

L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile

**Laure Com-Ruelle
Paul Dourgnon
Fabienne Midy**

Rapport n° 514 (biblio n° 1390)

Août 2002

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.

En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Avant propos

Une étude auprès des infirmiers libéraux a été initiée en mai 2001 par Madame Elisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, qui a manifesté le souhait de clarifier « les modalités de coordination entre les infirmiers libéraux et les services sociaux ».

L'enquête ECILAD vise à décrire : d'une part, les circonstances dans lesquelles les infirmiers libéraux peuvent être amenés à intervenir dans le cadre d'une coordination avec le secteur de l'aide à domicile ; et d'autre part, les moyens dont ils disposent lorsqu'ils jugent qu'il y a nécessité d'organiser le maintien à domicile d'un patient.

L'étude bénéficie d'un financement attribué par le Fonds national d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV¹) et le promoteur en est la Fédération Nationale des Infirmiers (F.N.I.).

Nos remerciements vont à l'ensemble des infirmiers qui ont participé à l'enquête et aux divers syndicats professionnels infirmiers qui l'ont soutenue dans le but de recueillir une information utile et la plus complète possible.

Nous remercions également Anne Aligon, Martine Broïdo, Nathalie Meunier et Valérie Paris pour leur relecture attentive, Khadidja Ben Larbi pour la mise en page et la réalisation de ce rapport.

¹ Cf. glossaire

Sommaire

Sommaire

Introduction	9
1. Méthodologie	13
1.1. Échantillonnage	15
1.2. Taux de réponse et représentativité	17
1.3. Questionnaire	18
2. Description des infirmiers libéraux enquêtés et des patients inclus	19
2.1. Caractéristiques des infirmiers libéraux	21
2.1.1. Âge et sexe des infirmiers enquêtés	21
2.1.2. Activité et type d'exercice des infirmiers enquêtés	22
2.1.3. Zone d'implantation des infirmiers enquêtés	25
2.2. Caractéristiques des patients et de leurs besoins d'aide	28
2.2.1. Caractéristiques démographiques et médicales des patients	28
2.2.2. Évaluation de l'autonomie de la personne malade	30
2.2.3. Identification des nouveaux besoins d'aide non infirmière	35
3. L'infirmier libéral et le secteur de l'aide à domicile	37
3.1. Intervenants et structures de l'aide à domicile	39
3.1.1. Principaux intervenants dans l'aide à domicile	39
3.1.2. Principales structures dans l'aide à domicile	41
3.1.3. Quelques données de cadrage sur l'aide à domicile	43
3.2. Connaissance du secteur de l'aide à domicile par les infirmiers libéraux	44
3.3. Perception des rôles des intervenants du secteur de l'aide à domicile par les infirmiers libéraux	46
3.3.1. Différences perçues par l'infirmier libéral entre auxiliaire de vie et aide-ménagère	47
3.3.2. Professionnalisation du maintien à domicile comme substitut à l'aidant naturel	49
3.3.3. Distinction entre les soins infirmiers d'hygiène et l'aide à la toilette	51
4. Cas de mise en œuvre concrète de l'aide à domicile	57
4.1. Degré d'urgence estimé et difficultés déclarées par l'infirmier libéral	59
4.2. Étapes de la mise en œuvre de l'aide à domicile	60
4.2.1. Pluralité des personnes contactées	60
4.2.2. Types de solutions proposées	62
4.2.3. Délai réel de mise en place de l'aide la plus urgente	63
4.2.4. Circonstances des échecs de demande de prise en charge	63
5. Conclusion	65
Bibliographie	69
6. Annexes	73
6.1. Questionnaire	75
6.2. Intervenants pressentis par l'infirmier libéral selon le type d'aide à domicile requis	82
6.3. Les soins infirmiers d'hygiène : éléments extraits des textes officiels	87
Glossaire	89
Liste des tableaux et graphiques	95

Introduction

Introduction

Les besoins à domicile, en termes de soin et d'aide à l'accomplissement des actes essentiels à la vie quotidienne, sont amenés à se développer dans les prochaines années pour plusieurs raisons.

Les dernières projections de l'Insee (Brutel, 2001) soulignent l'inéluctable vieillissement de la population française : en 2035, les personnes de plus de soixante ans représenteront un tiers de la population métropolitaine. Dans ces circonstances démographiques, la question du maintien à domicile des personnes âgées est une préoccupation politique logique. Elle s'est traduite par la mise en place de l'aide personnalisée d'autonomie (APA)² en janvier 2002, se substituant à la prestation spécifique dépendance (PSD)³, et par des plans (2001-2005) relatifs à la création de places dans les services de soins infirmiers à domicile et à la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Par ailleurs, si les services d'aide au maintien à domicile concernent principalement les personnes âgées de plus de soixante ans, ils concernent également des personnes plus jeunes qui, du fait d'une maladie ou d'un handicap, nécessitent une aide à la vie quotidienne en plus des soins médicaux délivrés. En effet, aujourd'hui, le progrès technologique permet de plus en plus souvent la prise en charge à domicile de soins autrefois délivrés en établissement de soins. Enfin, la nécessaire maîtrise des dépenses de santé accélère le développement des alternatives à l'hospitalisation et de toute forme de coordination des différents professionnels devant intervenir auprès des patients, qu'ils soient médicaux et sociaux. Ce sont ces derniers qui assurent l'aide proprement dite.

L'aide au maintien à domicile porte principalement sur l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne avec : d'une part, les aides à la personne, répondant à une perte d'autonomie physique ou psychique ; d'autre part, les aides relatives à son environnement, visant à pallier une perte d'autonomie domestique et sociale⁴. Lorsqu'une telle aide s'adresse à une personne malade requérant par ailleurs des soins médicaux dont, en particulier, des soins infirmiers, la coordination du secteur médical et du secteur social s'impose. C'est pourquoi ce travail aborde cette question du maintien à domicile sous l'angle des relations entre le sanitaire et le social ; plus précisément, il envisage le rôle de l'infirmier libéral dans l'articulation du soin infirmier et de l'aide. Du côté des infirmiers libéraux, combien de professionnels sont-ils concernés ?

En termes de cadrage démographique, les derniers chiffres publiés font état de 57 493 infirmiers libéraux inscrits dans le répertoire ADELI⁵ (13 % d'hommes) au 1^{er} janvier 2001, en France métropolitaine (Sicart, 2001). Cependant, tous n'exercent pas : environ 52 000 infirmiers ont exercé une activité libérale au cours de l'année 2000 (Études et statistique n° 52, CNAMTS⁶). Des inquiétudes émanent actuellement à propos de la pénurie d'infirmiers, tant du fait d'un déficit à l'entrée dans la profession que du fait des cessations d'activité, prématurées ou non (de nombreux départs à la retraite sont prévus au cours des dix prochaines années). Sur le plan de l'activité, le rôle de coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge globale du patient à domicile, associant l'aide et le soin médical, a pris ces dernières années une importance nouvelle dans le

² Cf. glossaire

³ Cf. glossaire

⁴ Les aides à la personne recouvrent aussi bien les transferts (lever, coucher...), les déplacements à l'extérieur et à l'intérieur du domicile, l'aide à la toilette simple, l'aide à l'élimination urinaire et fécale, à l'habillage et à l'alimentation, que la surveillance (garde à domicile de jour ou de nuit, système d'alerte, etc.).

Les aides relatives à l'environnement comprennent, par exemple, l'aide aux repas (élaboration, portage) ou aux tâches ménagères (ménage, courses).

⁵ Cf. glossaire

⁶ Cf. glossaire

cadre, par exemple, de réseaux de soins et de santé, plus ou moins formels, ou dans le projet d'un plan de soins infirmiers⁷.

Dans ce contexte, à la fois médico-social et économique, qu'en est-il concrètement de la coordination entre les infirmiers libéraux et les services sociaux ? Pour tenter de répondre à cette question, posée par Madame le ministre de l'Emploi et de la Solidarité, l'enquête présentée ici, que nous nommerons par commodité ECILAD 2001 (Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec les services d'Aide au maintien à Domicile), vise à décrire les actions de coordination du professionnel infirmier libéral avec le secteur de l'aide à domicile (circonstances, moyens), dans le but de mettre en place une aide au maintien à domicile d'un patient.

La diversité des expériences recueillies, telles que décrites par des infirmiers libéraux, permet de mieux comprendre le fonctionnement sur le terrain de la prise en charge à domicile⁸.

- Dans sa pratique habituelle, dans quelles circonstances et par quels moyens l'infirmier libéral intervient-il, lorsqu'il estime que le maintien à domicile d'un patient nécessite la mise en place d'une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne ?
- Quels problèmes rencontre-t-il ?
- Quelles réponses à ces problèmes obtient-il ?

De fait, l'enquête ECILAD 2001 n'a pas pour objectif de décrire la situation du point de vue des services sociaux ou des médecins généralistes. Cependant, ces éléments étant utiles à la compréhension globale de la situation, nous apportons certains éléments de cadrage, en particulier concernant le secteur social, afin de préciser le contexte plus large de l'étude. De même, la question de la prise en charge de l'hygiène de la personne, point d'achoppement entre le sanitaire et le social, faisant actuellement débat au sein même de la profession infirmière, nous y apportons également quelques éléments de compréhension des textes officiels.

Nous abordons successivement quatre parties dans ce rapport.

1. La première partie présente la méthode de l'enquête sur laquelle l'étude s'appuie. Il s'agit d'une enquête menée par questionnaire auprès d'un échantillon de professionnels infirmiers libéraux.
2. La seconde partie décrit les échantillons d'infirmiers libéraux et de patients observés.
3. La troisième partie informe sur le secteur de l'aide à domicile et précise la connaissance générale qu'en ont les infirmiers libéraux, en particulier sur le plan local.
4. La dernière partie rapporte les cas de mise en œuvre concrète d'aides au maintien à domicile pour les patients, de l'évaluation des besoins aux solutions recherchées, en passant par les personnes ou organismes contactés, et précise les délais de réalisation et les circonstances des échecs.

7 Une précédente étude du CREDES (Com-Ruelle, 2000) a décrit l'évolution récente de la profession infirmière, tant sur le plan de sa démographie que sur celui de son activité proprement dite.

8 L'enquête elle-même n'apporte qu'une vision partielle de l'ensemble du besoin de mise en place d'aides aux actes essentiels de la vie quotidienne, puisque nous n'interrogeons qu'un seul point d'entrée : l'infirmier libéral. Or, notamment pour les SSIAD, selon l'enquête SSAD96 (Aliaga, 1996), les infirmiers libéraux ne sont à l'origine de la première prise en charge par un SSIAD que dans 7 % des cas, derrière la famille ou les voisins (40 %), le médecin traitant (22 %) et un service hospitalier (11 %).

1. Méthodologie

1. Méthodologie

L'enquête ECILAD 2001 (Enquête sur la Coordination des Infirmiers Libéraux avec l'Aide à Domicile), a été menée dans un souci de concertation avec les différents acteurs du secteur. Les objectifs de l'étude et le questionnaire sont le fruit d'une réflexion qui a associé à divers moments :

- des syndicats infirmiers libéraux⁹ (FNI, CI — dont SNIIL, Profil Infirmier et SPIL —, Onsil) ;
- des institutions (Assurance maladie, Directions ministérielles) ;
- et des chercheurs (CREDES, Fondation de l'Avenir).

Il s'agit d'une enquête statistique et prospective, par voie de sondage auprès des infirmiers libéraux, au moyen d'un questionnaire anonyme et autoadministré, la participation à l'enquête étant rémunérée.

L'enquête s'est déroulée du 17 septembre 2001 au 13 octobre 2001.

1.1. Échantillonnage

Compte tenu des faibles taux de réponse obtenus, lors d'enquêtes menées précédemment auprès des professionnels libéraux, nous fixons à 10 000 le nombre d'infirmiers interrogés, dans le but d'obtenir environ un millier de réponses exploitables. Les adresses sont issues d'un fichier d'activité du régime général de l'Assurance maladie concernant 52 000 infirmiers environ ayant exercé une activité libérale au cours de l'année 2000 (CNAMTS, 2001) ; le taux de sondage est de 19 %.

Les deux critères pouvant avoir un impact sur la pratique infirmière en matière de coordination avec les services sociaux et auxquels nous avons accès par le biais des fichiers de l'Assurance maladie, sont la densité départementale des professionnels libéraux du soin infirmier et la part d'activité qu'ils consacrent aux actes infirmiers de soins (AIS)¹⁰, comparativement à celle qu'ils consacrent aux actes médico-infirmiers (AMI)¹¹. Or, ces critères présentent de fortes disparités selon les départements et peuvent avoir un impact sur la mise en place de la Démarche de Soins infirmiers (DSI)¹². Afin de bien prendre en compte la diversité des situations locales, nous avons identifié, par des moyens statistiques, six catégories homogènes de départements, en fonction de leur densité infirmière libérale et de leur taux annuel moyen d'AIS. Ces catégories, ou strates, contiennent chacune de 8 à 25 départements.

Ainsi, sur le graphique ci-dessous, les strates de départements s'ordonnent, de gauche à droite, des plus faibles taux d'AIS avec des densités infirmières également faibles, vers des taux d'AIS de plus en plus forts et des densités très élevées. Les strates sont donc classées de façon croissante, à la fois selon le taux d'AIS et selon la densité infirmière libérale.

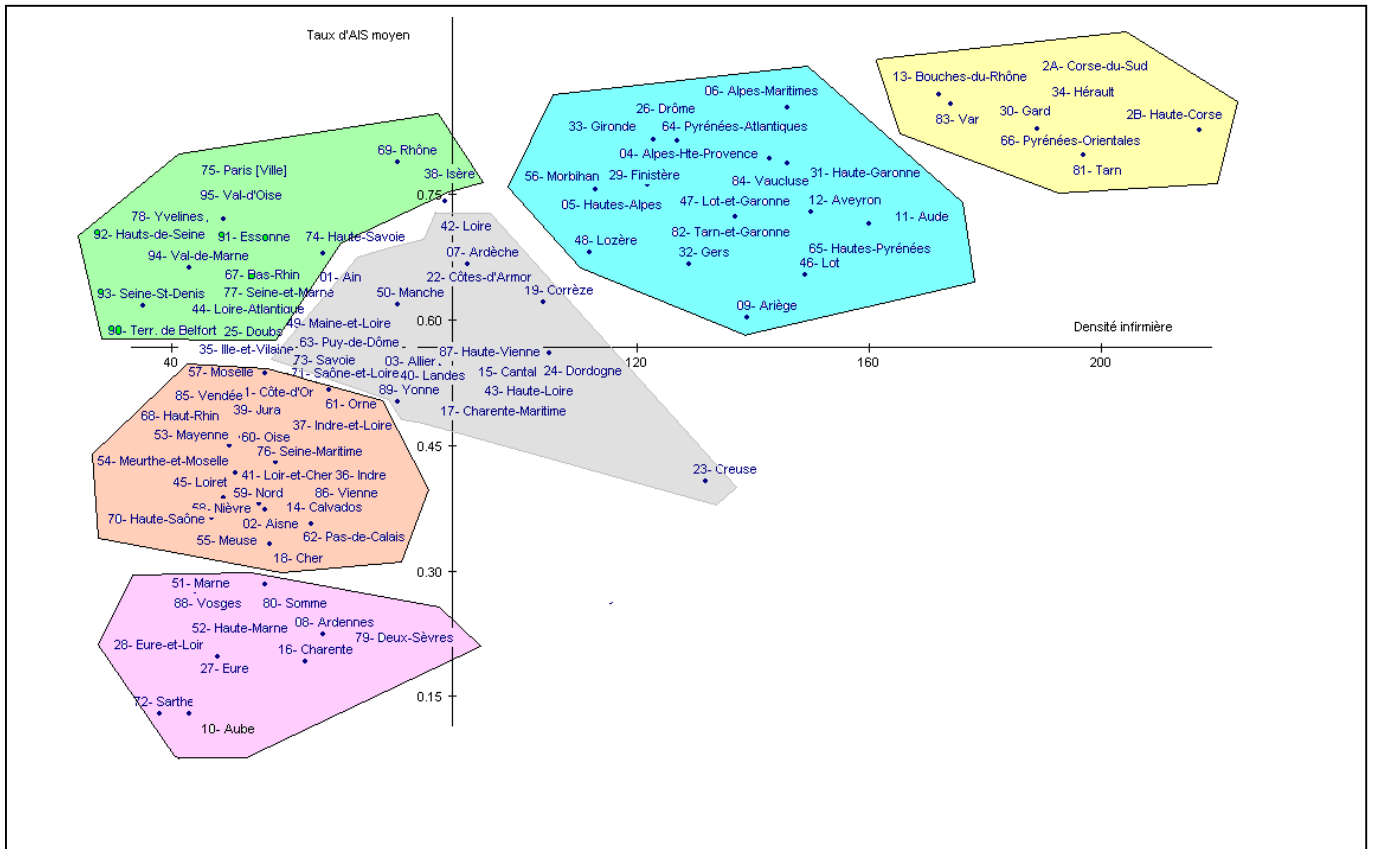
⁹ Tous ces sigles sont définis dans le glossaire

¹⁰ Cf. glossaire

¹¹ Cf. glossaire

¹² Cf. glossaire

Graphique n° 1
Typologie des départements français selon le taux d'AIS (en % de l'activité)
et la densité infirmière libérale pour 100 000 habitants



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Puis le plan de sondage des infirmiers libéraux est élaboré en deux temps.

1. En premier lieu, nous tirons au sort, à partir de la typologie départementale ci-dessus, un échantillon de départements représentatifs de la profession en termes de densité et d'activité : ainsi, dans chacune des 6 strates définies, de 2 à 5 départements sont tirés au sort, en fonction de la taille de la strate.

Départements retenus pour l'étude :

- Strate n° 1 : Aube et Vosges ;
- Strate n° 2 : Cher, Calvados et Seine-Maritime ;
- Strate n° 3 : Orne, Puy-de-Dôme, Seine-et-Marne, Seine-St-Denis et Paris ;
- Strate n° 4 : Landes, Côtes-d'Armor, Rhône ;
- Strate n° 5 : Hautes-Pyrénées, Finistère, Alpes-de-haute-Provence et Drôme ;
- Strate n° 6 : Pyrénées-Orientales et Gard.

2. En second lieu, dans chacun des départements retenus, les infirmiers sont tirés au sort (on retient environ 90 % d'entre eux) de façon à obtenir un échantillon de 10 000 professionnels exactement (environ 20 % de la population des infirmiers libéraux français), conformément au cahier des charges de l'enquête.

On obtient au final un échantillon d'infirmiers libéraux mais aussi, au travers des cas concrets de mise en place d'aide au maintien à domicile décrits par les participants à l'enquête, un échantillon de patients.

Tableau n° 1
Caractéristiques des départements enquêtés en termes de population âgée
et en termes de présence et d'activité infirmière libérale

	Effectifs d'infirmiers libéraux ¹³	Densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants	Part d'AIS dans l'activité libérale	Fréquence des dépassements de quotas annuels d'actes infirmiers	Population de + 75 ans
04 - Alpes de Haute Provence	214	126	77,7 %	3,0 %	36 872
10 - Aube	142	43	13,0 %	4,2 %	65 030
14 - Calvados	475	56	37,4 %	3,4 %	131 931
18 - Cher	205	57	33,3 %	5,6 %	81 839
22 - Côtes-d'Armor	660	97	65,5 %	1,7 %	149 935
26 - Drôme	674	127	81,3 %	6,4 %	98 446
29 – Finistère	1 338	122	76,0 %	3,4 %	210 185
30 - Gard	1 254	189	82,7 %	6,5 %	147 986
40 - Landes	350	85	54,9 %	0,3 %	89 784
61 - Orne	219	67	51,5 %	1,9 %	73 152
63 - Puy-de-Dôme	617	71	56,6 %	3,9 %	136 342
65 - Hautes-Pyrénées	375	150	68,8 %	1,3 %	62 575
66 - Pyrénées-Orientales	863	189	82,7 %	3,3 %	113 587
69 - Rhône	1 437	79	78,8 %	7,7 %	298 517
75 - Paris [Ville]	2 187	51	75,4 %	6,0 %	417 091
76 - Seine-Maritime	890	58	43,0 %	3,3 %	244 081
77 - Seine-et-Marne	712	56	61,8 %	7,4 %	173 906
88 - Vosges	215	46	23,5 %	3,1 %	88 412
93 - Seine-St-Denis	533	35	61,6 %	9,9 %	208 256

Source : CNAMTS et DREES¹⁴.

1.2. Taux de réponse et représentativité

Avec un taux de participation de 10 %, l'enquête ECILAD 2001 concerne 1 004 infirmiers répondants et rassemble 1 299 dossiers patients, soit un recrutement moyen de 1,3 patient observé par infirmier participant. Ce taux de réponse, habituel pour les enquêtes destinées aux professions libérales de santé, est satisfaisant eu égard au contexte de fortes revendications de la profession et malgré l'appel au boycott lancé par un syndicat infirmier minoritaire. Cependant, il reste trop faible pour constituer un échantillon représentatif des infirmiers libéraux. Les résultats portant sur l'échantillon des infirmiers n'ont pas vocation à être extrapolés à l'ensemble des infirmiers libéraux français. En revanche, nous estimons que l'échantillon des patients décrits par les infirmiers participants reflète de façon plus réaliste la diversité des cas de prise en charge.

¹³ Chiffres au 1^{er} janvier 2001 (source : DREES, répertoire ADELI)

¹⁴ Cf. glossaire

1.3. Questionnaire

Le questionnaire, reproduit en annexe, se compose de trois volets indépendants. Il a été testé auprès d'une vingtaine de professionnels libéraux et soumis aux trois syndicats d'infirmiers cités précédemment.

Le premier volet, ou **volet infirmier**, concerne le professionnel lui-même. Il permet à l'infirmier libéral de décrire de façon générale :

- son *environnement professionnel* ;
- ses *contacts habituels* avec le secteur de l'aide à domicile.

Dans les deux volets suivants, ou **volets patients 1 et 2**, il lui est demandé de décrire ce qu'il se passe concrètement, sur la base de l'observation de patients réels, un ou deux au maximum, recrutés au cours d'une période de quatre semaines. On écarte les patients pris en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD¹⁵) ou par un service d'hospitalisation à domicile (HAD¹⁶) car, en effet, ces structures ont déjà pour mission de coordonner les secteurs sanitaire et social lors d'un maintien à domicile. En outre, les patients inclus doivent remplir les conditions suivantes :

- le patient doit être vu entre le 17 septembre et le 13 octobre 2001 ; il peut s'agir d'un nouveau patient ou d'un patient déjà suivi mais dont l'état a évolué ;
- l'infirmier libéral doit avoir détecté chez ce patient un besoin d'aide, non encore satisfait, pour le maintien en milieu de vie ordinaire ; ce besoin concerne la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en plus des actes de compétence infirmière (soins infirmiers et actes médico-infirmiers) ;
- l'infirmier libéral doit initier concrètement une première démarche auprès des personnes ou services concernés pour répondre à ce besoin.

Le **volet patient n° 1** et le **volet patient n° 2** sont identiques. Ils concernent chacun un cas concret de patient pour lequel l'infirmier doit :

- évaluer les besoins d'aide au maintien à domicile ;
- indiquer ses prises de contact destinées à satisfaire ces besoins ;
- et décrire le résultat de ces contacts en termes de solutions apportées et / ou de difficultés qu'il rencontre à cette occasion.

Dans le cas où le professionnel n'a pas inclus de patient entre le 17 septembre et le 13 octobre, il renvoie le questionnaire avec uniquement le premier volet rempli. Sur le millier d'infirmiers qui ont participé à l'enquête, un tiers n'a pas rempli de volet patient. Dans un cas sur deux, aucun patient ne remplissait les conditions d'inclusion ; la raison invoquée dans les autres cas est une impossibilité de prendre en charge un nouveau patient. Dans la mesure où l'enquête a été menée à l'automne, il est possible que l'on ait ici un impact des quotas annuels limitant l'activité des infirmiers libéraux.

En effet, étant donné le profil des patients qu'il a ou a eu en charge, si l'infirmier prévoit d'atteindre son quota d'actes d'ici à la fin de l'année, il peut être amené à refuser de nouvelles prises en charge et diriger certains patients vers des confrères ou des SSIAD. Cependant, le contexte local (manque de professionnels et forte demande), allié à sa déontologie, peuvent limiter ces refus.

¹⁵ Cf. page 41 et glossaire

¹⁶ Cf. glossaire

2. Description des infirmiers libéraux enquêtés et des patients inclus

2. Description des infirmiers libéraux enquêtés et des patients inclus

Les deux types de volets, « infirmier » et « patient », du questionnaire de l'enquête ECILAD 2001, permettent de recueillir un certain nombre d'informations sur les caractéristiques des uns et des autres. En particulier, les caractéristiques des professionnels ayant répondu pourront être comparées aux différentes données métropolitaines publiées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) au ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ces comparaisons montrent que notre échantillon ne peut être considéré comme représentatif de la profession. Par contre, le nombre de cas décrits laisse présager une bonne représentation de la diversité des prises en charge par les infirmiers libéraux, qu'il s'agisse de prises en charge initiales ou de prises en charge se modifiant du fait de l'évolution de l'état de santé des patients.

2.1. Caractéristiques des infirmiers libéraux

Au total, un millier d'infirmiers ont répondu à l'enquête ECILAD 2001. Les données existantes sur les infirmiers libéraux montrent que notre échantillon est représentatif en termes de sexe et d'âge. En revanche, il nous est impossible de nous prononcer sur la représentativité globale de l'échantillon en termes d'activité. Les résultats montrent, par ailleurs, certaines spécificités dues à la zone géographique d'exercice des infirmiers.

2.1.1. Âge et sexe des infirmiers enquêtés

La représentativité de notre échantillon est correcte vis-à-vis des critères démographiques.

Le pourcentage d'hommes (15 % d'hommes) correspond à la proportion existant en France métropolitaine (en légère progression de 1997 (14 %) ¹⁷ à 2000 (15 %) ¹⁸).

Tableau n° 2
Comparaison des structures de population par tranche d'âge
entre l'échantillon ECILAD 2001 et le fichier ADELI

Âge	ECILAD 2001	ADELI ¹⁹
Moins de 35 ans	15 %	18 %
Entre 35 et 49 ans	64 %	59 %
50 ans et plus	21 %	23 %
TOTAL	100 %	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001 et DREES pour ADELI.

Les deux tiers des répondants, tous sexes confondus, sont concentrés dans la tranche d'âge intermédiaire, entre 35 et 49 ans. Rappelons que l'âge moyen d'un infirmier libéral était estimé à 41,2 ans en 1997 (Le Guen, 1999).

¹⁷ Le Guen C. (1999) « Les infirmiers libéraux en 1997 ». Point stat n° 17, Direction des Statistiques et des Etudes, CNAMTS.

¹⁸ Lenormand F. & al. (2001) « L'activité des infirmières libérales » en 1999 et 2000, Dossier Etudes et statistiques n° 52, DSE et DDRI et la CNAMTS.

¹⁹ DREES, Série statistique n° 21.

2.1.2. Activité et type d'exercice des infirmiers enquêtés

Le portrait type du répondant à l'enquête ECILAD 2001 est le suivant : il pratique vraisemblablement plus d'actes médico-infirmiers que la moyenne ; il est installé le plus souvent depuis moins de dix ans ; il exerce exclusivement en secteur libéral, fréquemment au sein d'un groupe, le plus souvent monodisciplinaire, et il se considère comme travaillant à temps partiel ; par contre, il collabore peu avec les SSIAD. Si la formation professionnelle semble l'intéresser, le manque de temps en limite la pratique.

En effet, concernant leur activité, 50 % des infirmiers ont déclaré avoir réalisé moins de 60 % d'actes cotés en AIS au cours de l'année 2000. Or, selon les données de l'Assurance maladie, les coefficients AIS représentent 66 % de l'activité totale en termes de coefficients en 2000 (CNAMTS, 2001). Plus précisément, un tiers des infirmiers exercent leur activité en faisant plus de 80 % d'actes de soins infirmiers (AIS), contre 16 % dans notre étude, soit la moitié moins. Les infirmiers libéraux à fort taux d'AIS sont donc sous-représentés dans notre échantillon.

Tableau n° 3
Répartition des infirmiers libéraux de l'échantillon ECILAD 2001
selon la part déclarée d'AIS dans leur activité annuelle

Part d'AIS déclarée	Pourcentage d'infirmiers
Moins de 30 %	24 %
De 30 à 59 %	26 %
De 60 à 79 %	28 %
80 % et plus	16 %
Non réponse	6 %
TOTAL	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Le taux de réponse n'est pas homogène selon les départements et il ne dépend ni de la densité infirmière ni de la part départementale d'AIS dans l'activité des infirmiers libéraux.

En effet, parmi les départements qui ont le mieux répondu, se trouvent les Alpes-de-Haute-Provence (densité moyenne à forte et proportion d'AIS forte), le Cher (densité faible et part d'AIS faible), les Côtes-d'Armor (densité moyenne à faible et part d'AIS forte), ou encore les Hautes-Pyrénées (densité forte et part d'AIS moyenne à forte). Parmi les départements ayant moins bien répondu se trouvent les Landes (densité moyenne à faible et part d'AIS forte), le Rhône (densité faible et part d'AIS forte) et Paris (densité faible et part d'AIS forte).

La répartition des infirmiers en fonction de la date d'installation dans leur commune d'activité actuelle révèle une part importante d'installations récentes : 36 % se sont installés après 1995, 22 % se sont installés entre 1990 et 1994 et 42 % se sont installés avant 1990.

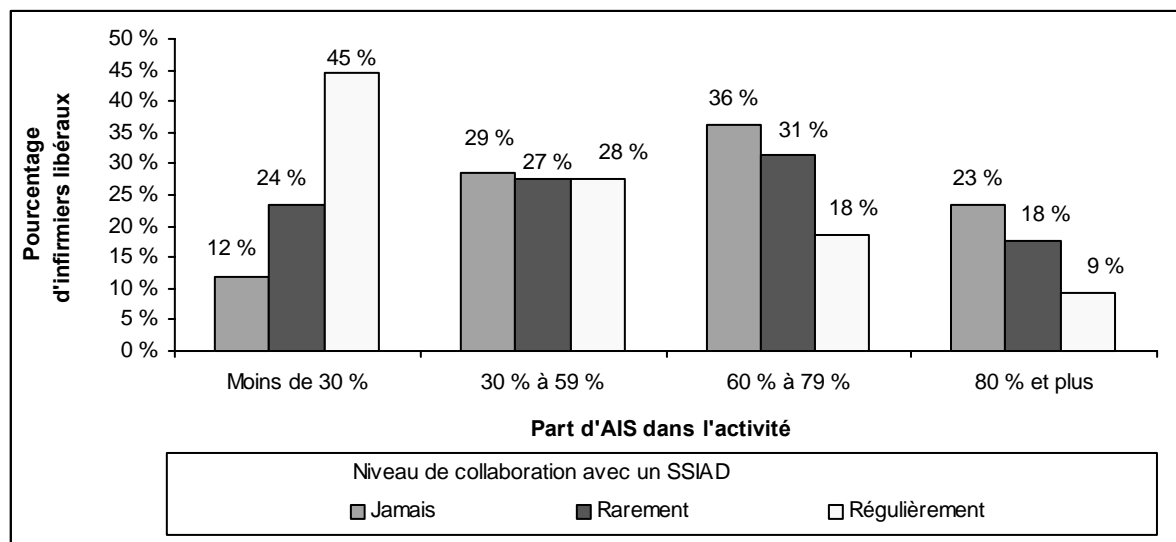
La quasi-totalité exerce en libéral exclusif (96 %) et ils sont une majorité à exercer en groupe monodisciplinaire (56 %). Pour les autres, ils exercent à 27 % seuls et à 17 % en groupe pluridisciplinaire. Or, selon les chiffres de la DREES au 1^{er} janvier 2001, les infirmiers libéraux travaillant en cabinet ne sont que 30 % à exercer en cabinet de groupe. Il semble donc que les infirmiers exerçant en groupe soit très surreprésentés dans notre enquête.

Outre l'exercice en cabinet de groupe, il est possible pour un infirmier libéral de passer une convention avec un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) ; l'infirmier reste rémunéré à l'acte par le SSIAD. Cette pratique semble plutôt faible dans notre échantillon : seuls 30 % des infirmiers

déclarent collaborer régulièrement avec un SSIAD, contre 34 % jamais et 36 % rarement. L'enquête SSAD96²⁰ (Aliaga, 1998) mettait pourtant en évidence le recours important à des professionnels libéraux : au cours de l'année 1996, environ 19 300 infirmiers libéraux sont intervenus dans le cadre d'un SSIAD, soit 43 % des infirmiers ayant exercé une activité libérale en 1996. Cette même enquête mettait en évidence une autre particularité des infirmiers libéraux travaillant avec un SSIAD : lorsqu'ils interviennent à la demande de cette structure, c'est principalement pour y dispenser des actes techniques dits médico-infirmiers (AMI) : sur la période analysée, les infirmiers concernés ont en effet effectué trois fois plus d'AMI que d'AIS.

Notre analyse de l'activité des infirmiers libéraux en fonction de leur participation à un SSIAD va dans le même sens. En effet, 44 % des infirmiers libéraux qui travaillent régulièrement pour un SSIAD déclarent moins de 30 % d'AIS. A l'opposé, ils ne sont que 9 % à déclarer plus de 80 % d'AIS, contre 23 % des libéraux ne travaillant jamais pour un SSIAD. Ceci indique bien que, lorsque la collaboration existe, les SSIAD assurent les soins infirmiers proprement dits (AIS), vraisemblablement grâce à leur personnel aide-soignant salarié, et font appel aux infirmiers libéraux pour les actes plus techniques (AMI).

Graphique n° 2
Répartition des infirmiers libéraux selon la part déclarée d'AIS dans leur activité annuelle pour chaque niveau de collaboration avec un SSIAD



Guide de lecture : parmi les infirmiers libéraux collaborant régulièrement avec un SSIAD, 45 % effectuent moins de 30 % d'actes cotés en AIS ; à l'opposé, 9 % en effectuent plus de 80 %.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Le travail à temps partiel est une autre caractéristique de la profession : le dernier chiffre publié (DREES, 1999) pour l'ensemble de la profession (salariée et libérale) fait état de 24 % de professionnels à temps partiel ; il a plus que doublé depuis 1983 (alors de 11 %). Dans notre enquête, 31 % des infirmiers libéraux se considèrent comme exerçant à temps partiel, soit un tiers de plus que l'ensemble des infirmiers.

²⁰ SSAD96 : les Services de Soins A Domicile en 1996.

Outre une probable différence entre les salariés et les libéraux, cet écart peut être le reflet du caractère subjectif de la notion de temps partiel dans le cadre d'une activité libérale. En particulier, les professionnels peuvent être amenés à déduire ou non les tâches administratives (rédaction des feuilles de soins, gestion du tiers payant, transmission aux caisses, comptabilité...) de leur activité de soins, cette dernière pouvant alors être jugée partielle au sein du temps de travail complet (soins et administration). Selon un porte-parole syndical, ces tâches deviennent de plus en plus prégnantes. Elles sont désormais plus souvent rassemblées sur une tranche horaire hebdomadaire spécifique au lieu d'être gérées au jour le jour. Une autre explication possible du temps partiel déclaré est liée à l'établissement de quotas d'activité annuels en 1991 ; ceux-ci conduiraient un certain nombre de professionnels à réduire leur activité à partir de l'automne, les quotas prévisionnels de fin d'année étant déjà atteints dès cette période. Or, 45 % des infirmiers qui n'ont pas inclus de patients dans l'enquête, alors qu'ils ont répondu au volet infirmier, déclarent qu'il leur est impossible de prendre en charge un patient supplémentaire. Il semble que cela touche plus particulièrement les infirmiers travaillant en zone urbaine puisqu'ils sont 53 % à fournir cette explication de non-inclusion, contre 29 % en zone rurale.

Enfin, les infirmiers libéraux interrogés montrent un intérêt certain pour la formation professionnelle ; 34 % d'entre eux en ont suivi une au cours des 12 derniers mois.

Tableau n° 4
Répartition des infirmiers libéraux selon le suivi d'une formation professionnelle au cours des douze derniers mois

Type de suivi	Pourcentage d'infirmiers
Participation	34 %
Pas de formation, dont : (plusieurs réponse possible)	66 %
<i>par manque de temps</i>	41 %
<i>pas de formation proposée intéressante</i>	13 %
<i>en raison du coût induit</i>	16 %
TOTAL	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Les infirmiers qui ne l'ont pas fait soulignent un manque de temps flagrant (41 % se plaignent d'un manque de disponibilité) et des freins classiques : le coût induit pour 16 %, un manque d'intérêt pour les sujets proposés pour 13 %.

Notons que l'avenant à la convention nationale des infirmiers (J.O. Numéro 27 du 1^{er} février 2002), relatif à la formation continue conventionnelle, incite à la formation en termes de coordination des soins car il prévoit de déterminer des thèmes réservés à des actions de formation interprofessionnelles. Ainsi, le récent colloque organisé à Paris en octobre 2001 sur le thème « Coordonner les soins à domicile - le partenariat médecin-infirmière », à destination des médecins généralistes et des infirmières, est régi par les dispositions de cet avenant.

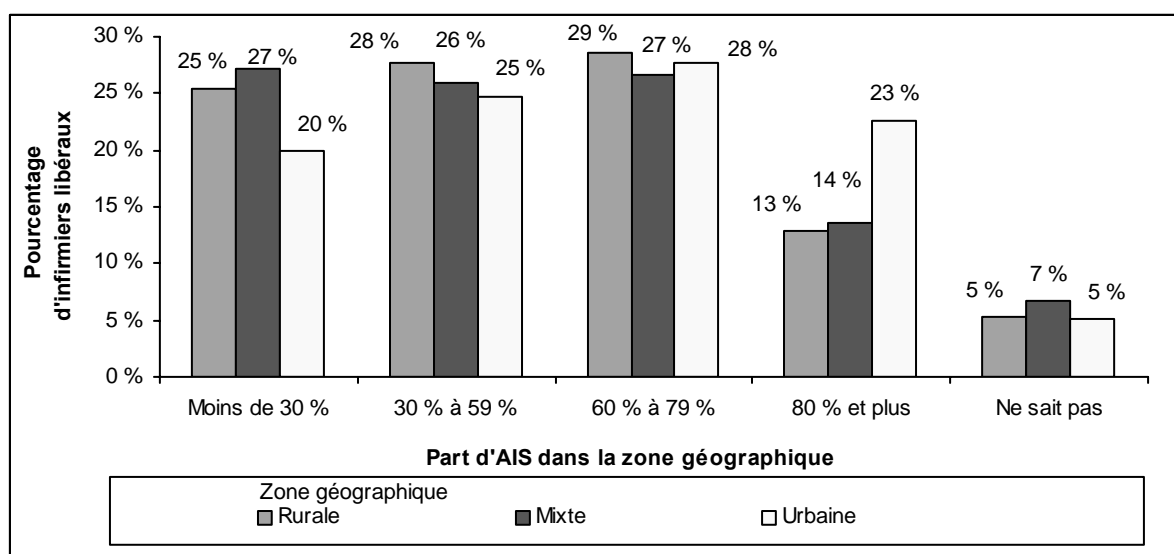
2.1.3. Zone d'implantation des infirmiers enquêtés

Les taux de réponse à l'enquête ECILAD 2001 sont relativement répartis entre les zones rurales (41 %), urbaines (33 %) et mixtes (26 %). Rappelons que les résultats suivants ne peuvent être généralisés à la France entière compte tenu du manque de représentativité de notre échantillon de professionnels infirmiers libéraux.

L'activité des infirmiers répondant à ECILAD 2001 présente des spécificités selon qu'ils exercent en milieu urbain ou rural.

Tout d'abord, il y a plus d'infirmiers à fort taux d'AIS en zone urbaine qu'en zone rurale. Environ 23 % des infirmiers exerçant en zone urbaine font plus de 80 % d'AIS, contre 13 % en zone rurale.

Graphique n° 3
Répartition des infirmiers libéraux selon leur part d'AIS dans chaque zone géographique



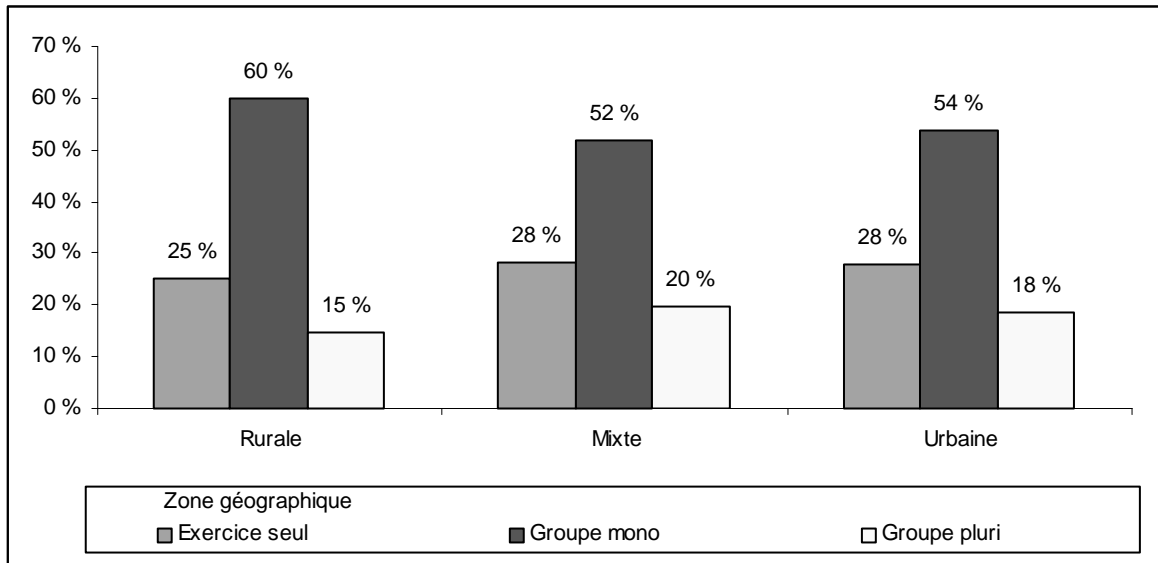
Guide de lecture : parmi les infirmiers libéraux installés en zone urbaine, 20 % effectuent moins de 30 % d'actes cotés en AIS ; à l'opposé, 23 % en effectuent plus de 80 %.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

L'exercice est presque exclusivement libéral, tant en zone rurale qu'en zone urbaine (97 % et 94 %) mais plus souvent à temps partiel en zone rurale qu'en zone urbaine (34 % contre 22 %).

La proportion d'infirmiers exerçant seuls est assez proche dans les trois zones. Par contre, lorsque l'infirmier exerce dans un cabinet de groupe, il le fait un peu plus souvent dans un cabinet de groupe monodisciplinaire en zone rurale et en cabinet de groupe pluridisciplinaire en zone urbaine ou mixte.

Graphique n° 4
Répartition des infirmiers libéraux selon leur mode d'exercice
dans chaque zone géographique



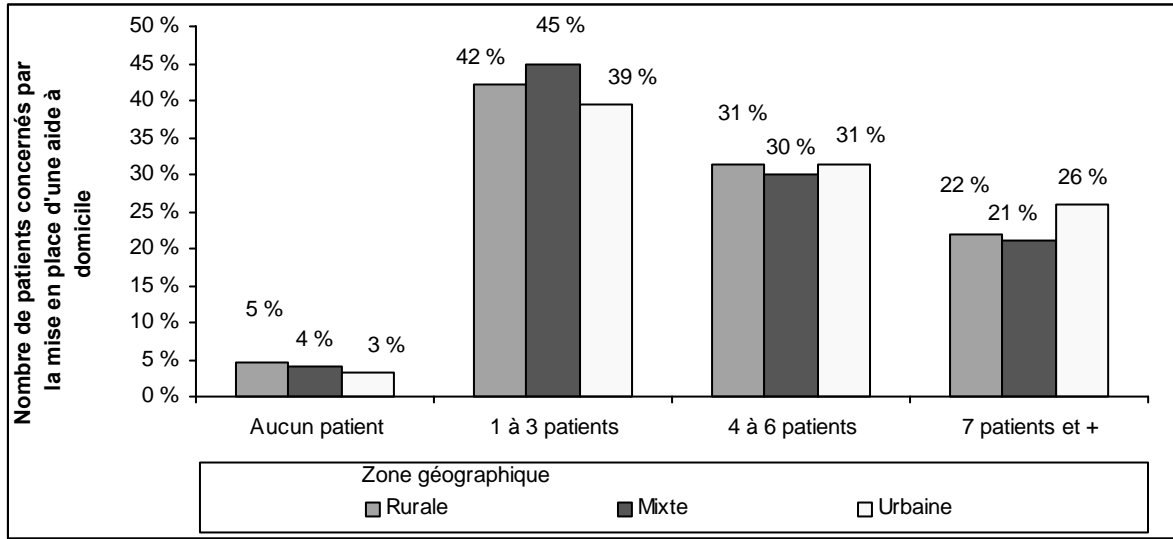
Guide de lecture : parmi les infirmiers libéraux installés en zone rurale, 25 % exercent seuls, 60 % en groupe mono disciplinaire et 15 % en groupe pluridisciplinaire.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Par ailleurs, les infirmiers libéraux de notre échantillon collaborent plus souvent avec des SSIAD en zone rurale : 38 % d'entre eux versus 19 % des infirmiers implantés en zone urbaine. Ceci est cohérent avec les parts d' AIS moindres qu'ils effectuent, les infirmiers libéraux étant alors chargés des actes plus techniques (AMI), alors que les aides-soignants salariés du SSIAD effectuent les soins. Cette collaboration peut survenir à la demande de l'infirmier lui-même, lorsqu'il fait appel au SSIAD dans le cadre du maintien à domicile par exemple, ou à la demande du SSIAD, lorsque celui-ci fait appel à l'infirmier libéral pour effectuer, en dehors des soins compris dans le forfait SSIAD, des actes médico-infirmiers complémentaires.

D'ailleurs, en zone rurale, les infirmiers déclarent avoir un peu moins de patients par an concernés par la mise en place d'une aide au maintien à domicile de leur propre initiative. Associé au résultat précédant d'une collaboration plus importante avec un SSIAD en zone rurale, ce trait peut être un indice d'une meilleure structuration de la prise en charge à domicile en zone rurale.

Graphique n° 5
Répartition des infirmiers libéraux selon le nombre de patients concernés, en un an, par la mise en place d'une aide au maintien à domicile pour chaque zone géographique



Guide de lecture : parmi les infirmiers libéraux installés en zone urbaine, 39 % déclarent rencontrer, en un an, 1 à 3 cas de patients concernés par la mise en place d'une aide à domicile, 31 % en rencontrent 4 à 6, 26 % 7 ou plus et 3 % aucun.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

2.2. Caractéristiques des patients et de leurs besoins d'aide

En 2000, la population française compte 12,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus (Kerjosse, 2001), parmi lesquelles l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID²¹) de l'Insee (Colin, 2000), recense 11,6 millions de personnes vivant à domicile²².

D'après la grille de Colvez²³, 1 million d'entre elles seraient dépendantes, dont 405 000 lourdement²⁴. L'analyse de la DREES souligne, à ce propos, que si la population de plus de 65 ans est passée de 7,9 millions à 9,4 millions au cours de la décennie 90, le nombre de personnes lourdement dépendantes a diminué dans le même temps, ce qui correspond à une baisse de la prévalence de la dépendance lourde par âge.

Notre enquête ne couvre pas la totalité de ce champ de la dépendance, puisqu'elle ne concerne que les nouveaux besoins d'aide à domicile chez un patient, qu'il s'agisse d'un nouveau patient ou non, patient par ailleurs soigné par l'infirmier libéral.

Les infirmiers ont décrit 1 300 cas de patients pour lesquels ils ont dû initier une prise en charge par le secteur de l'aide à domicile.

2.2.1. Caractéristiques démographiques et médicales des patients

L'âge et le sexe des patients

Les patients de notre échantillon sont âgés de 79 ans en moyenne. Ils sont pour l'essentiel très âgés : 62 % ont plus de 80 ans, 19 % ont plus de 90 ans, et seuls 7 % ont moins de 60 ans. Cette répartition est cohérente avec le fait que les principales dépendances liées à l'âge apparaissent plutôt à partir de 75, voire 80 ans.

Les patients concernés sont en majorité des femmes (60 %) ; ce résultat est identique à celui de l'enquête HID menée en 1999. La proportion d'hommes diminue à mesure que l'âge augmente, suivant ainsi la structure de la population générale. Vraisemblablement, la diminution, entre les deux dernières classes d'âge, du nombre de personnes incluses dans l'enquête, cumule l'effet de la mortalité et l'effet de l'augmentation de la proportion de personnes hébergées en institution et donc, hors du champ de l'enquête.

²¹ Cf. glossaire

²² L'enquête HID à domicile comprend, comme toutes les enquêtes ménages de l'Insee, les logements foyers, considérés comme des logements autonomes, sans que l'on puisse les isoler.

²³ La grille de Colvez mesure la perte de mobilité et classe les individus en quatre groupes :

- 1) personnes confinées au lit ou au fauteuil ;
- 2) personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement ;
- 3) personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile ou de l'institution où elles sont hébergées, mais n'appartenant pas aux niveaux précédents ;
- 4) autres personnes considérées comme non dépendantes.

²⁴ Selon l'enquête HID menée en 1999 auprès de personnes de plus de 60 ans vivant à domicile, 105 000 personnes seraient confinées au lit ou au fauteuil, 300 000 auraient besoin d'aide pour la toilette et l'habillement et 648 000 auraient besoin d'aide pour sortir.

L'état de santé des patients

Dans notre échantillon ECILAD 2001, les cas de mise en œuvre d'un maintien à domicile concernent de nouveaux patients pour un tiers des cas décrits (34 %). Par rapport aux patients déjà suivis par l'infirmier, ceux-ci sont plus souvent en sortie d'hospitalisation (53 % contre 34 % parmi les anciens patients) mais moins souvent en ALD (58 % contre 75 %) ²⁵. Il est possible que l'on retrouve ici l'un des résultats de l'enquête SSAD96 : l'hospitalisation est souvent l'occasion d'une prise de conscience par la famille ou le personnel soignant de l'inadéquation des moyens dont dispose la personne pour vivre chez elle.

Les trois quarts des patients (73 %) sont pris en charge à 100 % pour Affection de Longue Durée et près de quatre patients sur dix (41 %) sortent d'une hospitalisation (en soins aigus : 19 % ; en soins de suite : 22 %). Les patients sortant de l'hôpital ne se distinguent pas des autres patients quant à l'âge ni quant à la nature des soins infirmiers dispensés.

Plus de la moitié des patients (53 %) souffrent de troubles cognitifs ou psychiques. La part de personnes concernées augmente régulièrement jusqu'à 90 ans environ, passant de 42 % chez les moins de 60 ans à 59 % chez les 80 à 89 ans. Au-delà de 90 ans, cette part redescend à 44 % ; ce qui reflète certainement le fait que les personnes d'un grand âge qui restent à domicile sont celles qui sont le moins diminuées.

On peut rapprocher cette proportion de troubles cognitifs ou psychiques des chiffres de l'enquête SSAD 1996, selon laquelle 45 % des personnes prises en charge cumulent une dépendance physique lourde et une dépendance psychique. De même, l'enquête HID précise que, parmi les personnes confinées au lit ou au fauteuil, la moitié a également une dépendance psychique ²⁶ ; cette proportion est ramenée à 24 % parmi les personnes non confinées au lit mais ayant besoin d'aide pour la toilette et pour l'habillement.

Les besoins de soins infirmiers et système d'alarme

Neuf patients sur dix nécessitent des actes cotés en AIS (mais non exclusivement), dont six sur dix à la fois des soins infirmiers d'hygiène et d'autres soins (cf. tableau ci-dessous).

Tableau n° 5
Répartition des patients selon leurs besoins
en différents types de soins infirmiers

Types de soins infirmiers nécessaires	Pourcentage de patients
Uniquement des soins infirmiers d'hygiène (cotés en AIS)	25 %
Autres soins infirmiers (cotés en AIS)	6 %
Tous types de soins infirmiers (cotés en AIS et AMI)	61 %
Uniquement des actes médico-infirmiers (cotés en AMI)	8 %
TOTAL	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Les infirmiers interrogés jugent que la moitié des patients qui nécessitent une prise en charge ont besoin d'un système d'alerte (type téléalarme). Cette alarme est déjà en place dans 18 % des cas ; restent 32 % de patients pour lesquels ce besoin reste à satisfaire (cf. tableau ci-dessous).

²⁵ Les deux types de patients ne présentent pas d'autres caractéristiques différentes, ni pour l'âge, ni pour l'autonomie.

²⁶ Indicateur EHPA : une personne est dite dépendante psychiquement si elle est totalement incohérente et toujours désorientée, ou partiellement incohérente et parfois désorientée.

Tableau n° 6
Répartition des patients selon leur besoin d'un système d'alarme

Niveau de besoin d'un système d'alarme	Pourcentage de patients
Le patient nécessite une alarme	32 %
Le patient a déjà une alarme	18 %
Le patient n'a pas besoin d'une alarme	50 %
TOTAL	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

2.2.2. Évaluation de l'autonomie de la personne malade

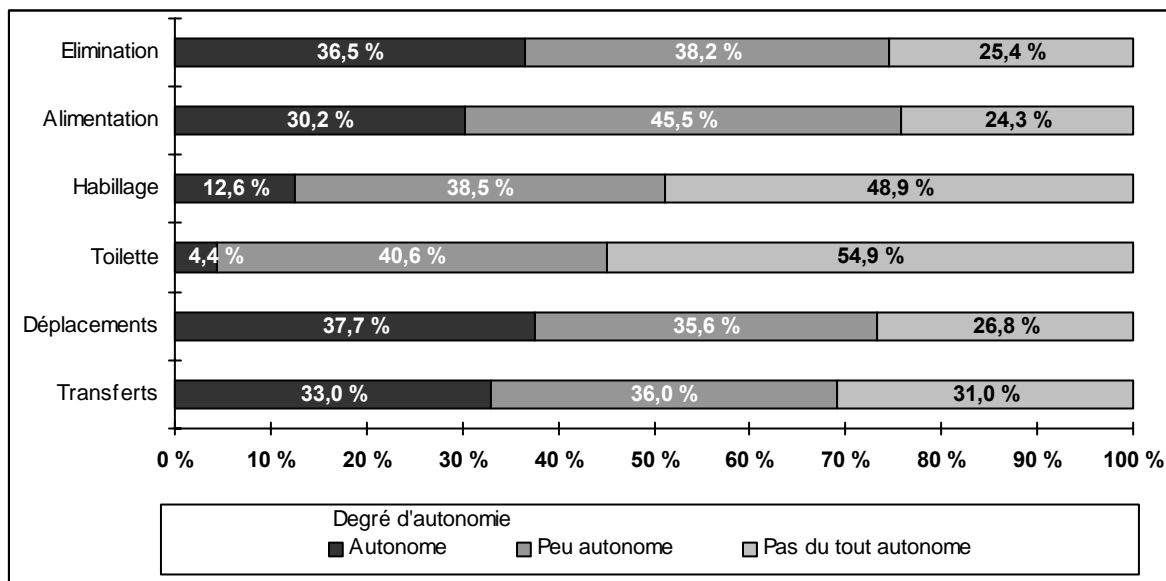
L'enquête ECILAD 2001 mesure l'autonomie du patient dans six domaines d'activité relatifs à sa personne :

- les transferts : lever, coucher, mise au fauteuil ;
- les déplacements : à l'intérieur ;
- la toilette ;
- l'habillage ;
- l'alimentation ;
- l'élimination.

Ces domaines d'activité sont déclinés selon trois niveaux :

- autonome (le fait seul habituellement et correctement) ;
- peu autonome (ne le fait pas seul, ou non habituellement, ou non correctement) ;
- pas du tout autonome (ne le fait pas du tout).

Graphique n° 6
Répartition de l'ensemble des patients observés selon leur degré d'autonomie
dans six domaines d'activité relatifs à la personne



Guide de lecture : vis-à-vis des transferts, 33 % des patients observés dans l'enquête ECILAD 2001 sont autonomes, 36 % sont partiellement dépendants et 31 % le sont complètement.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

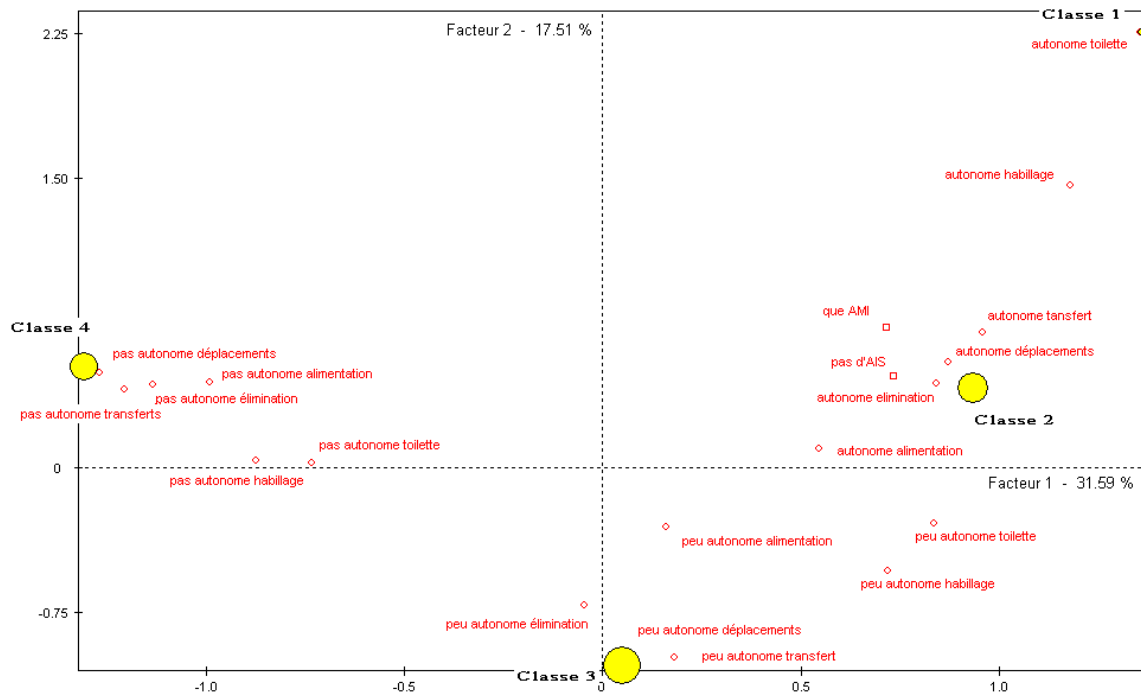
D'une manière générale, la toilette et l'habillage apparaissent comme les domaines qui présentent le plus de problèmes d'autonomie : seuls 4 % des patients sont parfaitement autonomes pour leur toilette et 13 % le sont pour l'habillage. Dans les autres domaines, la part de patients autonomes est d'environ un patient sur trois.

Des méthodes d'analyse des données (analyse factorielle et classification ascendante hiérarchique), nous permettent d'observer comment se combinent ces degrés d'autonomie entre les six domaines explorés. On met ainsi en évidence quatre grandes catégories de patients (cf. graphique suivant), des plus autonomes (classe 1, en haut et à droite) aux moins autonomes (classe 4, à gauche).

Globalement, l'exécution d'actes infirmiers de soins (cotés en AIS) dépend nettement du degré de dépendance des patients. Par contre, l'âge n'est pas un critère discriminant : les patients les moins autonomes ne sont pas les plus âgés ; on retrouve ici une caractéristique de l'enquête déjà évoquée précédemment, à savoir que les patients cumulant un grand âge et une perte importante d'autonomie sont le plus souvent pris en charge en institution, et donc hors champ de l'étude. Nous montrons plus loin (cf. 3.3.2) que l'âge du patient, s'il n'apparaît pas lié aux dimensions d'autonomie telles que l'enquête les recueille, joue cependant un rôle dans la prise en charge de l'aide à domicile, au travers de sa professionnalisation.

Graphique n° 7

Visualisation sur le premier plan factoriel des quatre classes de patients constituées selon leur degré d'autonomie ou de dépendance dans les six domaines d'activité explorés



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

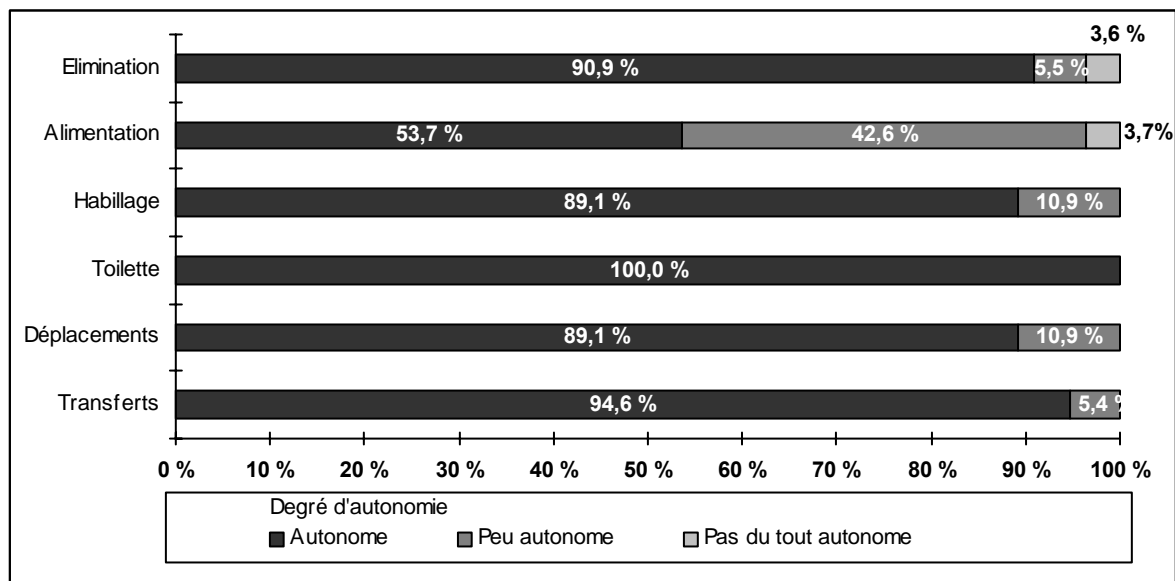
La description des classes d'autonomie des patients

Des patients presque autonomes (Classe 1 ; 5 % des patients)

Cette petite minorité de patients est quasiment autonome, contrairement aux autres catégories. Ils sont, dans une très large majorité, totalement autonomes quel que soit le domaine (y compris la toilette), à l'exception de celui de l'alimentation qui apparaît détériorée dans plus de quatre cas sur dix, et rarement avec perte complète d'autonomie (cf. graphique ci-dessous). Ceci évoque une difficulté d'alimentation répondant plutôt à une perte d'appétit liée à une pathologie (évolutive) et non à une dépendance, du moins physique. L'item alimentation a pu aussi être compris par certains infirmiers comme intégrant la confection du repas, à ce niveau du questionnaire, ce qui expliquerait la dépendance relative des patients qui serait alors plus sociale que physique.

Sept patients de cette classe sur dix ne nécessitent aucun acte infirmier coté en AIS : le champ d'intervention de l'infirmier libéral dans leur cas ne concerne que les actes techniques cotés en AMI.

Graphique n° 8
Répartition des « Patients presque autonomes » (classe 1 : 5 % de l'ensemble)
selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne

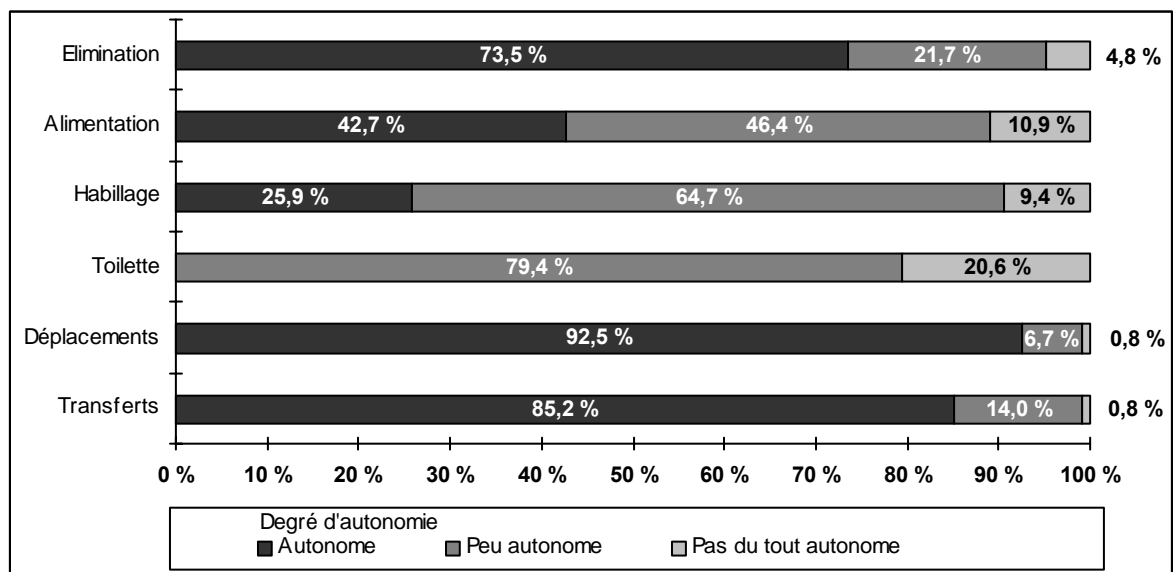


Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Une perte d'autonomie relative (Classe 2 ; 30 % des patients)

Ces patients sont relativement autonomes, en particulier concernant les déplacements et les transferts et, dans une moindre mesure, l'élimination (cf. graphique ci-dessous). L'absence complète d'autonomie est rare. On peut remarquer que la dépendance relative suit ici une sorte de gradient croissant entre les fonctions d'élimination, d'alimentation, d'habillage et, enfin, de toilette qui, déjà ici, paraît comme la fonction la plus atteinte. Ces différents éléments évoquent tout autant des besoins générés par des pathologies évolutives que par un état de dépendance autre.

Graphique n° 9
Répartition des patients en « Perte d'autonomie relative » (classe 2 : 30 % de l'ensemble)
selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Il s'agit, pour 70 % d'entre eux, de femmes (contre 60 % sur l'ensemble). Une part de ces patients sont aussi concernés uniquement par des actes techniques infirmiers cotés en AMI, les autres recevant, en plus de l'aide au maintien à domicile sollicitée, des soins infirmiers cotés en AIS.

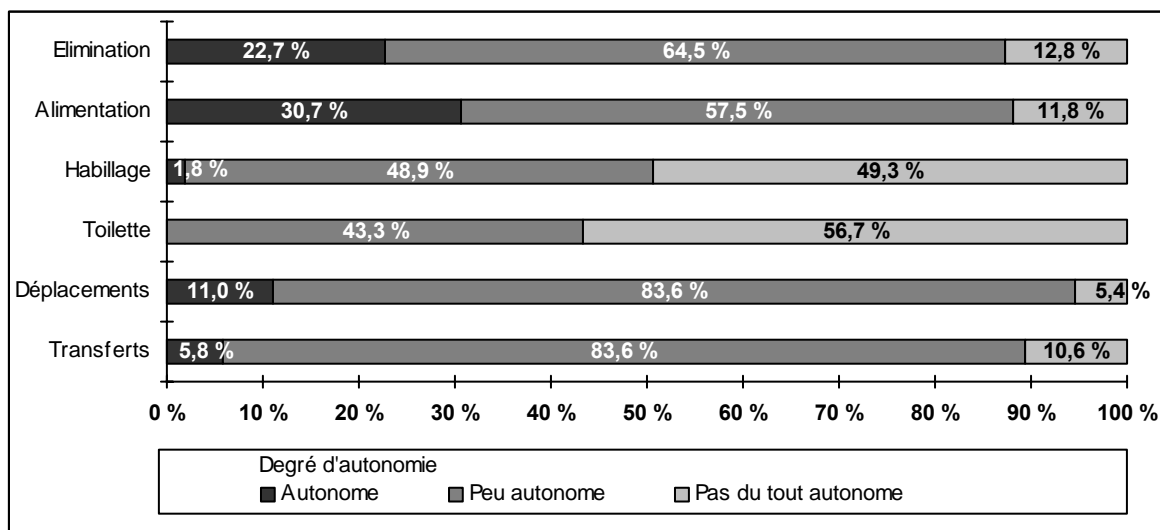
Une perte d'autonomie prononcée (Classe 3 ; 37 % des patients)

Ces patients sont peu, voire pas du tout autonomes, en premier lieu pour la toilette et l'habillage, puis pour les transferts et les déplacements (cf. graphique ci-dessous).

On remarque ici la progression avant tout de la dépendance associée pour la toilette et l'habillage. Les déplacements et les transferts, indicatifs d'une dépendance plus souvent de type locomoteur, mais aussi l'élimination et l'alimentation, de nature souvent différente, sont un peu mieux préservés.

Neuf patients de cette classe sur dix nécessitent des soins infirmiers cotés en AIS.

Graphique n° 10
Répartition des patients en « perte d'autonomie prononcée » (classe 3 : 37 % de l'ensemble) selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne



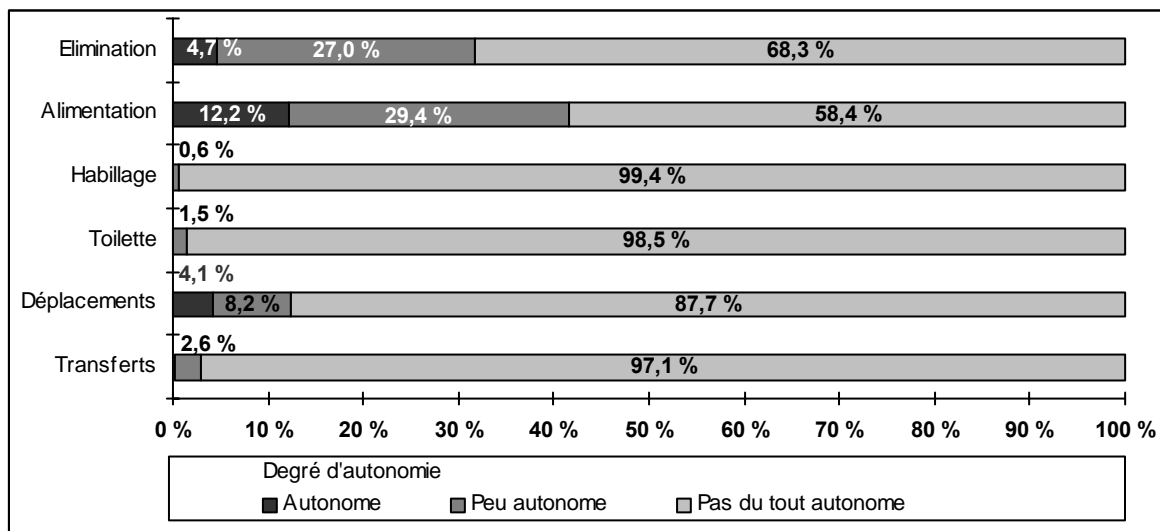
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Une grande dépendance (Classe 4 ; 28 % des patients)

Ces patients ont perdu presque toute, voire, pour quelques uns, toute autonomie. Ils sont en particulier totalement dépendants pour l'habillage et la toilette, mais aussi pour les transferts et presque autant pour les déplacements. De six à sept patients sur dix sont, de plus, totalement dépendants pour l'élimination et l'alimentation.

En sus de l'aide au maintien à domicile sollicitée, ils sont 97 % à nécessiter des actes de soins infirmiers cotés en AIS.

Graphique n° 11
Répartition des patients en « Grande dépendance » (classe 4 : 28 % de l'ensemble)
selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Au total, d'une classe à l'autre, lorsque la dépendance progresse, elle atteint d'abord la toilette et l'habillage qui apparaissent le plus souvent associés, puis les déplacements et les transferts et, enfin, l'élimination et l'alimentation. Si les fonctions de type locomoteur (déplacements et transferts) évoquent plus souvent un « état » de dépendance physique, parfois psychique, sans préjuger de leur caractère figé ou évolutif, au contraire, les deux dernières (élimination et alimentation) peuvent correspondre parfois à des pathologies au sens de la fonction organique, voire vitale.

2.2.3. Identification des nouveaux besoins d'aide non infirmière

Parmi les déficiences décrites dans la partie précédente, certaines sont déjà prises en charge. Notre étude s'intéresse plus particulièrement aux besoins non encore satisfaits et qui ne relèvent pas de soins infirmiers, afin de pouvoir observer les actions de coordination entre les infirmiers libéraux et le secteur de l'aide à domicile.

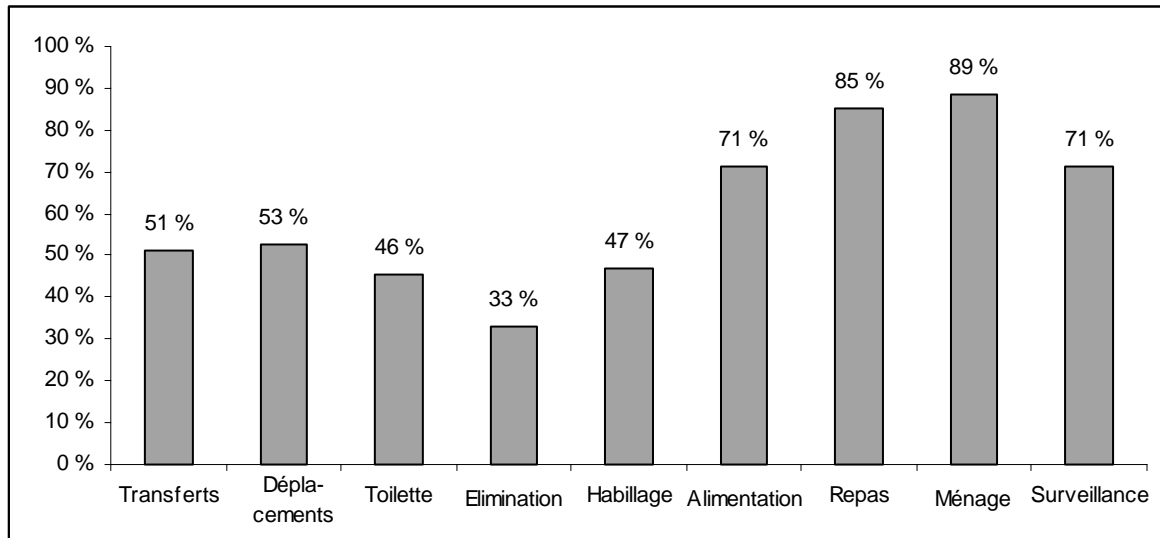
Outre le besoin de système d'alerte (type téléalarme) mentionné plus haut (cf. page 29), neuf types de besoins d'aide à l'accomplissement des actes ou gestes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers, sont ainsi identifiés dans l'enquête ECILAD 2001. On distingue les aides à la personne des aides relatives à l'environnement. Les premières répondent à la perte d'autonomie physique ou psychique décrite ci-dessus et concernent les transferts, les déplacements, l'aide à la toilette, à l'élimination urinaire ou fécale, à l'habillage, à l'alimentation et la surveillance. Les secondes répondent à la perte d'autonomie domestique et sociale et concernent l'aide aux repas (élaboration, portage...) et aux tâches ménagères (ménage, courses...).

Dans l'enquête ECILAD 2001, les aides les plus couramment citées par les infirmiers pour leur mise en œuvre concernent plus souvent l'environnement que la personne malade elle-même et sont les suivantes :

- le ménage (entre huit et neuf patients sur dix) ;
- l'aide au repas (entre huit et neuf patients sur dix) ;
- l'alimentation (sept patients sur dix) ;
- la surveillance (sept patients sur dix).

Les autres besoins nouveaux concernent de trois à cinq patients sur dix, l'aide à la toilette concernent entre quatre et cinq patients sur dix.

Graphique n° 12
Proportion de patients concernés par la mise en place d'une aide à domicile
selon les types de besoins non satisfaits



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

A l'exception de la classe des patients ayant une autonomie presque totale, les classes de patients, définies par la typologie d'autonomie relative à la personne, sont similaires entre elles en ce qui concerne la nature des nouveaux besoins à prendre en charge.

Pour les patients ayant une autonomie presque totale (classe 1), les besoins d'aide se situent plus au niveau de l'environnement que de la personne, c'est-à-dire au niveau de l'aide au repas et de l'aide pour le ménage : dans cette classe d'autonomie maximale, 90 % des patients présentent un nouveau besoin d'aide aux repas contre 79 % des patients caractérisés par une grande dépendance (perte quasi totale d'autonomie).

Dans les autres classes, de dépendance croissante, c'est la nécessité de mettre en place une surveillance qui prime de plus en plus : 83 % des patients de la classe « grande dépendance » sont concernés contre 38 % des patients de la classe « autonomie maximale ».

3. L'infirmier libéral et le secteur de l'aide à domicile

3. L'infirmier libéral et le secteur de l'aide à domicile

Selon l'enquête « services de proximité » de l'Insee, réalisée en 1999, pour trouver les intervenants susceptibles de répondre à leur besoin d'aide à domicile, les ménages dont un des membres a plus de 65 ans font appel, majoritairement, à un intervenant ou un organisme qu'ils connaissaient déjà (2/3 des ménages), ou s'adressent à la mairie, à un autre service public ou à une association (1/3). Les ménages privilégient donc les relations et les connaissances dans leur recherche de prestataire. Notre étude montre que les infirmiers sont partie prenante dans cette démarche de recherche.

En effet, si l'occasion de mettre en place une aide au maintien à domicile pour un de leurs patients n'est pas très fréquente sur une année (seuls 23 % des infirmiers libéraux interrogés rencontrent cette nécessité pour un patient tous les deux mois en moyenne), il n'en reste pas moins que la quasi-totalité des professionnels infirmiers libéraux rencontrent ce cas de figure au moins une fois par an (seuls 4 % des infirmiers interrogés déclarent ne pas avoir rencontré ce cas de figure).

Tableau n° 7
Répartition des infirmiers libéraux selon le nombre annuel de leur patients nécessitant la mise en place d'une aide

Nombre de patients rencontrés en un an nécessitant la mise en place d'une aide	Pourcentage d'infirmiers
Aucun	4 %
1 à 3 par an	42 %
4 à 6 par an	31 %
7 et plus	23 %
TOTAL	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

La complexité apparente du secteur de l'aide à domicile rend la démarche parfois malaisée : en effet, plusieurs intervenants différents sont susceptibles de prendre en charge une aide à domicile dans des structures également diverses.

3.1. Intervenants et structures de l'aide à domicile

L'aide à domicile, hors activités de soins infirmiers, est offerte principalement par trois catégories de professionnels, qui peuvent être employés par des structures privées, à but lucratif ou non, ou par des structures publiques.

3.1.1. Principaux intervenants dans l'aide à domicile

Trois intervenants principaux se partagent le secteur de l'aide à domicile : les aides ménagères, les auxiliaires de vie et les techniciens de l'intervention sociale et familiale (T.I.S.F.). Récemment, un nouveau Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale a été institué.

- **L'aide ménagère** intervient auprès des personnes âgées, principalement au niveau de son environnement, pour l'entretien quotidien du logement et du linge, pour les courses, les repas, mais elle peut aussi intervenir pour des actes sommaires d'hygiène corporelle. Elle est principalement salariée d'associations relevant de la loi 1901 et de services d'aide à domicile (privés ou communaux).

Cette aide ménagère pouvait être partiellement financée par l'aide sociale²⁷ ou par la caisse de retraite, soit en nature, soit en espèces sous certaines conditions. La loi du 20 juillet 2001 prévoit les modalités de passage des personnes bénéficiaires de ce financement vers l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sans rupture de droits pour l'usager.

Selon le ministère, il existe actuellement 80 000 aides ménagères.

- **L'auxiliaire de vie** a des fonctions semblables à celles de l'aide-ménagère²⁸, mais elle intervient plutôt auprès de personnes handicapées ou dépendantes. Elle leur délivre donc une aide aux mêmes gestes essentiels de la vie courante, l'aide à la personne étant accrue du fait du handicap ou de la dépendance : se lever, se coucher, l'aide à l'hygiène et à la prévention (à l'exclusion des soins infirmiers), l'aide à l'appareillage, mais aussi la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers courants, les démarches, les sorties, les courses, etc.

Pour bénéficier de l'aide d'une auxiliaire de vie, il est possible de l'employer directement ou de s'adresser à des organismes employeurs. Les services d'auxiliaires de vie sont gérés par des associations d'aide à domicile ou par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS²⁹) de la mairie ou par les syndicats intercommunaux. Ils sont rattachés à la convention collective des employés de maison.

- **Le technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)** intervient dans un domaine social plus large mais il ne pratique pas l'aide à la personne. Le nouveau Diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale se substitue en fait au certificat de travailleur(se) familial(e).

Il permet à son titulaire de mener des actions préventives ou réparatrices auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes handicapées, dans le cadre de la vie quotidienne (tâches ménagères, équilibre du budget familial, éducation des enfants), pour éviter tout risque d'exclusion sociale, économique, éducative et ce, tant à domicile qu'en établissement.

Environ 8 800 TISF sont aujourd'hui en activité. Les travailleurs familiaux sont généralement employés par des organismes publics ou privés d'aide à domicile. Le Diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale sanctionne une formation théorique et pratique de 18 à 24 mois (selon le projet pédagogique du centre de formation), dont l'accès est soumis à épreuves de sélection organisées par les centres de formation.

²⁷ Au 31 décembre 1999, 69 460 personnes âgées de plus de 65 ans bénéficient d'une aide ménagère au titre de l'aide sociale des départements (sur un total de 377 000 personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale, soit environ 18,5 %).

²⁸ www.sante.gouv.fr.

²⁹ Cf. glossaire

Aucun diplôme n'est obligatoire pour exercer les emplois d'aide ménagère et d'auxiliaire de vie. Selon l'enquête SAPAD, seules 9 % des aides à domicile seraient titulaires du CAFAD³⁰ (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile créé en 1988). Depuis mars 2002, un nouveau Diplôme d'État réforme le CAFAD : celui d'auxiliaire de vie sociale. Ses compétences portent sur l'accompagnement social et le soutien auprès des publics fragiles³¹ pour une aide dans la vie quotidienne, le maintien à domicile, la préservation, la restauration et la stimulation de l'autonomie des personnes, leur insertion sociale et la lutte contre l'exclusion. Outre les enseignements théoriques, la formation comporte une durée de stage de quatre mois.

3.1.2. Principales structures dans l'aide à domicile

Deux mesures principales ont permis d'asseoir le statut des services d'aide à domicile : la création du statut d'organisme agréé des services aux personnes en 1991³² et l'institution, en 1996, d'un agrément qualité obligatoire pour les services s'adressant aux personnes fragilisées (personnes âgées, handicapées ou dépendantes et enfants de moins de 3 ans).

Les structures impliquées dans l'aide à domicile peuvent être privées (secteur associatif ou de l'entreprise) ou publiques. Les organismes peuvent, soit offrir des services (activité de prestataire), soit proposer de mettre en relation la personne ayant un besoin d'aide avec les personnes qualifiées, ou aider aux démarches administratives (activité de mandataire).

Leur durée d'intervention est fixée en fonction des besoins et dans la limite des heures attribuées par les organismes financeurs s'il y a une aide financière.

- **Le secteur privé associatif d'aide à domicile** est prépondérant. En effet, en 1995, il gère notamment près de 60 % des places en service de soins infirmiers à domicile (voir ci-dessous).
- **Les établissements privés**, à but non lucratif (sociétés mutualistes, fondations) ou à caractère commercial, peuvent offrir des prestations dans le secteur de l'aide à domicile. Depuis la loi de janvier 1996, ces prestations donnent lieu à des réductions d'impôts si l'entreprise est agréée.
- **Les centres communaux (ou intercommunaux) d'action sociale (CCAS ou CIAS)** sont des établissements publics communaux (ou intercommunaux), présidés par le maire, et gérés par un Conseil d'Administration comprenant, à parité, les délégués élus du Conseil Municipal et des membres nommés par le maire parmi les représentants d'associations ayant une activité sociale au sein de la commune. Les CCAS existent dans chaque commune ou groupement de communes (CIAS).

³⁰ Cf. glossaire. Cette formation n'est ouverte qu'aux personnes qui exercent déjà des fonctions dans un service d'aide à domicile. En matière de formation initiale, il existe une mention complémentaire « aide à domicile » au brevet d'études professionnelles des carrières sanitaires et sociales et une option « service aux personnes » dans le cadre du brevet d'études professionnelles agricoles.

³¹ On entend par public fragile : les familles, les enfants, les personnes âgées, les personnes malades et les personnes handicapées.

³² La loi du 31 décembre 1991 instaure un agrément pour les associations de services aux personnes, accordé par la direction régionale du travail et de la formation professionnelle. Il permet aux particuliers, auprès desquels interviennent les services d'aide agréés, de bénéficier de la réduction d'impôt en faveur des emplois à domicile.

- **Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)** sont des structures qui se mettent en place progressivement. Concernant uniquement 25 sites en 2000 de manière expérimentale, le plan pluriannuel (2000-2004) prévoit en fait la création de mille centres³³. Ceux-ci doivent permettre aux personnes âgées³⁴ et à leur famille d'accéder à un pôle unique d'accueil et de soutien : ils ont une mission d'information et de coordination des services existants sur la base d'un plan d'aide pluridisciplinaire. Toutefois, si les circonstances et les moyens locaux le permettent, le CLIC peut mettre en œuvre l'aide et coordonner les services intervenants, tout en assurant son suivi.
- **Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** ont pour but d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement spécialisé des personnes âgées malades ou dépendantes en prévenant ou ralentissant la dégradation de leur état de santé. Les soins infirmiers à domicile, délivrés sur prescription médicale, correspondent non seulement à des gestes techniques, comme les injections et les pansements, mais aussi à des soins infirmiers d'hygiène et de confort, assurant ainsi les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux. Initialement créés pour les personnes âgées de 60 ans et plus, les SSIAD peuvent aussi intervenir chez les moins de 60 ans avec une procédure dérogatoire.

Les soins y sont assurés par trois catégories de professionnels : des infirmiers salariés devant à la fois assurer les actes inscrits dans leur champ de compétence, mais aussi coordonner les soins avec d'autres auxiliaires médicaux ; des aides-soignants salariés, afin d'assurer les soins d'hygiène générale, sous la responsabilité des infirmiers salariés ou d'infirmiers libéraux ; ces derniers peuvent en effet passer convention avec le service de soins à domicile pour effectuer une partie des actes.

La moitié des bénéficiaires des soins infirmiers à domicile délivrés par ces organismes ont plus de 85 ans (Aliaga, 1998). La prise en charge suit souvent une hospitalisation, une maladie ou une chute et il s'agit principalement de personnes dépendantes physiquement (92 % des personnes prises en charge au moment de l'enquête SSAD 96). Plus précisément, il s'agit de personnes confinées au lit ou au fauteuil (dans 27 % des cas) ou ayant besoin d'une aide pour la toilette ou l'habillage, tout en ayant conservé une certaine mobilité (65 % des cas).

Le financement de la prise en charge relève de l'Assurance maladie sur un mode forfaitaire à la journée.

Au 31 décembre 1996, 1 547 SSIAD totalisaient une capacité de 56 650 places avec une prédominance du secteur privé associatif (67 % des SSIAD). La capacité actuelle est de 60 000 places et on prévoit la création de 20 000 places d'ici 2005.

³³ Il peut s'agir : d'un service coordonné, à partir de services existants sur une zone géographique donnée ; d'un service intégré avec un gestionnaire unique de plusieurs services s'appuyant sur une structure telle qu'un hôpital, un CCAS, une association... ; d'une structure spécifique de coordination.

³⁴ Le CLIC dessert une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain.

3.1.3. Quelques données de cadrage sur l'aide à domicile

Outre l'enquête SSAD de 1996 qui a trait aux soins infirmiers à domicile, deux enquêtes récentes permettent de faire un état des lieux de l'aide à domicile à plus proprement parler : l'enquête SAPAD-Structure³⁵ (Dutheil, 2000) et l'enquête « Services de proximité » (Insee).

L'enquête SAPAD-Structure recense 7 000 services d'aide à domicile en 1998-1999. Ils sont principalement gérés par des associations (environ 70 %) ou rattachés à des CCAS (20 %). Ils reposent sur 220 000 professionnels, dont 97 % sont des aides ménagères et des auxiliaires de vie. Les TISF ne représentent donc que 3 % du personnel de ces services.

Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent la plus grande part des usagers de ces services (79 %), les handicapés et les familles représentent quant à eux respectivement 3 % et 18 % des usagers.

Selon l'enquête « Services de proximité », 2,3 millions de ménages, soit un tiers des ménages comportant une personne de plus de 65 ans, recourent à une aide extérieure, qu'elle provienne de proches (1,3 million de ménages concernés) ou de professionnels (1,5 million de ménages concernés).

³⁵ Cf. glossaire

3.2. Connaissance du secteur de l'aide à domicile par les infirmiers libéraux

Compte tenu de la complexité du secteur de l'aide à domicile, il est indispensable que les infirmiers libéraux connaissent bien le terrain car ils peuvent être amenés à solliciter une aide pour un patient ou à informer le patient ou sa famille, en particulier dans le cadre des propositions d'un Projet de Soins Infirmiers (PSI)³⁶ remplacé en 2002 par une Démarche de Soins infirmiers (DSI)³⁶.

Pourtant, leur connaissance générale des différents intervenants de ce secteur apparaît perfectible : en effet, seul un tiers des infirmiers libéraux ont le sentiment de très bien les connaître, six sur dix ne les connaissent que partiellement et un sur dix pas du tout. L'identification précise (nominément) des personnes du secteur est encore un peu plus difficile : plus nombreux sont les infirmiers incapables de citer un nom (17 %), au dépens de ceux qui peuvent toujours le faire (27 %).

Tableau n° 8
Répartition des infirmiers libéraux selon leur niveau de connaissance des intervenants du secteur de l'aide à domicile

Avez-vous le sentiment de connaître les différents intervenants du secteur de l'aide à domicile et leurs domaines de compétence (attributions, rôles...) dans votre zone géographique ?		Pensez-vous pouvoir associer un correspondant nominément identifié aux principaux types d'aides à domicile ?	
Très bien	32 %	Toujours	27 %
Partiellement	57 %	Parfois	56 %
Non	11 %	Non	17 %
TOTAL	100 %	Total	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Précisons par ailleurs que les infirmiers exerçant en zone rurale déclarent mieux connaître les différents intervenants de l'aide à domicile, que ce soit d'une manière générale (38 % contre 27 % en zone urbaine) ou de manière nominative (33 % contre 23 % en zone urbaine).

L'analyse des cas concrets de patients pour lesquels les infirmiers ont initié une demande d'aide au maintien à domicile montre que les infirmiers disposant d'un réseau dans le secteur social déclarent avoir eu moins de difficultés pour trouver un interlocuteur : 74 % des infirmiers ayant déjà des interlocuteurs privilégiés n'ont pas eu de difficulté pour identifier la personne susceptible de prendre en charge l'aide du patient en question, contre 53 % des infirmiers qui n'ont pas de correspondant identifié.

Cette connaissance imparfaite du secteur de l'aide à domicile peut expliquer qu'un infirmier libéral sur cinq déclare ne jamais contacter directement le service d'aide concerné, et un infirmier sur trois déclare ne jamais contacter directement une assistante sociale ou un organisme assurant la coordination.

A contrario, la famille et le médecin traitant sont des correspondants privilégiés pour l'infirmier libéral. En effet, les contacts pris pour mettre en place une aide à domicile se nouent d'abord massivement avec la famille (85 % s'adressent à elle le plus souvent) puis avec le médecin traitant (60 % s'adressent à lui le plus souvent).

³⁶ Cf. glossaire.

Tableau n° 9
Nature des personnes contactées par l'infirmier libéral et fréquence
lors d'une recherche d'aide pour les gestes essentiels à la vie quotidienne de ses patients

Personnes contactées par l'infirmier libéral <i>Plusieurs réponses sont possibles</i>	Fréquence des contacts établis en % d'infirmiers		
	Le plus souvent	parfois	Jamais
La famille	85 %	9 %	6 %
Le médecin traitant	60 %	25 %	15 %
Le service d'aide concerné	27 %	31 %	42 %
Une assistante sociale ou un organisme coordinateur	14 %	34 %	52 %
Je prends moi-même en charge le problème	13 %	36 %	51 %
Les amis, le voisinage	1 %	23 %	76 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Cette proximité de la famille et du médecin traitant semble bien refléter les situations sur le terrain : d'une part, parce que c'est une obligation déontologique pour l'infirmier d'informer la famille du besoin d'aide et de demander son accord pour faire intervenir un tiers auprès du patient ; d'autre part, parce qu'une prescription médicale aurait un impact non négligeable sur l'avancement du dossier de demande d'aide, ne serait-ce que parce qu'un avis médical est nécessaire à l'évaluation du degré de dépendance ouvrant droit à l'APA.

Sans que cela soit très frappant, les infirmiers implantés en zone rurale se tournent un peu plus souvent vers le médecin (dans 71 % des cas contre 64 % pour les infirmiers implantés en zone urbaine) et les infirmiers « urbains » vers la famille (dans 92 % des cas contre 89 % pour les infirmiers « ruraux »).

Outre le fait que les infirmiers libéraux ne connaissent pas nécessairement la personne ou l'organisme auquel il faut s'adresser pour que les besoins d'aide au maintien à domicile du patient soient pris en charge, ils rencontrent un certain nombre d'autres difficultés.

Tableau n° 10
Nature des difficultés perçues par l'infirmier libéral et fréquence
lors de la mise en place d'une aide au maintien à domicile pour ses patients

Difficultés perçues par l'infirmier libéral <i>Plusieurs réponses sont possibles</i>	Citées en 1 ^{er} choix	Nombre total de citations
Financement de l'aide	41 %	82 %
Personnel non disponible	29 %	66 %
Frein de la part du patient	16 %	57 %
Frein de la part de la famille	6 %	44 %
Pas de service à proximité	5 %	31 %
Autre	2 %	10 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Lorsque les infirmiers ont hiérarchisé les problèmes rencontrés, la principale difficulté citée est le financement de l'aide, la seconde difficulté évoquée est la non disponibilité du personnel apte à prendre en charge cette aide. L'analyse du nombre total de citations, sans tenir compte de l'ordre, révèle les mêmes difficultés principales : les problèmes financiers (huit infirmiers sur dix les citent) et les problèmes de disponibilité (les deux tiers des infirmiers citent un manque de personnel d'aide).

Lorsque l'on distingue entre zones rurales et zones urbaines, cette classification reste inchangée avec les difficultés de financement (84 % en zone urbaine contre 80 % en zone rurale) et des difficultés liées au manque de personnel (67 % en zone rurale contre 64 % en zone urbaine).

L'autre résultat intéressant est le frein opposé, soit par le patient, soit par la famille. Effectivement, plusieurs témoignages confirment qu'en dehors de toutes considérations financières, certains patients, principalement les personnes âgées, craignent l'intrusion de personnes étrangères à la famille chez elles et rechignent à voir une personne supplémentaire s'occuper d'eux.

Face à ces difficultés, les infirmiers libéraux se résolvent parfois à prendre eux-mêmes le problème en charge : 35 % déclarent le faire parfois et 13 % déclarent qu'en fait, ils se chargent du problème le plus souvent. Soulignons toutefois que 19 % déclarent ne jamais le faire.

En conclusion, la formation d'un réseau d'aide à domicile autour du professionnel infirmier, bien que fondamentale, semble insuffisante aujourd'hui ce qui place l'infirmier dans une position difficile et, probablement, coûteuse en temps lorsqu'il doit aider le patient à trouver toute l'aide nécessaire à son maintien à domicile. L'implication de l'infirmier dans un tel réseau dépend, assez logiquement, de son âge et de l'année de son installation. En effet, 20 % des infirmiers de moins de 35 ans ne connaissent pas les intervenants du secteur social, contre 9 % des plus de 35 ans. De plus, 16 % des infirmiers installés après 1995 ne connaissent pas les intervenants du secteur social, contre seulement 6 % des infirmiers installés avant 1990.

3.3. Perception des rôles des intervenants du secteur de l'aide à domicile par les infirmiers libéraux

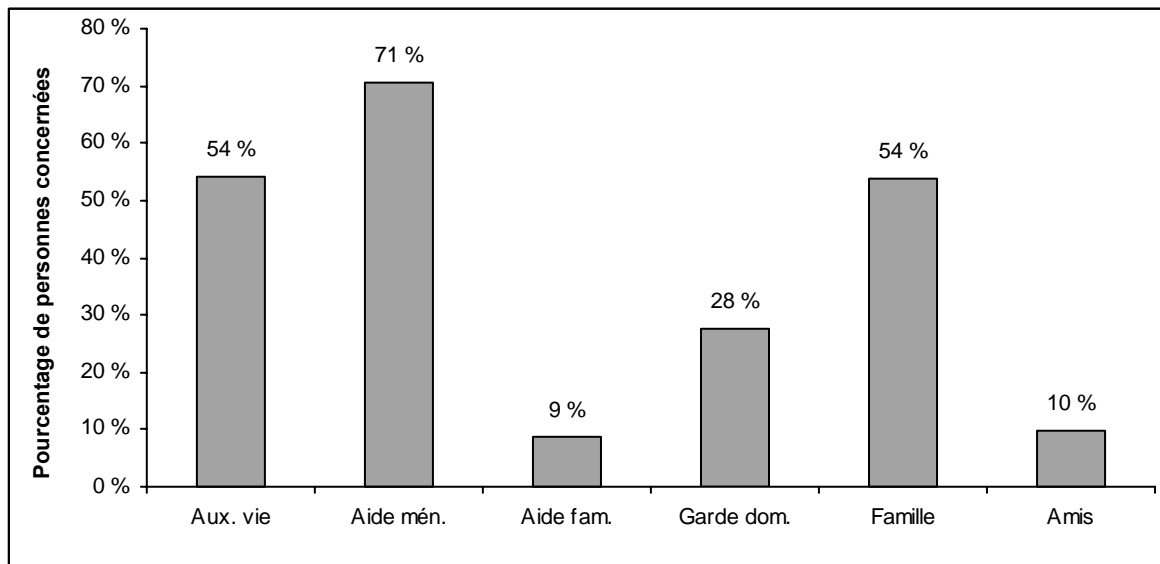
Selon l'enquête HID, les personnes bénéficiant de l'aide à domicile sont aidées en moyenne par près de deux personnes ; lesquelles peuvent être des membres de l'entourage (la majorité puisqu'ils constituent plus de 60 % des aidants) ou des professionnels³⁷. Pour près de 50 % des personnes âgées, l'aide provient uniquement de l'entourage ; toutefois, plus le patient est âgé et plus l'aide se professionnalise. L'aidant naturel est le plus souvent le conjoint, conjoint qui est de moins en moins souvent présent quand l'âge augmente.

Dans l'enquête ECILAD 2001, il semble que les infirmiers libéraux considèrent que les différents intervenants du secteur de l'aide à domicile soient polyvalents, et un même intervenant est fréquemment cité pour répondre à tous les types de besoins d'aide. Par ailleurs, le graphique ci-après montre que certains intervenants de l'aide à domicile ont une visibilité plus importante auprès des professionnels infirmiers libéraux. L'aide-ménagère, en particulier, est citée sept fois sur dix comme pouvant prendre en charge le besoin d'aide du patient, puis sont ensuite proposées l'auxiliaire de vie et la famille (cinq patients sur dix chacun). L'aide à domicile est plus ciblée pour la surveillance et l'aide familiale n'est presque pas citée.

³⁷ L'aide professionnelle comprend ici les infirmiers, les aides-soignantes, les agents de service hospitalier et les autres professionnels paramédicaux, ainsi que les aides ménagères, les femmes de ménage, les auxiliaires de vie, les gardes à domicile et les assistantes sociales.

Si l'on étudie le besoin de prise en charge dans sa globalité, tous types de besoins confondus, il apparaît que les différents intervenants sont rarement cités de façon exclusive, à l'exception, dans une faible mesure (9 % des cas), de l'aide-ménagère. En particulier, la famille, la garde à domicile ou le voisinage sont rarement cités seuls, ils sont très souvent combinés avec un autre intervenant (aide-ménagère et / ou famille et amis : 15 % des cas).

Graphique n° 13
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile, tous types de besoin cumulés



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

3.3.1. Différences perçues par l'infirmier libéral entre auxiliaire de vie et aide-ménagère

Tous types de besoin d'aide cumulés, l'auxiliaire de vie et l'aide-ménagère sont citées conjointement par l'infirmier dans 39 % des cas de patients observés dans l'enquête ECILAD 2001. Or, il faut rappeler que ces deux catégories d'aide à domicile occupent statutairement des fonctions proches, mais elles ne les exercent pas auprès des mêmes patients. En effet, les premières sont censées intervenir principalement auprès des handicapés et des personnes dépendantes, les secondes interviennent auprès des personnes âgées³⁸. Les professionnels infirmiers font-ils une distinction en ce qui concerne les fonctions de ces deux professionnels de l'aide à domicile ?

Pour répondre à cette question, nous avons demandé aux infirmiers libéraux de nous indiquer, par type de besoin, le (ou les) professionnel(s) de l'aide à domicile qui, selon eux, devrai(en)t réaliser les nouveaux actes d'aide nécessaires. Les graphiques détaillant les réponses des infirmiers libéraux sont présentés en annexe 1 : en voici résumées les principales tendances observées.

- En ce qui concerne les transferts, les déplacements et, dans une moindre mesure, l'élimination, les recours les plus souvent envisagés sont tout autant l'auxiliaire de vie que la famille (autour de quatre cas sur dix environ³⁹), puis viennent l'aide-ménagère et la garde à domicile (de l'ordre de deux cas sur dix).

³⁸ <http://www.social.gouv.fr/index.htm>

³⁹ Les statistiques concernant chacun des besoins d'aide ne sont calculées que sur les patients nécessitant une telle aide et non sur la population totale des patients.

- Les recours envisagés pour l'aide à la toilette et à l'habillage sont similaires entre eux : l'auxiliaire de vie est le plus cité (six patients sur dix), la famille venant ensuite mais elle est deux fois moins souvent citée (deux à trois cas sur dix), l'aide-ménagère n'étant citée que dans moins de deux cas sur dix.
- Du point de vue des infirmiers libéraux, l'alimentation (tant l'action de nourrir que la confection ou le portage éventuel du repas) est typiquement du ressort de l'aide-ménagère (quatre à cinq cas sur dix environ) ou de la famille (trois à quatre cas sur dix environ), l'auxiliaire de vie n'étant citée que dans deux à trois cas sur dix.
- Pour le ménage, l'aide-ménagère est largement en tête dans près de sept cas sur dix, la famille étant sollicitée dans trois cas sur dix.
- Enfin, la surveillance doit être assurée tout d'abord par la famille (un cas sur deux), puis par une garde à domicile (un cas sur quatre), l'auxiliaire de vie et l'aide ménagère n'étant citées respectivement que dans deux et un cas sur dix.

Rappelons qu'il s'agit ici de nouvelles aides à apporter au patient, les besoins préalablement satisfaits n'entrant pas en ligne de compte, notamment à travers l'aide qu'assure déjà la famille, voire un éventuel personnel en place précédemment. Nous ne possédons pas l'information complète, ni sur l'existence d'aidants naturels (famille notamment) au domicile du patient et leurs propres capacités physiques et psychiques d'intervention, ni sur les aides déjà en place pour affiner l'analyse.

Ces réponses montrent que les infirmiers libéraux établissent une distinction entre les fonctions de l'aide ménagère et celles de l'auxiliaire de vie : l'aide ménagère est sollicitée plus souvent pour un rôle de soutien de l'individu dans son environnement (alimentation, repas, ménage) ; l'auxiliaire de vie est sollicitée pour des attributions plus en rapport avec le sujet lui-même (transferts et déplacements, élimination, toilette, habillage).

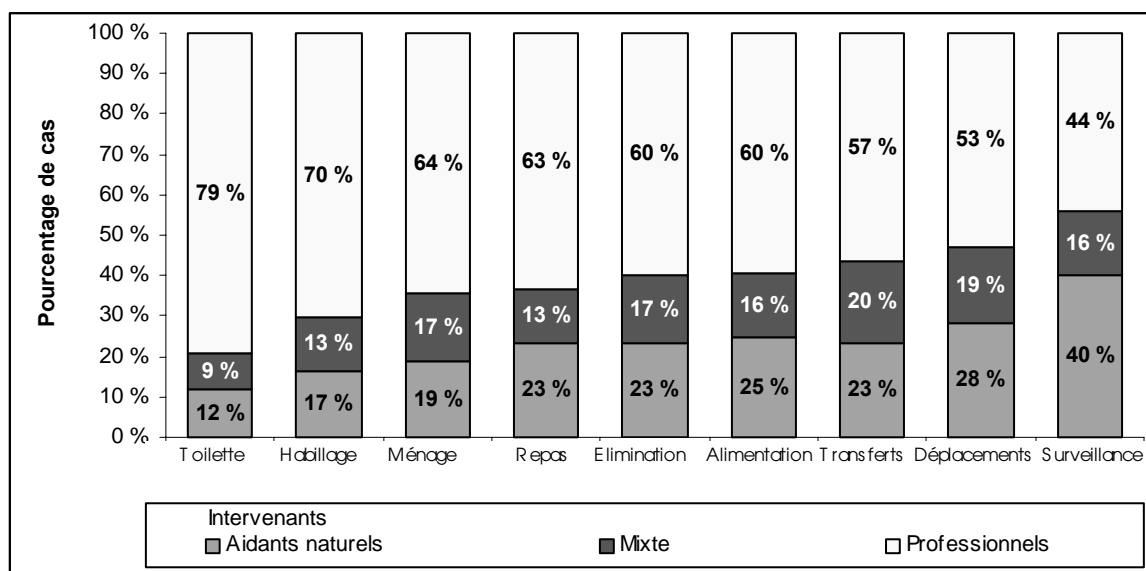
Il semble, par ailleurs, que l'auxiliaire de vie ait plus de visibilité en zone urbaine, les infirmiers la désignent dans 63 % des cas comme une personne susceptible de prendre en charge un besoin non satisfait, contre 45 % des infirmiers exerçant en zone rurale. *A contrario*, la famille est citée dans 60 % des cas en zone rurale et dans 43 % des cas en zone urbaine.

Quoi qu'il en soit, la famille est présente dans tous les domaines. Elle est même un élément fondamental dans la surveillance avant le recours à une aide professionnelle.

3.3.2. Professionnalisation du maintien à domicile comme substitut à l'aidant naturel

L'aide à domicile peut prendre la forme d'une aide professionnelle (auxiliaire de vie, aide ménagère, aide familiale ou garde à domicile) et / ou d'une aide informelle, quand la famille de la personne prise en charge intervient. Pour un même besoin d'aide, l'infirmier peut juger que celle-ci relève d'un ou de plusieurs aidants professionnels, d'aidants naturels (famille ou entourage), ou de ces deux types d'aidants qui interviennent alors de manière complémentaire. Ce dernier cas de figure ne concerne au plus que un à deux cas sur dix, selon le type d'aide, soit 1,1 à 1,2 proposition d'intervenants par cas. Parmi les besoins d'aide à satisfaire, la toilette et l'habillement, qui touchent à l'intime et sont relativement complexes, relèvent plus particulièrement d'une aide professionnelle. Quand ces aides sont jugées nécessaires, les infirmiers interrogés désignent respectivement l'aide professionnelle exclusive (sans citer conjointement la famille) dans huit et sept cas sur dix. A l'opposé, la surveillance est l'aide jugée la plus apte à être réalisée de façon informelle et exclusive : en effet, dans quatre cas sur dix, la famille ou les proches suffisent. Pour les autres types de prise en charge, l'aide professionnelle exclusive concerne de l'ordre de six cas sur dix (cf. graphique ci-dessous), les fonctions vitales étant un peu plus souvent confiées aux professionnels que les déplacements.

Graphique n° 14
Part des différents types d'intervenants présentés par les infirmiers libéraux
selon la nature du besoin d'aide à domicile requis

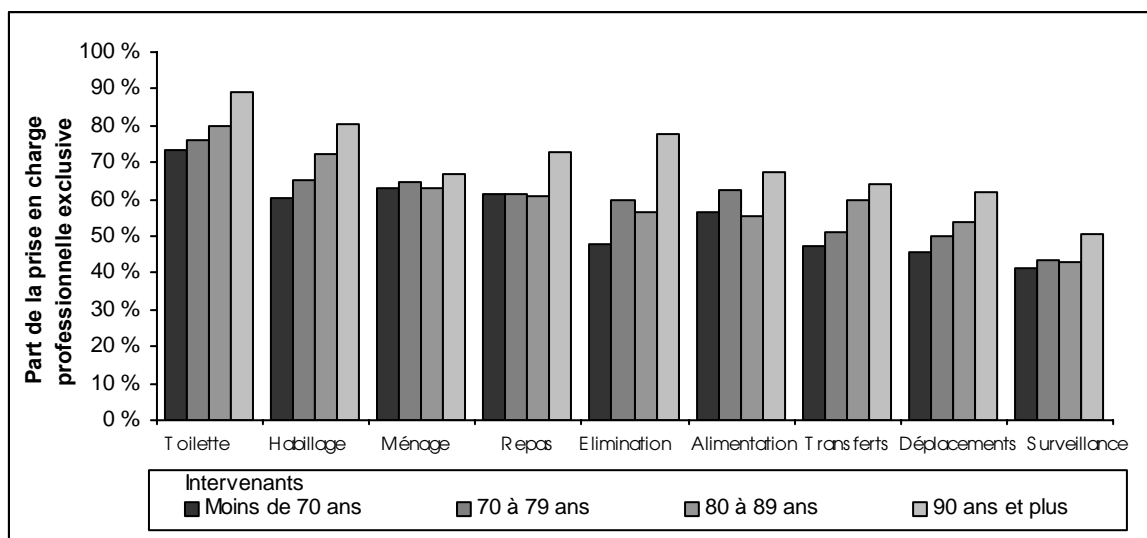


Guide de lecture, vis-à-vis de la toilette, dans 79 % des cas de patients qui nécessitent une aide, les infirmiers libéraux proposent l'intervention d'un professionnel de façon exclusive, dans 12 % celle d'un aidant naturel et dans 9 % celle de l'un et / ou l'autre de ces deux types d'intervenants.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

L'aide ne semble pas se professionnaliser quand la dépendance, telle que nous l'avons mesurée (cf. 2.2.2), augmente. D'autres facteurs non médicaux peuvent entrer en jeu, comme l'isolement de la personne, son niveau d'éducation, ses difficultés financières (Breuil, 1999). Dans l'enquête ECILAD 2001, nous observons ainsi que le besoin d'aide professionnelle augmente avec l'âge du patient. En effet, l'âge du patient est vraisemblablement fortement corrélé avec l'âge de l'aidant naturel. Ce dernier, enfant ou conjoint du patient dans la plupart des cas, devient en vieillissant de moins en moins apte à réaliser des aides au contenu physique comme l'habillement ou la toilette. De fait, à l'exception de l'aide au ménage et de la surveillance pour lesquelles cette tendance est peu marquée, tous les types d'aide se professionnalisent avec l'âge (cf. graphique ci-après).

Graphique n° 15
Part de la prise en charge professionnelle exclusive pressentie par les infirmiers libéraux
selon la nature de l'aide à domicile requise et l'âge du patient

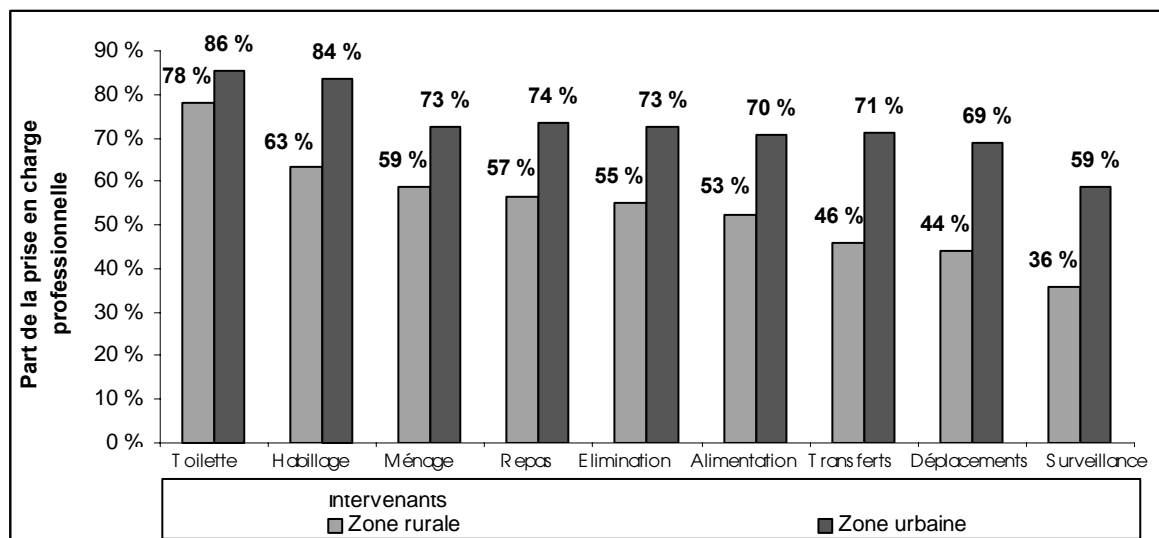


Guide de lecture, les infirmiers libéraux proposent l'intervention d'un professionnel de façon exclusive dans 90 % des cas de patients concernés par l'aide à la toilette mais seulement dans 50 % des cas lorsqu'il s'agit de la surveillance.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

L'aide sollicitée apparaît également plus professionnalisée en zone urbaine où, quand elle est envisagée de façon exclusive, sans recours concomitant éventuel aux aidants familiaux, elle concerne six à huit cas sur dix en fonction du type d'aide, contre quatre à six cas sur dix en milieu rural. L'écart de professionnalisation de l'aide est plus important pour les besoins concernant la surveillance et les déplacements ou transferts, requérant en fait moins souvent une aide professionnelle. A l'opposé, l'écart est réduit au minimum concernant la toilette, qui est, par ailleurs, le besoin requérant le plus souvent une aide professionnelle (cf. graphique ci-dessous).

Graphique n° 16
Part de la prise en charge professionnelle exclusive pressentie par les infirmiers libéraux selon la nature de l'aide à domicile requise et la zone géographique



Guide de lecture. les infirmiers libéraux proposent l'intervention d'un professionnel de façon exclusive dans 59 % des cas de patients concernés par la surveillance en zone urbaine mais seulement dans 36 % des cas en zone rurale.

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

3.3.3. Distinction entre les soins infirmiers d'hygiène et l'aide à la toilette

Les soins infirmiers d'hygiène sont une composante du rôle propre de l'infirmier. Mais quelle différence y a-t-il avec l'aide à la toilette ? Quelle est la population concernée par l'une ou l'autre ? Qu'en est-il de l'évaluation de ces besoins par les infirmiers libéraux dans l'enquête ECILAD 2001 ?

Selon l'enquête HID interrogeant des patients de plus de 60 ans à domicile en 1999, 300 000 personnes ont besoin d'aide pour la toilette et pour l'habillage, 211 000 ont besoin d'aide pour la toilette uniquement et 103 000 pour l'habillage uniquement ; ce qui représente 5,3 % des personnes de plus de 60 ans. En se basant sur une définition élargie de la dépendance selon la grille Colvez, 719 000 personnes de plus de 60 ans et vivant à domicile peuvent être considérées comme dépendantes, dont 71 % ont un besoin d'aide lié à la toilette.

Dans l'enquête ECILAD 2001, seuls 4 % des patients observés sont jugés autonomes vis-à-vis de la toilette par l'infirmier libéral. Parmi les 96 % de patients qui ne le sont pas (55 % sont dépendants complètement et 41 % partiellement), seuls 47 % nécessitent, toujours d'après l'infirmier libéral, une nouvelle prise en charge de ce problème en termes d'aide à la toilette. Cet écart s'explique, soit parce que certaines personnes sont déjà prises en charge, soit parce que l'infirmier juge que le besoin relève de son rôle propre et correspond à la nécessité de prodiguer des soins infirmiers d'hygiène.

Tableau n° 11
Part des patients plus ou moins dépendants vis-à-vis de la toilette
selon leurs besoins en soins infirmiers d'hygiène
et leurs nouveaux besoins d'aide à la toilette

<i>Patients dépendants vis-à-vis de la toilette</i>	Besoins en soins infirmiers d'hygiène				Total	
	Oui		Non			
Nouveau besoin d'aide à la toilette	<i>% ligne</i>	% de patients sur l'ensemble	<i>% ligne</i>	% de patients sur l'ensemble	<i>% ligne</i>	% de patients sur l'ensemble
Oui	81 %	38 %	19 %	9 %	100 %	47 %
Non	94 %	50 %	6 %	3 %	100 %	53 %
TOTAL	88 %		12 %		100 %	

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

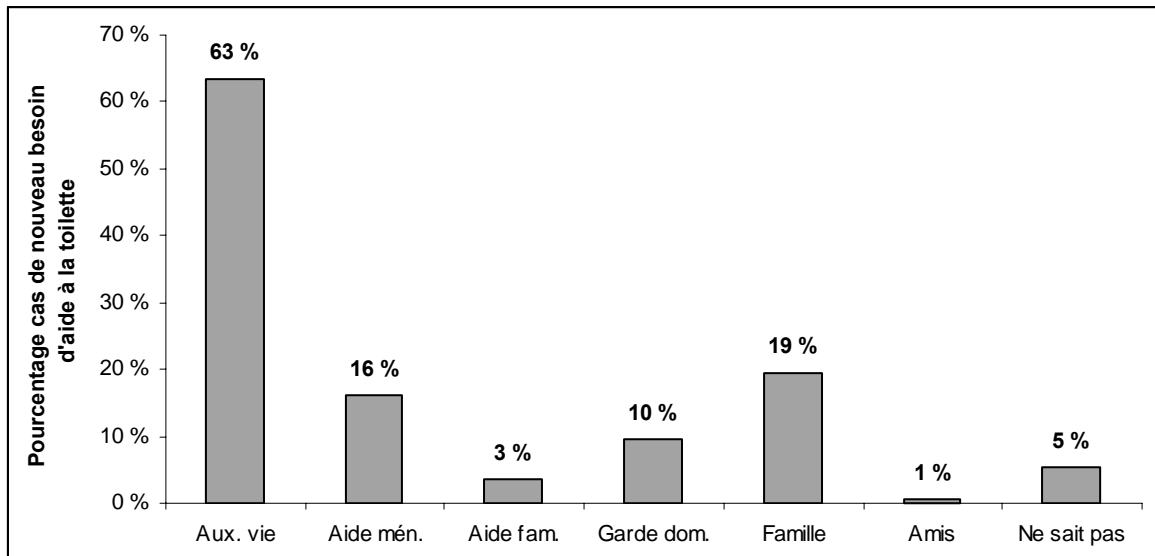
L'analyse conjuguée des besoins estimés par l'infirmier libéral en soins infirmiers d'hygiène et en aide non médicale à la toilette chez les patients non autonomes vis-à-vis de cette fonction fait apparaître plusieurs phénomènes.

- Seuls 3 % des patients non autonomes n'ont besoin ni de soins infirmiers d'hygiène, ni de la mise en place d'une nouvelle aide non médicale à la toilette, ce qui laisse supposer qu'ils sont déjà pris en charge.
- La moitié des patients non autonomes (50 %) requièrent des soins infirmiers d'hygiène sans nouvelle aide ajoutée, ce qui paraît logique et représente une bonne proportion de malades ; il est vraisemblable que l'infirmier juge que seuls des soins infirmiers d'hygiène leur sont nécessaires ; on ne peut écarter cependant le fait qu'une éventuelle aide supplémentaire leur soit déjà délivrée par un autre tiers non médical, par exemple la famille qui interviendrait à d'autres moments de la journée. Avec les patients mentionnés précédemment, ils totalisent 53 % de patients pour lesquels l'infirmier libéral juge qu'il n'y a aucun nouveau besoin d'aide à la toilette.
- A l'opposé, 9 % des patients non autonomes vis-à-vis de la toilette nécessitent la mise en place d'une nouvelle aide non médicale à la toilette, sans qu'il soit besoin de leur délivrer des soins infirmiers d'hygiène, ce qui est également cohérent.
- Par contre, pour 38 % des patients, l'infirmier libéral déclare à la fois la nécessité de soins infirmiers d'hygiène et de la mise en place d'une nouvelle aide non médicale à la toilette, ce qui paraît, à première vue, redondant ; ces patients représentent 4 patients parmi 5 (81 %) pour lesquels l'infirmier libéral juge qu'il y a un nouveau besoin d'aide à la toilette. Cependant, là aussi, on peut penser qu'en plus des soins infirmiers d'hygiène que délivre habituellement l'infirmier le matin, et/ou le soir, le patient ait besoin d'aide complémentaire à la toilette, à d'autres moments de la journée, suscitant la participation de la famille. Avec les précédents, ces patients totalisent 47 % de l'ensemble des patients non autonomes vis-à-vis de la toilette).

■ *Les intervenants plébiscités par l'infirmier libéral*

Sur l'ensemble de l'échantillon, parmi les 47 % de patients pour lesquels l'infirmier juge qu'il existe un besoin non satisfait en matière d'aide à la toilette, l'auxiliaire de vie est, d'après lui, le plus compétent pour remplir cette fonction (dans 63 % des cas). En revanche, il considère que cela ne fait pas partie du champ de compétence de l'aide-ménagère puisqu'il ne cite que dans 16 % des cas. Or, rappelons que ces deux intervenants relèvent du même certificat et qu'ils ont sensiblement les mêmes fonctions. Enfin, la famille n'est nouvellement sollicitée pour cette aide que dans deux cas sur dix.

Graphique n° 17
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'aide à la toilette



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

La prise en charge de la toilette ou l'aide à la toilette est bien le point d'achoppement entre le sanitaire et le social : l'hygiène relève-t-elle de la compétence exclusive de l'infirmier ? Sinon, quand peut-on considérer que l'on est dans le domaine du soin infirmier d'hygiène et quand peut-on considérer que l'on est dans l'aide à la toilette ?

Ces questions font débat actuellement au sein même de la profession et il paraît difficile de mettre en place une coordination sanitaire et sociale autour du patient, tant que ces questions n'auront pas trouvé de réponse claire et satisfaisante.

Si l'hygiène de la personne et de son environnement fait bien partie de la compétence de l'infirmier, il n'en a pas la compétence exclusive ; du moins pour ce qui ne relève pas du soin infirmier (Cf. annexe 6.3).

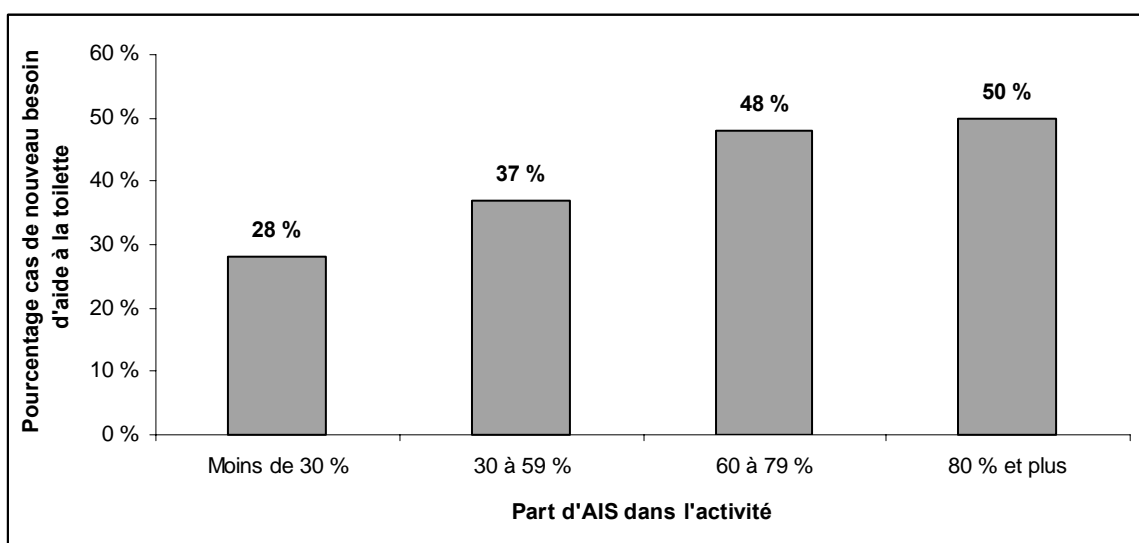
■ Soins infirmiers d'hygiène et aide à la toilette

Dans une analyse des SSIAD et à propos des différents plans d'aide qui peuvent être réalisés par différents intervenants⁴⁰, M. Martinez (2001) écrit : « il ne peut y avoir de complémentarité dans le chevauchement des rôles. (...) Tant que la place des soins dans le maintien à domicile n'est pas définie, tout appel à la coordination est incantatoire. Les professionnels se retrouvent confrontés les uns aux autres, avec des pratiques et des cultures différentes ; on les soupçonne parfois de mauvaise volonté »⁴¹.

Il nous semble que cette analyse peut être appliquée au cas de la prise en charge de la toilette pour laquelle le partage des compétences entre les divers professionnels de l'intervention à domicile souffre d'un manque de clarté. En effet, cette prise en charge peut relever de soins infirmiers comme d'actes essentiels délégués aux auxiliaires de vie. D'ailleurs, si on compare le jugement porté sur la nécessité de mettre en place une aide à la toilette et la proportion d'AIS dans l'activité des infirmiers, on constate qu'actes infirmiers de soins et aide à la toilette réalisée par un autre intervenant semblent plutôt complémentaires.

Les infirmiers qui réalisent beaucoup d'actes en AIS sont également ceux qui délèguent le plus de soins d'hygiène. En moyenne, un patient sur deux, pris en charge par un infirmier qui déclare coter plus de 80 % de ses actes en AIS, présenterait un nouveau besoin d'aide à la toilette ; ils ne sont plus qu'un patient sur quatre parmi les patients pris en charge par un professionnel qui déclare moins de 30 % d'AIS dans son activité.

Graphique n° 18
Proportion des patients ayant un nouveau besoin d'aide à la toilette dans l'enquête selon la part d'actes de l'infirmier libéral cotés en AIS



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

⁴⁰ Les différents intervenants possibles peuvent être l'infirmier coordinateur du SSIAD, l'équipe médico-technique pour l'attribution à l'époque de la PSD, l'équipe de la CRAM dans le cadre de l'action sociale, etc.

⁴¹ Il semble que ce soit une attitude française alors que les anglo-saxons raisonnent autrement, en termes de responsabilité et non de champ strict de compétence.

La diversité des niveaux d'autonomie des patients pris en charge ne suffit pas à expliquer la corrélation entre la proportion d'AIS dans l'activité et les nouveaux besoins d'aide à la toilette. En effet, il n'apparaît pas de différence majeure en termes de dépendance dans la clientèle des infirmiers à fort ou à faible taux d'AIS, hormis les patients quasiment autonomes qui sont trois fois moins souvent que la moyenne pris en charge par des infirmiers réalisant plus de 80 % de leur activité en AIS.

Le calcul de la probabilité pour un patient de présenter un nouveau besoin d'aide à la toilette confirme que les infirmiers pratiquant moins d'AIS rencontrent ou traitent moins souvent ce cas. Ceci n'est pas du à des différences de clientèle puisque l'analyse est réalisée toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en contrôlant l'effet de l'âge, de l'autonomie du patient et de ses autres besoins d'aide. Ceux qui déclarent pratiquer moins de 30 % d'AIS et ceux dont le taux d'AIS se situe entre 30 et 59 %, ont une probabilité inférieure respectivement de 40 et de 25 % en moyenne de décrire un cas de nouveau besoin d'aide à la toilette que les infirmiers qui déclarent 60 à 79 % d'AIS. L'information contenue dans l'enquête ne permet pas d'expliquer cette relation.

L'enquête ECILAD 2001 rapporte une proportion non négligeable de cas où l'infirmier libéral répondant délègue la prise en charge de l'hygiène de la personne à d'autres professionnels. En effet, chez au moins la moitié des patients dont l'autonomie pour la toilette est réduite ou nulle⁴², il existe un besoin non satisfait que l'infirmier ne juge pas relever de ses fonctions. La question fondamentale est donc bien celle de la frontière entre l'aide à la toilette et le soin infirmier d'hygiène ; ceci renvoie à la définition de la santé, elle-même très ouverte.

Une distinction est proposée par certains professionnels qui estiment que lorsque l'état de santé du patient est évolutif, l'infirmier doit intervenir dans un but de prévention tout autant que de soins curatifs ; sinon, en cas d'état stabilisé sans nécessité de soins infirmiers, la toilette du malade relève de l'aide sociale. Cette position est cependant loin d'être partagée par l'ensemble de la profession. Certains états de santé stabilisés résultant de pathologies patentées, telles que la tétraplégie, nécessitent une surveillance et des soins de prévention afin d'éviter toute dégradation qui déstabiliserait à nouveau l'état de santé. Le débat reste donc ouvert.

⁴² Notre enquête ne nous permet pas de savoir précisément combien de patients au total sont concernés par une aide à la toilette. Le chiffre que nous obtenons est un minimum puisque nous ne relevons que les *nouveaux* besoins d'aide.

4. Cas de mise en œuvre concrète de l'aide à domicile

4. Cas de mise en œuvre concrète de l'aide à domicile

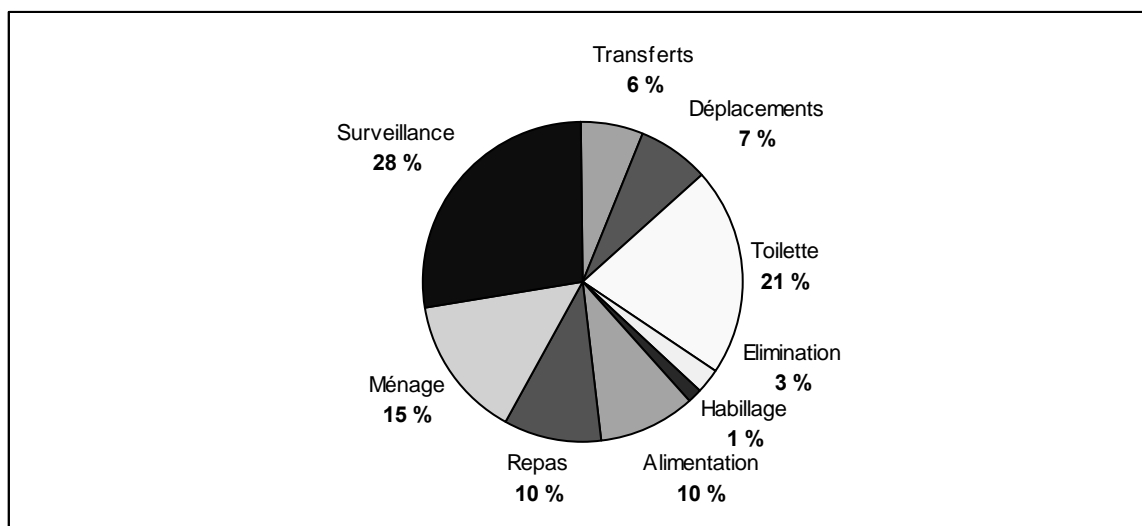
Les résultats précédents, issus de l'analyse du volet 1 et de la première partie des volets 2 et 3 du questionnaire, décrivent comment l'infirmier appréhende le secteur de l'aide à domicile et quels types de besoins d'aide il a à gérer. L'analyse de la seconde partie des volets 2 et 3 nous permet de préciser ce qui se passe de manière concrète lorsque l'infirmier veut initier une aide à domicile. Cette analyse est réalisée à partir de 1 300 cas.

4.1. Degré d'urgence estimé et difficultés déclarées par l'infirmier libéral

Cette seconde partie du questionnaire permet en particulier de préciser, si l'aide à domicile a un caractère d'urgence plus ou moins prononcé en fonction de la nature du besoin.

L'aide la plus urgente est plus souvent relative à la surveillance (27 %), à la toilette (21 %) puis au ménage (15 %). Au total, six fois sur dix, la première aide à mettre en place se rapporte à l'un de ces besoins. Il faut noter ici qu'un certain nombre d'infirmiers libéraux nous ont fait part de leur difficulté à désigner une seule aide comme la plus urgente.

Graphique n° 19
Répartition des patients selon l'identification de l'aide la plus urgente à mettre en place



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Selon l'infirmier libéral, le degré d'urgence est réel. En effet, le délai optimal estimé correspond sept fois sur dix à une mise en place de l'aide au plus tard dans la semaine (quatre fois sur dix dans les deux jours). Notons que ce délai ne semble pas varier en fonction de la nature du besoin, aucun écart statistiquement significatif n'ayant pu être mis en évidence.

Tableau n° 12
Répartition des patients selon le délai
de mise en place de l'aide la plus urgente

Délai souhaité de mise en œuvre de l'aide la plus urgente	% de patients concernés
Dans les deux jours	39 %
Dans la semaine	29 %
Dans le mois	20 %
Pas d'urgence	12 %
TOTAL	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Nous avons évoqué précédemment le manque de connaissance générale que l'infirmier pouvait avoir du secteur de l'aide à domicile. Logiquement, cela se traduit par des difficultés, soit pour évaluer les besoins du patient dans ce domaine (dans trois cas sur dix), soit pour identifier les personnes à contacter afin de répondre à ces besoins (dans quatre cas sur dix).

Quelle est l'implication du patient dans cette démarche ?

Seul un patient sur deux a donné un avis sur l'aide qui lui est destinée. Parmi les patients ne souffrant pas de troubles cognitifs et/ou psychiques, cette proportion est de deux sur trois (64 %). Cependant, remarquons que même dans le cas où ces troubles existent, un tiers des patients expriment un avis (36 %).

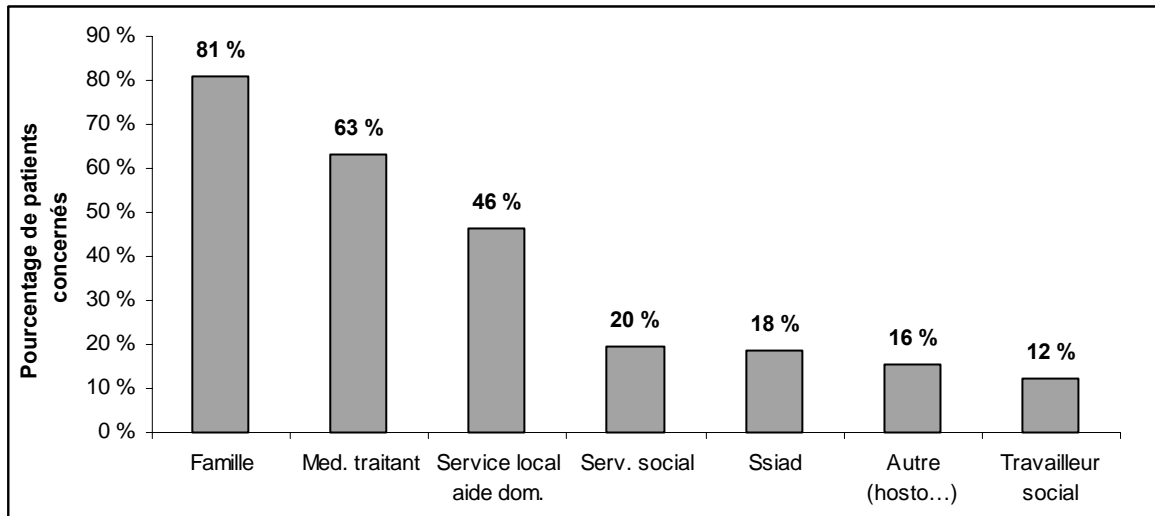
4.2. Étapes de la mise en œuvre de l'aide à domicile

Une fois que l'infirmier a évalué les nouveaux besoins du patient en matière d'aide à domicile, le parcours qui mène à la prise en charge effective du patient est encore long et compliqué. Nous décrivons ici l'épisode de la prise de contact (qui est contacté ? qui arrive-t-on à joindre ?) ainsi que les solutions qui sont proposées.

4.2.1. Pluralité des personnes contactées

Pour mettre en place le maintien à domicile, l'infirmier a contacté — ou cherché à contacter — 2,6 types d'intervenants en moyenne. Dans la grande majorité des cas, il s'est adressé à la famille (80 %) et / ou au médecin traitant (63 %). Ensuite, dans près d'un cas sur deux, il a fait appel à un service local d'aide à domicile (hors SSIAD et centre communal). Le recours aux aidants naturels et au médecin est donc supérieur dans les faits à l'impression générale des infirmiers libéraux. En effet, ceux-ci, lors de leur déclaration au niveau du volet infirmier, ne citent la famille comme intervenant potentiel que dans 54 % des cas.

Graphique n° 20
Part des patients pour lesquels l'infirmier a initié la mise en place d'une aide à domicile
selon le type d'intervenants potentiels qu'il a tenté de contacter



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Ceci confirme donc la place de la famille et du médecin traitant en tant qu'interlocuteurs privilégiés pour l'infirmier dans le domaine de l'aide à domicile ; ils sont même parfois des interlocuteurs exclusifs. En effet, l'infirmier s'est adressé uniquement à la famille dans 12 % des cas ; il s'est adressé à la famille et au médecin traitant conjointement dans 14 % des cas. Enfin, dans 15 % des cas, l'infirmier a contacté à la fois la famille, le médecin traitant et un service local d'aide à domicile. Le choix des personnes ou des organismes contactés ne varie pas significativement en fonction de la nature du besoin le plus urgent.

Par ailleurs, on peut noter que dans la majorité des cas, le médecin est tenu au courant des démarches entreprises pour mettre en place une aide à domicile : ce cas de figure concerne 82 % des patients observés dans l'enquête. C'est en général l'infirmier qui tient le médecin au courant (pour un patient sur trois), le patient étant plus passif (seulement un patient sur six informe lui-même son médecin sur les démarches entreprises). Ces résultats ne sont pas aberrants lorsque l'on tient compte du fait que 53 % des patients souffrent de troubles cognitifs et / ou psychiques.

Tableau n° 13
Répartition des patients selon le type d'intervenants que l'infirmier cherche à joindre
et selon le résultat et le délais des ses tentatives de contact

Types d'intervenants	Délais d'un contact établi			Pas de contact établi	Total
	Dans les deux jours	Dans la semaine	Plus tard		
Famille	85 %	10 %	3 %	2 %	100 %
Médecin traitant	88 %	10 %	1 %	1 %	100 %
Service social (CCAS, CLIC)	44 %	30 %	8 %	18 %	100 %
Service local d'aide à domicile (association, entreprise privée)	57 %	28 %	10 %	5 %	100 %
Travailleur social en particulier	40 %	22 %	13 %	25 %	100 %
SSIAD	65 %	15 %	6 %	14 %	100 %
Autre (hôpital...)	63 %	13 %	4 %	20 %	100 %

Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

La famille et le médecin traitant sont également facilement accessibles puisqu'ils sont joints, en cas de besoin, neuf fois sur dix dans les deux jours. A l'opposé, les travailleurs sociaux, lorsqu'ils sont contactés personnellement, et les services sociaux, sont les plus difficiles à joindre (échec dans un cas sur quatre à cinq).

4.2.2. Types de solutions proposées

Lorsque l'infirmier a pu entrer en contact avec un intervenant, il devait indiquer le résultat de la démarche :

- prise en charge du patient, soit en se chargeant de la coordination, soit en réalisant l'aide ;
- délivrance d'une information (coordonnées, démarches à suivre...) ;
- aucune solution, le contact n'a pas abouti.

Les personnes contactées prennent en charge le patient au plus six fois sur dix : dans 58 % des cas pour les services locaux, dans 55 % des cas pour la famille et dans 50 % des cas pour les travailleurs sociaux en particulier (mais ceux-ci sont par ailleurs difficiles à joindre). A l'opposé, les services sociaux d'aide à domicile ne prennent le patient en charge eux-mêmes qu'une fois sur trois mais délivrent une information à l'infirmier dans 36 % des cas. Les SSIAD, quant à eux, prennent le patient en charge dans quatre cas sur dix, délivrent une information dans deux cas sur dix mais n'apportent aucune solution quatre fois sur dix (cf. tableau ci-dessous).

Il n'y a pas de lien significatif entre le degré d'autonomie du patient et le type de réponse obtenue.

Tableau n° 14
Répartition des patients selon le type d'intervenants que l'infirmier a pu joindre
et selon le type de réponse obtenue

<i>Pour les cas où l'infirmier a pu joindre la personne ou le service</i>	Type de réponse		
	Prise en charge	Information	Pas de solution
Types d'intervenants			
Famille	55 %	18 %	28 %
Médecin traitant	52 %	29 %	19 %
Service social (CCAS, CLIC)	35 %	36 %	29 %
Service local d'aide à domicile (association, entreprise privée)	58 %	25 %	17 %
Travailleur social en particulier	50 %	21 %	29 %
SSIAD	41 %	18 %	41 %
Autre (hôpital...)	47 %	25 %	28 %

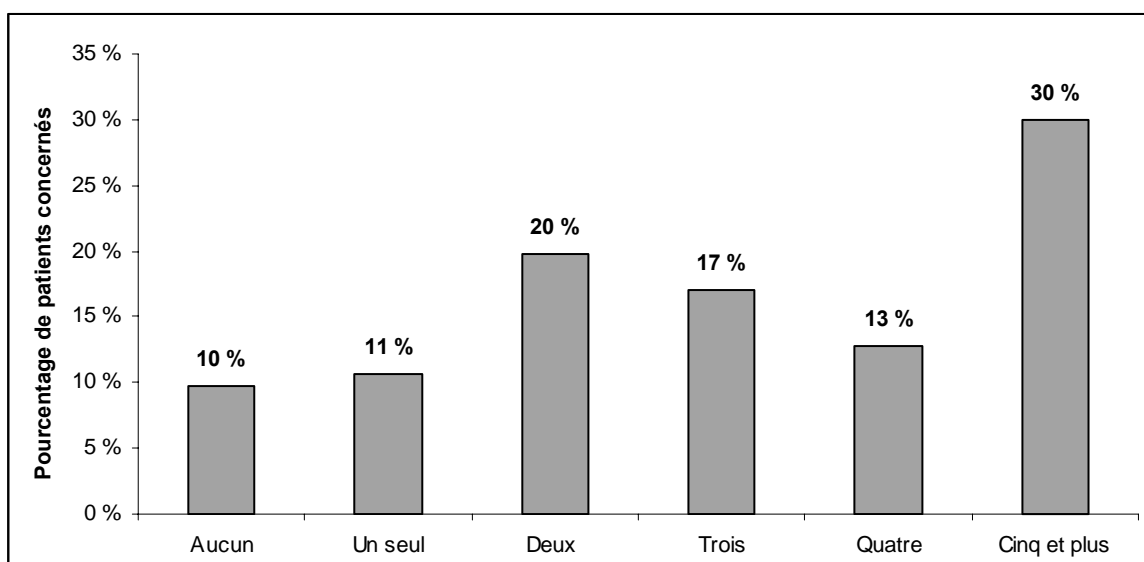
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Un nombre non négligeable de contacts sont stériles : selon le type d'intervenants joints, 17 à 41 % des contacts établis n'apportent aucune réponse au problème d'aide à domicile (cf. 4.2.4, ci-après).

4.2.3. Délai réel de mise en place de l'aide la plus urgente

Pour un patient pour lequel l'infirmier a initié une prise en charge d'aide à domicile, près de quatre appels semblent avoir été nécessaires (moyenne à 3,8 mais présence de quelques valeurs très élevées qui tirent la moyenne vers le haut : médiane à 3, mode à 2).

Graphique n° 21
Proportion de patients concernés selon le nombre d'appels téléphoniques total passé par l'infirmier libéral pour tenter de mettre en place une aide à domicile



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Le délai de mise en place concrète de l'aide la plus urgente est de deux jours dans deux cas sur dix et de l'ordre d'une semaine dans trois cas sur dix. Il est à noter que, dans un quart des cas (26 %), les infirmiers libéraux ne connaissent pas ce délai, soit la durée d'enquête n'a pas été suffisante pour appréhender le retour d'information, soit ce dernier n'a pas eu lieu. Le délai effectif est à rapprocher du délai dans lequel l'aide semblait devoir être mise en place. Une fois sur quatre (27 %), le délai réel est supérieur au délai jugé nécessaire par l'infirmier.

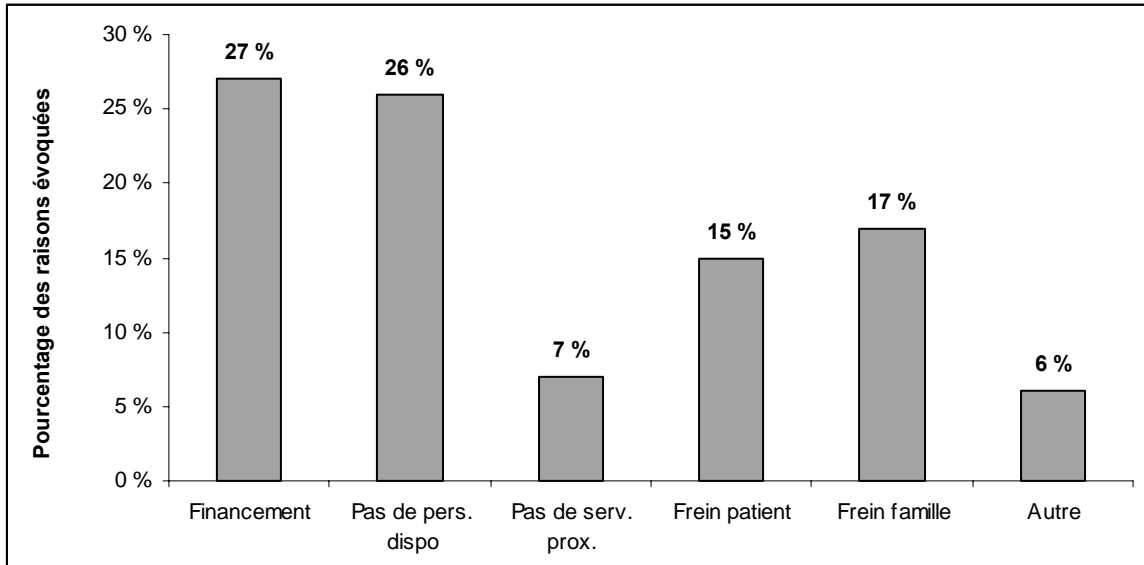
4.2.4. Circonstances des échecs de demande de prise en charge

Au total, pour 14 % des patients décrits dans l'enquête, les prises de contact n'aboutissent à aucune solution.

Sur l'ensemble des raisons évoquées, les problèmes de financement de l'aide (27 % des raisons, cf. graphique ci-après) et le manque de personnel disponible (26 %) sont les plus fréquents, puis le refus du patient (15 %) ou de la famille (17 %).

Dans 52 % des cas d'échec, les infirmiers interrogés invoquent plusieurs raisons. Les problèmes financiers sont cités conjointement aux problèmes d'opposition de la famille et / ou de l'entourage dans un cas sur six (17 %). Les problèmes de financement et l'absence de personnel disponible apparaissent dans un cas sur huit (13 %).

Graphique n° 22
Poids des raisons dans l'explication des échecs de prise en charge



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Ces raisons sont cohérentes avec les réponses générales de l'infirmier et avec les résultats de l'enquête « services de proximité » de l'Insee, selon laquelle un ménage sur cinq a rencontré des difficultés avant d'obtenir la prestation adéquate à leur besoin. La principale difficulté réside alors dans le coût de la prestation : un ménage concerné sur dix déclare que ce coût est trop élevé pour son budget.

5. Conclusion

Conclusion

Fin 2001, avant même l'application de la Démarche de Soins infirmiers, l'implication du professionnel infirmier libéral dans la mise en place d'une aide au maintien à domicile est bien réelle, ce qui permet vraisemblablement d'éviter l'hébergement, voire l'hospitalisation du malade. Cette implication est fondamentale du fait de la position privilégiée de l'infirmier auprès des patients malades et des familles ; dans les années à venir, l'infirmier peut donc être amené à jouer de plus en plus un rôle de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur social.

Le bilan dressé par cette étude sur la coordination entre l'infirmier libéral et les services d'aide à domicile, montre que la réalité de la mise en œuvre de l'aide au maintien à domicile, telle qu'elle est pratiquée et vécue aujourd'hui par l'infirmier libéral, ne présente pas les conditions favorables au développement de ce rôle de coordination.

Au total, pour 14 % des 1 300 cas décrits dans l'enquête, les prises de contact n'aboutissent à aucune solution. Les difficultés à l'origine de ces échecs sont le financement de l'aide, la non disponibilité des professionnels contactés et l'opposition des malades et / ou de leur entourage. Les freins liés au financement devraient être moins prégnants à l'avenir avec la mise en place de l'APA en janvier 2002. C'est aujourd'hui sur l'articulation du sanitaire et du social que doivent porter les efforts.

Or, si les nouvelles dispositions prévues dans le cadre du Projet de Soins Infirmiers peuvent résoudre une part des problèmes du côté sanitaire, par exemple en modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, la mise en œuvre pratique risque souffrir de la non coordination actuelle du sanitaire et du social.

Outre les freins objectifs (par exemple, la disponibilité et la formation des professionnels du secteur social), il ne faut pas négliger les freins culturels qui surviennent inmanquablement dès que l'on veut faire coopérer des professionnels de subjectivités différentes ; cela implique la construction d'un espace de confiance mutuelle. Ainsi, certains professionnels infirmiers libéraux s'interrogent sur les compétences des professionnels du secteur social, lorsqu'il est question de la personne et non de l'environnement du patient.

La réalisation de la toilette cristallise aujourd'hui ce climat. Il paraît difficile de mettre en place une coordination sanitaire et sociale autour du patient tant que des questions, telles que celle de l'aide à la toilette, n'auront pas trouvé de réponse claire et consensuelle.

Des actions locales pour une meilleure connaissance mutuelle du secteur sanitaire et du secteur social pourraient être initiées. Au-delà de cette question de la confiance entre des professionnels devant travailler ensemble, l'étude montre que la formation d'un réseau d'aide à domicile autour du professionnel infirmier est insuffisante aujourd'hui, bien que fondamentale. Cela place l'infirmier dans une position difficile, et probablement coûteuse en temps lorsqu'il doit aider le patient à trouver toute l'aide nécessaire à son maintien à domicile. Des actions d'information régulières sur les capacités d'accueil au niveau local, en particulier auprès des infirmières nouvellement installées, pourraient accélérer la construction de ce réseau.

Les résultats de cette étude sont issus des déclarations des infirmiers libéraux ayant accepté d'y participer. A ce titre, les résultats peuvent refléter la réalité de leur vécu, et donc les problèmes objectifs rencontrés, ou leur ressenti, ce qui serait alors le signe d'un problème subjectif de communication entre les deux secteurs. Bien que de nature différente, ces problèmes sont autant de freins sérieux à la coopération de ces deux secteurs.

Les récentes manifestations à l'encontre du PSI, montrent que des solutions techniques ne suffiront pas à lever l'ensemble des freins évoqués. Or, ces problèmes vont se poser de façon de plus en plus aiguë ces toutes prochaines décennies du fait, notamment, de la forte poussée démographique des personnes âgées.

Bibliographie

Bibliographie

- Aliaga C.** (1998), « *Les services de soins à domicile en 1996* » *SESI*, Documents Statistiques n° 302, avril 1998.
- Aliaga C., Monrose M.** (1998), « *L'aide et les soins à domicile* », *Solidarité santé* n° 2/3, avril septembre 1998, pp. 171-181.
- Brutel C.** (2001), « *Projections de population à l'horizon 2050* », *Insee Première* n° 762, mars 2001.
- CNAMTS** (2001), « *L'activité des infirmières libérales* », *Dossier Études et Statistiques*, n° 52, novembre 2001.
- Colin C., Coutton V.** (2000), « *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance* », *DREES, Étude et Résultats* n° 94, décembre 2000.
- Com-Ruelle L., Midy F., Ulmann P.,** (2000), « *La profession infirmière en mutation - Éléments de réflexion à partir d'exemples européens*, Rapport CREDES n° 1318, octobre 2000.
- Dutheil N.** (2000), « *Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999* », *DREES, Étude et Résultats* n° 91, novembre 2000.
- Kerjosse, R.** (2001), « *La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide* », *DREES, Études et Résultats* n° 136, septembre 2001.
- Le Guen C.** (1999), « *Les infirmiers libéraux en 1997* », *Point stat* n° 17, *Direction des Statistiques et des Études*, CNAMTS.
- Martinez M.** (2001), « *SSIAD et coordination* », *Revue hospitalière de France*, n° 483, novembre-décembre 2001, pp. 62-69.
- Sicart D.** (2001), « *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2001* », *DREES. Série Statistique* n° 21, juin 2001.
- Vilain A., Niel X.** (1999), « *Les infirmiers en activité* » *DREES, Études et Résultats*, n° 12.

6. Annexes

6. Annexes

6.1. Questionnaire

(Voir page suivante)

☞ Comment participer à l'enquête ?

Cette enquête se déroule entre le **17 septembre et le 13 octobre 2001 inclus**.

Les renseignements que vous voudrez bien communiquer seront confidentiels et utilisés de manière anonyme à des fins uniquement statistiques. Les références nominatives vous concernant apparaissent exclusivement sur le coupon détachable. Elles permettront l'indemnisation de votre participation et, en aucun cas, elles ne seront saisies ou conservées.

Votre participation est rémunérée 6 Euros par volet **correctement rempli**, soit 18 Euros pour les trois volets. Aucune feuille ne doit être ajoutée à l'envoi.

☞ Modalités de remplissage

Le questionnaire est **rapide à remplir**, il vous suffit de cocher simplement toutes les cases correspondant à vos réponses ; ce qui ne devrait vous demander que 10 à 20 minutes. Il se compose de trois volets indépendants.

Le **volet infirmier** vous permettra de décrire votre environnement professionnel et vos contacts habituels dans le secteur de l'aide à domicile.

Le **volet patient n° 1** et le **volet patient n° 2** sont identiques. Ils concernent chacun un cas concret de patient pour lequel vous devez évaluer les besoins d'aide au maintien à domicile, indiquer vos prises de contact destinées à les satisfaire et décrire les difficultés que vous rencontrez à cette occasion.

☞ Critères d'inclusion des patients

Un volet patient est rempli pour chaque patient répondant aux critères suivants :

- patient rencontré **entre le 17 septembre et le 13 octobre 2001** ;
- non pris en charge par un SSIAD ou pris en charge en HAD ;
- pour lequel **vous détectez un besoin d'aide, non encore satisfait**, pour son maintien en milieu de vie ordinaire ; ce besoin concerne l'aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne⁴³, **en dehors ou en plus des actes que vous jugez relever de votre compétence** ;
- il peut s'agir d'un nouveau patient ou d'un patient déjà suivi mais dont l'état a évolué et nécessite une aide ;
- et pour lequel **vous initiez concrètement une première démarche** auprès des personnes ou services concernés pour répondre à ce besoin.

☞ Renvoi du questionnaire

Merci de nous renvoyer ce questionnaire, au plus tard le 19 octobre 2001, même si vous n'avez pas inclus de patient dans la période concernée.

L'équipe du CREDES est à votre disposition pour répondre à vos questions :
Docteur Laure COM-RUELLE, Paul DOURGNON, Fabienne MIDY
Secrétariat : Khadidja Ben Larbi ☎ 01 53 93 43 05

⁴³ *L'aide au maintien à domicile ou aide à l'accomplissement des actes (ou gestes) essentiels de la vie quotidienne, comprennent les aides à la personne (1), répondant à la perte d'autonomie physique ou psychique, distinguées des aides relatives à son environnement (2), répondant à la perte d'autonomie domestique et sociale :*

➤ *les aides à la personne* : les transferts (lever, coucher...), les déplacements à l'extérieur et à l'intérieur du domicile, l'aide à la toilette simple, à l'élimination urinaire et fécale, à l'habillage et à l'alimentation ;

➤ *la surveillance* : garde à domicile (jour, nuit), système d'alerte (téléalarme) ;

les aides relatives à l'environnement : l'aide aux repas (élaboration, portage), aux tâches ménagères (ménage, courses, ...).

Volet patient n°1**Votre évaluation de ce patient****1. Statut du patient :**

₁ nouveau patient nécessitant une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers

₂ patient déjà suivi mais dont l'évolution nécessite une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers

2. Age : I _ I _ I _ I ans

3. Sexe : ₁ homme ₂ femme

6. Évaluation de l'autonomie de la personne

	Transferts (lever, coucher...)	Déplacement à l'intérieur	Toilette	Habillage	Alimentation	Élimination urinaire ou fécale
Le fait seul, habituellement et correctement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Ne le fait pas seul, ou non habituellement ou non correctement	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Ne le fait pas du tout	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃

4. Contexte de la prise en charge :

(plusieurs réponses possibles)

₁ personne en ALD

₂ sortie d'hospitalisation de soins aigus

₃ sortie d'hospitalisation de soins de suite

₄ autre

5. Le patient souffre-t-il de troubles cognitifs et/ou psychiques ?

₁ oui

₂ non

Votre évaluation des besoins de ce patient**7. Le patient nécessite-t-il des soins infirmiers (lettre-clé AIS) ? Plusieurs réponses possibles**

₁ oui, des soins infirmiers d'hygiène

₂ oui, d'autres soins infirmiers

₃ non, uniquement des actes cotés AMI

8. La mise en place d'un système d'alerte (type téléalarme) vous semble-t-elle nécessaire ?

₁ oui

₂ non, le patient en a déjà un

₃ non, il n'en a pas besoin

9. Quels sont les autres besoins d'aide actuellement non satisfaits que vous identifiez, en dehors de tout soin que vous jugez relever de votre compétence, ainsi que la (les) personne(s) qui, selon vous, devrait(ent) réaliser les actes nécessaires ?

plusieurs réponses possibles	1 Transferts (lever, coucher...)	2 Déplacements à l'intérieur	3 Aide à la toilette	4 Élimination urinaire ou fécale	5 Habil- lage	6 Alimen- tation	7 Repas (élaborer, porter)	8 Ménage courses, autres	9 Surveil- lance (jour, nuit...)
Pas de besoin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Aide ménagère, aide à domicile	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Aide familiale, travailleur familial (TISF)	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Garde à domicile	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
Famille	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆
Amis, voisinage...	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇
Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈

10. Indiquez le besoin d'aide qui vous semble le plus urgent en reportant son numéro figurant dans le tableau précédent (Q. 9).....I_I
11. L'évaluation du besoin d'aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers, vous a-t-elle semblé facile ?
₁ oui ₂ non
12. L'identification de la (des) personne(s) la (les) plus susceptible(s) d'y répondre vous a-t-elle semblé facile ?
₁ oui ₂ non

13. Le patient a-t-il donné un avis ?
₁ oui ₂ non
14. Dans quel délai l'aide la plus urgente vous semble-t-elle devoir être mise en place ?
₁ dans les deux jours
₂ dans la semaine
₃ dans le mois
₄ sans objet (pas d'urgence)

Vos prises de contact pour ce patient

15. A qui vous êtes vous adressé ?	16. Avez-vous pu joindre ce(s) service(s) ?				17. Si oui, quelle réponse avez-vous obtenue ? (cochez la réponse la plus complète)		
	<i>Cocher dans cette colonne toutes les réponses utiles</i> ☞	oui, dans les deux jours	oui, dans la semaine	oui, plus tard	non	prise en charge (coordination ou aide)	information (coordonnées, démarches à faire...)
Famille <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Service local d'aide à domicile <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Travailleur social en particulier <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Service social (CCAS, CLIC) <input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
SSIAD <input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Médecin traitant <input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Autre (hôpital...) <input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

18. Combien d'appels téléphoniques avez-vous passés au total ? | _ | _ appels
19. Si vous avez transféré la demande d'aide à un organisme coordinateur ou à un service d'aide, dans quel délai l'aide la plus urgente sera-t-elle mise en place concrètement ?
₁ dans les deux jours
₂ dans la semaine
₃ dans le mois
₄ plus tard
₅ ne sait pas

21. Si aucune solution de coordination ou d'aide n'a pu être trouvée, quelles en sont, selon vous, les raisons principales ?
(plusieurs réponses possibles)
₁ problème de financement de l'aide
₂ personnel d'aide non disponible
₃ le service n'existe pas à proximité
₄ frein de la part du patient
₅ frein de la part de la famille
₆ autre

20. Si un organisme ou une personne intervient pour assurer un service d'aide à domicile :
- ☞ 20.a- une fiche ou un cahier de liaison ont-ils été prévus en collaboration avec la personne assurant l'aide sollicitée (y compris la famille, les voisins...)?
₁ oui ₂ non
- ☞ 20.b- des dispositions sont-elles prises ou prévues pour assurer la continuité de l'aide au maintien à domicile du patient (week-end, vacances, etc) ?
₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

22. Au cours de ces démarches, quelqu'un a-t-il tenu le médecin traitant informé ?
(plusieurs réponses possibles)
₁ oui, moi-même
₂ oui, le patient
₃ oui quelqu'un d'autre
₄ non
₅ ne sait pas

Volet patient n°2

Votre évaluation de ce patient

1. Statut du patient :

- ₁ nouveau patient nécessitant une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers
- ₂ patient déjà suivi mais dont l'évolution nécessite une aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers

2. Âge : I _ I _ I _ I ans

3. Sexe : ₁ homme ₂ femme

6. Évaluation de l'autonomie de la personne

	Transferts (lever, coucher...)	Déplacement à l'intérieur	Toilette	Habillage	Alimentation	Élimination urinaire ou fécale
Le fait seul, habituellement et correctement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Ne le fait pas seul, ou non habituellement ou non correctement	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Ne le fait pas du tout	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃

4. Contexte de la prise en charge :

(plusieurs réponses possibles)

- ₁ personne en ALD
- ₂ sortie d'hospitalisation de soins aigus
- ₃ sortie d'hospitalisation de soins de suite
- ₄ autre

5. Le patient souffre-t-il de troubles cognitifs et/ou psychiques ?

- ₁ oui ₂ non

Votre évaluation des besoins de ce patient

7. Le patient nécessite-t-il des soins infirmiers (lettre-clé AIS) ? Plusieurs réponses possibles

- ₁ oui, des soins infirmiers d'hygiène
- ₂ oui, d'autres soins infirmiers
- ₃ non, uniquement des actes cotés AMI

8. La mise en place d'un système d'alerte (type téléalarme) vous semble-t-elle nécessaire ?

- ₁ oui
- ₂ non, le patient en a déjà un
- ₃ non, il n'en a pas besoin

9. Quels sont les autres besoins d'aide actuellement non satisfaits que vous identifiez, en dehors de tout soin que vous jugez relever de votre compétence, ainsi que la (les) personne(s) qui, selon vous, devrait(ent) réaliser les actes nécessaires ?

plusieurs réponses possibles	1 Transferts (lever, coucher...)	2 Déplacements à l'intérieur	3 Aide à la toilette	4 Élimination urinaire ou fécale	5 Habil- lage	6 Alimen- tation	7 Repas (élaborer, porter)	8 Ménage courses, autres	9 Surveil- lance (jour, nuit...)
Pas de besoin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Aide ménagère, aide à domicile	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Aide familiale, travailleur familial (TISF)	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Garde à domicile	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
Famille	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆
Amis, voisinage...	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇
Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈

10. Indiquez le besoin d'aide qui vous semble le plus urgent en reportant son numéro figurant dans le tableau précédent (Q. 9).....I_I

11. L'évaluation du besoin d'aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en dehors ou en sus des soins infirmiers, vous a-t-elle semblé facile ?
₁ oui ₂ non

12. L'identification de la (des) personne(s) la (les) plus susceptible(s) d'y répondre vous a-t-elle semblé facile ?
₁ oui ₂ non

13. Le patient a-t-il donné un avis ?
₁ oui ₂ non

14. Dans quel délai l'aide la plus urgente vous semble-t-elle devoir être mise en place ?
₁ dans les deux jours
₂ dans la semaine
₃ dans le mois
₄ sans objet (pas d'urgence)

Vos prises de contact pour ce patient

15. A qui vous êtes vous adressé ?	16. Avez-vous pu joindre ce(s) service(s) ?				17. Si oui, quelle réponse avez-vous obtenue ? (cochez la réponse la plus complète)		
	Cocher dans cette colonne toutes les réponses ↗	oui, dans les deux jours	oui, dans la semaine	oui, plus tard	non	prise en charge (coordination ou aide)	information (coordonnées, démarches à faire...)
Famille <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Service local d'aide à domicile <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Travailleur social en particulier <input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Service social (CCAS, CLIC) <input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
SSIAD <input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Médecin traitant <input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
Autre (hôpital...) <input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

18. Combien d'appels téléphoniques avez-vous passés au total ? | _ | _ appels

19. Si vous avez transféré la demande d'aide à un organisme coordinateur ou à un service d'aide, dans quel délai l'aide la plus urgente sera-t-elle mise en place concrètement ?
₁ dans les deux jours
₂ dans la semaine
₃ dans le mois
₄ plus tard
₅ ne sait pas

20. Si un organisme ou une personne intervient pour assurer un service d'aide à domicile :

↳ 20.a- une fiche ou un cahier de liaison ont-ils été prévus en collaboration avec la personne assurant l'aide sollicitée (y compris la famille, les voisins...)?
₁ oui ₂ non

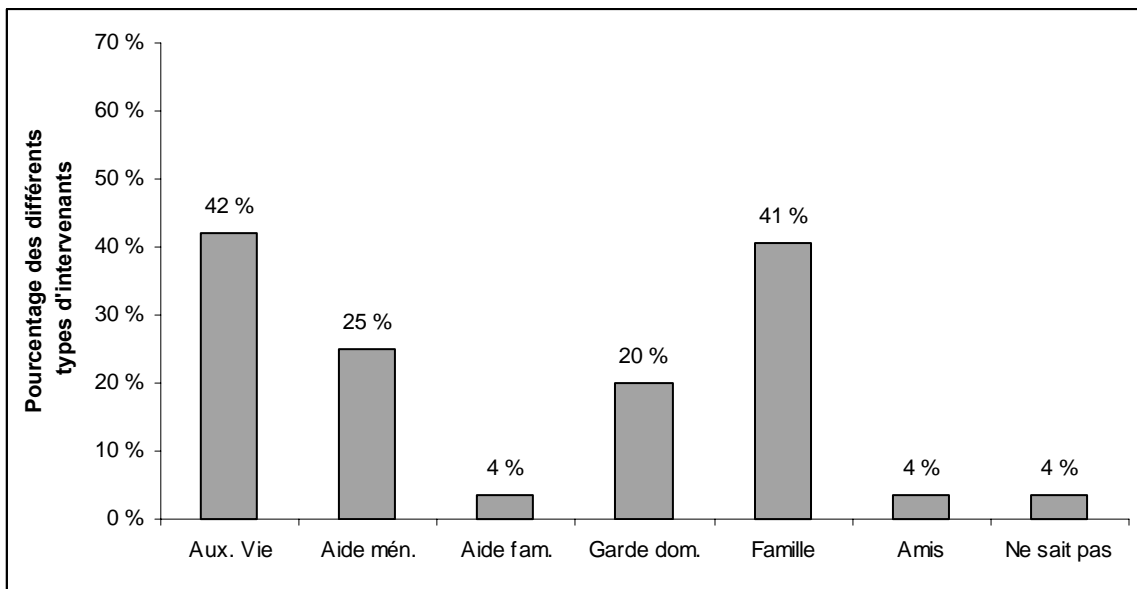
↳ 20.b- des dispositions sont-elles prises ou prévues pour assurer la continuité de l'aide au maintien à domicile du patient (week-end, vacances, etc) ?
₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

21. Si aucune solution de coordination ou d'aide n'a pu être trouvée, quelles en sont, selon vous, les raisons principales ?
(plusieurs réponses possibles)
₁ problème de financement de l'aide
₂ personnel d'aide non disponible
₃ le service n'existe pas à proximité
₄ frein de la part du patient
₅ frein de la part de la famille
₆ autre

22. Au cours de ces démarches, quelqu'un a-t-il tenu le médecin traitant informé ?
(plusieurs réponses possibles)
₁ oui, moi-même
₂ oui, le patient
₃ oui quelqu'un d'autre
₄ non
₅ ne sait pas

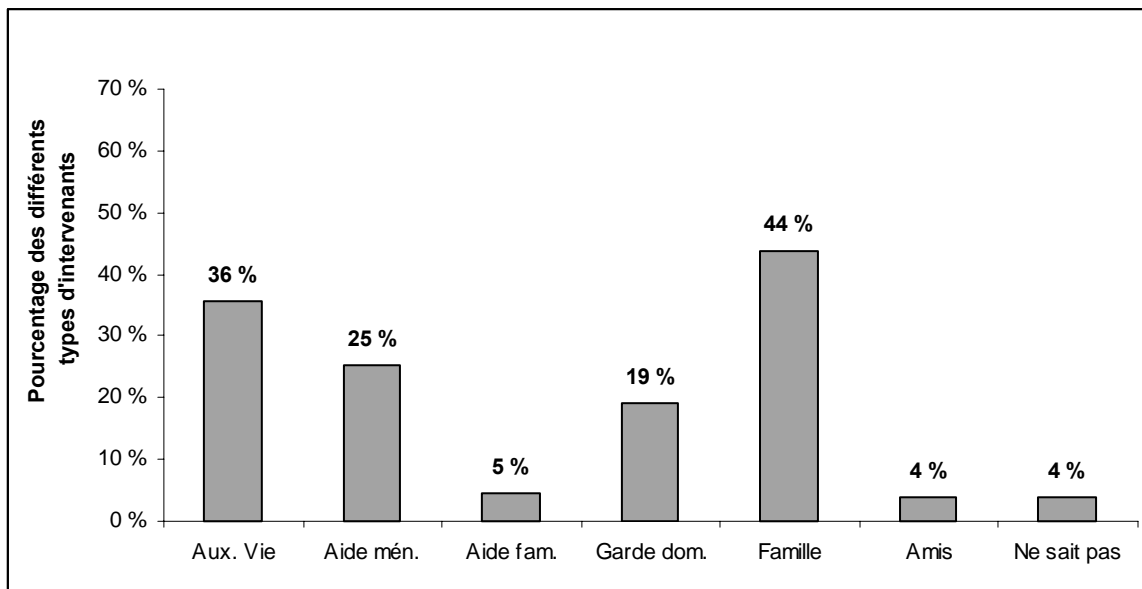
6.2. Intervenants pressentis par l'infirmier libéral selon le type d'aide à domicile requis

Graphique n° 23
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour les transferts



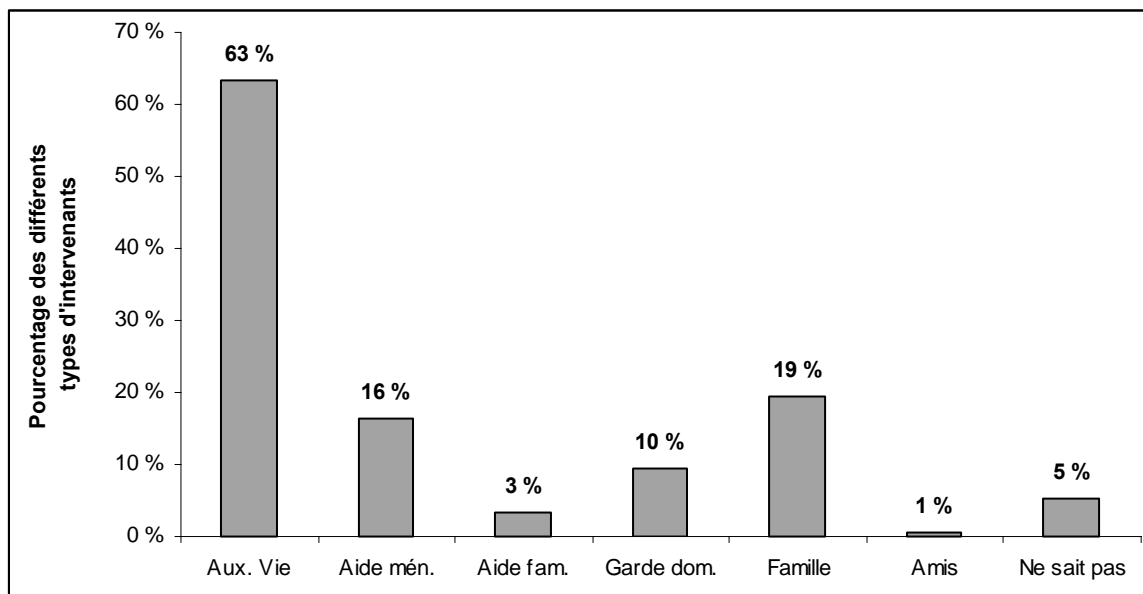
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 24
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour les déplacements



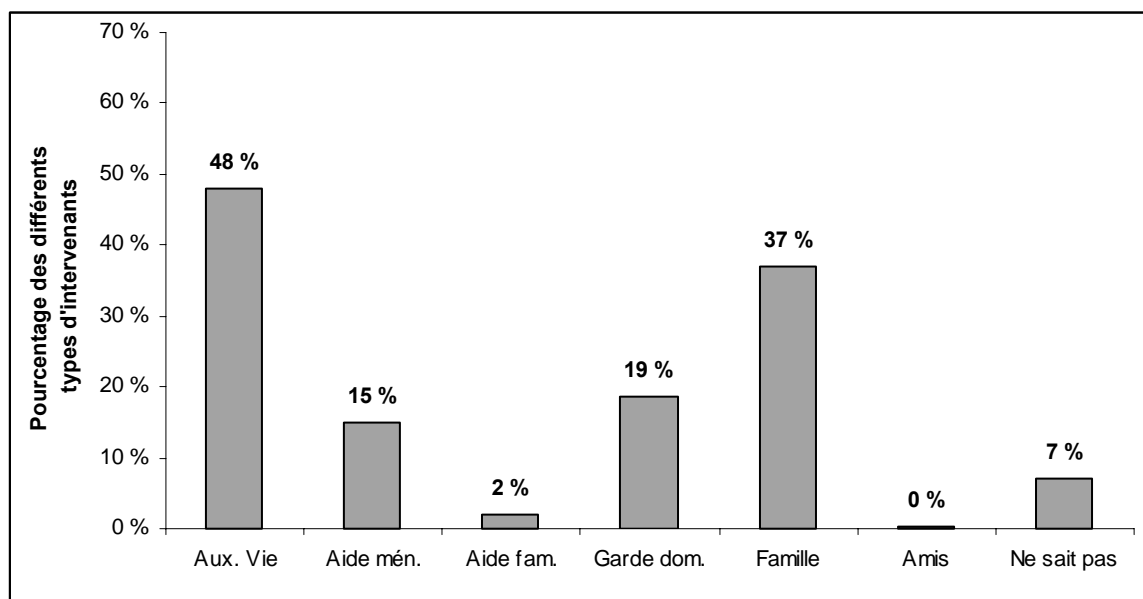
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 25
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral
en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour la toilette



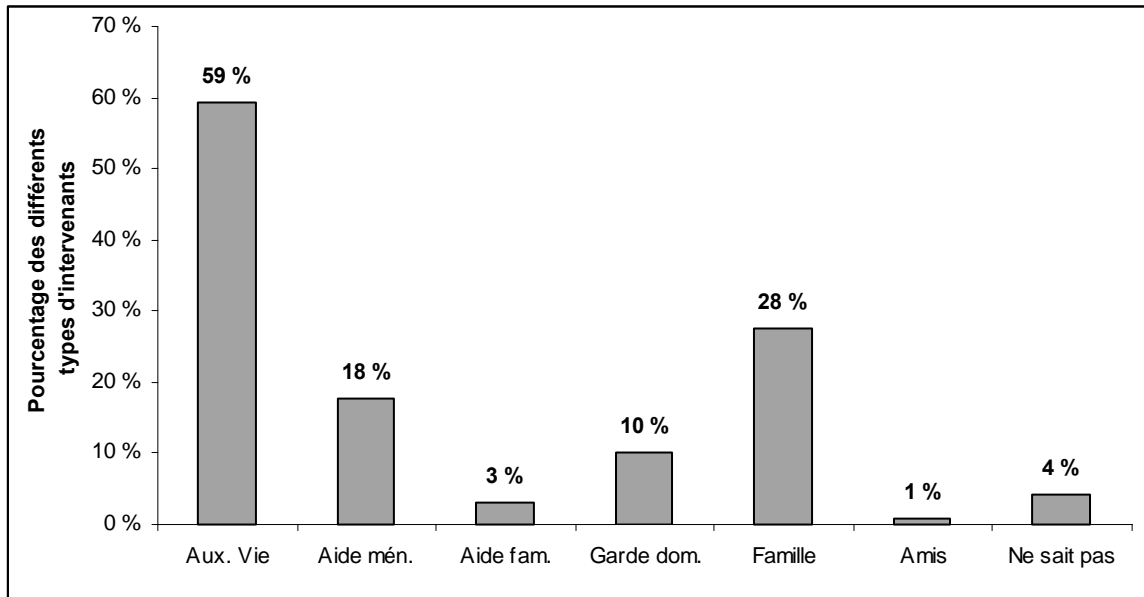
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 26
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral
en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'élimination



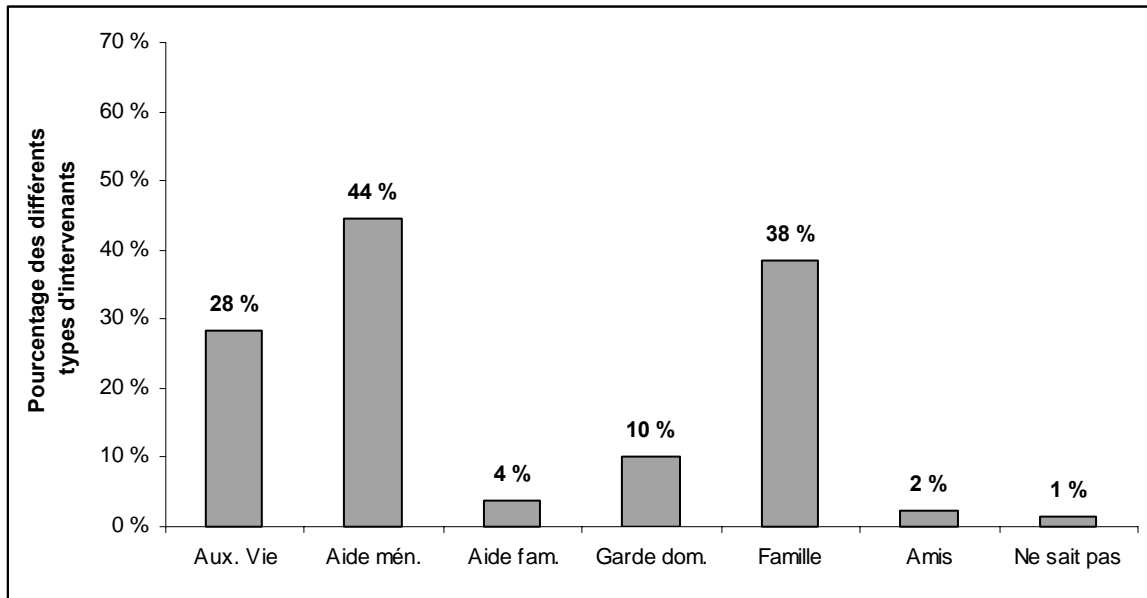
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 27
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'habillement



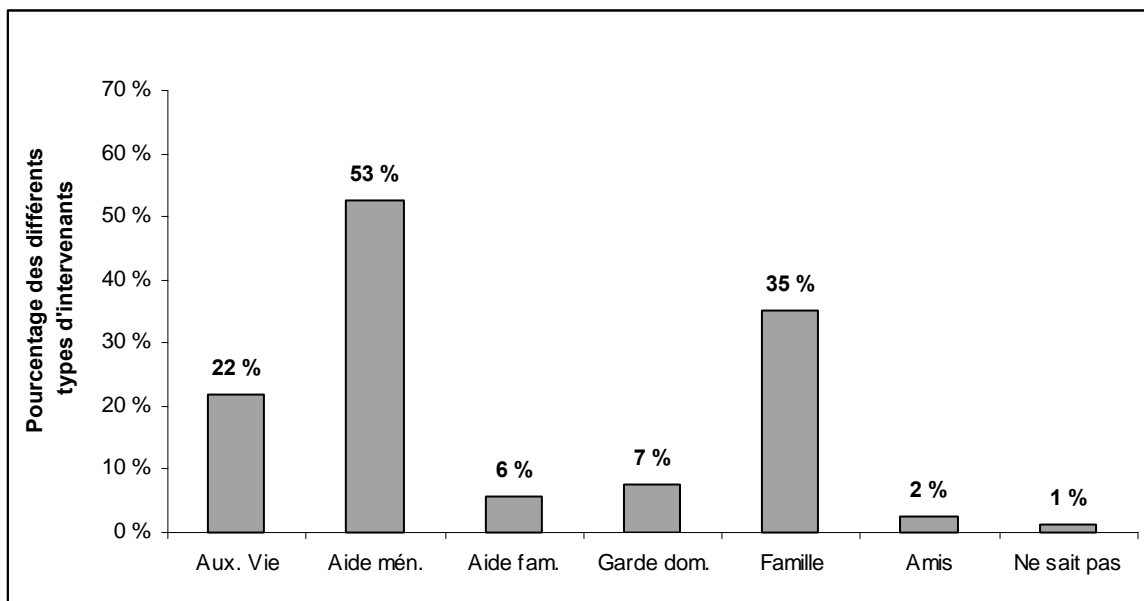
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 28
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'alimentation



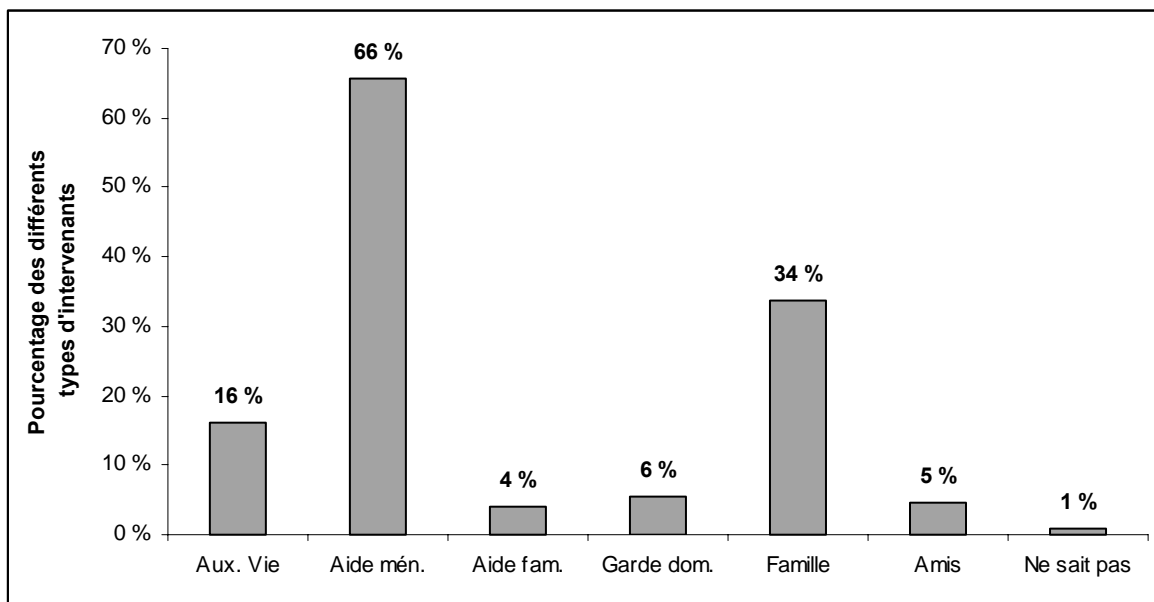
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 29
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour le repas



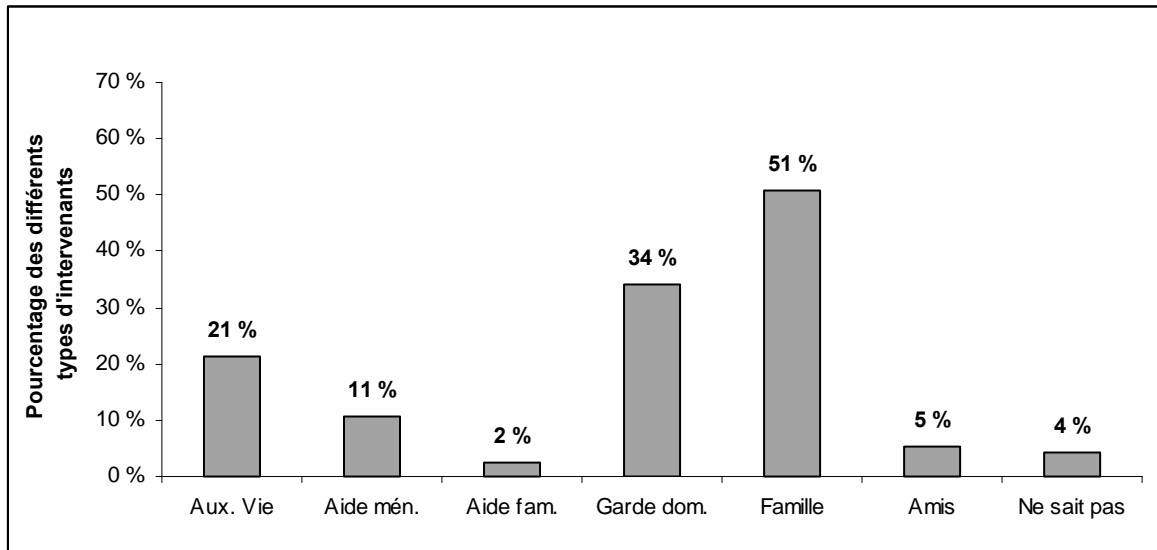
Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 30
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour le ménage



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

Graphique n° 31
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral
en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour la surveillance



Source : Enquête CREDES ECILAD 2001.

6.3. Les soins infirmiers d'hygiène : éléments extraits des textes officiels

Le décret de compétence de l'infirmier traite de cette question dans la définition de son rôle propre. Dans l'article 3 relatif au rôle propre de l'infirmier, il n'est fait référence qu'aux soins infirmiers et non à l'aide :

« relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ».

Les soins infirmiers sont quant à eux définis dans l'article 2 (extrait) :

« Les soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs, sont de nature technique, relationnelle ou éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne et en tenant compte de ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle, de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et morale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial et social (...) ».

Un peu plus loin, l'article 5 paraît préciser les choses en introduisant la notion d'acte en sus de celle de soin (extrait) :

« dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou les soins suivants visant à identifier les risques, à assurer l'information, le conseil, le confort et la sécurité de la personne et de son environnement :

- *dispense de soins et emploi de procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;*
- *surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire (...) ».*

L'article 5 précise donc que la dispense de soins et l'emploi de procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement se font dans le cadre du rôle propre, et non sur prescription ou par délégation médicale, mais ce même article n'assoit pas l'exclusivité de l'infirmier en matière d'acte d'hygiène. Le décret de compétence n'est pas un décret d'exclusivité. Si on peut considérer que les articles 1, 2 et 3 définissent ce qui relève du soin infirmier, ils ne concernent pas les aides à l'hygiène de la personne et de son environnement, ces deux types d'actes étant traités par le décret de compétence à égalité dans l'article 5.

L'hygiène de la personne et de son environnement fait donc partie de la compétence de l'infirmier, mais il n'en a pas la compétence exclusive ; du moins pour ce qui ne relève pas du soin infirmier.

Glossaire

Glossaire

- **ADELI** : fichier, exploité et géré par la DREES (cf infra), recensant les professionnels de santé qui ont obligation de s'inscrire auprès du préfet du département de leur résidence professionnelle.
- **AIS** : Actes infirmiers de Soins. Lettre clé de l'Assurance maladie associée aux actes tels que le nursing, la prévention d'escarres, etc.
- **AMI** : Actes médico-infirmiers. Lettre clé de l'Assurance maladie associée aux actes techniques tels que les pansements, les injections et prélèvements, etc.
- **APA** : Allocation personnalisée d'Autonomie. Mise en place le 1er janvier 2002, l'APA est une prestation financée par l'État, les départements et les caisses de sécurité sociale. Elle est allouée aux personnes âgées d'au moins 60 ans et appartenant aux groupes iso-ressources 1, 2, 3 et 4 (groupes de dépendance : GIR 1 à 4 de la grille AGGIR qui comprend 6 niveaux de GIR). Le degré d'autonomie de la personne est évalué par une équipe médico-sociale. L'APA permet de financer un plan d'aide pour des personnes souhaitant rester à domicile ou hébergées en établissement. Son octroi ne dépend pas du niveau de ressources de la personne aidée mais son montant est défini en fonction de son niveau de dépendance et de ses revenus. Versée directement à la personne aidée, l'APA peut aussi être versée au prestataire du service. Pour renseignements complémentaires, voir le site : www.apa.gouv.fr.
- **CAFAD** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile. Cette formation n'est accessible qu'en " situation d'emploi ", c'est-à-dire qu'elle n'est ouverte qu'aux personnes qui exercent déjà des fonctions dans un service d'aide à domicile. Le contenu de la formation comprend trois unités de formation : UF1 (vie quotidienne, hygiène alimentaire et corporelle des malades, gestes d'urgence) ; UF2 (connaissance des personnes aidées : groupe familial, personnes âgées, personnes handicapées, relation avec la personne aidée) ; et UF3 (environnement de la personne aidée et rôle de l'aide à domicile).
- **CCAS** : Centre communal d'Action sociale. Le centre communal (ou intercommunal) d'action sociale (CCAS ou CIAS) anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées.
- **CI** : Convergence infirmière. Confédération nationale syndicale créée en février 1999 et regroupant les syndicats Profil Infirmier, SNIIL et SPIL. Elle a obtenu sa représentativité en février 2002.
- **CLIC** : Centres locaux d'Information et de Coordination. Structures créées en 2000, les CLIC offrent aux personnes âgées et à leurs familles un pôle unique d'information et de coordination des services existants, pouvant aller jusqu'à la mise en œuvre de l'aide.
- **CNAMTS** : Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés.
- **DEAVS** : Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie sociale. Institué par le décret n°2002-410 du 26 mars 2002, il se substitue au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD). La formation théorique se décompose en cinq unités de formation : UF1 (bénéficiaires de l'intervention), UF2 (ergonomie, santé et hygiène), UF3 (alimentation et repas, entretien du linge et cadre de vie), UF4 (action sociale et ses acteurs, animation et vie quotidienne) et UF5 (méthodologie d'intervention).
- **DREES** : Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Anciennement SESI, cette direction du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a été créée par le décret du 30 novembre 1998.
- **DSI** : Démarche de Soins infirmiers. Créée le 15 février 2002 dans le cadre du protocole d'accord signé entre la CNAMTS et la Confédération syndicale Convergence infirmière, la démarche de soins infirmiers (DSI) remplace le Projet de Soins infirmiers (PSI) longtemps porté par la Fédération nationale des Infirmiers. Elle est instituée par l'arrêté du 28 juin 2002 (J. O. Numéro

152 du 2 Juillet 2002 page 11 374) modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et devrait être mise en place progressivement à partir de septembre 2002. Quatre types d'actes sont prévus dans cet arrêté pour les soins infirmiers à domicile ; le premier (coté en lettre clé DI) définit et conditionne la réalisation et le remboursement des trois autres (cotés en lettre clé AIS).

La démarche de soins infirmiers : prescrite par le médecin, il s'agit de la planification par l'infirmier libéral des actes nécessaires (cf. 2, 3, 4) au maintien du patient dans son cadre de vie (domicile ou établissement d'hébergement). L'infirmier propose sa prescription au médecin.

Les séances de soins infirmiers : elles concernent les actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne, à raison de 4 maximum par jour.

La mise en œuvre d'un *programme d'aide personnalisée* : il s'agit de séances au cours desquelles l'infirmier libéral aide le patient à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux.

Les séances hebdomadaires de surveillance clinique infirmière et de prévention : ce sont des séances de contrôle des paramètres du patient, de l'observance, des conditions de sécurité et de confort, ou de contrôle d'un éventuel programme d'aide personnalisée. Ces séances n'interviennent qu'après les périodes de séances de soins infirmiers ou de mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée.

L'Assurance maladie prend en charge au plus cinq DSI par an. L'infirmier est rémunéré par un forfait de 15 € pour la première démarche effectuée auprès d'un patient et de 10 € pour les suivantes.

- **FAQSV** : Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville. Fonds national et régionaux de l'Assurance Maladie, gérés par l'Assurance Maladie et les professionnels de santé, destiné à financer des actions innovantes portées par des professionnels de santé libéraux.
- **FNI** : Fédération nationale des Infirmiers, organisation professionnelle syndicale représentative.
- **HAD** : Hospitalisation à Domicile. Créée en 1975, l'Hospitalisation à domicile permet d'assurer dans le milieu familial des malades, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux de nature ponctuelle, continue ou de réadaptation, soins nécessairement coordonnés, d'intensité et de complexité comparable aux soins délivrés en hospitalisation complète. Elle fonctionne comme un substitut de court ou de moyen séjour hospitalier. Elle concerne la prise en charge de tous les types de pathologie, à l'exception de la psychiatrie, mais elle est proposée principalement en cas de cancer (chimiothérapie, soins palliatifs...), de maladie cardio-vasculaire ou neurologique. Les surveillances de grossesses à risque et des nouveaux-nés fragiles en font partie et, pour l'instant, le post-partum. Ainsi, l'HAD peut s'adresser tout autant aux personnes âgées malades qu'aux enfants et aux adultes jeunes.
- **HID** : Handicaps-Incapacités-Dépendance. L'Enquête HID a été réalisée par l'Insee, d'octobre 1998 à fin 2001, sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes. Elle vise à mesurer le nombre de personnes handicapées ou dépendantes, à évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité et appréhender les aides existantes, ainsi que les besoins des personnes.
- **ONSIL** : Organisation nationale de syndicats d'infirmiers libéraux. Créée le 29 novembre 1970, officiellement reconnue représentative de la profession en mars 1986.
- **PSD** : Prestation spécifique Dépendance. Aide destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de 60 ans. C'est une prestation en nature attribuée

par le département au titre de l'aide sociale. A compter du 01/01/2002, cette allocation n'est plus attribuée et est remplacée par l'APA.

- **PSI** : Projet de Soins infirmiers. Projet soutenu par l'Assurance maladie et la FNI, il a donné lieu en octobre 2000 à une révision de la Nomenclature générale des actes professionnels dans son chapitre I (soins de pratique courante), article 11 (soins infirmiers à domicile pour un patient dépendant). Le projet prévoit l'élaboration par l'infirmier libéral d'un *plan de soins infirmiers* (acte intégré dans la NGAP) : l'infirmier est chargé de caractériser et de quantifier les besoins de *soins infirmiers* (séances curatives et préventives, visant notamment à restaurer les capacités d'autonomie, basées sur une approche relationnelle et éducative qui permet d'inclure des soins d'hygiène), les besoins d'aide à la vie quotidienne (séances dédiées à *l'élaboration d'un programme d'aide* afin d'assurer un relais avec l'entourage ou des intervenants sociaux si nécessaire) et les besoins d'accompagnement du patient (séances de *surveillance clinique et de prévention*, à la suite de soins ou d'un programme d'aide, afin d'assurer le suivi du patient par l'infirmière). Ce programme personnalisé, établi par l'infirmier en concertation avec le médecin, doit différencier les soins réellement infirmiers de l'aide pratique à apporter dans la vie quotidienne des patients. Il a été remplacé en 2002 par la DSI (Démarche de Soins infirmiers).
- **SNIL** : Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux. Fondé en avril 1973.
- **SPIL** : Syndicat des professionnels infirmiers libéraux. Fondé en 1972.
- **SSAD-96** : Enquête sur les Services de Soins infirmiers à Domicile menée par le Ministère en 1996.
- **SAPAD** : Service d'Aide aux Personnes Agées à Domicile. La DREES a mené une enquête sur ces structures en 1999.
- **SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile. Créés en mai 1981, le rôle des services de soins infirmiers à domicile est d'assurer, sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes, les soins infirmiers d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux. Initialement créés pour les personnes âgées de 60 ans et plus, les SSIAD peuvent aussi intervenir chez les moins de 60 ans avec une procédure dérogatoire.
- **TISF** : Techniciens de l'Intervention sociale et familiale. Anciennement dénommés travailleurs familiaux, les TISF interviennent auprès des familles en difficulté en apportant une aide matérielle (tâches ménagères, soins à donner aux enfants, gestion du budget familial, etc.) ou un soutien psychologique.

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

Tableau n° 1 Caractéristiques des départements enquêtés en termes de population âgée et en termes de présence et d'activité infirmière libérale.....	17
Tableau n° 2 Comparaison des structures de population par tranche d'âge entre l'échantillon ECILAD 2001 et le fichier ADELI	21
Tableau n° 3 Répartition des infirmiers libéraux de l'échantillon ECILAD 2001 selon la part déclarée d'AIS dans leur activité annuelle.....	22
Tableau n° 4 Répartition des infirmiers libéraux selon le suivi d'une formation professionnelle au cours des douze derniers mois.....	24
Tableau n° 5 Répartition des patients selon leurs besoins en différents types de soins infirmiers.....	29
Tableau n° 6 Répartition des patients selon leur besoin d'un système d'alarme.....	30
Tableau n° 7 Répartition des infirmiers libéraux selon le nombre annuel de leur patients nécessitant la mise en place d'une aide	39
Tableau n° 8 Répartition des infirmiers libéraux selon leur niveau de connaissance des intervenants du secteur de l'aide à domicile.....	44
Tableau n° 9 Nature des personnes contactées par l'infirmier libéral et fréquence lors d'une recherche d'aide pour les gestes essentiels à la vie quotidienne de ses patients	45
Tableau n° 10 Nature des difficultés perçues par l'infirmier libéral et fréquence lors de la mise en place d'une aide au maintien à domicile pour ses patients.....	45
Tableau n° 11 Part des patients plus ou moins dépendants vis-à-vis de la toilette selon leurs besoins en soins infirmiers d'hygiène et leurs nouveaux besoins d'aide à la toilette	52
Tableau n° 12 Répartition des patients selon le délai de mise en place de l'aide la plus urgente.....	60
Tableau n° 13 Répartition des patients selon le type d'intervenants que l'infirmier cherche à joindre et selon le résultat et le délais des ses tentatives de contact.....	61
Tableau n° 14 Répartition des patients selon le type d'intervenants que l'infirmier à pu joindre et selon le type de réponse obtenue	62

Liste des graphiques

Graphique n° 1

Typologie des départements français selon le taux d'AIS (en % de l'activité) et la densité infirmière libérale pour 100 000 habitants..... **16**

Graphique n° 2

Répartition des infirmiers libéraux selon la part déclarée d'AIS dans leur activité annuelle pour chaque niveau de collaboration avec un SSIAD..... **23**

Graphique n° 3

Répartition des infirmiers libéraux selon leur part d'AIS dans chaque zone géographique **25**

Graphique n° 4

Répartition des infirmiers libéraux selon leur mode d'exercice dans chaque zone géographique **26**

Graphique n° 5

Répartition des infirmiers libéraux selon le nombre de patients concernés, en un an, par la mise en place d'une aide au maintien à domicile pour chaque zone géographique **27**

Graphique n° 6

Répartition de l'ensemble des patients observés selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne..... **31**

Graphique n° 7

Visualisation sur le premier plan factoriel des quatre classes de patients constituées selon leur degré d'autonomie ou de dépendance dans les six domaines d'activité explorés **32**

Graphique n° 8

Répartition des « Patients presque autonomes » (dasse 1 : 5 % de l'ensemble) selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne **33**

Graphique n° 9

Répartition des patients en « Perte d'autonomie relative » (classe 2 : 30 % de l'ensemble) selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne **33**

Graphique n° 10

Répartition des patients en « perte d'autonomie prononcée » (classe 3 : 37 % de l'ensemble) selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne..... **34**

Graphique n° 11

Répartition des patients en « Grande dépendance » (dasse 4 : 28 % de l'ensemble) selon leur degré d'autonomie dans six domaines d'activité relatifs à la personne **35**

Graphique n° 12

Proportion de patients concernés par la mise en place d'une aide à domicile selon les types de besoins non satisfaits **36**

Graphique n° 13

Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile, tous types de besoin cumulés..... **47**

Graphique n° 14

Part des différents types d'intervenants pressentis par les infirmiers libéraux selon la nature du besoin d'aide à domicile requis..... **49**

Graphique n° 15	
Part de la prise en charge professionnelle exclusive pressentie par les infirmiers libéraux selon la nature de l'aide à domicile requise et l'âge du patient	50
Graphique n° 16	
Part de la prise en charge professionnelle exclusive pressentie par les infirmiers libéraux selon la nature de l'aide à domicile requise et la zone géographique.....	51
Graphique n° 17	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'aide à la toilette	53
Graphique n° 18	
Proportion des patients ayant un nouveau besoin d'aide à la toilette dans l'enquête selon la part d'actes de l'infirmier libéral cotés en AIS	54
Graphique n° 19	
Répartition des patients selon l'identification de l'aide la plus urgente à mettre en place.....	59
Graphique n° 20	
Part des patients pour lesquels l'infirmier a initié la mise en place d'une aide à domicile selon le type d'intervenants potentiels qu'il a tenté de contacter	61
Graphique n° 21	
Proportion de patients concernés selon le nombre d'appels téléphoniques total passé par l'infirmier libéral pour tenter de mettre en place une aide à domicile	63
Graphique n° 22	
Poids des raisons dans l'explication des échecs de prise en charge	64
Graphique n° 23	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour les transferts.....	82
Graphique n° 24	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour les déplacements	82
Graphique n° 25	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour la toilette.....	83
Graphique n° 26	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'élimination	83
Graphique n° 27	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'habillement	84
Graphique n° 28	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour l'alimentation	84
Graphique n° 29	
Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour le repas	85

Graphique n° 30

Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour le ménage **85**

Graphique n° 31

Fréquence des différents types intervenants cités par l'infirmier libéral en cas de besoin d'aide au maintien à domicile pour la surveillance **86**

Achever d'imprimer le 12 Août 2002
ELECTROGELOZ
58, rue Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Août 2002