



Diplôme universitaire Infirmier Référent et
Coordinateur en EHPAD et en SSIAD (IRCO)

Année universitaire 2021-2022

**La méconnaissance des SSIAD :
la réforme des services à domicile
est-elle un début de réponse ?**

BOUDVIN Valérie / DALET Marie-Gabrielle
JACQUEMART ép. DOLLE Françoise / LEMPESEUR ép. MAGNIER Isabelle
Infirmières.

Directeur de mémoire :
Valérie BOURGEOIS, Directrice médico-sociale et paramédicale

Remerciements

Au terme de ce travail, nous tenons à remercier :

- Notre Directrice de mémoire, Valérie BOURGEOIS, pour ses bons conseils, ses encouragements et sa grande disponibilité, merci également pour la richesse du stage et l'excellent encadrement qu'elle a pu donner à l'une d'entre nous.

- Toute l'équipe pédagogique de l'université Paris-Cité, pour les enseignements dispensés tout au long de l'année et pour leur disponibilité à répondre à nos questions. Nous y incluons les secrétaires du Secrétariat pédagogique du Professeur Anne-Sophie RIGAUD qui ont été largement sollicitées par l'ensemble des étudiants de notre promotion.

- Les personnes qui ont consacré du temps pour répondre aux questionnaires, et ce malgré les contraintes de temps et de planning.

- Florence BUONOMANO, pour les heures passées en cours informatiques personnalisés. Ses conseils ont été précieux pour créer les outils d'enquête et pour les interpréter le plus simplement possible.

- Michèle RODDE, qui est restée dans les starting-blocks jusqu'au dernier instant, afin de nous relire, nous corriger et revoir la mise en page de notre travail.

- Isabelle HUE et Christine FLETCHER, pour leur relecture en français et en anglais.

- Nos employeurs; pour nous avoir permis de consacrer du temps pour suivre cette formation.

- Chacune d'entre nous pour la bonne entente qui a régné dès la première visio... et tout au long de celles qui ont suivies. Une belle ambiance, beaucoup d'écoute, de partages et d'encouragements mutuels qui nous ont mené au bout de ce travail. Hâte de nous découvrir « en chair et en os » pour la soutenance !

- Nos proches qui ont fait l'effort de prendre sur leur temps de famille pour nous permettre de travailler ensemble (les dimanches soir partagés risquent de nous manquer !).

Sommaire

INTRODUCTION	1
I. Analyse et discussion des questionnaires :	2
1. Méthodologie d'enquête	2
2. Profils des personnes interrogées et leur connaissance du SSIAD	3
3. Quels sont les vecteurs de connaissance du SSIAD ?	5
4. Représentations des missions du SSIAD	6
5. Représentation des salariés du SSIAD	7
6. Critères d'inclusion	7
7. Financement	8
8. Proposer le SSIAD aux personnes en perte d'autonomie ?	9
II. Présentation du SSIAD :	10
1. Dans le système de santé	11
2. Critères d'inclusion	12
3. Ambitions et réalité	12
III. Propositions pour améliorer la visibilité :	13
1. Renforcer les moyens de communication	13
2. Développer les partenariats et coopérer avec les réseaux	14
3. Comment coopérer avec les instances	16
IV. L'évolution de l'offre de service :	17
1. Objectifs et enjeux de la réforme des services à domicile	17
a. La reconfiguration du secteur en Service Autonomie à Domicile	18
b. Principes et modalités de la réforme de la tarification	19
2. La réforme des SAD serait-elle une réponse à notre problématique ?	20
a. Une réforme en profondeur, un véritable début de réponse	20
b. Beaucoup d'interrogations demeurent	23
3. Pour aller plus loin...	26
a. Un trio au service de la personne en perte d'autonomie à domicile	26
b. Redéfinir la fonction d'IDEC	28
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
1. Questionnaire destiné aux professionnels de santé	
2. Synthèse des questionnaires des professionnels	
3. Questionnaire destiné au grand public	
4. Synthèse des questionnaires destinés au grand public	
5. Proposition de plaquette d'information	
GLOSSAIRE	
ABSTRACT	

Introduction

Aujourd'hui force est de constater que les hôpitaux publics et les cliniques sont saturés, que ce soit au niveau des urgences mais aussi dans les différents services de soins de la pédiatrie jusqu'à la gériatrie. La population devient vieillissante et le manque de moyens financiers et humains devient préoccupant, ce qui engendre la fermeture de services de soins. Face à ces difficultés diverses, le système de santé français doit se réinventer, toutefois cette mutation va nécessiter plusieurs années.

En attendant, quelques solutions demeurent pour désengorger ces établissements de soins en grande détresse, notamment les prises en charge de personnes en mobilité réduite, état de dépendance partielle ou totale, mais également en fin de vie.

C'est dans ce contexte que nous allons développer et tenter d'expliquer quelles alternatives existent pour cette population citée. Le SSIAD et l'HAD sont, à l'heure actuelle, les organismes sur lesquels les professionnels de santé et les patients doivent s'appuyer au quotidien pour aider à ces prises en charge. Toutefois ces services de soins à domicile affiliés à notre système de santé au travers de la Sécurité Sociale sont-ils suffisamment sollicités ?

Les patients et les professionnels de santé sont-ils informés sur les missions de ces organismes et plus précisément celles du SSIAD ? Celui-ci réalise-t-il des actions de sensibilisation pour se faire connaître ?

Animées par cette envie de comprendre, nous avons tout d'abord formulé un questionnaire pour notre enquête, mais quels devaient être nos destinataires ? Nous avons donc fait le choix de réaliser deux questionnaires différents afin d'apporter une réponse plus globale.

A travers ce mémoire, nous allons mettre en évidence l'analyse que nous dégagons de ces questionnaires.

Dans une seconde partie, nous tenterons de trouver des solutions opérationnelles permettant de faire connaître le champ d'action du SSIAD auprès de tous.

Pour aller plus loin, nous essaierons de comprendre la nouvelle réforme du service autonomie et ce qu'elle va apporter au SSIAD.

I. Analyse et discussion des questionnaires :

1. Méthodologie d'enquête

Notre enquête qualitative, sous forme de volontariat et sous couvert d'anonymat, s'est basée sur un questionnaire. Nous avons souhaité faire un focus sur l'état de connaissance du SSIAD, que ce soit du côté des professionnels de santé ou du côté du grand public, à savoir, les parents, aidants, amis, voisins, membres d'associations seniors...

Afin d'avoir un échantillon interprétable, nous avons distribué, pour chaque catégorie, 100 questionnaires, soit 200 et en avons recueillis :

Pour les professionnels	:	60
Pour le grand public	:	46

Nous avons organisé notre enquête de mi-juillet à fin août. Cette période estivale nous a posé quelques difficultés, principalement en lien avec les congés d'été. En effet, pour les professionnels c'est une période difficile, avec de nombreuses absences et une surcharge de travail. Pour ceux ayant accepté de nous répondre, il a malgré tout fallu être quelque peu insistant pour récupérer nos questionnaires complétés.

Parties sur l'idée que les professionnels avaient au moins entendu évoquer les SSIAD, nous n'avons pas défini l'abréviation... et avons été confronté à une demande répétée : « Que veut dire SSIAD ? ». L'un des questionnaires récupérés auprès d'une opticienne était même ininterprétable, en raison de sa méconnaissance totale de ce genre de structure. Il a été retiré de l'étude.

Pour le grand public, il y a eu également les congés d'été, mais aussi la fermeture des associations, principalement celles destinées aux seniors. Pour cette catégorie interrogée, c'est plus la formulation des questions qui a posé des difficultés, mais aussi, le fait d'avoir permis trop de réponses à une même question. Cette possibilité de choix multiples rend également plus difficile l'interprétation de certaines réponses.

Quelques questions permettaient des réponses multiples. Dans l'analyse, nous avons donc interprété ces réponses en fonction :

- du nombre de questionnaires de la série (ce qui ne nous emmène pas à un cumul de 100%)

- de l'ensemble des réponses à ces questions.

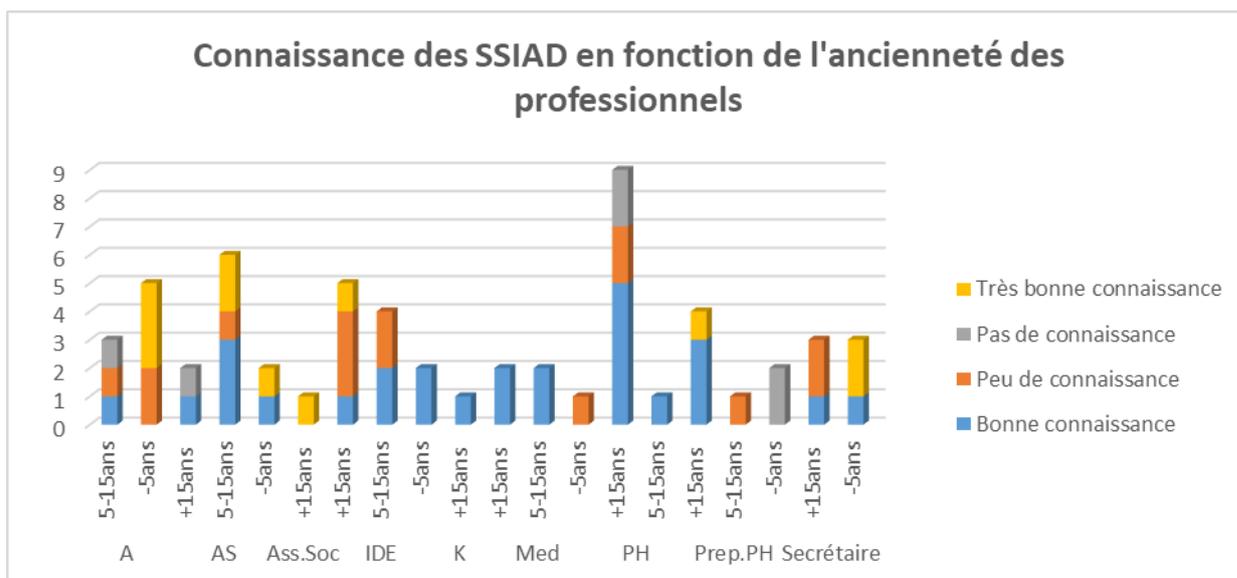
2. Profils des personnes interrogées et leur connaissance du SSIAD

↳ Les professionnels de santé :

Nous avons voulu toucher principalement les personnels pouvant intervenir auprès des personnes âgées dépendantes. Cependant, en raison des difficultés déjà évoquées, nous n'avons pas pu recueillir de réponses de pédicures/podologues ainsi que de psychologues. En revanche, nous avons eu les réponses de professionnels que nous n'avions pas identifiés au départ (« Autre ») :

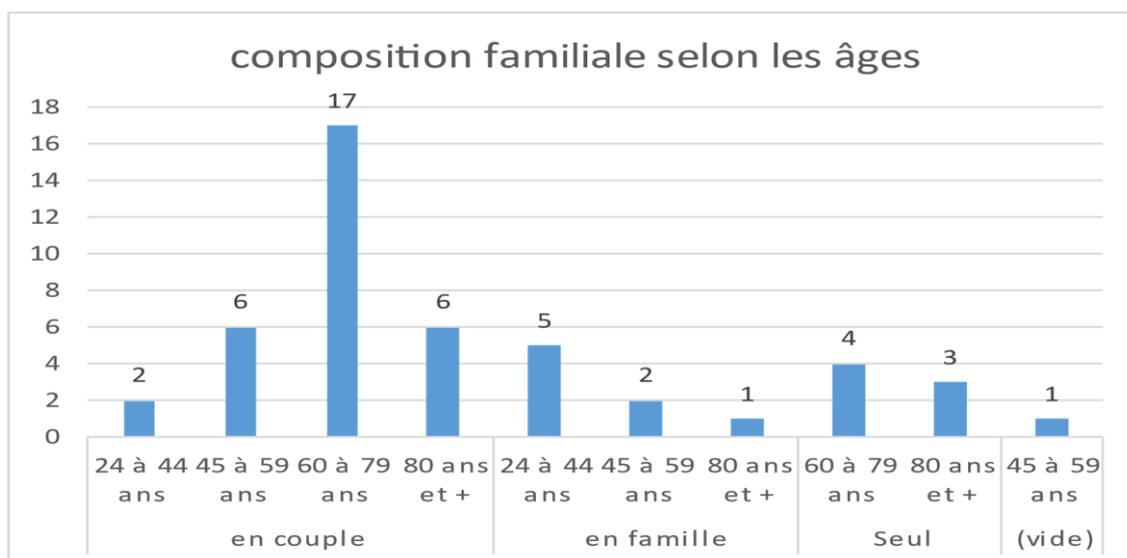
- un ambulancier,
- un cadre de santé,
- une infirmière coordinatrice,
- un ergothérapeute.

Une fois le sigle explicité, nous constatons que les professionnels ont une petite connaissance des SSIAD, ou tout au moins en connaissent-ils l'existence. Il semble que les années d'expérience aident à une meilleure connaissance. Il reste cependant une certaine disparité entre les différents professionnels, selon leurs dires :



- Les IDE¹ et les médecins : bonne connaissance dès le début de carrière.
- Les aides-soignants : meilleure connaissance après 15 ans.
- Les préparateurs en pharmacie : une bonne connaissance d'emblée.
- Pour les pharmaciens, le kinésithérapeute, l'assistante sociale et les secrétaires médicales interrogées, nous ne pouvons pas mesurer leur niveau de connaissance en fonction de leur ancienneté, car pour la quasi-totalité de notre échantillon, ils comptabilisent plus de 15 ans d'expérience. Nous n'avons donc pas d'éléments de comparaison avec de plus jeunes représentants de ces professions.

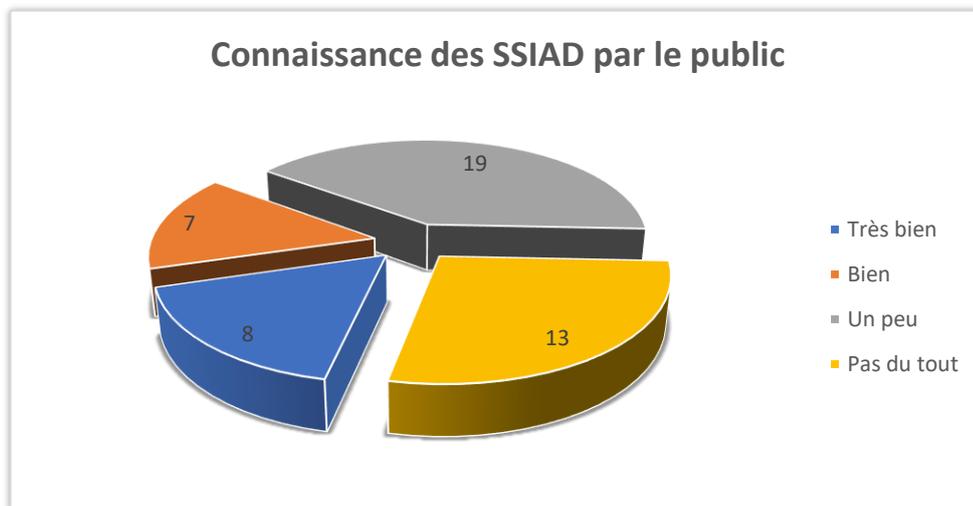
➔ Pour le grand public :



- 31 personnes interrogées sur 46 vivent en couple, 8 en famille et 7 seules.
- La tranche d'âge la plus répandue est celle des 60 à 79 ans. C'est aussi dans cette tranche d'âge que nous avons pu avoir la plus grande diversité de personnes.
- Certains se sont définis comme « Autre », sans préciser ce à quoi ils faisaient allusion.

¹ Pour chaque corps de métier, lire indifféremment au masculin ou au féminin.

- Malgré le nombre de réponses chez les personnes de plus de 60 ans (31/46), seule l'une d'entre elle a déclaré faire partie d'une association séniors.



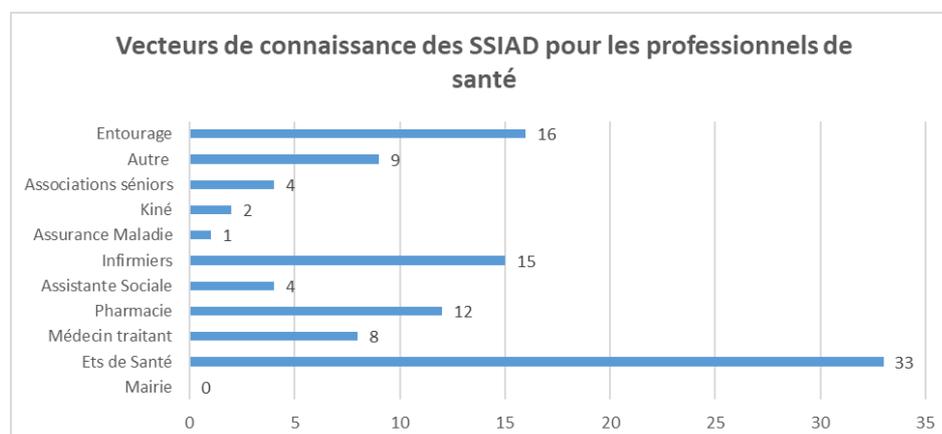
- 15 personnes bénéficient des services du SSIAD. Cependant, nous pouvons nous poser la question d'une possible confusion entre SSIAD et SAAD, car si 15 personnes bénéficient de soins infirmiers et de soins d'hygiène, 3 nous disent profiter de l'aide au repas et au ménage.

De façon générale, il semblerait que le grand public ait une meilleure connaissance de l'existence des SSIAD.

3. Quels sont les vecteurs de connaissance du SSIAD ?

Après avoir cherché à savoir qui était notre public, nous nous sommes intéressées à savoir par quel biais l'ensemble des personnes de nos 2 échantillons avaient eu connaissance de l'existence des SSIAD.

➔ Les professionnels de santé :

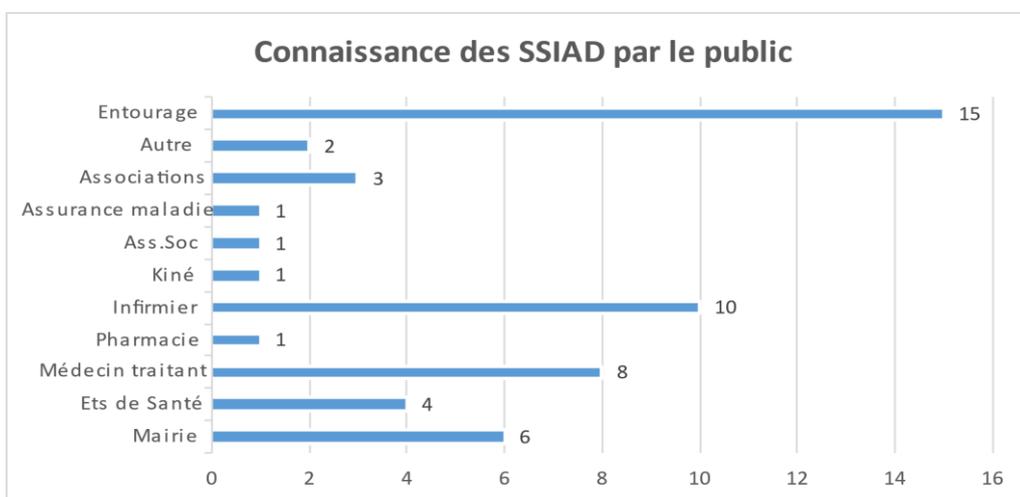


Les établissements de santé sont la meilleure source de connaissance pour les professionnels.

Etonnamment, l'entourage des professionnels semble être une vraie source d'information pour ces derniers.

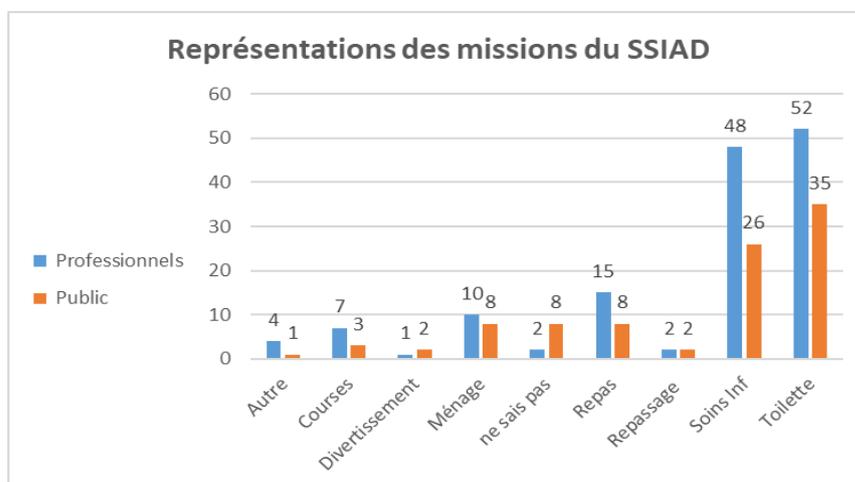
Les infirmiers et les pharmaciens sont un bon relais dans la connaissance de ces structures.

↳ Pour le grand public :



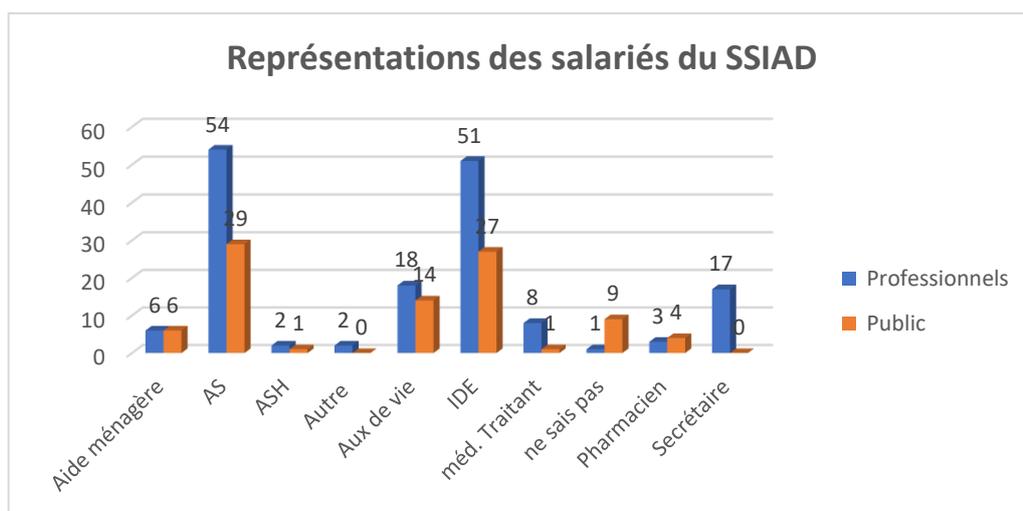
Les membres de l'entourage et les infirmiers sont les meilleurs ambassadeurs des SSIAD. Viennent ensuite les médecins traitants et les Mairies.

4. Représentations des missions du SSIAD



Pour l'ensemble de nos 2 catégories interrogées, les missions du SSIAD semblent plutôt bien identifiées, puisqu'on retrouve en bonne place la toilette (soin de base) et les soins infirmiers. Cependant, et malgré la difficulté d'interprétation due à un trop grand nombre de réponses possibles, on constate un amalgame entre les soins pouvant être dispensés par le SSIAD et les aides dispensés dans le cadre des SAAD.

5. Représentation des salariés du SSIAD



L'analyse de cette question, (aussi bien pour les professionnels de santé que pour le public) est difficilement interprétable. En effet, nous avons donné un grand nombre de possibilités de réponses. Certains ayant coché toutes les possibilités, comment faire la part des choses entre une réelle connaissance ou « la chance » de sélectionner les bons professionnels ? Néanmoins, et, quelle que soit la difficulté de distinguer SSIAD et SAAD, on retrouve bien prioritairement les infirmiers et les aides-soignants.

Il est surprenant de noter que le public ne pense pas du tout à faire mention des secrétaires qui sont pourtant les personnes en lien direct avec le public.

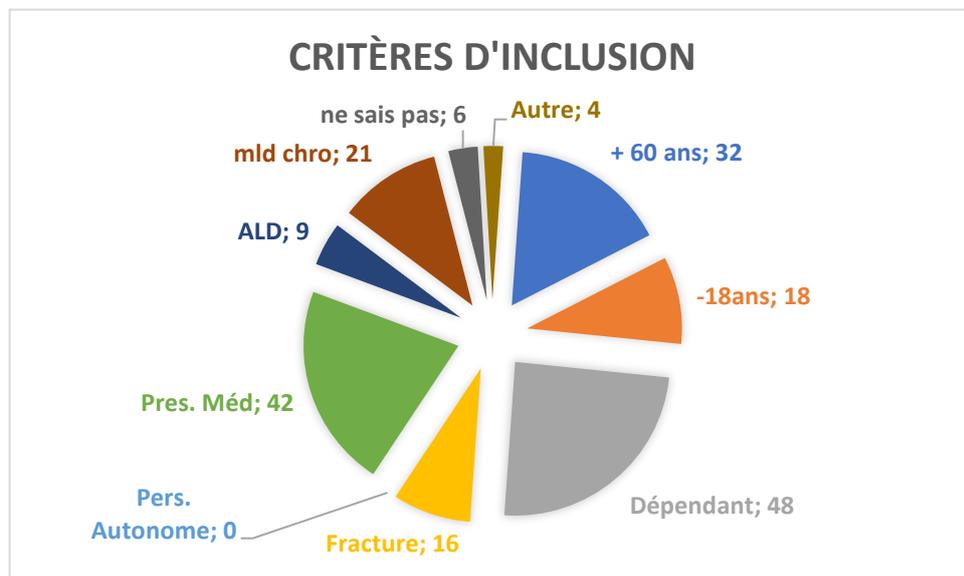
6. Critères d'inclusion

Malgré une connaissance assez approximative du service, les professionnels semblent avoir une bonne notion des critères d'inclusion à respecter.

Que ce soit sur le nombre de réponses, ou, sur l'ensemble des questionnaires, arrivent largement en tête les critères suivants :

- Avoir 60 ans minimum,

- Être en situation de dépendance,
- Avoir une prescription médicale.



Certains ont même précisé (en « autre ») que le SSIAD était ouvert aux personnes en situation de handicap de moins de 60 ans.

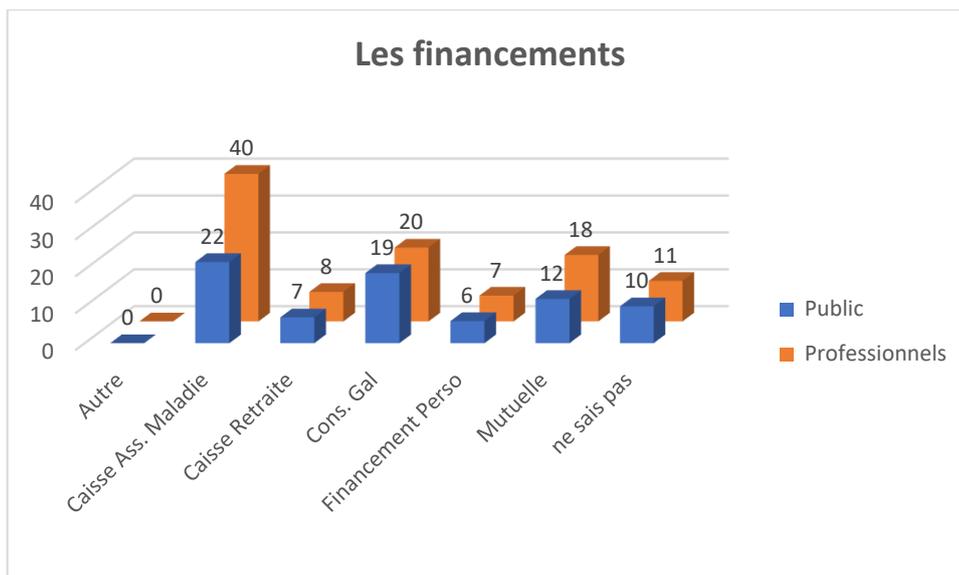
L'un des professionnels a également précisé qu'une personne mineure pouvait en bénéficier. Sur ce point, nous ne pouvons pas savoir s'il pensait à un mineur en situation de handicap ou non, car il ne nous l'a pas spécifié.

Il aurait été intéressant de chercher à savoir si le public connaissait lui aussi les critères d'inclusion, mais, c'est une question que nous n'avons pas posée.

7. Financement

➔ Les professionnels de santé :

Il semble assez évident pour eux que le financement des SSIAD passe par la Caisse d'Assurance Maladie. Mais très vite ensuite, ils pensent au Conseil Départemental. Un assez grand nombre d'entre eux évoque également les mutuelles. Là encore, il y a bien une connaissance, mais elle est quelque peu approximative.

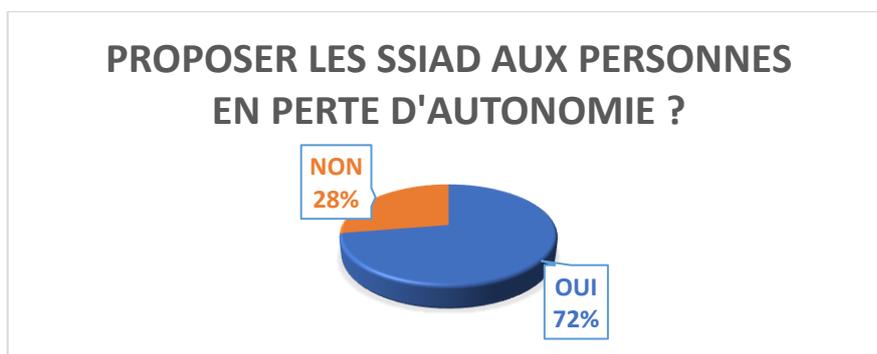


↳ Pour le grand public :

Il pense d'abord au Conseil Départemental et aux mutuelles avant d'évoquer la Caisse d'Assurance Maladie. Si jusqu'à présent ils semblaient avoir une meilleure connaissance du SSIAD que les professionnels, ils ne sont pas du tout au fait de son financement.

8. Proposer le SSIAD aux personnes en perte d'autonomie ?

Bien qu'ayant une connaissance assez imparfaite de la structure et de son fonctionnement, 72% des professionnels disent penser à proposer le SSIAD aux personnes en perte d'autonomie.



Ceux qui n'y pensent pas précisent que :

- Ils ne travaillent pas au contact de personnes éligibles (IDE bloc, médecin du personnel militaire, ...)

- Ils manquent totalement de connaissances sur le sujet ;
- Ils ne savent pas expliquer quels sont les services du SSIAD, ni à qui s'adresser pour obtenir les informations nécessaires et préfèrent donc ne pas l'évoquer auprès de leur patientèle ;
- Ils avouent penser prioritairement à l'ADMR ou aux IDE libéraux ;
- Certains n'y pensent pas car ils travaillent avec le PRADO, service de retour à domicile de la CPAM, là encore, nous pouvons constater une confusion entre les services.

Cette analyse des questionnaires nous permet de mesurer de façon plus précise le degré de connaissance des SSIAD, tant pour les professionnels de santé que pour le public. Cela nous a permis de confirmer qu'il y a bien :

- un manque de connaissances de ces structures et de leur mode de fonctionnement autant que de leur financement,
- une confusion entre SSIAD et SAAD.

Au regard de cette méconnaissance, il paraît intéressant de faire un point sur cette structure, ses objectifs, son fonctionnement et son financement.

II. Présentation du SSIAD :

Depuis déjà de nombreuses années, nous observons un vieillissement de la population.

L'INSEE nous le confirme : (Tableau de l'Économie Française, édition 2020)

- En 2020, 20,5% de la population a plus de 65 ans (contre 19,7% en 2017), sur les vingt dernières années, cela a représenté une augmentation de 4,7 points ;
- Depuis 2011, les générations nombreuses d'après-guerre arrivent à 65 ans ;
- D'ici à 2040, plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus.

Cette constatation n'est pas sans conséquence sur l'état de santé de cette population vieillissante, sur l'âge lui aussi vieillissant de leurs aidants, mais, également, sur la volonté manifeste du maintien à domicile et ce, le plus longtemps possible.

1. Dans le système de santé

Afin de répondre au mieux au besoin du secteur du « grand âge », plusieurs textes législatifs paraissent :

- Le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées ;
- La circulaire n° 81-8 du 1er octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile, précisant l'action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services.

Par la suite, la mise en œuvre de politiques publiques en la matière ont permis de multiplier les actions dans ce domaine, mais, également, d'organiser et de professionnaliser ces soins.

Dans les années 2000, de nouvelles réformes ont vu le jour, avec notamment la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 « définissant et structurant l'action sociale et médico-sociale destinée à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté et à prévenir l'exclusion ».

Les objectifs de ces structures sont :

- prévenir la perte d'autonomie,
- éviter ou différer une hospitalisation,
- faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,
- retarder une entrée en hébergement (EHPAD, Résidence autonomie, ...).

Pour atteindre ces objectifs et proposer des soins de qualité, le SSIAD fonctionne grâce à des personnels qualifiés et diplômés :

- Au moins un infirmier coordinateur assure l'organisation des soins. Il coordonne les différents intervenants au domicile des patients suivis et assure en outre le renouvellement des demandes de prise en charge auprès des médecins traitants. Il réévalue l'état de santé des patients sur les observations des aides-soignantes. Et, au moins une fois par an, il effectue des visites à domicile pour s'assurer que les besoins de la personne soient bien en adéquation avec les soins proposés, et les faire évoluer si nécessaire.

- Des aides-soignantes qui agissent sous la responsabilité des infirmières qui leur délèguent leur rôle propre. Elles assurent les soins d'hygiène, de confort, mais, jouent aussi un rôle d'éducateur de santé et de conseils. Elles rendent compte aux infirmières de ce qu'elles peuvent observer ou entendre.
- Le SSIAD fait appel et rémunère des personnels extérieurs en fonction des besoins : IDE libérales, pédicures-podologues, psychologues, etc.

Néanmoins, pour avoir accès à ce service, il faut remplir certaines conditions.

2. Critères d'inclusion

Pour pouvoir bénéficier des soins du SSIAD, il faut :

- une prescription médicale,
- être âgé de plus de 60 ans,
- être en situation de dépendance.

Le décret du 25 juin 2004 relatif « aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile » a permis d'élargir ces critères initiaux et permet d'inclure des personnes de moins de 60 ans souffrant de maladies chroniques et/ou de handicaps.

3. Ambitions et réalité

Au vu de nos résultats d'enquête, nous pouvons confirmer qu'il y a bien une méconnaissance du SSIAD quant à son existence, son fonctionnement, sa prise en charge, et, surtout, un manque d'informations transmises à la population et aux professionnels. Ce qui entraîne des situations précaires au domicile et peut être même des admissions précipitées dans des institutions, et, ce malgré des choix affirmés de maintien à domicile. Paradoxalement, dans certains territoires, des places SSIAD restent non occupées par un manque de demande.

Figure 1 - Nombre de seniors en perte d'autonomie

	2015	2027	2050
Nombre de seniors	16 235 900	19 933 500	24 274 500
Nombre de seniors en perte d'autonomie	2 488 900	2 958 300	3 989 200
<i>À domicile</i>	<i>1 948 700</i>	<i>2 347 400</i>	<i>3 160 200</i>
<i>En établissement</i>	<i>540 200</i>	<i>610 900</i>	<i>828 900</i>

Champ : France hors Mayotte, personnes de 60 ans ou plus.

Sources : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014.

À la suite de ce constat nous souhaitons inverser la tendance et apporter des solutions de communication auprès du public, avoir un support pour les professionnels et expliquer lors des interventions d'infirmières coordinatrices et des aides-soignantes le fonctionnement de leur service aux patients et aux proches.

III. Propositions pour améliorer la visibilité :

1. Renforcer les moyens de communication

Afin de développer la visibilité des SSIAD, il existe différentes possibilités, parmi lesquelles :

- Organiser une campagne d'information auprès de la population et des professionnels ;
- Créer une plaquette d'information (Exemple de proposition en Annexe 5) ;
- Distribuer ou mettre à disposition ces plaquettes et s'assurer qu'elles sont toujours en nombre suffisant et bien en vue ;
- Impliquer l'équipe soignante dans la promotion du SSIAD, elle doit véritablement être l'ambassadrice de la structure ;
- L'IDEC doit, autant que faire se peut, participer aux forums des métiers et organiser des informations dans les Instituts de formations (principalement aide-soignante et IDE).

Il y a véritablement une mission d'éducation, de transmission de l'information à mettre en place, tant auprès de nos collègues professionnels qu'auprès du public.

2. Développer les partenariats et coopérer avec les réseaux

Étymologiquement, le mot « réseau » du latin *retis* est un "ouvrage formé d'un entrelacement de fils" (article, Patrick BANTMAN, le concept de réseau, VST- vie sociale et traitement, 2004/1 N°81).

A cette image, l'IDEC doit travailler en collaboration avec tous les professionnels de santé du territoire et avoir la connaissance de tous les organismes lui permettant le maintien à domicile des usagers.

Le travail en réseau nécessite une parfaite connaissance de ce dernier et du territoire auquel elle appartient :

- **L'ARS** : son double objectif est de définir et mettre en œuvre les politiques de santé au plus près des besoins des populations et de réguler l'offre de santé en région. Elle coordonne les activités et alloue le budget de fonctionnement. Elle a une parfaite connaissance des structures sur le terrain (médico-sociales : personnes âgées/personnes handicapées ; secteur sanitaire : ville/hôpital) et peut ainsi favoriser les liens entre elles. C'est également une source de renseignements et d'informations. Le fait de la contacter régulièrement, sans besoin précis, permet donc une meilleure connaissance de l'évolution des travaux en cours, mais, permet également de montrer que le SSIAD est bien présent sur le secteur en lui offrant ainsi une meilleure visibilité.
- **Les Départements** : ont hérité de domaines de compétences obligatoires (loi de décentralisation de 1982) et notamment « l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, (...) ». Il est important d'entretenir de bonnes relations avec le département, de participer aux schémas d'organisation départementale afin d'être acteur des décisions prises. Il faut faire vivre et connaître le SSIAD.
- **La CPTS** : Le coordinateur de la CPTS peut être d'une grande aide dans la connaissance des SSIAD. Étant composée des professionnels du territoire, la CPTS fait circuler les informations auprès de ce public et peut diffuser la plaquette d'information du SSIAD. L'IDEC doit participer activement à la CPTS,

moyen supplémentaire pour faire rayonner son service. La CPTS aide, si besoin, à l'élaboration des dossiers APA, elle a un lien privilégié avec tous les professionnels de santé libéraux du territoire, ce qui peut permettre de faciliter la communication. De plus, elle a également un rôle d'information auprès des usagers sur les professionnels de santé du territoire. Elle aide aussi les différents professionnels à mieux connaître leur territoire et ses besoins.

- **Les Hôpitaux/cliniques** : l'aide sociale appartenant aux hôpitaux peut être très utile pour mettre en place des plans d'aide adaptés aux patients. L'IDEC doit avoir de bonnes relations avec les cadres de santé de chaque service, en effet, certains hôpitaux n'ont pas d'Assistante Sociale. Ce sont donc les Cadres de santé qui font la demande auprès de l'IDEC pour une prise en charge pour le retour à domicile. Et souvent, c'est l'IDEC qui demande au Cadre de santé de compléter le plan d'aide en faisant également appel à un SAAD.
- **Les SAAD** : se coordonner avec les responsables de secteur des SAAD permet de faciliter les échanges, d'avoir des transmissions et de prendre en charge le patient dans sa globalité. Cela permet, en cas d'évolution des besoins, de mettre en place plus facilement un relais SSIAD/SAAD, mais aussi, SAAD/SSIAD.
- **Le DAC** : elle permet d'aider à la prise en charge des situations complexes, de favoriser la communication entre les professionnels. L'IDEC peut les appeler dès qu'elle rencontre une situation complexe, qu'elle sait qu'elle ne pourra pas gérer seule et que de l'aide sera nécessaire pour une meilleure prise en charge.
- **Les EMA/ESA** : les relations sont importantes entre SSIAD et EMA. Ils ont des patients en commun et ont besoin de l'un et de l'autre pour les prendre en charge dans leur globalité.
- **L'AS de secteur** : il faut maintenir des liens étroits avec l'AS de secteur. Ses compétences sont indispensables pour monter les dossiers APA, les dossiers de demande de travaux avec aide... L'AS effectue également des visites à domicile pour évaluer la situation et il peut être intéressant de les mener conjointement. Elle oriente les patients vers le SSIAD lorsque leur situation le nécessite.

En dehors de ces réseaux, des associations privées semblent intéressantes pour maintenir les liens entre les structures, par exemple, l'« UNASSI ». D'après leur site, « elle est un lieu d'échange et d'expériences partagées qui la conduisent à être la porte-parole spécifique des SSIAD » (www.unassi.fr) « Reconnue auprès des instances sur le plan national, elle est fréquemment sollicitée pour participer à des travaux de groupes et réunions de concertation des pouvoirs politiques ». Du fait de sa reconnaissance et de sa participation active, elle concourt à faire rayonner les SSIAD.

Outre le fait de connaître le réseau qui nous entoure, il est important de créer des liens avec les différentes instances, et de coopérer avec elles.

3. Comment coopérer avec les instances

Selon le principe d'intelligence collective illustré par le proverbe africain « seul on va plus vite, ensemble on va plus loin », force est de constater qu'une structure qui ne rayonne pas n'est pas viable. Pour vivre et prospérer, le SSIAD ne peut pas se suffire à lui-même. Il doit s'inscrire dans une démarche collective, et coopérer, c'est-à-dire « participer à une œuvre commune » (www.larousse.fr), avec les différents partenaires précédemment identifiés. On parle également de créer des liens : le lien étant ce qui relie, ce qui unit.

Les objectifs de cette collaboration sont triples :

- élargir l'offre de soins,
- réduire les délais d'accès,
- améliorer le parcours de santé.

Quels moyens de coopérer pouvons-nous entretenir ou mettre en place ?

- Les contacts téléphoniques réguliers : ils permettent de tisser des liens, d'obtenir les dernières informations dans le domaine (notamment avec l'ARS), et surtout, de montrer que le SSIAD est là, qu'il a une volonté de participer à l'exercice commun, qu'il participe aux projets...
- Les réunions des différentes instances : elles ont un but similaire de représentation et de reconnaissance.

- Les colloques/réunions... : ils permettent de rencontrer des partenaires (effectifs ou potentiels) et d'entretenir un réseau.
- Des liens étroits avec les services hospitaliers cela peut permettre de clarifier le rôle du SSIAD, de le distinguer des autres partenaires pouvant exercer sur le même secteur, c'est-à-dire redéfinir le rôle de chacun.
- Les messageries sécurisées : service réservé aux professionnels du parcours de santé au sens large, en ville et à l'hôpital. Les acteurs du secteur médico-social peuvent également y avoir accès.
- Une redéfinition des zones géographiques d'interventions et les diffuser largement auprès des professionnels à l'aide de cartes du département si besoin.

Mais, au-delà de toutes ces actions à mettre en place, il devenait nécessaire de réorganiser en profondeur le fonctionnement même des services à domicile.

En février 2022, une lettre adressée aux ARS et aux Conseils Départementaux, précise les contours d'une réforme votée par le Parlement, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2022.

IV. L'évolution de l'offre de service :

1. Objectifs et enjeux de la réforme des services à domicile

Dans les années 80, les professionnels libéraux qui assurent les soins à domicile se sont trouvés confrontés à une demande croissante de prise en charge à laquelle ils avaient bien du mal à répondre. L'idée a alors pris naissance de la création de services qui pourraient assurer des soins de nursing et de confort, tout en leur permettant de continuer d'assurer en collaboration les soins infirmiers. Les SSIAD étaient nés.

Cependant, l'offre de soins telle qu'elle a évolué et se présente actuellement, ne semble plus correspondre réellement aux besoins de la population, en particulier des personnes âgées et des personnes en situation de handicap désirant rester à domicile. En effet, l'offre actuelle est fragmentée, les différents services fonctionnent souvent de façon cloisonnée et les personnes qui recherchent de l'aide ont bien du mal à s'y retrouver.

Le système d'aide à domicile a besoin de se structurer pour pouvoir proposer une offre de soins plus fluide et plus facilement accessible aux personnes dépendantes. C'est pourquoi, il s'oriente plutôt maintenant vers une prise en charge globale rendant indispensable plus de coordination entre les différents intervenants à domicile. La personne dépendante doit pouvoir être aidée dans une logique de parcours de soins.

L'expérience des SPASAD, menée depuis maintenant quelques années, a montré son efficacité et une réforme des services d'aide à domicile a été votée par le Parlement dans le cadre du projet de loi de financement pour 2023.

a. [La reconfiguration du secteur en Service Autonomie à Domicile](#)

Actuellement, les Services d'Aide et d'Accompagnement (SAAD), financés par les bénéficiaires et par le Conseil Départemental, assurent des prestations de ménage, courses, entretien du linge et d'aide aux actes de la vie quotidienne. Quand des soins sont nécessaires, le SSIAD, financé par l'ARS, peut également intervenir.

Il n'existe pas de réelle articulation entre les différents services et les démarches pour mettre en place ces aides sont parfois complexes et souvent très différentes. C'est la personne elle-même ou ses aidants qui doivent s'en charger.

La réforme des services à domicile, qui seront renommés Services Autonomie à Domicile, prévoit un modèle intégré qui proposera, pour la personne ayant besoin d'aide, une réponse coordonnée et fluide.

Pour cela, les actuels services pourront se rapprocher, fusionner ou conventionner avec les autres services ou encore créer l'offre qui leur manque. Ils auront besoin d'une autorisation conjointe de l'ARS et du Conseil Départemental pour fonctionner.

Les actuels SAAD pourront continuer à exister sous leur forme actuelle, dans un premier temps, pour la durée de leur autorisation, puis, s'adjoindre ou créer une activité soins. Quant aux actuels SSIAD, ils devront, s'adjoindre ou créer une activité aide ou fusionner avec un SAAD. En revanche, les actuels SPASAD sont réputés autorisés comme service autonomie pour la durée de leur autorisation restant à courir.

Tous disposent de deux ans, à compter de la publication du décret d'application, pour se mettre en conformité avec le cahier des charges qui sera publié, au plus tard, le 30 juin 2023 par la DGCS.

b. Principes et modalités de la réforme de la tarification

Cette réforme nécessitera une refonte complète du financement des prestations fournies à domicile.

Pour la partie aide, une uniformisation du tarif plancher de l'heure à 22 € a d'ores et déjà été mise en place en janvier 2022 afin de réajuster le financement des prestations d'aide. En effet, ce secteur souffrait d'un déficit et d'une grande disparité entre les départements. Ce tarif horaire sera toujours versé par le Conseil Départemental ou par les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH. Une dotation complémentaire pourra également être versée, sous certaines conditions, si le service conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le Conseil Départemental.

Pour la partie soins, le financement se fera dorénavant en fonction du niveau de soins et du degré de perte d'autonomie des patients. Actuellement, c'est un forfait global pour un financement en fonction du nombre de places.

Enfin, pour la coordination, une dotation pourra être versée par l'ARS aux services qui assureront à la fois les prestations d'aide et de soins. Les modalités de cette coordination devront être précisées dans les CPOM : outils informatiques de gestion commune aux deux services, planifications des interventions communes, utilisation d'outils de liaison comme le dossier de soins par exemple.

L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2022 fixe donc les modalités du financement du volet soins des interventions à domicile. La réforme du financement prendra effet à compter du 1er janvier 2023.

Pour pouvoir la mettre en place, l'ARS devra connaître de façon très précise les besoins en soins ainsi que le degré de perte d'autonomie de chaque patient pris en charge : ceci afin de se rapprocher le plus possible des coûts engendrés réellement par les soins qui peuvent parfois être très élevés pour certaines pathologies comme le diabète.

C'est pourquoi un recueil de données très complet, appelé coupe, devra être rempli par les services auprès de l'ATIH, deux fois au cours de l'année 2022 afin de finaliser le modèle tarifaire, puis, tous les ans. Ce recueil de données portera, pendant une période de deux semaines, sur :

- La structure : ses caractéristiques administratives, le cumul de l'activité sur trois années demandées ;
- L'activité : les personnes aidées et les professionnels étant intervenus sur la période de chaque coupe ;
- Les personnes accompagnées : une fiche anonymisée pour chaque personne mentionnant des données administratives, médicales, la charge en soins et le degré de perte d'autonomie (cotation AGGIR).

Afin d'être en conformité avec le RGPD, les établissements devront informer les personnes accompagnées des modalités de ces recueils d'informations et leur rappeler leurs droits d'accès et de réclamation concernant ces données.

2. La réforme des SAD serait-elle une réponse à notre problématique ?

a. Une réforme en profondeur, un véritable début de réponse

Une réforme en profondeur du secteur du grand âge devenait indispensable après des années d'immobilisme et une loi grand âge était espérée par tous les professionnels du secteur. Le virage domiciliaire, attendu depuis des années, doit véritablement devenir aujourd'hui une réalité, et, non plus seulement, rester un concept. Or, ce projet de réforme du secteur à domicile démontre une volonté de réformer un système fragmenté avec beaucoup de compétences en silos qui rendent l'offre complètement illisible pour l'utilisateur. Cette complexité du système de santé fragmenté ne permet pas de vision globale de l'offre de soins et est souvent qualifiée de "parcours du combattant" lorsqu'il s'agit de solliciter des aides. Actuellement, la multiplicité des aides et des services proposés peut être très différente d'un territoire à l'autre et c'est à l'utilisateur de s'y retrouver et de faire les demandes (Enquête de santé « Vieillir chez soi, le meilleur choix ? » 13/09/22 France TV).

Les services à domicile sont très mal connus, y compris des professionnels, et sont mal insérés dans leur environnement. Il existe de grosses disparités des taux

d'équipement en SSIAD par département et beaucoup d'inégalités géographiques de même que pour l'HAD (Rapport de la Cour des Comptes, 2021) entraînant un besoin urgent de recomposer l'offre de soins, là aussi, comme pour l'HAD. Le fait de devoir demander, à nouveau, pour les services, des autorisations d'activité constitue un levier de recomposition de l'offre de soins à la main des ARS.

La crise du COVID a récemment mis en lumière le cloisonnement de notre système de santé et nous avons assisté à des situations dramatiques de patients bloqués à l'hôpital ainsi que de personnes âgées isolées à l'extrême en EHPAD. Ce fonctionnement cloisonné est également responsable d'une augmentation des hospitalisations en urgence qui peuvent être très délétères pour les personnes âgées.

Cette réforme a été précédée de changements qui étaient indispensables au préalable. Depuis plusieurs mois, ont été mis en place :

- Une revalorisation de la fonction d'aide-soignante avec la refonte du programme de formation dans les IFAS qui leur autorise de nouveaux actes professionnels. Un accent a également été mis sur le domicile en recommandant qu'un des quatre stages obligatoires pendant cette année d'étude soit effectué auprès des personnes âgées, pour l'assistance aux actes de la vie quotidienne. Les parcours partiels pour les étudiants venant d'autres secteurs sont également facilités. La création de passerelles entre métiers apporte plus de connaissances extérieures, le domaine du soin en bénéficiera donc également.
- Une revalorisation financière, pour à peu près tous les soignants maintenant, grâce au Ségur de la Santé.
- Un début d'uniformisation des tarifs horaires pour le secteur de l'aide à domicile avec un tarif plancher fixé à 22 € pour l'ensemble du territoire métropolitain.

Cette réforme axe sa priorité sur le guichet unique auquel pourra s'adresser la personne ayant besoin d'aide : elle n'aura plus qu'un seul interlocuteur, et, ceci, que les prestations nécessaires relèvent de l'aide à la personne ou du soin. De fait, il n'y aura plus de confusion SAAD/SSIAD. Les responsables des services orienteront l'utilisateur en fonction de leurs besoins. De plus, s'il existe une bonne coordination aide à domicile/aide-soignante, la présence sera plus continue auprès du patient. Enfin, le

regroupement de petites structures peut permettre d'atteindre le "seuil de rentabilité" qui se situe souvent au-dessus de 50 places pour les établissements.

Dans ce but, le Service Autonomie vise à améliorer l'intégration des organisations et des prestations en décloisonnant aide et soins pour assurer à la fois :

- Une coordination renforcée et une offre de prestations simplifiée : un guichet unique et une prestation globale coordonnée par un référent ;
- Un service global favorisant le maintien à domicile et assurant la promotion de la bientraitance, le repérage de la perte d'autonomie, des actions de prévention ;
- Une coordination et un fonctionnement permettant une mutualisation des organisations et des outils.

La prise en charge des patients ne peut se faire dorénavant que dans une logique de parcours de soins, en abandonnant ce fonctionnement actuel en silos. La coordination deviendra la clé de voûte de ce nouveau système.

Pour y arriver, il faudra cependant que cette réforme s'appuie sur le développement de l'informatisation, avec des incitations pour des solutions informatiques communes entre les services, par rapport aux dossiers patients ou à la gestion des plannings par exemple. Le rapport de la Cour des Comptes recommande la promotion de la messagerie de santé sécurisée entre professionnels au sein du développement de la solution DUI.

Cependant, si les services à domicile manquent de visibilité auprès des usagers et des professionnels, ils semblent être également mal connus des autorités de tutelle. En effet, les outils de contrôle Résid-EHPAD et Résid-ESMS, qui doivent permettre à la CPAM de suivre en temps réel les activités des structures, ont peiné à se mettre en place (Rapport de la Cour des Comptes). Or, les organismes de tutelle ont besoin de positionner ces services mal connus dans l'ensemble de l'offre, d'en mesurer les performances et les limites, et, d'en renforcer l'efficacité. Les différentes coupes qui donneront une photo de l'activité précise des services sur deux semaines, ainsi que le logiciel Résid-ESMS, permettront ces retours.

Le nouveau système d'évaluation des ESMS (Manuel d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux, HAS, mars 2022) les guideront dans une démarche de recherche constante de qualité. La réforme du financement permettra, quant à elle, d'adapter la tarification des SSIAD en tenant compte du besoin en soins et du niveau de perte d'autonomie des usagers, et, également, de répondre à des conditions minimales de fonctionnement définies par un cahier des charges qui suivra.

b. Beaucoup d'interrogations demeurent

La grande réforme est donc enclenchée, entérinée par le nouveau PLFSS 2023 dont les discussions ont commencé le 26/09/2022. Cependant beaucoup de questions restent encore en suspens : en effet, le cahier des charges n'est pas encore écrit et ne sera publié qu'en juin 2023. Les structures disposeront d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec ce cahier des charges à compter de sa publication, mais ce délai sera-t-il suffisant au vu des modifications profondes à mettre en œuvre ?

En effet, les questionnements sont nombreux quant aux répercussions de ces bouleversements sur différents points :

↳ Les salariés :

Dans le cadre des fusions des Services d'Aide et de Soins, comment faire cohabiter des salariés qui feront peut-être le même travail (aide à la personne, aide à la toilette : Auxiliaires de vie/AES ou Aides-soignantes) mais qui n'auront pas de contrats de travail similaires ou de salaires équivalents ?

Les salariés viendront d'horizons différents et ne dépendront pas forcément des mêmes conventions :

- Fonction Publique Hospitalière,
- Fonction Publique Territoriale,
- Associatif non lucratif,
- Privé lucratif.

Il sera nécessaire de lisser les accords d'entreprise. Comment réussir, avec ces contraintes, à conserver une cohérence par rapport aux plannings, à la discipline, aux

salaires ? En effet, les contrats de travail ne pourront pas être renégociés. Quels impacts ces changements pourront-ils avoir sur les salariés ?

↳ Le territoire d'intervention :

Le territoire couvert devra être le même pour ces nouvelles structures rassemblées, mais, actuellement, les secteurs d'intervention des SAAD sont très étendus (avec de nombreuses aides à domicile qui travaillent par secteurs) alors que ceux des SSIAD sont plus réduits (peu d'aides-soignantes qui se déplacent sur tout le secteur) : qui réduit, qui agrandit ?

↳ Le fonctionnement du service :

Comment sera définie la gouvernance de ces nouvelles structures ?

Comment se répartira la responsabilité par rapport à la formation des personnels très différents ? Les aides-soignantes ou aide-médico-psychologiques sont diplômées et exercent à domicile par délégation du rôle propre de l'IDEC, les aides à domicile acquièrent souvent leur expérience de façon informelle et apportent une compétence d'aide aux actes de la vie courante. Elles sont souvent multitâches et très polyvalentes. A qui incombera la coordination (IDEC, responsable de secteur...) ? La dotation coordination sera versée au SSIAD pour les deux services : comment la répartir ?

Comment se fera l'articulation entre les deux services ? A qui incombera « d'assurer la continuité des soins » (Permanences, week-ends) ? Par ailleurs, « La DGCS travaille à accroître le nombre de places dans les SSIAD » (Lettre réforme du financement) : où trouver le personnel nécessaire ? Comment favoriser les interventions le week-end, en soirée-début de nuit ?

Comment se fera la répartition des patients ? La prise en charge des GIR 5 et 6 sera toujours du ressort des services d'aide mais les services de soins ne pourront-ils avoir que des GIR 1, 2 et 3 ? Cela ne risque-t-il pas de favoriser l'épuisement professionnel de ses salariés ?

A compter de janvier 2023, les SAAD pourront prévoir de faire des soins. Ceux-ci seront-ils assurés par des auxiliaires de vie ? Le cahier des charges ne sera pas

encore paru. Par ailleurs, la place des assistantes sociales dans la coordination de ce nouveau dispositif n'a pas été évoquée du tout. Or, les modalités de fonctionnement sont très différentes d'un territoire à l'autre (Maison de l'Autonomie, des aînés et des aidants, CLIC, DAC...). Ces structures n'auraient-elles pas mérité d'être intégrées et unifiées dans leur fonctionnement par la même occasion ?

➡ Le manque de connaissance du fonctionnement réel des services à domicile par les instances :

Les autorités de tarification n'ont pas beaucoup de recul par rapport aux connaissances chiffrées des services. Deux coupes ont été diligentées en 2022, alors que la réforme est déjà enclenchée. Le financement sera calibré sur ces rapports d'activité et il est question de services qui en sortiraient "gagnants" et d'autres "perdants" : ceci est facteur de beaucoup d'inquiétudes pour tous les acteurs du domicile. Par ailleurs, la méconnaissance des SSIAD est probablement responsable indirectement d'une faible attractivité pour les salariées et ceci malgré tous les efforts du Ségur de la Santé.

Ces réformes ne vont-elles pas créer une dynamique de compétition entre les services avec des évaluations externes attribuant une note de 1 à 4 + * qui sera rendue public ? De fait, un classement des établissements verra le jour, une sorte de challenge risque de se mettre en place entre ces derniers. Faudra-t-il batailler pour répondre à des appels à projets pour obtenir des financements ? Un des buts est de regrouper les structures, en en créant de plus importantes, certainement intéressantes en ville, mais, est-ce adapté aux territoires ruraux ou montagneux ?

➡ Le financement :

La prise en compte des frais de déplacement n'est pas encore définie, or, une étude de la CNSA (perception des marqueurs de charge en accompagnement, 2018) montre que "les temps de déplacement étaient un inducteur de coûts importants". Les services à domicile étant par essence des intervenants de proximité, il est primordial d'être vigilant sur ce sujet et d'éviter de créer, par le fait, une concurrence entre les services.

Pour les personnes accompagnées, en revanche, les financements demeureront différents, et ce malgré l'obligation de se soumettre pour les services à la double tutelle de l'ARS et du Conseil Départemental. La partie aide sera toujours financée par le Conseil Départemental et la partie soins par les Caisses d'Assurances maladie. N'aurait-il pas été envisageable de pouvoir regrouper tout par un financement de la dépendance (5ème risque) ? La complexité du financement des EHPAD, où l'hébergement, le soin et la dépendance sont financés différemment, aurait dû pouvoir servir de base à un travail de recherche de simplification pour le domicile.

D'autre part, de façon interne, le regroupement des structures aura des impacts par rapport à l'augmentation du seuil des effectifs avec les conséquences que cela entraîne : Les taxes sur les salaires vont mathématiquement augmenter en les faisant passer au-delà des seuils d'exonérations, les coûts d'harmonisation auront un impact non négligeable... Or, quelle incidence risquent d'avoir ces coûts sur la survie des SSIAD ? En effet, ceux-ci sont réputés pour n'avoir pas ou que très peu de réserve de trésorerie (Rapport d'information du Sénat n° 382, 2022).

Enfin, l'intérêt d'une dotation composée à la fois d'un forfait strict par rapport au nombre de places autorisées, complétée d'une dotation par rapport au profil de chaque patient peut interroger. Si elle paraît adaptée pour faciliter la prise en charge de patients lourds en soins, la partie forfait par rapport au nombre de places autorisées doit néanmoins rester la plus importante dans le budget. En effet, la plus grande partie du budget de fonctionnement des services reste la masse salariale.

3. Pour aller plus loin...

a. Un trio au service de la personne en perte d'autonomie à domicile

A l'image des professionnels à la tête des EHPAD, qui forment le trio Directeur-Médecin Coordinateur-IDEC, on pourrait imaginer une équipe qui serait au centre de la coordination des services autonomie à domicile, et qui serait composée des IDEC-Responsable de Secteur-Assistante Sociale.

En effet, chacun apporterait ses compétences spécifiques au service de la personne aidée, dans une véritable logique de parcours de soins.

➔ L'IDEC :

Elle resterait le professionnel pivot de la coordination, avec une vision globale de l'état de la personne aidée, de ses besoins actuels et surtout des risques à venir, en organisant une prévention par le repérage des fragilités et en planifiant les actions à mettre en place. Ses compétences de soignant lui permettent, dans le domaine santé, d'encadrer, de former et d'évaluer l'équipe de soins, mais, également l'équipe d'aides à domicile. Elle maîtrise le système de cotation AGGIR, elle est la plus à même, en cas de dégradation, d'adapter très vite la coordination. Elle anime la démarche qualité en fonction des recommandations des autorités de tutelle et de la législation en vigueur. Elle met en œuvre et pilote la démarche de projets. Elle se rend souvent à domicile, ce qui lui permet d'avoir une vision globale de la situation de la personne aidée.

➔ La Responsable de Secteur :

Elle pourrait faire des visites conjointes à domicile. Elle organise la mise en œuvre du plan d'aide et la bonne réalisation de celui-ci. Elle coordonne les demandes d'aides et les prises en charge afin de faire intervenir les différents organismes participant au financement et elle facture les restes à charge pour les personnes aidées. Elle gère et manage les aides à domicile et auxiliaires de vie (recrutement, plannings, organisation des formations...) et reçoit les personnes et familles en demande d'aide.

➔ L'Assistante Sociale :

Elle paraît être probablement la grande oubliée de cette réforme et n'apparaît étonnamment nulle part dans les textes qui en définissent les contours. Pourtant, elle est au centre des domaines humains (difficultés familiales, détresse sociale, entrée dans la dépendance, handicap...) et financiers (ressources, revenus, aides, subventions...). Elle est certainement la seule à regrouper le maximum d'informations concernant les différentes aides possibles et leurs évolutions. Elle connaît les familles, leurs histoires, leurs difficultés et leurs ressources. C'est elle qui définit et propose les plans d'aide en fonction des besoins, des demandes, des possibilités et des ressources. Elle établit les cotations AGGIR pour le département.

En plus des compétences spécifiques à chacun de ces professionnels, le fait de travailler ensemble permettrait d'aller plus loin grâce à :

- des temps de travail en commun : réunions pour les cas complexes et le suivi des prises en charge, échanger pour trouver des solutions, étoffer et faire vivre le réseau pour pouvoir le solliciter chaque fois que besoin... ;
- à la construction des projets par rapport aux priorités du moment ;
- à la mobilisation les autres acteurs du domicile autour du trio par rapport aux cas complexes.

La coordination à domicile doit absolument prendre en compte le caractère multidimensionnel de la dépendance (Rapport LIBAULT, Cohésion Grand âge et autonomie, 2021) :

- médical,
- psycho-social,
- économique,
- environnemental,
- culturel.

En effet, en intervenant seul, nous ne pouvons proposer que des solutions parcellaires qui ne résolvent pas les problèmes, en revanche, en équipe, il devient alors possible de gérer les situations complexes.

b. Redéfinir la fonction d'IDEC

Dans le cadre de cette transformation de notre système de santé, il serait temps de redéfinir le statut de la fonction d'IDEC. En effet, le rôle et les missions de l'IDEC peuvent être très différents d'une structure à l'autre et les fiches de poste ne mentionnent pas toujours les mêmes missions.

Le rapport de mission JEANDEL-GUERIN sur les USLD et EHPAD (2021) préconise dans sa recommandation n° 8 de « Reconnaître par décret la fonction d'infirmière coordinatrice sur la base d'un référentiel métier national et faire évoluer le métier vers celui de cadre de santé ».

La FFIDEC travaille sur ce sujet depuis des années et un projet de décret dans ce sens est actuellement en construction avec la DGCS. Il serait souhaitable qu'il aboutisse bientôt, et, grâce à l'exigence d'un diplôme reconnu pour l'exercice de ce métier, qu'il débouche sur la création d'une fiche RNCP et que l'IDEC apparaisse dans le ROME de Pôle Emploi.

La fonction d'IDEC a actuellement un statut de cadre intermédiaire, mais elle mériterait à terme d'être reconnue comme cadre de santé, grâce à la revalorisation de la fonction apportée par l'exigence d'un diplôme reconnu au niveau national.

Conclusion

Parties du constat que les SSIAD n'étaient pas utilisés de façon optimale par la population, ni par les professionnels de santé, nous avons souhaité en découvrir la cause en réalisant un travail de recherche sur le terrain, reposant sur des questionnaires. Ces questionnaires ont été volontairement distribués aux professionnels de santé et au public, ceci, afin d'avoir une vision plus globale de la situation. L'analyse de ces questionnaires nous a confortés dans notre hypothèse qu'il y avait bien une méconnaissance de ce type de structure, ce qui pouvait être la cause de son mésusage.

Fortes de cette observation, nous avons alors cherché le moyen de mieux faire connaître les SSIAD. Mais auprès de qui ? Nos recherches nous ont permis de prendre conscience de l'importance du réseau déjà existant, et, du fait que ce soit une nécessité pour l'IDEC de le développer au maximum afin d'en tirer le meilleur parti pour son SSIAD.

Par la suite, nous avons découvert l'ampleur du travail actuel sur la réforme autonomie qui prendra effet en 2025. Le but de cette réforme (telle qu'elle est rédigée à ce jour) est de rassembler les différents services d'aide à la personne et de soins, possiblement coordonnés par une IDEC (précision qui sera apportée par le cahier des charges prévu pour le 30 juin 2023), afin que le patient n'ait plus qu'un seul et unique interlocuteur. Cette réforme donnerait la possibilité aux SAAD de pratiquer des soins et aux SSIAD de proposer des aides.

Force est de constater que si le travail est déjà bien engagé, il reste encore de nombreuses inconnues. La réforme du service autonomie sera-t-elle une réponse à l'ouverture du SSIAD sur la population et sur les professionnels de santé ?

Bibliographie

Textes réglementaires

Lettre du Ministère des Solidarités et de la Santé –
DGCS

La réforme des services à domicile 1er février 2022



Lettre du Ministère des Solidarités et de la Santé –
DGCS

Réforme du financement des soins à domicile dispensés
par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile
(SPASAD) 9 mai 2022



LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action
sociale et médico-sociale

Conditions techniques minimales d'organisation et de
fonctionnement des établissements et services



Publications et documents de travail

Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, DGCS, ANESM Mai 2015



Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

HAS 8 mars 2022



Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, premiers enseignements

ANAP juin 2018



Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

CNSA janvier 2019



Les indicateurs SSIAD, guide pratique, annexe n°4

Travail-emploi.gouv.fr



Tableau de l'économie Française

Collection INSEE Référence

Edition 2020



Thèse doctorat en médecine

Qu'est-ce qu'un patient lourd en SSIAD-PA et comment optimiser la prise en charge de ces patients en médecine générale ?

Marie-Astrid BRENOT 2018



Mémoires de fin d'études

Soutenir les services de soins infirmiers à domicile : Un enjeu pour la prise en charge à domicile des personnes dépendantes en Sarthe

Anne LECLERC ENSP 2006



Diversifier l'offre de service du SIAD pour répondre aux besoins des personnes lourdement dépendantes

Anny POURSIHOFF ENSP 2004



HAD et SSIAD : Conforter le positionnement et optimiser l'articulation des dispositifs rennais au service des personnes âgées soignées à leur domicile

Anne BLU-MOCAER EHESP 2006-2008



Rapports d'enquêtes

Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Le coût de leur prise en charge et ses déterminants

Karine CHEVREUL – URC Eco IdF



Organisation du temps soignant en SSIAD Rapport de capitalisation

ARS Franche-Comté Direction de la Performance



Rapports parlementaires

Rapport d'information N° 382 sur l'enquête de la Cour des Comptes relative aux services de soins à domicile

Philippe MOUILLER 24 janvier 2022



Les services de soins à domicile : Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins

Cour des Comptes Décembre 2021



Concertation Grand âge et autonomie

Dominique LIBAULT Mars 2019



Articles périodiques

Cessons de maltraiter les vieux et ceux qui les accompagnent en 44 mesures

AD-PA (Directeurs au service des personnes âgées)
Février 2022



Annexes

1. Questionnaire destiné aux professionnels de santé

VISIBILITÉ DU SSIAD

Nous sommes 4 infirmières à suivre un DU d’Infirmier Coordinateur en EHPAD et SSIAD à l’université Paris-Descartes. Dans ce cadre, nous effectuons notre travail de recherche sur la visibilité et le rôle du SSIAD. Nous aurions besoin de 10 minutes de votre temps pour répondre à quelques questions de façon totalement anonyme.

Merci pour votre aide.

Isabelle, Valérie, Françoise et Marie-Gabrielle

1. Vous êtes professionnel de santé, (précisez votre profession) :

Depuis quand ?

- Moins de 5 ans de 5 à 15 ans Plus de 15 ans

2. Connaissez-vous l'existence du SSIAD ?

- Très bien Bien Un peu Pas du tout

• Si oui, comment en avez-vous entendu parler ?

- Mairie Etablissement de santé médecin traitant
 Pharmacie Infirmier Kinésithérapeute
 Assistant social Assurance Maladie Associations
 entourage je ne sais pas Autre :

• SI NON, comment auriez-vous souhaité être informé de son existence ?

.....

3. Y a-t-il un SSIAD dans votre secteur ?

- OUI NON je ne sais pas

4. Selon vous, quelles sont les missions du SSIAD ?

- Toilette repas ménage
 Soins infirmier courses Repassage
 Divertissement je ne sais pas Autre (précisez) :

.....

5. Selon vous, quels sont les différents salariés du SSIAD ?

- Auxiliaire de vie Aide-ménagère Aide-soignant
- Infirmier Médecin traitant Agent de service
- Pharmacien je ne sais pas secrétaire
- Autre (précisez) :

6. Selon vous, quels sont les critères d'entrée en SSIAD ?

- personnes de + 60 ans mineurs situation de dépendance
- suite à une fracture personne autonome sur prescription médicale
- ALD maladie chronique je ne sais pas
- Autre (précisez) :

7. Selon vous, de quelle prise en charge financière peut bénéficier un usager du SSIAD ?

- Conseil Général Caisses de retraites Caisse d'assurance maladie
- Mutuelle Financement personnel je ne sais pas
- Autre (précisez) :

8. Pensez-vous à proposer l'intervention du SSIAD pour les personnes en perte d'autonomie ?

- OUI NON

- SI NON, POURQUOI ?

.....

- SI OUI, QUI CONTACTEZ-VOUS ?

.....

MERCI !

2. Synthèse des questionnaires des professionnels

Professionnels de santé															
Visibilité du SSIAD															
									participants	60					
1. Vous êtes ?															
IDE	11	18%				Kiné	1	2%		Pédicure/Podologue	0	0%			
Aides soignant	11	18%				Pharmacien	10	17%		Ass. Sociale	1	2%			
Médecin	5	8%				Psychologue	0	0%		Autre	8	13%			
Secrétaire	6	10%				Prépa. Pharme	7	12%							
Depuis quand ?	- 5 ans	16	27%			5 à 15 ans	17	28%		+ 15 ans	27	45%			
2. Connaissez-vous le SSIAD ?															
Très bien	11	18%	Bien	27	45%	Un peu	15	25%	Pas du tout	0	0%				
sur le nombre de questionnaires				60				sur l'ensemble des réponses				104			
Si OUI (possibilité de réponses multiples):															
Mairie	0	0%				IDE Libérale	15	25%	14%						
Ets de santé	33	55%	32%			Ass. Maladie	1	2%	1%						
Médecin traitant	8	13%	8%			Kiné	2	3%	2%						
Pharmacie	12	20%	12%			Associations	4	7%	4%						
Assistante Social	4	7%	4%			Autre	9	15%	9%						
Entourage	16	27%	15%												
Si autre :	collegues SSIAD . formation ancienne auxilliare de vie jy travaille en tant que qu as 0														
Si NON, comment auriez-vous aimé connaître ?	recevoir une brochure à domicile par le service lui même medecin 0 0 0 0														
3. Y a-t-il un SSIAD dans votre secteur ?															
OUI	51	85%				NON	2	3%		Je ne sais pas	7	12%			
4. Selon vous, quelles sont les missions du SSIAD ?															
possibilité de réponses multiples				sur le nombre de questionnaires				sur l'ensemble des réponses							
60				141											
Toilette	52	86,67%	36,88%			Soins Infirmier	48	80%	34%						
Repas	15	25,00%	10,64%			Cours es	7	12%	5%						
Ménage	10	16,67%	7,09%			Autre	4	7%	3%						
Repas sage	2	3,33%	1,42%			Divertissement	1	2%	1%						
Ne sais pas	2	3,33%	1,42%												
Si autre :	coordination habillage relationnel 0														

5. Selon vous, quelles sont les salariées du \$SIAD ?

possibilité de réponse multiples		no réponse ou non renseigné	si	no réponse ou non renseigné	si		
Auxiliaires de vie	18	30%	12%	Médecin traitant	4	13%	6%
Aide ménagère	6	10%	4%	Agent de service	3	3%	1%
Aide soignante	54	90%	37%	Pharmacien	3	5%	2%
DE libéraux	51	85%	35%	Secrétaire	17	28%	12%
Autre	2	3%	1%	Ne sait pas	1	2%	1%
Si autre :	Mec						
	Ergo						
	0						
	0						

6. Critères d'entrée en \$SIAD ?

possibilité de réponse multiples		no réponse ou non renseigné	si	no réponse ou non renseigné	si		
Personne >60 ans	35	53%	18%	Personne autonome	4	0%	0%
suit à une fracture	10	27%	9%	Maladie chronique	21	36%	12%
ALD	8	19%	5%	situation de dépendance	44	80%	28%
mineurs	4	7%	2%	sur prescription médicale	43	70%	23%
Autre	4	7%	3%	Ne sait pas	4	10%	3%
Autre ?	-85ans en situation de handicap						
	-de 60 ans en situation d'handicap						
	situation d'handicap						
	perte d'autonomie						

7. Connaissez-vous le financement d'un \$SIAD ?

possibilité de réponse multiples		no réponse ou non renseigné	si	no réponse ou non renseigné	si		
Conseil Général	25	33%	19%	Mairie	18	30%	17%
Caisses de Retraite	8	13%	8%	Caisses d'Ass. libérale	44	67%	38%
Financement Perso	7	12%	7%	Ne sait pas	11	18%	11%
Autre	6	0%	0%				
Si autre :	0						
	0						
	0						

8. Pensez-vous à proposer le \$SIAD pour les personnes en perte d'autonomie ?

OUI	45	70%	NON	15	27%
SI NON					
Pourquoi ?	Travaille au bloc, pas l'occasion / services sans potentialité				
	ne connaît pas				
	mauvaise connaissance du \$siad /				
	ne saurait pas expliquer le fonctionnement, ni qui contacter				
	collaboration avec cpam PRADO qui gère le retour à domicile				
	penserait en priorité à l'ADM et/ou aux DE libéraux				
	0				
	0				
SI OUI	proches, \$SIAD pour disponibilité, méd. traitant pour prescription				
Qui contacter ?	Mairie, médecin traitant				
	ne sais pas				
	Ass sociale				
	Infirmière				
	CLIC				
	hôpital local				
	SSVD Local				
	informe la famille de l'existence du SSVD				
	médecin traitant				
	0				
	0				

3. Questionnaire destiné au grand public

VISIBILITÉ DU SSIAD

Nous sommes 4 infirmières à suivre un DU d’Infirmier Coordinateur en EHPAD (Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) à l’université Paris-Descartes. Dans ce cadre, nous effectuons notre travail de recherche sur la visibilité et le rôle du SSIAD. Nous aurions besoin de 10 minutes de votre temps pour répondre à quelques questions de façon totalement anonyme.

Merci pour votre aide.

Isabelle, Valérie, Françoise et Marie-Gabrielle

1. Vous êtes :
 - Patient Famille / Aidant Voisins/ amis
 - adhérent association sénior Autre :

2. Quel âge avez-vous ?
 - de 24 à 44 ans de 45 à 59 ans
 - de 60 à 79 ans 80 ans et plus

3. Comment vivez-vous à domicile ?
 - Seul en couple en colocation
 - Autre en famille

4. Faites-vous partie d'une association séniors ?
 - OUI NON

5. Si vous êtes usager, de quel(s) service(s) bénéficiez-vous ?
 - Toilette repas ménage
 - Soins infirmier courses Autre (précisez) :
 -

6. Connaissez-vous l'existence du SSIAD ?
 - Très bien Bien Un peu Pas du tout

➤ SI OUI, comment en avez-vous entendu parler ?

 - Mairie Etablissement de santé médecin traitant
 - Pharmacie Infirmier Kinésithérapeute
 - Assistant social Assurance Maladie Associations
 - entourage Autre (précisez)

➤ SI NON, comment auriez-vous souhaité être informé de son existence ?

.....

.....

.....

.....

7. Savez-vous s'il y a un SSIAD dans votre secteur ?
 - OUI NON Je ne sais pas

8. Connaissez-vous les démarches à faire pour l'admission en SSIAD ?

- OUI NON Je ne sais pas

➤ SI OUI, quelles sont-elles ?

.....
.....
.....

9. Selon vous, quelles sont les missions du SSIAD ?

- Toilette repas ménage
 Soins infirmier courses Repassage
 Divertissement je ne sais pas
 Autre (précisez) :

.....
.....
.....

10. Selon vous, quels sont les différents salariés du SSIAD ?

- Auxiliaire de vie Aide-ménagère Aide-soignant
 Infirmier Médecin traitant Agent de service
 Pharmacien je ne sais pas Autre (précisez) :

.....

11. Selon vous, de quelle prise en charge financière peut bénéficier un usager du SSIAD ?

- Conseil Général Caisses de retraites Financement personnel
 Mutuelle Caisse d'assurance maladie
 je ne sais pas Autre (précisez) :

.....
.....

MERCI !

4. Synthèse des questionnaires destinés au grand public

Usagers/Futurs Usagers										
Visibilité du SSIAD										
									partis (parts)	44
1. Vous êtes ?										
possibilité de réponses multiples										
			LES REPERTOIRES	▲		LES REPERTOIRES	▲			
Parent	17	39%	26%		Voin/Ami	10	23%	22%		
Famille/Aidant	15	34%	33%		Aidant(e) Avo ou Génér	7	16%	4%		
Autre	7	16%	15%							
Si autre :	0									
	0									
	0									
2. Quel âge avez-vous ?										
24 à 44 ans	7	16%			45 à 74 ans	21	48%			
45 à 64 ans	4	9%			75 ans	10	23%			
3. Comment vivez-vous à domicile ?										
Solo	7	16%			Couple	31	71%			
Co-dépendant	0	0%			Autre	4	9%			
Famille	4	9%								
Si autre :	0									
	0									
	0									
	0									
4. Faites-vous partie d'une association de seniors ?										
OUI	7	16%			NON	44	100%			
5. Si vous êtes utilisateurs, de quels services bénéficiez-vous ?										
possibilité de réponses multiples										
			LES REPERTOIRES	▲		LES REPERTOIRES	▲			
Téléme	10	23%	42%		Conseiller	5	11%	21%		
Repas	5	11%	12%		Cours	1	2%	4%		
Ménage	4	9%	17%		Autre	1	2%	4%		
Si autre :	0									
	0									
	0									
	0									
6. Connaissez-vous le SSIAD ?										
Très bien	0	0%			Bien	7	16%			
					Un peu	14	32%			
					Pas du tout	15	34%			
possibilité de réponses multiples										
			LES REPERTOIRES	▲		LES REPERTOIRES	▲			
Mère	6	14%	12%		Association d'usagers	1	2%	2%		
Hôpital	4	9%	8%		Assurance maladie	1	2%	2%		
Médecin généraliste	0	0%	15%		Association	5	11%	6%		
Pharmacie	1	2%	2%		Enseignement	15	34%	26%		
Infirmier	10	23%	19%		Autre	7	16%	4%		
Kiné	1	2%	2%							
Si autre :										
comment										
	médecin									
	0									
	0									
7. Connaissez-vous les démarches à faire pour l'inscription en SSIAD ?										
OUI	11	25%			NON	17	39%			
Si OUI	Inquelle(s) ?									
	- par annonce par mail - Internet - contact SSIAD pour disponibilité									
	- média									
	- Médicaments par prescription de l'assistant social									
	- clic									
	0									

8. Selon vous, quelles sont les missions du SSIAD ?

		sur le nombre de questionnaires	n	sur l'ensemble des questionnaires	n1		
possibilité de réponses multiples							
Tolérance	30	76%	38%	Rapatriage	3	7%	3%
Repas	4	17%	9%	Diversifiement	0	4%	2%
Ménage	4	17%	9%	Je ne sais pas	8	17%	9%
Soins infirmiers	20	57%	28%	Autre	1	2%	1%
Cours	3	7%	3%				
Si autre :	0						
	0						
	0						
	0						

9. Selon vous quels sont les différents intervenants du SSIAD ?

		sur le nombre de questionnaires	n	sur l'ensemble des questionnaires	n1		
Auxiliaire de vie	14	30%	15%	Médecin traitant	1	2%	1%
Aide ménagère	4	13%	7%	Agent de service	1	2%	1%
Aide soignant	24	63%	32%	Pharmacien	4	9%	4%
IDE libérale	27	59%	30%	Je ne sais pas	8	20%	10%
Autre	4	0%	0%				
Si autre :	0						
	0						
	0						
	0						

10. Selon vous, de quelle PEC financière peut bénéficier le patient ?

		sur le nombre de questionnaires	n	sur l'ensemble des questionnaires	n1		
Conseil Général	14	0,41	0,25	Mutuelle	0	0,26	0,16
Caisses de Retraite	7	0,15	0,09	Caisses d'Ass. Malade	20	0,48	0,29
Financement Person	4	0,13	0,08	Ne sais pas	10	0,22	0,13
Autre	0	0,00	0,00				
Si autre :	0						
	0						
	0						
	0						

5. Proposition de plaquette d'information





SERVICE AUTONOMIE

Le Service autonomie vise à améliorer l'intégrations des organisations et des prestations en décloisonnant aide et soins pour assurer:

- une coordination renforcée et une offre de prestations simplifiée: 1 guichet unique et 1 prestation globale coordonnée par un référent ;

- un service global favorisant le maintien à domicile et la promotion de la bientraitance: repérage de la perte d'autonomie, actions de prévention...;

- une coordination et un fonctionnement permettant une mutualisation des organisations et des outils.

Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D)

Les objectifs :

- Les aides à domicile assurent des prestations d'aide à la personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (ménage, aide au repas, courses, aide à la toilette sans soins...).
- Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré avec le bénéficiaire et/ou les organismes contributeurs.

Les bénéficiaires :

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont spécifiquement habilités à intervenir auprès d'une population considérée comme fragile :

- Les enfants de moins de 3 ans,
- Les familles en difficulté ou en situation d'exclusion,
- Les personnes en situation de handicap,
- Les personnes âgées en perte d'autonomie.

Tarif

Les personnes bénéficiant des S.A.A.D peuvent bénéficier d'aide. (A.P.A, crédit impôt.....). Il reste un minimum à charge. Il faut demander un devis.

Durée de prise en charge

Il n'y a pas de durée de prise en charge. Celle-ci peut s'arrêter si l'état de santé du patient s'aggrave.

Services de soins à Domicile (SSIAD)

Les objectifs :

- assurer au domicile des soins de nursing et techniques, afin de maintenir ou d'améliorer l'autonomie de la personne,
- Eviter une hospitalisation de la personne lors de la phase aigüe d'une affection pouvant être traitée à domicile,
- Faciliter le retour à domicile de la personne suite à une hospitalisation,
- Accompagner les personnes en fin de vie ou atteintes de maladies évolutives,
- Prendre en charge la douleur de la personne,
- Consulter l'entourage et la personne aidée pour préserver le maintien à domicile.

Les bénéficiaires :

Deux catégories de personnes peuvent faire appel aux SSIAD :

- Les séniors de +60 ans en baisse d'autonomie mais résidents toujours chez eux,
- Les -60 ans en situation de perte d'autonomie du fait d'une maladie ou d'un handicap.

Tarifs :

Les prestations du SSIAD sont pris en charge à 100% par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Durée de prise en charge :

La durée de prise en charge initiale est de 90 jours, mais peut être prolongée ou réduite en fonction de l'évolution de l'état de santé ou des besoins de la personne.

Glossaire

ADMR	:	Réseau associatif de service à la personne
AGGIR	:	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
AMP	:	Aide Médico-Psychologique
APA	:	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	:	Agence Régionale de Santé
AS	:	Assistante Sociale
ATIH	:	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CD	:	Conseil Départemental
CLIC	:	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	:	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM	:	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	:	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPTS	:	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DAC	:	Dispositif d'Appui à la Coordination
DGCS	:	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DUI	:	Dossier Usager Informatisé
EHPAD	:	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMA	:	Equipe Mobile Alzheimer

ESA	:	Equipe Spécialisée Alzheimer
ESMS	:	Etablissements et Services Médico-Sociaux
FFIDEC	:	Fédération Française des Infirmiers Coordinateurs
GIR	:	Groupe Iso Ressources
HAD	:	Hospitalisation À Domicile
IDEC	:	Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat
IFAS	:	Institut de Formation des Aides-Soignants
INSEE	:	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
PCH	:	Prestation de Compensation du Handicap
PLFSS	:	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PRADO	:	Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
RGPD	:	Règlement Général sur la Protection des Données
RNCP	:	Répertoire National des Certifications Professionnelles
ROME	:	Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois
SAAD	:	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAD	:	Service Autonomie à Domicile
SSIAD	:	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SPASAD	:	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
UNASSI	:	Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers
USLD	:	Unité de Soins Longue Durée



À huit mains...

Abstract

Une enquête qui s'intéresse à la connaissance des SSIAD et à leur positionnement au sein de notre système de santé. Elle évalue leur manque de visibilité et s'interroge sur les impacts des réformes à venir. Elle ambitionne d'aller plus loin en faisant des propositions pour renforcer leur efficacité et leur permettre de prendre leur place dans une logique de parcours de soin pour aider les personnes en perte d'autonomie.



A survey that focusses on knowledge of SSIAD and their positioning within our health system. It assesses their lack of visibility, and questions the impacts of future reforms. It aims to go further by making proposals to strengthen their effectiveness and allow them to take their place in a logic of care pathways to help people with loss of autonomy.