



Diplôme Universitaire :

“Infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) d’EHPAD et de SSIAD”

Service Autonomie à Domicile :

Quel professionnel pour assurer la coordination ?

Légitimité et rôle de l’IDEC

ABIDI Sylviane (Infirmière libérale)

AMILCAR Louise (Infirmière coordinatrice en SSIAD)

BAKOT Nelly (Infirmière coordinatrice en SSIAD)

CLIRYX Franck (Infirmier vacataire)

MARTIN Marine (Infirmière en SSIAD)

Directrice de mémoire : DEPINARDE Laure

Année universitaire : 2024 – 2025

REMERCIEMENTS

Ce mémoire marque non seulement la fin de notre formation au Diplôme Universitaire d’Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice) d’EHPAD et de SSIAD, mais aussi l’aboutissement d’un projet qui nous tenait à cœur : obtenir un diplôme légitimant la fonction d’IDEC au sein des Services Autonomie à Domicile (SAD).

Nous tenons tout d’abord à exprimer notre gratitude à l’ensemble des intervenants pour la richesse des savoirs transmis et la qualité des échanges tout au long de cette formation. Une reconnaissance particulière va à Madame Laure Depinarde, notre directrice de mémoire dont l’accompagnement et les conseils ont été précieux dans l’élaboration de ce mémoire.

Nos remerciements s’adressent également à Monsieur Philippe Lopes pour son aide déterminante dans la conception de notre questionnaire d’enquête. Nous souhaitons aussi remercier l’ensemble des professionnels de terrain et des usagers qui nous ont accueillis lors de nos stages, ainsi que toutes les personnes ayant pris de leur temps pour répondre à notre enquête, malgré des plannings souvent contraints.

Nous n’oublions pas le personnel d’accueil de la faculté, les serveuses du Crous qui ont su rendre nos pauses plus agréables, ainsi que les agents d’accueil de la bibliothèque qui nous ont permis de mener nos recherches dans les meilleures conditions.

Enfin, nous adressons nos remerciements les plus chaleureux à nos familles, pour leur soutien constant et leur patience tout au long de cette formation.

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉS

AES	Accompagnants Éducatifs et sociaux
ANAP	Agence Nationale de la Performance médico-sociale
ANESM	Agence Nationale de l’Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée d’Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaires de Vie Sociale
CASF	Code de l’Action Sociale et des Familles
CDC	Cahier Des Charges
CNSA	Caisse Nationale de la Solidarité pour l’Autonomie
DAC	Dispositif d’Appui et de Coordination
DGOS	Direction générale de l’offre de soins
DIPEC	Document Individuel de Prise en Charge
ESSMS	Etablissement et services sociaux et médico-sociaux
IDE	Infirmier(ière) diplômé(es) d’état
IDEC	Infirmier(ière) diplômé (es) d’état de Coordination
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
PAP	Projet d’Accompagnement Personnalisé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
SAD	Service autonomie à domicile
SPASAD	Service Polyvalent d’Aide et de Soins À Domicile
SAAD	Service d’Aide et d’Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SAMU	Service d’Aide Médicale Urgente
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux d’Action Sociale

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
SITUATION D'APPEL	3
 I – DE L'HISTOIRE INFIRMIÈRE À L’AFFIRMATION DU RÔLE DE L’IDEC.....	4
1.1 Origines et figures fondatrices	4
1.2 - Aux Origines du soins.....	4
1.1.1 - Étymologie et représentation du soin.....	4
1.1.2 - Une conception chrétienne du soin	5
1.3 La naissance de la profession infirmière moderne	5
1.4 L'évolution de la profession infirmière en France	6
1.5 - Vers une reconnaissance du métier	9
1.6 - De la reconnaissance à l'émancipation	10
1.7 - L'émergence du rôle IDEC	12
 II - CADRE CONCEPTUEL ET RÉGLEMENTAIRE : SSIAD, SAAD, SPASAD.....	13
2.1. Les SSIAD.....	14
2.1.1 Cadre législatif	14
2.1.2 Missions.....	14
2.1.3 Fonctionnement	14
2.2 Les SAAD	15
2.2.1 Cadre législatif	15
2.2.2 Missions.....	15
2.2.3 Fonctionnement	16
2.3. Le SPASAD	16
2.3.1 Cadre législatif	16
2.3.2 Missions.....	16
2.3.3 Fonctionnement	17

III - LA RÉFORME DES SAD : VERS UNE COORDINATION INTÉGRÉE	17
3.1. Pourquoi une réforme était-elle nécessaire ?	17
3.2 Les freins observés dans la mise en place de la nouvelle réforme	18
3.2.1 Freins organisationnels.....	18
3.2.2 Freins financiers	18
3.2.3 Freins humains et ressources humaines.....	18
3.2.4 Freins territoriaux	19
3.2.5 Freins juridiques et réglementaires.....	19
3.3 Cloisonnement entre les services d'aides et de soins	20
3.3.1 Risques pour la personne accompagnée	20
3.3.2 Risques pour les professionnels	20
3.3.3 Risques organisationnels	21
3.4 Enjeux et défis de la coordination dans le secteur médico-social	21
3.5 Rôles complémentaires dans l'accompagnement à domicile	22
3.6 La prévention.....	23
3.7 Les profils cible du SAD	24
 IV - LE PROFIL INFIRMIER COORDINATEUR : ACTEUR CLÉ DES FUTURS SAD .	25
4.1 Le rôle actuel de l'IDEC en SSIAD	25
4.1.1 Cadre législatif et missions.....	25
4.2 Une experte du soins, mais aussi de la coordination	26
4.3 "Chaque infirmier est un leader"	27
4.4 Le virage vers les SAD : Pourquoi l'IDEC est légitime pour coordonner aider et soins	28
4.5 Le management dans les services autonomie à domicile	29
4.5.1 Rôles du manager	30
V - MÉTHODOLOGIE, RÉSULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUÊTE	31
VI - CONCLUSION	37
VII - RÉSUMÉ ET ABSTRACT	38
VII - BIBLIOGRAPHIE	
VIII - SITES INTERNET	

INTRODUCTION

Aujourd'hui, l'offre de service pour les bénéficiaires est peu lisible et fragmentée : les services d'aide et les structures de soins fonctionnent souvent de manière séparée, avec leurs propres modes d'organisation et des interlocuteurs différents. Pour les personnes accompagnées et leurs proches, cette segmentation rend le système difficile à comprendre et parfois compliqué à mobiliser.

La mise en place des **Services Autonomie à Domicile (SAD)**, prévue par le *décret n°2023-608 du 13 juillet 2023*, souhaite remédier à cette situation. L'idée est de réunir, au sein d'une même entité, l'ensemble des prestations d'aide et de soins, afin de proposer une prise en charge globale, continue et coordonnée. Ce modèle intégré doit permettre de simplifier l'accès au service, d'améliorer la lisibilité de l'offre et de renforcer la qualité des accompagnements.

Dans ce contexte, la coordination occupe une place centrale. Elle ne se limite pas à l'organisation des interventions : elle inclut la prévention, l'évaluation des besoins, l'anticipation des situations à risque et la mobilisation de plusieurs professionnels autour d'un projet personnalisé.

Notre choix de sujet s'inscrit dans ce contexte : en tant qu'infirmières coordinatrices, ou futur(e) coordinateur(trice) exerçant SSIAD, nous sommes directement concerné(es) par cette évolution. Le rôle de coordination, déjà central dans les SSIAD et SPASAD, se trouve aujourd'hui redéfini et questionné dans le cadre des SAD : qui, entre l'encadrement du soin et celui de l'aide pourra assurer la responsabilité de cette coordination ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons mobilisé un cadre conceptuel fondé sur les travaux relatifs au métier et leadership infirmier, à la coordination interprofessionnelle et à l'organisation des parcours de soins. La littérature met en évidence plusieurs enjeux :

- la complexité croissante des prises en charge à domicile, qui exige une coordination fine entre acteurs,
- la spécificité des compétences infirmières en matière de clinique, d'évaluation et de planification du soin,
- mais aussi la nécessité de reconnaître les compétences organisationnelles et managériales des responsables.

Notre recherche bibliographique montre que, si la légitimité infirmière dans la coordination des soins est largement reconnue, le rapprochement avec les SAAD ouvre une nouvelle dynamique. L'articulation entre soin et aide devient incontournable, révélant une zone à la fois de tensions — liées au partage des responsabilités — et d'innovations dans les modes de coopération.

De ce fait, on s'est interrogé sur la **légitimité du professionnel** pouvant endosser cette responsabilité : quel professionnel est le légitime pour assumer ce rôle central de coordination ? L'infirmier coordinateur, avec son expertise clinique et sa vision globale de la santé de la personne, ou un responsable de secteur avec un profil de travailleur social, muni de compétences en accompagnement social et en mobilisation des ressources ? Nous avons eu plusieurs interrogations :

- Quels sont les rôles et missions respectives des différents professionnels intervenant dans la coordination (IDEC, médecin traitant, cadre de santé, assistant social, coordinateur de parcours, etc.)

- Quelles compétences (cliniques, organisationnelles, relationnelles, managériales etc) sont nécessaires pour assurer efficacement cette coordination ?

- Existe-t-il des différences perçues entre les professionnels de santé, du social et du médico-social dans leur capacité à coordonner ?

- Comment définir la légitimité d'un professionnel à coordonner (fondement juridique, expertise clinique, reconnaissance des pairs, reconnaissance des usagers) ?

- Y a-t-il une différence en termes de continuité, de satisfaction des usagers, ou de prévention des ruptures de parcours selon le type de professionnel qui coordonne ?

À partir de ces interrogations nous avons eu plusieurs hypothèses :

- Le professionnel le plus légitime pour coordonner est celui qui possède à la fois des compétences cliniques (santé) et organisationnelles (management d'équipe).
- Les professionnels avec un regard global sur la personne (et pas seulement sur la maladie ou le social) sont perçus comme les plus légitime.
- La coordination assurée par un professionnel de santé (infirmier coordinateur, médecin traitant) favorise la continuité des soins.
- La coordination assurée par un professionnel du social (assistant social, coordinateur médico-social) favorise la continuité de l'accompagnement social et administratif.

Nous avons retenu l'hypothèse que **l'infirmière coordinatrice apparaît la plus apte à occuper ce rôle, de par ses compétences cliniques, organisationnelles et relationnelles**, elle a ainsi une **vision globale** de la personne tout en ayant cette **capacité à coordonner efficacement** les différents intervenants au domicile.

Notre question de recherche est la suivante : **En quoi l'infirmière coordinatrice serait le professionnel le plus légitime pour assurer la coordination entre l'aide et le soin** dans un Service d'Aide et de Soins à Domicile (SAD) mixte ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, nous avons conçu un questionnaire d'enquête à destination des infirmiers coordinateurs (IDEC) et des responsables de secteur en SSIAD et SPASAD, dans le but de recueillir leurs perceptions, expériences et points de vue sur la coordination et ses enjeux.

SITUATION D'APPEL

Mme D., âgée de 94 ans, vit seule à domicile dans un appartement. Divorcée, elle a une fille ainsi que trois petits-enfants, mais n'entretient plus de lien avec eux. Ancienne employée de banque, elle se déplace à l'aide d'un déambulateur dans son logement, mais ne sort plus de chez elle depuis trois ans. Elle bénéficie d'un dispositif de téléassistance.

Depuis 2022, Mme D. est suivie par un SSIAD à raison de deux passages quotidiens. Les interventions infirmières portent principalement sur les soins de nursing ainsi que sur la dispensation et la surveillance du traitement. Le pilulier, préparé par une pharmacie de ville conventionnée avec le SSIAD, est sécurisé dans une caisse fermée à clé au domicile, en raison d'un antécédent de risque suicidaire.

Par ailleurs, Mme D. bénéficie d'un accompagnement par un SAAD, trois fois par jour. Les auxiliaires de vie assurent l'aide aux repas, aux courses, à l'entretien du domicile, à la mobilité (déplacements dans le logement et accompagnement aux rendez-vous médicaux, à la pharmacie ou à la banque), ainsi qu'un soutien relationnel et social. La patiente bénéficie également d'un suivi par une coordinatrice de parcours complexe mandatée par le DAC.

Le 20 mai 2025 à 21h, Mme D. contacte SOS Médecins en raison d'une crise d'angoisse non soulagée par la prise de Xanax® 0,25 mg administré par l'infirmière lors du passage du soir. Le médecin intervenant prescrit alors une ordonnance de Xanax® 0,25 mg en prise ponctuelle.

Le lendemain matin, Mme D. demande à son auxiliaire de vie de se rendre à la pharmacie pour récupérer la boîte prescrite. Après accord de sa responsable, l'auxiliaire récupère le traitement.

Lors du passage infirmier du soir, l'IDE retrouve Mme D. asthénique, somnolente, confuse, avec des troubles de l'élocution. La patiente, tenant la boîte de Xanax® à la main, répète à plusieurs reprises « J'ai fait une bêtise ». L'examen clinique met en évidence une bradycardie à 43 bpm, évoquant un surdosage médicamenteux. L'IDE alerte alors le SAMU, qui procède à l'hospitalisation de la patiente en urgence.

À l'issue de cet événement indésirable grave associé aux soins, l'IDE en informe l'IDEC.

I – DE L’HISTOIRE INFIRMIÈRE À L’AFFIRMATION DU RÔLE DE L’IDEC

1.1 Origines et figures fondatrices

Pour comprendre les enjeux actuels du rôle infirmier à domicile, il est nécessaire de replacer la profession dans une perspective historique. Comme le souligne Marie-Françoise Collière : « À travers cette histoire, du monde antique à la fin du XXe siècle, la profession d’infirmier s’est élaborée progressivement menant à l’activité professionnelle du personnel soignant. L’évolution de la profession suit les grandes évolutions scientifiques et économiques »¹

L’évolution suit les grandes mutations scientifiques et sociales : des pratiques ancestrales portées majoritairement par les femmes, jusqu’à la constitution d’une profession organisée, formée et reconnue. Nous proposons un aperçu global de cette histoire, en soulignant ses liens avec l’exercice à domicile et l’émergence du rôle d’infirmière coordinatrice en SSIAD.

1.2 - Aux Origines du soins

1.1.1 - Étymologie et représentation du soin

Le terme « infirmier » vient du latin « *infirmus* », qui signifie « faible » ou « malade ».² Initialement associé à la personne vulnérable ou à « l’enfermerie », il a progressivement désigné celle ou celui qui apporte soins et accompagnement.

De tout temps, la pratique des soins est sans doute une des activités humaines les plus anciennes. « *Soigner est un acte de vie, qui permet à la vie de se continuer et de lutter contre la mort.* »³

Historiquement, ce rôle a surtout été tenu par les femmes. Déjà au XVIIIe siècle, les Encyclopédistes affirmaient qu’elles étaient « *plus propres à ces fonctions que les hommes* »⁴, par leur sensibilité et leur attention, perçues comme mieux disposées à consoler, soulager, accompagner.

Les « **femmes soignantes** »⁵ souvent non reconnues, ont transmis un savoir empirique centré sur l’hygiène, l’alimentation et la présence auprès du malade. Ces savoirs, longtemps invisibles et transmis oralement, constituent le socle de la profession infirmière moderne. La prédominance

¹Collière, MF. (2003) Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, Masson, 4e édition, 2003. 23.

²Dictionnaire orthodidacte en ligne : <https://dictionnaire.orthodidacte.com/article/etymologie-infirmier>, consulté le 17/08/2025

³Collière, MF. (2003) Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, Masson, 4e édition, 2003. 23.

⁴Le Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers (1751-1772)

⁵Collière, MF. (2003) Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, Masson, 4e édition, 2003.

féminine, toujours marquée aujourd'hui, s'explique par un héritage culturel associant aux femmes les rôles de soin, d'éducation et de maternage, longtemps dévalorisés malgré leur importance.

1.1.2 - Une conception chrétienne du soin

Dès le Moyen Âge, les soins sont confiés aux **communautés religieuses**⁶ dans une logique de charité chrétienne. Les religieuses, aidées de femmes pauvres, prennent en charge les plus démunis dans les hospices et hôtels-Dieu, lieux longtemps réservés aux indigents. Le soin, perçu comme une vocation spirituelle, reste alors dévalorisé et non reconnu comme un métier.

En 1633, la fondation à Paris de la Compagnie des Filles de la Charité⁷ par Saint Vincent de Paul et Louise de Marillac marque un tournant.

Considérées comme une **ébauche de la première école d'infirmières**, ces jeunes femmes issues de familles respectables sont formées à l'hygiène, l'alimentation, l'accueil et le soulagement des malades, avec un objectif central : « *faire le bien* ».⁸

Elles assurent une présence quotidienne, attentionnée et organisée auprès des patients. Il leur inculque avant tout **l'obéissance au médecin**⁹, à qui revient la responsabilité de poser les diagnostics et de prescrire les traitements.

Cependant, **leur engagement reste religieux, non professionnel**. Elles ne cherchent pas à institutionnaliser une formation en tant que telle : leur statut spirituel suffit¹⁰ à légitimer leur rôle. Sans formation académique, ces femmes développent néanmoins des compétences concrètes et une organisation du soin structurée, qui les apparentent aux futures infirmières.¹¹ Cette époque forge ainsi une représentation du soin fortement marquée par la dimension morale, le dévouement et la féminisation du métier.

1.3 La naissance de la profession infirmière moderne

Le XIXe siècle marque un tournant décisif dans l'histoire des soins avec l'émergence d'une **profession infirmière structurée, laïque et formée**. Cette transformation est indissociable de la figure emblématique de **Florence Nightingale (1820–1910)**, première infirmière reconnue,

⁶ GRIPI (1986), L'identité professionnelle de l'infirmière, Le Centurion, p13.

⁷ Jeanguiot, N. (2006), Des pratiques soignantes aux sciences infirmières « Recherche en soins infirmiers » 2006/4 (N° 87)

⁸ G.Charles (1979), L'infirmière en France, d'hier à aujourd'hui, Le Centurion, 244 pages

⁹ G.Charles (1979), L'infirmière en France, d'hier à aujourd'hui, Le Centurion, 244 p., p.47 et 49.

¹⁰ G. CHARLES (1979) p. 51, les soeurs étaient réticentes à la formation, leur mode vie était aussi un obstacle ;

¹¹ Miquel P, (1996) « Vincent de Paul » 530 pages éditions Fayard

d'origine britannique, considérée comme la fondatrice des soins infirmiers modernes.¹²

Son engagement durant la guerre de Crimée (1853 - 1856) la rend célèbre et met en lumière le rôle important des soins infirmiers. Elle améliore drastiquement les conditions sanitaires des hôpitaux militaires, impose des normes strictes d'hygiène, et réduit significativement le taux de mortalité grâce à une approche rigoureuse et méthodique du soin. Elle devient une **héroïne nationale**, symbole d'un nouveau modèle de soignante, compétente, dévouée, mais aussi efficace, de ces faits elle améliore grandement la réputation des infirmières.

Elle jette les bases de la profession moderne et fait avancer à grand pas le métier d'infirmière et sa reconnaissance. En 1860, elle fonde à Londres la **“Nightingale Training School” à Londres**, première école infirmière laïque, sur le modèle de l'école-hôpital, posant les bases d'une **formation professionnelle encadrée**. Elle y publie la même année son premier ouvrage *“Notes on nursing : What it is and what it is not”*.¹³ Dans ses « lois de la santé ou du soin infirmier », *“Elle prend en compte l'environnement social des personnes dans un souci de prévention de la maladie, donc dans une préoccupation de santé publique. Sur ce socle vont se bâtir toutes les conceptions du soin au XXe siècle. Florence Nightingale considère la personne soignée comme un acteur à part entière du soin. Il s'agit sans aucun doute de l'amorce d'une approche de l'éthique du soin infirmier et du principe d'autonomie. Sa conception de la personne est globale, la considérant selon quatre dimensions : physique, intellectuelle, émotionnelle et spirituelle.”*¹⁴

Devenue une référence internationale, elle forme et inspire des générations d'infirmières venues du monde entier contribuant à diffuser et adapter son modèle.

Ce mouvement, porté par les avancées scientifiques (Pasteur, Semmelweis...), accompagne la médicalisation croissante des hôpitaux et la nécessité d'un personnel formé.¹⁵

Ce tournant marque ainsi la **naissance de l'infirmière professionnelle**, formée, identifiée, intégrée dans le système de santé, tout en conservant — du moins dans les débuts — une image encore associée à l'ordre, à la discipline et à une certaine soumission à l'autorité médicale.

1.4 L'évolution de la profession infirmière en France

À la fin du XIXe siècle, la France amorce une transition vers une profession infirmière laïque et encadrée. Le **Dr Bourneville**, médecin militaire et républicain engagé, joue un rôle central dans ce processus. En **1878**, il crée à Paris, à l'hôpital de la Salpêtrière¹⁶, la première **école municipale laïque d'infirmières**, proposant des cours du soir mêlant **connaissances médicales** et **formation morale**.

12 Jeanguiot, N. (2006) Des pratiques soignantes aux sciences infirmières « Recherche en soins infirmiers » 2006/4 (N° 87)

13 Nightingale F. Notes on nursing: What it is and what it is not. Londres: Harrisson; 1860.

14 LECOINTRE B., Infirmière au domicile, une évolution des compétences, SOINS Dossier, n°807 - juillet-août 2016

15 Jeanguiot, N., Des pratiques soignantes aux sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers, 2006/4 (N° 87)

16 M. POISSON, Histoire de la profession infirmière en France ; origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900), Editions Hospitalières (1998), pp. 69 et suivantes.

Les premiers manuels de formation sont rédigés par Bourneville lui-même.¹⁷ *“Des cours d’anatomie, de physiologie sont donnés à des jeunes filles qui ne savent ni lire, ni écrire, des cours de morale prônent obéissance, dévouement et soumission aux médecins et à l’administration, la fonction infirmière est décrite comme une somme de vertus.”*¹⁸ Le Dr Bourneville pense que le savoir médical doit être limité afin de préserver le monopole de leur activité. Ces jeunes femmes (mal logées, sous-payées et dévalorisées tant par les médecins que par l’administration) assumaient soins et tâches domestiques avec dévouement, leur rémunération fait débat, leur rôle étant longtemps considéré comme bénévole.¹⁹

Enfin, l’enseignement pratique complète la théorie, fondé sur des savoir-faire et des « conduites à tenir », amène l’infirmière à développer une technicité qui s’éloigne du modèle maternel ou religieux du soin. *“Dans ces formations, l’accent est mis sur l’importance pour l’infirmière d’être une aide du médecin, compétente techniquement - par la maîtrise des règles d’hygiène et d’asepsie.”*²⁰ *« La formation infirmière élaborée sous l’égide des médecins les conduisent à devenir des auxiliaires médicales. »*²¹

En 1882, **Anna Hamilton** (1864–1935), médecin et militante de la réforme hospitalière, tente d’introduire en France **le modèle** de la **“nurse anglaise”**. Elle dirige l’école “Florence Nightingale” à Bordeaux. Les jeunes filles sont issues d’un niveau social plus élevé, la formation est de deux années.²²

Son approche repose sur une formation rigoureuse, alliant théorie et pratique, et une vision éthique et humaniste du soin, fidèle à l’héritage de Nightingale. Elle milite activement pour la reconnaissance du métier comme une profession à part entière, dotée d’un **savoir spécifique** et d’un **rôle propre** au sein du système de santé. Elle souhaitait que les **“assistantes hospitalières”** aient une part d’autonomie professionnelle.²³

Cependant, ses efforts se heurtent à la **résistance du modèle dominant**²⁴, hérité du Dr Bourneville.

17 « L’oeuvre médico sociale du Dr Bourneville » écrit par Jacqueline GATEAUX MENNECIER <https://numerabilis.u-paris.fr/ressources/pdf/sfhm/hsm/HSMx2003x037x001/HSMx2003x037x001x0013.pdf> Consulté le 17/08/2025 Il compose à cet effet le premier **Manuel pratique de la garde-malade et de l’infirmière**, ouvrage de cinq tomes resté célèbre, dont la première édition est publiée en 1878 au Progrès médical, les éditions successives étant réactualisées.

18 Jeanguiot, N., Des pratiques soignantes aux sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers, 2006/4 (N° 87)

19 M. POISSON, Histoire de la profession infirmière en France ; origines républicaines d’un modèle infirmier (1870-1900), Editions Hospitalières (1998) 69, 70.

20 Divay S, Girard L. Eléments pour l’ébauche d’une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes. Rech Soins Infirm. 2019 Dec;(139):64-83.

21 Jeanguiot N., De la recherche aux sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers n°98, septembre 2009

22 Jeanguiot N., Des pratiques soignantes aux sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers, 2006/4 (N° 87)

23 Jeanguiot N., De la recherche aux sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers n°98, septembre 2009

24 Poisson, M. (1998) Jam. Cit.

Ce dernier conçoit l'infirmière comme une exécutante au service du médecin, formée à obéir plutôt qu'à réfléchir. La tentative d'Anna Hamilton est en grande partie **acculturée** par ce modèle médical et hiérarchique, dans lequel l'infirmière reste subordonnée à l'autorité médicale et administrative.

Malgré ces obstacles, **son action marque une étape fondatrice** vers la reconnaissance intellectuelle et professionnelle des infirmières, et inspire la future évolution du métier tout au long du XXe siècle.

La **loi sur l'Assistance Médicale Gratuite (1893)**²⁵ oblige l'État à organiser la formation des infirmières dans des écoles professionnelles. Cette dynamique s'accélère avec la **circulaire Combes (1902)**.²⁶ Ce texte est le premier qui reconnaît et définit officiellement le rôle de l'infirmière, la reconnaissant comme « *absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades* ». Cette circulaire organise l'ouverture d'écoles d'infirmières sur le territoire national et précise le programme de formation.

Ce processus s'inscrit dans un contexte politique de **laïcisation des hôpitaux**, renforcé par la **séparation de l'Église et de l'État**²⁷. Les religieuses sont progressivement évincées, et l'hôpital devient un espace républicain, scientifique et médicalisé. Ce modèle rompt avec l'encadrement religieux en plaçant les infirmières sous la **tutelle du corps médical**.

Léonie Chaptal²⁸ (1873 - 1937), **figure fondatrice française de la profession, infirmière certifiée de la formation à la Salpêtrière en 1903**. Insatisfaite des formations qu'elle a suivies, elle décide d'y remédier. Elle se rend à Londres pour observer les hôpitaux-écoles inspirés du modèle de Florence Nightingale. Elle fonde en 1905 à Paris la première « maison-école » **d'infirmières laïques** mais suivant le modèle de Bourneville. Elle est à l'avant-garde du combat pour l'obtention d'une reconnaissance de sa profession.

En créant la première école d'infirmières laïques à Paris, elle entend former des professionnelles capables de répondre aux enjeux sociaux majeurs de l'époque : tuberculose, mortalité infantile et précarité sanitaire. Son action s'inscrit dans une dynamique de transformation où l'infirmière sort de l'hôpital, pour aller à la rencontre des familles : l'infirmière visiteuse.

“Elle est portée à l'époque par la doctrine hygiéniste qui consiste à améliorer les conditions sanitaires et sociales de la population au gré d'un environnement sain. « Prévenir c'est guérir »

25 Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite : elle impose à l'État le soin des malades privés de ressources.

26 Loi du 1er juillet 1901 (dite Loi Combes) elle fait obligation aux religieuses de respecter certaines règles ; elle milite pour une émancipation laïque.

Loi du 13 septembre 1903, E. Combes explicite le processus de laïcisation.

Loi de 1905 : elle énonce les grands principes qui vont fixer le statut du religieux dans la République.

27 LALOUETTE J. La Séparation des Églises et de l'État In :Genèse et développement d'une idée, 1789-1905. Paris, Le Seuil, 2005.

28 Evelyne DIEBOLT, Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière, Recherche en soins infirmiers n° 109 - Juin 2012

en devient la devise phare et l'infirmière visiteuse l'actrice principale au service de cette devise.”²⁹

Par le caractère professionnel qu'inclut ses missions, lui permette d'acquiescer en tant que femme une responsabilité sociale nouvelle la différenciant des religieuses.

Pour Léonie Chaptal « *l'infirmière visiteuse doit avant tout soigner. Elle doit être d'un niveau supérieur et posséder une formation plus complète qu'une infirmière d'hôpital, car elle ne dispose pas des installations hospitalières.* »³⁰ Une formation qui se doit d'être rigoureuse à destination du secteur privé.

Ces infirmières visiteuses assument une fonction inédite de coordination entre soins, hygiène et accompagnement social. Léonie Chaptal estime que le rôle de l'infirmière moderne complète celui de l'hygiéniste et de l'assistante sociale. Ce rôle s'inscrit dans une logique de « service social » et s'étend désormais à l'éducation sanitaire ainsi qu'à la prévention médico-sociale.³¹ Formées à intervenir dans les foyers populaires, elles incarnent une conception élargie des soins, qui ne se limitent plus à l'exécution technique mais intègrent une approche globale de la santé, centrée sur la personne, le contexte familial et les déterminants sociaux.

Pour Léonie Chaptal, les rôles sont clairement définis : « *l'infirmière doit savoir tout du malade, non pas tout de la maladie : la maladie c'est la science du médecin, le malade, c'est l'art de l'infirmière.* »³²

1.5 - Vers une reconnaissance du métier

Il faudra attendre l'après-guerre pour entamer une reconnaissance du métier. En 1921, **Léonie Chaptal** en « *véritable architecte de la profession d'infirmière* »³³, sera à l'origine du rapport présenté au Conseil Supérieur de l'assistance publique sur la nécessité de réglementer l'exercice de la profession d'infirmière en France. Cela a conduit à la rédaction du décret du 27 juin 1922³⁴ organise la profession infirmière par le brevet de capacité infirmière professionnelle en deux ans de scolarité. Le titre d'Infirmière diplômée de l'État français est reconnu au niveau national et constitue la première étape de la structuration du groupe professionnel. Ce titre ne rend pas encore obligatoire l'embauche d'infirmières diplômées.

D'autres textes, publiés au *Journal officiel* entre 1922 et 1924³⁵, viennent compléter le cadre législatif en précisant la répartition des champs d'exercice infirmier. Ils établissent une distinction entre les infirmières hospitalières, centrées sur le soin curatif, et les infirmières visiteuses, qualifiées d'« infirmières d'hygiène sociale », dont la mission s'inscrivait davantage dans la

29 Stéphane HENRY, Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938), Recherche en soins infirmiers n°109, juin 2012

30 BALY M. Florence Nightingale à travers ses écrits. InterEditions, 1997.

31 Stéphane HENRY, Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », Revue de l'association Mnemosyne, Automne 2009.

32 R. MAGNON, Léonie Chaptal, la cause des infirmières, éditions Lamarre, p.150 (1991)

33 Evelyn DIEBOLT, Léonie Chaptal (1873-1937), Architecte de la profession infirmière, Recherche en soins infirmiers n° 109 - Juin 2012

34 Décret du 27 juin 1922, portant création du brevet de capacité professionnelle et conférant le titre d'infirmière diplômée de l'État français.

35 Journal officiel de la République française, 11 mars 1923, p. 8341 ; 14 septembre 1924, p. 8420-8421 ; 14 septembre 1924, p. 8422 ; 18 novembre 1924, p. 10155 ; 8 août 1924, p. 7252.

prévention et l'action sanitaire au sein de la communauté. Cette segmentation a contribué à structurer la profession, tout en nourrissant les débats autour de l'identité et des finalités du métier infirmier. Ces discussions ont préparé le terrain à une évolution majeure en 1932, lorsqu'un décret institue le diplôme d'assistante de service social³⁶, fusionnant les fonctions des infirmières d'hygiène sociale et des surintendantes d'usine.³⁷

Le 20 janvier 1937, la loi d'exclusivité oblige d'avoir le Diplôme d'Etat pour l'exercice de la profession, à travers l'article L.474 du code de la santé publique : « *Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474 1* ». Cette mesure visait à sécuriser la qualité et la légitimité de la pratique infirmière.

L'année suivante, en 1938, une distinction officielle entre action sociale et action sanitaire a été instaurée, tant pour les interventions à domicile que pour celles en établissement. **Le décret du 18 février 1938** a supprimé le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale, jugé « trop médical et pas assez social », et a institué deux diplômes distincts : celui d'infirmière hospitalière et celui d'assistante de service social, consacrant ainsi la spécialisation et la reconnaissance officielle des deux parcours professionnels.

Ce n'est qu'en 1946³⁸ que le titre d'infirmière sera légalement protégé : « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par le médecin* ».

L'arrêté du 31 décembre 1947 énonce la première nomenclature des actes qui peuvent être effectués par un auxiliaire médical qualifié. Cette première liste d'actes fut modifiée et étendue à plusieurs reprises. Au fil des réformes successives, la formation des infirmières a elle aussi connu plusieurs évolutions : en 1951, puis en 1961 et 1972, la durée des études a progressivement été allongée, passant de deux ans à 28 mois³⁹.

La rédaction des textes de 1922 et 1946 met en évidence l'importance des guerres dans le processus de professionnalisation du métier d'infirmière. Cette évolution s'inscrit dans la continuité des retombées majeures des guerres de Crimée et de Solferino, qui ont notamment conduit à la création de la Croix-Rouge et à l'engagement pionnier de Florence Nightingale.

1.6 - De la reconnaissance à l'émancipation

L'action de Léonie Chaptal apparaît ambivalente : elle promeut le savoir et l'émancipation des

³⁶ Le décret du 12 janvier 1932 institue un «Brevet de capacité professionnelle », permettant de porter le titre d'assistant ou assistante de Service social diplômé de l'Etat français.

³⁷ HENRY S. Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938). Recherche en soins infirmiers, juin 2012 ; 109 : 37 - 49

³⁸ Loi du 15 juillet 1943, créant l'obligation pour les établissements hospitaliers de recruter un personnel qualifié, avec des mesures propres à assurer la protection du titre d'infirmière. La loi n° 46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, parue au JORF le 9 avril 1946, reprend les articles de 1943 dans le Code de la santé publique.

³⁹ Arrêté du 5 septembre 1972 publié au journal officiel du 7 septembre 1972,

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000643537> Consulté le 16/07/2025

infirmières, tout en leur imposant des principes de dévouement et d'obéissance, les maintenant sous l'autorité médicale.⁴⁰

C'est à cette même période que les soins infirmiers entamèrent une démarche de théorisation qui va considérablement renforcer leur autonomie intellectuelle et professionnelle.

Virginia Henderson (1897-1996), infirmière Américaine affirmait que : « *l'infirmière est, et devrait être légalement, une praticienne indépendante, ayant capacité à avoir des jugements indépendants, dont le diagnostic, le pronostic et le traitement relèvent de la fonction du médecin, en revanche, l'infirmière détient l'autorité pour ce qui touche aux soins infirmiers.* »⁴¹

Virginia était enseignante et chercheuse, engagée dans la défense et la promotion des infirmières, participant au projet d'amélioration des études en soins infirmiers. Elle a formalisé une **grille d'évaluation des capacités du patient**, le concept des « **14 besoins fondamentaux** » en se basant sur l'observation clinique et l'analyse des besoins des patients. Cette grille est devenue une référence mondiale.

En France, peu à peu les formations développent les « soins infirmiers » et s'appuient sur les travaux de Virginia Henderson pour fonder et structurer leur enseignement.⁴² Cette dynamique de théorisation des soins, amorcée avec les travaux de Virginia Henderson et renforcée par **la réforme des études de 1972**, a progressivement posé les bases d'une autonomie professionnelle fondée sur une démarche de soins centrée sur la personne et non plus uniquement la maladie.

Ce mouvement trouve son aboutissement juridique quelques années plus tard par la **loi du 31 mai 1978** ⁴³ consacre officiellement cette autonomie en instaurant le **rôle propre** infirmier, reconnaissant à la profession une responsabilité pleine et entière dans la mise en œuvre des soins, la prévention et l'accompagnement des patients, l'éducation et la promotion à la santé.

La formation est alors réformée : elle s'étale sur **33 mois**, repose sur une **démarche centrée sur la personne**, et distingue deux axes complémentaires :

- le **rôle sur prescription** (actes délégués par le médecin),
- le **rôle propre** (initiatives relevant de la responsabilité de l'infirmière).

Cette approche globale du soin intègre la relation d'aide, les soins de nursing, les soins techniques, et surtout l'**analyse clinique** via la **démarche de soins** et prend ainsi appui sur l'analyse de la situation du patient, avec l'introduction du **diagnostic infirmier**. Le **décret du 12 février 1980**⁴⁴

40 « La servante attentive et prévenue qui, sans jamais dépasser les limites de son domaine permis, saura remplir exactement le rôle d'auxiliaire du médecin qui est le sien », propos de L. Chaptal, R. MAGNON, p.151.

41 Virginia Henderson : 1897 _1996. Biographie et analyse de son œuvre. ARSI Association de recherches en soins infirmiers, Mars 2002 2002/1, PAGES 5 À 17, ÉDITIONS Recherche en soins infirmiers

42 Éliane Rothier-Bautzer, Formation des soignants en France : la difficile émergence de nouveaux modèles, les tribunes de la santé n°

36 — automne 2012

43 Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les art. 1473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière). Voir :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000704924/>

44 Ministère de la santé, Le décret du 12 février 1980

consolide cette reconnaissance en listant les actes relevant de chaque rôle.

C'est donc 20 ans plus tard, par le décret du 23 mars 1992, que le concept de **diagnostic infirmier** est officialisé dans notre pays. Sa définition, adoptée internationalement, est la suivante: « *énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable.* »⁴⁵

L'**arrêté du 31 juillet 2009**⁴⁶ marque une avancée majeure pour la profession infirmière : le diplôme d'État est désormais reconnu au **grade licence**, inscrivant ainsi la formation dans le cadre européen LMD (Licence-Master-Doctorat). Cette reconnaissance universitaire renforce la légitimité scientifique de la profession, **ouvre la voie aux poursuites d'études en Master et Doctorat**, et participe pleinement à la construction d'une identité infirmière autonome, fondée sur des savoirs théoriques, cliniques et réflexifs.

Enfin plus récemment, la **loi n°2025581 du 27 juin 2025 du Code de la santé publique**⁴⁷ inscrit pour la première fois dans le rôle propre des infirmiers : leur position d'acteurs de premier recours. Elle définit leurs missions socles — soins curatifs, préventifs, palliatifs, relationnels, coordination, formation et recherche — et consacre la **consultation infirmière** ainsi que le **diagnostic infirmier**. Elle élargit également leurs compétences en matière de **prescription**, permettant aux infirmiers d'ordonner de manière autonome certains médicaments, dispositifs médicaux et examens, selon une liste fixée par arrêté ministériel.

L'histoire de la profession infirmière en France, longtemps marquée par la dépendance au corps médical, contraste avec les pays anglo-saxons où l'autonomie des infirmières s'est rapidement affirmée. Face aux évolutions du système de santé — vieillissement, soins ambulatoires — la fonction d'infirmière coordinatrice émerge comme une expertise essentielle. À l'interface du soin, du social et de l'organisation, elle joue un rôle clé dans le maintien à domicile des personnes vulnérables, combinant compétences cliniques et coordination.

Longtemps implicite, cette fonction est aujourd'hui reconnue comme une compétence majeure. L'infirmière coordinatrice évalue, anticipe, oriente et crée du lien entre acteurs pour construire un parcours de soins cohérent et éthique. Cette évolution illustre une profession en expansion, fidèle à son histoire d'adaptation et d'engagement face aux défis sociaux et sanitaires. C'est cette posture, ses enjeux et ses perspectives que nous allons désormais explorer.

1.7 - L'émergence du rôle IDEC

Le système de santé français demeure structuré par des clivages persistants : entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi entre la prise en charge de proximité en ville et les soins spécialisés assurés par l'hôpital. Ces fragmentations freinent la continuité et la fluidité des

⁴⁵ Définition de l'association nord-américaine des diagnostics infirmiers et inscrite dans la réglementation française.

⁴⁶ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-201 du 26 juin 2009 et l'Arrêté du 31 juillet 2009

⁴⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886863> site consulté le 16/12/2025

⁴⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051806032> consulté le 31/08/2025

parcours de santé, en particulier pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie. Pour y remédier, la coordination gérontologique a vu le jour il y a plus de quarante ans, portée initialement par l'État puis consolidée par les dynamiques de décentralisation.⁴⁸

Dans ce contexte, le décret du 8 mai 1981⁴⁹ a officiellement créé les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), entraînant un développement rapide du nombre de structures et de places.⁵⁰ Parallèlement, le rapport Laroque a souligné la complexité croissante des situations et l'importance cruciale du lien entre les différents acteurs, révélant ainsi le besoin urgent d'une fonction dédiée à la coordination.⁵¹

La **Coordination nationale des infirmières**, créée en 1988, a aussi contribué à renforcer la visibilité et la légitimité de ce rôle, en soulignant que la qualité des soins dépendait autant de la compétence clinique que de la capacité à organiser et articuler les interventions.⁵²

Aujourd'hui, à l'aube de la transformation des SSIAD en Services Autonomie à Domicile (SAD), ce rôle prend une dimension élargie : il ne s'agit plus seulement de coordonner des soins, mais de piloter un accompagnement global, alliant santé, autonomie et qualité de vie au domicile.

L'IDEC incarne une **infirmière experte**, dotée de compétences organisationnelles, relationnelles et cliniques, qui assure le **lien entre les différents professionnels de santé**, les familles, les institutions, et les patients.

II - CADRE CONCEPTUEL ET RÉGLEMENTAIRE : Domicile, SSIAD, SAAD, SPASAD

Le vieillissement démographique en France, lié à la baisse de la fécondité et de la mortalité ainsi qu'à l'allongement de l'espérance de vie, impose une révision des systèmes de protection sociale et de prise en charge des personnes âgées. Dès les années 1980, les pouvoirs publics se sont emparés de cette question, mais c'est au début des années 2000, face à l'accélération du phénomène, qu'ont émergé de profondes réformes.

La **loi du 2 janvier 2002 (2002-2)** redéfinit l'action sociale et médico-sociale en promouvant l'autonomie, la protection, la cohésion sociale et la prévention de l'exclusion. Elle élargit la liste des services aux dispositifs d'accueil à domicile et insiste sur la qualité de l'accompagnement, centré sur la protection, l'assistance et le développement de l'autonomie.

48 Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées, Politiques, interventions et expertises en santé publique, Santé publique volume 25 / N°1 - janvier-février 2013 pages 7 à 14, Matthieu de Stampa, Isabelle Vedel (...)

49 Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006765732/2022-07-24 Consulté le 10/08/2025

50 Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Le coût de leur prise en charge et ses déterminants, consulté le 10/08/2025 : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD-2.pdf>

51 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », Gérontologie et société 2007/4 vol. 30 / n° 123, Pages 153 à 167 Bernard Ennuyer

52 Gendron, C. (1993). Danièle Kergoat, Françoise Imbert, Hélène Le Doaré et Danièle Sénotier (dir.) : Les infirmières et leur Coordination.

Recherches féministes, 6(2), 171. <https://doi.org/10.7202/057756ar> consulté le 10/08/2025.

La HAS souligne d'ailleurs que le domicile, en tant que lieu de vie, doit rester un espace respectueux de l'intimité, de l'autonomie et des choix de la personne.

2.1. Les SSIAD

2.1.1 Cadre législatif

Les Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) font partie des ESSMS, au sens de l'**article L312-1** du CASF. Leur organisation s'appuie sur plusieurs textes fondateurs :

- Le **décret n°81-448 du 08 mai 1981**⁵³, fixant les conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées ;
- La **loi 2002-2 du 2 janvier 2002**⁵⁴, réformant la loi du 30 juin 1975 relatives aux établissements et services du secteur de l'action sociale ;
- Le **décret 2004-613 du 25 juin 2004**⁵⁵, relative aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile ;
- La **circulaire du 28 février 2005**⁵⁶, relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

Les SSIAD sont autorisés et financés par l'Assurance Maladie, via un budget global annuel arrêté par l'ARS. Leur autorisation est délivrée pour une durée de 15 ans renouvelable (réforme de la **loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé).

2.1.2 Missions

Les SSIAD jouent un rôle central pour accompagner les personnes qui optent pour le maintien dans leur lieu de vie. Leur mission est de dispenser, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène corporelle auprès de personnes malades ou dépendantes de plus de 60 ans et/ou d'adultes handicapés de moins de 60 ans et/ou de personnes en soins palliatifs.

Ils visent à prévenir ou retarder l'entrée en institution, à éviter ou réduire les hospitalisations, à faciliter les retours à domicile après une hospitalisation et à accompagner les fins de vie. Ils apportent également un soutien précieux aux proches aidants.

2.1.3 Fonctionnement

Les SSIAD sont intégralement financés par l'Assurance Maladie, au moyen d'une dotation globale attribuée et contrôlée par les ARS. Cette enveloppe couvre l'ensemble des dépenses du service : salaires des professionnels salariés, éventuelles rémunérations des infirmiers libéraux conventionnés, frais de déplacement, consommables, petit matériel médical ainsi que les charges

⁵³ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000858280> consulté le 30/08/2025

⁵⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/> consulté le 30/08/2025

⁵⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000801170> consulté le 30/08/2025

⁵⁶ <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm> consulté le 30/08/2025

liées aux locaux et à la gestion courante.

Les soins sont dispensés exclusivement sur prescription médicale et assurés sept jours sur sept. L'IDEC joue un rôle central dans l'organisation : elle évalue les besoins de chaque patient, fixe le nombre de passages nécessaires et élabore un projet de soins personnalisé, garantissant ainsi la continuité et la qualité des prises en charge. Un SSIAD ne peut exister sans la présence d'un infirmier, il délègue son rôle propre aux aides soignantes pour assurer les soins d'hygiène et de confort selon **décret n°2021-980 du 23 juillet 2021** relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé. (voir annexe 1)

Les horaires varient selon les structures : toutes assurent des tournées le matin, certaines poursuivent l'après-midi ou le soir. Pour répondre aux besoins croissants, des SSIAD renforcés et de nuit ont vu le jour. Depuis 2018, une coopération avec l'HAD permet à plusieurs services d'intervenir ensemble auprès d'un même patient, favorisant continuité et coordination des soins.

2.2 Les SAAD⁵⁷

Les SAAD sont des services qui proposent une gamme de prestations liées aux tâches de la vie quotidienne. Ces services réalisés au domicile par des professionnels formés (auxiliaire de vie sociale, accompagnants éducatifs et sociaux, aides ménagère..), couvrent un large éventail de besoins quotidiens.

2.2.1 Cadre législatif

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) relèvent du secteur médico-social. *Décret n° 2025-747 du 1er août 2025* relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de *l'article L. 312-1* du CASF.⁵⁸

Leurs missions principales s'articulent autour de l'aide à la vie quotidienne, de l'accompagnement social et du soutien à l'autonomie.

2.2.2 Missions

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sont spécialisés dans l'assistance aux activités de la vie quotidienne telles que :

- **Aide à la vie quotidienne:** l'entretien du logement, les courses, le ménage, le repassage,
- **Accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie:** aide au lever, au coucher, toilette, repas, soins d'hygiène (dans la limites des actes non médicaux), soutien dans la mobilité au domicile, aide à l'utilisation d'aides techniques (fauteuil, déambulateur)
- **Soutien à l'autonomie et à l'inclusion sociale :** maintien des liens sociaux, prévention de la perte d'autonomie via des activités intellectuelles, sensorielles et motrices, prévention de

⁵⁷ <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/glossaire/saad> consulté le 30/08/2025

⁵⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr>

l'isolement, participation à la vie sociale et citoyenne de la personne.

- **Soutien administratif et coordination légère** : aide aux démarches administratives (dossiers APA, MDPH, sécurité sociale).
- **Soutien aux aidants familiaux** : Relais pour éviter l'épuisement des aidants, information et orientation vers d'autres dispositifs.

2.2.3 Fonctionnement

Les **SAAD** peuvent fonctionner soit sur la base d'une autorisation départementale (convention avec le conseil départemental, donnant droit à financement public) soit via un agrément qualité délivré par l'Etat (notamment pour intervenir auprès des publics fragiles).⁵⁹

Leur financement repose en partie sur la participation des bénéficiaires (reste à charge), les aides publiques (APA, PCH, caisses de retraite, mutuelles), parfois des subventions ou contrats (CNSA, ARS).⁶⁰

L'utilisateur ou son représentant fait une demande d'intervention souvent via le CCAS, le conseil départemental ou directement auprès du SAAD. Une évaluation à domicile est réalisée souvent par un responsable de secteur ou coordinateur puis un contrat de prestation ou un document individuel de prise en charge (DIPEC) est signé, définissant les besoins de la personne, la nature des interventions (aide à domicile, accompagnement social, etc), les horaires et la fréquence, le coût et les aides mobilisées.⁶¹

Les SAAD emploient des aides à domicile, auxiliaires de vie sociale (AVS) ou accompagnement éducatifs et sociaux (AES).

Les plannings sont réalisés par le responsable de secteur (fonction pivot dans un SAAD)

Les SAAD doivent respecter des normes de qualité (loi 2002-2, évaluation interne/externe).

2.3 Le SPASAD

2.3.1 Cadre législatif

Le Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD) a été créé avec le **décret n°2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

C'est une structure unique qui regroupe deux types de services complémentaires : un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et un Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)

Les SPASAD sont des services hybrides créés pour simplifier le parcours des usagers en réunissant aide et soins dans une même structure. Leur cadre législatif s'ancre dans le CASF (**art. L. 323-1 et L. 313-1**), la **loi 2002-2**, la **loi ASV 2015**, et ils sont aujourd'hui en transition vers les SAD, selon le décret du 13 juillet 2023.

2.3.2 Missions

Le SPASAD a pour mission centrale de simplifier le parcours des personnes fragiles à domicile en regroupant dans une seule structure: l'aide à la vie quotidienne (SAAD), les soins infirmiers

⁵⁹ CASF : Articles L.313-1 et suivants (régime d'autorisation et d'agrément qualité)

⁶⁰ Ministère des solidarités et de la santé : Fiches sur le fonctionnement des SAAD

⁶¹ Fédération UNA/ADMR : présentation du fonctionnement des services d'aide à domicile dans le réseau associatif.

(SSIAD), et la coordination personnalisée (interface entre l'utilisateur, les professionnels et les institutions).

2.3.3 Fonctionnement

Le SPASAD fonctionne comme une structure intégrée qui évalue les besoins, propose une réponse globale (aide + soins), assure une coordination interne et externe, et garantit une continuité du service autour de la personne.

III - LA RÉFORME DES SAD : VERS UNE COORDINATION INTÉGRÉE

3.1 Pourquoi cette réforme ?

D'après l'ARS⁶², près de 9 Français sur 10 souhaitent rester vivre à leur domicile le plus longtemps possible. Pour répondre à cette attente, la **loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2021**⁶³ a posé les bases d'une refonte de l'offre d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile. Cette réforme, entrée en vigueur le 30 juin 2023, a été précisée par le **décret n°2023-608 du 13 juillet 2023**⁶⁴, qui définit les transformations attendues, fixe le calendrier de mise en œuvre et établit le cahier des charges applicable aux établissements. L'objectif est de simplifier les démarches, de renforcer la coordination entre aide et soins, et de proposer un accompagnement plus adapté aux personnes âgées comme aux personnes en situation de handicap.

Jusqu'ici, l'aide et les soins à domicile relevaient de structures distinctes (SAAD, SSIAD, SPASAD), ce qui entraînait un éclatement de l'offre, des démarches complexes et parfois une prise en charge insuffisamment coordonnée.

La réforme des services à domicile crée une nouvelle catégorie unique : les Services Autonomie à Domicile (SAD), qui regroupent désormais :

- les services d'aide à domicile (SAAD),
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- les services polyvalents d'aide et de soins (SPASAD).

L'objectif est clair : proposer une offre plus lisible, simplifiée et mieux articulée, afin de garantir un accompagnement global et personnalisé.

À l'horizon du 31 décembre 2025, le secteur du domicile connaîtra une réorganisation majeure. Les SAD devront se conformer aux exigences minimales d'organisation et de fonctionnement fixées par le cahier des charges annexé au décret du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile, impliquant de nouveaux rôles et enjeux pour les infirmiers coordinateurs.

62 Agence Régionale de Santé GRAND EST, consulté le 28/08/2025 : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/reforme-de-laide-domicile-une-organisation-plus-simple-et-des-moyens-pour-accompagner-les-personnes>

63 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044553428> consulté le 30/08/2025

64 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047837913> consulté le 28/08/2025

Les missions des SAD sont données dans les articles **D.312-1 à D.312-13 du CASF**. (cf annexe 1 CASF).

3.2 Freins observés dans la mise en place de la nouvelle réforme

La nouvelle réforme des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) dans le cadre de la transformation vers les Services Autonomie à Domicile (SAD) est ambitieuse et va dans le sens du virage domiciliaire voulu par les politiques publiques, mais elle se heurte à des freins systémiques tels que : La gouvernance partagée, le financement, pénurie de personnel, hétérogénéité territoriale, résistance au changement, structurels organisationnels abordés ci-dessous.

3.2.1. Freins organisationnels

- Fusion complexe des structures : L'intégration des SSIAD, SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile) et SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) au sein d'un même SAD implique des réorganisations lourdes. Multiplicité des dispositifs, financeurs et réglementations (ARS, départements, CAF, CPAM etc).
- Manque de clarté sur le pilotage : Certains acteurs locaux sont encore dans le flou concernant les modalités de gouvernance, notamment entre ARS, conseils départementaux et structures gestionnaires. L'absence de ressources humaines dédiées (coordinateur de parcours, manager de proximité), financement inadapté, besoin de formation.⁶⁵
- Systèmes d'information non interopérables : Les outils numériques ne permettent pas toujours un bon partage d'informations (dossiers usagers, transmissions, outils numériques) entre professionnels (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie...).

3.2.2 Freins financiers

- Modèle de financement flou ou inadapté : La réforme suppose une évolution vers un financement plus intégré, mais les modalités précises (notamment pour les dotations ou les forfaits) ne sont pas encore stabilisées.
- Contraintes budgétaires et territoriales : (manque de moyens humains et financiers, inégalités d'offre selon les territoires zones rurales, quartiers prioritaires)
- Inquiétudes sur les charges nouvelles : Certaines structures redoutent que la réforme génère des coûts supplémentaires (coordination, formation, outils, RH) sans compensation suffisante.

3.2.3 Freins humains et RH

- Manque d'attractivité des métiers : Difficultés de recrutement (aides-soignants, IDE, auxiliaires de vie), conditions de travail parfois précaires, salaires peu attractifs.
- Peur du changement : Les professionnels peuvent être réticents face à des changements

⁶⁵ Rapport IGAS (2025)

organisationnels, notamment ceux qui bousculent les pratiques établies.

- Besoin de formation et d'accompagnement : La réforme suppose de nouvelles compétences (coordination, approche globale, évaluation de l'autonomie...), mais les formations adaptées sont encore en cours de déploiement.

3.2.4 Freins territoriaux

- Inégalités de déploiement : Certaines régions ou départements sont plus avancés que d'autres dans l'expérimentation des SAD.
- Offre de soins inégale : Dans les territoires peu denses, la coordination de l'aide et des soins est plus difficile à mettre en place.

3.2.5 Freins juridiques et réglementaires

- Cadre juridique en construction : Certaines modalités de la réforme restent à préciser, notamment en ce qui concerne les autorisations uniques et l'articulation entre les différents financeurs .
- Temps d'adaptation

En résumé, la réforme impose aux SSIAD de s'adjoindre une activité d'aide ou de fusionner avec un SAD d'ici au **31 décembre 2025**. Cette obligation peut être difficile à mettre en œuvre en raison des différences de culture professionnelle et des méthodes de travail entre les structures. ⁶⁶

La création des SAD vise à faciliter la coordination entre les structures d'aide et de soins, mais la mise en place de systèmes d'information compatibles reste un défi. ⁶⁷

Certains professionnels expriment des réticences à se rapprocher des SAD, craignant la perte de leur spécificité ou de leur autonomie.⁶⁸ La transition vers les SAD nécessite une adaptation des pratiques professionnelles, ce qui peut être entravé par un manque de formation adéquate. Les services à domicile rencontrent des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel, ce qui complique l'absorption de nouvelles missions.

La réforme introduit un nouveau modèle de financement avec des mécanismes de convergence tarifaire. Cependant, pour les services en situation de convergence négative, des mesures de gel des crédits sont prévues pour les années 2023 et 2024, ce qui peut générer des incertitudes financières. Les structures de taille modeste, notamment en milieu rural, peuvent rencontrer des difficultés à s'adapter aux exigences financières et organisationnelles de la réforme.

⁶⁶https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2024-04/Complement-notice-information-services-autonomie-a-domicile-avril-2024.pdf?utm_source=chatgpt.com

⁶⁷ [les-services-autonomie-domicile-sad-aide-et-soins](#)

⁶⁸ https://www.senat.fr/questions/base/2025/qSEQ250404284.html?utm_source=chatgpt.com

3.3 Cloisonnement entre les services d'aides et de soins

Le cloisonnement entre l'aide et le soin dans les structures médico-sociales (comme les EHPAD, les services autonomie à domicile, les centres de ressources territoriaux etc) peut générer plusieurs risques, tant pour les usagers que pour les professionnels et les organisations de santé et le management.

Les principaux risques liés à ce cloisonnement sont principalement :

3.3.1 Risques pour la personne accompagnée⁶⁹

— Perte de continuité dans la prise en charge : Si les soins (infirmiers, médicaux) sont séparés de l'aide (toilette, repas, mobilité), cela peut entraîner des ruptures dans le suivi des besoins de la personne. Soins et actes d'aide réalisés séparément sans vision globale.

— Approche fragmentée de la personne : L'utilisateur est vu sous l'angle de sa santé ou de ses besoins pratiques, sans vision globale de sa situation. Sentiment d'abandon de la personne ou de morcellement.

— Risque de rupture de parcours : mauvaise coordination qui entraîne des retards, des doublons ou des omissions dans les soins et les aides (ex : oubli d'un traitement lors d'un transfert entre services) ce qui peut nuire à la qualité de vie des patients.

— Qualité de vie dégradée : une bonne prise en charge médicale sans accompagnement de la vie quotidienne, ou inversement, est insuffisante. Manque de personnalisation des soins et des aides, ce qui peut nuire à la satisfaction des patients et à leur qualité de vie.

3.3.2 Risques pour les professionnels⁷⁰

— Tensions interprofessionnelles : hiérarchisation implicite (le soin perçu comme supérieur à l'aide).

— Perte de reconnaissance : les métiers de l'aide peuvent être invisibilisés, ce qui entraîne démotivation et turnover.

— Isolement : manque d'échanges entre équipes (soignantes / éducatives / sociales), avec un risque de travail en silo. Le manque de communication entre les différents professionnels de santé peut nuire à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

— Charge accrue : en l'absence de collaboration, certains professionnels assument des tâches qui ne relèvent pas de leur cœur de métier.

⁶⁹ Cloisonnement institutionnel préjudiciable qui recommande de décroisonner les secteurs sanitaires, social et médico-social pour une meilleure cohérence des actions. N°3739-Rapport d'information de Mme CARRILLON-COUVREUR

⁷⁰ Isolement professionnel et échanges insuffisants. Open Edition journal isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie.

Manque de formation et de développement professionnel peut nuire à leur compétence et leur confiance.

3.3.3 Risques organisationnels

- Dysfonctionnements : transmissions incomplètes ou défaillantes.
 - Surcoûts : redondance des interventions faute de coordination, doublons de travail.
 - Baisse de qualité : difficulté à évaluer correctement les besoins réels de la personne. Insatisfaction des usagers et baisse de leur qualité de vie.
 - Image dégradée : perte de confiance des usagers et des familles envers l'établissement ou le service. L'inefficacité dans la prestation des soins et des aides peut nuire à la réputation et à la crédibilité des organisations de santé.
- Pour éviter ces risques, il est important de promouvoir une approche intégrée et coordonnée entre l'aide et le soin, en favorisant la communication, la collaboration et la formation à la prévention continue des professionnels de santé.⁷¹
- Cela inclut une coordination structurée par exemple, intervention en binôme, interlocuteur privilégié, suivi pluridisciplinaire, culture commune, continuité du parcours. Clairement encadrés par le projet de service.⁷²

3.4 Enjeux et défis de la coordination dans le secteur médico-social

La coordination dans le secteur médico-social implique de nombreux acteurs : usagers, famille, professionnels de santé, services sociaux et médico-sociaux. Elle vise à assurer la continuité, la qualité et l'efficacité des parcours de soins et d'accompagnement. Elle suppose de faire travailler ensemble différents acteurs (sanitaires, médico-sociaux, institutionnels, associatifs, aidants familiaux) autour de la même personne.

Le **projet stratégique 2025-2030 de la HAS** met l'accent sur l'approche intégrée des parcours de vie, garantit une prise en charge globale qui prend en compte le médical, le psychologique et le social. L'ambition est d'éviter les ruptures de parcours en renforçant la coordination entre professionnels et en valorisant la liberté des personnes accompagnées.⁷³

Il sera donc judicieux d'améliorer la qualité de l'accompagnement, de favoriser le maintien de l'autonomie (adapter les interventions aux besoins évolutifs), d'optimiser l'organisation des ressources (éviter les doublons entre structures), renforcer l'accès aux droits et aux soins (réduire

71 Le code de l'action sociale et des familles impose la mise en place d'un fonctionnement intégré lorsque les prestations d'aide et de soins sont proposées.

72 Légifrance Article annexe 3-0 code de l'action sociale et des familles.

73 Haute Autorité de Santé (HAS) - Orientations 2025-2030

les inégalités territoriales ou sociales), favoriser la coopération interprofessionnelle⁷⁴, développer une culture commune entre les acteurs aux logiques différentes (soins et accompagnement).

La coordination est un enjeu prioritaire identifié par les institutions (HAS, CNSA) pour assurer des parcours cohérents et inclusifs.⁷⁵

Réussir cette coordination suppose de développer des outils partagés, une culture commune interprofessionnelle, une confiance mutuelle et permettre aux personnes accompagnées d’êtres actrices de leur projet de vie.

Les autres enjeux actuels⁷⁶

- **Attractivité et fidélisation** des métiers (forte rotation, difficulté de recrutement).
- **Digitalisation** des outils de suivi et de planification (applications mobiles, télégestion).
- **Qualité de vie au travail** pour limiter l’usure professionnelle.
- **Approche centrée sur le bénéficiaire** : co-construction du projet d’aide avec la personne.
- **Transition démographique** : adaptation face à l’augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

3.5 Rôles complémentaires dans l’accompagnement à domicile

La coordination entre les professionnels de l’aide et du soin est essentielle pour assurer une prise en charge globale, sécurisée et adaptée des personnes accompagnées à domicile. La complexité croissante des besoins des patients impose une organisation fluide et intégrée, où la complémentarité des compétences entre aides à domicile et professionnels du soin est nécessaire. Dans un podcast de Déclif d’Avenir, Mme GAUTHIER Julie, directrice général d’Amical (SPASAD) transmet : *“Deux modes de financement différents et deux cultures professionnelles complètement différentes, il y a le côté soin avec le financement ARS avec un coût zéro pour le patient du fait de la prise en charge par la sécurité sociale sur prescription et à côté une activité d’aide ou il y aura un reste à charge pour les personnes accompagnées et ou on du personnel qui sont dans une culture médico sociale alors que les SSIAD ont est plutôt dans une culture sanitaire. Il va vraiment falloir faire collaborer ces deux univers. (...) Au niveau même de l’encadrement, les responsables de secteur ont l’habitude de traiter des plans d’aide APA, mais demain on leur demandera d’avoir une réflexion à 360° en intégrant des actions de prévention, repérage de la maltraitance, des actions d’aide aux aidants, il va falloir les former”*⁷⁷

74 Ministère de la santé et de la prévention (et ministère des solidarités): textes et plans nationaux sur la coordination dans le médico-social

75 Le Monde (2024) Crise de recrutement, conditions de travail difficiles, turn over

76 **Le Monde** (21 mai 2024a). Sous-financement structurel, précarité des emplois et pénuries de personnel : le secteur de l’aide à domicile est à bout. Le Monde – Économie. Disponible sur : [lemonde.fr](https://www.lemonde.fr/economie/article/2024/05/21/sous-financement-structurel-precarite-des-emplois-et-penuries-de-personnel-le-secteur-de-l-aide-a-domicile-est-a-bout_6161116_1829703.html)

Le Monde (21 mai 2024b). Dans l’aide à domicile, deux histoires s’entremêlent : la domesticité et le médico-social. Le Monde – Économie. Disponible sur : [lemonde.fr](https://www.lemonde.fr/economie/article/2024/05/21/dans-l-aide-a-domicile-deux-histoires-s-entremellent-la-domesticite-et-le-medico-social_6161116_1829703.html)

77 <https://arche-mc2.fr/blog/services-autonomie-3-3-quels-impacts-metiers/>

Des formations communes entre les professionnels de l'aide et du soins permettraient de mieux comprendre les rôles et missions de chacun, les difficultés, les limites et travailler en synergie au profit du bénéficiaire.

On parle alors du **concept d'acculturation**, selon la définition du LAROUSSE, l'acculturation se définit comme la : « *modification des modèles culturels de base de deux ou plusieurs groupes d'individus, de deux ou plusieurs ethnies distinctes, résultats du contact direct et continu de leurs cultures différentes. Adaptation d'un individu ou d'un groupe à la culture environnante* »⁷⁸

En sociologie, elle se définit comme « *ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels originaux de l'un ou des autres groupes* »⁷⁹

Cette acculturation et formations communes permettraient alors d'améliorer la cohésion d'équipe et ainsi la qualité des prestations sur le terrain.

Dans la situation décrite, nous avons mis en évidence une problématique de coordination entre l'aide et le soins engendrant un événement indésirable lié au médicament.

La haute autorité de santé rappelle dans un guide de bonnes pratiques : « *Une bonne coordination entre les différents professionnels internes et externes est indispensable pour garantir la sécurisation du circuit du médicament. La communication et l'échange à des moments clés à l'aide d'outils est indispensable. Les facteurs de risque et de protection sont complétés par des questionnements qui insistent sur cette communication indispensable.* »⁸⁰ (Annexe N° 3)

3.6 La prévention

Par ailleurs, la prévention devient une priorité dans la réforme des services autonomie.

Cette prévention est mise en avant pour réduire les hospitalisations et permettre à la personne dépendante de vivre dans les meilleures conditions possibles

Ces actions de prévention doivent impliquer l'ensemble des intervenants à domicile. À ce titre, le formulaire proposé par l'ANESM : « *outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation* »⁸¹, pourrait par exemple être couramment utilisé. (cf. annexe 3).

Il s'agit d'un « *formulaire simple d'utilisation et rapide à remplir par les professionnels intervenant à domicile [...], permettant d'assurer le maintien ou le soutien à domicile des*

⁷⁸ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acculturation/577>

⁷⁹ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Acculturation#Guerraoui2009> / Zohra Guerraoui, « De l'acculturation à l'interculturalité : réflexions épistémologiques », *L'Autre*, vol. 10, n° 2 « Accueil, asile, soin », 2009, p. 195-200

⁸⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/diqasm_sr_guide_medicament_dom_publi.pdf

⁸¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation

personnes accompagnées »⁸². Les principaux objectifs sont :

- « D'identifier un changement dans la situation, le comportement et/ou l'environnement de la personne accompagnée et/ou de son aidant »
- « D'organiser une alerte sur la situation à risque au responsable dans le but d'ajuster l'accompagnement et/ou éventuellement de réadapter le projet personnalisé, voire inviter la personne âgée à consulter son médecin traitant »

Dans ce cadre, il sera essentiel que ces actions de préventions soient pilotées par l'infirmier(ère) coordinateur(trice). En tant que professionnel(le) de santé, il/elle dispose de compétences cliniques qui lui permettent d'identifier précocement les risques de perte d'autonomie (Dénutrition, chutes, syndrome de glissement...), d'évaluer les besoins de manière globale, aide et soins, et d'ajuster les plans d'accompagnement en fonction de l'évolution de l'état de santé des personnes.

Il / elle est également en mesure de mobiliser les différents professionnels (Évaluateurs APA par exemple), travailler en lien avec les aidants, et d'assurer de la cohérence dans les interventions.

Dans le cadre de la réforme des services autonomes, ou la prévention et la qualité de vie à domicile deviennent des priorités majeures, l'infirmier(ère) coordinateur(trice) devient donc garant(e) de la qualité des prises en charge. Cette coordination sera toutefois effectuée en étroite collaboration avec les responsables de secteur qui ont une approche plus sociale.

3.7 Les profils cible du SAD (cf annexe 4 organigramme cible du SAD)

Le responsable de la coordination aide et soin

Le décret 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile dit : Le responsable du service désigne un ou plusieurs responsables de la coordination de l'aide et du soin au sein du service. Ce responsable est chargé de mettre en oeuvre les modalités de coordination définies dans le projet de service afin de répondre aux objectifs mentionnés au point 4.3.1.1

Il est chargé du suivi de la réalisation des prestations. Il s'assure notamment de la bonne information des intervenants sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée avant toute intervention.

Il vérifie la bonne compréhension du protocole d'intervention par les intervenants (consignes, tâches à accomplir...)

Les encadrants aide et encadrants soins qualifient les demandes, réalisent l'évaluation des besoins à domicile, planifient des prestations dans le but de contractualiser le DIPEC. Ils participent à l'élaboration et l'adaptation des PAP, et des prestations aux besoins et à leur évolution, suivi des situations et contrôle qualité, en lien avec les bénéficiaires et les familles.

Les équipes aide, soin et interlocuteur privilégié mettent en oeuvre des plans d'aide et de soins,

⁸² https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation

effectuent un suivi de l'évolution du besoin, réalisent les soins infirmiers et de prévention.

La réforme des SAD marque un passage d'un modèle fragmenté à un modèle intégré, où la coordination entre aide et soin devient centrale. Elle confère un rôle stratégique aux professionnels de coordination (notamment l'IDEC), et s'inscrit dans le virage domiciliaire de la politique du "Grand âge et autonomie".

IV - LE PROFIL INFIRMIER COORDINATEUR : ACTEUR CLÉ DES FUTURS SAD

4.1 Le rôle actuel de l'IDEC en SSIAD

4.1.1 Cadre législation et missions :

La participation des infirmiers à la coordination des soins est précisée dans **l'article R. 4311-15 du Code de la santé publique** : l'infirmier « *participe [...] à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.* »⁸³

« *L'infirmier coordinateur est la clé de voûte du dispositif de soins infirmiers à domicile.* »⁸⁴ Le **Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005**, précise ses missions de l'infirmier coordonnateur selon **l'Article D312-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles**⁸⁵, mettant en évidence son rôle essentiel dans la coordination des soins à domicile. (voir annexe 1)

L'infirmière coordinatrice (IDEC) occupe une place centrale au sein d'un SSIAD. Elle est la cheville ouvrière de l'organisation des soins à domicile, en assurant une prise en charge globale et personnalisée.

Tout commence par une évaluation complète de la situation de la personne : état de santé, environnement de vie, besoins spécifiques. Sur cette base, elle élabore un projet de soins adapté, qu'elle planifie et met en œuvre avec l'équipe soignante.

Sa mission ne s'arrête pas là : l'IDEC se situe à l'interface entre les patients, les familles, les aides-soignantes, les infirmiers libéraux, les médecins traitants et les structures du territoire. Elle assure la coordination au quotidien, veille à la fluidité des échanges, à la continuité des soins, et à l'ajustement constant du dispositif en fonction des évolutions.

Actrice du lien entre le soin et le social, l'IDEC contribue aussi aux coopérations avec les établissements médico-sociaux, les réseaux de santé ou les dispositifs d'appui à la coordination. À

⁸³ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913903

⁸⁴ Circulaire DGAS/2 C no 2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

⁸⁵ Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000812841/> Consulté le 16/07/2025

ce titre, elle est bien plus qu'une organisatrice : elle est une facilitatrice indispensable à un maintien à domicile efficace, humain et sécurisé.

4.2 Une experte du soin, mais aussi de la coordination

L'essence même du métier infirmier repose sur une expertise clinique solide, nourrie à la fois par des savoirs théoriques et par l'expérience de terrain. La définition d'une compétence culturelle en soins infirmiers selon l'Office of Minority Health (2013) est la suivante : « *Un ensemble de comportements, d'attitudes et de capacités qui permettent à l'infirmière d'exercer efficacement dans des situations interculturelles* ». ⁸⁶ Dispenser des soins, c'est bien plus que poser un acte technique : c'est agir dans une logique de santé globale, auprès de personnes et de communautés, en tenant compte de leur environnement, de leurs vulnérabilités et de leurs ressources.

La combinaison des compétences professionnelles et d'un jugement clinique éclairé permet à l'infirmière, face à une situation incertaine, d'analyser, d'évaluer, de prendre des décisions et d'agir, transformant ainsi un doute déstabilisant en un doute porteur et constructif. ⁸⁷

Dans cette perspective, la clinique devient un véritable fil conducteur de la réflexion et de l'action infirmière — elle guide non seulement la réalisation du soin, mais aussi son organisation, et le pilotage des équipes qui y contribuent. ⁸⁸

Au cœur de cette pratique se déploie une organisation du travail structurée autour des “**tournées infirmières**”. Celles-ci permettent une répartition précise et anticipée des actes, assurant la continuité et la qualité des soins.

Les **transmissions**, quant à elles, garantissent une communication fluide entre les professionnels, évitant les ruptures d'information et assurant un suivi cohérent et sécurisant pour les patients. Cette structuration appelle nécessairement une **maîtrise fine de la coordination**, à la fois dans la gestion interne des soins et dans l'articulation avec les nombreux autres acteurs impliqués. ⁸⁹

⁸⁶ Office of Minority Health, 2013. In : Debout C. Culture et soins : un cadre de référence pour la pratique infirmière. Journée Anfiide, 27 septembre 2013.

⁸⁷ Infirmière au domicile, une évolution des compétences, Les soins infirmiers aux domiciles, nouveaux défis, SOINS N°807, Juillet Août 2016, Brigitte LECOINTRE, infirmière libérale.

⁸⁸ Profession et discipline : un destin commun pour les infirmiers, Recherche en soins infirmiers n° 141 - Juin 2020, Didier LECORDIER, Emmanuelle CARTRON, Ljiljana JOVIC

⁸⁹ Infirmière au domicile, une évolution des compétences, Les soins infirmiers aux domiciles, nouveaux défis, SOINS N°807, Juillet Août 2016, Brigitte LECOINTRE, infirmière libérale.

4.3 “Chaque infirmière est un leader.”⁹⁰

Le leadership infirmier^{91 92} ne se limite pas à un poste ou un titre : il se manifeste à tous les niveaux, dans chaque action et chaque décision. Il s'exerce classiquement à trois niveaux complémentaires : clinique, managérial et professionnel.⁹³

— **Leadership clinique** : il consiste à rendre explicite son raisonnement, coordonner avec agilité les activités de soins, conduire des projets et gérer les risques pour assurer des prises en charge sûres et efficaces.

— **Leadership managérial** : il se traduit par la supervision des équipes, le pilotage des actions, le suivi de la qualité des soins, le feedback constructif entre intervenants et la gestion des conflits.

— **Leadership professionnel** : il vise à accompagner et inspirer l'équipe vers un objectif commun, qu'il soit institutionnel ou lié à la santé publique. L'infirmière, par sa posture éducative et préventive, remplit ses missions de prévention, d'éducation à la santé et de tutorat, tout en servant de modèle et de référence pour ses collègues.

Ainsi, le leadership infirmier combine expertise, influence et engagement pour transformer l'action quotidienne en impact durable sur la qualité des soins et le développement des équipes.

Pour reprendre une phrase de Peter F. Drucker : “*Le management est l'art de bien faire les choses, le leadership est l'art de faire les bons choix.*”

D'après Catherine Naviaux-Bellec, conseillère pédagogique nationale à DGOS, le leadership fera partie des cinq domaines de compétences du nouveau référentiel de formation prévu en 2026.⁹⁴

Le rôle infirmier ne se limite donc pas au soin prescrit, il englobe une véritable orchestration du parcours de santé. En ce sens, la posture de coordination devient indissociable du cœur du métier infirmier, renforçant l'idée que l'infirmière est la plus à même d'assumer cette responsabilité dans les dispositifs comme les SAD.

⁹⁰ Préparer le futur : renforcer le leadership des soins infirmiers en oncologie dans le contexte des organisations professionnelles de soins

infirmiers en oncologie, PubMed central, Février 2017, PMID: [31148772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148772/)

⁹¹ Le leadership infirmier : un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession, Recherche en soins infirmiers n°136 paru en 2019, par Valérie Berger et Francine Ducharme.

⁹² Pourquoi parler de leadership infirmier ?, Haward Business Review, Octobre 2024, Sylvie Deffayet, Ingrid Choucrallah, Brigitte Feuillebois,

Loïc Martin

⁹³ Clarification du concept de leadership infirmier et de ses déclinaisons, SOINS n°840 novembre 2019, Christophe DEBOUT

⁹⁴ Formation infirmière : le chantier du nouveau référentiel, Propos de Catherine Naviaux-Bellec, article paru le 28 mars 2025

<https://www.santementale.fr/2025/03/la-formation-infirmiere-comprendra-des-stages-obligatoires-en-psychiatrie/>

4.4 Le virage vers les SAD : pourquoi l'IDEC est légitime pour coordonner aide et soins

L'IDEC incarne la légitimité à coordonner l'aide et le soin dans les SAD, car elle réunit trois atouts essentiels : une expertise clinique, une capacité organisationnelle, et une position pivot reconnue par la réglementation.⁹⁵ Cette triple dimension en fait un acteur indispensable pour garantir la continuité, la qualité et la sécurité des parcours à domicile.

Le **décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023** relatif aux SAD consacre la légitimité de l'infirmière coordinatrice dans l'organisation des soins et des accompagnements. Ce texte réglementaire rend en effet obligatoire la présence d'un infirmier coordinateur au sein des services relevant du 1° de l'article L. 313-1-3 du CASF, c'est-à-dire les SAD mixtes qui dispensent simultanément des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins.

La légitimité de cette fonction se fonde sur trois dimensions principales :

- **Une légitimité institutionnelle** : par la reconnaissance légale de son rôle dans le décret, l'infirmière coordinatrice devient un acteur incontournable de la gouvernance des SAD. Sa mission est inscrite dans le projet de service mentionné à **l'article L. 311-8 du CASF**, garantissant un cadre clair et officiel à ses responsabilités.

- **Une légitimité organisationnelle** : l'infirmière coordinatrice est investie de la mission d'assurer la cohérence et la complémentarité entre les interventions de soins et celles d'aide ou d'accompagnement. Elle veille ainsi à la fluidité du parcours de la personne accompagnée et à l'optimisation des ressources humaines et techniques mobilisées.

- **Une légitimité professionnelle et clinique** : grâce à son expertise en soins infirmiers et à sa connaissance du terrain, elle occupe une position de pivot dans la coordination des différents acteurs, renforçant la qualité, la continuité et la sécurité des interventions au domicile.

En définitive, le **décret n° 2023-608** confère à l'infirmière coordinatrice une légitimité formelle, fonctionnelle et clinique, faisant d'elle un élément central de la coordination intégrée au sein des services autonomie à domicile.⁹⁶

⁹⁵ **Circulaire DGAS/DSS/2005** relative aux SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)

⁹⁶ Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) Texte intégral sur Legifrance

4.5 Le management dans les services autonomie à domicile

Le **management dans les services autonomie à domicile** (SAAD, SSIAD, SPASAD, aides à domicile, auxiliaires de vie, etc.) désigne l'organisation et la coordination des équipes qui accompagnent les personnes âgées, en situation de handicap ou fragilisées, dans leur maintien à domicile.

Les innovations managériales dans l'aide à domicile apparaissent comme une solution pour humaniser le management et l'accompagnement des personnes dépendantes. Ces démarches de réorganisation du travail s'inspirent du courant de l'école des relations humaines. La plus populaire est baptisée **Buurtzorg**⁹⁷, portée en France par un collectif d'entrepreneurs sociaux et de coachs.

Il s'agit d'humaniser le travail, de réinscrire le métier d'aide à domicile dans une dimension relationnelle et vocationnelle pour améliorer la performance. Selon un cabinet intervenant lors des formations, la transformation des structures doit donc passer, selon les formateurs par la prise en compte des besoins des salariées, permettant d'améliorer la qualité du service rendu ainsi que la performance de la structure.⁹⁸

Humaniser la prise en charge des bénéficiaires pour favoriser l'engagement au travail. Recentrer les professionnels sur leurs propres besoins afin de faire le parallèle avec leur manière de prendre soin de l'autre. Cette « philosophie » doit permettre « de reconnecter le professionnel à la personne accompagnée dans son environnement et non à la tâche à faire, ce qui permet à chacun de se sentir vraiment considéré en tant qu'individu ».

Pour cela le rôle du dirigeant(e) : le leader doit entamer une révolution intérieure et incarner un rôle de leader, et renoncer au pouvoir et à l'égo. Il s'agit d'une transformation individuelle.

C'est un secteur très spécifique car il conjugue :

- **des enjeux humains** (accompagner la vulnérabilité, préserver la dignité, répondre aux besoins de la personne),
- **des contraintes organisationnelles** (continuité du service, gestion des plannings, mobilité des intervenants),
- **un cadre réglementaire**⁹⁹ (loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, référentiels qualité, tarification, normes de bientraitance).

⁹⁷ Buurtzorg signifie « soins (Zorg) de proximité » en néerlandais. Cette organisation créée en 2006 vise à transformer les organisations en équipes d'infirmiers et aides-soignants à domicile intervenant sur une zone géographique délimitée, sans hiérarchie. Chaque équipe est responsable de trouver des patient.es, de la coordination avec les autres professionnel.les, de la mise en oeuvre des interventions et du recrutement, de la planification, de la formation et de la facturation. Cette organisation s'inspire des principes des entreprises libérées et du mouvement de l'holocratie.

⁹⁸ Éthique publique - Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale. Vol 26, n°1/2024 Dans les coulisses du « management éthique

»

⁹⁹ Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile. *Journal officiel de la République française*.

4.5.1 Rôles du manager

Définition du manager selon le Larousse : « *Personne qui dirige une équipe, un service, une entreprise ; responsable chargé d'encadrer un groupe et de gérer son activité.* »

Le manager médico-social, et en particulier l'IDEC, est à la fois chef d'orchestre organisationnel, médiateur relationnel et garant du sens éthique des interventions au domicile.

Ainsi, l'IDEC apparaît non seulement comme un acteur du soin mais aussi comme une figure managériale à part entière, au croisement de l'organisation, de la coordination et de l'éthique. Toutefois, au-delà des définitions théoriques et des missions prescrites, il reste essentiel d'examiner la manière dont ce rôle est réellement perçu et exercé sur le terrain. C'est dans cette perspective que nous avons conduit notre enquête auprès des professionnels directement impliqués dans la coordination de l'aide et du soin.

V - MÉTHODOLOGIE, RÉSULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUÊTE

Pour répondre à notre hypothèse, nous avons élaboré un questionnaire en ligne. Celui-ci a été diffusé par mail aux IDEC et RS exerçant en SSIAD et SPASAD majoritairement situés en Ile de France.

Nous avons choisi d'interroger uniquement les IDEC et RS car ils sont directement impliqués dans la coordination de l'aide et du soin.

Nous avons exclu les SAAD car ils ne présentent pas d'obligation de rapprochement avec un SSIAD dans le cadre de la réforme.

Au total, **41 réponses** ont été collectées. Les données ont ensuite été extraites sous Excel, ce qui a permis de croiser le profil des répondants avec leurs réponses. Les résultats figurent en annexe 5, présentés sous forme d'organigrammes et de textes pour les questions ouvertes.

Question 1 : Quelle est votre fonction ?

Les répondants sont majoritairement composés d'infirmiers coordinateurs (IDEC), représentant 75,6 % des répondants (dont 56,1 % en SSIAD et 19,5 % en SPASAD). Les responsables de secteur (RS) sont moins représentés, avec 24,4 % des réponses (17,1 % en SPASAD et 7,3 % en SAAD en cours de rapprochement), donc leur vision risque d'être moins représentée.

L'analyse des résultats tiendra compte du fait que la vision infirmière prédomine.

Néanmoins, la présence, même minoritaire, des RS apporte un éclairage complémentaire précieux pour confronter et comparer les perceptions des deux profils sur la légitimité à assurer la coordination entre aide et soins.

Question 2 : Nombre d'années d'expérience dans cette fonction?

On constate que 14 IDEC en SSIAD ont un nombre d'années d'expérience dans cette fonction et 4 responsables de secteur en SPASAD soit 43,9% variant entre 1 et 5 ans. Suivie de près par 26,8% qui correspondent aux IDEC en SPASAD et les responsables de secteur en SPASAD qui sont au nombre de 7 et 6 respectivement ainsi que les responsables de secteur en cours de rapprochement sont eux au nombre de 4 ayant un nombre d'années d'expériences supérieur à 10 ans. En revanche, 4 personnes occupent cette fonction depuis moins d'un an, il s'agit d'un IDEC en SPASAD et 3 IDEC en SSIAD.

Question 3 : Formation initiale

L'échantillon est majoritairement composé d'infirmiers, avec 78 % des répondants titulaires du diplôme d'État, ce qui garantit une expertise solide dans le domaine du soin. Cette prédominance influence cependant la perception de la coordination, qui tend à se centrer sur les aspects cliniques, au détriment des dimensions sociales, médico-sociales et organisationnelles.

L'absence de représentativité claire des diplômes sociaux dans l'échantillon peut restreindre la vision globale de la coordination et des besoins des bénéficiaires.

Les autres formations mentionnées – BTS diététique, auxiliaire de vie sociale et formation en administration économique et sociale – restent minoritaires, bien qu’elles apportent des compétences complémentaires en nutrition, accompagnement quotidien et gestion.

Pour une approche plus complète, il serait pertinent d’inclure davantage de professionnels issus du secteur social et médico-social, afin de renforcer la multidimensionnalité et l’efficacité de la coordination.

Question 4 : Avez-vous une formation complémentaire en coordination, management ou gérontologie ?

L’analyse des réponses met en évidence une disparité importante entre les deux professions interrogées (IDEC et responsables de secteur).

Près de la moitié des participants (48,8 %) déclarent avoir suivi une formation complémentaire dans les domaines de la coordination, du management ou de la gérontologie.

- Chez les IDEC, plus de la moitié (58 %) ont bénéficié d’une formation complémentaire, soit 18 IDEC sur 31. Parmi eux, la moitié (9/18) ont suivi une formation diplômante de type Diplôme Universitaire (DU) ou Licence, tandis que les autres ont seulement bénéficié de formations internes de courte durée (quatre jours maximum).

- Chez les responsables de secteur, cette proportion est bien plus faible : seulement 2 sur 8 (25 %) ont suivi une formation complémentaire. Parmi ces derniers, une seule responsable a bénéficié d’une formation diplômante.

Ces résultats suggèrent que les IDEC sont davantage formés spécifiquement à la coordination et au management que les responsables de secteur. Cela tend à conforter l’hypothèse selon laquelle l’IDEC dispose d’une légitimité renforcée pour assumer le rôle central de coordination, du fait d’un bagage théorique et pratique plus solide.

Question 5 : Comment évaluez vous votre niveau d’information concernant les objectifs de la réforme du “service autonomie à domicile” ?

La majorité (61%) se considère bien ou assez bien informée sur la réforme, mais près de 39% ont un niveau moyen ou faible, ce qui suggère un besoin potentiel de communication ou de formation complémentaire.

Question 6 : Qui s’occupe de la mise en place de la réforme du “Service Autonomie à domicile” dans votre structure ?

Dans 82,9 % des cas, la réforme du SAD est pilotée par le directeur, ce qui traduit une démarche surtout hiérarchique et descendante.

Néanmoins, les réponses ouvertes montrent que la mise en œuvre concrète implique aussi les IDEC, responsables de secteur, cadres de santé et équipes administratives, parfois même avec l’appui de cabinets externes.

Autrement dit : la réforme est officiellement portée par la direction, mais repose en réalité sur une mobilisation collective non formalisée des acteurs de terrain.

Question 7: Pensez vous que votre rôle et vos missions seront amenés à évoluer dans le service

autonomie?

87,8 % supposent que leurs missions évolueront à la mise en place du service autonomie à domicile, il s'agit principalement d'IDE en SSIAD (19), IDEC en SPASAD (8), responsable de secteur en SPASAD (6), et 3 responsables de secteurs en cours de rapprochement.

12,2 % de répondants ne pensent pas ou ne savent pas si leurs missions évolueront soit 4 IDEC en SSIAD et 1 responsable de secteur en SPASAD.

Question 8 : Collaboration inter-pôles

85,4 % des répondants déclarent collaborer régulièrement avec un autre pôle. Toutefois, ces échanges restent souvent ponctuels. À l'inverse, 9,8 % collaborent très peu et 4,8 % n'échangent pas du tout.

Analyse :

- Le taux élevé de collaboration constitue un socle favorable au développement de la coordination SAD.
- Toutefois, la qualité et la fréquence des échanges semblent limitées : ils ne sont pas systématisés.
- Une minorité (environ 15 %) collabore peu ou pas, ce qui peut nuire à la continuité du parcours de la personne accompagnée.
- L'enjeu est de formaliser et régulariser la collaboration par des outils et des protocoles communs.

Question 9 : Fréquence des réunions de coordination en aide et soins :

Près de la moitié des répondants (46,3 %) déclarent organiser des réunions mensuelles, ce qui semble constituer la pratique la plus répandue. Cette régularité traduit une volonté de structurer le travail collaboratif.

Une proportion plus réduite (12,2 %) indique organiser des réunions hebdomadaires, témoignant d'un engagement plus fort dans la coordination.

4,9 % déclarent en tenir quotidiennement,

À l'inverse, 22 % ne réalisent des réunions qu'occasionnellement et 14,6 % n'en organisent jamais. Ce manque de régularité souligne une fragilité dans la mise en œuvre d'une coordination structurée, pourtant identifiée comme un levier essentiel pour la qualité des prises en charge.

Question 10 : Comment qualifiez-vous votre collaboration ?

La collaboration est globalement positive (87,8% jugent leur collaboration correcte à très fluide), mais une large proportion estime qu'elle reste perfectible, ce qui montre des marges d'amélioration dans la coordination entre professionnels.

Question 11: Freins identifiés

Les freins à la coordination aide/soins sont principalement structurels plutôt qu'individuels. L'absence de cadre, de protocoles ou d'outils partagés (46,3 %) apparaît comme le principal obstacle, limitant l'organisation et la fluidité des échanges. Le manque de culture commune (31,7 %) souligne la difficulté à développer une identité collective interprofessionnelle et à

instaurer une collaboration durable. La résistance au changement (17,1 %) reste présente mais minoritaire, tandis que l'hétérogénéité des conventions collectives illustre un enjeu institutionnel nécessitant une harmonisation. D'autres freins, tels que le manque de temps pour se concerter ou de locaux communs, renforcent l'idée que la coordination dépend autant d'une structuration adaptée que d'une culture professionnelle partagée.

Question 12 : La réforme du « service autonomie à domicile » prévoit un poste de responsable de la coordination aide et soins. Quel profil de professionnel selon vous pourrait assurer cette fonction ?

Les résultats révèlent des différences notables entre les infirmiers coordinateurs (IDEC) et les responsables de secteur (RS) dans leur vision du profil le plus légitime pour assurer la coordination au sein du futur Service Autonomie à Domicile (SAD).

Chez les IDEC (31) :

- 45,5 % identifient l'IDEC comme le professionnel le plus pertinent pour cette mission (14/31).
- 32 % privilégient un profil cadre (10/31).
- 16,2 % choisissent un professionnel formé spécifiquement à la coordination (5/31).
- 3,3 % estiment que « toute personne motivée » pourrait assumer cette fonction (1/31).
- 3,3 % citent un directeur (1/31).

Chez les RS (10) :

- 40 % optent pour un profil cadre (4/10).
- 30 % désignent un IDEC (3/10).
- 20 % citent un professionnel spécifiquement formé à la coordination (2/10).
- 10 % répondent « responsable de secteur » (1/10), mais il s'agit d'une personne ayant une formation infirmière initiale.

Les réponses révèlent une confusion chez certaines personnes qui ont répondu « profil cadre » car nous n'avons pas précisé si c'était un cadre soignant ou non.

On peut tout de même noter qu'aucun répondant n'a choisi « travailleur social » ou « responsable de secteur » comme profil prioritaire, à l'exception d'une RS diplômée infirmière qui s'est auto-positionnée. Cela confirme que, dans les représentations, le rôle de coordination nécessite une expertise clinique et organisationnelle que les professionnels associent davantage au champ infirmier.

Le fait qu'aucun répondant n'ait retenu spontanément le travailleur social ou le responsable de secteur confirme que, pour eux, le rôle de coordination dépasse la simple gestion administrative ou sociale : il requiert une capacité d'évaluation clinique, de prévention et de gestion de situations complexes, caractéristiques de la formation infirmière.

Enfin, un répondant a mentionné le directeur comme profil pertinent, en justifiant ce choix par la nécessité de prendre en compte la gestion financière globale du service autonomie.

Question 13 : Pourquoi ce choix ?

Lorsqu'ils choisissent l'IDEC (41,5 % au total), les répondants mettent en avant principalement :

- la compétence clinique,
- la vision globale des situations,
- et la capacité à articuler aide et soins

Question 14 : Selon vous, sur quelles situations vous sentez-vous capable d'intervenir ?

Les répondants mettent en avant des compétences à forte valeur ajoutée clinique et interprofessionnelle, tandis que la planification est très peu revendiquée. La coordination du champ de l'aide est reconnue, mais demeure moins affirmée que le versant soins, rappelons que ce questionnaire est représentatif à 75,6% de la vision infirmier.

Cela renforce l'idée d'une complémentarité en binôme IDEC-RS.

Nous avons rencontré deux biais d'interprétation, le premier l'item « évaluation globale des situations complexes » apparaît trop générique : largement plébiscité, il tend à gonfler la perception de compétence sans permettre de distinguer les profils.

Il gagnerait à être décliné en sous-compétences précises telles que : l'évaluation clinique standardisée (douleur, nutrition, chutes, cognition...), évaluation socio-environnementale (aidants, habitat, ressources), analyse de complexité et priorisation (multi-morbidités, risques, arbitrages) et formalisation d'un plan personnalisé (objectifs, délais, critères de réévaluation).

L'intitulé « coordination globale et de soins » introduit un biais méthodologique, car il renvoie directement au champ infirmier et place de facto les responsables de secteur en position défavorable. Leur faible adhésion ne traduit donc pas nécessairement un manque de compétences, mais plutôt une inadéquation de la formulation avec leur rôle. Pour une analyse plus équilibrée, il serait pertinent de distinguer la coordination des soins (relevant des IDEC), la coordination de l'aide (relevant des RS) et la coordination globale aide-soins, qui constitue le véritable enjeu du SAD.

Au regard de la réforme du SAD, le socle clinique apparaît solide. L'enjeu principal reste de consolider le pilotage opérationnel (capacités, priorités, réévaluations) et de clarifier la répartition des missions entre soins, aide et organisation.

Question 15 : Vous sentez-vous capable d'assurer la coordination d'une équipe pluriprofessionnelle (aides-soignants, infirmiers, auxiliaires de vie, aides à domicile) ?

La coordination d'une équipe professionnelle selon 80,5 % de nos répondants peut être garantie par des IDEC en SSIAD, SPASAD ou des responsables de secteur en SPASAD. 19,5 % ne se sentent pas capable (7) et une professionnelle ne sait pas.

Question 16 : Expliquer les raisons de votre choix:

Principalement 33 professionnels composés d'IDEC en SSIAD, SPASAD et responsables de secteur SPASAD ayant entre 1 et plus de 10 années d'expériences, se sentent tout à fait capable d'assurer la coordination d'une équipe pluriprofessionnelle en raison de leurs expériences et connaissances en soin à domicile. Le manque de formation, d'expérience, de connaissance du métier de la coordination apparaît comme une raison d'incapacité d'assurer la coordination auprès d'une équipe pluriprofessionnelle pour 19,5 % de répondants.

Question 17 : Compétences essentielles pour coordonner l'aide et les soins

Les réponses peuvent être regroupées en grandes catégories :

1. Organisation et planification

- Organisation, gestion des priorités, rigueur, planification, conscience des situations.

2. Compétences relationnelles et communication

- Écoute, communication adaptée, partage, bienveillance, empathie, capacité à fédérer une équipe, leadership.

3. Adaptabilité et réactivité

- Capacité d'analyse, adaptabilité, polyvalence, prise de recul, réévaluation des situations.

4. Connaissances techniques et métier

- Soins techniques, connaissances des dispositifs sociaux et médicaux, connaissances des services et ressources locales, maîtrise des compétences professionnelles des équipes.

5. Management et coordination

- Encadrement, gestion des conflits, conduite de projet, savoir gérer et motiver des équipes.

6. Savoir-être et valeurs

- Humilité, patience, disponibilité, éthique, calme, détermination, conscience professionnelle.

En résumé une coordination efficace est perçue comme un équilibre entre compétences techniques, organisationnelles, relationnelles, et connaissance du terrain et des dispositifs locaux. Le management et l'adaptabilité sont essentiels pour répondre aux situations complexes du domicile.

Question 18 : Des remarques et informations complémentaires ont été communiqués :

Les répondants attendent de la réforme qu'elle améliore les conditions de travail des aides à domicile et la qualité des prestations pour les bénéficiaires.

Si le cadre général de la réforme est clair, son application varie selon les territoires et les structures, générant incertitude et inquiétude pour l'avenir des associations. La collaboration et l'engagement des professionnels sont jugés essentiels pour une prise en charge efficace des bénéficiaires.

Certaines structures, où SSIAD et SAAD cohabitent, illustrent une coordination facilitée et une meilleure communication interne. À l'inverse, le manque de communication des directions et les résistances au changement peuvent freiner le rôle du coordinateur SPASAD. Globalement, la réforme est perçue comme complexe à mettre en œuvre uniformément, soulignant le besoin d'accompagnement et d'adaptations locales.

VI - CONCLUSION

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap repose sur de multiples acteurs (SSIAD, SAAD, médecins, pharmaciens, DAC, familles). Cette pluralité, garante de continuité, génère aussi un risque de rupture dans les parcours, surtout dans les situations complexes. L'IDEC, en tant que cadre intermédiaire, occupe une position stratégique : elle planifie, anime, coordonne, sécurise les pratiques et veille à la qualité de vie au domicile.

La situation de Mme D. illustre la nécessité d'un professionnel capable de centraliser, sécuriser et fluidifier les échanges entre intervenants. Dans un contexte où le maintien à domicile est une priorité de santé publique, l'IDEC apparaît comme garante de la continuité et de la sécurité des parcours. La littérature souligne d'ailleurs que la fragmentation des interventions accroît le risque d'événements indésirables graves, notamment liés aux traitements médicamenteux psychotropes, souvent impliqués dans des accidents iatrogènes.

Pour répondre à notre questionnement : **l'IDEC est-elle le profil le plus légitime pour coordonner en SAD ?**

Pour trouver des éléments de réponse, nous avons lu des ouvrages, des revues spécialisées et consulté des sites internet. Nous avons élaboré un questionnaire centré sur les profils d'IDEC et responsables de secteur. Pour terminer cette exploration, nous avons confronté l'ensemble des réponses. Le *décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023* relatif aux services autonomie à domicile, reste vague sur les profils les plus compétents dans cette mission. Cependant, les réponses du questionnaire laissent apparaître une émergence de profils variés pour occuper ce poste tout en priorisant majoritairement les compétences de l'IDEC. Ainsi, le rôle de l'IDEC apparaît comme une réponse adaptée aux enjeux du maintien à domicile, en particulier dans les contextes de SAD mixtes, où les champs de l'aide et du soin doivent être articulés.

L'histoire de la profession infirmière montre que la reconnaissance n'a jamais été donnée d'emblée, mais conquise au fil du temps, par l'affirmation d'un savoir spécifique et d'une légitimité sociale. La fonction d'infirmière coordinatrice semble aujourd'hui traverser un chemin comparable : essentielle dans la réalité des pratiques, mais encore peu reconnue institutionnellement (aucune formation n'est requise pour exercer les fonctions). La réforme des SAD, en réorganisant l'articulation entre aide et soins, pourrait constituer un véritable tremplin pour faire évoluer cette fonction. Parallèlement, la refonte actuelle du programme infirmier ouvre une opportunité historique : inscrire, dès la formation initiale, les compétences de coordination et de leadership comme un socle du métier.

Dès lors, une nouvelle question se pose : **Comment faire évoluer les représentations et les cadres réglementaires pour que l'IDEC soit reconnue comme une profession à part entière, dotée d'un statut, d'une formation spécifique et d'une place claire dans l'architecture du système de santé ?**

Résumé

Ce travail de recherche s'inscrit dans le contexte de la réforme relative aux services autonomie à domicile (SAD), et s'intéresse plus spécifiquement au rôle de l'Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC) au sein des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). L'objectif principal était d'identifier le profil professionnel le plus pertinent pour assurer la coordination de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, afin d'analyser en quoi l'IDEC constitue un acteur légitime et incontournable dans ce dispositif.

La démarche méthodologique a reposé, dans un premier temps, sur une revue théorique confrontée à des observations de terrain menées dans plusieurs structures ressources (SSIAD, SAAD et DAC). Dans un second temps, un questionnaire a été conçu et diffusé auprès des IDEC et responsables de secteur exerçant au sein de différents SSIAD. L'analyse des 41 réponses obtenues met en évidence le rôle central de l'IDEC dans la coordination des soins.

Les résultats soulignent que la spécificité de cette fonction réside dans une expertise paramédicale permettant d'évaluer de manière globale les besoins des usagers, d'articuler les dimensions soignantes et sociales, et de coordonner l'ensemble des intervenants pluri-professionnels impliqués dans le maintien à domicile.

Mots-clés : coordination, IDEC, SSIAD, autonomie à domicile, personnes âgées, handicap, pluri-professionnels.

Abstract

This research is about the reform of home autonomy services (SAD) and focuses specifically on the role of the Nurse Care Coordinator (IDEC) into Home Nursing Services (SSIAD). The main target was to identify the most appropriate professional profile for coordinating the care of older people and individuals with disabilities. We have to analyse the legitimacy of the IDEC as a key and essential actor in this system.

We make a methodological approach like : First, a theoretical review confronted with observations realized in several relevant structures (SSIAD, SAAD and DAC). Secondly, a questionnaire was designed and distributed to IDEC and sector managers working in various SSIAD. The testing of these 41 responses highlighted the central role of IDEC in care coordination. Findings show that the specificity of the IDEC's position is in their paramedical expertise. It permits testing user's needs, integrate both healthcare and social dimensions, and ensure effective coordination among the multiprofessional concerned in home care.

Keywords: coordination, IDEC, SSIAD, home autonomy services, elderly care, disability, multiprofessional.

VII - BIBLIOGRAPHIE

Collière, MF. Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, Masson, 4e édition, 2003. 23.

GRIPI, L'identité professionnelle de l'infirmière, Le Centurion, 1986

G.Charles , L'infirmière en France, d'hier à aujourd'hui, Le Centurion, 244 pages, (1979)

Jeanguiot N., Des pratiques soignantes aux sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers, 2006/4 (N° 87)

Miquel P, "Vincent de Paul", 530 pages éditions Fayard, (1996)

Nightingale F., Notes on nursing: What it is and what it is not. Londres: Harrisson; 1860.

LECOINTRE B., Infirmière au domicile, une évolution des compétences, SOINS Dossier, n°807 - juillet-août 2016

M. POISSON, Histoire de la profession infirmière en France ; origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900), Editions Hospitalières (1998)

POISSON M., L'école Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995): fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle (2018)

L'oeuvre médico sociale du Dr Bourneville, Jacqueline GATEAUX MENNECIER

<https://numerabilis.u-paris.fr/ressources/pdf/sfhm/hsm/HSMx2003x037x001/HSMx2003x037x001x0013.pdf>

JEANGUIOT N., De la recherche aux sciences infirmières, Recherche en soins infirmiers n°98, septembre 2009

Divay S, Girard L. Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes. Rech Soins Infirm. 2019 Dec;(139):64-83.

LALOUETTE J. La Séparation des Églises et de l'État In :Genèse et développement d'une idée, 1789-1905. Paris, Le Seuil, 2005.

Evelyne DIEBOLT, Léonie Chaptal (1873-1937), Architecte de la profession infirmière, Recherche en soins infirmiers n° 109 - Juin 2012

Januel JM., La vision des soins portée par Léonie Chaptal : une erreur stratégique dans le développement de la discipline des sciences infirmières en France ? Rech Soins Infirm. 2017 Dec;(131):6-12.

HENRY S., Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938), Recherche en soins infirmiers n°109, juin 2012

BALY M. Florence Nightingale à travers ses écrits. InterEditions,1997.

HENRY S., Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », Revue de l'association Mnémosyne, Automne 2009.

MAGNON R., Léonie Chaptal, la cause des infirmières, éditions Lamarre, p.150 (1991)

HENRY S. Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938). Recherche en soins infirmiers, juin 2012 ; 109 : 37 - 49

Virginia Henderson : 1897 -1996. Biographie et analyse de son œuvre. ARSI Association de recherches en soins infirmiers, Mars 2002 2002/1, PAGES 5 À 17, ÉDITIONS Recherche en soins infirmiers

Éliane Rothier-Bautzer, Formation des soignants en France : la difficile émergence de nouveaux modèles, les tribunes de la santé n° 36 — automne 2012

Guichet unique dans un réseau gériatologique pour l'orientation des personnes âgées, Politiques, interventions et expertises en santé publique, Santé publique volume 25 / N°1 - janvier-février 2013 pages 7 à 14, Matthieu de Stampa, Isabelle Vedel (...)

Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Le coût de leur prise en charge et ses déterminants, consulté le 10/08/2025 : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD-2.pdf>

1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », Gériatologie et société 2007/4 vol. 30 / n° 123, Pages 153 à 167 Bernard Ennuyer

Gendron, C. (1993). Danièle Kergoat, Françoise Imbert, Hélène Le Doaré et Danièle Sénotier (dir.) : Les infirmières et leur Coordination. Recherches féministes, 6(2), 171.

<https://doi.org/10.7202/057756ar> consulté le 10/08/2025.

Office of Minority Health, 2013. In : Debout C. Culture et soins : un cadre de référence pour la pratique infirmière. Journée Anfiide, 27 septembre 2013.

Infirmière au domicile, une évolution des compétences, Les soins infirmiers aux domiciles, nouveaux défis, SOINS N°807, Juillet Août 2016, Brigitte LECOINTRE, infirmière libérale.

Profession et discipline : un destin commun pour les infirmiers, Recherche en soins infirmiers n° 141 - Juin 2020, Didier LECORDIER, Emmanuelle CARTRON, Ljiljana JOVIC

Préparer le futur : renforcer le leadership des soins infirmiers en oncologie dans le contexte des organisations professionnelles de soins infirmiers en oncologie, PubMed central, Février 2017, PMID: [31148772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148772/)

Le leadership infirmier : un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession, Recherche en soins infirmiers n°136, 2019, par Valérie Berger et Francine Ducharme.

Pourquoi parler de leadership infirmier ?, Haward Business Review, Octobre 2024, Sylvie Deffayet, Ingrid Choucraallah, Brigitte Feuillebois, Loïc Martin

Clarification du concept de leadership infirmier et de ses déclinaisons, SOINS n°840 novembre 2019, Christophe DEBOUT

L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français, SOINS dossier – La coordination, un enjeu infirmier - n°806 – juin 2016

Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises, Recherche en soins infirmiers n°139 Décembre 2019, Christian Chevandier, Historien.

Le clinique infirmière : manière singulière de penser et d'agir dans le champ de la santé, recherche en soins infirmiers n°144, mars 2021, Ljiljana JOVIC et Didier LECORDIER.

Un guichet unique dans un réseau gériatrique pour l'orientation des personnes âgées, Politiques, interventions et expertises en santé publique, Santé publique volume 25 / N°1 - janvier-février 2013 pages 7 à 14, Matthieu de Stampa, Isabelle Vedel (...)

1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », Gérontologie et société 2007/4 vol. 30 / n° 123, Pages 153 à 167 Bernard Ennuyer

Gendron, C. (1993). Danièle Kergoat, Françoise Imbert, Hélène Le Doaré et Danièle Sénotier (dir.) : Les infirmières et leur Coordination. *Recherches féministes*, 6(2), 171.
<https://doi.org/10.7202/057756ar> consulté le 10/08/2025.

Rapport IGAS (2025)

Cloisonnement institutionnel préjudiciable qui recommande de décroisonner les secteurs sanitaires, social et médico-social pour une meilleure cohérence des actions. N°3739-Rapport d'information de Mme CARRILLON-COUVREUR

Isolement professionnel et échanges insuffisants. Open Edition journal isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie.

Le Monde (2024) Crise de recrutement, conditions de travail difficiles, turn over

Le Monde (21 mai 2024a). Sous-financement structurel, précarité des emplois et pénuries de personnel : le secteur de l'aide à domicile est à bout. *Le Monde – Économie*. Disponible sur : [lemonde.fr](https://www.lemonde.fr)

Le Monde (21 mai 2024b). *Dans l'aide à domicile, deux histoires s'entremêlent : la domesticité et le médico-social*. *Le Monde – Économie*. Disponible sur : [lemonde.fr](https://www.lemonde.fr)

Zohra Guerraoui, « De l'acculturation à l'interculturalisation : réflexions épistémologiques », *L'Autre*, vol. 10, n° 2 « Accueil, asile, soin », 2009, p. 195-200
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Acculturation#Guerraoui2009> /

Office of Minority Health, 2013. In : Debout C. Culture et soins : un cadre de référence pour la pratique infirmière. Journée Anfiide, 27 septembre 2013.

Éthique publique - Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale. Vol 26, n°1/2024
Dans les coulisses du « management éthique »

VIII - SITES INTERNET

Dictionnaire orthodidacte en ligne : <https://dictionnaire.orthodidacte.com/article/etymologie-infirmier>, consulté le 17/08/2025

Les SAAD glossaire <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/saad> consulté le 30/08/2025

L'ANAP : www.anap.fr

Formation infirmière : le chantier du nouveau référentiel, Propos de **Catherine Naviaux-Bellec**, **article paru le 28 mars 2025** <https://www.santementale.fr/2025/03/la-formation-infirmiere-comprendra-des-stages-obligatoires-en-psychiatrie/>

Blog Qualineo : Réforme des SAD : quels changements et démarches pour les SAAD, SSIAD, SPASAD ? <https://www.qualineo.io/post/reforme-sad-changements-saad-ssiad-spasad>

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

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD-2.pdf>

FILMS DOCUMENTAIRES :

« Florence Nightingale - La première des infirmières » ARTE France 2021, Réalisateur : Aurine Crémieu

« Infirmières, notre histoire » Diffusion France 3 – Novembre 2023, 88 minutes, Auteure et réalisatrice Mathilde Damoiseil - Production Program 33 - Fabrice Coat - Constance Ortuzar.

TEXTES LÉGISLATIFS sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite

Loi du 1er juillet 1901 (dite Loi Combes) explicite le processus de laïcisation.

Loi du 13 septembre 1903 E. Combes énonce les grands principes qui vont fixer le statut du religieux dans la République.

Loi de 1905 : Grands principes qui fixent le statut du religieux dans la République.

Décret du 27 juin 1922 Brevet de capacité professionnel infirmier, la loi d'exclusivité oblige d'avoir le Diplôme d'Etat

Décret du 12 janvier 1932 institue un «Brevet de capacité professionnelle », permettant de porter le titre d'assistant ou assistante de Service social diplômé de l'Etat français.

Le décret du 18 février 1938 deux diplômes distincts assistante sociale et infirmière hospitalière
Le 20 janvier 1937 l'article L.474 du code de la santé publique

Loi du 15 juillet 1943, créant l'obligation pour les établissements hospitaliers de recruter un personnel qualifié, avec des mesures propres à assurer la protection du titre d'infirmière.

La loi n° 46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, parue au JORF le 9 avril 1946, reprend les articles de 1943 dans le Code de la santé publique.

Arrêté du 5 septembre 1972 publié au journal officiel du 7 septembre 1972,

Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les art. 1473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière).

Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-201 du 26 juin 2009 et l'Arrêté du 31 juillet 2009

Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

Le **décret n°81-448 du 08 mai 1981**, fixant les conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées ;

La **loi 2002-2 du 2 janvier 2002**, réformant la loi du 30 juin 1975 relatives aux établissements et services du secteur de l'action sociale ;

Le **décret 2004-613 du 25 juin 2004**, relative aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile ;

La **circulaire du 28 février 2005**, relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm> consulté le 30/08/2025

L'article R. 4311-15 du Code de la santé publique, IDEC en SSIAD

Circulaire DGAS/2 C no 2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

Le **Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005**, précise ses missions de l'infirmier coordonnateur

Circulaire DGAS/DSS/2005 relative aux SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)

loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2021

Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.

Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Décret n° 2025-747 du 1er août 2025 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services d'aide et d'accompagnement à domicile

La loi **n°2025581 du 27 juin 2025** : rôle propre des infirmiers : leur position d'acteurs de premier recours. Elle définit leurs missions socles — soins curatifs, préventifs, palliatifs, relationnels, coordination, formation et recherche, consultation infirmière, diagnostic infirmier.

ANNEXE 1

Textes législatifs

Décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.

“L’infirmier ou l’infirmière peut également confier à l’aide-soignant ou l’auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.”

Le **Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005**, précise ses missions de l’infirmier coordonnateur selon l'**Article D312-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles** :

« Le service de soins infirmiers à domicile doit comprendre un infirmier coordonnateur.

« Art. D. 312-3. - Les fonctions de l'infirmier coordonnateur comprennent :

« 1° Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :

« a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article D. 312-1 et de leur entourage ;

« b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en oeuvre les projets individualisés de soins ;

« c) La coordination des professionnels mentionnés à l'article D. 312-2 ;

« 2° Le cas échéant, les activités d'administration et de gestion du service ;

« 3° La participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 ;

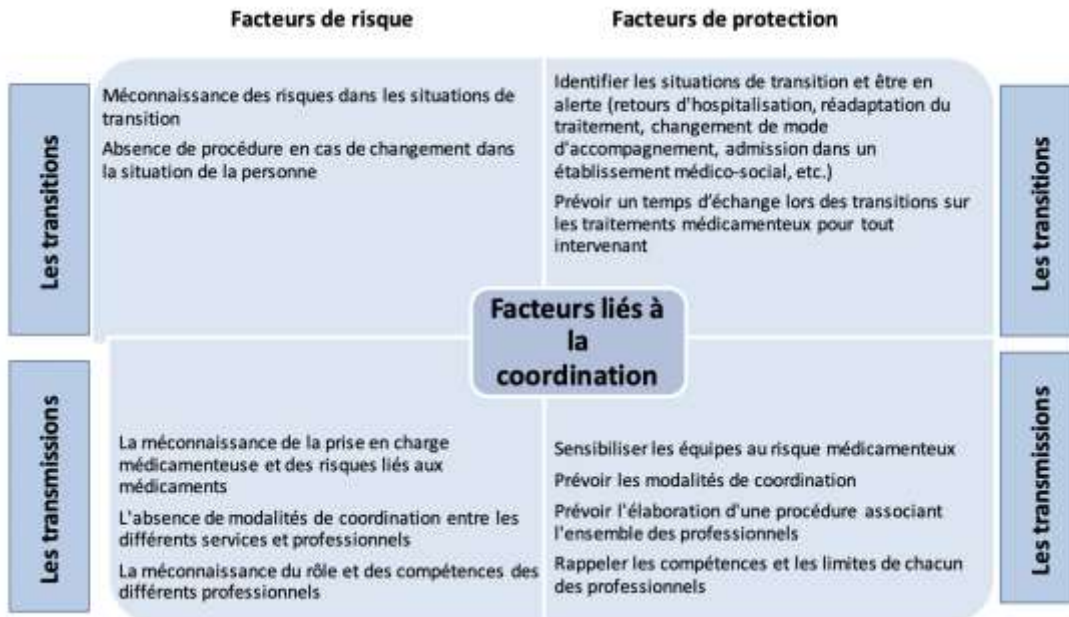
« 4° Le cas échéant, les activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés, notamment en participant :

« a) Aux formules de coopération sociale et médico-sociale mentionnées à l'article L. 312-7 ;

« b) Aux formules de coopération sanitaire mentionnées au titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique ;

« c) Aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

ANNEXE 2



ANNEXE 3

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DE SECTEUR OU DE STRUCTURE

Repérage pour ☐ PERSONNE ACCOMPAGNÉE ☐ PROCHE AIDANT

Contact pris auprès

☐ Personne accompagnée Mère/M

☐ Intervenant Mère/M

☐ Enfant Mère/M

☐ Proche aidant Mère/M
(en avec la personne accompagnée)

☐ Médecin traitant Dr

☐ Autre Mère/M
(en avec la personne accompagnée)

Action(s) / Aide(s)	Proposé(e)	Accepté(e)	Mise(e) en place
☐ Augmentation des heures/modification du plan d'aide	☐	☐	☐
☐ Changement des horaires de passage des intervenants (volontaires, APS, etc.)	☐	☐	☐
☐ Introduction de services de soins (soins, aide, etc.)	☐	☐	☐
☐ Portage des repas	☐	☐	☐
☐ Aide technique (lève-malade, soins, etc.)	☐	☐	☐
☐ Adaptation du domicile	☐	☐	☐
☐ Téléassistance	☐	☐	☐
☐ Autre, préciser :	☐	☐	☐

Commentaires :

Impact sur le projet personnel

☐ Aucun ☐ Négatif ☐ Positif

☐ Demande d'AAM ☐ Utiliser ☐ Réviser

Dossier traité le :

© Anesm, Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

Anesm **HAS** **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

OUTIL DE REPÉRAGE DES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE OU DE SON AGGRAVATION¹

2018

À REMPLIR DU DÉMARCHÉ DE L'USAGER

Personne accompagnée n° : _____

Âge : _____ ans

Outil de repérage complété par : _____

Fonction : _____

En date du : _____

Outil de repérage transmis le : _____

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Intervenants
- Autres : _____

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Intervenants
- Autres : _____

1 Anesm : selon toute situation de l'outil, les organismes professionnels doivent s'acquiescer de leurs obligations relatives au traitement de données personnelles, notamment en concernant les droits d'accès, d'opposition et de modification des personnes mises en application de la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978.

2 Urgence : appeler le Service Centre 15 (numéro d'urgence) - 116.

3 Afin de garantir la sécurité des données personnelles recueillies, le professionnel met en place un système permettant que ces données ne soient pas consultables par des personnes non autorisées. Le numéro de la personne peut correspondre, par exemple, au numéro du dossier de la personne.

1

MON INTERVENTION AU DOMICILE DE LA PERSONNE

Interviens chez la personne pour faire / l'aide à faire	Cocher si OUI	Cocher si l'intervention devient plus difficile ou impossible
Le lever / le coucher	☐	☐
La toilette / l'habillage / le déshabillage	☐	☐
La préparation / la prise des repas	☐	☐
Le ménage / le repassage	☐	☐
Les courses / les courses / les AOM nécessaires	☐	☐
L'aide à la prise de médicaments	☐	☐
Autres, merci de préciser :	☐	☐

LES MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT HABITUEL DE LA PERSONNE

L'environnement habituel de la personne accompagnée a été modifié suite à :	Cocher si OUI
La dégradation des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès, etc.)	☐
La dégradation des relations avec l'extérieur (morts de proches, décès de proches, décès de contact avec les amis, les voisins, les clubs, etc.)	☐
Le dysfonctionnement des passages d'intervenants à domicile (IDE, aide, etc.)	☐
Le dysfonctionnement des passages du service de portage des repas	☐
Autres, merci de préciser :	☐

Vos commentaires éventuels :

© Anesm, Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

LES CHANGEMENTS OBSERVÉS

Vos remarques que la personne accompagnée / son aidant a plus de difficultés à	Cocher si OUI pour la personne	Cocher si OUI pour le proche aidant
Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller	☐	☐
Prendre ses médicaments	☐	☐
Utiliser le téléphone, le réfrigérateur, l'ordinateur, la télévision, etc.	☐	☐
Se déplacer dans son logement	☐	☐
Se déplacer dans son quartier	☐	☐
Utiliser les transports	☐	☐
Faire les courses	☐	☐
Gérer ses finances et l'administration (payer des loyers, des impôts, etc.)	☐	☐
Autres, merci de préciser :	☐	☐

Vos remarques que la personne accompagnée / son proche aidant	Cocher si OUI pour la personne	Cocher si OUI pour le proche aidant
Chute plus souvent / a chuté / a du mal à tenir en équilibre	☐	☐
Marche moins / a moins / a du mal à marcher	☐	☐
N'a plus la même hygiène (change rarement de vêtements, ne se lave plus, etc.)	☐	☐
Se plaint beaucoup (de sa santé, de sa mémoire, de son sommeil, de voir moins bien, de moins entendre, de sauter, de manquer d'argent, etc.)	☐	☐
A plus de douleurs	☐	☐
Se sent plus fatigué(e)	☐	☐
Sent plus triste, exprime moins d'intérêt ou n'a plus envie de rien	☐	☐
A peur / se sent anxieux(e)	☐	☐
Est plus agité(e) / se sent perturbé(e)	☐	☐
A plus de mal à accepter / comment à refuser mes interventions	☐	☐
Consomme plus d'alcool	☐	☐
N'a sommeil plus les jours / Me réveille plus difficilement	☐	☐
Oublie parfois mes passages / ceux des autres professionnels	☐	☐
N'aime plus les visites / vi dans le noir	☐	☐
Autres, merci de préciser :	☐	☐

Anesm, Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation 2

ANNEXE 4

Fiches pratiques : RÉFORME DES SAD ORGANIGRAMME CIBLE DU SAD

Synthèse des principales missions par poste

Avril 2024

l'anap
l'expertise en partage
agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale

BLOC AIDE

BLOC SOINS

Responsable de la coordination aide + soin

Élaboration des processus, en lien avec le projet de service, et suivi de leur mise en œuvre

Coordination des équipes aide et soins dans les prises en charge partagées

Développement et animation du réseau partenarial

Encadrant aide

Encadrant soin

Qualification des demandes, évaluation des besoins à domicile,
planification des prestations, contractualisation (DIPEC)

Élaboration du PAP

Adaptation des PAP et des prestations aux besoins et à leur évolution, suivi des situations et
contrôle qualité, en lien avec les bénéficiaires et les familles

Orientation vers les partenaires

Équipe aide

Interlocuteur priviliégié

Équipe soin

Mise en œuvre des plans d'aide et de soins

Suivi et remontée de l'évolution du besoin

ANNEXE 5



Service autonomie à domicile : Place et coordination entre les encadrants de l'aide et du soin.

41 réponses

Bonjour,

Nous sommes cinq infirmiers diplômés d'État, actuellement en formation à l'**Université Paris Cité** dans le cadre du Diplôme Universitaire « **Infirmier(ère) référent(e) et Coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD** ».

Dans le cadre de notre mémoire de fin d'études, nous nous intéressons à l'évolution des rôles et missions de coordination au sein des futurs Services Autonomie à Domicile (SAD), et plus particulièrement à la collaboration entre les encadrants du soin et de l'aide à domicile.

Ce questionnaire s'adresse aux Infirmiers Coordinateurs (IDEC) des SSIAD/SPASAD et aux Responsables de Secteur (RS) en SPASAD ou en SAAD en cours de rapprochement avec un SSIAD.

Ce questionnaire nous permettra de savoir quel est le profil de professionnel le plus légitime pour assurer la « Responsabilité de la coordination » entre l'aide et les soins dans un Service Autonomie à Domicile.

Durée estimée : 15 minutes

Vos réponses sont anonymes et seront utilisées exclusivement dans le cadre de notre travail de recherche.

Réponse souhaitée avant le 15 juillet 2025.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, laisser votre adresse e-mail à la fin du questionnaire pour recevoir les résultats de l'enquête ou échanger avec nous.

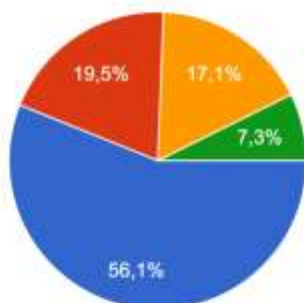
Un grand merci pour votre participation !

— Sylviane ABIDI (IDEL), Louise AMILCAR (IDEC), Nelly BAKOT (IDEC), Franck CLIRYX (IDE), Marine MARTIN (IDE)

(SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile / SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile / SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile / SAD : Service Autonomie à Domicile)

1. Quelles est votre fonction ?

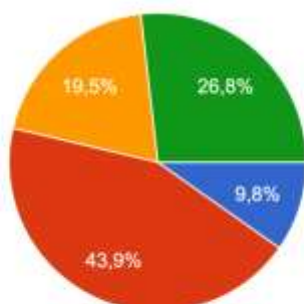
41 réponses



- Infirmier(ère) coordinateur(trice) en SSIAD
- Infirmier(ère) coordinateur(trice) en SPASAD
- Responsable de secteur en SPASAD
- Responsable de secteur en SAAD en cours de rapprochement avec un SSIAD

2. Nombre d'années d'expérience dans cette fonction ?

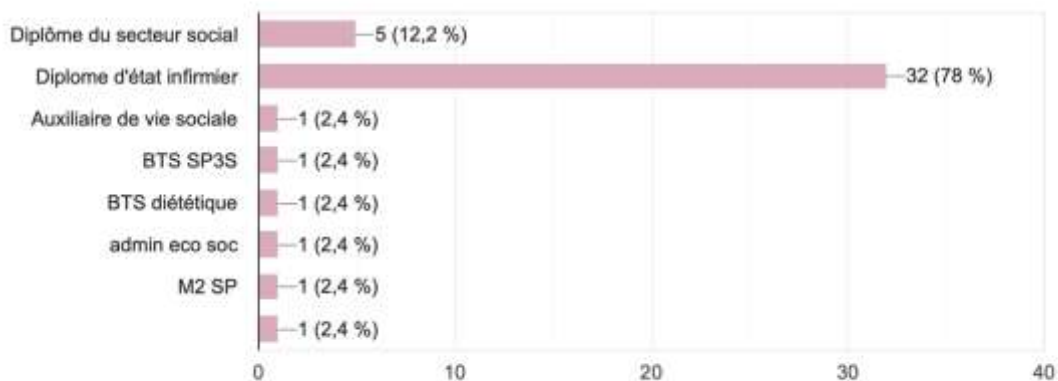
41 réponses



- Moins de 1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 10 ans

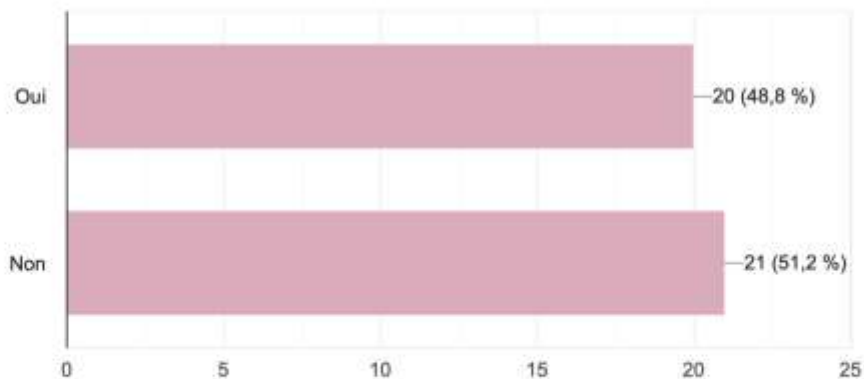
3. Quelle est votre formation initiale ?

41 réponses



4. Avez-vous suivi une formation complémentaire en coordination, management ou gérontologie ?

41 réponses



Précisez si oui :

20 réponses

Formation en management (transfert et dox a)

FORMATION MANAGEMENT SUR MON LIEU DE TRAVAIL ET D.U IDEC EN UNIVERSITE

Infirmière coordinatrice avec la FEHAP

CAFERUIS

Master 2 management humaniste des établissements pour personnes âgées

Licence professionnel Gestion et Management des établissements sanitaires et médicaux-sociaux

Management

Formation IDEC en 4 jours en visio

D.U. Paris Descartes

Précisez si oui :

20 réponses

formation en interne management

Formation management de base

diplôme universitaire« Infirmier(ère) référent(e) et Coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD ».

DU de coordination SSIAD EHPAD

des formations sur le management de 3 jours, manager une équipe du SSIAD

DUDU INFIRMIERE REFERENTE EN EHPAD ET SSIAD

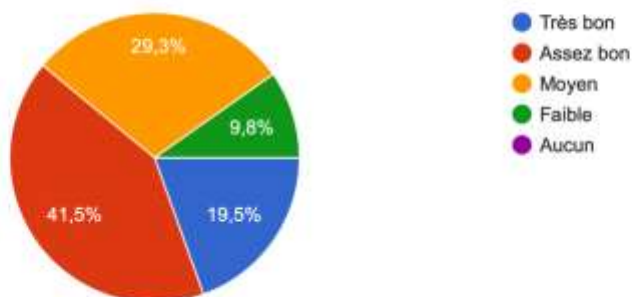
+ DU Gestion appliquée au secteur sanitaire et social

Etre IDEC en SSIAD, formation certifiante

formation en interne

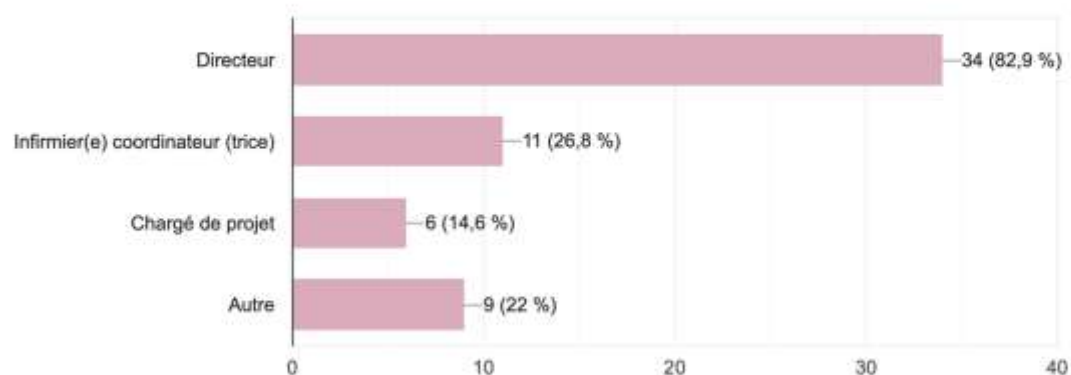
5. Comment évaluez-vous votre niveau d'information concernant les objectifs de la réforme du « Service Autonomie à Domicile » (SAD) ?

41 réponses



6. Qui s'occupe de la mise en place de la réforme du « Service Autonomie à Domicile » dans votre structure ?

41 réponses



Précisez si autre :

11 réponses

avec coordinateur de soins

CADRE SUPERIEUR DE SANTE

responsable de secteur

responsable du sslad

toute l'équipe administrative est mobilisé avec le directeur

+ Cadres supérieurs de santé

Infirmier coordinateur SPASAD

Aide par un cabinet d'expert + regroupement de 9 SSIAD sur le territoire

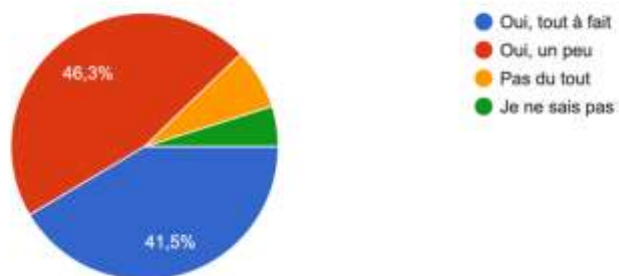
Secrétaire de direction, responsable de secteur

Le responsable

moi meme responsable de ce service

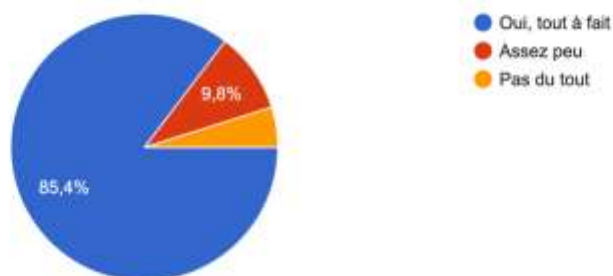
7. Pensez-vous que votre rôle et vos missions seront amenés à évoluer dans le service autonomie ?

41 réponses



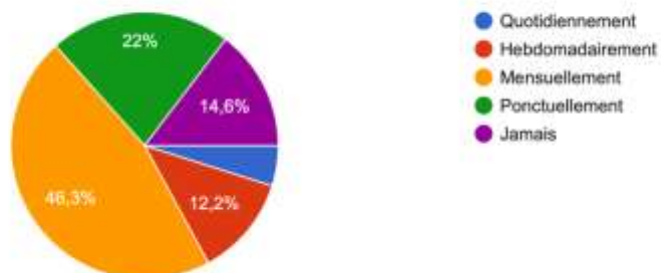
8. Travaillez-vous actuellement en collaboration régulière avec un(e) collègue d'un autre pôle (Responsable de Secteur / Infirmier(ère) Coordinateur(trice)) pour la coordination aide / soins ?

41 réponses



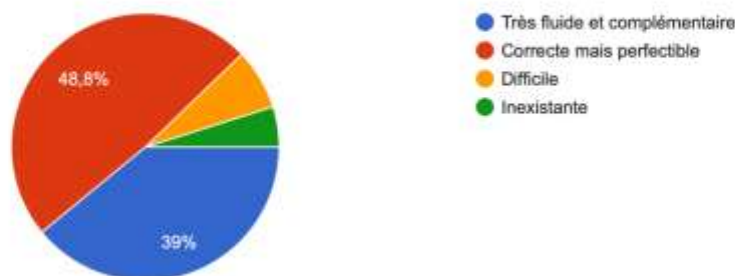
9. À quelle fréquence effectuez-vous des réunions coordination entre aide et soins ?

41 réponses



10. Comment qualifiez-vous votre collaboration ?

41 réponses



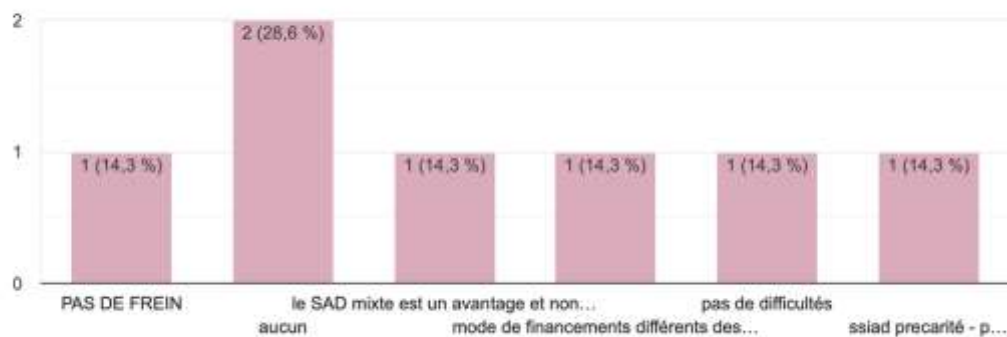
11. Quels freins identifiez-vous dans la coordination aide / soins dans votre structure ? (Plusieurs réponses possibles)

41 réponses



Précisez si autre :

7 réponses



12. La réforme du « Service Autonomie à Domicile » prévoit un poste de responsable de coordination aide et soins, quel profil de professio...rait assurer cette fonction ? (Une réponse possible)
41 réponses



Autre précisez :

3 réponses

N'importe qui tant que la personne parvient à harmoniser les interventions des uns et des autres et limite les glissements de tâches du soins vers l'aide, et de l'aide vers le soin. À mon sens, l'enjeu se situe avant tout sur les compétences et éventuellement l'expérience plus que sur des diplômes et formations

Une formation de Directeur

Potentiellement infirmière

13. Pourquoi ce choix ?

41 réponses

les aides à domicile ne sont pas formées aux techniques de soins

Vision et compétences plus globales

Parce que cela est le cœur de son métier et est totalement en lien avec ses compétences

plus adapté de part la gestion d'un service

L'IDEC A UNE VISION TRES GLOBALE ET MEDICO SOCIALE

Garder à l'esprit que la réforme est faite pour faciliter le parcours des personnes et ne pas se jouer uniquement sur la guéguerre SSIAD Vs SAAD

le rôle d'interface est essentiel et la personne doit être extraite du quotidien des autres missions pour conserver de l'efficacité et de la réactivité

Pour avoir une vision globale de la prise en soin

Pour impulser une dynamique de collaboration, de co-construction mobilisant toutes les parties prenantes. Avec des compétences paramédicales pour se positionner sur les besoins des personnes accompagnées.

Ce professionnel possède les compétences spécifiques pour coordonner efficacement les soins et l'accompagnement, en assurant une continuité entre les différents acteurs et une réponse adaptée aux besoins des bénéficiaires.

Connaissance du public âgés et handicapés, connaissance accompagnement aux soins

De mon point de vue, ce poste consistera aussi à encadrer et manager les équipes, il faut donc une personne qui a une expérience en management d'équipe. Mais n'ayant eu que très peu d'information sur les missions de ce poste, un ou une IDEC pourrait aussi très bien convenir si il s'agit de faire de la coordination de parcours de soins patients ainsi que de l'encadrement d'équipes soignantes et d'aide à domicile et qu'il ne s'agit pas d'encadrer les responsables de secteurs et les IDECs.

Profil avec une connaissance des législations

Selon moi, un profil cadre permettrait à la fois aux IDEC et au RS de rester au cœur de leur métier. Le cadre pourrait intervenir en support pour fluidifier les rapports entre le secteur de l'aide et du soin pour n'en faire plus qu'un. Sinon, il faudra à mon sens proposer des compléments de formation aux IDEC ou RS.

ce poste permet d'avoir une vision de la structure encore plus élargie

l'IDEC a la vision du soins que les autres professionnels de santé n'ont pas forcément

C'est une personne qui connaît le terrain et l'organisation, le management

Coordination importante entre différents types de professionnels

de part ses connaissances aux soins à adapter aux bénéficiaires

connaissance du secteur

Car il faut des compétences importantes dans le management pour fédérer tous les membres de l'équipe.

Les parcours de soins actuels et accompagnements en SAD sont de plus en plus complexes et doivent donc être coordonnés par des professionnels formés pour cela.

Hiérarchie cohérente entre un cadre de santé et les 2 responsables aide et soins

Il faut un minimum de connaissance en soins IDE pour être efficace sur le terrain

Il faut un cadre

Ce professionnel aura une formation dite "administrative" nécessaire à la fonction

C'est le professionnel ayant expérimenté aussi bien le soin que l'aide.

Il faut quelqu'un qui ait une vision et du métier de responsable de secteur et d'IDEC afin de pouvoir tenir son rôle

L'IDEC a une vue globale du soin et de l'aide de par sa formation

Pour une gestion financière Globale des SAD

Pour la connaissance du terrain et des pathologies

Il faut quelqu'un qui connaisse et qui a pratiqué le soin pour pouvoir orienter au mieux les patients et accompagner les équipes

Connaissance spécifique et expertise professionnelle des prises en charge en soins dans leur globalité et des interventions à domicile.

dans le décret de compétence de l'infirmier

Compétences en management indispensables pour l'encadrement d'équipe pluridisciplinaire

Parce que l'IDEC maîtrise le soin et peut apprendre à maîtriser la partie aide mais un travailleur social ou un responsable de secteur n'a pas le diplôme ni les connaissances liés aux soins (formation médicale)

Il me semble essentiel de conserver comme idée centrale l'aspect soin apporté au bénéficiaire. J'ai des réserves quant à la prédominance possible d'une approche trop mercantile, notamment si le rôle de responsable de coordination est occupé par une personne sans formation soignante.

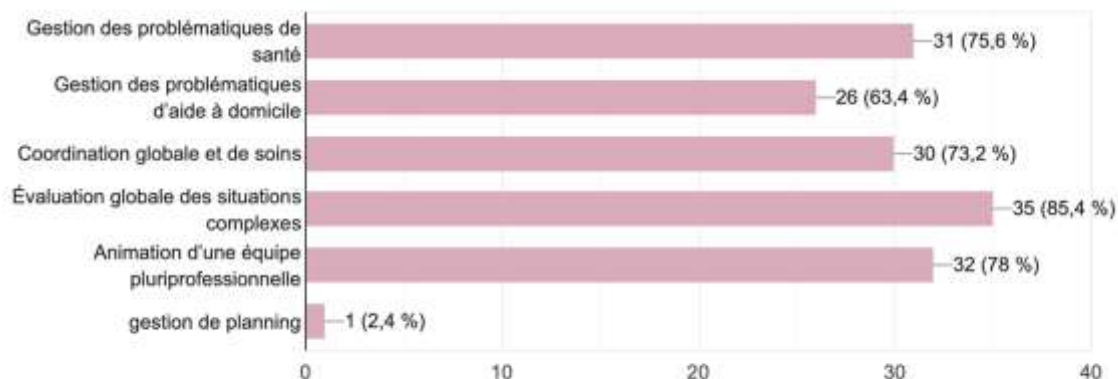
En tant qu'infirmière, nous avons la compétence d'évaluer un patient dans sa globalité, en prenant en compte l'ensemble des données médicales qui le concernent. Le rôle de coordinatrice aide et soins nécessite un regard soignant, indispensable pour répartir au mieux les intervenants à mettre en place, reconnaître les limites de chacun et signaler les éléments cliniques importants (comme des troubles de la déglutition, des troubles de la mobilité nécessitant un appareillage, etc.). Autant d'éléments qu'une personne non soignante pourrait ne pas identifier ou sous-estimer.

profil le plus adapté

parce que à mon avis il est judicieux pour les bénéficiaires et patients de garder 1 responsable sur le secteur aide et aussi l'IDEC sur le soin. le responsable de secteur pouvant intervenir sur les 2 secteurs

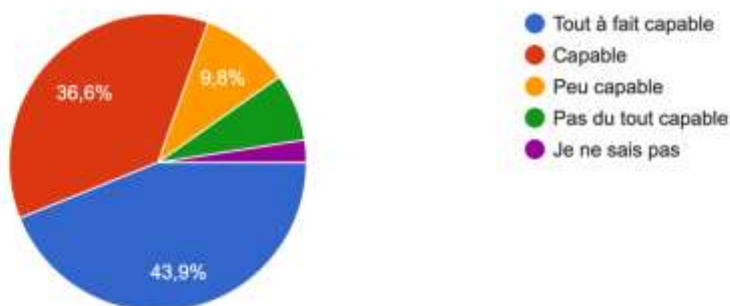
14. Selon vous, sur quelles situations vous sentez-vous capable d'intervenir ? (plusieurs réponses possibles)

41 réponses



15. Vous sentez-vous capable d'assurer la coordination d'une équipe pluriprofessionnelle (aides-soignants, infirmiers, auxiliaires de vie, aides à domicile) ?

41 réponses



16. Expliquer les raisons de votre choix :

41 réponses.

expérience actuelle dans la gestion d'une équipe aides soignants/ide

Expériences et compétences professionnelles IDE associée au DU IDEC

cela est déjà mon travail quotidien.

Au sein d'un SPASAD depuis 14 ans j'ai une très bonne connaissance du fonctionnement des services

JE SUIS PASSIONNEE ET J'AI DE L'EXPERIENCE JE CONNAIS LES EQUIPES ET LES RESEAUX EXISTANTS ET LES PROBLEMATIQUES RENCONTRES PAR LES EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRE ET LES PERSONNES QUE NOUS AIDONS

Notre rôle est de coordonner et de manager. Nous sommes en contact permanent avec les responsables de secteur des SAAD partenaires et cela ne changera pas avec la réforme

l'organisation de travail des soignants est différente, il faudrait donc un temps

Etre IDEC veut dire gérer une équipe
Il faut juste comprendre les différences de pratique

Notion en management et coordination des équipes

Je me sens peu capable car je n'ai pas encore acquis l'expérience ou la formation spécifique nécessaire pour coordonner une équipe pluriprofessionnelle de manière efficace.

Je suis de formation Auxiliaire de vie

Pour la question 14, il s'agit déjà des missions que j'effectue. Pour la question 15, capable oui mais sous réserve d'être accompagnée dans un premier temps et d'être dans ce cas soulagée de certaines tâches car aujourd'hui la charge de travail qui nous incombe ne nous permettrait pas d'encadrer en plus les aides à domicile ainsi que les auxiliaires de vie.

Parcours coordinatrice en SAAD et coordinatrice en SSIAD

Cela dépend du contexte, si par exemple les responsables de secteur et les IDECs sont maintenues, et que la responsable de coordination aide et soins fait le lien cela me paraît cohérent. Il me paraît difficile qu'en revanche cette dernière gère à elle seule les deux pôles (si on lui demande de gérer un grand nombre de patients/bénéficiaires, qu'on remplace deux postes par le sien seul en somme)

pour le moment il n'y a pas de référent aide et soins

Le peu de formation des auxiliaires de vie complique la tâche.

Nous assurons déjà la coordination des aux de vie + aide à domicile dans le cadre de nos fonctions au SAAD

aucune connaissance médicale

Difficulté de gestion de planning chez les usagers.

Cela permettrait de renforcer la collaboration de travail des soignants et des aux de vie donc d'améliorer les parcours de soins patients

Connaissance du monde de l'aide et de l'accompagnement à parfaire

Cela demande beaucoup d'organisation et de temps et être plusieurs sur le poste

Je suis formation

Nous sommes un SPASAD depuis plusieurs années

Ma formation et mon expérience diversifiée dans le domaine médico-social me donne la légitimité d'y parvenir.

Je pense qu'il faut connaître parfaitement les deux services afin de pouvoir les coordonner, notamment pour la partie soins.

J'assure déjà la coordination d'une équipe composée d'aides soignants et d'infirmiers

l'ancienneté

petite structure

je travaille depuis 14 ans en SPASAD et je peux dire que je maîtrise les particularités du service de soins

De part mon expérience dans d'ancien poste, je suis en capacité de gérer une équipe pluridisciplinaire.

Habitude de coordonner différents professionnels

Par la connaissance du soin et de l'accompagnement ainsi que mon envie d'encadrer

Expérience de travail en équipe pluriprofessionnelle, connaissance des missions propres à chaque intervenant avec mission de coopération.

évaluation en amont de toutes situations pouvant se dégrader et la connaissance des partenaires

Expérience en management

Manque de temps et de moyen pour plus de responsabilité

J'ai eu l'occasion de compléter ma formation d'IDE par un DU qui m'a permis d'approfondir des notions de droit, management et gestion appliquées au secteur sanitaire et social.

J'ai des expériences à différents postes dans le secteur et nous travaillons déjà en collaboration avec un service d'aide sur certaines prise en charge afin de coordonner nos interventions.

c'est une chose que je fais déjà de façon ponctuelle.

Capable sous réserve d'une formation dans le secteur de l'aide (devis, droits aux aides et allocations...)

Lors des évaluations de pré-admission, je réalise une évaluation globale des besoins du patient. Celle-ci concerne bien entendu mon service (soins infirmiers et interventions des aides-soignants), mais inclut également l'identification de besoins relevant des prestations d'auxiliaires de vie : aide aux actes de la vie quotidienne, ou relais lorsque la fréquence des passages de mon service ne peut être augmentée.

Je conseille et re-dirige donc les patients vers des service auxiliaires de vie pour m'assurer d'une continuité et une cohérence dans la prise en charge.

Et cette gestion s'effectue sans démarche commerciale, avec pour seul objectif l'intérêt du patient.

Par ailleurs, je suis fréquemment confrontée à des situations complexes : conflits, précarité, rupture dans le suivi des soins, isolement, négligence ou maltraitance. Les situations sont étudiées, traitées en interne et aussi en collaboration avec des partenaires extérieurs.

Mon service SSIAD et ESA est composé d'une équipe pluridisciplinaire : IDE, AS, psychologue, ergothérapeute, psychométricien, ASG, assistante, coordinatrice adjointe... L'encadrement d'une équipe pluridisciplinaire fait donc partie du quotidien.

17. Quelles compétences sont, selon vous, essentielles pour coordonner efficacement l'aide et les soins ?

Citer 3 compétences essentielles

41 réponses

organisation, gestion de conflits, soins techniques

Soins,encadrement et ecoute

capacité d'analyse, d'adaptabilité (adaptation et réadaptation) et réactivité.

collaboration, adaptabilité, très bonne connaissance des services

Savoir communiquer de façon adaptée
être organisé
être patient

Humilité, détermination, organisation

capacité à évaluer les situations, maitriser les compétences des professionnels à encadrer, connaitre les ressources du territoire

Ecoute , COmmunication bienveillance

Leadship , écoute , et dynamique de collaboration

- Capacité à communiquer clairement avec les différents professionnels
- Sens de l'organisation et gestion des priorités
- Connaissances des dispositifs sociaux, médicaux et des parcours de soins

Connaissance du public âgés, encadrements , être infirmière ou autre dans le domaine

Management, expérience en coordination en service de soins infirmier et une connaissance des service d'aide à domicile.

connaître les aspect de chaque profession

Organisation, bon management, autonomie

adaptabilité polyvalence communication

Prise de recul, adaptabilité, communication

être à l'écoute des besoins
avoir une connaissance précise de ce qui peut être réalisable
l'empathie

....

Etre organisée, consciencieuse et à l'écoute des équipes qui sont au coeur du soin à domicile.

Calme, réflexion positive sur les situations complexes, disponibilité

Connaissance des 2 cultures, des acteurs plus spécifiques au secteur de l'aide (Conseil Départemental, Caisses de retraite, APA, PCH...), management

organisation, etre IDE et un bon savoir faire de management

Communication, gestion de crise, strategie

communication, gérer les conflits, gérer les priorités

Rigueur, bonne capacité d'adaptation, gestion des conflits.

ECOUTE / ORGANISATION / PARTAGE

Compétences aides, compétences soins, compétences managériales

Connaissance du terrain et de son territoire, connaître les personnes ressources sur le territoire pour orienter au mieux les usagers, connaissance des équipes, Savoir gérer des équipes

Ecoute, connaissance métier et terrain, savoir fédérer une équipe

connaissances du soins et difficultés du terrain rencontrés, patience, aimer coordonner des équipes

organisation, communication, réactivité

Écoute, organisation et éthique

managériale, écoute, leadership

connaissances du métier d' IDE et des aides

- Planification et organisation
- Capacité relationnelle
- Gestion des conflits

la connaissance du terrain de leur difficultés /professionnalisme /et chaque compétence des équipés

Management- conduite de projet

Bonne organisation
Connaissances médicales
Adaptabilité

Adaptabilité, communication, rigueur organisationnelle

Ecoute, Observation et Analyse, Réévaluation

18. Avez vous des remarques ou des informations complémentaires à nous communiquer ?

10 réponses

à quel niveau? quelles sont vos attentes?

J'espère que la réforme permettra aux aides à domicile d'avoir de meilleures conditions de travail et que les personnes accompagnées auront un niveau de prestation soin et aide à la hauteur.

le cahier des charges de la réforme est clair...mais les interprétations sur les territoires et dans les structures sont plus floues, ce qui crée de l'incertitude voire de l'insécurité pour le devenir des associations.

Favoriser la collaboration et l'engagement des professionnels

non

A l'amadpa nous avons déjà un siad et un saad , nous sommes dans les même locaux se qui est une force et un avantage pour pouvoir communiquer et permettre une meilleure prise en charge du bénéficiaire

Notre direction communique pas sur les changements à venir dans le cadre de la réforme et entrave le travail du coordinateur SPASAD pour qu'il y ait le moins de changements possible.

La réforme est compliquée à mettre en place sur tous les territoires.

Vous pouvez également nous laisser votre adresse mail si vous êtes d'accord pour échanger davantage dans le cadre de ce mémoire.

Votre adresse mail ne sera utilisée que dans le cadre de ce mémoire et ne sera pas partagée.

FICHE DE POSTE DU RESPONSABLE DE LA COORDINATION

Ce que dit le décret :

Le responsable du service désigne un ou plusieurs responsables de la coordination de l'aide et du soin au sein du service. Il est chargé de mettre en œuvre les modalités de coordination définies dans le projet de service afin de répondre aux objectifs mentionnés au point 4.3.1.1. (cf : les objectifs de la coordination).

Il est chargé du suivi de la réalisation des prestations. Il s'assure notamment de la bonne information des intervenants sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée avant toute intervention.

Il vérifie la bonne compréhension du protocole d'intervention par les intervenants (consignes, tâches à accomplir...).

Le responsable de la coordination organise les interventions en binôme (intervenants aide et soins) lorsqu'elles sont nécessaires. Il veille à ce que les intervenants du service réalisent leurs interventions d'aide ou de soins de manière complémentaire et dans la limite de leurs compétences respectives. (CDC SAD 4.3.1.3)

Responsable de la coordination	
Missions	Structuration du cadre de travail et de l'organisation des équipes • Définir les modalités de coordination entre les équipes d'aide et de soin (outils, pratiques, réunions, concertation, ...) en lien avec le projet de service, les encadrants et les équipes. • * Mettre en œuvre les modalités de coordination définies dans le projet de service afin de répondre aux objectifs de la coordination (CDC SAD 4.3.1.3) • Garantir et contribuer à organiser les échanges entre les intervenants aide et soin : réunions, outils, pratiques, culture partagée de l'aide et du soin. • Garantir l'homogénéité des procédures avec les éventuels autres responsables de la coordination • Accompagner la montée en compétences des équipes pour l'accompagnement coordonné, veiller à son articulation avec le plan de formation. • Elaborer les processus permettant d'assurer les nouvelles missions prévues par le cahier des charges : repérage des fragilités, lien social, prévention, aide aux aidants Gestion des parcours / accompagnement des bénéficiaires • Proposer un cadre facilitant l'articulation entre les acteurs autour des prises en charge coordonnées (mixtes) : organisation et animation de réunions pluriprofessionnelles, définir le cadre d'intervention en binôme intervenant aide + intervenant soin • * Organiser les interventions en binôme (intervenants aide et soins) lorsqu'elles sont nécessaires (CDC SAD 4.3.1.3) • * Vérifier la bonne compréhension du protocole d'intervention conjoint par les intervenants (consignes, tâches à accomplir ...) (CDC SAD 4.3.1.3) • Veiller à ce que les intervenants du service réalisent leurs interventions d'aide ou de soins de manière complémentaire, dans la limite de leurs compétences respectives. (CDC SAD 4.3.1.3) • Développer les relations partenariales et contribuer à animer le réseau de partenaires en lien avec le responsable de service. • * Réaliser le suivi de la réalisation des prestations (CDC SAD 4.3.1.3) • Il s'assure notamment de la bonne information des intervenants sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée avant toute intervention. • Il vérifie la bonne compréhension du protocole d'intervention par les intervenants (consignes, tâches à accomplir ...). (CDC SAD 4.3.1.3) • Veiller à la bonne articulation et à la cohérence des interventions aide - soin • Veiller à intégrer l'entourage dans le processus d'accompagnement (temps d'échanges, suivi de la satisfaction, ...) selon la place que la personne souhaite lui accorder * Modalités précisées dans le décret

FICHE DE POSTE DU RESPONSABLE DE LA COORDINATION

Responsable de la coordination	
Exemples de compétences (liste non exhaustive)	Compétences techniques • Coordination des équipes • Elaboration de procédures • Relations partenariales Compétences relationnelles • Aptitude à fédérer • Capacité à transmettre, à former Compétences organisationnelles • Capacité à s'adapter à des situations variées • Réactivité pour répondre aux sollicitations
Profil	• IDE/IDEC, Travailleur social • Profil cadre (missions relevant de la structuration du cadre de travail et de l'organisation des équipes) • Formation coordination, gestion de parcours...
Liens hiérarchiques et fonctionnels	Liens hiérarchiques : N+1 : responsable du service, qui a en charge de désigner un ou plusieurs responsables de la coordination de l'aide et du soin au sein du service Liens fonctionnels : □ Articulations à définir avec l'interlocuteur privilégié et les encadrants
Bonnes pratiques et enjeux	Bonnes pratiques : • Elaborer les processus permettant d'assurer les nouvelles missions prévues par le cahier des charges : repérage des fragilités, lien social, prévention, aide aux aidants • Proposer un cadre facilitant l'articulation entre les acteurs autour des prises en charge partagées : organisation et/ou animation de réunions pluriprofessionnelles, mise en place d'un outil commun de partage, encourager les modes de coordination entre aide et soin • Tracer les demandes de prises en charge Enjeux identifiés : • Développer et animer des partenariats • Avoir une visibilité étendue de l'offre partenariale existante sur le territoire • Faire le lien entre les professionnels pour optimiser la coordination aide et soin • Garantir la bonne mobilisation des ressources de la structure (équipe pluridisciplinaire) en fonction des situations et l'articulation avec les intervenants externes • Fluidifier les parcours en assurant une coordination des acteurs du territoire auprès du bénéficiaire

FICHE DE POSTE INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ

Ce que dit le décret :

Le responsable de la coordination ou un intervenant placé sous sa responsabilité ou supervision exerce le rôle d'interlocuteur privilégié pour la personne accompagnée. A ce titre, il assure l'interface entre la personne accompagnée et les intervenants et est garant de la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé mentionné au 3.4.4. (CDC SAD 4.3.1.3)

Le projet d'accompagnement personnalisé est un élément central de l'accompagnement de la personne. Il est coconstruit par elle, le cas échéant avec l'appui des aidants ou de la personne de confiance, et son interlocuteur privilégié au sein du service. L'équipe pluriprofessionnelle du service est associée. (CDC SAD 3.4.4)

Le gestionnaire met en place un dispositif de suivi individualisé des interventions en accord avec la personne accompagnée. Il s'appuie à cette fin sur tous les éléments utiles tels que les retours de la personne et des intervenants et, en particulier, de l'interlocuteur privilégié de la personne accompagnée. (CDC SAD 4.1.2)

NB :

Les * sont associés à des dispositions prévues dans le cahier des charges. Les autres propositions sont issues des travaux réalisés par un groupe de travail de gestionnaires de services à domicile.

Interlocuteur privilégié	
Missions	- Être l'interlocuteur de référence du bénéficiaire et de ses proches, être réactif pour apporter des réponses à leurs sollicitations dans les meilleurs délais * Participer à l'élaboration du PAP (CDC SAD 3.4.4.) - Recueillir les besoins de la personne, en lien avec la visite à domicile réalisée par l'encadrant, notamment sur la place qu'elle souhaite donner à ses proches - Associer le bénéficiaire et les familles à l'élaboration du projet - Associer les autres professionnels concernés dans l'élaboration du PAP - S'assurer de la diffusion du PAP aux intervenants et de sa bonne compréhension par les équipes - S'assurer de la mise en œuvre du PAP, en lien avec les autres professionnels concernés : encadrant aide et encadrant soins, responsable de la coordination dans les prises en charge partagées aide et soins, intervenants. - Contribuer à la réévaluation et la mise à jour du PAP pour l'adapter à l'évolution des besoins de la personne - Identifier l'émergence de nouveaux besoins d'accompagnement ou recueillir cette information par l'intermédiaire d'autres intervenants - Participer à la réévaluation régulière (*au moins annuelle ou à l'occasion d'un changement dans la vie de la personne susceptible de le faire évoluer- CDC SAD 3.4.4) du PAP (en lien avec l'encadrant aide et/ou soin) - Identifier les nouvelles prestations nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins, en interne ou via des partenaires - en lien avec le responsable de la coordination et l'encadrant en fonction de la nature de la prestation - Associer la personne accompagnée, promouvoir l'autodétermination - Assurer un lien avec les proches selon la place que la personne souhaite leur accorder - Contribuer à la mise en œuvre des nouvelles missions prévues par le cahier des charges : repérage des fragilités, lien social, prévention, aide aux aidants * Modalités précisées dans le décret

FICHE DE POSTE INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ

Interlocuteur privilégié	
Exemples de compétences (liste non exhaustive)	Compétences techniques • Connaissance approfondie des prestations délivrées par le SAD et de l'écosystème partenarial (infirmiers libéraux, HAD, accès à la téléconsultation, ...) • Aptitude à suivre des dossiers de bénéficiaires, notamment la mise en place des Plans d'Accompagnement Personnalisés (PAP) Compétences relationnelles • Communication, capacité à établir une relation d'accompagnement • Empathie et sens de l'écoute pour comprendre les besoins spécifiques des bénéficiaires • Connaissance approfondie des principes d'autodétermination, favorisant l'autonomie et le choix des bénéficiaires Compétences organisationnelles • Rigueur et sens de l'organisation • Capacité à s'adapter à des situations variées
Profil	• Encadrant • Responsable de la coordination • Intervenant aide ou soin * Le responsable de la coordination ou un intervenant placé sous sa responsabilité ou supervision exerce le rôle d'interlocuteur privilégié pour la personne accompagnée. (CDC SAD 4.3.1.3)
Liens hiérarchiques et fonctionnels	Liens hiérarchiques : • A préciser selon l'organisation du service Liens fonctionnels : • Articulations à préciser avec le responsable de la coordination et les encadrants aide / soins
Bonnes pratiques et enjeux	Bonnes pratiques : • Définir les modalités de réévaluation des besoins et de révision du PAP • Associer les bénéficiaires à la définition du rôle d'interlocuteur privilégié • S'appuyer sur l'interlocuteur privilégié pour déployer le questionnaire de satisfaction aux bénéficiaires et inscrire le point de vue des bénéficiaires dans un dispositif d'amélioration continu • Préciser le rôle de l'interlocuteur privilégié au sein du livret d'accueil Enjeux identifiés : • Garantir la bonne identification par le bénéficiaire de son interlocuteur privilégié. • Assurer une continuité du rôle d'interlocuteur privilégié en cas d'absence prolongée de l'interlocuteur privilégié initialement identifié.