

Diplôme Inter Universitaire
Médecin Coordinateur d'EHPAD
Et de Coordination en Gériatrie

Diplôme Universitaire
Infirmier(ère) Référent (e) et Coordinateur (trice)
D'EHPAD et de SSIAD

L'OFFRE DE MAINTIEN A DOMICILE : UN EXEMPLE PAR LA REALITE DES SSIAD

**BESSA Saida - AMIAR Rachid - GOINDIN Linda- MECHROUK Dehbia - ABDI Halim -
BOURAOUI Assia - GRASSA Hichem**

Directrice de Mémoire : Madame FEUILLEBOIS Brigitte

TABLE DES MATIÈRES

I.	REMERCIEMENTS	2
II.	SIGLES ET ACRONYMES	3
III.	RÉSUMÉ	4
IV.	INTRODUCTION	5
V.	DÉFINITION DES SSIAD	5
VI.	CONTEXTE HISTORIQUE ET RÉGLEMENTAIRE	7
VII.	FONCTIONNEMENT	9
	A. Présentation des SSIAD	9
	B. Missions	14
	C. Critères d'inclusion dans un SSIAD	15
	D. Couverture territoire, population	16
	E. Ressources humaines	16
	F. Financement	16
VIII.	OUTIL DE L'ÉTUDE	18
IX.	ÉTUDES RETROSPECTIVES SUR L'ANNÉE D'ACTIVITÉ 2022	20
X.	DISCUSSION	39
XI.	CONCLUSION	41
XII.	BIBLIOGRAPHIE	41
XIII.	ANNEXES	44
	XIII.1 Résultats des questionnaires	44

I. REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, nous remercions sincèrement Mme Brigitte FEUILLEBOIS, Directrice de ce mémoire, pour ses précieux conseils, sa disponibilité, et son soutien tout au long de ce travail.

Nous souhaitons également remercier les enseignants du Diplôme Inter Universitaire de Coordination en Gériatrie ainsi que du Diplôme Universitaire d'Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD de l'Université Paris Cité, avec une mention spéciale au Professeur Anne-Sophie Rigaud, Responsable de cette formation, ainsi qu'au Docteur Serge REINGWIRTZ pour leur expertise et leur encadrement.

Nous adressons également nos remerciements à nos collègues et professionnels de santé travaillant au sein des différents SSIAD ayant participé à cette étude. Leur engagement et leur disponibilité ont été essentiels à la bonne conduite de ce projet.

Enfin, un grand merci à nos proches pour leur soutien indéfectible et leur patience tout au long de cette aventure.

II. SIGLES ET ACRONYMES

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
AGGIR : Autonomie Groupe Gérontologique Iso Ressources
AGSN : Association Guadeloupéenne pour la Santé dans le Nord
AHT : Appartement d'Hébergement Temporaire
ANAP : Agence Nationale à l'Appui des Performances des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
ANSP : Agence Nationale de Santé Publique
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASG : Assistantes de Soins en Gérontologie
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
CASF : Code d'Action Sociale et de Famille
CMPR : Centre de Médecine Physique et de Rééducation
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA : Caisse Nationale de solidarité pour l'Autonomie
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CSI : Centre de Santé Infirmiers
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DIU : Dossier Usager Informatisé
DMS : Durée Moyen de Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS : Equipe Médico-Sociale
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer
ESSIP : Equipe Spécialisée Soins Infirmiers Précarité
ETP : Equivalent Temps Plein
FAM : Foyers d'Accueil Médicalisés
FPH : Fonction Publique Hospitalière
FPT : Fonction Publique Territoriale
GIR : Groupe Iso Ressources
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Économiques
IPP : Institut des Politiques Publiques
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins
PA : Personne Agée
PEC : Prise En Charge
SAD : Service Autonomie à Domicile
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement À Domicile
SAS : Société par Actions Simplifiées
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile
ULS : Unité de Logement Spécialisé
TNC : Troubles Neuro Cognitifs
UNA : Union Nationale de l'Aide

III. RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population représente aujourd'hui un défi majeur pour les systèmes de santé et de prise en charge des personnes âgées. L'accès aux soins se complique également avec la réduction de la durée des hospitalisations et les difficultés liées à l'hébergement en EHPAD.

Le maintien au domicile devient une nécessité, un choix des usagers. Des plans politiques sont mis en place et en perspective des réformes de l'offre des services à domicile plus complet et plus large avec une équité territoriale.

L'analyse statistique et qualitative des données collectées pour identifier des tendances, des corrélations et des différences significatives entre les différentes structures et régions.

L'étude repose sur une analyse rétrospective des rapports d'activité des SSIAD pour l'année 2022.

L'échantillon comprend plusieurs SSIAD situés dans différentes régions de France, notamment la Normandie, l'Île-de-France, les Pays de la Loire, le Centre-Val de Loire et la Guadeloupe, afin d'évaluer les performances des services et d'éventuelles disparités territoriales.

Deux types de questionnaires ont été élaborés pour recueillir des informations auprès de deux cibles : - Usagers et/ou entourage (conjoint, enfants, proches aidants) - Équipe soignante (aides-soignants, infirmiers)

L'étude révèle que les SSIAD partagent de nombreuses similitudes dans leur prise en charge, tout en étant confrontés à des défis communs face à une population vieillissante et à des besoins croissants en matière de maintien à domicile.

Des difficultés structurelles et organisationnelles en lien direct avec les ressources humaines pèsent lourd sur la continuité et la qualité des PEC.

Une optimisation et l'harmonisation de la qualité de la prise en charge des usagers dans leur environnement, par une collaboration renforcée des différents acteurs intervenants, règlementer dans un contexte de nouvelle réforme de tarification des soins à domicile avec des mesures relatives aux missions et au financement des nouveaux SAD (Service d'Autonomie à Domicile). Un virage numérique par la mise en place du DUI (Dossier Usager Informatisé) facilitant les transmissions aux différents intervenants et permettant d'avoir une traçabilité et un historique de leurs interventions (Télégestion). Créé un poste de médecin coordinateur avec un temps de travail proportionnel au nombre d'utilisateur pris en charge pour sécuriser les prises en charges et leurs évolutions.

IV. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population représente aujourd'hui un défi majeur pour les systèmes de santé et de prise en charge des personnes âgées. En France, les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) jouent un rôle central dans la gestion de cette problématique en offrant des soins aux personnes âgées, malades ou en situation de handicap, tout en favorisant leur maintien à domicile.

Créés dans les années 1970, les SSIAD visent à fournir des soins de qualité pour des personnes dépendantes, tout en prévenant les hospitalisations prolongées et en retardant le recours aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Grâce à une équipe pluridisciplinaire composée d'aides-soignants et d'infirmiers, les SSIAD assurent des soins adaptés aux besoins spécifiques des patients dans le cadre de leur domicile, offrant ainsi une alternative aux soins hospitaliers.

Les évolutions démographiques, notamment l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement rapide de la population rendent le maintien à domicile de plus en plus complexe. L'accès aux soins se complique également avec la réduction de la durée des hospitalisations et les difficultés liées à l'hébergement en EHPAD. Ce contexte met en lumière la nécessité d'anticiper et d'adapter les dispositifs de soins à domicile pour répondre aux besoins croissants de cette population vulnérable.

Ce mémoire se propose d'analyser l'impact des SSIAD dans plusieurs régions françaises à travers une étude rétrospective des activités de l'année 2022. Il explore les forces et les faiblesses des SSIAD ainsi que leur contribution au maintien à domicile des personnes âgées et handicapées. En s'appuyant sur des données recueillies dans différentes régions (Normandie, Île-de-France, Pays de la Loire, Centre Val-de-Loire et Guadeloupe), ce travail met en lumière les réalités du terrain et les défis auxquels les équipes soignantes sont confrontées.

L'objectif est d'évaluer la capacité des SSIAD à répondre aux exigences croissantes en matière de soins à domicile dans un contexte de vieillissement accéléré de la population et de pression sur les ressources humaines et financières.

V. DEFINITION

Les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) sont des structures médico-sociales qui interviennent à domicile pour dispenser des soins infirmiers et d'hygiène auprès de personnes âgées de 60 ans et plus ainsi qu'auprès de personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques. Les soins sont réalisés sous prescription médicale et leur prise en charge est assurée par l'Assurance Maladie.

L'objectif principal des SSIAD est de permettre le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance, retardant ainsi l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les hospitalisations. Ces services assurent une prise en charge globale des patients, notamment pour les actes essentiels de la vie quotidienne tels que l'aide à la toilette, les soins infirmiers, et la surveillance médicale tout en préservant leur autonomie autant que possible.

Les équipes pluridisciplinaires des SSIAD sont composées principalement d'aides-soignants et d'infirmiers et selon les besoins des patients, d'autres professionnels de santé peuvent intervenir (ergothérapeutes, psychologues, pédicures-podologues, etc.).

La population cible des SSIAD est majoritairement composée de personnes âgées de plus de 60 ans souffrant de pathologies chroniques ou en perte d'autonomie mais elle inclut également des personnes de moins de 60 ans présentant un handicap physique ou mental.

Le maintien médicalisé à domicile des personnes âgées dépendantes est devenu une priorité de santé publique en France notamment dans le cadre des plans nationaux tels que le Plan Alzheimer (2008-2012) et le Plan National Solidarité Grand Âge (2007-2012) qui visent à renforcer les dispositifs de soins à domicile et à garantir une prise en charge adaptée aux besoins des populations vulnérables.

Les différents modes d'intervention dans l'aide à domicile

Mode d'intervention	Structure d'emploi	Cadre réglementaire	Cadre de gestion des ressources humaines
Prestataire	Services de soins infirmières à domicile (SSIAD)	Autorisation	Convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile (associations)
			Convention collective des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif
			Droit de la fonction publique (FPH ou FPT)
	Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	Autorisation	Convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile (associations)
			Convention collective de la branche des entreprises des services à la personne
			Droit de la fonction publique (FPH ou FPT)
	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	Autorisation	Convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile (associations)
			Droit de la fonction publique (FPH ou FPT)
	Mandataire	Particulier employeur	Agrément
Emploi direct ou « gré à gré »	Particulier employeur		Convention collective du particulier employeur

Source : Adaptation Cour des comptes (2016)

Les équipes des SSIAD sont composées de différents professionnels de santé garantissant une approche pluridisciplinaire adaptée aux besoins des patients :

- Infirmiers diplômés d'État (IDE) : Ils réalisent les soins infirmiers notamment les soins de nursing, l'administration des médicaments et le suivi de l'état de santé des patients.
- Aides-soignants : Ils assistent les patients dans les activités de la vie quotidienne comme l'hygiène personnelle, l'habillage et la mobilité.
- Autres professionnels : Selon les besoins, des professionnels comme des ergothérapeutes, des psychologues ou des assistantes de soins en gérontologie peuvent être intégrés à l'équipe.
- Infirmiers coordinateurs (IDEC) : Ils jouent un rôle essentiel dans la gestion des soins et la coordination entre les différents intervenants garantissant ainsi une continuité de la prise en charge.

VI. CONTEXTE HISTORIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

A. Contexte législatif et réglementaire

Le cadre législatif des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) a évolué au fil du temps pour répondre aux besoins croissants de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Depuis leur création, les SSIAD ont été encadrés par une série de lois, décrets et circulaires visant à organiser leur fonctionnement, leur financement ainsi que la qualité des soins prodigués à domicile.

Lois et textes réglementaires majeurs encadrant les SSIAD :

1. **Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978** : Cette loi est fondamentale dans l'histoire des SSIAD car elle introduit la prise en charge forfaitaire des soins paramédicaux réalisés à domicile par l'Assurance Maladie. Elle permet ainsi aux personnes âgées et aux personnes handicapées de bénéficier de soins à domicile sans participer aux dépenses, facilitant ainsi leur maintien à domicile.
2. **Décret n° 81-448 du 8 mai 1981** : Ce décret est un tournant décisif pour les SSIAD. Il précise les conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins infirmiers à domicile. Il consacre également l'appellation officielle "SSIAD" et détaille les modalités de fonctionnement y compris la composition des équipes soignantes (infirmiers, aides-soignants) et les critères d'éligibilité des patients.
3. **Circulaire N°86-14 du 7 mars 1986** : Cette circulaire vise à encourager les actions alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées et à promouvoir leur maintien à domicile. Elle s'inscrit dans une dynamique de déploiement des SSIAD facilitant leur création et leur développement dans les régions à forte concentration de personnes âgées.
4. **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** : Cette loi renove l'action sociale et médico-sociale en France. Elle renforce la qualité des services dispensés par les SSIAD en introduisant des exigences plus strictes en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes. La loi introduit également un contrôle renforcé des services de soins à domicile en instaurant des procédures d'évaluation régulière et des référentiels de bonnes pratiques.
5. **Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004** : Ce décret toujours en vigueur détaille les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD. Il définit les missions des équipes soignantes, le public cible (personnes âgées de plus de 60 ans ou personnes en situation de handicap) et les modalités de contrôle par les autorités compétentes comme l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le texte précise également le cadre des interventions des professionnels libéraux (infirmiers et pédicures) qui peuvent intervenir dans certains cas spécifiques.

6. **Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015** : Cette loi s'inscrit dans la volonté d'améliorer l'offre de soins à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Elle met l'accent sur l'amélioration de la coordination des services de soins à domicile, notamment en consolidant les liens entre les SSIAD et les autres structures d'aide à domicile comme les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile).
7. **Plans nationaux et régionaux** : Plusieurs plans nationaux tels que le Plan Alzheimer (2008-2012), le Plan National Maladies Neurodégénératives (2014-2019) et le Plan Cancer (2014-2019) ont renforcé le rôle des SSIAD dans la prise en charge à domicile des personnes âgées et des malades chroniques. Ces plans visent à améliorer l'accessibilité des soins à domicile et à renforcer les services disponibles pour les patients atteints de pathologies lourdes.
8. **Référentiels de bonnes pratiques professionnelles** : Les référentiels de bonnes pratiques publiés par la Haute Autorité de Santé (HAS) servent de guides pour les SSIAD dans l'amélioration continue de la qualité des soins. Ils encadrent les procédures et les standards de soins à domicile, notamment en ce qui concerne la gestion de la dépendance et les soins de fin de vie.

B. Historique

Les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) ont vu le jour dans les années 1970 en France dans un contexte de renforcement de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile. Leur création s'inscrit dans une volonté d'offrir une alternative à l'hospitalisation et à l'hébergement en établissements spécialisés, tout en favorisant le maintien à domicile des personnes dépendantes.

Les étapes clés de l'évolution des SSIAD :

1. **1945 - Création de la Sécurité Sociale et l'institution de la prise en charge à domicile** : La prise en charge des soins paramédicaux à domicile commence à être organisée avec l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui permet aux organismes d'Assurance Maladie de rembourser ces soins pour les personnes âgées ou en situation de vulnérabilité.
2. **1978 - Loi du 4 janvier 1978** : Cette loi marque une étape importante dans l'institutionnalisation des SSIAD. Elle prévoit la prise en charge forfaitaire des soins paramédicaux à domicile, soulageant ainsi financièrement les patients. Ce cadre législatif pose les bases de ce qui deviendra les SSIAD.
3. **1981 - Décret n°81-448** : Le décret du 8 mai 1981 formalise la création des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) en tant que structures médico-sociales dédiées à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. Ce texte définit également les modalités de leur autorisation de fonctionnement et leur financement par l'Assurance Maladie.
4. **1986 - Circulaire N°86-14** : Cette circulaire renforce les dispositifs de maintien à domicile des personnes âgées, notamment en encourageant les actions alternatives à l'hospitalisation, comme celles proposées par les SSIAD. Elle favorise le développement de ces services dans tout le territoire.
5. **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** : Cette loi rénove l'action sociale et médico-sociale en précisant les missions des SSIAD. Elle inclut les SSIAD dans la liste des établissements médico-sociaux habilités à dispenser des soins de santé aux personnes âgées et handicapées. L'objectif est de garantir une meilleure coordination des soins à domicile et de renforcer la qualité des services offerts.
6. **Décret n°2004-613 du 25 juin 2004** : Ce décret qui est toujours en vigueur, précise les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD. Il insiste sur le rôle des SSIAD dans la prévention des hospitalisations, en ciblant principalement les personnes âgées de plus de 60 ans, malades chroniques ou en perte d'autonomie, ainsi que les patients souffrant de maladies invalidantes.

7. **Évolutions récentes** : Plusieurs plans nationaux, comme le Plan Alzheimer 2008-2012, ont souligné l'importance du maintien à domicile et encouragé le développement des SSIAD pour répondre aux besoins croissants d'une population vieillissante. Le Plan National Maladies Neurodégénératives (2014-2019) et le Plan Autonomie (2015-2018) visent également à renforcer les services d'accompagnement et de soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie.

VII. FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) repose sur plusieurs éléments clés qui garantissent une prise en charge efficace et adaptée des patients. Ces éléments incluent l'organisation des services, les équipes pluridisciplinaires, les missions et objectifs, ainsi que les critères d'inclusion des patients.

Les SSIAD sont des structures médico-sociales qui interviennent à domicile pour dispenser des soins infirmiers et d'hygiène. Ils sont autorisés et financés par l'Assurance Maladie, et leur fonctionnement est encadré par des textes législatifs et réglementaires.

Les SSIAD sont généralement dotés d'une capacité d'accueil déterminée qui peut varier selon les besoins locaux et les autorisations des Agences Régionales de Santé (ARS). Par exemple, certains SSIAD peuvent avoir une capacité de 20 à 100 places, en fonction de la demande et des ressources disponibles.

Chaque SSIAD couvre une zone géographique précise, ce qui leur permet de répondre aux besoins des patients vivant dans des zones urbaines ou rurales. Cela influence également les déplacements des équipes soignantes.

A. Présentation des SSIAD (Travail fait sur différents établissements)

Fondation Maison des Champs : la Fondation Maison des Champs se consacre à favoriser le vivre à domicile des personnes, ce qui permet de préserver leur identité ainsi que la qualité de leurs liens avec leur entourage. Cette approche est essentielle, notamment pour les individus en situation de grande fragilité où l'accompagnement à domicile devient un devoir humain jusqu'au terme de leur vie.

La fondation offre plusieurs services spécialisés dont :

- SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile) : Créé en 2007, il regroupe divers services pour une prise en charge complète à domicile.

- SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) : Établi en 1981, ce service propose des soins infirmiers à domicile.
- ESSIP (Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité) : Créée en 2022, elle se concentre sur les soins aux populations précaires.
- ESA (Équipe Spécialisée Alzheimer) : Mise en place en 2017, elle est dédiée à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) : Propose une aide quotidienne aux personnes en situation de dépendance.
- Dispositifs d'accueil et d'accompagnement de nuit : Introduits en 2008 pour des soins nocturnes.
- Appartements d'Hébergement Temporaire (AHT) : Établis en 2009 pour offrir un hébergement temporaire.
- Plateformes de nuit des Unités de Logements Spécialisées (ULS) : Créées en 2009 pour des soins spécialisés nocturnes.

✓ **SSIAD de la Fondation Maison des Champs**

Le service AADom Solidarité 75, créé en 1971, a été complété par le SSIAD en 1981, avec une capacité initiale de 30 places. En 2017, la capacité a été augmentée à 40 places dont 30 pour des personnes en situation de handicap et 10 pour l'équipe spécialisée.

L'ARS (Agence Régionale de Santé) a renouvelé l'autorisation du SSIAD jusqu'au 27 juin 2032. Ce renouvellement a permis d'aligner la date d'autorisation du SAAD avec celle du SSIAD, facilitant ainsi le fonctionnement intégré en tant que SPASAD.

L'organisation du SSIAD repose sur des réunions institutionnelles régulières permettant de discuter de l'activité du service et des besoins des patients. Voici un aperçu de ces réunions :

- Réunion institutionnelle : Comprend la direction, l'IDEC (Infirmier Diplômé d'État Coordinateur), la psychomotricienne, et l'équipe administrative. Les sujets abordés incluent le taux d'activité par secteur, la présentation de nouveaux patients, les difficultés rencontrées, et les actualités du service et de la fondation.
- Réunion de débriefing : Animée par l'IDEC, elle se prépare pour le week-end.
- Réunion des équipes de secteur : Comprend les 39 équipes qui assurent la continuité des soins.
- Réunion de coordination du territoire pour les personnes âgées : En collaboration avec la mairie du 19ème arrondissement.
- Rencontres avec des associations : Comme l'association "Vieillissons autonome et solidaire" pour renforcer l'accompagnement.
- Partenariats : Établissements de santé comme l'Hôpital Tenon et le CMPR de Bobigny collaborent avec le SSIAD pour assurer une prise en charge complète.

✓ **SSIAD de SAINT-CALAIS**

Le SSIAD de Saint-Calais a ouvert ses portes en octobre 1998 avec une autorisation initiale de 20 places. Au fil des années, le service a connu une augmentation progressive de sa capacité atteignant aujourd'hui 60 places.

Le SSIAD est géré par le Centre Hospitalier de Saint-Calais et se définit comme un service médico-social, conformément au Code de l'Action Sociale et Médico-Sociale. Cette structure vise à offrir des soins adaptés aux besoins des personnes âgées ou dépendantes vivant à domicile.

Le SSIAD fonctionne grâce à une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, d'aides-soignants, et d'autres professionnels de la santé qui assurent une prise en charge personnalisée des bénéficiaires. Les interventions sont planifiées en fonction des besoins spécifiques de chaque patient, garantissant une continuité des soins.

Les objectifs principaux du SSIAD de Saint-Calais incluent :

- **Maintien à Domicile** : Permettre aux personnes âgées ou dépendantes de vivre chez elles dans un environnement familial et confortable.
- **Prévention de l'Hospitalisation** : Éviter ou retarder les hospitalisations en offrant des soins adaptés à domicile.
- **Retour à Domicile** : Faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, en assurant une continuité des soins.
- **Soutien à l'Entourage** : Apporter un soutien aux familles et proches aidants, afin de les aider à mieux gérer la situation de leurs proches.
- **Autonomie** : Aider les bénéficiaires à maintenir ou retrouver une certaine autonomie dans leurs activités quotidiennes.
- **Accompagnement en Fin de Vie** : Offrir un accompagnement respectueux et bienveillant aux personnes en fin de vie, entourées de leurs proches.

✓ **SSIAD d'ALENCON**

Le SSIAD d'Alençon a été établi au 79 cours Clemenceau et a reçu son autorisation le 12 novembre 1982, démarrant ses activités le 14 avril 1983.

Grâce à un arrêté préfectoral en date du 12 mars 1986, la zone géographique d'intervention a été étendue. Actuellement, le SSIAD couvre 26 communes des cantons d'Alençon 1, 2, 3 et du Mêle en Sarthe.

Initialement, le service fonctionnait dans les locaux du siège social de la mutualité à 30 rue de Bretagne avec une infirmière et trois aides-soignants. Après la fermeture du centre de soins, le SSIAD a déménagé dans ces mêmes locaux permettant ainsi une expansion rapide de l'activité et de l'équipe.

En septembre 2012, le SSIAD a reçu l'autorisation de l'ARS pour créer une Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA) dans le secteur d'Orne Centre. Ce service est devenu un élément clé de l'offre de soins, avec une autorisation pour 13 prises en charge.

L'équipe est composée de 3 assistantes de soins en gérontologie (ASG) spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs.

Le SSIAD d'Alençon a une capacité autorisée de 85 places.

Depuis juin 2017, le SSIAD est impliqué dans un projet d'expérimentation du Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD) en collaboration avec l'UNA (Union Nationale de l'Aide).

Les missions du SSIAD d'Alençon incluent :

- Maintien à Domicile : Permettre aux personnes âgées ou dépendantes de vivre dans leur environnement familial.
- Soutien aux Proches : Aider et soutenir les familles des bénéficiaires en leur offrant des ressources et des conseils.
- Accompagnement des Patients : Proposer des soins adaptés et personnalisés aux besoins de chaque patient, notamment ceux souffrant de maladies neurodégénératives.

✓ **SSIAD du Centre Loiret**

Le SSIAD du Centre a été établi en 2011, à la suite d'un appel à projet lancé par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Il fonctionne sous forme de société par actions simplifiées (SAS).

Le service opère principalement sur un territoire de 32 000 habitants, centré sur la commune d'Orléans.

Le SSIAD du Centre emploie 29 employés qui se consacrent à l'accompagnement des personnes âgées et dépendantes.

Le service propose 60 places pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Depuis sa création, le SSIAD couvre l'ensemble de l'arrondissement d'Orléans.

Le SSIAD du Centre fournit une assistance diversifiée incluant :

- Aide aux Activités Quotidiennes : Soutien aux personnes âgées dans les tâches quotidiennes telles que le lever, les soins médicaux, les transferts et l'aide à l'insertion sociale.
- Services de Soins : Interventions à domicile pour des soins médicaux adaptés aux besoins des bénéficiaires.
- Accompagnement des Personnes en Situation de Handicap : En coordination avec d'autres établissements, tels que les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM).

En 2022, le taux d'occupation était de 85.8 %, ce qui ne permet pas d'accueillir toutes les demandes. En conséquence, il existe une liste d'attente d'environ 25 personnes.

Bien que cet objectif n'ait pas été atteint, il est important de noter que de nombreux jours sont perdus en raison de l'hospitalisation de patients, dont les places sont conservées en attendant leur retour à domicile.

✓ **SSIAD PORT-LOUIS (Nord Grande-Terre, Guadeloupe)**

Le SSIAD Longan a été fondé grâce à l'initiative de deux infirmiers diplômés entre 1978 et 1982, qui ont souhaité créer un service dans la région du Nord Grande-Terre en Guadeloupe.

L'Association Guadeloupéenne pour la Santé dans le Nord (AGSN) a été constituée le 28 novembre 1983, en réponse aux besoins exprimés par des associations de personnes âgées, des médecins, des pharmaciens et des structures paramédicales et sociales locales.

Le SSIAD Longan a officiellement débuté son activité le 7 janvier 1985 avec une autorisation de 30 lits. La mission principale du SSIAD Longan est de fournir des soins techniques infirmiers et des soins de nursing adaptés aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux adultes en situation de handicap, directement à leur domicile.

Le service est dédié au maintien à domicile des bénéficiaires, favorisant leur autonomie et leur qualité de vie.

Le SSIAD Longan se compose d'une équipe pluridisciplinaire incluant des infirmiers, des aides-soignants et d'autres professionnels de la santé, qui collaborent pour fournir des soins adaptés et personnalisés.

Le SSIAD Longan dessert principalement le Nord Grande-Terre, englobant les communes de Port-Louis, Anse-Bertrand, et le nord de la commune de Petit-Canal.

✓ **SSIAD VALOGNES**

Le SSIAD Valognes a été créé en 1997. Il est sous la tutelle de l'ADMR de la Manche, une association reconnue pour ses services d'aide à domicile.

Le service intervient sur 15 communes situées dans le Cotentin, notamment : Brix, Colomby, Hardinvast, Huberville, Lieusaint, Montaigu-la-Brisette, Morville, Negreville, Saint-Joseph, Saint-Martin-le-Gréard, Saussemesnil, Tamerville, Tollevast, Valognes et Yvetot-Bocage

Le SSIAD Valognes dispose d'une autorisation de 45 places. En 2021, le service a intervenu pour une population de 6 751 habitants.

Le service est composé principalement d'aides-soignants qui fournissent un accompagnement quotidien aux personnes âgées. Le SSIAD Valognes a pour mission de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées en leur offrant une aide dans les activités de la vie quotidienne.

Le service vise à améliorer la qualité de vie des bénéficiaires en répondant à leurs besoins spécifiques et en leur permettant de rester dans leur environnement familial.

✓ **SSIAD CHERBOURG**

Le SSIAD Cherbourg a été fondé en 1984.

Il fait partie d'une association soins santé qui comprend trois services complémentaires :

- SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile)
- Centre de Santé Infirmier (CSI) : Réalise tous types de soins techniques par un personnel infirmier qualifié.
- Équipe Spéciale Alzheimer (ESA) : Équipe dédiée à la prise en charge des patients atteints de troubles de la mémoire.
- Le SSIAD Cherbourg intervient dans 4 communes : Cherbourg-en-Cotentin, Bretteville, Digosville et Mesnil-au-Val.

En 2021, il a servi une population d'environ 51 235 habitants.

Le service est constitué d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie qui assurent l'accompagnement des personnes âgées.

Le SSIAD Cherbourg a pour mission de :

- Accompagner les personnes âgées dans leur environnement habituel, tout en respectant les normes d'hygiène et de confort.
- Offrir des soins adaptés aux besoins des patients, en mettant l'accent sur l'éducation sanitaire et la prévention.

L'équipe s'engage à respecter les règles essentielles au bon déroulement des soins, contribuant ainsi à la qualité de vie et à l'autonomie des bénéficiaires.

B Les missions des SSIAD incluent :

Dispensation de soins :

- Soins d'hygiène (toilette, habillage).
- Administration de médicaments.
- Surveillance de l'état de santé des patients.

Aide à la vie quotidienne :

- Accompagnement dans les activités essentielles (repas, déplacements).
- Soutien psychologique et social pour favoriser le bien-être.

Prévention de la perte d'autonomie :

- Mise en place d'actions préventives pour maintenir l'autonomie des patients.
- Éducation et sensibilisation des patients et de leurs familles sur les gestes de prévention.

Coordination des soins :

- Collaboration avec d'autres professionnels de santé (médecins traitants, pharmaciens, services hospitaliers).
- Mise en réseau avec les Services d'Aide et d'Accompagnement À Domicile (SAAD) pour une prise en charge globale.

Missions des Services d'Aide à Domicile (SAD)

1. Aide et Accompagnement dans les Gestes de la Vie Quotidienne

- Conformément au nouvel article D.312-2, les SAD apportent une assistance dans les activités courantes, telles que :
 - L'aide au lever et au coucher.
 - L'accompagnement lors des repas.
 - L'assistance dans l'hygiène personnelle.

2. Réponse aux Besoins de Soins

- Selon le nouvel article D.312-3, les SAD répondent aux besoins spécifiques de soins des personnes, incluant :
 - La gestion des médicaments.
 - La surveillance des états de santé.
 - Les soins de nursing adaptés.

3. Aide à l'Insertion Sociale

- Les SAD facilitent l'intégration sociale des bénéficiaires en favorisant :
 - La participation à des activités sociales.
 - Les rencontres avec d'autres personnes.
 - Le maintien des liens sociaux.

4. Actions de Prévention de la Perte d'Autonomie

- Conformément au point 4.2.1 du cahier des charges, les SAD mettent en place des mesures préventives pour :
 - Préserver l'autonomie des individus
 - Restaurer l'autonomie lorsque cela est possible.
 - Apporter un soutien adapté à chaque situation.

5. Soutien aux Aidants

- Selon le point 4.2.4 du cahier des charges, les SAD offrent un soutien essentiel aux aidants en leur fournissant :
 - Des conseils pratiques.
 - Des formations pour mieux gérer les soins.
 - Un accompagnement émotionnel.

6. Centre de Ressources Territorial

- En vertu de l'ancien article D. 312-7-2 du CASF, les SAD peuvent jouer le rôle de centres de ressources territoriales, permettant :
 - L'accès à des informations sur les services disponibles.
 - L'orientation vers des aides financières ou techniques.
 - La coordination entre les différents acteurs de l'autonomie.

C. CRITÈRES D'INCLUSION DANS UN SSIAD

➤ Le niveau de dépendance est mesuré par la grille AGGIR

Les patients éligibles pour bénéficier des services des SSIAD doivent répondre à certains critères :

- **Âge** : généralement, les patients doivent avoir 60 ans ou plus.
- **Niveau de dépendance** : Les SSIAD interviennent principalement pour les patients classés en GIR 1 à GIR 4 (Groupe Iso Ressources), selon la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources). Les patients en GIR 5 et 6, considérés comme plus autonomes ne sont pas pris en charge par ces services.

Le « Girage » permet de définir le niveau de dépendance des PA selon les critères suivants :

- **GIR1** : est une personne confinée au lit dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie,

- **GIR2** : personne en GIR2, personne qui est confinée au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et nécessite une PEC pour la plupart des activités de la vie quotidienne, soit une personne dont les fonctions mentales sont altérées mais qui a conservé ses capacités à se déplacer,
- **GIR3** qui a conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice mais qui nécessite quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour son autonomie corporelle,
- **GIR4** : Personne qui soit n'assure pas seule ses transferts mais qui une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement et pour laquelle une aide à la toilette et à l'habillage est nécessaire, soit qui n'a pas de problème locomoteur mais qui doit être aidé pour les activités corporelles.

D-Couverture territoire, population

Les SSIAD couvrent des territoires variés, allant des zones urbaines aux zones rurales. Chaque SSIAD est autorisé à intervenir dans une zone géographique déterminée qui peut comprendre plusieurs communes. Cela permet de répondre aux besoins locaux tout en tenant compte des spécificités démographiques et sociales.

E-Ressources Humaines

Le fonctionnement des SSIAD repose sur une équipe pluridisciplinaire qui inclut :

- Infirmiers (IDE et IDEC) : responsables de la coordination et de la réalisation des soins.
- Aides-soignants : assurent les soins de base et l'assistance quotidienne.
- Secrétaires médicales : gèrent l'administration et la logistique du service.
- Autres professionnels de santé (ergothérapeutes, psychologues) : interviennent selon les besoins spécifiques des patients.

La qualité des soins dépend également d'une formation continue et d'une supervision régulière des équipes, assurant ainsi une mise à jour des compétences et une amélioration des pratiques.

F-Financement

Le financement des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) est un élément crucial pour garantir leur fonctionnement et leur pérennité. Ce financement provient principalement de l'Assurance Maladie, qui soutient les SSIAD en raison de leur rôle dans le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

1. Sources de Financement

a. Dotation Annuelle de l'Assurance Maladie :

- Les SSIAD reçoivent une dotation annuelle versée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Cette dotation est calculée sur la base de l'activité prévue du service, incluant le nombre de patients pris en charge et les soins dispensés.
- Les dotations sont généralement versées mensuellement par douzième, permettant une gestion stable des ressources financières sur l'année.

b. Remboursement des Soins :

- Les soins réalisés par les professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants) sont remboursés à l'acte par l'Assurance Maladie. Cela inclut les soins infirmiers, les actes de nursing et les interventions spécifiques prescrites par un médecin

c. Aides Publiques et Subventions :

- En plus des financements de l'Assurance Maladie, certains SSIAD peuvent bénéficier d'aides et de subventions de l'État, des collectivités territoriales ou d'organismes privés. Ces aides peuvent soutenir des projets spécifiques, comme l'amélioration des services ou le développement de nouveaux programmes de soins.

d. Partenariats Public-Privé :

- Des partenariats avec des établissements de santé, des organismes de santé publique ou d'autres structures médico-sociales peuvent également contribuer au financement des SSIAD. Ces collaborations permettent de partager les ressources et d'optimiser la prise en charge des patients.

2. Modèle de Financement

Le modèle de financement des SSIAD est basé sur le principe de la tarification à l'activité. Cela signifie que les ressources allouées aux SSIAD sont proportionnelles à l'activité réalisée, mesurée par le nombre de patients pris en charge et le volume de soins dispensés.

- Les SSIAD doivent donc faire preuve d'une gestion rigoureuse de leurs ressources pour répondre à la demande croissante de soins à domicile, tout en respectant les normes de qualité et d'efficacité.

3. Défis Financiers

a. Augmentation de la Demande :

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la demande de services de soins à domicile ne cesse de croître. Cela met une pression supplémentaire sur le financement des SSIAD, qui doivent s'adapter à cette hausse tout en maintenant la qualité des soins.

b. Ressources Humaines :

Le coût des ressources humaines représente une part significative du budget des SSIAD, souvent plus de 70%. Les difficultés de recrutement et le besoin d'une formation continue pour le personnel ajoutent des contraintes financières supplémentaires.

c. Inégalités Territoriales :

Les SSIAD situés dans des zones rurales peuvent rencontrer des défis financiers spécifiques en raison d'un nombre de patients plus limité, tandis que les services dans les zones urbaines peuvent faire face à une demande accrue et à des coûts d'exploitation plus élevés.

4. Perspectives d'Amélioration

Pour assurer la pérennité et l'efficacité des SSIAD, il est essentiel de :

- Revoir les modèles de financement pour s'adapter aux nouvelles réalités démographiques et de santé
- Promouvoir des synergies entre les différents acteurs du secteur (SSIAD, EHPAD, hôpitaux) pour optimiser les ressources.
- Renforcer le soutien des politiques publiques en matière de financement, en veillant à ce que les SSIAD soient suffisamment dotés pour faire face à la demande croissante.

VIII. OUTILS DE L'ETUDE = DEMARCHE THEORIQUE :

Dans le cadre de cette recherche sur les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), plusieurs outils ont été utilisés pour collecter et analyser les données relatives à leur fonctionnement, leur efficacité et leur impact sur le maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap. Ces outils comprennent des méthodes qualitatives et quantitatives, permettant d'obtenir une vue d'ensemble complète de la situation.

A. Méthodologie de l'Étude

- Étude Rétrospective :
 - L'étude repose sur une analyse rétrospective des rapports d'activité des SSIAD pour l'année 2022. Cela permet d'évaluer les performances des services en fonction des données collectées au cours de cette période.
- Échantillonnage :
 - L'échantillon comprend plusieurs SSIAD situés dans différentes régions de France, notamment la Normandie, l'Île-de-France, les Pays de la Loire, le Centre-Val de Loire et la Guadeloupe. Cette diversité géographique permet d'obtenir des résultats représentatifs et d'identifier d'éventuelles disparités territoriales.

B. Outils de Collecte de Données

- Questionnaires :
 - Deux types de questionnaires ont été élaborés pour recueillir des informations auprès de deux cibles :
 - Usagers et/ou entourage (conjoint, enfants, proches aidants) : Ces questionnaires visent à évaluer la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis des soins reçus et à recueillir leur perception de l'impact des SSIAD sur leur qualité de vie.
 - Équipe soignante (aides-soignants, infirmiers) : Ces questionnaires sont conçus pour recueillir des données sur les pratiques professionnelles, les défis rencontrés, et l'évaluation des besoins des patients.

➤ Tableaux de Recueil de Données :

- Des tableaux synthétiques ont été élaborés pour faciliter la collecte et l'analyse des variables pertinentes à l'étude. Ces tableaux permettent d'organiser les données relatives à :
 - La dépendance des patients (classée par GIR).
 - Les types de pathologies prises en charge.
 - Le nombre d'interventions et la fréquence des soins.

➤ Rapports d'Activité :

- L'analyse des rapports d'activité des SSIAD fournit des données quantitatives sur le nombre de patients, les soins dispensés, et les mouvements d'entrées et de sorties. Ces rapports sont essentiels pour évaluer la charge de travail et l'efficacité des services.

C. Outils d'Analyse

➤ Analyse Statistique :

- Les données collectées sont analysées à l'aide de méthodes statistiques pour identifier des tendances, des corrélations et des différences significatives entre les différentes structures et régions. Cela permet d'évaluer l'impact des SSIAD sur le maintien à domicile et la qualité des soins.

➤ Analyse Qualitative :

- En complément des données quantitatives, une analyse qualitative des réponses aux questionnaires permet de mettre en lumière les perceptions et les expériences des usagers et des équipes soignantes. Cette approche fournit un aperçu des enjeux liés à la prise en charge à domicile.

D. Limites de l'Étude

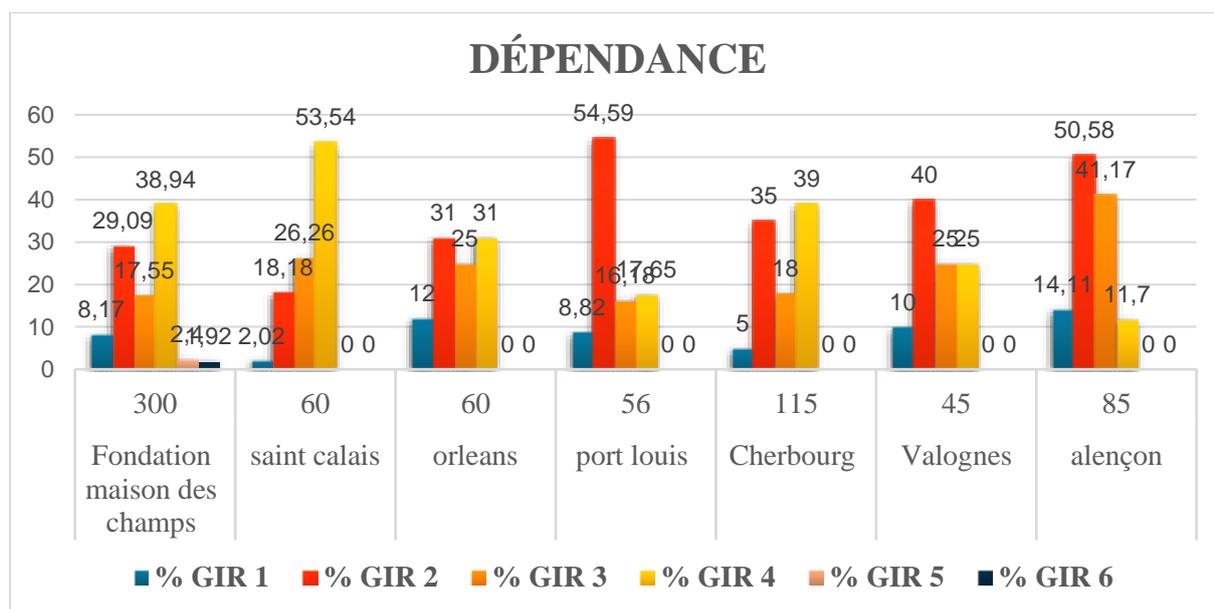
Bien que les outils de l'étude aient été conçus pour fournir une analyse exhaustive, certaines limites doivent être prises en compte :

- Biais de sélection : La représentativité des échantillons dépend de la volonté des participants à répondre aux questionnaires.
- Variabilité des pratiques : Les différences dans les pratiques entre les SSIAD peuvent affecter les résultats, rendant certaines comparaisons délicates.
- Saisonnalité et contextes locaux : Les variations saisonnières et les contextes géographiques peuvent également influencer les données recueillies.

IX-ETUDES RÉTROSPECTIVES SUR L'ANNÉE D'ACTIVITÉ 2022

Tableau 1: Comparatif de La dépendance

DEPENDANCE	Fondation Maison des Champs	Saint- Calais	Orléans	Port- Louis	Cherbourg	Valognes	Alençon
PERSONNES PRIS EN CHARGE	300	60	60	57	115	45	85
GIR 1	8,17%	2,02%	12%	8.82%	5%	10%	14,11%
GIR 2	29,09%	18,18%	31%	54.59%	35%	40%	50,5%8
GIR 3	17,55%	26,26	25%	16.18%	18%	25%	41,17%
GIR 4	38,94%	53,54% %	31%	17.65%	39%	25%	11,7
GIR 5	2,4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
GIR 6	1,92%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



➔ **Interprétation générale des paramètres :**

1. **GIR 1 :**

Des personnes prises en charge sont classées en **GIR 1**, ce qui signifie qu'elles sont totalement dépendantes, nécessitant une assistance continue pour les actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, s'habiller, se déplacer, etc.).

2. **GIR 2 :**

Les personnes qui appartiennent au **GIR 2** regroupe les individus nécessitant une aide importante pour plusieurs activités quotidiennes, mais qui peuvent parfois se déplacer seuls.

3. **GIR 3 :**

Les personnes prises en charge sont classées en **GIR 3**, ce qui désigne des personnes qui ont une autonomie partielle. Elles peuvent se déplacer seules à l'intérieur de leur domicile, mais ont besoin d'aide pour les soins corporels.

4. **GIR 4 :**

Les personnes appartiennent au **GIR 4**, ce qui concerne des personnes ayant une relative autonomie pour se déplacer, mais qui nécessitent une aide pour certaines activités de la vie quotidienne, comme s'habiller ou faire leur toilette.

5. **GIR 5 et GIR 6 :**

Les personnes dans les catégories **GIR 5** ou **GIR 6**, qui désignent des personnes autonomes ou nécessitant peu d'assistance pour les activités de la vie quotidienne.

➔ **Interprétation des résultats selon les SSIAD :**

✓ **SSIAD de PORT-LOUIS**

Les résultats révèlent que la majorité des personnes prises en charge appartiennent à des catégories caractérisées par une perte d'autonomie modérée à importante.

- **GIR 1 (8.82%)**
- **GIR 2 (54.59%)**
- **GIR 3 (16.18%)**
- **GIR 4 (117.65%)**
- **GIR 5 et GIR 6** ne soient pas représentés indique que la prise en charge ne concerne pas les personnes relativement autonomes. Cela reflète probablement une sélection des individus en fonction de leur besoin réel d'assistance

Conclusion :

Les résultats montrent que la majorité des personnes nécessitent une aide modérée à importante avec un accent sur le groupe **GIR 3**. Ce groupe correspond aux personnes qui ne sont pas complètement dépendantes mais qui ont besoin d'aide régulière pour certaines activités ce qui reflète bien les réalités du vieillissement où l'autonomie partielle est fréquente avant une perte plus marquée des capacités physiques et cognitives.

✓ **SSIAD de VALOGNES**

- **GIR 1 (10%)**
- **GIR 2 (40%)**
- **GIR 3 (25%)**
- **GIR 4 (25%)**
- **GIR 5 et GIR 6 (0%)**

Conclusion :

Les résultats révèlent plus de 50% des personnes prises en charge appartiennent à des catégories caractérisées par une perte d'autonomie modérée à importante GIR 2 soit 40% et GIR 1 à 10% en situation de grande dépendance nécessitant une aide continue pour les actes essentiels de la vie.

50 % de GIR 3 et GIR 4 personnes prises en charge conservent un certain degré d'autonomie bien qu'elles aient besoin d'une aide ponctuelle pour des activités quotidiennes comme l'habillage ou la toilette.

Donc la moitié des patients pris en charge sont très dépendants avec plus de passages plus d'intervention qu'elle soit pour la toilette complète ou l'habillage

✓ **SSIAD de CHERBOURG**

- **GIR 1 (5%)**
- **GIR 2 (35%)**
- **GIR 3 (21%)**
- **GIR 4 (39%)**
- **GIR 5 et GIR 6 (0%)**

Conclusion :

Les résultats révèlent que la majorité des patients pris en charge soit 60% font partie des catégories caractérisées par une perte d'autonomie modérée à importante de GIR 4(39%) et GIR3 (21%) conservent un certain degré d'autonomie, bien qu'elles aient besoin d'une aide ponctuelle pour des activités quotidiennes comme l'habillage ou la toilette.

Cependant 40% GIR 1 (5%) et GIR 2 (35%) reste un chiffre important des patients sont d'une dépendance importante dans une situation de grande dépendance nécessitant une aide continue pour les actes essentiels de la vie.

✓ **SSIAD d'ORLEANS**

- **GIR 1 (12%)**
- **GIR 2 (31%)**
- **GIR 3 (25%)**
- **GIR 4 (31%)**
- **GIR 5 et GIR 6 (0%)**

Conclusion :

Les résultats révèlent que la majorité des patients pris en charge soit 56% font partie des catégories caractérisées par une perte d'autonomie modérée à importante de GIR 4(31%) et GIR3 (25%) conservent un certain degré d'autonomie bien qu'elles aient besoin d'une aide ponctuelle pour des activités quotidiennes comme l'habillage ou la toilette.

Cependant 43% GIR 1 (12%) assez importante pour le GIR1 qui est représenté par de personnes grabataire et GIR 2 (31%) reste un chiffre important pour ses deux catégories de patients qui sont dans une situation de grande dépendance nécessitant une aide continue pour les actes essentiels de la vie.

✓ **SSIAD SAINT-CALAIS**

- **GIR 1 (2.02%)**
- **GIR 2 (18.18%)**
- **GIR 3 (26.26%)**
- **GIR 4 (53.54%)**
- **GIR 5 et GIR 6 (0%)**

Conclusion :

les résultats révèlent que la grande majorité des patients pris en charge soit 79% font partie des catégorie caractérisées par une perte d'autonomie modérée à importante de GIR 4 (53.54%) et GIR3 (26.26%) conservent un certain degré d'autonomie bien qu'elles aient besoin d'une aide ponctuelle pour des activités quotidiennes comme l'habillage ou la toilette.

Cependant la minorité soit de 21.2% GIR 1 (2.02%) reste minime devant le GIR 2 (18.18%) un chiffre minoritaire dans l'ensemble mais important surtout pour des patients qui sont d'une dépendance importante nécessitant une aide continue pour les actes essentiels de la vie.

✓ **SSIAD ALENCON**

- **GIR 1 (12%)**
- **GIR 2 (43%)**
- **GIR 3 (35%)**
- **GIR 4 (10%)**
- **GIR 5 et GIR 6 (0%)**

Conclusion :

Les résultats révèlent que la majorité des patients pris en charge soit 43% de GIR 2, chiffre important pour une catégorie de patients, qui sont d'une dépendance importante associée à 12% de GIR1 donnant aussi de la même catégorie de dépendance dans une situation de grande dépendance nécessitant une aide continue pour les actes essentiels de la vie

Les autres font partie des catégories caractérisées par une perte d'autonomie modérée à importante soit de 45%, GIR 4 (10%) et GIR3 (35%) qui conservent un certain degré d'autonomie, bien qu'elles aient besoin d'une aide ponctuelle pour des activités quotidiennes, comme l'habillage ou la toilette.

✓ **Fondation Maison des Champs**

- **GIR 1 (8.17%)**
- **GIR 2 (29.09%)**
- **GIR 3 (17.55%)**
- **GIR 4 (38.94%)**
- **GIR 5 (2.4%)**
- **GIR 6 (1.92%)**

Conclusion :

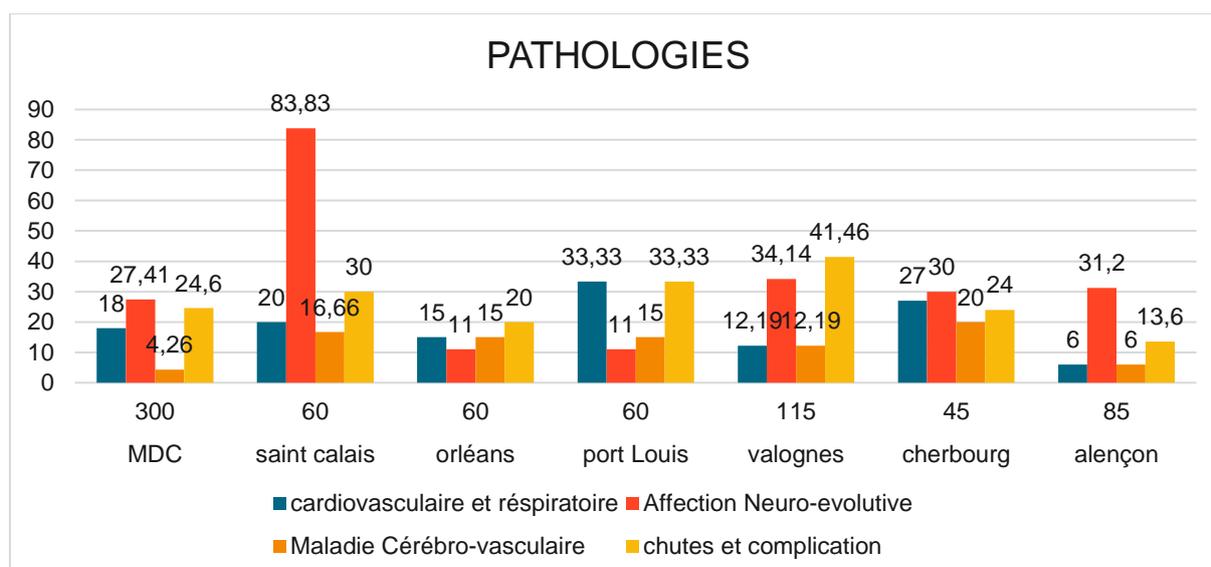
Les résultats révèlent que la grande majorité des patients pris en charge soit 56.49% font partie des catégories caractérisées par une perte d'autonomie modérée à importante de GIR4(38.94%) et GIR3 (17.55%) conservent un certain degré d'autonomie bien qu'elles aient besoin d'une aide ponctuelle pour des activités quotidiennes comme l'habillage ou la toilette.

Cependant 37.26% GIR 1 (8.17%) et GIR 2 (29.09%) reste un chiffre important des patients sont d'une dépendance importante dans une situation de grande dépendance nécessitant une aide continue pour les actes essentiels de la vie

Présence de patients qui sont caractérisés par leur autonomie 4.32% de GIR 5(2.4%) et GIR 6 (1.92%) autonomes ou nécessitant peu d'assistance pour les activités de la vie quotidienne.

Tableau 2 : Pathologies PEC

PATHOLOGIES	Maison des Champs	Saint Calais	Orléans	Port Louis	Cherbourg	Valognes	Alençon
Pathologies Nombre de PEC	300	60	60	60	115	45	85
Cardiovasculaires et respiratoires	18	20	15	33,33	12,19	27	6
Affections Neuro-évolutives	27,41	83,83	11	11	34,14	30	31,2
Maladies Cérébro-vasculaires	4,26	16,66	15	15	12,19	20	6
Chutes et Complications	24,6	30	20	33,33	41,46	24	13,6



→ Résumé des pathologies prises en charge et des résultats :

1. **Troubles Neurocognitifs (TNC) :**
des personnes prises en charge souffrent de troubles neurocognitifs (comme Alzheimer ou autres formes de démence). Ces pathologies affectent principalement la mémoire, les fonctions cognitives et le comportement, et nécessitent une prise en charge spécialisée.
2. **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires :**
des répondants prennent en charge des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou respiratoires.
 - Cela inclut des conditions comme l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, les maladies coronariennes, ou des maladies respiratoires chroniques telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).
3. **Chutes et Complications des Chutes :**
des cas concernent des chutes et leurs complications (fractures, immobilisation, etc.). Les personnes âgées sont souvent sujettes aux chutes, qui peuvent entraîner une perte d'autonomie rapide et des complications graves.
4. **Pathologies Neurologiques :**
des répondants signalent la prise en charge de pathologies neurologiques (hors TNC), comme la maladie de Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ou d'autres troubles affectant le système nerveux.
5. **Néoplasie à ses différents stades :**
Des cas concernent des personnes atteintes de néoplasies (cancers) à divers stades, nécessitant un suivi médical et des traitements spécifiques comme la chimiothérapie, la radiothérapie ou des soins palliatifs.
6. **Altération de l'état général :**
Désigne un syndrome associant, des pathologies men phase aigüe ou chronique, avec une détérioration de l'état clinique de patient
Nécessitant un suivi médical et prise en charge spécifique.
7. **Pathologies cérébraux-vasculaire (AVC) :**
Personnes atteintes des accidents cérébraux vasculaires, et leurs séquelles qu'il soit paraplégies et de la marche, trouble de la déglutition
Nécessitant un suivi médical et prise en charge spécifique

Interprétation des résultats :

- ✓ **SSIAD de PORT-LOUIS**
 - **Troubles Neurocognitifs (TNC) : 50%**
 - **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires : 33,3%**
 - **Chutes et Complications des Chutes : 33,3%**
 - **Pathologies Neurologiques : 33,3%**
 - **Néoplasie à ses différents stades : 16,7%**
 - **Altération de l'état général 0%**
- 1. **Dominance des troubles neurocognitifs (TNC) :** Avec 50%, les troubles neurocognitifs constituent la pathologie la plus fréquemment prise en charge. Cela reflète une réalité fréquente dans les soins aux personnes âgées, où la démence et autres pathologies liées à la dégénérescence cérébrale nécessitent une attention continue et spécialisée, en raison de l'impact majeur de ces maladies sur l'autonomie et la qualité de vie.

2. **Prévalence des pathologies chroniques (cardio-vasculaires, respiratoires et neurologiques)** : Les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires (33,3%), ainsi que les pathologies neurologiques (33,3%) sont également fortement représentées. Ces maladies chroniques sont fréquentes chez les personnes âgées et nécessitent une prise en charge médicale, car elles peuvent grandement affecter la santé globale et entraîner des complications graves.
3. **Risque lié aux chutes (33,3%)** : Les chutes et leurs complications sont aussi un problème de santé majeur chez les personnes âgées. Elles peuvent entraîner des fractures ou des immobilisations prolongées, aggravant la dépendance et augmentant le risque de morbidité. La prévalence de cette problématique montre l'importance de la prévention des chutes et de la rééducation après chute.
4. **Néoplasies (16,7%)** : Bien que moins fréquentes, les néoplasies (cancers) représentent 16,7% des pathologies prises en charge. La gestion des cancers chez les personnes âgées peut être complexe, notamment en raison des comorbidités et de la tolérance variable aux traitements lourds. Ces pathologies peuvent nécessiter des soins palliatifs ou des traitements spécifiques en fonction de leur stade.

Conclusion :

Le panorama des pathologies montre une forte prédominance des maladies liées à l'âge, en particulier les troubles neurocognitifs et les maladies chroniques (cardio-vasculaires, respiratoires et neurologiques). Les chutes et leurs complications sont également une préoccupation majeure, accentuant l'importance des soins de prévention et de rééducation pour préserver l'autonomie. Les cancers, bien que moins fréquents, représentent un enjeu dans la prise en charge des personnes âgées en raison de la complexité des traitements.

✓ **SSIAD de VALOGNES**

▪ **Troubles Neurocognitifs (TNC) : 34.14%**

34.14% des personnes prises en charge souffrent de troubles neurocognitifs (comme Alzheimer ou autres formes de démence). Ces pathologies affectent principalement la mémoire, les fonctions cognitives et le comportement, et nécessitent une prise en charge spécialisée.

▪ **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires : 12.19%**

12.19% des répondants prennent en charge des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou respiratoires. Cela inclut des conditions comme l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, les maladies coronariennes, ou des maladies respiratoires chroniques telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

▪ **Chutes et Complications des Chutes : 41.46%**

41.46% des cas concernent des chutes et leurs complications (fractures, immobilisation, etc.). Les personnes âgées sont souvent sujettes aux chutes qui peuvent entraîner une perte d'autonomie rapide et des complications graves.

▪ **Pathologies cérébraux-vasculaire (AVC) :12.19%**

12.19% des cas concernant des personnes atteintes des accidents cérébraux vasculaire, et leurs séquelles qu'il soit trouble de l'équilibre et de la marche trouble de la déglutition entraînant une perte de l'autonomie et administration spécifique des médicaments

- **Altération de l'état général : 10%**

Cette situation pathologique, sont pris en charge par l'HAD que le rôle du SSIAD se limite à des toilettes et habillage, reste des patients lourds et généralement avec traitement parentérale assuré par l'HAD

Conclusion :

Les résultats nombre important des personnes prise en charge sont avec des troubles neuro cognitifs nécessitant une prise en charge spécialisée, des troubles de la marche et de l'équilibre en poste chute qui est majoritaire avec une perte de l'autonomie, et en situation de grande dépendance, les postes AVC restent un nombre assez important et qui nécessitent une aide continue pour les actes essentiels de la vie, alimentation texture adapter, administration spécifique des médicaments (Écraser)

- ✓ **SSIAD de CHERBOURG**

- **Troubles Neuro (TNC) : 8%**

8% des personnes prises en charge souffrent de troubles neurocognitifs (comme Alzheimer ou autres formes de démence). Ces pathologies affectent principalement la mémoire, les fonctions cognitives et le comportement, et nécessitent une prise en charge spécialisée.

- **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires : 27%**

27% des répondants prennent en charge des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires ou respiratoires. Cela inclut des conditions comme l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, les maladies coronariennes ou des maladies respiratoires chroniques telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

- **Chutes et Complications des Chutes : 24 %**

43% des cas concernent des chutes et leurs complications (fractures, immobilisation, etc.). Les personnes âgées sont souvent sujettes aux chutes qui peuvent entraîner une perte d'autonomie rapide et des complications graves.

- **Pathologies Cérébraux-Vasculaires (AVC) :9%**

9% des cas concernant des personnes atteintes des accidents cérébraux vasculaire, et leurs séquelles qu'il soit trouble de l'équilibre et de la marche trouble de la déglutition entrainant une perte de l'autonomie et administration spécifique des médicaments

- **Pathologie cancéreux stade terminale 3%**

- **Pathologies neurologique invalidante 1%**

- **Altération de l'état général 10%**

Ces trois situations pathologiques, sont prises en charge par l'HAD que le rôle du SSIAD se limite à des toilettes et habillage, reste du patient lourd et généralement avec traitement parentérale assuré par l'HAD

Conclusion :

Les résultats montrent un nombre important des patients sont avec des troubles neuro cognitifs nécessitant une prise en charge spécialisée, des troubles de la marche et de l'équilibre en poste chute qui est majoritaire avec une perte de l'autonomie, et en situation de grande dépendance, les post-AVC peu important mais, nécessitent une aide continue pour les actes essentiels de la vie, alimentation texture adaptée, administration spécifique des médicaments (Écraser).

Aussi 10% des patients pris en charge en collaboration avec l'HAD qui représente une altération de leurs états général et le rôle de SSIAD se limite à la toilette et l'habillement.

✓ **SSIAD d'ORLEANS**

- **Troubles Neurocognitifs (TNC) :**
- **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires : 15%**
- **Maladie Cérébro-vasculaires : 15%**
- **Chutes et Complications des Chutes : 20%**
- **Pathologies Neuro-évolutives : 11%**
- **Néoplasie à ses différents stades : 18%**
- **Altération de l'état général : 15%**

L'analyse des pourcentages des différentes pathologies au SSIAD d'Orléans permet de mieux comprendre la répartition des besoins et des priorités de soins.

1. **Maladies Cérébro-Vasculaires (15%) :** Représentent une part significative, soulignant la nécessité de programmes de prévention des AVC et de réhabilitation post-AVC. Cela indique aussi une vulnérabilité accrue chez cette population.
2. **Altération de l'État Général (15%) :** Ce pourcentage indique qu'une proportion importante de patients souffrant d'une dégradation générale de leur santé, ce qui peut être lié à plusieurs facteurs, tels que des comorbidités et l'âge avancé. Cela appelle à une prise en charge globale et multidisciplinaire.
3. **Troubles Neurocognitifs (TNC) :** Bien que le pourcentage exact ne soit pas fourni, les TNC sont souvent prédominants dans ce type de structure. Leur impact sur la qualité de vie des patients souligne l'importance de soins spécialisés.
4. **Pathologies Neuro-Évolutives (11%) :** Un pourcentage qui, bien qu'inférieur à d'autres, révèle la nécessité d'une approche spécifique pour ces maladies, nécessitant une surveillance et un accompagnement prolongés.
5. **Chutes et Complications :** Malgré le fait que le pourcentage exact ne soit pas mentionné, les chutes sont un problème courant chez les personnes âgées, nécessitant des stratégies de prévention pour éviter les hospitalisations.
6. **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires :** Bien que non quantifiées, ces pathologies constituent un groupe majeur de soins. Leur prévalence nécessite une gestion proactive des facteurs de risque, comme l'hypertension et l'insuffisance respiratoire.
7. **Néoplasies à Différents Stades :** La présence de patients atteints de cancer à divers stades souligne l'importance d'un soutien oncologique adapté et d'une gestion des symptômes.

Conclusion :

La répartition des pathologies au sein du SSIAD d'Orléans souligne la diversité des besoins des patients, avec une prévalence notable des troubles neurocognitifs, des maladies cardiovasculaires et des complications liées aux chutes.

La présence significative de pathologies neuro-évolutives et de néoplasies à différents stades indique également la complexité des soins nécessaires. Ces données mettent en évidence l'importance d'une approche multidisciplinaire pour répondre efficacement aux défis de santé rencontrés par cette population vulnérable. Une attention particulière doit être portée à la prévention des chutes et à la gestion des troubles neurocognitifs pour améliorer la qualité de vie des patients.

- ✓ **SSIAD SAINT-CALAIS**
- **Troubles Neurocognitifs (TNC) :**
- **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires : 20%**
- **Maladies Cérébro-vasculaires : 16.66%**
- **Chutes et Complications des Chutes : 30%**
- **Pathologies Neuro-évolutives : 83.33%**
- **Néoplasie à ses différents stades : 5%**
- **Altération de l'état général 33.33%**

Les résultats

Les pathologies neuro évolutives sont majoritaires, avec toutes leurs complications de perte d'autonomie et de prise en charge spécifique

Le tiers des patients sont en altération de l'état général, qui est généralement pris en charge par l'HAD et le SSIAD assure les soins tels que les toilettes et l'habillage mais ils restent malgré tout des patients lourds

Patient en post-chute qui présentent des troubles de la marche et de l'équilibre certains ont récupéré leur autonomie par la suite, les post- AVC ne sont pas nombreux mais nécessitent une aide continue pour les actes essentiels de la vie, alimentation texture adaptée, administration spécifique des médicaments (Écraser).

- ✓ **SSIAD ALENCON**
- **Troubles Neurocognitifs (TNC) : 14.2%**
- **Maladie cerebro-vasculaire :6%**
- **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires : 6%**
- **Chutes et Complications des Chutes : 13.6%**
- **Pathologies Neuro-évolutives : 31.2%**
- **Néoplasie à ses différents stades : 9%**
- **Altération de l'état général 26%**

Les résultats :

La majorité, des personnes pris en charge sont ceux qui présentent des pathologies neuro-évolutive soit 31.2% présentant des troubles cognitifs et qui nécessitent une prise en charge adapté avec personnels habitués à cette pathologie, des troubles de la marche et de l'équilibre en post-chute 13.2% avec une perte de l'autonomie et en situation de grande dépendance.

Les post- AVC peu important mais nécessitent une aide continue pour les actes essentiels de la vie, alimentation texture adaptée, administration spécifique des médicaments (Écraser).

Aussi 26% altération de l'état général de causes variables dont 9% correspondent à des néoplasies de stades différents dont le rôle de SSIAD se limite à la toilette et l'habillage.

- ✓ **Fondation Maison des Champs**
- **Troubles Neurocognitifs (TNC) :**
- **Maladie Cérébro-Vasculaire : 4.26%**
- **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires : 18**
- **Chutes et Complications des Chutes : 24.6**
- **Pathologies Neuro-évolutives : 27.41%**
- **Néoplasie à ses différents stades : 0%**
- **Altération de l'état général : 24.15%**

Les chiffres nous montrent que les troubles chez les patients de la Fondation Maison des Champs révèlent des données significatives sur la santé des individus pris en charge.

1. **Pathologies Neuro-évolutives (27.41%)** : Cette catégorie représente la majorité des cas, ce qui indique une prévalence élevée de maladies telles que la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence. Cela souligne la nécessité d'un soutien et d'un accompagnement adaptés pour cette population.
2. **Altération de l'état général (24.15%)** : Un quart des patients présente une dégradation de leur état général, ce qui peut être lié à plusieurs facteurs, notamment l'âge avancé, les maladies chroniques et la comorbidité. Cela nécessite une approche de soins globale.
3. **Chutes et Complications des Chutes** : Bien que ce point ne soit pas quantifié, il est souvent associé à des pathologies liées à l'âge et doit être une préoccupation majeure, vu les risques pour la mobilité et l'autonomie des patients.
4. **Pathologies Cardiovasculaires et Respiratoires** : Les chiffres exacts ne sont pas fournis, mais il est crucial de surveiller ces conditions, surtout en conjonction avec d'autres problèmes de santé.
5. **Maladies Cérébro-vasculaires (4.26%)** : Cette proportion indique que, bien que moins fréquente, elle nécessite une attention particulière pour les risques de récurrence et de complications.
6. **Néoplasies (0%)** : L'absence de cas de néoplasie pourrait indiquer une faible incidence dans cette population spécifique ou une absence de dépistage et de diagnostic.

Conclusion : L'analyse montre que les pathologies neuro-évolutives et l'altération de l'état général sont des préoccupations majeures. Cela souligne l'importance d'un suivi médical rigoureux et d'interventions adaptées pour améliorer la qualité de vie des patients. Il serait également judicieux d'explorer des programmes de prévention des chutes et d'évaluation des pathologies cardiovasculaires et respiratoires pour garantir une prise en charge holistique.

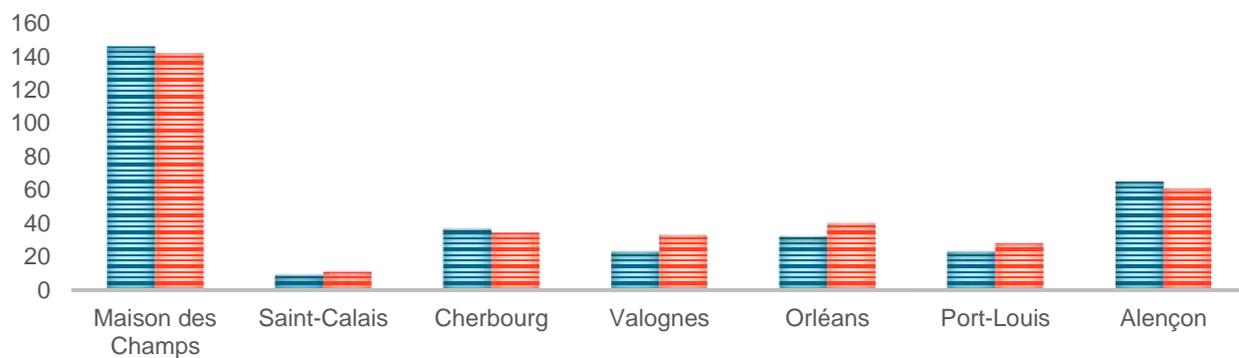
→ Les mouvements :

Tableau 3 : Les mouvements

	Fondation Maison Des Champs	Saint - Calais	Orléans	Port-Louis	Cherbourg	Valognes	Alençon
ENTREES	146	9	32	23	36.5	23	65
SORTIES	142	11	40	28	34.7	33	61

MOUVEMENT DES ENTREES ET DES SORTIES

■ ENTREES ■ SORTIES



✓ **SSIAD PORT-LOUIS**

- Entrées : 49.12%
- Sorties : 40.35%
- Maintien au domicile avec ou sans renforcement d'aide : 66,7%
- Hospitalisation : 0%
- Institution (33,3%) :
- Décès : 16,7%
- Changement : 0%

1. **Prédominance du maintien à domicile (66,7%) :**

- Le fait que 66,7% des personnes restent à domicile, même si parfois un renforcement des aides est nécessaire, montre une préférence nette pour le maintien à domicile. Cela reflète une tendance sociétale à privilégier la prise en charge à domicile des personnes âgées, afin de leur permettre de conserver leurs repères et leur autonomie le plus longtemps possible. Cela montre également que les équipes soignantes parviennent à apporter des soins suffisants pour éviter le recours à des hospitalisations ou à des institutions.

2. **Pas d'hospitalisations (0%) :**

- L'absence d'hospitalisations est significative. Cela suggère une gestion efficace des soins à domicile ou en institution, évitant des complications graves nécessitant une hospitalisation.
- Le fait qu'aucun patient n'ait eu besoin de se rendre à l'hôpital montre aussi que l'accompagnement et la prévention des complications sont bien gérés.

3. **Placement en institution (33,3%) :**

- 33,3% des patients ont dû être placés en institution. Cela indique qu'une partie des personnes ne peut plus être maintenue à domicile, généralement en raison de la perte d'autonomie totale ou de besoins de soins 24h/24, comme dans les cas de maladies neurodégénératives ou de dépendance lourde. Ce chiffre montre qu'une part significative des personnes âgées nécessite un encadrement institutionnel spécialisé.

4. **Décès (16,7%) :**

- Le taux de 16,7% de décès reflète la prise en charge de personnes souvent très fragiles, en fin de vie ou atteintes de pathologies graves. Cela peut aussi suggérer une prise en charge de soins palliatifs à domicile ou en institution, permettant à ces personnes de finir leurs jours dans un environnement adapté.

5. **Absence de changements (0%) :**

- L'absence de changement peut signifier que les solutions mises en place (soins à domicile, placement en institution, etc.) sont jugées adéquates, sans nécessité de réajustement ou de transfert vers d'autres types de prise en charge.

Conclusion :

Les résultats montrent 49,12% d'entrées contre 40,35% de sorties reflètent que le SSIAD ne peut rejeter les demandes des patients en situation d'urgence.

Une nette préférence pour le maintien à domicile (66,7%), soutenue par les équipes soignantes, lorsque cela est possible. Un tiers des personnes (33,3%) ont cependant dû être placées en institution en raison de leur perte d'autonomie avancée. L'absence d'hospitalisation est un indicateur de la qualité des soins prodigués à domicile ou en institution permettant d'éviter des situations d'urgence. Enfin, le taux de décès (16,7%) indique une présence de pathologies graves avec possiblement des soins palliatifs adaptés.

- ✓ **SSIAD de Valognes**
- **Entrées : 33.33%**
- **Sorties : 23.5%**
- **Hospitalisation : 17.64%**
- **Institution : 11.76%**
- **Décès à domicile : 23.5 %**
- **Décès a l'hôpital : 29.41%**
- **Demande d'arrêt 5.88%**
- **Départ en famille 11.76%**
- **Changement : 0%**

Les résultats montrent 33,33% d'entrées contre 37.77% de sorties qui ne sont remplacées conséquence de la charge importante de travail et du manque d'effectifs

En revanche, les motifs de sorties sont dus à 23.5% au décès à domicile et 29.41% décès à l'hôpital ; l'hospitalisation représente 17.64% dans des situations aiguës et dégradation de l'état général

Une institution et intégration en EHPAD pour 11.76% était nécessaire devant la complication de leurs prises en charge

Certains des patients ont été transféré à d'autres SSIAD ou relais à d'autres types d'aides à domicile.

- ✓ **SSIAD CHERBOURG**
- **Entrées : 34.78%**
- **Sorties : 36.52%**
- **Hospitalisation : 16.67%**
- **Institution : 21.43%**
- **Décès à domicile : 9.52 %**
- **Dècès à l'hôpital : 23.81%**
- **Demande d'arrêt : 2.38%**
- **Départ en famille : 7.14%**
- **USLD : 7.14%**
- **Guérison reprise de l'autonomie : 4.76%**
- **Changement : 0%**

Les résultats montrent 34.78% d'entrées contre 36.52% de sorties, des sorties avec une prise charge importante de travail et un manque d'effectifs.

16.67% sont des personnes étaient hospitalisées dans une situation aiguë/dégradation de leur état général certains sont décédés à l'hôpital et d'autres à leur domicile.

Les complications de la prise en charge des patients a nécessité une institutionnalisation ou une admission en USLD suite à leurs pathologies invalidantes.

Sans oublier que peu d'entre eux ont repris leurs autonomies alors que certains ont décidé d'arrêter la prise en charge pour des raisons variables

✓ **SSIAD d'ORLEANS**

- **Entrées : 52%**
- **Sorties : 43%**
- **Maintien au domicile avec ou sans renforcement d'aide : ?**
- **Hospitalisation : ?**
- **Institution : ?**
- **Décès : ?**

Les résultats montrent 52% d'entrées contre 43% de sorties reflètent que le SSIAD ne refuse pas les demandes des patients en situation d'urgence.

Et nous n'avons pu interpréter les autres items par manque d'informations.

✓ **SSIAD SAINT-CALAIS**

- **Entrée : 15%**
- **Sortie : 18,33 %**
- **Hospitalisation : 8.33%%**
- **Institution : ?**
- **Décès : ?**
- **Changement : 3.33%**
- **Demande d'arrêt 5%**
- **Reprise de l'autonomie 8.33%**

15% d'entrées contre 18.33% de sorties, malgré les sorties même problématique charge de travail importante et manque d'effectifs.

8.33% des sorties ont nécessité une hospitalisation à la suite de dégradation de l'état pathologique.

Au même nombre ont repris leur autonomie donc leurs prises en charge se sont arrêtées ; en revanche 5% ont décidé d'arrêter la prise en charge pour des causes variables.

✓ **SSIAD ALENÇON**

- **Entrées : 76.47%**
- **Sorties : 71.76%**
- **Hospitalisation : 12%**
- **Institution : 48%**
- **Décès : 30%**
- **Changement : 0%**

Les résultats montrent 76.47% d'entrées contre 71.76% de sorties ; pas de nouvelle prise en charge due à la charge importante de travail et au manque d'effectifs.

Parmi les sorties 12% était hospitalisés, 48% entrées en institution cause dégradation de leur état rendant le maintien à domicile compliqué et 30% des personnes sont décédés.

✓ **Fondation Maison des Champs**

- Entrées : 47.33%
- Sorties : 48.66%
- **Maintien au domicile avec ou sans renforcement d'aide :**
- **Hospitalisation : %**
- **Institution : 37,6%**
- **Décès : 34%**
- **Changement : 28,08%**

On constate qu'il y a 47.33% d'entrées contre 48.66% de sorties ;

La charge de travail et le manque d'effectif n'a pas permis de nouvelles entrées.

1/3 d'institutionnalisation et quasiment le même nombre de décès.

Peu d'entre eux, on choisit des alternatives de changement.

➔ **Analyse des Mouvements**

1. **Maintien au domicile avec ou sans renforcement d'aide :** des personnes prises en charge restent à domicile, soit avec les mêmes aides, soit avec un renforcement de l'assistance. Cela indique une volonté forte de favoriser le maintien à domicile pour préserver l'autonomie ou la qualité de vie dans un environnement familial.
2. **Hospitalisation :** Les interventions à domicile ou en institution permis d'éviter des hospitalisations, ou que les soins prodigués suffisent pour stabiliser l'état des patients à domicile ou en établissement.
3. **Institution :** Des personnes ont été placées en institution (établissements comme les EHPAD), indiquant qu'un tiers des patients a dû quitter son domicile en raison d'une perte d'autonomie importante ou de besoins de soins accrus qui ne pouvaient plus être gérés à domicile.
4. **Décès :** Cela indique que certaines personnes étaient dans un état de santé très dégradé, souvent dans un contexte de soins palliatifs ou de maladies graves en phase terminale.
5. **Changement :** Modification du type de prise en charge ou transfert vers d'autres types d'établissements.

➤ **Les problématiques :**

➔ **SSIAD Maison des Champs**

Le SSIAD Maison des Champs est un service essentiel pour la prise en charge des personnes âgées à domicile, particulièrement dans le 19ème arrondissement de Paris. Ce service fait face à des enjeux spécifiques liés à l'augmentation de la dépendance des patients, à la précarité économique et à l'impact des crises sanitaires.

1. *Caractéristiques des Bénéficiaires*

- Augmentation de la Part des Bénéficiaires de l'APA :
 - À partir de 75 ans, la part des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) augmente considérablement.
 - À 75 ans, on observe une augmentation de 3% des bénéficiaires, tandis qu'à 90-94 ans, ce chiffre atteint 45%. Pour les personnes âgées de 95 ans et plus, cette proportion monte à 68%.
 - Notamment, cette hausse est plus marquée chez les femmes que chez les hommes, soulignant les besoins spécifiques de cette population.

2. Problématiques Socio-Économiques

- Dans le 19ème arrondissement, les problématiques de précarité se conjuguent à celles de la grande dépendance et de l'isolement. Ces facteurs complexifient la prise en charge des bénéficiaires et nécessitent une attention particulière de la part des services de soins.

3. Impact de la Pandémie de COVID-19

- Année 2022 :
 - La crise sanitaire liée au COVID-19 a eu un impact significatif sur l'activité du SSIAD Maison des Champs.
 - Plusieurs patients, ainsi que des membres du personnel, ont été touchés par le virus, entraînant des absences et une appréhension vis-à-vis des soins.
 - Les séances de soins ont été affectées en raison de la peur de contagion, que ce soit pour des raisons personnelles ou en tant que cas contacts.

4. Problèmes de Personnel

- Manque de Personnel :
 - Le service rencontre des difficultés en raison de postes non pourvus et d'un absentéisme accru.
 - Le ratio soignants/usagers est défavorable, ce qui compromet la qualité des soins et la continuité des services.
- Recours à des Intervenants Externes :
 - Le SSIAD doit faire appel à des plateformes et des sociétés d'intérim pour des remplacements urgents, ce qui s'avère coûteux et n'offre pas toujours des solutions satisfaisantes.
 - Cette dépendance à des vacataires accentue la pression sur les équipes en place, qui doivent s'adapter rapidement à des effectifs fluctuants

→ SSIAD d'ALENCON

Le SSIAD d'Alençon fait face à des enjeux significatifs liés à l'augmentation de la dépendance de sa population, notamment en raison de l'évolution démographique et des pathologies associées.

1. Population et Dépendance

- Prise en Charge Lourde :
 - La lourdeur des prises en charge s'accroît en raison du vieillissement de la population, entraînant une augmentation du nombre de patients dépendants nécessitant des soins intensifs.
- Prédominance des Troubles Neurocognitifs :
 - Une part importante des bénéficiaires présente des troubles neurocognitifs, tels que la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, rendant les prises en charge particulièrement complexes.
 - Ces troubles demandent une approche soignante adaptée, impliquant souvent plus de temps et de ressources pour assurer un suivi adéquat.

2. Isolement Géographique

- Couverture Rurale :
 - Le SSIAD d'Alençon dessert à la fois des zones urbaines et rurales. Cette diversité géographique complique l'accès aux soins, particulièrement dans les zones isolées.
 - L'éloignement peut augmenter le temps de déplacement des soignants, réduisant ainsi le temps consacré aux soins directs aux patients.

3. Amélioration des Services

- Engagement pour l'Amélioration des Services :
 - Malgré ces défis, le SSIAD s'engage dans une démarche d'amélioration continue des services proposés. Cela inclut des formations pour le personnel afin d'optimiser les soins aux patients souffrant de troubles complexes.
- Baisse d'Effectifs et Charge de Travail :
 - L'une des principales difficultés rencontrées est la baisse des effectifs. Cela accroît la charge de travail des soignants déjà en place, rendant la situation encore plus précaire.
 - L'augmentation de la charge de travail peut entraîner un stress accru pour le personnel, ainsi qu'un risque d'épuisement professionnel, ce qui peut nuire à la qualité des soins.

→ **SSIAD de SAINT-CALAIS**

Le SSIAD de Saint Calais se confronte à divers défis liés à l'augmentation de la population vieillissante et à la gestion de patients souffrant de maladies chroniques. Ces défis nécessitent une adaptation des services offerts ainsi qu'une gestion efficace des ressources humaines.

1. Augmentation de la Population Vieillissante

- Besoins Croissants :
 - Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées et de patients atteints de maladies chroniques, le SSIAD doit adapter ses services pour répondre à des besoins de soins de plus en plus complexes.
 - Ces changements demandent des soins personnalisés et une attention accrue pour garantir la qualité de vie des bénéficiaires.

2. Problèmes de Personnel

- Pénurie de Personnel :
 - La structure souffre d'un manque de personnel, notamment en raison de congés maternité, d'arrêts maladie et de cas contacts liés à des maladies infectieuses.
 - Ce manque de personnel engendre une pression supplémentaire sur les soignants en place, qui doivent gérer un volume de travail accru avec des effectifs réduits.

3. Eloignement Géographique

- Accessibilité des Soins :
 - Le SSIAD de Saint Calais dessert une population en milieu rural, ce qui complique l'accès aux soins. Les soignants mettent environ 40 minutes pour atteindre certains patients, ce qui peut réduire le temps consacré aux soins effectifs

- Cet éloignement peut entraîner des retards dans la prise en charge des patients, exacerbant leur situation.

4. Cas de Patients à Besoins Spécifiques

- Patients Fragiles :
 - La présence de patients grabataires ou obèses nécessite parfois l'intervention de deux soignants lors des visites, ce qui alourdit encore la charge de travail des équipes.
 - En l'absence d'aide de la part des proches, ces situations peuvent être difficiles à gérer et demandent une organisation rigoureuse.

5. Manque de Coordination Médicale

Absence de Médecin Traitant :

Certains patients n'ont pas de médecin traitant, ce qui complique leur suivi médical et peut entraîner une rupture dans leur parcours de soins.

Le manque de communication entre les différents professionnels de santé peut également aggraver cette situation, rendant la coordination des soins plus difficile et moins efficace.

→ SSIAD d'ORLEANS

- Des besoins de recrutement permanent bien souvent dus à la ruralité marquée du Loiret.
- Des conditions de travail compliquée qui rendent le travail à domicile difficile et moins attractif pour le personnel, isolement, insalubrité, exigüité des lieux, la charge émotionnelle forte, des horaires atypiques l'exigence d'adaptation aux besoins avec changement de planning souvent quotidien.
- Des profils de bénéficiaires de plus en plus âgés, lourds de prise en charge avec un maintien prolongé à domicile avec toute la complexité des prises en charge à apporter.
- Difficulté de l'adaptation des Services à la complexification des attentes du maintien à domicile avec des services plus chronophage et plus complexes, tous les jours, voire plusieurs fois par jour ainsi que la dépendance lourde nécessitent des interventions de professionnels souvent en binôme qui s'avère très difficile sur le plan logistique vu le manque d'effectif
- Sur le plan financier la dotation de l'ARS ne tient pas en considération la nécessité d'interventions en binôme ou de passages multiples au domicile d'où le placement sur liste d'attente et refus de patients, parfois la sélection des patients suivant leur pathologie, leur niveau de dépendance, les soins infirmiers à apporter afin de préserver l'équilibre financier.
- Tarification de moins en moins adapté notamment en raison de l'évolution du niveau de dépendance et des pathologies des patients.
- Le nombre moyen de jours d'attente avant l'entrée en SSIAD du Centre s'élevait à 24 jours.
- Glissement des tâches du SSIAD au SAAD car souvent, l'unique relais disponible concernant la prise en charge des personnes âgées à domicile.
- La présence d'infirmiers salariés au sein des SSIAD suscite parfois le sentiment de concurrence, les IDEL insistent notamment sur la liberté de choix du patient.
- L'absence souvent de médecins généralistes référents conduisent les intervenants à domicile à contacter le SAMU pour avis médical ou recours aux urgences et à des hospitalisations.

→ SSIAD de CHERBOURG

Le SSIAD de Cherbourg est confronté à des défis significatifs principalement liés à la désertification médicale et à l'absence de solutions d'accompagnement adéquates.

1. Désertification Médicale

- Le SSIAD se retrouve dans un contexte où le manque de médecins, d'infirmières libérales et d'auxiliaires de vie complique la prise en charge des patients. Les services du CHPC et des EHPAD sont également saturés.

2. Demande Croissante et Réponses Insuffisantes

- Pression sur le Service : Le nombre de demandes dépasse les capacités du service, laissant de nombreuses familles sans aide, ce qui augmente leur épuisement et crée des situations fragiles pouvant mener à des ruptures de parcours.

3. Manque de Personnel

- Effectifs Réduits : Le SSIAD souffre d'un manque de réponses aux demandes des personnes aidantes, avec un effectif soignant déjà limité à des aides-soignants et auxiliaires de vie, sans présence d'infirmiers.
- Recrutement Difficile : La difficulté de recrutement est exacerbée par les arrêts maladie de longue durée et une évolution vers des projets professionnels éloignés du secteur.

4. Lourdeur des Tâches

- Charge de Travail : L'équipe est fragilisée par la lourdeur des tâches, avec des patients de plus en plus dépendants et des pathologies multiples.

5. Problèmes Logistiques

- Déplacements Difficiles : Les interventions nécessitant un temps de soin important ou plusieurs passages (le matin et le soir) sont compliquées par la géographie locale.

6. Limitation des Admissions

- En raison du manque de personnel, plusieurs passages de soins sont annulés, ce qui oblige le SSIAD à limiter les admissions à la fin de l'année pour assurer la continuité des soins.

→ SSIAD de VALOGNES

Le SSIAD de Valognes fait face à des défis similaires, exacerbés par une réduction des capacités d'accueil.

1. Limitation des Admissions

Le service a dû réduire le nombre de places disponibles, passant de 76 en 2019 à 43 en 2022, ce qui entraîne une liste d'attente longue et une situation de rupture de parcours pour les patients.

2. Isolement des Patients

Les patients sont de plus en plus fragiles, en isolement social et géographique, ce qui complique encore la situation.

3. Manque d'Effectifs

Le personnel soignant est principalement composé d'aides-soignantes, et la situation est aggravée par des arrêts maladie prolongés, des démissions et des difficultés de recrutement.

4. Défis Géographiques

Le SSIAD couvre 15 communes du Cotentin, alliant des zones rurales et citadines, ce qui rend les déplacements difficiles pour l'équipe, réduisant ainsi le temps d'intervention réel.

→ **SSIAD de la Guadeloupe (SSIAD Logan)**

Le SSIAD Logan, qui couvre trois communes du Nord de la Grande-Terre en Guadeloupe, rencontre également des difficultés liées à l'isolement et aux ressources.

1. Isolement Géographique

- Les patients sont géographiquement dispersés, ce qui complique l'accès aux soins.

2. Diminution des Effectifs

- Manque de Personnel : Des arrêts maladie et une surcharge de travail significative entraînent une diminution des effectifs disponibles pour les soins.

3. Augmentation de la Charge de Travail

- La dépendance croissante des patients augmente la charge de travail des soignants, ce qui peut nuire à la qualité des soins fournis.

X - DISCUSSION

Notre mémoire initialement intitulé « Est-ce que les SSIAD se ressemblent ? » a été modifié sur proposition de notre directrice pour « L'offre de maintien à domicile : un exemple par la réalité des SSIAD ».

Nous avons maintenu notre objectif d'étudier de manière rétrospective plusieurs SSIAD répartis dans diverses régions françaises (Normandie, Île-de-France, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire et Guadeloupe), représentés par les SSIAD de la Fondation Maison des Champs, Saint-Calais, Alençon, Centre de Loire, Nord Grande-Terre Guadeloupe, Valognes, et Cherbourg.

Notre étude repose sur les rapports d'activités de l'année 2022, seuls disponibles au début de notre recherche ainsi que sur des questionnaires recueillis auprès de professionnels et de bénéficiaires afin de mettre en lumière la réalité du terrain concernant l'action des SSIAD.

Nous avons d'abord émis l'hypothèse que les SSIAD ne se ressemblent pas, en raison des différences entre les critères de chaque région, qu'il s'agisse d'urbanisation ou de zones rurales. Cependant, la population cible demeure similaire : des personnes âgées présentant des fragilités et des dépendances.

Il s'avère que sur de nombreux points les SSIAD présentent des ressemblances notables. La plupart sont composés d'un IDEC par secteur (notamment pour la Fondation Maison des Champs) et d'aides-soignantes ou auxiliaires de vie qui collaborent avec des infirmiers libéraux ou d'autres services.

Les niveaux d'autonomie des patients sont généralement classés entre GIR 2 et GIR 4 avec peu de cas relevant du GIR 1 en raison de la complexité de leur prise en charge.

Concernant les pathologies traitées, nous avons constaté qu'elles sont souvent les mêmes et fréquentes chez les personnes âgées : troubles neurocognitifs, pathologies cardiovasculaires et respiratoires, chutes, pathologies neurologiques, néoplasies à divers stades, altérations de l'état général et AVC. Toutefois, il est à noter que le SSIAD de Saint-Calais ne prend pas en charge les troubles cognitifs par manque de personnel qualifié.

Les mouvements observés en 2022 sont majoritairement marqués par des remplacements en raison de l'insuffisance des effectifs et de la charge de travail, des problématiques récurrentes dans la plupart des SSIAD étudiés : limitations des admissions, manque d'effectifs, isolement des patients, défis géographiques, problèmes logistiques, lourdeur et complexité de la prise en charge pour des patients fragiles, ainsi que des besoins croissants et des listes d'attente longues. À l'exception du SSIAD de Guadeloupe qui a maintenu la stabilité de sa prise en charge sans sorties durant l'année.

En conclusion, notre étude révèle que les SSIAD partagent de nombreuses similitudes dans leur prise en charge tout en étant confrontés à des défis communs face à une population vieillissante et à des besoins croissants en matière de maintien à domicile.

La réforme de l'offre de services à domicile, engagée en juillet 2023, vise à simplifier le quotidien des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap en proposant une aide et des soins mieux coordonnés. Cette transition des SAAD et SPASAD vers les nouveaux Services d'Aide et de Soins à Domicile (SAD) implique des ajustements spécifiques.

À compter du 30 juin 2023, les services doivent se conformer à un cahier des charges spécifique aux SAD d'ici deux ans, soit jusqu'au 30 juin 2025. Les SSIAD ont également un délai de deux ans pour entreprendre plusieurs démarches, comme s'adjoindre une activité d'aide, fusionner avec d'autres SSIAD, ou se regrouper avec des SAD.

La réforme pilotée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et soutenue financièrement par la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a pour but d'améliorer l'organisation et le financement des services à domicile.

Des mesures ont été mises en place telles que l'instauration d'un tarif plancher national pour l'aide à domicile, l'augmentation de ce tarif et la création d'une dotation complémentaire dédiée à l'amélioration de la qualité des services.

À partir de 2024, les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pourront utiliser leurs heures d'aide à domicile de manière plus flexible, et les plans d'aide pourront être augmentés pour des actions favorisant le lien social. L'ensemble de ces mesures représente un investissement significatif de la branche Autonomie d'un milliard d'euros d'ici 2027

Enfin, depuis 2023, une nouvelle tarification pour les SSIAD et SPASAD a été mise en place, visant à mieux prendre en compte l'activité des services et le niveau de perte d'autonomie des personnes accompagnées. Cette réforme tarifaire s'appliquera également aux nouveaux services autonomie à domicile.

Ces changements promettent d'améliorer à la fois les conditions de travail des intervenants et la qualité de vie des bénéficiaires, tout en facilitant la mise en place de services autonomie à domicile adaptés aux besoins croissants de la population vieillissante.

D'où l'intérêt de notre DIU de Coordination en Gérontologie et d'IDEC visant à former des médecins et des infirmiers afin d'évaluer les besoins et de coordonner la prise en charge et d'assurer le maintien du parcours des personnes âgées qui sont de plus en plus désireux de rester à leur domicile.

XI. CONCLUSION

Les résultats de l'étude montrent que les SSIAD jouent un rôle essentiel dans la prise en charge à domicile des personnes âgées et handicapées.

Quel que soit le département, les difficultés des SSIAD sont similaires.

Leurs objectifs et leurs missions sont fondamentaux dans le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées.

Ainsi ils permettent d'améliorer la qualité de vie des bénéficiaires et de répondre aux besoins croissants de soins à domicile. Cependant, les SSIAD sont confrontés à des défis importants, notamment le manque de personnel, l'augmentation de la charge de travail et l'isolement géographique dans certaines régions.

Pour améliorer l'efficacité des SSIAD, il est nécessaire de renforcer les effectifs, d'améliorer la coordination avec les autres structures de soins et d'adapter les services aux besoins spécifiques des patients et ce en étroite collaboration avec une équipe pluridisciplinaire (médecin traitant, IDEC, réseau ville/hôpital...) qui coordonnera la prise en charge globale en fonction des besoins de chaque patient.

XII. BIBLIOGRAPHIE

1. -Grignon M. Les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé, Questions d'économie de la santé n° 66, mars 2003.
2. CNAMTS. Le vieillissement de la population et son incidence sur les dépenses de santé, Point de conjoncture n° 15, 2003-10-28
3. Festy P. Le vieillissement de la population française : perspectives à la lumière des expériences passées. Cahiers de Sociologie et de démographie médicale 1999 ; 39-2/3 :93-112
4. Carrère, Amélie (2023). L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale. Rapport 45. Institut des Politiques Publiques

5. Carrère, Amélie, Delphine Roy et Léa Toulemon (2023). Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives. Rapport 41. Institut des Politiques Publiques.
6. Couvert, Nadège (2017). « Allocation Personnalisée d'Autonomie : les aides apportées aux personnes âgées ». Études et Résultats 1033
7. El Khomri, Myriam (2019). Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020- 2024. fr. Rapp. tech. Grand âge et autonomie. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé.
8. HFCEA (2021). Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (domicile ou EHPAD). Note du conseil de l'âge.
9. Kulanthaivelu, Eric et Lydia Thiérus (2018). « Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ? Des Analyses 38.
10. Pauline Mendras (2024) Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?
11. Sébastien Dambrine (2023) Etude du lien entre précarité et recours à l'aide humaine des personnes âgées dépendantes
12. Santé personne âgées (7 février 2006) Bulletin épidémiologique hebdomadaire
13. Stéphane Michun (19juin 2024) Vers une reconnaissance du pouvoir d'agir des intervenantes dans la branche de l'aide à domicile ?
14. Diplôme Universitaire Infirmière référent et coordinatrice en EHPAD et en SSIAD 2019 Démarche qualité : Rôle de l'IDEC dans l'évaluation de l'épuisement de l'aidant par les équipes en SSIAD
15. Sentilhes-Monkam (2024) Rétrospective de l'hospitalisation à domicile L'histoire d'un paradoxe Angélique
16. Marguerite-marie Defebvre : Le virage ambulatoire dans le secteur des soins aux personnes âgées
17. Jean-Francois Bauduret : L'accompagnement à domicile aujourd'hui en question loi 2002 reste le bon outil pour diversifier les accompagnements sociaux et médico-sociaux et réussir l'articulation intégration-inclusion
18. Dafna Mouchenik 2016 : Maintien à domicile
19. Gagnon, M-P fortin (2018) Les soins à domicile : pratique et enjeux Edition CHU QUEBEC
20. GOUDEMAM. J (2017) L'accompagnement des personnes âgées à domicile Editions le Harmattan

21. DUBOIS.C et GAUTHIER. A (2019) L'impact des SSIAD sur la qualité de vie des personnes âgées, revue de gériatrie 44(2),123-130
22. Lefèvre, M.et Simon. C (2020) Les défis des soins infirmiers a domicile : une revue systématique SOINS 6554° ?28633
23. Ministère des solidarités et de la santé (2021) Rapport sur l'évolution des services de soins infirmiers a domicile en France
24. Haute Autorité de santé (2020) Evaluation des services de soins infirmiers à domicile recommandations
25. Fédération des SSIAD (2022) Guide des bonnes pratiques des SSIAD SITE Web de fédération
26. Agence Nationale de Santé Publique (2021) : Les soins à domicile : état des lieux et perspectives site web de l'agence
27. Source : Rapport d'Activité 2022 de SSIAD de la Fondation Maison des Champs de Saint François d'Assise
28. Source : Rapport d'Activité 2022 de SSIAD de la Fondation Maison des Champs de Saint François d'Assise
29. Delteil A
30. Guide des SSIAD, document de travail, décembre 2007
31. Dominique Servais : Mémoire de l'école des hautes études en santé publique 2007-2008
32. The thesis focuses on Home Nursing Services (SSIAD) and their role in the home care of the elderly or people with disabilities.
33. The main objective is to analyze the activities of SSIADs in several French regions during the year 2022.
34. The study is based on activity reports and questionnaires aimed at evaluating the effectiveness of SSIADs, their impact on the quality of life of beneficiaries and the difficulties encountered by the care teams.
35. The SSIADs allow dependent or chronically ill elderly people to receive care at home, thus facilitating their home care and delaying their hospitalization or entry into nursing homes.

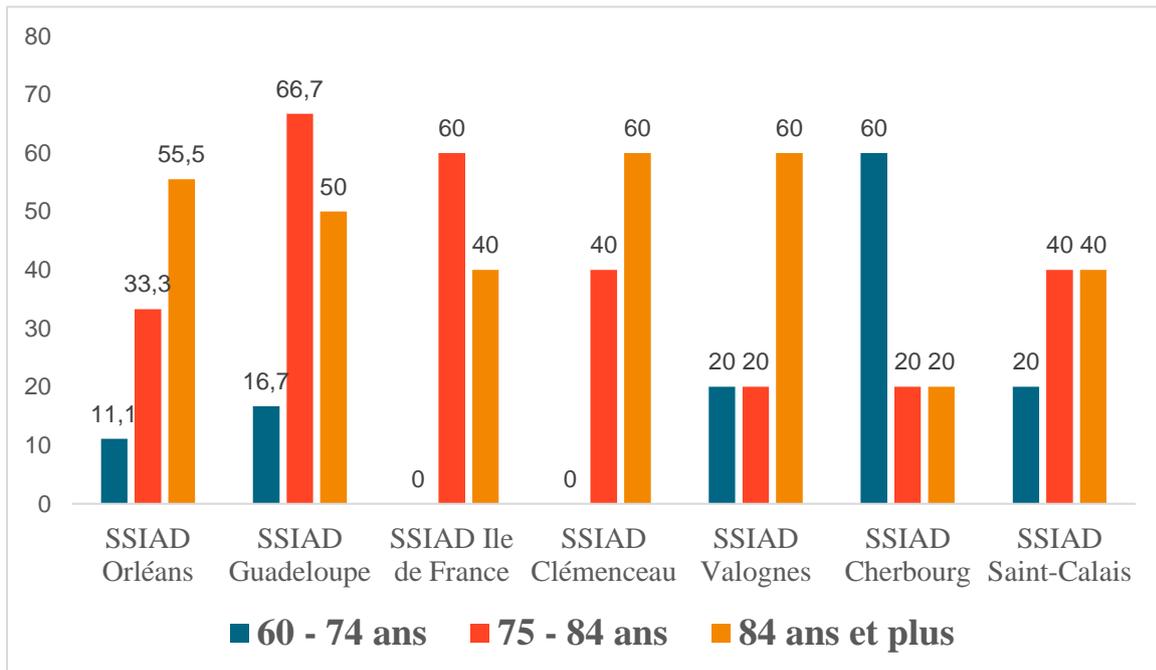
XIII. ANNEXES

XIII.1 RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

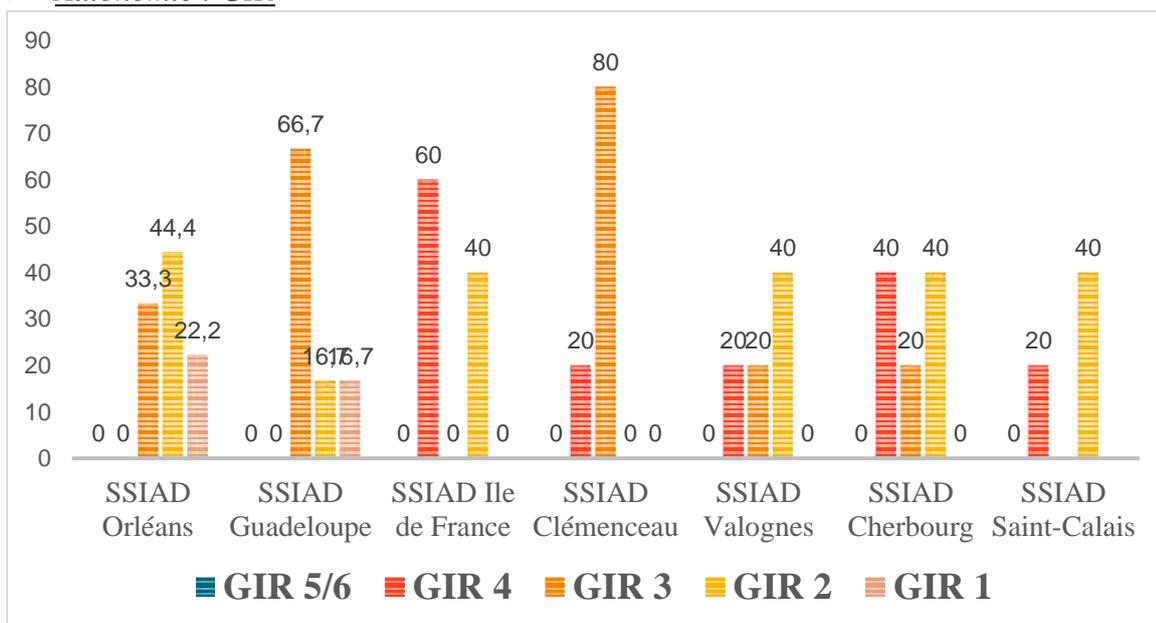
Ce questionnaire a été possible grâce à la participation de 40 professionnels de santé et 44 personnes de la population générale.

A. EQUIPES SOIGNANTES

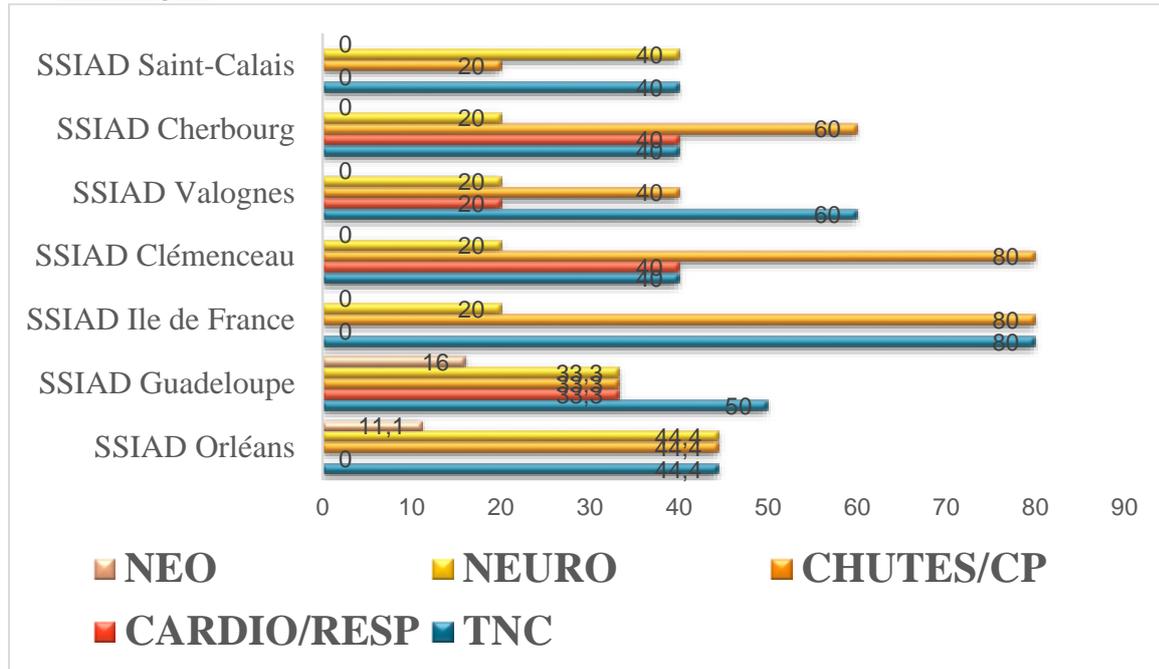
➤ Tranches d'âge



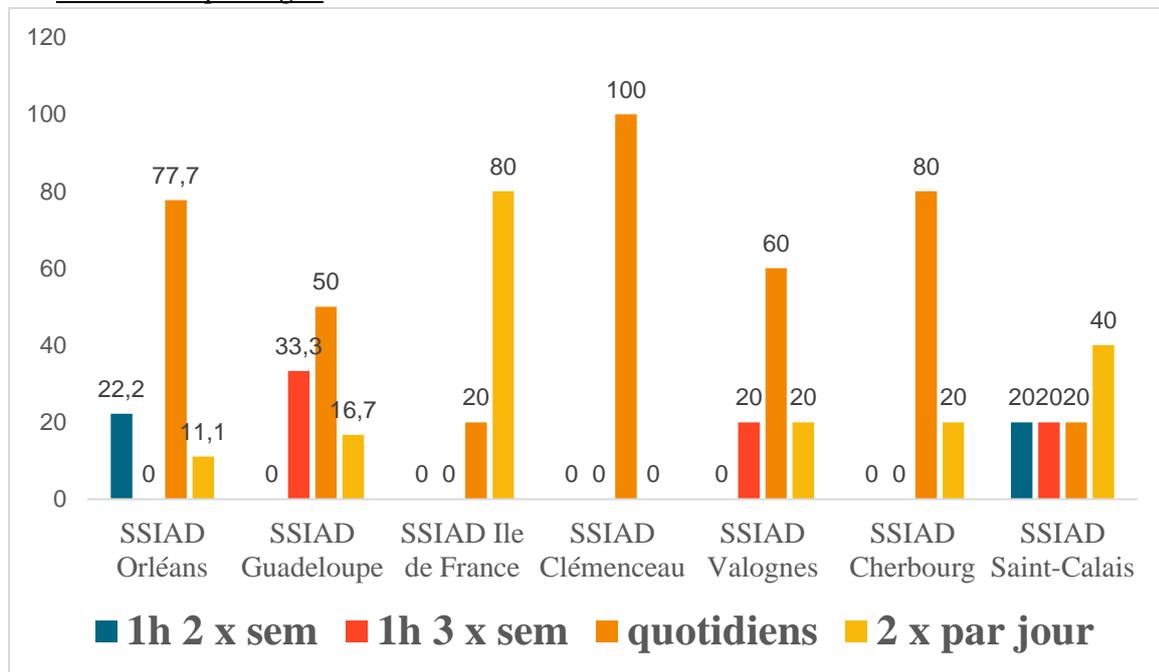
➤ Autonomie : GIR



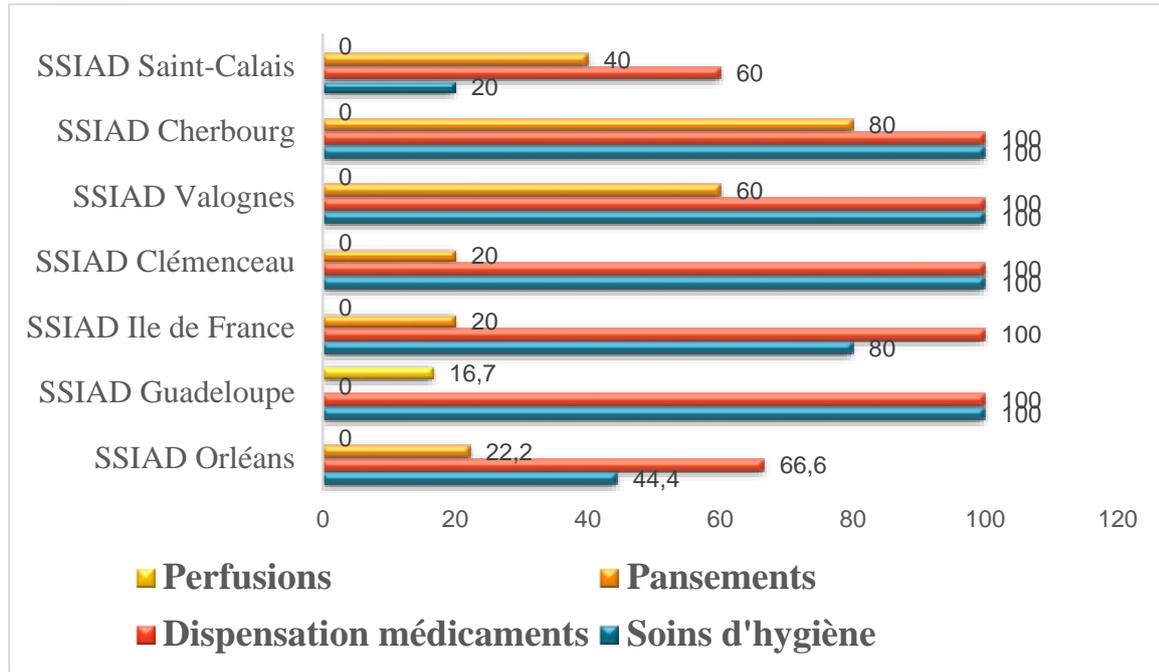
➤ Pathologies



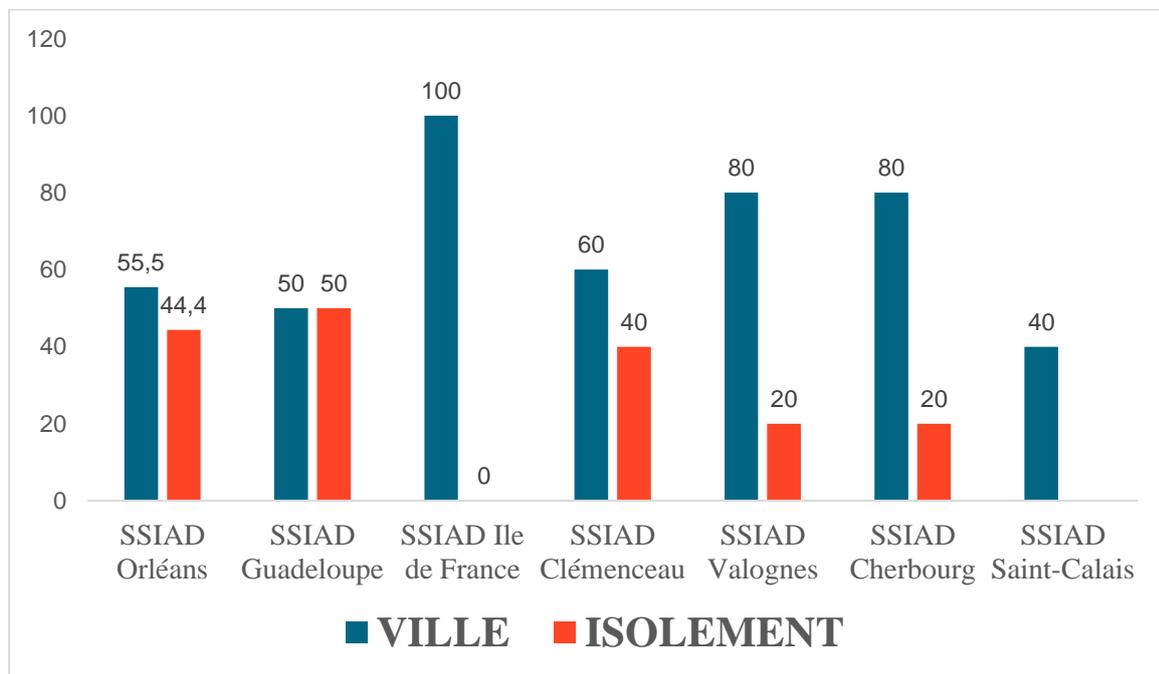
➤ Nombre de passages



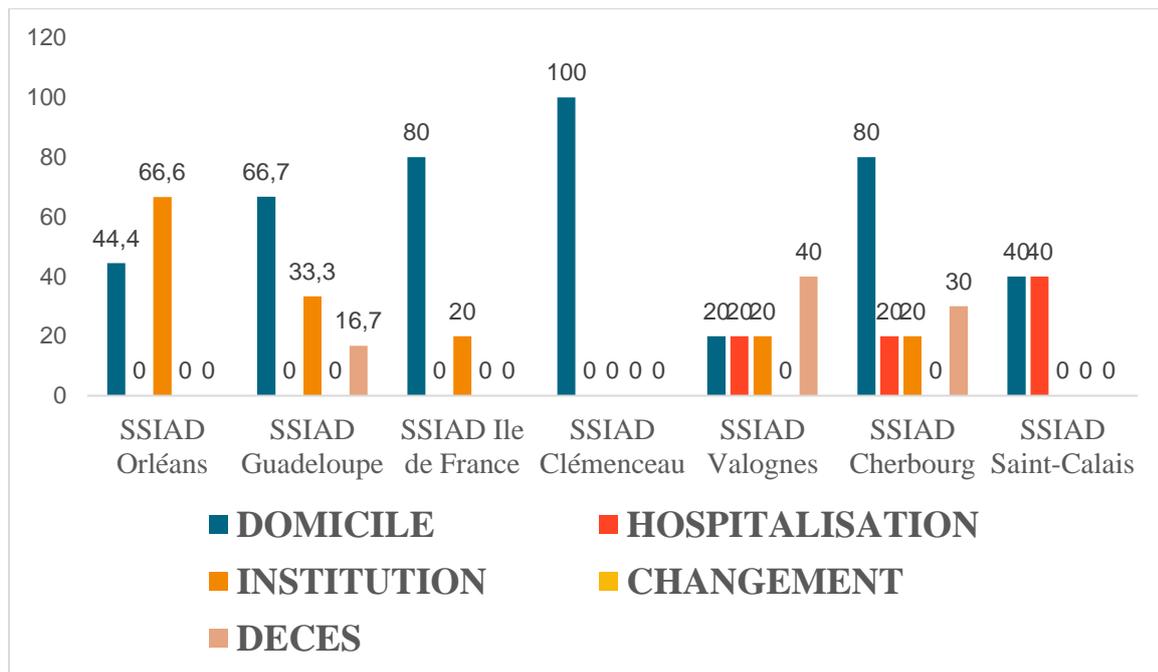
➤ Soins



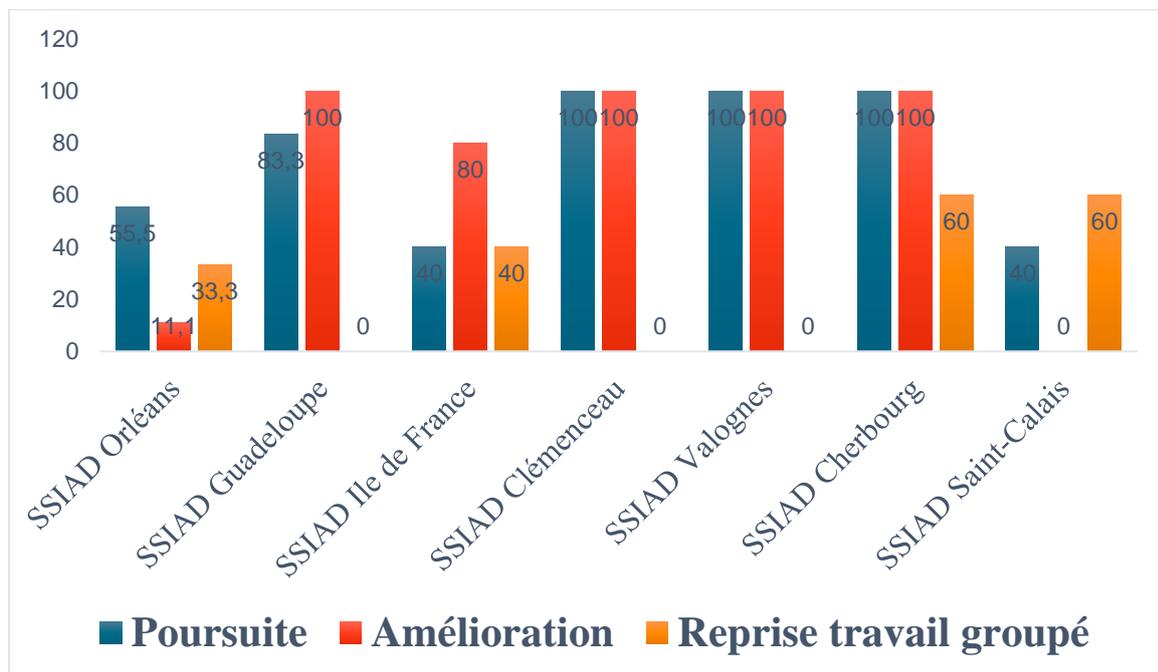
➤ Lieux de PEC



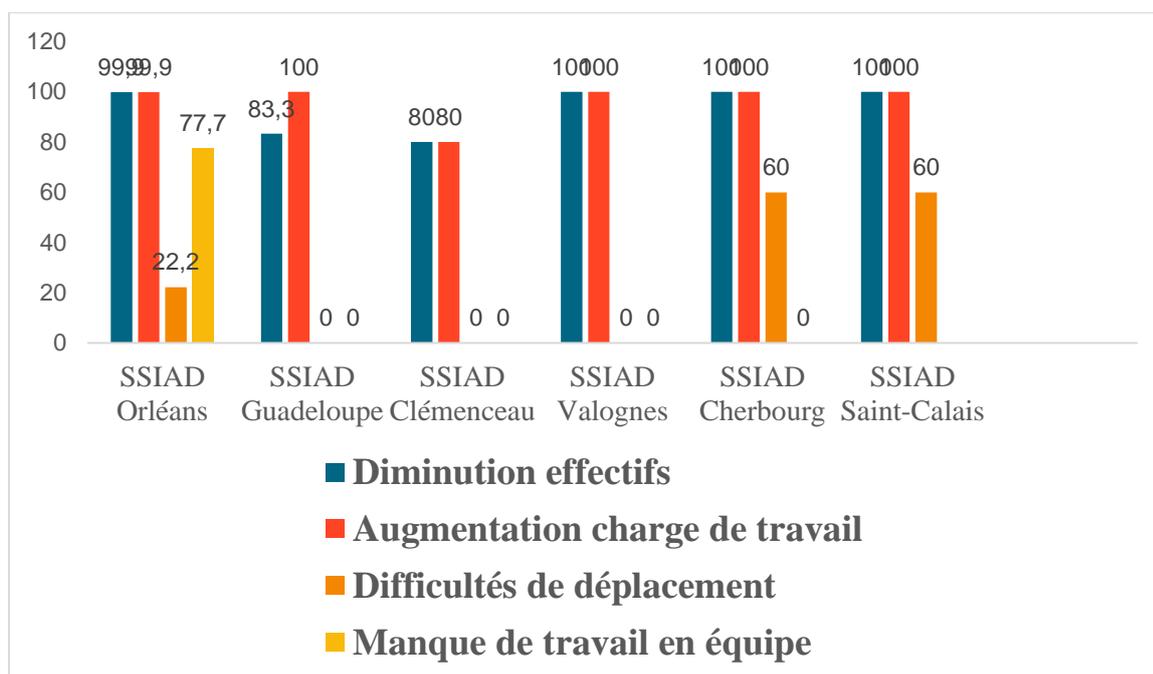
➤ Devenir



➤ Points forts

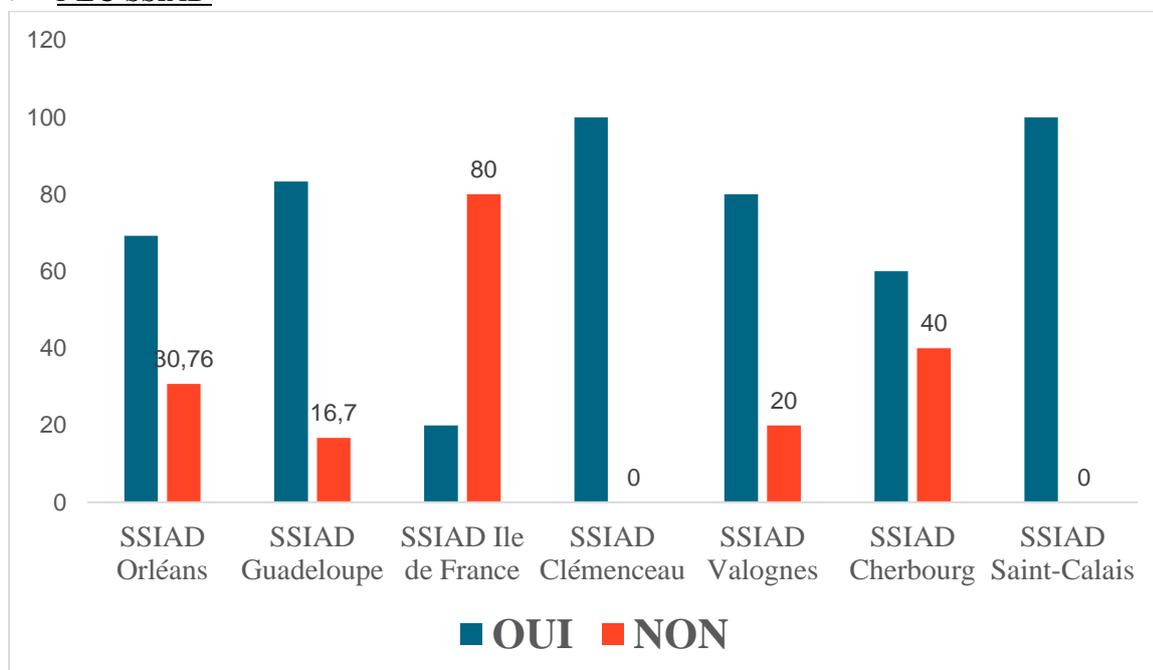


➤ Points faibles

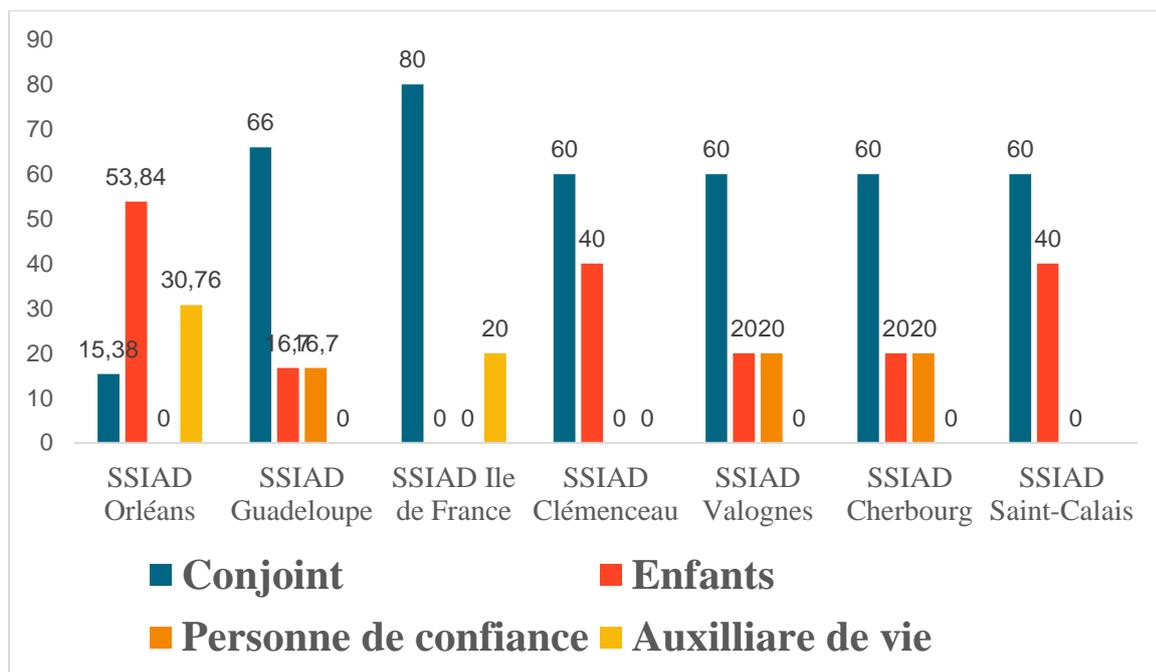


B. LES BENEFICIAIRES

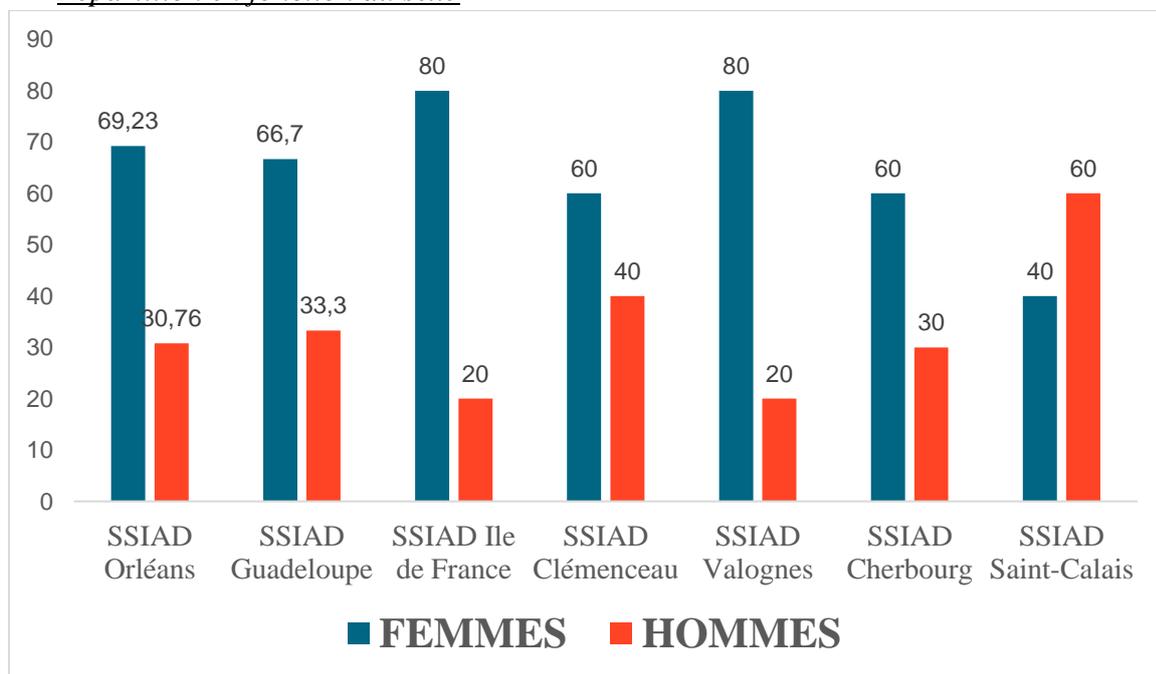
➤ PEC SSIAD



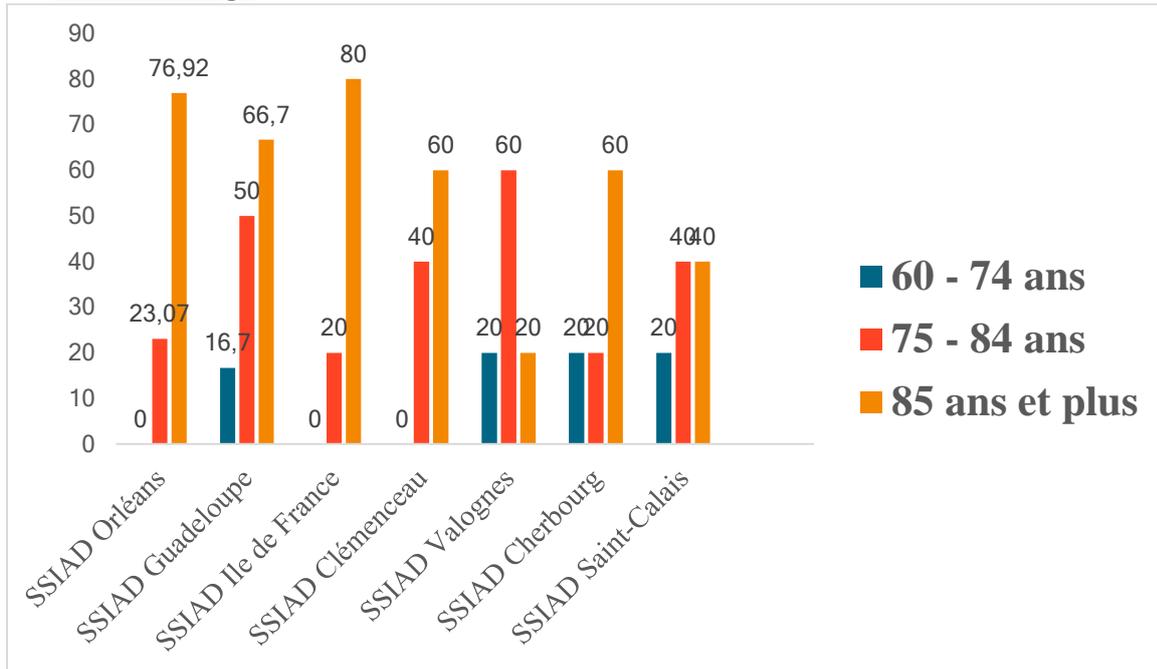
➤ Liens de Parenté avec le bénéficiaire



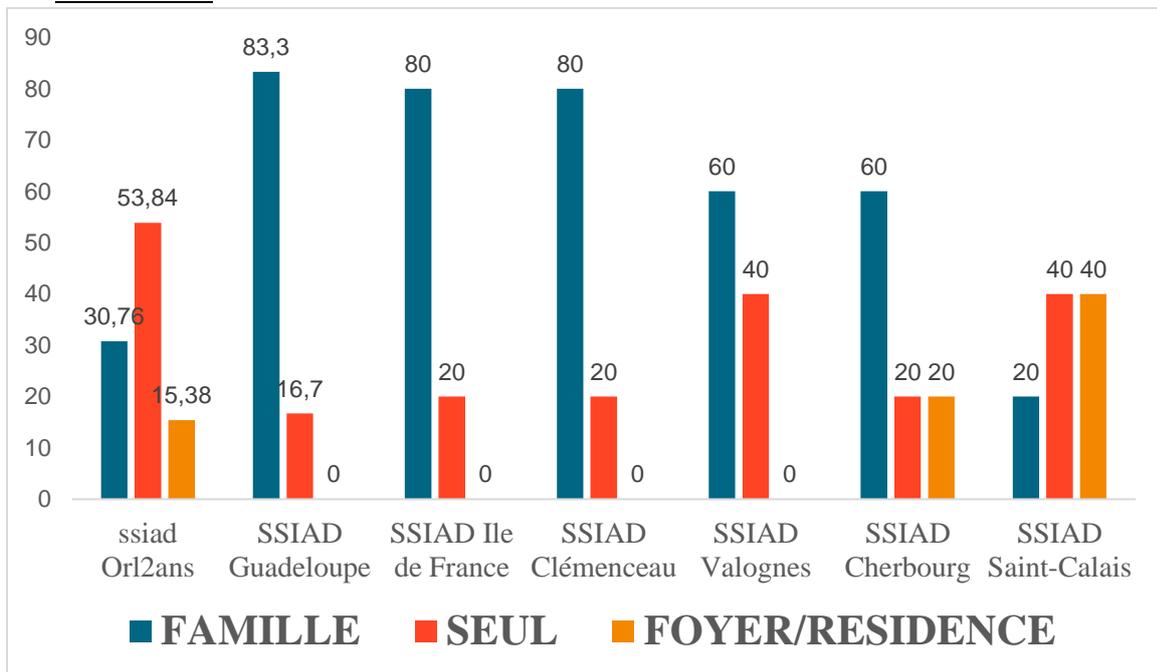
➤ Répartition en fonction du sexe



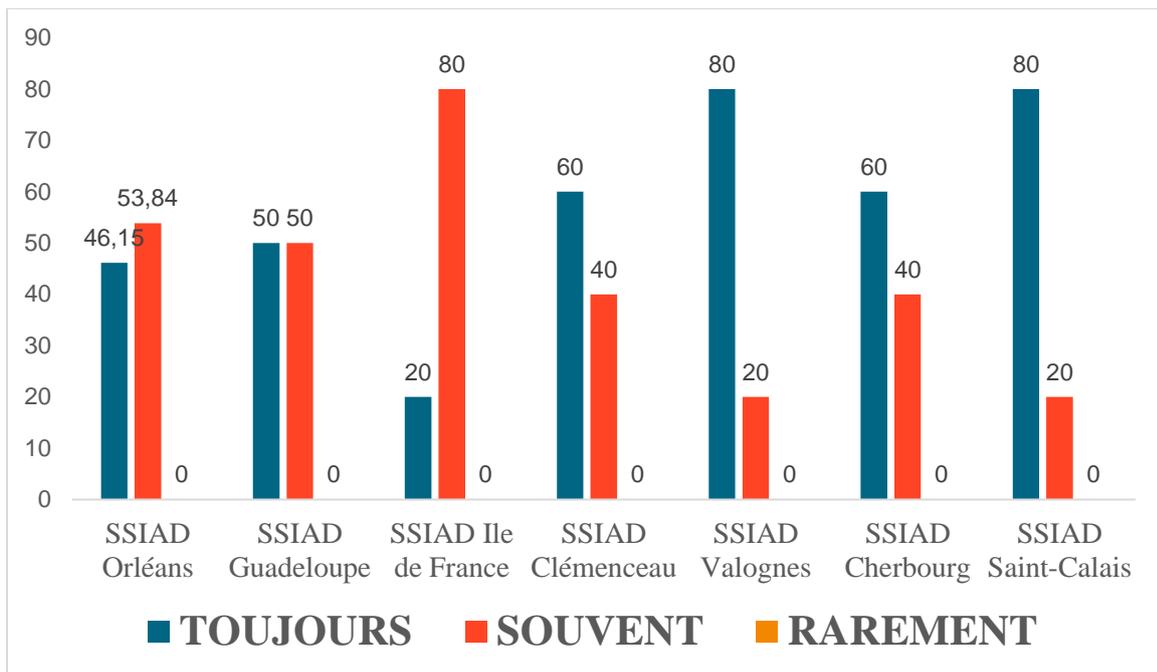
➤ Tranches d'âge



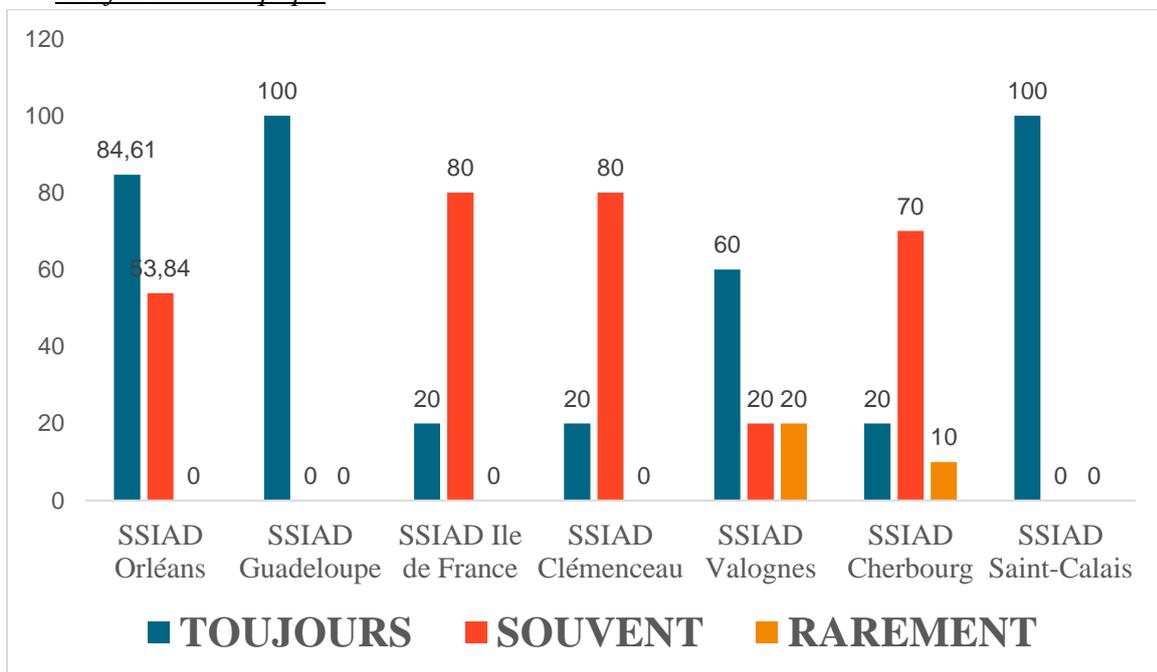
➤ Mode de vie



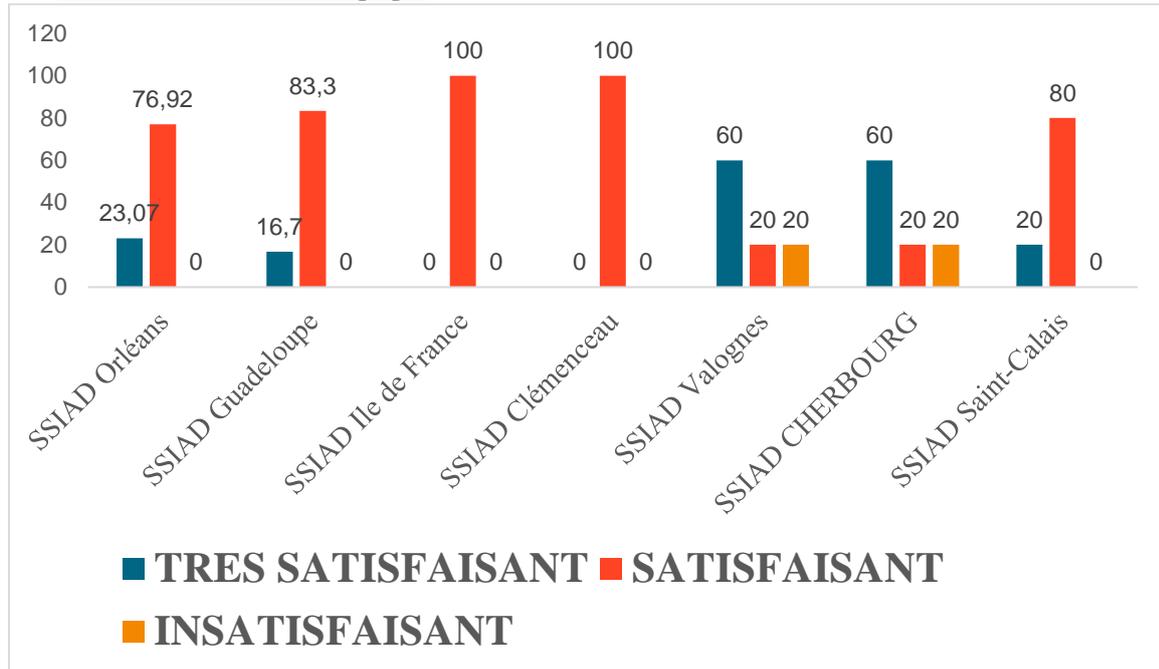
➤ Disponibilité de l'équipe



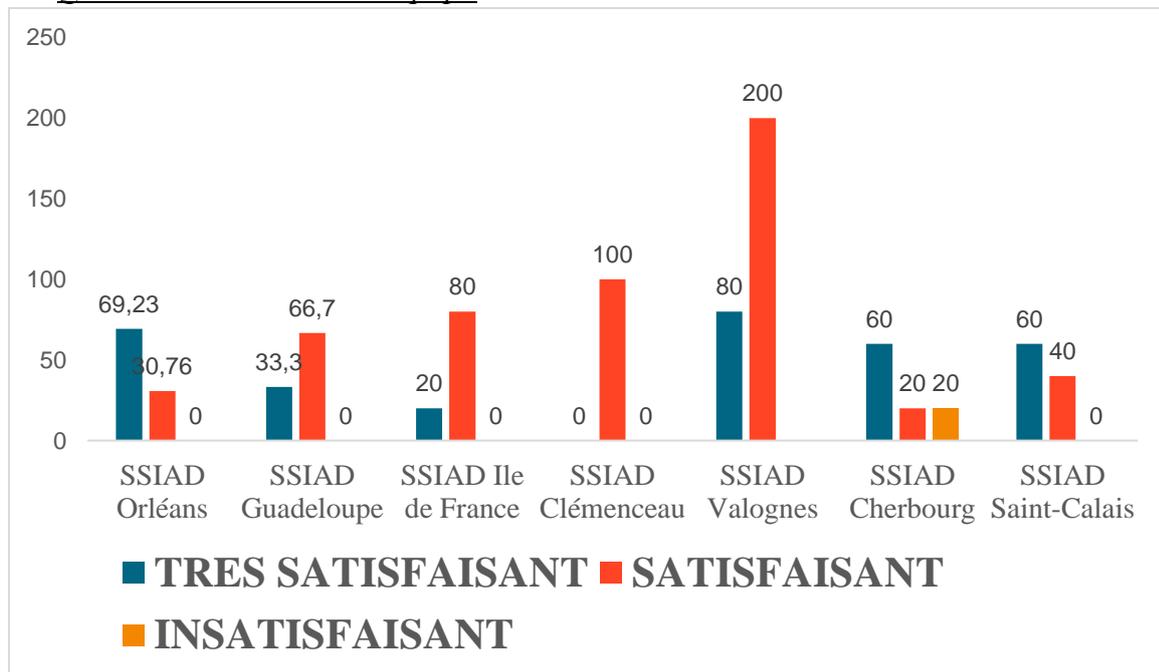
➤ Confiance à l'équipe



➤ Prise d'initiative de l'équipe



➤ Qualité du contact avec l'équipe



➤ Globalité

