



Le projet «INCL Bien vieillir»: un laboratoire d'innovation des services pour les personnes âgées

Chiara Agostini, Ester Bonomi, Chiara Lodi Rizzini, Alessandra Motta

Le projet «INCL Bien vieillir»: un laboratoire d'innovation des services pour les personnes âgées

Chiara Agostini, Ester Bonomi, Chiara Lodi Rizzini, Alessandra Motta



© Percorsi di secondo welfare 2023

ISBN: 9791280161277

Studi 2W

www.secondowelfare.it • info@secondowelfare.it

Milano, février 2023

Executive Summary

Les objectifs du rapport

- Ce rapport présente les résultats de l'évaluation **du modèle de dispositif testé** sur le territoire de la Comunità Montana Valli del Monviso (Union de communes Terres Monviso) entre juin 2021 et septembre 2022 **avec le projet « INCL – Bien vieillir »**.
- À la suite de cette évaluation le projet a trouvé sa place dans le cadre de l'innovation de l'aide sociale sur les territoires. L'étude a analysé tant les **impacts directs**, c'est-à-dire sur les personnes âgées, que les **impacts indirects**, sur les professionnels et les établissements auxquels ils sont attachés, les services et le territoire, à l'aide de **méthodes qualitatives** (analyse de documents, entretiens et groupes de discussion) et **quantitatives** (questionnaire et analyse de données secondaires).

Le projet INCL – Bien vieillir

- Ce projet, financé par le **Fonds européen de développement régional - FEDER**, programme Interreg Alcotra 2014-2020, fait partie du plan intégré territorial PITER Terres Monviso. Il s'adressait aux **personnes âgées vivant en montagne, et souffrant de maladies chroniques dans un contexte d'isolement et de solitude** qui compromettent leur maintien à domicile, et par conséquent leur bien vieillir.
- INCL a poursuivi trois **objectifs** principaux : 1) **mettre en œuvre un nouveau mode de prise en charge** des personnes âgées présentant une fragilité dont les causes n'ont pas été établies et un tableau clinique sans critère de gravité ; 2) **tester cette prise en charge également sur des seniors avec un tableau clinique plus grave**, déjà suivis par les services sociaux ou médico-sociaux, mais en nombre inférieur à la cible précédente ; 3) **associer la communauté** à l'identification des besoins et à la recherche des réponses possibles.
- La pierre angulaire de la réalisation du projet a été la création des **équipes GIPIC** (Groupes intégrés de prise en charge). Les GIPICs se composent de différentes figures professionnelles : travailleurs sociaux, infirmiers, professionnels du médico-social et éducateurs professionnels qui ont collaboré de manière synergique. **La mission des GIPICs a été de réaliser une prise en charge intégrée**, et ils l'ont décomposée en deux temps. Au cours de la première phase ils ont évalué les besoins de la personne âgée et défini le projet individuel, dans la deuxième phase ils ont mis en œuvre les services. Les activités réalisées avec INCL se déclinent en deux catégories : la démarche socio-sanitaire, qui a concerné de manière spécifique les bénéficiaires pris en charge, et la démarche éducative, tournée non seulement vers les seniors suivis mais aussi vers

la collectivité, d'un côté pour briser la solitude fréquente chez nos aînés, de l'autre pour mettre en place un maillage territorial potentiel pour prendre soin des plus fragiles dans une optique de *community building*.

L'évaluation des impacts directs

- L'évaluation a commencé par examiner la mise en œuvre du projet INCL avec son impact sur les personnes âgées bénéficiaires, dans le but de 1) décrire **les acteurs qui ont participé** au projet ; 2) présenter les **caractéristiques des projets** lancés ; 3) recueillir les expériences des seniors et des opérateurs pour constater à quel point le projet s'est montré efficace au regard des **objectifs fixés et a été apprécié par les bénéficiaires** ; 4) identifier les **facteurs qui ont favorisé sa réussite et ceux qui ont l'entravée**.
- Les données pour l'évaluation des impacts directs ont été collectées en utilisant : a) **les fiches de suivi** remplies une fois par trimestre par les opérateurs pour chacun des 61 sujets âgés impliqués dans le projet ; b) **un questionnaire en ligne** destiné à recueillir des données sur l'étendue de l'analyse et soumis aux opérateurs qui ont suivi les projets individuels ; c) **6 des entretiens approfondis** sur les cas de bonnes pratiques, afin de mieux appréhender les facteurs qui ont facilité la réussite de l'action entreprise.
- **Le tableau clinique des soins infirmiers reflète les cibles du projet** : des personnes présentant un tableau clinique sans critère de gravité et qui n'ont pas de problèmes financiers, mais des problèmes de solitude et des besoins liés à la perte partielle de leur autonomie.
- **L'objectif le plus fréquemment indiqué a été le maintien de l'autonomie**, pour 49 bénéficiaires, suivi de la surveillance de sa santé, 39 ; l'atténuation de la solitude, 35 ; le maintien de l'hygiène de la personne et de son domicile, 28 ; les services de transport pour les visites 15 ; l'aide pour faire ses courses, 14.
- **Des actions faisant intervenir l'Agence sanitaire locale (ASL) ont été prises en compte pour 55 bénéficiaires sur 61**. La quasi-totalité, 54, prévoyait la surveillance de l'état de santé, puis la prise de sang, 44, et l'administration des médicaments, 22. **Les interventions qui ont intéressé les services sociaux ont concerné 49 personnes**. Les activités les plus courantes ont été l'aide pour faire ses courses (24), l'hygiène de la personne et de son domicile (24), les services de transport (22), le soutien aux soignants (18). **Les interventions avec la participation de la communauté locale ont été prises en compte pour 33 seniors**, un peu plus de la moitié. La communauté locale est intervenue essentiellement dans les activités de socialisation, 29 cas, et dans les services à domicile, 14 cas.
- **En comparant les 3 secteurs, il apparaît que les actions le plus largement déployées sont celles**

qui ont vu la participation de l'ASL (55), puis des services sociaux (49) et de la communauté locale (33). Mais les domaines dans lesquels a été investi le plus grand nombre d'heures par bénéficiaire sont le social et le communautaire. Dans 45% des projets qui ont fait intervenir l'ASL il a été indiqué moins d'une heure par mois – auxquels s'ajoutent 11% d'interventions au besoin. À l'inverse, les activités qui ont impliqué les services sociaux et la communauté locale ont engagé plus d'une heure par mois dans 67% des cas.

- En ce qui concerne **la santé et le bien-être personnel, le projet a obtenu de très bons résultats dans l'ensemble**, en particulier pour ce qui a trait à l'objectif consistant à « favoriser un bon usage de procédures thérapeutiques » (par ex. la prise de médicaments). Les activités et les services les plus appréciés des seniors ont été ceux qui touchent à la sphère de la santé. On en trouve confirmation dans les interviews, qui ont révélé que surtout l'aide dans la préparation des médicaments a procuré un sentiment de sécurité aux personnes âgées.
- En revanche, **la sphère des capacités relationnelles et de la socialité** est sujette à controverse, **en ce sens qu'elle représente à la fois l'opportunité et la principale criticité du projet**, bien que cette expérience soit globalement positive. Si l'on considère les situations personnelles, les jugements les plus critiques semblent avoir été exprimés par les personnes qui avaient une bonne ou complète autonomie. Parmi les préoccupations évoquées, dans 26 cas (la moitié), la réticence à participer aux activités de groupe ou de socialisation, et à sortir de la maison (20 cas). Les entretiens ont ensuite mis en évidence la volonté des personnes âgées de protéger leur indépendance. Quoi qu'il en soit, dans l'ensemble ces activités et services ont été appréciés et jugés utiles. À la question « quel service ou quelle activité faudrait-il renforcer ? » plus de la moitié des personnes interrogées ont répondu en indiquant des activités de groupe et de socialisation.
- En ce qui concerne **le logement**, l'objectif de créer un environnement domestique plus confortable et sûr n'a pas été atteint, ou ne l'a pas été suffisamment, dans 38% des cas ; celui de promouvoir une hygiène adéquate du domicile n'a pas été atteint, ou ne l'a pas été suffisamment, dans 46% des cas. Les activités ou services d'hygiène du domicile ont été peu appréciés par 48% des répondants, près de la moitié. Ceci s'explique si l'on considère : 1) la **difficulté des personnes âgées à se faire aider par des étrangers** dans les soins à la personne et l'entretien de la maison ; 2) le fait que, à cause du faible nombre d'opérateurs disponibles, le service de nettoyage n'est fourni que lorsque le bénéficiaire n'a pas d'autres solutions ; 3) la **vétusté des logements** qui demanderait des interventions structurelles pour rendre le foyer plus sûr et confortable.
- Dans la sphère « **Vie quotidienne** », le projet a obtenu de très bons résultats pour ce qui est de l'objectif de faciliter les démarches administratives et les achats pour les besoins courants et assez bons pour celui de faciliter les déplacements. Le service de courses et de fourniture des

repas également a été particulièrement apprécié.

- Même si la donnée peut être conditionnée par le fait que les opérateurs ont effectué l'évaluation **en se référant aux relations avec les services territoriaux, le projet a enregistré d'excellents résultats**, qui se traduisent par le fait que les seniors ont davantage de confiance envers les opérateurs et savent mieux s'orienter dans les services disponibles sur le territoire.
- Le projet a adopté **une perspective multisectorielle visant à promouvoir l'intégration des services sociaux et des services de santé, en relation aux objectifs des interventions et aussi aux professionnels impliqués**. La plupart des projets ont prévu également l'intégration des services sociaux, de santé et communautaires ou au moins de deux d'entre eux. Dans une bien moindre mesure, des interventions seulement sanitaires ou seulement sociales ont été prévues. La complexité qui découle de la multisectorialité a été gérée de manière satisfaisante : seulement dans un cas il a été signalé des difficultés de coordination entre les opérateurs impliqués.
- **Deux nécessités** ont émergé : **renforcer les ressources humaines**, en augmentant le nombre d'opérateurs et de bénévoles impliqués (à signaler entre autres la nécessité d'accroître les compétences de ces derniers) ; **améliorer la participation de la communauté**, de façon à donner corps à une action sociale de proximité permettant d'élargir le réseau des « aidants » des personnes les plus fragiles.

L'évaluation des impacts indirects

- **L'évaluation des impacts indirects** a examiné comment le projet INCL a favorisé **l'innovation dans les services destinés aux personnes âgées**. L'analyse a porté de manière prépondérante sur les aspects suivants : 1) les **caractéristiques des services** que le modèle INCL se proposait de réaliser en présence d'un public cible fondamentalement nouveau, les personnes âgées en situation de fragilité mais avec un tableau clinique exempt de gravité ; 2) le **modèle d'intervention** prévu pour la réalisation de ces services, et si et comment son adoption a eu un impact **sur les modes opératoires des opérateurs** ; 3) **l'amélioration des services** apportée par INCL ; 4) les **retombées sur le territoire faisant l'objet de l'intervention**.
- L'évaluation a été réalisée à partir de **l'étude de la documentation du projet** (fournie par le porteur du projet) et en s'appuyant sur des techniques de recherche qualitative telles que des **entretiens approfondis** et des **groupes de discussion**. Les entretiens ont concerné les membres du comité technique du projet, tandis que les groupes de discussion s'adressaient aux six équipes GIPIC relevant des vallées dans lesquelles le projet a été testé.
- INCL a promu une **innovation par rapport au groupe cible d'utilisateurs**, qui comprenait des **personnes âgées présentant un tableau clinique sans critère de gravité**, en associant une **prise en charge intégrée sous l'angle à la fois social, sanitaire et communautaire**.

- Sur le territoire faisant l'objet de l'intervention, l'intégration entre les structures sociales et sanitaires s'appliquait déjà (surtout dans le cas des personnes âgées dépendantes). Grâce aux **activités d'animation territoriale et de soins à domicile** promues par INCL, l'intégration a concerné également la communauté. Ces activités ont été réalisées en faisant appel à des **éducateurs professionnels intégrés au sein des équipes** et, dans certains cas, à la disponibilité de **bénévoles**.
- Les éducateurs ont travaillé en étroite collaboration avec les professionnels du médico-social. En élaborant des propositions qui ont permis de **répondre non seulement aux besoins évidents, mais aussi aux besoins latents**, ils ont effectué une **action préventive importante**. Dans une perspective de *community building*, ces actions **ont souvent touché également les personnes âgées du territoire (non prises en charge par l'INCL)** qui étaient disponibles et désireuses d'organiser et de mener des activités sous le signe de la socialité, avec l'aide d'un personnel compétent.
- Cette même innovation n'aurait pas été possible sans la **constitution des GIPICs**. Le travail en équipe a été une expérience précieuse pour plusieurs raisons : en premier lieu, l'échange avec des professionnels provenant d'autres milieux a favorisé une **réflexion critique sur les modes opératoires** des uns et des autres, dans une perspective d'apprentissage. Deuxièmement, la synergie entre les hommes et les femmes des équipes de soins a permis d'avoir **une vision holistique de la situation des personnes âgées, qui a fait ressortir les besoins latents et allégé la forte charge émotionnelle de la prise en charge** (pour les personnes assistées et pour les opérateurs).
- Bien que le travail organisé avec les GIPICs ait enregistré dans de nombreux cas un effet positif, l'analyse a révélé également deux faiblesses. La première concerne la **« bureaucratie »** que comporte le travail d'équipe avec le remplissage des fiches d'évaluation sur la situation (sociale et sanitaire) de la personne âgée. Ces tâches administratives ont été ressenties comme lourdes et inefficaces alors qu'il fallait si possible déceler des améliorations. La seconde se rapporte à **l'absence des bénévoles dans les GIPICs**, qui a été décrite comme problématique, non seulement en termes de soutien aux activités d'animation, mais aussi en vue de la pérennité du projet.
- Le travail en équipe a déterminé une **amélioration de la qualité des services fournis** sur le territoire. On a vu qu'il a permis d'adopter une approche holistique du bien-être de la personne et d'agir dans une optique préventive, mais il faut dire également qu'il a été possible de **réduire la durée de l'intervention sur les personnes**. En organisant les visites à domicile avec la présence simultanée de plusieurs professionnels, on a pu répondre très rapidement aux demandes d'aide des seniors et suivre plus facilement leur situation sociale et leur état de santé, avec en sus la

possibilité de leur offrir un moment de socialisation en plus.

- L'analyse a permis de cerner quelques **problèmes critiques dans la mise en œuvre des services**, comme le fait que le projet n'avait **pas prévu** dans le budget une rubrique pour les activités de service de transport des personnes âgées, ce qui s'est traduit concrètement par un plus grand nombre d'heures de travail pour les opérateurs et les opératrices. Il n'avait **pas prévu non plus de couvrir les frais de participation des seniors aux activités d'animation**, ce qui a créé une disparité entre ceux qui avaient la possibilité de supporter cette dépense et ceux qui ne l'avaient pas.
- **INCL a eu un impact aussi sur le maillage territorial, en le consolidant là où il était présent et en contribuant à le construire là où il ne l'était pas.** Ceci a été rendu possible en vertu de la collaboration avec les organismes publics et privés du territoire et la société civile, grâce à laquelle **les opérateurs du projet sont devenus une référence pour la communauté.** La présence de ces synergies, qui non seulement ont été **l'impulsion nécessaire pour le développement de futures initiatives** de collaboration territoriale, **a permis aux personnes âgées de percevoir la présence d'un réseau de soutien qui les entourait** et prenait à cœur leurs besoins.
- Le projet a permis de **raconter à l'extérieur comment fonctionnent concrètement les services territoriaux, et de les rendre visibles à la communauté dans son ensemble.** Les opérateurs d'INCL sont ainsi devenus les hommes et les femmes sur qui peuvent compter non seulement ceux qui manifestent des besoins, mais aussi ceux qui veulent concevoir et déployer des interventions visant à promouvoir le bien-être de la communauté.
- **L'efficacité de l'impact sur le maillage territorial a toutefois été fortement conditionnée par les particularités sociales et morphologiques de chaque vallée** et, en particulier, par la présence d'un réseau préexistant. Dans les zones où le réseau était déjà présent, la mise en œuvre s'est déroulée sans problème, mais dans celles où il n'y en avait pas avant l'intervention d'INCL les résultats ont été différents. En particulier, **dans certains cas on a enregistré des retours positifs, alors que dans d'autres, les institutions et les collectivités locales étaient réticentes à l'idée de soutenir le projet et les opérateurs des GIPICs.**

Réflexions finales

- **Le projet INCL rentre dans une famille de nouvelles initiatives centrées sur la promotion des soins à domicile et l'adoption d'une approche multidimensionnelle et de proximité.** Ces initiatives traitent le vieillissement en le considérant non seulement sous l'angle d'une meilleure gestion de besoins déjà établis, mais aussi de la prévention du risque à travers l'identification rapide et la prise en charge des personnes fragiles.
- Dans le cadre d'INCL, les services proposés ont porté sur la promotion de la santé et de l'autonomie

à domicile et à l'extérieur, sur la création d'un environnement domestique aussi attentif que possible aux besoins des seniors et sur la lutte contre la solitude, par l'intermédiaire d'un soutien sanitaire « léger ». En un mot, **il s'agissait de rechercher une approche de prévention mettant l'accent sur le bien vieillir chez soi**. La démarche était orientée vers le but de retarder autant que possible l'entrée dans un établissement spécialisé, mais en faisant en sorte que le maintien à domicile contribue à conserver une vie indépendante et de qualité.

- **Deux facteurs ont rendu possible ce mode de prise en charge innovant.** Le premier est la constitution **des équipes GIPIC**, qui ont intégré non seulement la dimension sociale et sanitaire, mais aussi la dimension communautaire. L'expérience du travail en équipe a été d'une grande valeur pour les opérateurs car l'échange, qui, comme on l'a vu, a favorisé une approche holistique, leur a permis également d'apprendre leur métier et de l'améliorer. Le second est le **passage d'une protection sociale traditionnelle et « d'attente » (par rapport aux demandes des usagers) à une protection sociale « d'initiative »**, grâce entre autres aux activités associatives qui ont fait intervenir la communauté (dans une logique de *community building*). Ce passage a été soutenu par le fait que, dans la plupart des territoires, INCL a su déterminer son public cible, étudier les besoins et nécessités et, en fonction de ceux-ci, définir les services à déployer.



www.secondowelfare.it



info@secondowelfare.it



Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche
Università degli Studi di Milano
Via Conservatorio, 7
20122 • Milano