons la chercher pour qu'elle participe à nos gouters, G a eu 5 AVC ,elle ne marche plus .Est constamment en fauteuil roulant .

En 2022 avec l'aide de l'ergothérapeute, de la responsable de la cellule des évaluations médico sociale du Conseil Départemental, elle a pu avoir un fauteuil électrique beaucoup moins lourd à manipuler. Un grand merci pour leur dévouement

De plus G a de gros problèmes de langage. Ses séances d'orthophonie vont reprendre. G est en attente faute de place.

G est sous tutelle (UDAF)

Une aide ménagère vient 3 fois par jour préparer ses repas et faire du ménage si besoin (ATOME). Ainsi que ses courses 1 fois par semaine (ATOME)

Une aide soignante vient la lever le matin et le soir la coucher . Petite toilette . 1 douche par semaine (ATOME)

Une infirmière libérale lui rend visite le matin pour la tension et vérifier son diabète +semainier Kiné à domicile 2 fois par semaine

Tous les 3 mois G va chez son médecin traitant accompagnée par une bénévole de notre association

Une coordinatrice du DAC lui rend visite en cas de besoin

Le DAC a réuni les intervenants en 2022, pour échanger sur les difficultés familiales de cette époque

. Atome, Assistante sociale, délégué de la Protection des Majeurs et les Petits frères des Pauvres. C'est important que les intervenants différents pour une même personne se réunissent et mettent en commun leurs informations

De notre place, association, nous restons prudentes dans nos démarches. Nous connaissons nos limites, et faisons appel aux professionnels dès le moindre souci.

C. TEMOIGNAGES DES PROFESSIONNELS

TEMOIGNAGE N° 4 – PROFESSIONNELS PSH

Difficultés rencontrées aux domiciles des usagers suivis par deux éducateurs spécialisés d'un SAVS

Le projet et le souhait de la personne sont les points de départ de toutes nos actions. Celles-ci consistent à tout mettre en œuvre pour lui permettre de se réaliser, se maintenir dans le milieu ordinaire car c'est ce qu'elle désire et ses capacités sont à valoriser.

Mais des difficultés subsistent.

Médical :

On observe des difficultés à trouver des professionnels : manque de médecins généralistes, de médecins psychiatres, de neurologues, de neuropsychiatres, de psychologues, de psychomotriciens, de kinésithérapeutes ...

Les prises en charge en institution sont disponibles, mais elles sont souvent stoppées dès que l'utilisateur quitte l'établissement, le laissant dans une errance médicale.

Les délais sont trop longs entre chaque consultation, ce qui oblige à prendre les rendez-vous loin, hors département. Dès lors il faut gérer les difficultés pour se rendre aux rendez-vous si l'on ne dispose pas de prescription de VSL, taxi, ambulance.

Ces difficultés peuvent avoir pour conséquences que certaines pathologies ne soient pas décelées, ou décelées trop tardivement, que les usagers régressent par manque de prises en charge spécifiques dues à l'absence de professionnels mais aussi une forme de résignation et de lassitude mettant le facteur médical au second plan.

On constate des difficultés de communications entre les spécialistes qui suivent la même personne (médecins psychiatres / médecins traitants / neurologues....) ce qui peut provoquer, dans certaines situations, des interactions médicamenteuses provoquant des effets secondaires, les usagers ne sachant ou ne se rappelant pas toujours, quel traitement leur est administré.

Le facteur financier est aussi à aborder notamment en ce qui concerne les prises en charge nécessaires mais non remboursées par l'assurance maladie.

Faute de moyens financiers, une catégorie d'utilisateurs ne percevant que l'AAH renonce à continuer les prises en charge paramédicales alors qu'elles en bénéficiaient et progressaient lorsqu'elles étaient en institution.

MDPH :

Difficultés à trouver des médecins acceptant de remplir les dossiers médicaux des usagers.

Certains items ne sont pas forcément appropriés à la fonction d'un médecin notamment la partie concernant la vie quotidienne (ergothérapeute).

Les usagers n'ayant pas toujours conscience de leurs difficultés peuvent, face au questionnement du médecin, donner des réponses erronées pouvant avoir comme conséquence une orientation inappropriée ou une prise en charge financière réduite par rapport aux besoins réels de la personne (PCH).

Les délais de traitement des dossiers entravent la fluidité et la continuité dans la prise en charge des usagers.

Le manque de place dans les structures adaptées laisse des usagers dans des situations précaires et parfois dangereuses et ou à la charge des familles souvent démunies.

Divers :

La transition entre un établissement d'accueil médicalisé et un SAVS est trop abrupte. Entre une prise en charge complète 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 en EAM et les interventions ponctuelles en SAVS, il manque les étapes de transition pour apprendre à gérer le temps, la vie quotidienne, la santé, etc....

Les transports en commun ne sont pas assez nombreux et les lieux publics ne sont pas toujours accessibles. Ils peuvent impacter la vie sociale des usagers.

TEMOIGNAGE N° 5 – PROFESSIONNELS PSH

Une dame a été victime d'un AVC avec des séquelles cognitives importantes et prégnantes (oubli à mesure) et des dyspraxies (toilette, habillage).

La MDPH lui avait accordé des heures d'aides humaines assez conséquentes permettant de couvrir en totalité, en semaine, les heures de travail de son mari. Ce dernier partait à 6h du matin et finissait vers 16h30. Les prestataires susceptibles d'intervenir ne pouvaient allouer une seule personne sur une telle amplitude. Certains prestataires ne pouvaient véhiculer la personne pour les sorties culturelles et ils ont demandé à la famille de mettre un véhicule à la disposition du professionnel.

Les intervenants recrutés étaient peu qualifiés et n'étaient pas en mesure d'identifier les difficultés de cette femme. Ils étaient peu respectueux de l'hygiène et de la propreté. Double peine pour cette famille qui partait la peur au ventre ...

**MANQUE DE QUALIFICATION****Non respect de l'hygiène****TEMOIGNAGE N° 6 – PROFESSIONNELLE SIAD**

Madame F. - SSIAD Villeneuve sur Yonne, le 5 octobre 2024

« Ça fait onze ans que je suis aux soins à domicile.

J'aime bien le domicile parce qu'on est autonome, on fait nos propres décisions en concertation avec les familles, mais maintenant, on est confronté à de grosses difficultés. Il n'y a plus de médecins, des patients qui ont des familles alentours se débrouillent quand même pour trouver des médecins, mais quand les patients sont seuls, à domicile, c'est à nous de trouver, alors on fait appel au gestionnaire le DAC et ils sont très limités et ils ont un temps d'intervention assez long, les assistantes sociales c'est pareil.

Et puis se pose le problème des gens seuls qui sont en train de mourir, alors c'était le cas ce matin, c'est tout frais on a décidé nous même de prendre en charge une dame qui est en fin de vie, le réseau opale est passé mais il n'y avait pas de passage de prévu le week end, on a décidé d'y aller mais c'était trop tard elle était décédée avant notre intervention, voilà.

Il y a beaucoup de soucis, de toute façon il n'y a plus de vocation. Les gens ne veulent plus travailler que ce soit dans les IMA, les associations d'aides ménagères, avec lesquels on va bientôt devoir travailler puisque on est en pleine réorganisation et restructuration, du coup on va devoir travailler avec elles, mais c'est pareil elles sont moins formées que nous, nous on est des aides-soignantes, elles c'est des auxiliaires de vie, quand tout va bien, ou c'est des gens lambda, des gens sans diplôme qu'ils prennent comme ça, quand tout va pas bien, qu'ils ne trouvent pas.

On est organisée en tournées régulières, on a 7 tournées qui sont régulières, on est sur le territoire de Villeneuve et sur le territoire de Chéroy et bientôt on ouvre des lits sur le territoire de Sens. Les lits qui vont ouvrir sur Sens, c'est parce qu'il n'y a pas d'offre publique sur Sens, il n'y a que des structures privées. C'est sur la base du volontariat, ils vont nous ouvrir un bureau à Sens et pour débiter, ce serait 2 de notre équipe pour aller à Sens, alors ils vont prendre ceux qui habitent le plus proche de l'hôpital de Sens, et ils veulent ouvrir des lits supplémentaires à l'avenir. Il y a des transferts de fonds, des Ehpad vers l'autonomie. Je pense que ça va s'accélérer, c'est ce qu'ils ont envie et ça va rapporter de l'argent. C'est ce qu'on entend, il faut que ça rapporte parce qu'il y a 15 millions de déficit sur l'hôpital de Sens. Alors là, ils cherchent

des solutions pour que ça rapporte.

Chaque jour, on a une tournée différente, on n'a jamais des soignants dédiés à une tournée, parce qu'ils ne veulent pas qu'on s'attache aux patients et que les patients s'habituent à nous. Donc tous les jours on a une tournée différente. On est 14 et les patients finissent par connaître toute l'équipe. Quelque fois on est longtemps sans les revoir, là je viens de voir une dame, ça faisait 3 mois que je ne l'avis pas vue. On a aussi chacune notre façon de travailler, d'aborder les gens, des fois ils nous le disent : « vous êtes pas venue, j'ai pas eu mon shampoing de fait correctement, ou une dame compte que sur 2 soignants pour la lever, pendant 3 semaines elle a été levée au fauteuil mais pas sur ses 2 pieds. Il faut aider le travail du Kiné, les Kiné c'est pareil on en manque. Ces gens là il devrait être pris en kiné tous les jours et ils sont pris une à deux fois la semaine. Si nous aussi on peut les aider à récupérer on le fait. Je suis une des rares à mobiliser les gens, donc cette dame là elle attendait. »

Qu'est-ce que vous auriez à dire au C D ?

« J'aimerais plus de moyens, plus de personnel qualifié, ne pas laisser les gens seuls en désarroi. Il faut quand les gens rentrent à domicile qu'il y ait un coordinateur du métier, il n'y a pas besoin d'être infirmière ou directeur pour aller visiter la personne à l'hôpital et savoir ce qu'elle a chez elle, qu'est-ce qu'elle a comme matériel, quel est son médecin traitant qu'est-ce qu'on va lui apporter, ce dont elle a besoin, il faut une personne ressource, dès le départ qui coordonne ça au pied du lit, parce que les assistantes sociales sont limitées dans leur champs d'actions, elles ont pas le temps, et nous on se retrouve dans des situations terribles quand les gens sortent de l'hôpital. On a eu un patient, il est revenu sans prothèse, ses 2 jambes en moins, sans matériel pour le transporter, il avait même pas de lève personne, pour le mettre au lit ou mettre au fauteuil, donc c'est à la force de nos bras, il a uriné partout dans son appartement on a dû intervenir pour le ménage. Le domicile a ses limites, si on veut l'étendre il faut se donner les moyens. Il faut prendre le problème à sa source ».



MANQUE DE QUALIFICATION
Ne pas laisser les gens seuls en désarroi
Besoin d'un coordinateur hôpital/maison

III. Le « bien vivre et bien vieillir à domicile » : les enjeux et les bonnes pratiques

A. LES ENJEUX

Une révolution démographique aux enjeux multiples

1. LE BIEN VIVRE A DOMICILE EST UN ENJEU SOCIÉTAL.

« Les plus de 60 ans pourraient représenter 1/3 de la population en 2050. La priorité aujourd'hui n'est plus d'allonger la durée de la vie mais d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes » (Santé publique France - 30 novembre 2022).

Les seniors de demain

Les baby-boomers nés juste après la Seconde Guerre mondiale, cette génération, depuis 2020 atteint l'âge de 75 ans et atteindra 85 ans en 2030.

C'est elle qui a été à l'origine de mutations sociales radicales, guidées par des idéaux de liberté et d'autonomie. Comment imaginer que cette génération puisse se résigner à vivre sa vieillesse à l'identique des générations qui l'ont précédée ?

Ces « nouveaux vieux » auront à cœur de prendre en main leur destin, refusant que des décisions qui les concernent puissent se prendre sans qu'ils aient droit au chapitre.

2. UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE :

- Aux premiers rangs des maladies chroniques avec un lourd fardeau : les pathologies cardio et neuro-vasculaires, les troubles neurocognitifs majeurs (comme la maladie d'Alzheimer), les maladies respiratoires chroniques (comme la BPCO Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive), le diabète et les cancers.

« Plus d'1,4 million de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile peuvent être considérées comme dépendantes, dont la moitié serait évitable. Notre système de santé, n'est pas adapté au vieillissement démographique.

On peut prévenir la dépendance et imaginer une médecine nouvelle, notamment avec le programme ICOPE (Integrated Care of Older People) » Pr Bruno VELLAS - CHU de Toulouse.

Le système ICOPE a pour objet de se concentrer sur 6 items :

- mobilité
- nutrition
- vue
- audition
- état psycho-social
- cognition

Son déploiement nécessite le soutien et la participation des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social

De nombreuses autres initiatives et expérimentations sont à l'oeuvre telles que les polycliniques mobiles expérimentées pas Toktokdoc (un projet de télémédecine)

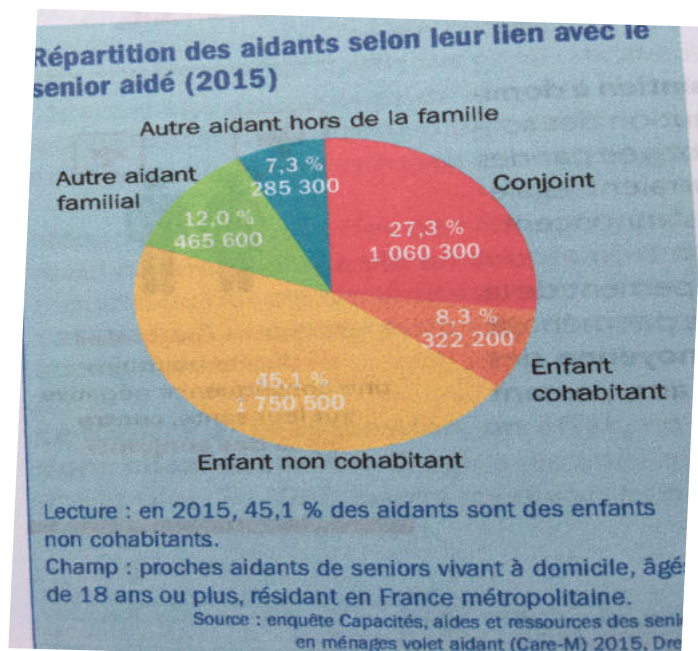
3. REPENSER LE RÔLE DES AIDANTS FAMILIAUX OU INFORMELS

Ils sont extrêmement impliqués dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Ils sont épuisés et en grande souffrance.

Comme en témoigne l'estimation à 19 milliards d'euros de la valorisation de l'aide informelle en 2018

Malgré tout, ils ne sont pas reconnus pour le travail accompli.

Ils n'ont pas de formation pour effectuer des soins que les structures refusent de faire dans un souci de rentabilité.



LES AIDANTS NE SONT PAS DES SOIGNANTS

Pourtant, ils doivent effectuer des soins que les structures refusent faute de rentabilité

B. LES BONNES PRATIQUES : NOS PRÉCONISATIONS

1. PRÉPARER LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

Renforcer l'organisation autour du domicile, et au sein du domicile de façon à plus et mieux accompagner les personnes en perte d'autonomie et leurs aidants

L'ENVIRONNEMENT EXTERIEUR

- ✓ Repenser la ville pour les personnes en perte d'autonomie pour en faire une ville bienveillante par des équipements urbains adaptés, un aménagement rendant accessibles la circulation piétonne en ville :
 - Équipement des trottoirs
 -
- ✓ Les transports collectifs et publics sont défaillants dans les territoires ruraux. C'est pourtant un facteur essentiel à la lutte contre l'isolement des personnes en perte d'autonomie. Des expériences sont en place portées par des Communauté de Communes, cependant la population n'est pas toujours bien informée des possibilités

L'ENVIRONNEMENT INTERIEUR

Ma Prime Adapt' vise à encourager le maintien à domicile des personnes âgées en rendant leurs logements plus sûrs et adaptés à leurs besoins, avec un focus sur l'autonomie, la prévention des chutes et la sécurité. Ce programme permet de financer divers types de travaux d'aménagement

Les aides techniques

Une gamme très variée de matériel adapté permet aux personnes d'être autonomes dans leurs activités quotidiennes (toilette, habillage, prise de repas, déplacements, contrôle à distance de l'environnement...).

Des applications sur tablette tactile ou smartphone

Les aides technologiques

Les systèmes de géolocalisation

Les aides domotiques

2. LES FINANCEMENTS

Mettre en place une véritable loi pluriannuelle de financement de la prise en charge de la perte d'autonomie.

« La solidarité nationale doit financer :

- les coûts liés à la perte d'autonomie, au handicap ou à l'aggravation de l'état de santé. Par exemple, l'achat d'un fauteuil roulant manuel pour une personne qui ne peut plus se déplacer seule
- le temps passé par les professionnels en plus de leurs interventions pour discuter avec la personne, créer du lien
- les travaux pour rendre les logements accessibles. C'est-à-dire mettre les logements aux normes pour les personnes en perte d'autonomie »

Démarche prospective du conseil de la CNSA 2019

3. LES BESOINS

Il faut se sentir chez soi

- à n'importe quel âge
- quel que soit l'endroit où l'on vit
- quels que soient ses revenus

Établir une évaluation correcte de la capacité à rester dans son domicile

Revoir le périmètre des besoins évalués et repenser les outils d'allocation des aides (APA Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Adopter un cadre large de planification stratégique et opérationnelle de prise en compte des besoins futurs au domicile et autour du domicile.

Simplifier les parcours de prise en charge pour les personnes

Les services d'aide à domicile doivent élever la qualité des services rendus aux usagers, notamment en assurant le temps d'accompagnement journalier nécessaire.

Pour être un citoyen chaque personne doit pouvoir tout au long de sa vie :

- dire ce qu'elle souhaite et ce qu'elle pense.
- utiliser ses droits. Par exemple le droit de se déplacer librement
- dire ses choix dans tous les moments de sa vie
- être écoutée
- participer à la vie de la société et ne pas être mise à l'écart.

4. BIEN VIEILLIR : UNE APPROCHE HOLISTIQUE GLOBALE ET POSITIVE DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION

Le corps évolue au fil des ans de nouvelles situations apparaissent auxquelles il est nécessaire de s'adapter. Des informations pratiques, en astuces et en paroles de professionnels de santé évoquent – de manière transversale – le lien social et intergénérationnel, les fonctions cognitives, l'alimentation, l'activité physique, le partage avec les autres ou encore la prévention de la santé, et invitent à prendre le temps de penser à soi. L'optimisme est l'état d'esprit qui permet de franchir les étapes et de profiter de la vie.

Les équipes pluridisciplinaires sont nécessaires pour une prise en charge globale (exemple ergothérapeutes, neuropsychologues, assistantes sociales, etc..)

Un système de prévention effectif au cours de la vie active éviterai le recours aux solutions d'accompagnement beaucoup plus lourdes et plus onéreuses pour la collectivité.

5. LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DANS LES TERRITOIRES

Mettre en place une vraie politique de la mobilité

Faciliter les sorties médico-sociales, les relations sociales et culturelles

6. LE LOGEMENT UNE APPROCHE HOLISTIQUE

A. Les types de logements

Dans l'Yonne

- **Habitats inclusifs Village bleu :**
 - ➔ Monéteau et Quarré les Tombes
- **Résidence autonomie :**
 - ➔ TOUCY : 32 studios
- **Résidence partagée**

Cinq associations majeures du secteur — l'Afev, Cohabilis, Habitat Participatif France, l'Unafo et la fédération Soliha — unissent leurs forces pour une cause commune : démocratiser l'habitat partagé. Véritable alternative aux modèles classiques, ce concept prône un "vivre-ensemble" enrichissant et se pose en solution à la montée des inégalités d'accès au logement.

[Les diverses formes de l'habitat partagé : une palette de solutions](#)

Les cohabitations intergénérationnelles

Les colocations à projets solidaires

Les résidences intergénérationnelles

DIFFÉRENTS TYPES DE LOGEMENTS

ACCUEIL TOTALEMENT INSUFFISANT FACE AUX BESOINS

- **Le viager solidaire** a été créé par une société coopérative d'intérêt collectif (SCIC), Les 3 Colonnes.

Il s'agit de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile grâce à une rente.

Dans l'Yonne il y a une trentaine de biens à vendre.

- **Résidences seniors :**

- ➔ la résidence Domitys "Terres de Bourgogne" à Auxerre offre 118 appartements, du studio au 3 pièces
- ➔ la résidence de l'Orangerie à Sens offre 123 logements, du studio au 3 pièces
- ➔ La résidence de l'Horloge
- ➔

Dans l'Yonne, il existe trois habitats inclusifs pour les personnes en situation de handicap:

- 9 places au « Pôle Habitat Acor » à Sens, habitat inclusif porté par l'association du Centre de l'Orval
- 10 places à « l'EPNAK les Rosiers » à Sens, habitat inclusif porté par l'EPNAK
- 4 places à la « Résidence de Paris » à Auxerre, habitat inclusif porté par l'Association des Paralysés de France (APF)

CONCLUSION

La question de l'autonomie est une question majeure insuffisamment prise en compte par la puissance publique en dépit de déclarations d'intention.

Comme le reconnaît Jean-Philippe VINQUANT, président du HCA Haut Conseil de l'Âge, il y a « *nécessité d'un effort accru.* »

Le libre choix est incontournable mais ce principe suppose qu'il ne soit contraint ni par les difficultés financières, ni par l'isolement et la solitude.

Nous espérons que ce document saura vous inspirer pour prendre les bonnes décisions afin que les personnes en perte d'autonomie, qui sont des citoyens à part entière, puissent vivre dans la dignité.

Il suffit de bien observer et d'écouter les témoignages pour prendre conscience que le secteur de la perte d'autonomie est laissé à l'abandon par un manque de personnel, souvent mal formé ; un désert médical qui nuit à la santé des personnes, un système déshumanisé, souvent centré sur le profit, qui a pour conséquences des formes de maltraitances.

Comme la CNSA, nous pensons que les personnes en perte d'autonomie, âgées ou en situation de handicap doivent être prises en charge et que le statut des aidants soient reconnus par la solidarité nationale.

GLOSSAIRE

ACOSS Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ACTP Allocation compensatrice pour tierce personne
ADF Assemblée des départements de France
ANAH Agence nationale de l'habitat
APA Allocation personnalisée d'autonomie
ARS Agence régionale de santé
ASV Loi Adaptation de la société au vieillissement
CASF Code de l'action sociale et des familles
CCAS Centre communal d'action sociale
CCBAD Convention collective de la branche aide à domicile
CDC Caisse des dépôts et consignations
CDCA Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie
CLIC Centre local d'information et de coordination
CNH Conférence nationale du handicap
CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé dans le champ de l'autonomie
DAC Dispositif d'accompagnement à la coordination
DSP Délégation de service public
ELAN Loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique
ESMS Établissements sociaux et médico-sociaux
GEM Groupe d'entraide mutuelle
GIP Groupement d'intérêts publics
MAIA Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins
MAS Maison d'accueil spécialisée
MDPH Maison départementale des personnes handicapées
OGD Objectif global de dépenses
OMS Organisation mondiale de la santé
PCH Prestation de compensation du handicap
PCPE Pôle compétence prestation extérieure
PTA Plateforme territoriale d'appui
PUV Petites unités de vie
SAAD Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS Services d'accompagnement à la vie sociale
SEMOP Société d'économie mixte à opération unique
SMAF Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPASAD Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
UHR Unité d'hébergement renforcée
USLD Unité de soins de longue durée