

*Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire*

14 avenue de l'Hôpital
CS 86709

45067 Orléans cedex 2

Tél. : 02 38 74 48 80

Mail : accueil@orscentre.org

Site : www.orscentre.org

[ÉTAT DES LIEUX DES PRESTATIONS DES SAAD ET DES SSIAD DANS LE DÉPARTEMENT DU LOIRET]

Août 2021



**Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire**

14 avenue de l'Hôpital
CS 86709

45067 Orléans cedex 2

Tél. : 02 38 74 48 80

Mail : accueil@orscentre.org

Site : www.orscentre.org

[ÉTAT DES LIEUX DES PRESTATIONS DES SAAD ET DES SSIAD DANS LE DÉPARTEMENT DU LOIRET]

Août 2021

Étude réalisée par Camille Dugrand, chargée d'études, ORS Centre-Val de Loire

et Franck Géniteau, chargé d'études, ORS Centre-Val de Loire

sous la direction de Céline Leclerc, directrice de l'ORS Centre-Val de Loire

L'ORS tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude.



SOMMAIRE

SOMMAIRE	5
Partie 1. Contexte, enjeux, méthodologie de l'étude	9
1. Contexte et enjeux de l'étude	9
2. Méthodologie de l'étude.....	9
2.1. Approche quantitative.....	10
2.2. Approche qualitative	11
PARTIE 2. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	15
1. Saad et Ssiad dans le Loiret : modalités d'organisation et ressources humaines.....	15
1.1. Nature du régime d'intervention et statut juridique des Saad	15
1.2. Ouverture des services Saad-Ssiad et organisation des tournées chez les usagers.....	16
Horaires d'ouverture des services et souplesse des tournées.....	16
Des tournées réduites les week-ends et jours fériés	18
La télégestion : un atout dans l'organisation des services.....	19
1.3. Le personnel d'intervention des Saad	20
Le personnel relevant de la catégorie A : Agent à domicile	20
Le personnel relevant de la catégorie B : employé à domicile.....	21
Le personnel relevant de la catégorie C : Auxiliaire de vie sociale (AVS).....	22
1.4. Le personnel d'intervention des Ssiad	22
Les infirmières coordinatrices	23
Les aides-soignantes.....	24
Des soins techniques majoritairement réalisés par des infirmiers libéraux	25
Autres personnels des Ssiad.....	27
2. L'offre en Saad et en Ssiad dans le département du Loiret	28
2.1. L'offre en Saad dans le département du Loiret.....	28
Les Saad : un secteur concurrentiel et une multitude d'acteurs	28
Personnes accompagnées par les Saad.....	28
Heures réalisées au domicile par les Saad	29
Durée des interventions et fréquence du passage des professionnels	30
2.2. L'offre en Ssiad dans le département du Loiret	32
Zones d'intervention des Ssiad.....	32
Capacités d'accueil et personnes prises en charge par les Ssiad	33
Taux d'équipement des Ssiad.....	35
2.3. Saad et Ssiad : qualité et sécurité de l'accompagnement.....	36

3.	Saad et Ssiad : des acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile	41
3.1.	Une prise en charge intégrant les aidants et répondant au libre-choix des personnes accompagnées	41
3.2.	Un rôle essentiel de prévention, d'alerte et de coordination	43
4.	Des services confrontés à un ensemble de difficultés	44
4.1.	Le recrutement et la stabilisation du personnel : une problématique commune et un enjeu majeur	44
	Des besoins de recrutement permanents	44
	Des conditions de travail dégradées amplifiant le manque de personnel	45
	Des sous-effectifs pesant sur les salariées et influant sur la prise en charge	47
4.2.	Les Saad : un secteur concurrentiel et un modèle économique fragile	48
4.3.	Viellissement et maintien à domicile : la problématique de l'accompagnement des personnes en situation de dépendance lourde	50
	Des profils de bénéficiaires en évolution et un maintien prolongé à domicile	50
	Le défi de l'adaptation des services à la complexification des besoins associés au vieillissement à domicile	54
4.4.	Les Ssiad : des sollicitations de patients demeurant sans réponse	56
	Placements sur liste d'attente et refus de patients	56
	Des relais parfois inexistantes ou inadaptés	60
4.5.	Les Saad : la problématique du glissement de tâches	61
	Quand les Saad se substituent aux Ssiad : des situations fréquentes	61
	Des situations d'inégalité pour les usagers	62
5.	Identification de besoins insuffisamment couverts dans le département du Loiret	63
5.1.	L'enjeu de la prise en charge des troubles cognitifs et psychiatriques à domicile	63
5.2.	L'enjeu de la prise en charge à domicile des personnes en situation de handicap	64
5.3.	L'absence de prise en charge nocturne des patients	70
5.4.	Saad et restes à charge : un frein pour certains usagers	70
5.5.	Saad et interventions dans les zones rurales/isolées : des inégalités territoriales	72
6.	La coordination des Saad et des Ssiad avec les autres acteurs du soin : un enjeu majeur pour une prise en charge continue et de qualité	73
6.1.	Saad et Ssiad : des liens fréquents et des acteurs complémentaires	74
6.2.	Saad-Ssiad et infirmiers : des acteurs complémentaires, des échanges parfois tendus	78
6.3.	Saad-Ssiad et médecins traitants : des difficultés accentuées par le manque de médecins généralistes dans le département	79
6.4.	Ssiad-Saad et HAD : des prises en charge conjointes rares mais appréciées	80
6.5.	Saad-Ssiad et centres hospitaliers : l'enjeu majeur des sorties d'hospitalisation	81

6.6. Saad-Ssiad et EHPAD : des acteurs souvent cloisonnés malgré quelques démarches de rapprochement.....	83
6.7. Saad-Ssiad et dispositifs de coordination des acteurs du soin et du maintien à domicile	84
PARTIE 3. SYNTHÈSE ET PRÉCONISATIONS.....	87
1. Pistes d'amélioration en termes de valorisation des métiers de l'aide et du soin à domicile..	87
2. Pistes d'amélioration en termes d'évolution de la tarification des Saad-Ssiad afin d'assurer une égalité d'accès aux services dans le Loiret	89
3. Proposer une offre élargie de services pour répondre aux besoins restant à couvrir dans le territoire	90
3.1. Proposer une offre de Ssiad renforcés et/ou de transi-Ssiad	90
3.2. Ouvrir des places supplémentaires en Ssiad, notamment pour les personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies chroniques.....	91
3.3. Saad-Ssiad : favoriser une meilleure prise en charge des troubles cognitifs et psychiatriques à domicile	93
3.4. Saad et Ssiad : créer des places de nuit éventuellement mutualisées entre plusieurs services	94
3.5. Accompagner le développement de l'habitat inclusif dans le département du Loiret.....	95
4. Impulser une dynamique de coopération des acteurs impliqués dans l'aide et le soin à domicile afin de proposer des réponses globales et rapides aux besoins des usagers	96
4.1. Favoriser une meilleure coordination des acteurs du soin en prenant appui sur le DAC.	96
4.2. Fluidifier les parcours des usagers, notamment lors des sorties d'hospitalisation	96
4.3. Soutenir les projets de rapprochement entre Saad-Ssiad et EHPAD	97
4.4. Accompagner les projets valorisant la coopération entre plusieurs Ssiad	98
4.5. Soutenir les projets permettant une meilleure articulation entre Saad, Ssiad et infirmiers libéraux.....	99
4.6. Accompagner le développement des Spasad dans le département du Loiret	100
BIBLIOGRAPHIE.....	104

Partie 1. Contexte, enjeux, méthodologie de l'étude

1. Contexte et enjeux de l'étude

La question du libre-choix de son lieu de vie reste au cœur des problématiques de la politique du vieillissement et du handicap. Cette préoccupation nationale est d'ailleurs largement reprise et défendue dans le Projet régional de santé (PRS) et le Schéma départemental de cohésion sociale. Les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) constituent dans ce cadre des maillons indispensables dans le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie désirant vivre à domicile.

Dans une volonté commune d'améliorer les parcours de vie des personnes en perte d'autonomie résidant à domicile, la délégation départementale du Loiret de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire et le Conseil départemental du Loiret ont souhaité disposer conjointement d'un état des lieux des prestations réalisées par les Ssiad et les Saad du Loiret.

Des problématiques multidimensionnelles portant notamment sur l'adaptation de l'offre, les tensions budgétaires, la gouvernance, la coordination entre les acteurs du domicile, la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements sont relayées de façon récurrente par les Ssiad et les Saad auprès des services de l'ARS et du Conseil départemental, sans que les indicateurs disponibles sur le plan départemental ne permettent de disposer d'une analyse globale.

Dans ce contexte, une étude départementale sur les Ssiad et les Saad a été commanditée à l'Observatoire régional de santé. Pour ce faire, deux enquêtes ont été menées en parallèle avec des temps de travail commun. S'agissant de l'état des lieux des prestations des Ssiad et des Saad, cette étude doit permettre :

- D'appréhender le fonctionnement de l'offre et son positionnement dans la filière de soins ;
- De vérifier l'adéquation des ressources avec les missions des services ;
- De mesurer la qualité et la sécurité des soins ;
- D'identifier des problématiques existantes (besoins non couverts, coûts IDEL, recrutement de professionnels, ruptures de prises en charge, zones du territoire non couvertes, etc.)
- D'identifier les leviers ou les opportunités à saisir.

2. Méthodologie de l'étude

Pour atteindre ces objectifs, l'ORS a mis en œuvre une méthodologie quantitative et qualitative. L'approche quantitative vise à objectiver au mieux le fonctionnement de l'offre existante et son positionnement, les missions et organisations des services, les problématiques existantes et les enjeux à venir. L'objectif de l'approche qualitative consiste à appréhender de manière plus concrète la nature comme les modalités d'organisation des services, les défis qu'ils rencontrent sur le terrain ainsi que les

relations partenariales nouées entre les professionnels impliqués dans l'aide et le soin à domicile. Il s'agit aussi d'enrichir les données quantitatives en identifiant les freins, les leviers, les perspectives d'amélioration relevés par les acteurs eux-mêmes.

2.1. Approche quantitative

L'interrogation de tous les Ssiad du territoire a été réalisée au moyen d'une enquête en ligne par questionnaire. La liste des Ssiad, dont leur adresse mail, a été transmise par la délégation départementale du Loiret de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à l'ORS qui a réalisé quelques recherches pour les adresses erronées afin d'assurer l'exhaustivité.

De la même manière, tous les Saad du territoire ont été contactés au moyen d'une enquête en ligne par questionnaire. La liste des Saad, dont leur adresse mail, a été transmise par le Conseil départemental à l'ORS qui a réalisé quelques recherches pour les adresses erronées afin d'assurer l'exhaustivité.

Un questionnaire en ligne a été adressé aux Saad et aux Ssiad pour comprendre le fonctionnement des services, à savoir :

- La présentation du service (nom, raison sociale du Ssiad, nature et statut juridique du Saad, horaire d'ouverture, etc.) ;
- Les effectifs de professionnels intervenants (nombre d'ETP de salariés, recrutement...) ;
- La capacité du service Ssiad (nombre de places, de personnes prises en charge, d'entrée, de nouveaux patients, de périodes de prise en charge, de sorties...) ;
- L'accessibilité du service Ssiad (nombre de personnes inscrites sur liste d'attente, de places réellement occupées, délai d'attente avant l'entrée en Ssiad, nombre de sollicitations et motifs pour le(s)quel(s) le Ssiad n'a pas pu intervenir ou a dû arrêter une prise en charge...) ;
- La typologie des personnes accompagnées par le Ssiad (GIR, conditions de cohabitation...) ;
- L'activité du service Ssiad (nombre de journées et de passages réalisés, durée d'accompagnement, d'intervention, fréquence de passages...) ;
- Les soins réalisés par le Ssiad (nombre de soins infirmiers et de nursing réalisés en interne et externalisés...) ;
- Les personnes accompagnées par le Saad (nombre total de personnes accompagnées, nombre d'heures facturées, durée des interventions, fréquence des passages...) ;
- Les motifs pour lesquels le Ssiad n'a pas pu intervenir ou a dû arrêter une prise en charge ;
- La visibilité du Ssiad sur le territoire (actions de communication...) ;
- La qualité de l'accompagnement du Ssiad (projet personnalisé, dossier informatisé usager...) ;
- La qualité de l'accompagnement du Saad (formation du personnel intervenant, projet personnalisé, dossier informatisé usager...) ;
- La sécurité de l'accompagnement du Saad et du Ssiad (existence de protocole...) ;
- La continuité et la coordination des soins du Saad et du Ssiad (coordination des soins, participation aux instances de concertation sur l'organisation territoriale, convention(s) avec les partenaires, réunion(s) interne(s) et avec les partenaires...) ;
- La sécurité du circuit des soins et du circuit des médicaments du Ssiad ;
- La sécurité du circuit de l'accompagnement du Saad ;
- Les enjeux, les perspectives et les opportunités.

L'enquête en ligne a été lancée le 13 octobre 2020 avec comme première date de clôture le 28 octobre. Cependant, du fait du contexte sanitaire et faisant également suite à la demande d'un certain nombre

d'établissements de disposer d'un délai supplémentaire, la date de clôture a été prolongée jusqu'au 11 novembre 2020. Les Saad et les Ssiad en ont été informés lors de la première relance le 26 octobre. Une seconde relance a été effectuée le 5 novembre.

Au total, les 18 Ssiad du Loiret ont répondu à l'enquête. Les résultats des deux Ssiad de l'ADMR sont compilés dans un même questionnaire. Les résultats sont donc analysés à partir de 17 questionnaires comptabilisant la totalité des Ssiad du département.

Au total, 32 Saad ont répondu à l'enquête parmi les 110 structures et antennes interrogées. Cependant, il convient dès à présent de relativiser ce « faible. » taux de retour. En effet, les structures ADMR, Familles Rurales et A Domicile 45 ont chacun renseigné un questionnaire pour l'ensemble de leurs structures. Or, ces structures comptent respectivement 11, 12 et 4 services et antennes d'aide à domicile sur l'ensemble du territoire. Par conséquent, ce sont 56 Saad (services et antennes) du Loiret qui ont répondu à cette enquête, soit 51% des Saad du département.

Des entretiens exploratoires ont été réalisés en amont du questionnaire afin d'avoir une vision de l'ensemble des besoins et de ne omettre aucune problématique. Cinq entretiens exploratoires ont ainsi été réalisés avec un Saad, l'URIOPSS, l'URPS infirmiers libéraux, un Spasad et France Asso Santé. Le questionnaire a également fait l'objet d'un test auprès d'un Ssiad et d'un Saad et d'une validation par l'ARS du Loiret et par le Conseil départemental du Loiret avant le lancement de l'enquête en ligne.

2.2. Approche qualitative

Afin d'enrichir l'approche quantitative, une étude qualitative a été conduite entre les mois de mars et mai 2021. L'objectif de cette démarche visait à recueillir le discours des professionnels impliqués dans le parcours des personnes prises en charge à domicile tout en s'approchant au plus près du vécu des acteurs sur le terrain. Au-delà des données strictement quantitatives, une telle approche offrait de nourrir cet état des lieux des prestations des Saad et des Ssiad dans le Loiret en précisant la nature des interventions de ces services, leurs modalités concrètes d'organisation, les défis qu'ils rencontrent sur le terrain, ainsi que les ressorts des éventuelles ruptures dans les parcours des personnes prises en charge. La démarche qualitative a également permis d'interroger les multiples dimensions des relations partenariales nouées ou non entre les différents professionnels/structures impliqués dans l'aide et le soin à domicile tout en identifiant les freins, les leviers, les perspectives d'amélioration relevés par les acteurs eux-mêmes.

La démarche initialement retenue pour la partie qualitative de l'étude prévoyait l'organisation de cinq *focus groups* composés de professionnels intervenant auprès des publics accompagnés par les Saad et les Ssiad. Ces échanges collectifs n'ont pu être réalisés du fait des contraintes sanitaires liées à l'épidémie de COVID-19. L'option des entretiens individuels fut donc finalement privilégiée, avec l'accord des commanditaires de l'étude en février 2021.

Au total, 26 acteurs issus de diverses structures à travers le Loiret ont été interrogés :

- 9 dirigeants/cadres/responsables de services Saad, Ssiad et Spasad ;
- 6 professionnels de terrain intervenant dans les Saad/Ssiad : 3 aides-soignantes et 3 aides à domicile ;
- 15 professionnels impliqués dans les parcours des publics pris en charge à domicile : trois infirmières libérales, une professionnelle intervenant au sein d'un service de HAD, une professionnelle intervenant au sein de la PTA, une professionnelle intervenant au sein d'un

CLIC, deux professionnelles intervenant au sein du service social d'un centre hospitalier, deux professionnelles intervenant au sein d'un EHPAD, une dirigeante de résidence sénior.

Une attention particulière a été portée sur l'hétérogénéité des profils des personnes/structures sollicitées afin d'englober dans l'analyse, la variété des situations rencontrées dans l'ensemble du département, notamment d'un point de vue géographique. Plusieurs voies d'entrée ont été explorées pour solliciter les personnes à interviewer :

- Contact direct de responsables de structures (Saad, Ssiad, Spasad) ayant répondu au questionnaire de l'enquête quantitative ;
- Contact direct d'interlocuteurs et/ou de structures jugées incontournables dans le cadre de l'étude (CLIC, PTA, HAD, EHPAD, centres hospitaliers, résidence sénior) ;
- Mise en relation avec certains interlocuteurs par le biais d'entretiens réalisés avec d'autres (aides-soignantes et aides à domicile sollicitées sur les conseils d'encadrants de structures Saad-Ssiad, infirmières libérales contactées sur les conseils de Ssiad et de la PTA).

Les interlocuteurs interrogés furent initialement contactés par téléphone ou par mail afin de présenter les objectifs et les modalités de l'étude puis de solliciter un rendez-vous pour l'entretien. D'une durée variable de 45 à 90 minutes, les entretiens se sont déroulés selon les modalités choisies par les interviewés, par téléphone ou en visioconférence.

La forme choisie pour les interviews fut celle des entretiens semi-directifs. Basés sur une grille d'entretien élaborée au préalable et servant de trame aux échanges, ces entretiens se caractérisent par une importante souplesse afin d'influencer le moins possible le discours des interrogés tout en laissant libre-court à leurs digressions et considérations personnelles. Variables selon la position et les modalités d'intervention des acteurs interrogés, les grilles d'entretien se sont généralement attardées sur une série de thématiques :

- Présentation de la structure (historique, forme juridique, missions, équipe, zone d'intervention, modalités d'organisation, profil des personnes prises en charge et nature des prestations apportées) ;
- Parcours, formations des intervenants, nature de leur action sur le terrain ;
- Atouts et modalités de développement de la structure, leviers et freins pour accompagner les usagers (enjeux humains, financiers, matériels, organisationnels...) ;
- Éventuels manques dans l'accompagnement des usagers, identification de besoins insuffisamment couverts, identification de points de rupture dans le parcours des personnes accompagnées ;
- Relations partenariales, articulations entre les professionnels et les services ;
- Priorités, pistes d'amélioration identifiées pour une meilleure prise en charge des personnes à domicile.

Enregistrés sur dictaphone avec l'accord des personnes, les échanges ont fait l'objet d'une transcription complète anonymisée puis d'une analyse croisée, transversale et thématique visant à identifier les récurrences, les points de convergence comme de divergence entre les professionnels

impliqués dans le parcours des personnes prises en charge par les Saad et les Ssiad. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration dans le registre de l'ORS en conformité avec le RGPD. Seules les transcriptions totalement anonymisées sont conservées, les enregistrements audio sont détruits dès le rendu de l'étude aux commanditaires.

PARTIE 2. ANALYSE DES RÉSULTATS

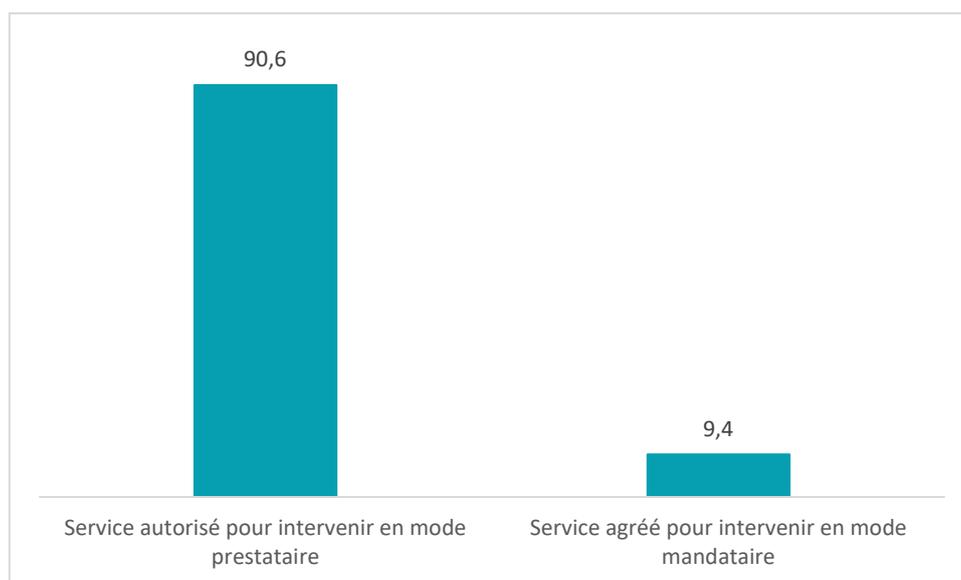
1. Saad et Ssiad dans le Loiret : modalités d'organisation et ressources humaines

1.1. Nature du régime d'intervention et statut juridique des Saad

Parmi les 32 établissements ayant répondu à l'enquête, 90,6% constituent des services autorisés pour intervenir en mode prestataire et 9,4% sont agréés pour intervenir en mode mandataire :

- Autorisés par le Département, les Saad prestataires disposent du statut de service médico-social. Les tarifs de ceux-ci se trouvent encadrés. Les aides à domicile sont quant à elles recrutées et salariées par le service.
- Dans le cas des Saad mandataires, la personne accompagnée à domicile est l'employeur de l'intervenant à domicile. Agréés par la Dreets, les Saad mandataires occupent une fonction de mise en relation entre l'utilisateur et le professionnel, ainsi que de gestion administrative (contrat de travail, fiche de demande de congés, soutien à la réalisation des fiches de paie...)

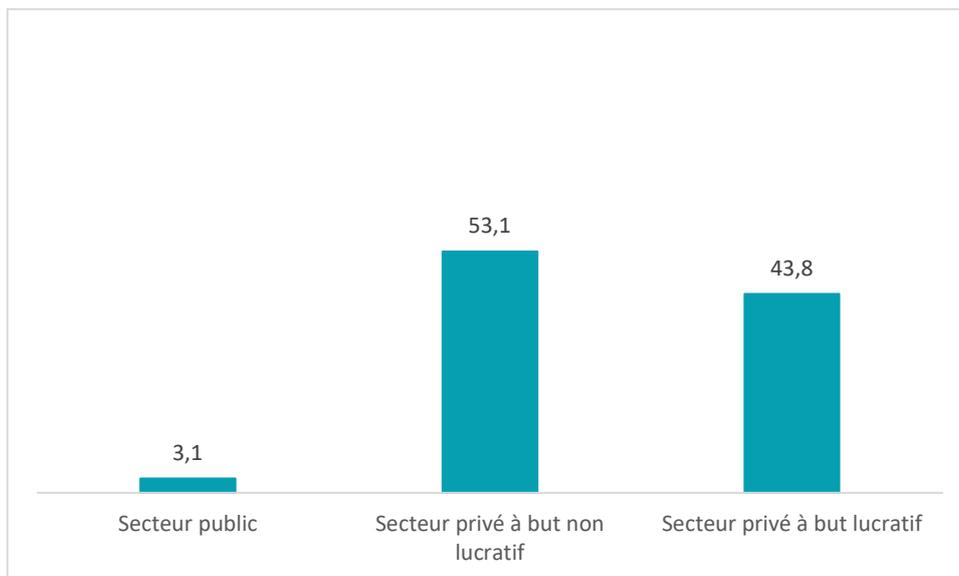
Figure 1 : Nature du régime d'intervention des Saad ayant répondu à l'enquête (en %)



Les Saad peuvent se rattacher à des structures de divers statuts juridiques :

- Secteur privé à but non lucratif (cas de plus de la moitié des Saad ayant répondu à l'enquête) : association loi 1901 et groupement de coopération sanitaire et médico-social (GCSMS) ;
- Secteur privé à but lucratif (cas de 44% des Saad ayant répondu à l'enquête) : société par actions simplifiées (SAS), société à responsabilité limitée (SARL), entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL), entrepreneur individuel, entreprise individuelle à responsabilité limitée (EIRL) et société anonyme (SA) ;
- Secteur public (cas de 3% des Saad ayant répondu à l'enquête) : communauté de commune.

Figure 2 : Statut juridique des Saad ayant répondu à l'enquête (en %)



1.2. Ouverture des services Saad-Ssiad et organisation des tournées chez les usagers

Horaires d'ouverture des services et souplesse des tournées

Parmi les 32 Saad ayant répondu à l'enquête, tous sont ouverts du lundi au vendredi, 94,0 % interviennent les samedis et 87,5 % les dimanches et jours fériés.

Figure 3 : Fréquence d'ouverture hebdomadaire



Pour sa part, l'intégralité des Ssiad intervient chaque jour de la semaine, samedis, dimanches et jours fériés compris.

Pour la majorité des Ssiad interrogés, les tournées en semaine débutent entre 7h et 7h30 pour se clore une première fois entre 12h et 13h, avant de reprendre l'après-midi et de se terminer entre 19h et 20h. Un Ssiad interrogé démarre ses tournées le matin avant 7h tandis que pour deux autres, les tournées de l'après-midi se terminent à 20h30.

Les Saad interrogés fonctionnent selon des amplitudes horaires relativement analogues à celles des Ssiad. Toutefois, il ne semble pas rare que les professionnelles¹ des Saad ne disposent que d'une coupure abrégée voire inexistante le midi du fait des distances parfois étendues à accomplir entre la dernière intervention du matin et la première de l'après-midi.

Pour 14 Ssiad, il est possible pour les salariées de démarrer leurs interventions directement à partir de leur domicile personnel. De plus, la majorité des services met des véhicules à disposition du personnel. En revanche, les salariées de trois Ssiad doivent utiliser leur propre véhicule. Si les Ssiad peuvent avoir recours à la location de véhicules (n=10 en 2019), la majorité dispose de sa propre flotte. Celle-ci est estimée au 31 décembre 2019 à 292 véhicules, soit en moyenne 17 véhicules par structure.

Pour les Saad, la situation diffère : aucun des services interrogés lors de l'enquête qualitative ne dispose de véhicule de service pour effectuer les tournées. Les intervenantes doivent donc disposer de leur propre véhicule, surtout en milieu rural où il s'avère impossible d'utiliser des transports en commun pour se rendre d'un domicile à l'autre dans des délais raisonnables.

De manière générale, les tournées quotidiennes sont organisées de manière à privilégier en première partie de matinée les personnes les plus dépendantes, celles qui ne parviennent pas à se lever seules de leur lit. Suivent les interventions auprès de personnes plus autonomes comportant, selon les services, soins, toilettes, aide au repas, ménage... La fin d'après-midi consiste le plus souvent en l'accompagnement des usagers préalable à la nuit (repas du soir, déshabillage, toilette, change, aide à l'allongement au lit...)

Le plus souvent, les tournées varient d'une semaine l'autre, voire d'un jour l'autre. Les horaires de passage au domicile des personnes accompagnées sont rarement fixes et les professionnelles rencontrent souvent des usagers différents d'un jour l'autre. Selon les intervenantes et les responsables de structures Saad-Ssiad, cette variabilité s'explique par la nécessaire souplesse des services face à plusieurs contraintes : besoins évolutifs des patients, conciliation avec leurs impératifs, notamment médicaux (entrées, sorties d'hospitalisation, rendez-vous médicaux...), et, surtout, contraintes liées aux ressources humaines (manque de personnel, forte rotation des salariées, arrêts maladies, remplacements, heures supplémentaires...) Concernant les Ssiad, la durée des interventions à domicile varie en général entre 30 et 60 minutes, selon les besoins et le niveau de dépendance des patients. Pour les Saad, cette durée peut varier de 15 minutes à 2h, voire plus.

¹ Dans le cadre de ce rapport, les références aux intervenantes à domicile seront systématiquement féminisées afin de tenir compte de l'écrasante proportion de femmes parmi les professionnelles des Saad comme des Ssiad.

En outre, la plupart des établissements disposent d'un service d'astreinte (astreinte administrative, téléphonique, salarié intervenant dédié, etc.) : 94,1 % des Ssiad en disposent, 5,9 % en sont dépourvus. Dans le cas des Saad ayant répondu à l'enquête, 90,6 % déclarent disposer d'un service d'astreinte.

Figure 4 : Service d'astreinte Ssiad

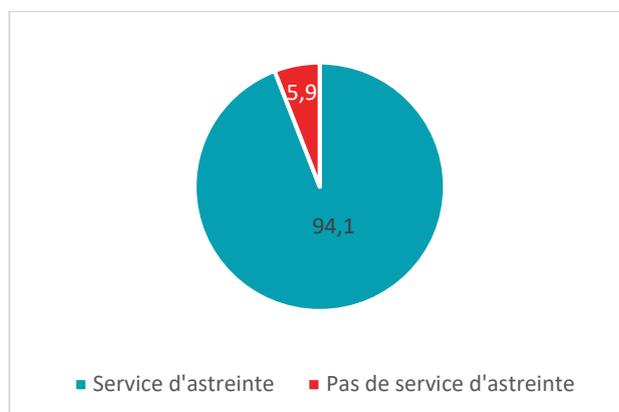
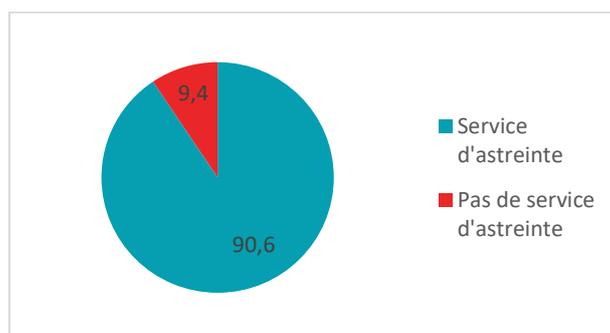


Figure 5 : Service d'astreinte Saad



Des tournées réduites les week-ends et jours fériés

Tous les Ssiad interviennent les week-ends et jours fériés alors que cela ne concerne qu'une partie des Saad ayant répondu à l'enquête (94,0 % interviennent le samedi ; 87,5 % le dimanche et jours fériés). Dans tous les cas, les tournées sont alors le plus souvent réduites, une partie des intervenantes se trouvant alors en repos.

A titre d'exemple, un Ssiad interrogé organise huit tournées le matin en semaine, contre cinq le samedi, puis quatre le dimanche. Dans ce cas, les interventions se déroulent en priorité uniquement chez les patients se trouvant dans les situations de dépendance les plus lourdes.

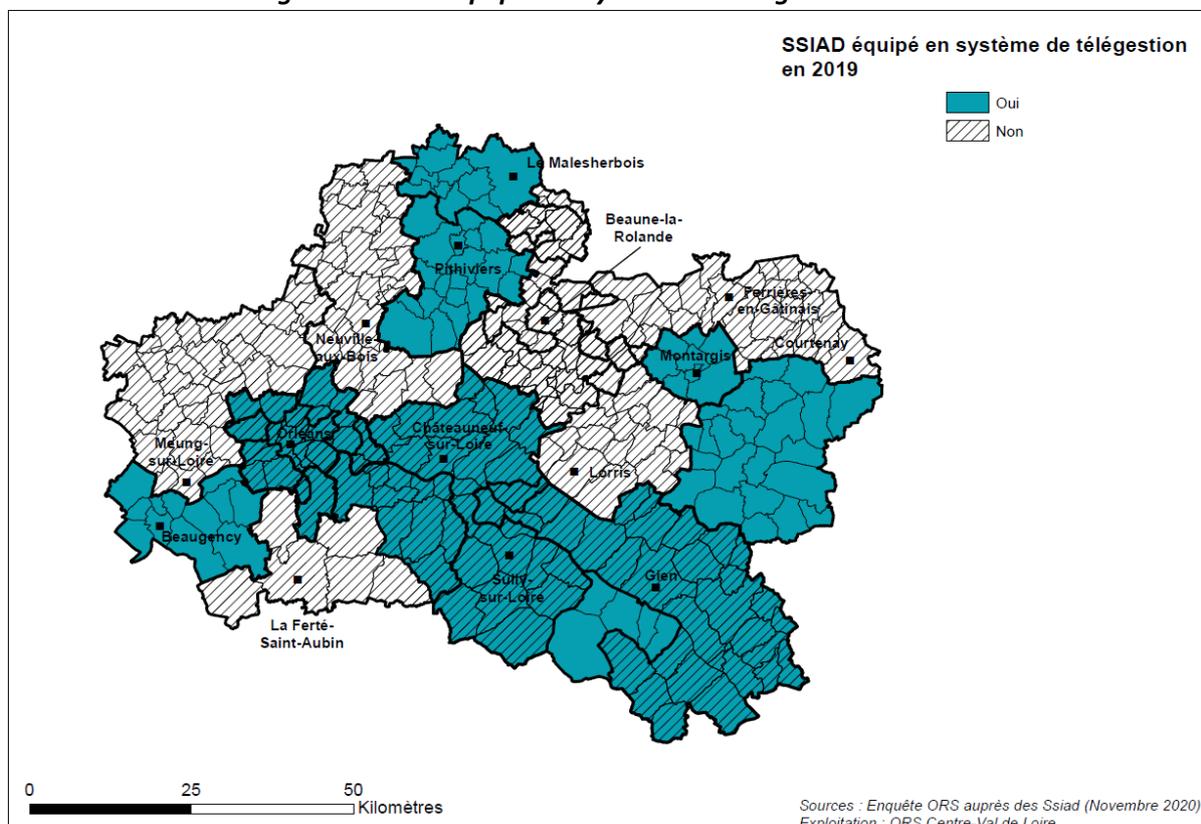
De la même manière, les interventions proposées par les Saad les week-ends et jours fériés excluent le plus souvent les activités de ménage, courses, aide administrative, pour se résumer aux « actes essentiels de la vie courante. » : toilettes, repas, changes.

Enfin, un total de dix Ssiad affirme réaliser des interventions programmées les week-ends et en soirée. Quant aux Saad ayant répondu au questionnaire, la moitié déclare réaliser des interventions programmées en soirée (50,0 %) et le week-end (56,3 %). Toutefois, nous reviendrons plus loin sur l'enjeu des interventions nocturnes qui demeurent marginales dans les faits, en raison d'un manque d'effectifs et de moyens.

La télégestion : un atout dans l'organisation des services

En 2019, 7 Ssiad sont équipés en matière de télégestion. Plusieurs Saad sont également équipés.

Figure 6 : Ssiad équipés en système de télégestion en 2019



La télégestion permet la transmission sécurisée des informations en temps réel entre intervenantes et responsables par le biais de boîtiers informatiques vers un ordinateur central. La télégestion comporte des atouts dans l'organisation des services :

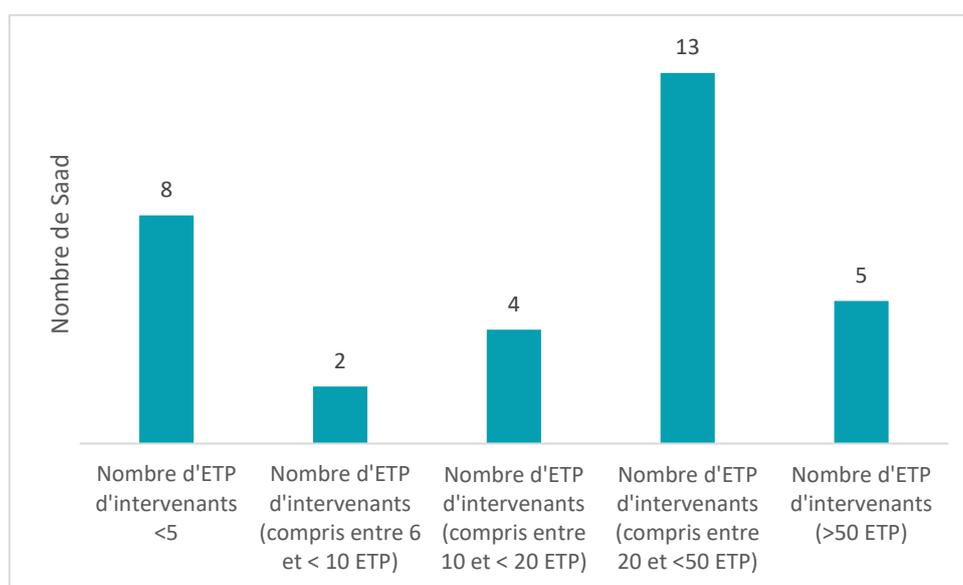
- Une meilleure coordination entre intervenantes : l'informatisation des données permet aux professionnelles de disposer d'une visibilité quant aux passages antérieurs de leurs collègues au domicile des patients. Il devient dès lors plus aisé d'échanger entre intervenantes sur les cas comme sur les éventuelles difficultés rencontrées sur le terrain.
- Une meilleure appréhension de la situation de la personne accompagnée : l'usage de la télégestion permet aux aides-soignantes comme aux aides à domicile de disposer en temps réel des informations qu'elles sont habilitées à connaître concernant les usagers. Elles peuvent par exemple disposer de renseignements sur le rythme de vie de la personne, être alertées en cas de chute récente, de dégradation de son état de santé, etc.

- Une meilleure coordination entre partenaires : la télégestion permet de disposer d'informations sur les autres partenaires en charge du dossier : médecin traitant, infirmière libérale... Cela facilite les échanges, la réactivité comme les alertes entre professionnels.

1.3. Le personnel d'intervention des Saad

Les 32 Saad ayant répondu à l'enquête comptent 1 686 salariés intervenants totalisant 1 195,4 ETP. Au regard de son personnel, la taille des Saad est très variable d'une structure à l'autre : de moins de 5 ETP pour certains, à plus de 50 ETP au sein d'un même Saad.

Figure 7 : Nombre d'ETP d'intervenants



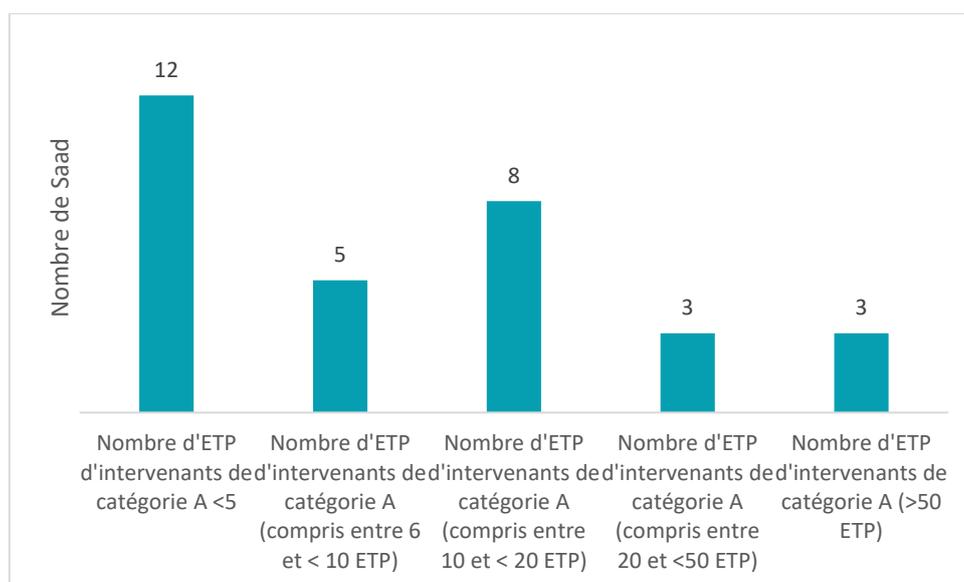
Les missions des Saad sont assurées grâce à des professionnelles relevant de trois catégories selon la Convention collective : A, B et C.

Le personnel relevant de la catégorie A : Agent à domicile

Ces professionnelles aident à l'accompagnement des activités domestiques dites « simples. » auprès de personnes autonomes : entretien courant du logement, courses... Accessible sans diplôme spécifique, la fonction d'agent à domicile correspond aux personnels les moins qualifiés des Saad, souvent les moins diplômés, au salaire le plus bas du secteur.

Parmi les 31 Saad ayant participé à l'enquête, cette catégorie A concerne 688 intervenants en 2019, correspondant à 449,5 ETP. La variation entre Saad apparaît importante puisque certains services comptent moins de 5 ETP d'intervenants de catégorie A tandis que d'autres disposent d'un effectif supérieur à 50 ETP.

Figure 8 : Nombre d'ETP d'intervenants de catégorie A

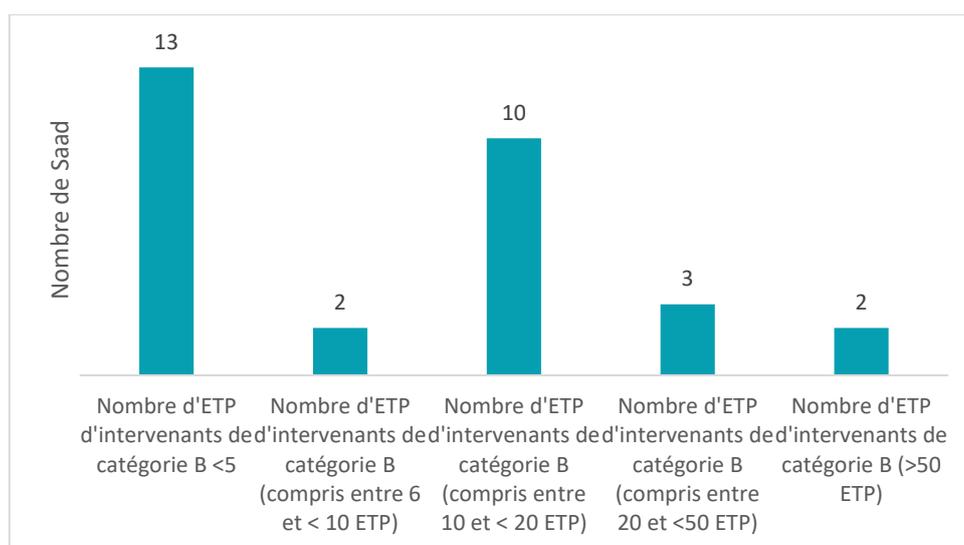


Le personnel relevant de la catégorie B : employé à domicile

Outre l'aide aux usagers autonomes, ces intervenantes sont amenées à accompagner des personnes rencontrant des « difficultés passagères. ». Leurs activités sont similaires à celles des agents à domicile. Plusieurs diplômes permettent d'accéder à ce poste : parmi ceux-ci, on trouve le BEP carrière sanitaire et sociale, le CAP petite enfance ou le CAP agricole option économique familiale et rurale. Les personnes en formation pour l'obtention d'un diplôme d'auxiliaire de vie sociale peuvent également accéder à ce poste.

Les 30 Saad ayant répondu à cette question comptent 601 intervenants de catégorie B en 2019, correspondant à 459,1 ETP, avec de fortes variabilités inter-services.

Figure 9 : Nombre d'ETP d'intervenants de catégorie B

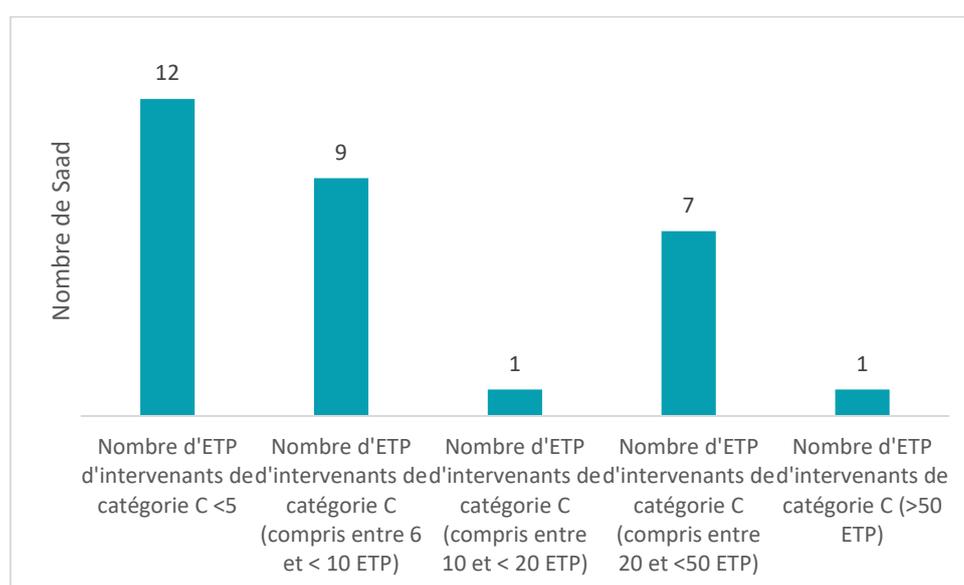


Le personnel relevant de la catégorie C : Auxiliaire de vie sociale (AVS)

Ces professionnelles accomplissent les mêmes tâches que les intervenantes de catégories A et B, auxquelles s'ajoutent un accompagnement et un soutien auprès des publics fragiles dans toutes les tâches de la vie courante, sociale et relationnelle. Un diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), d'accompagnement éducatif et social (DEAES), d'Assistant de vie aux familles (ADVF), un Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) ou un BEP carrière sanitaire et sociale mention aide à domicile permet d'accéder à ce poste.

Les 30 Saad ayant répondu à cette question comptent 572 intervenants de cette catégorie en 2019, correspondant à 404,7 ETP, avec de fortes variabilités inter-services.

Figure 10 : Nombre d'ETP d'intervenants de catégorie C



Les entretiens semi-directifs ont mis en lumière des difficultés croissantes des responsables de structures à recruter des professionnelles relevant de la catégorie C. A l'image de ce responsable de Saad, plusieurs interlocuteurs confient leur peine à attirer vers le domicile un personnel polyvalent, diplômé et qualifié optant davantage pour l'exercice au sein d'établissements :

« Autant qu'on peut, on recrute au titre d'ADVS (...) Après, on a des BEP service aux personnes, pour celles qui l'ont encore. L'ancien DEAVS, on recrute plus du tout, c'est vraiment des exceptions (...) C'est un diplôme qui s'est hybridé et qui permet au diplômé de choisir entre un établissement et le domicile... Ce choix-là... Les personnes choisissent l'établissement ! Parfois, il y en a un qui choisit le domicile, mystère, mais les gens ne viennent pas vers le domicile. »

1.4. Le personnel d'intervention des Ssiad

Les missions des Ssiad sont assurées grâce à plusieurs types de professionnels :

- Les infirmières coordinatrices ;
- Les aides-soignantes ;
- Les infirmiers ;
- D'autres professionnels médicaux.

Les données chiffrées concernant les personnels employés par les Ssiad présentées dans cette analyse sont issues de l'enquête quantitative. Elles sont donc déclaratives et reflètent l'état des effectifs au 31 décembre 2019.

Les infirmières coordinatrices

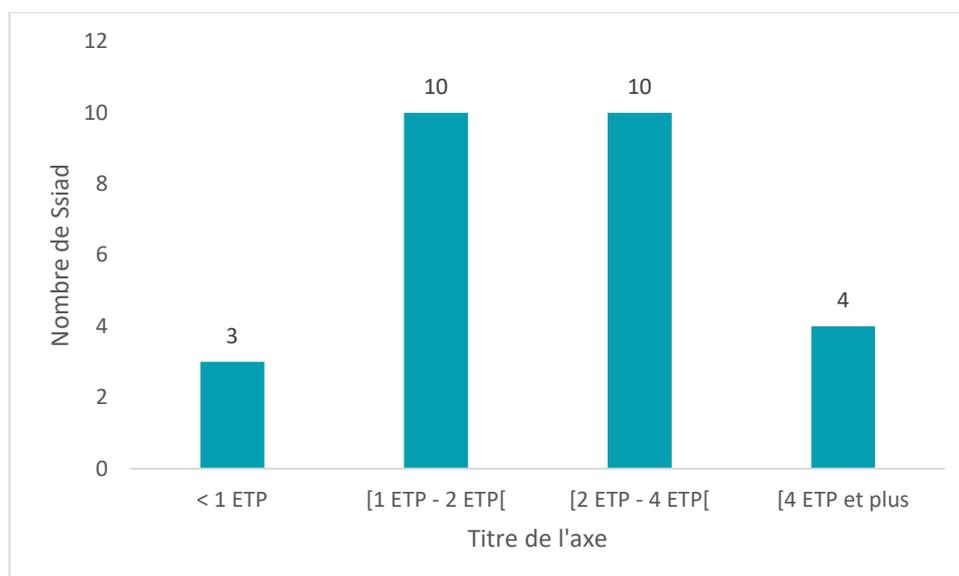
L'infirmière coordinatrice (IDEC) est garante de la qualité et de la continuité des soins au sein du Ssiad. Elle porte plusieurs types de fonctions :

- Fonctions techniques : accueil, décision d'admission des patients et d'interruption des interventions, évaluation de la dépendance des patients afin d'établir un projet de soins individualisé, planification des interventions des aides-soignantes... Si besoin, l'IDEC peut assurer des soins.
- Fonctions administratives : élaboration des documents réglementaires du service (rapport d'activité, registre médical...), suivi des soins infirmiers, embauche des salariés, processus démarche qualité du Ssiad...
- Fonctions d'encadrement d'équipe : planning du personnel, animation de réunions de services, repérage des besoins et établissement du programme annuel de formation des salariés.
- Fonctions de coordination : participation aux réunions avec les autres acteurs du maintien à domicile (CLIC, MAIA, établissements de santé, infirmiers libéraux, etc.)

Règlementairement, un IDEC doit être présent dans chaque Ssiad. Toutefois, ce poste ne correspond pas toujours à 1 ETP. Dans la majorité des cas, et sauf cas très exceptionnels, les IDEC ne réalisent pas de soins infirmiers et assurent spécifiquement la coordination du service.

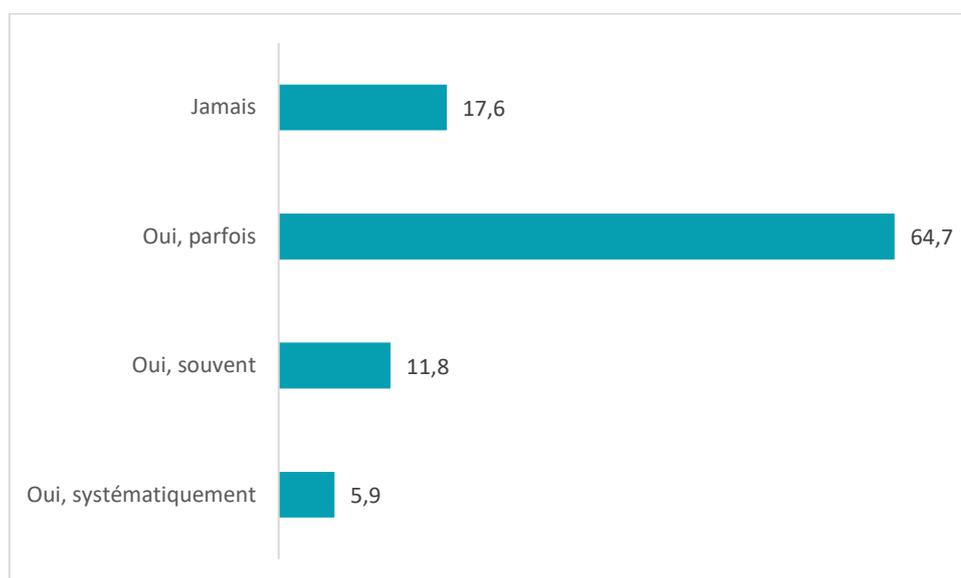
Seul 1 Ssiad déclare ne pas disposer d'IDEC. Pour les autres services, les ETP correspondant à ce poste varient de 0,5 à 4, avec une moyenne de 1,5 ETP par structure.

Figure 11 : Nombre d'ETP d'IDEC



Dans 3 Ssiad, les IDEC n'effectuent jamais de soins. Pour le reste des services, elles peuvent assurer des soins de façon plus ou moins régulière.

Figure 12 : Nombre d'IDEC assurant des soins

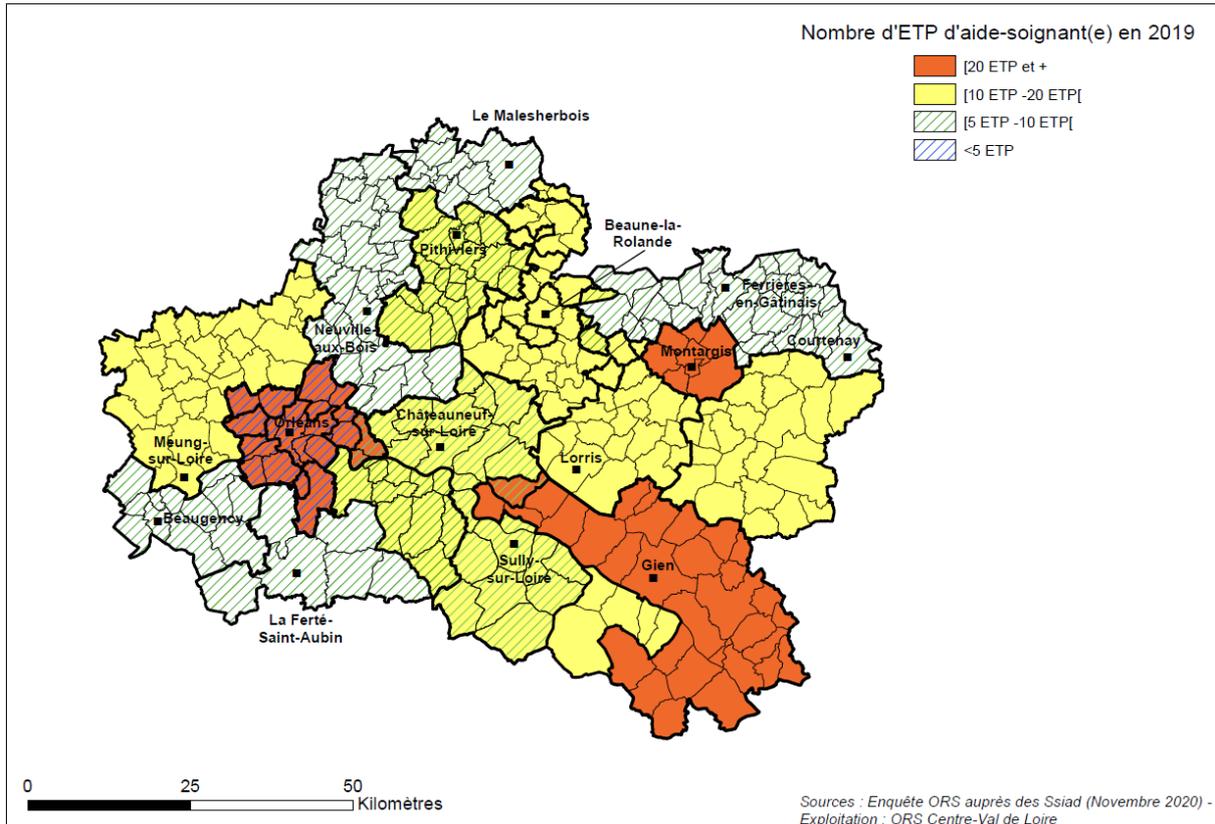


Les aides-soignantes

Coordonnées par l'IDEC, les aides-soignantes réalisent les soins d'hygiène et l'accompagnement aux actes essentiels de la vie quotidienne : toilettes complètes, aide au repas, au lever, à l'habillage... Elles participent de fait au maintien du lien social pour les personnes accompagnées à domicile.

Dans la très grande majorité des services, les salariés des Ssiad sont composés essentiellement d'aides-soignantes. Pour l'ensemble des Ssiad du département, il a été recensé au 31 décembre 2019 224,3 ETP d'aides-soignantes, cela représente en moyenne 13,2 ETP par structure.

Figure 13 : nombre d'ETP d'aides-soignants en Ssiad dans le Loiret en 2019



Un Ssiad situé dans la métropole orléanaise compte moins de 5 ETP (Ssiad handicap) quand la majorité des Ssiad du territoire se compose d'équipes d'aides-soignantes comprises entre 5 et 10 ETP (6 Ssiad) ou 10 et 20 ETP (7 Ssiad). Trois Ssiad comptent des ETP de 20 aides-soignantes et plus dans le Giennois, l'agglomération montargoise et la métropole orléanaise.

Pour assurer les soins infirmiers ne pouvant être réglementairement pratiqués par les aides-soignantes, les Ssiad ont recours à des infirmiers. Parfois salariés du service (situation rare dans le département du Loiret), ceux-ci sont majoritairement des infirmiers libéraux (IDEL). Leurs interventions à domicile sont directement facturées aux Ssiad. Les services peuvent aussi passer convention avec des IDEL ou des centres de soins infirmiers alors associés aux interventions du Ssiad pour les soins ne pouvant être effectués par les aides-soignantes.

Figure 14 : Nombre de soins infirmiers réalisés en externe par les Ssiad en 2019

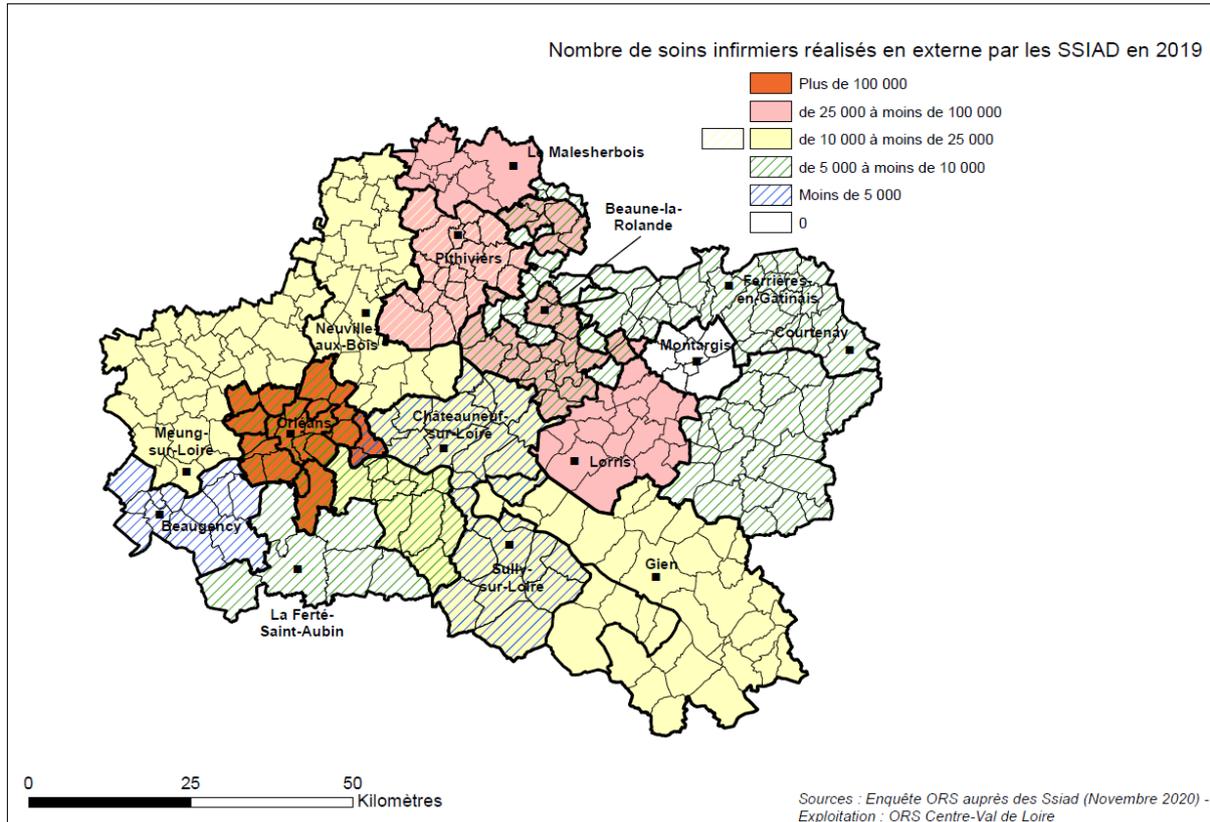
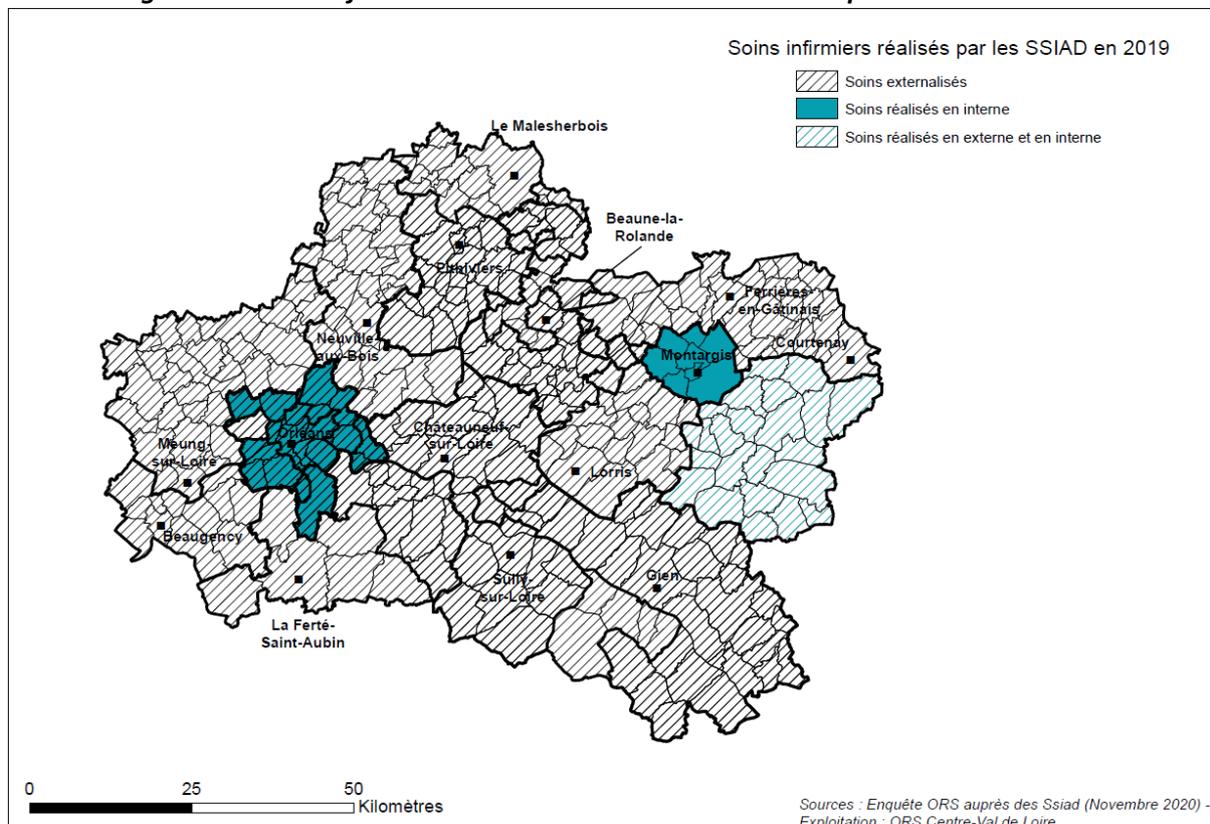


Figure 15 : Soins infirmiers réalisés en interne et en externe par les Ssiad en 2019



En 2019, sur les 17 Ssiad du Loiret, 15 ont contractualisé avec des infirmiers libéraux du territoire pour les interventions à domicile. Seuls 2 Ssiad n'externalisent aucun soin grâce à la présence d'infirmiers

en interne, notamment issus de la fonction publique territoriale (un de ces Ssiad est rattaché à un CCAS). Tous les autres Ssiad ont recours à des infirmiers libéraux pour la prise en charge des patients nécessitant des soins techniques.

Les facteurs qui conduisent la majorité des Ssiad à faire appel à des infirmiers libéraux plutôt qu'à des intervenants embauchés en interne sont de plusieurs natures :

- Pour plusieurs responsables de services interrogés, il s'agit de respecter la liberté de choix du patient de son soignant, les personnes prises en charge souhaitant souvent continuer à fonctionner avec l'infirmier libéral qui les a accompagnées avant l'intervention du Ssiad ;
- Le recours à des infirmiers recrutés en interne risquerait de provoquer des frictions, voire des refus d'intervention conjointe de la part des infirmiers libéraux, notamment dans les zones rurales, les Ssiad venant les concurrencer en cas d'embauches d'infirmiers salariés. Le responsable d'un service Ssiad développe :

« Quand vous êtes en ruralité et que depuis des années on passe des conventions avec les IDEL, ça serait compliqué de dire : "Ben demain on passe plus par l'IDEL, ça sera en interne". Je pense que comme ça on va se fermer quelques portes d'IDEL qui diront : "Ben si vous avez besoin de nous, c'est trop tard, vous vous débrouillez, trouvez vos ressources telles que vous les avez voulues". ».

- De tels choix résultent aussi d'enjeux de coûts, comme l'évoque cette infirmière coordinatrice d'un Ssiad :

« Pour tout ce qui est soins techniques, le patient garde ses infirmiers libéraux avec lesquels on signe des conventions. Ça permet d'ajuster, les périodes où il y a beaucoup de soins, et ben voilà. Mais s'il fallait qu'on emploie des infirmières pour les soins, ça veut dire qu'il en faut plusieurs, même à deux ça ne fonctionnerait pas. Et que les périodes où il y a moins de soins infirmiers, et ben il faudrait les payer quand même. (...) Même si le budget infirmier peut parfois sembler conséquent, je sais pas, je vais vous dire, pour un Ssiad, ça peut quelquefois monter à 80 000 euros dans l'année. Mais si on avait trois infirmières, avec les salaires, les charges et tout, et ben on exploserait le budget. »

Dès lors que les soins infirmiers à prodiguer varient selon les périodes et/ou la rotation des patients pris en charge, certains Ssiad préfèrent ainsi recourir à des conventions permettant d'ajuster leurs coûts à leur activité plutôt qu'embaucher des infirmiers salariés qu'il faudrait rémunérer mensuellement à niveau égal.

Autres personnels des Ssiad

Plus rarement, d'autres professionnels viennent enrichir l'équipe des Ssiad : pédicures, podologues, ergothérapeutes, psychologues. Par ailleurs, au 31 décembre 2019, 4 établissements comptaient 6,2 ETP d'aides médico-psychologiques (AMP), soit 1,5 ETP par structure. A cette même période, 7 Ssiad disposaient d'assistants de soins en gérontologie (ASG), pour un total de 10,2 ETP, soit une moyenne de 1,5 ETP par service. Ces professionnels contribuent à surveiller, restaurer ou préserver l'autonomie des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs tout en apportant aide et conseils aux aidants.

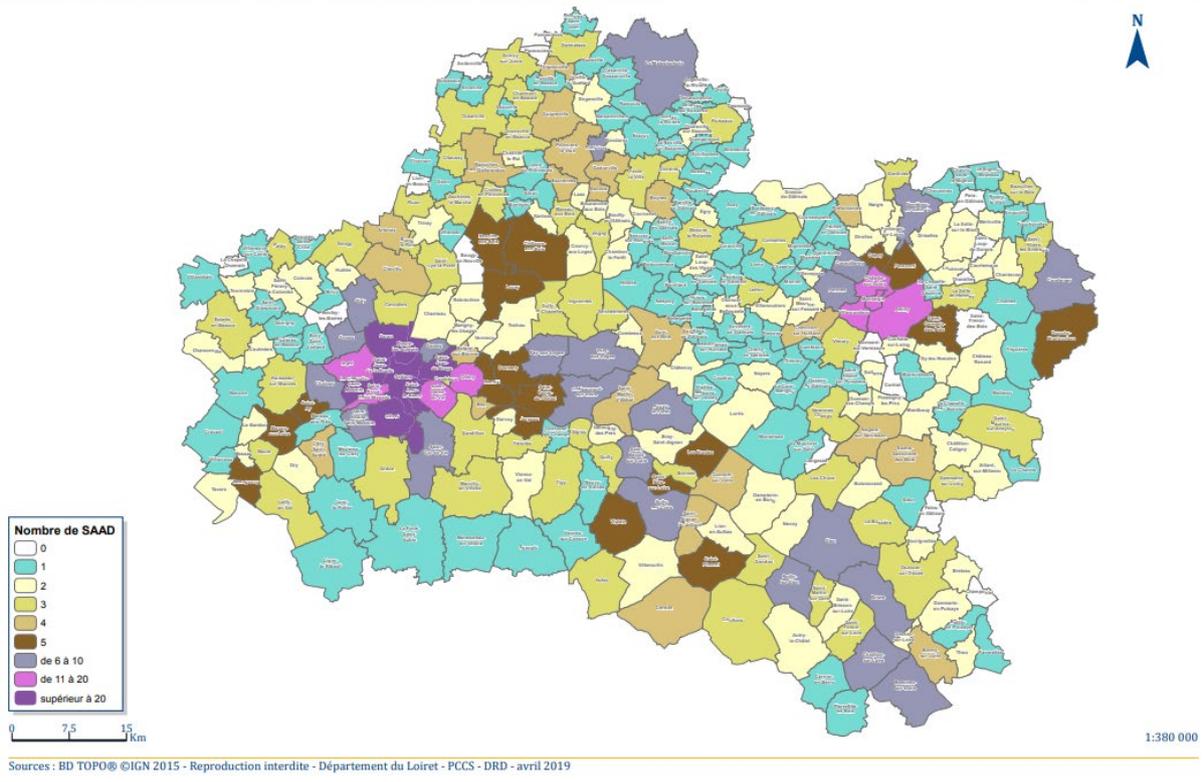
2. L'offre en Saad et en Ssiad dans le département du Loiret

2.1. L'offre en Saad dans le département du Loiret

Les Saad : un secteur concurrentiel et une multitude d'acteurs

Figure 16 : Nombre de Saad intervenant sur les communes du Loiret

Nombre de SAAD intervenant sur les communes du Loiret



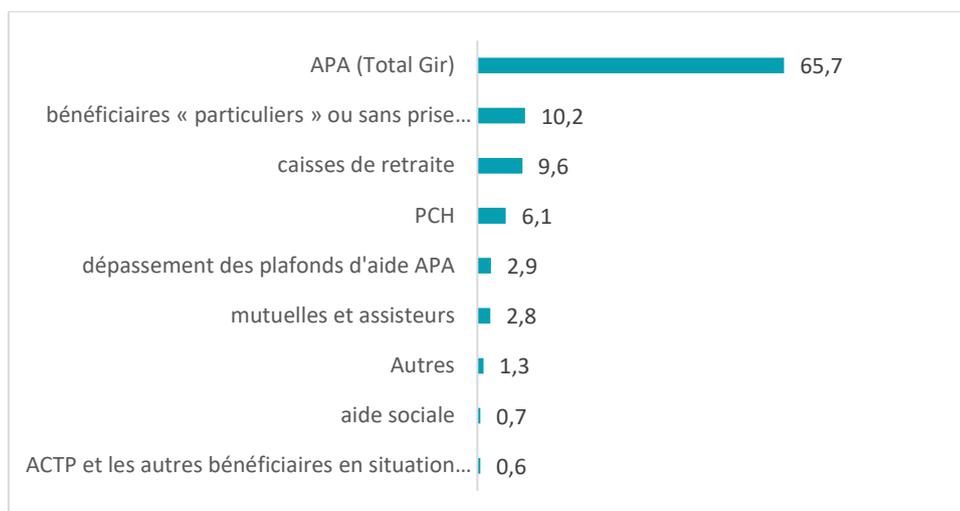
Le secteur des Saad est marqué par une concurrence entre de multiples services aux chevauchements fréquents sur l'ensemble du territoire. De nombreux acteurs ont choisi de s'installer dans la métropole orléanaise et, dans une moindre mesure, dans l'agglomération montargoise.

- Secteur privé non lucratif ;
- Secteur privé à but lucratif (présence importante dans la métropole orléanaise notamment) ;
- Secteur public, minoritaire.

Personnes accompagnées par les Saad

En 2019, les Saad ayant répondu à l'enquête ont accompagné plus de 13 000 personnes. Parmi les heures facturées par les Saad à leurs bénéficiaires, près de 65,7 % ont concerné des heures facturées pour l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), 10,2 % des heures à des bénéficiaires particuliers ou sans prise en charge des dépassements de leur plan d'aide, 9,6 % des heures facturées l'étaient au titre des caisses de retraite, 6,1 % des heures à des bénéficiaires de la Prestation de compensation du handicap (PCH), 2,9 % en dépassement des plafonds de plan d'aide APA (nombre d'heures pour des bénéficiaires avec heures sans prise en charge), enfin 2,8 % au titre des mutuelles et assisteurs.

Figure 17 : Heures facturées par les Saad aux bénéficiaires (en %)

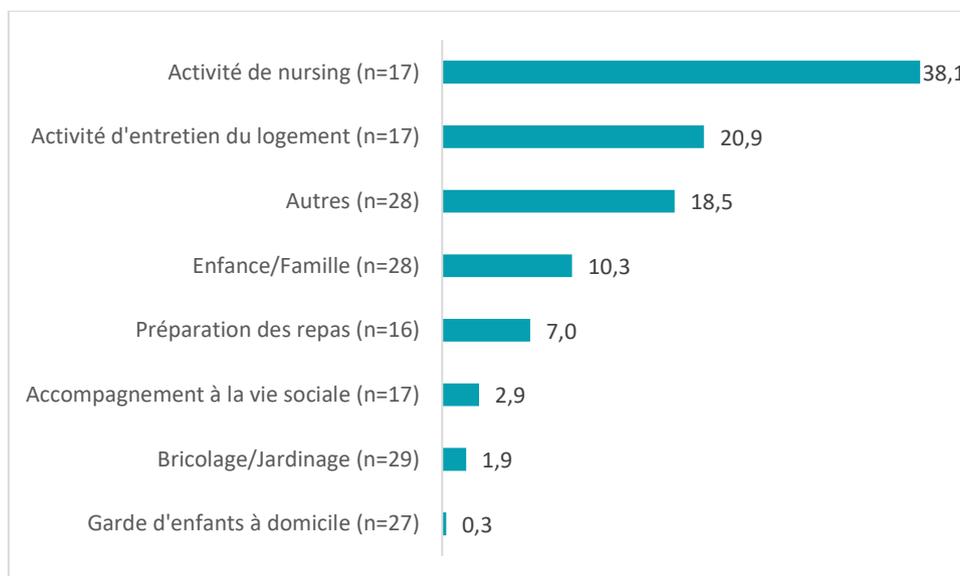


En 2019, pour les 32 Saad interrogés, ce sont 1 585 605 heures d'accompagnement à domicile qui ont été honorées.

Heures réalisées au domicile par les Saad

Pour l'ensemble des services, 38,1 % des heures d'aide à domicile ont concerné des activités de nursing avec des gestes au corps (aide à la toilette, lever/coucher/transfert, habillage/déshabillage, etc.), 20,9 % des activités d'entretien du logement, 18,5 % des activités autres. À cela s'ajoutent les activités de portage de repas et de transport. 14 Saad ont livré près de 197 500 repas en 2019 et 10 Saad ont effectué près de 7 850 transports accompagnés.

Figure 18 : Heures réalisées au domicile par activité (Saad) (en %)

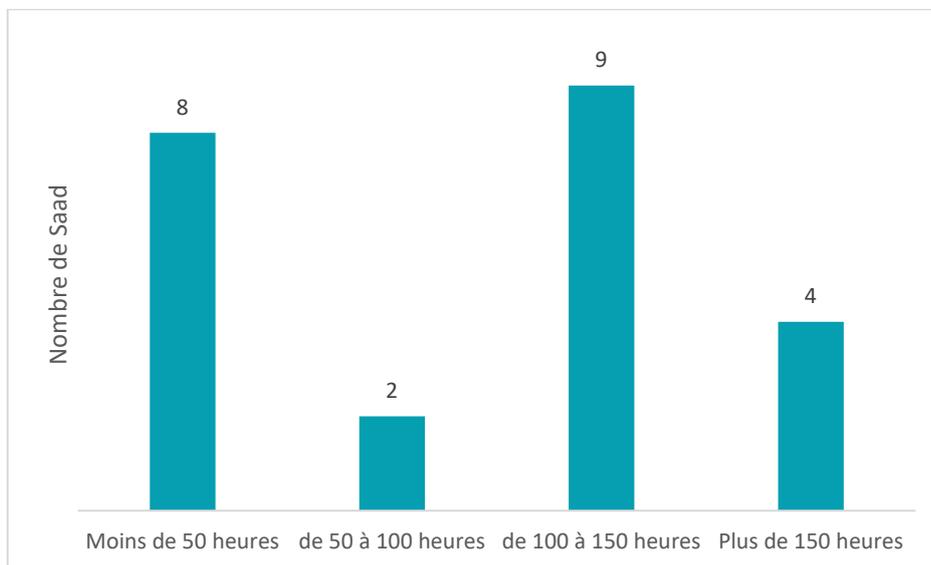


Par ailleurs, les intervenants des 28 Saad ayant répondu à cette question ont parcouru, en 2019, 5 305 938 kilomètres (kilomètres-trajets parcourus par les intervenants et inter-vacations), soit 464 fois la longueur totale du réseau routier du département du Loiret.

Durée des interventions et fréquence du passage des professionnels

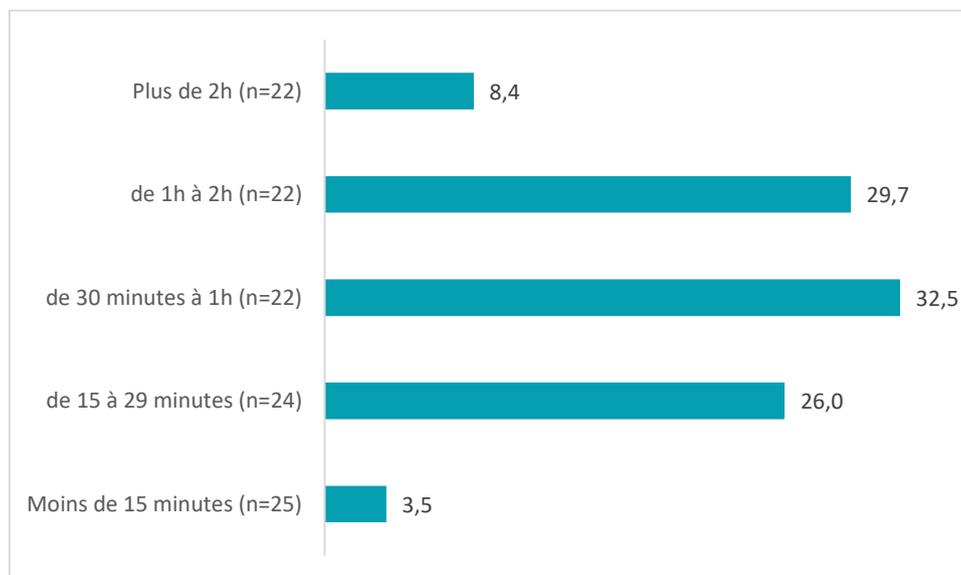
En 2019, 8 Saad ont consacré en moyenne moins de 50 heures par bénéficiaire, 2 entre 50 et 100 heures, 9 entre 100 et 150 heures et 4 plus de 150 heures au cours de l'année (n=23).

Figure 19 : Heures réalisées au domicile par bénéficiaire (Saad)



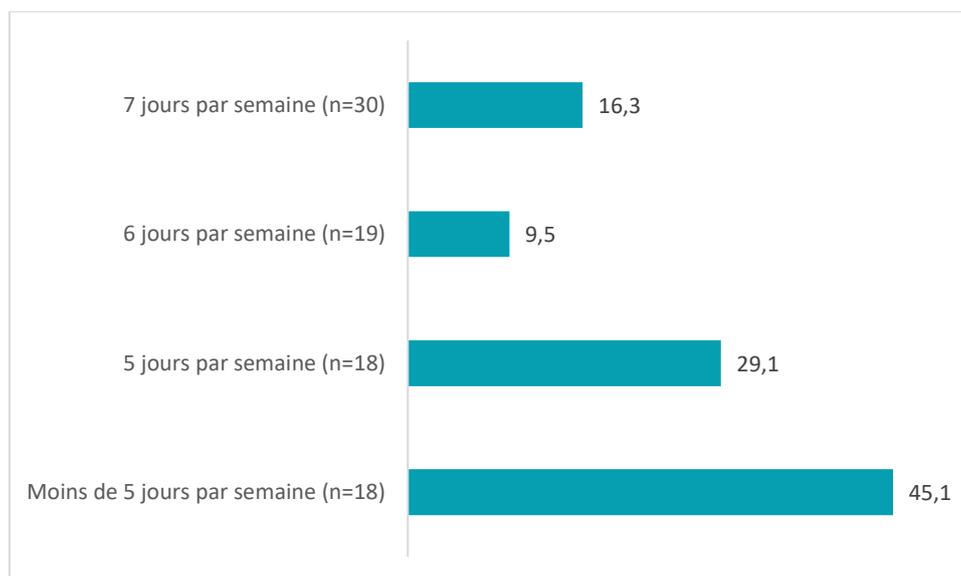
En 2019, parmi les 967 308 interventions réalisées auprès des bénéficiaires de Saad, 32,5 % ont duré entre 30 minutes et 1 heure (hors temps de transport), 29,7 % entre 1 heure et 2 heures, 26,0 % entre 15 et 29 minutes. Enfin, 8,4 % des interventions ont duré plus de 2 heures et 3,5 % moins de 15 minutes.

Figure 20 : Durée des interventions réalisées par les Saad (en %)



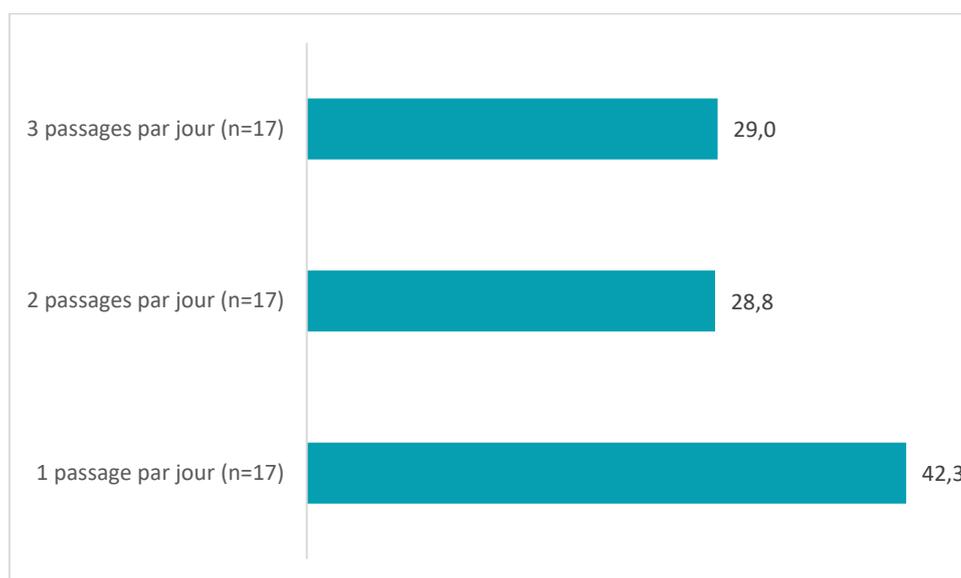
En 2019, 45,1 % des bénéficiaires sont pris en charge moins de 5 jours par semaine (il peut cependant y avoir plusieurs passages par jour) et 9,5 %, 6 jours par semaine.

Figure 21 : Fréquence de passage hebdomadaire (Saad) (en %)



En 2019, pour les 17 Saad ayant répondu effectuer des passages quotidiens, le personnel salarié intervient 1 fois par jour chez 42,3 % des bénéficiaires. Il passe 2 fois par jour chez 28,8 % des bénéficiaires et 3 fois par jour chez 29,0 % des bénéficiaires.

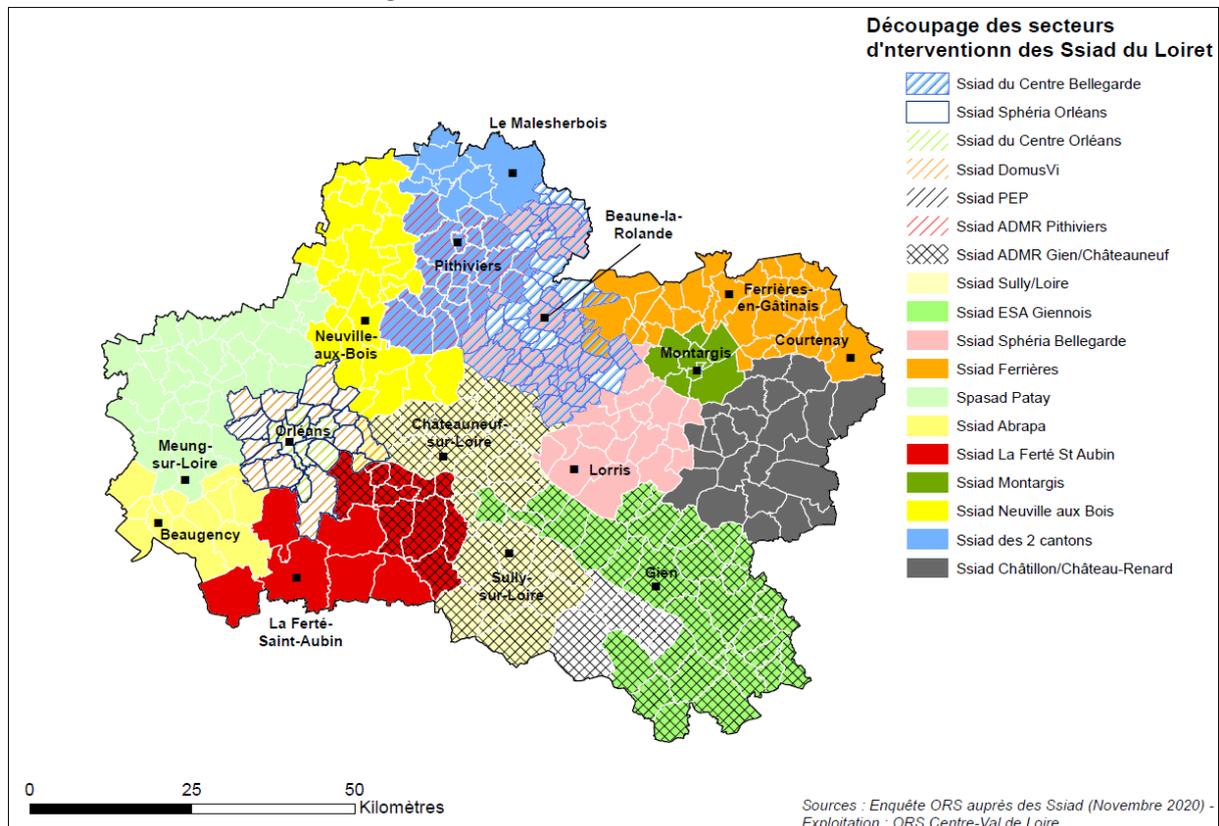
Figure 22 : Fréquence de passage quotidienne (Saad) (en %)



2.2. L'offre en Ssiad dans le département du Loiret

Zones d'intervention des Ssiad

Figure 23 : Carte d'intervention des Ssiad



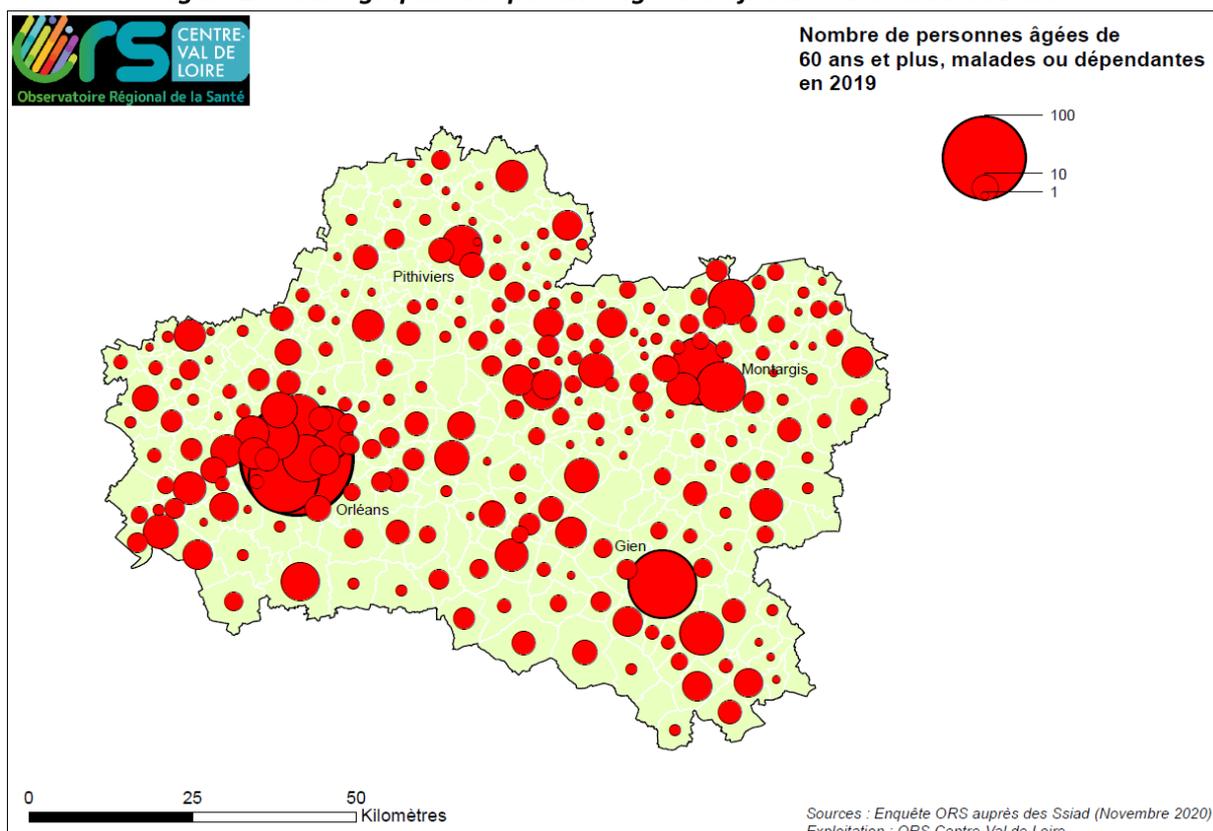
- Dans la métropole orléanaise, 4 structures peuvent intervenir : Ssiad Sphéria, Ssiad du Centre, Ssiad DomusVI et Ssiad PEP (spécialisé sur le public en situation de handicap). Certaines de ces structures interviennent dans l'ensemble de la métropole, d'autres dans certaines communes seulement.
- Plusieurs Ssiad se partagent des secteurs d'intervention sur les territoires du Giennois, de Sully-sur-Loire, de Châteauneuf-sur-Loire/Jargeau : Ssiad ESA Giennois, Ssiad de Sully-sur-Loire, Ssiad ADMR Châteauneuf-sur-Loire/Sully-sur-Loire.
- Au nord du département, dans le secteur de Pithiviers/Bellegarde, plusieurs Ssiad cohabitent : Ssiad du Centre (secteur de Bellegarde), Ssiad des 2 cantons, Ssiad ADMR (antenne de Pithiviers) et Ssiad Sphéria (Bellegarde).

Capacités d'accueil et personnes prises en charge par les Ssiad

Au 31 décembre 2019, les Ssiad du Loiret avaient une capacité d'accueil de 1 442 places : 1 239 places personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes (85,9 %), 113 places personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques (7,8 %) et 90 places personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés (6,2 %).

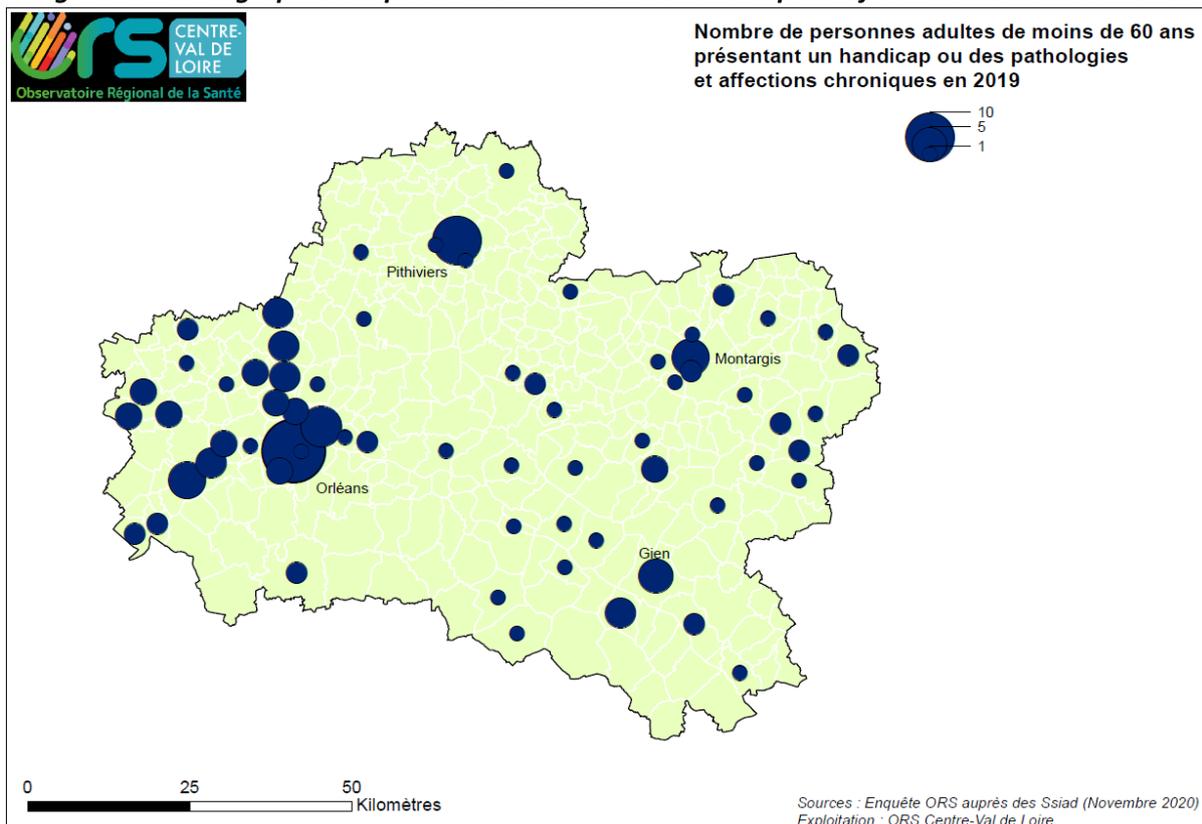
En 2019, 2 022 personnes ont été prises en charge par un Ssiad du Loiret (1 862 personnes âgées et 160 personnes en situation de handicap).

Figure 24 : Cartographie des patients âgés bénéficiaires des Ssiad du Loiret



Trois-quarts des communes du département comptent des patients âgés ayant été pris en charge par un Ssiad en 2019. Le nombre de bénéficiaires par commune varie de 1 patient âgé à 186 pour la ville d'Orléans. Les communes de la métropole orléanaise ainsi que les sous-préfectures comptent le plus grand nombre de patients bénéficiaires d'un Ssiad en 2019, en cohérence avec un nombre d'habitants plus élevé dans ces territoires.

Figure 25 : Cartographie des patients en situation de handicap bénéficiaires des Ssiad du Loiret

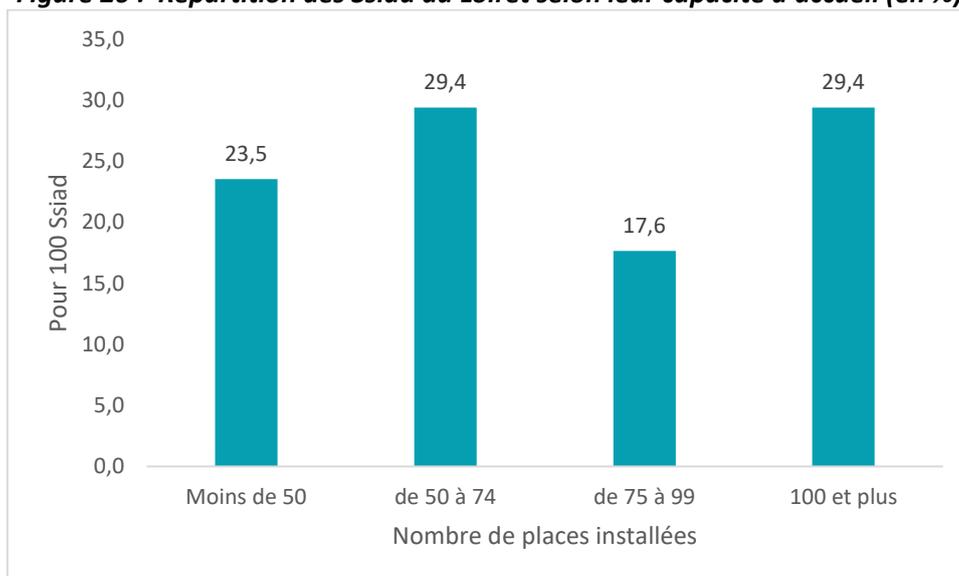


21,5 % des communes du Loiret comptent des patients en situation de handicap ayant été pris en charge par un Ssiad en 2019. Le nombre de bénéficiaires par commune varie de 1 patient en situation de handicap à 17 pour la ville d'Orléans. De la même manière que pour les personnes âgées, les communes de la métropole orléanaise ainsi que les sous-préfectures comptent le plus grand nombre de patients en situation de handicap bénéficiaires d'un Ssiad en 2019.

De fait, la majorité des capacités des Ssiad reste orientée vers les personnes âgées de 60 ans et plus. La capacité d'accueil moyenne est de 77,4 places personnes âgées par service. Un Ssiad n'intervient qu'auprès du public en situation de handicap et ne dispose d'aucune place pour les personnes âgées.

Au total, 15 Ssiad disposent de places pour les personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques, avec une capacité d'accueil moyenne installée de 7,5 places/personnes en situation de handicap par structure.

Figure 26 : Répartition des Ssiad du Loiret selon leur capacité d'accueil (en %)



Quatre Ssiad disposent de 100 places et plus, un Ssiad de plus de 200 places.

Parmi les 17 Ssiad du Loiret, 5 disposent de places Équipes spécialisées Alzheimer (ESA). Au 31 décembre 2019, 90 places ESA étaient installées dans le département. Spécialisées dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés, les ESA ne répondent pas au même territoire d'intervention que celui déterminé pour le Ssiad auquel ils sont accolés. Leur territoire d'intervention est ainsi plus vaste.

Taux d'équipement des Ssiad

Les taux d'équipement ont été calculés à partir des capacités installées au 31 décembre 2020 disponibles dans la base de données Finess.

Les zones d'intervention officielles des Ssiad, c'est-à-dire les communes où le service peut intervenir, sont définies par l'autorisation de création de chaque Ssiad.

En France métropolitaine, le taux d'équipement Ssiad est de 17,8 places personnes âgées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. La région Centre-Val de Loire compte un taux d'équipement Ssiad supérieur au taux d'équipement national avec 19,5 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Le Loiret dispose quant à lui d'un taux d'équipement qui se situe entre le taux d'équipement national et le taux d'équipement régional (18,5 places).

En France métropolitaine, le taux d'équipement Ssiad est de 0,12 place personnes handicapées pour 1 000 personnes de moins de 60 ans. Le Centre-Val de Loire compte un taux d'équipement supérieur au taux d'équipement national (0,21). Pour le Loiret, le taux est plus élevé encore : 0,36 place.

Ces chiffres restent néanmoins à relativiser, ne faisant pas apparaître les disparités locales.

Figure 27 : Taux d'équipement des Ssiad pour personnes en situation de handicap de moins de 60 ans et personnes âgées de 75 ans et plus au 31 décembre 2020

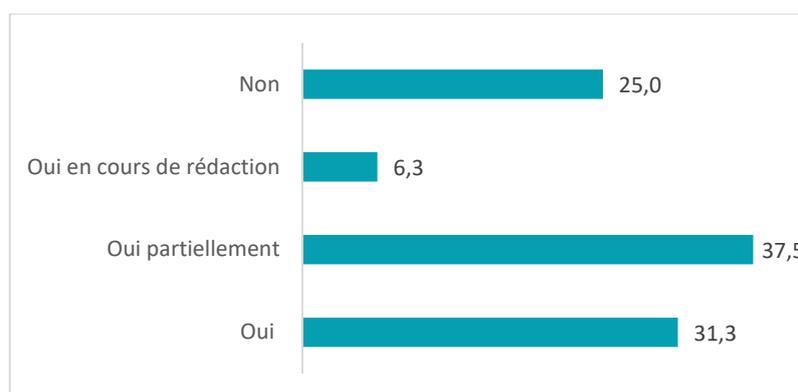
	Taux d'équipement personnes ayant un handicap pour 1 000 personnes de moins de 60 ans	Taux d'équipement personnes âgées pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
Loiret	0,36	18,5
Centre-Val de Loire	0,21	19,5
France hexagonale	0,12	17,8

Sources : Base Finess au 31.12.2020, Insee RP 2017

2.3. Saad et Ssiad : qualité et sécurité de l'accompagnement

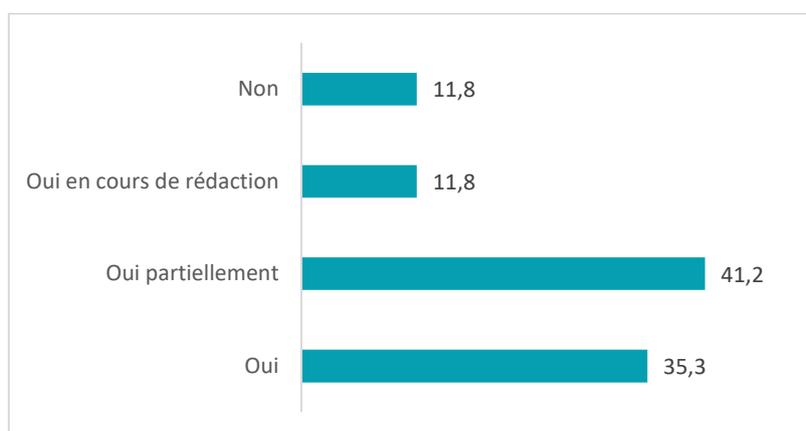
Un plan d'amélioration continue de la qualité, formalisé, calendé avec des indicateurs a été indiqué par 24 Saad. Parmi eux, 10 sont dotés d'un plan d'amélioration continue de la qualité, 12 en ont partiellement un et ce plan est en cours de rédaction pour 2 services.

Figure 28 : Plan d'amélioration de la qualité Saad (en %)



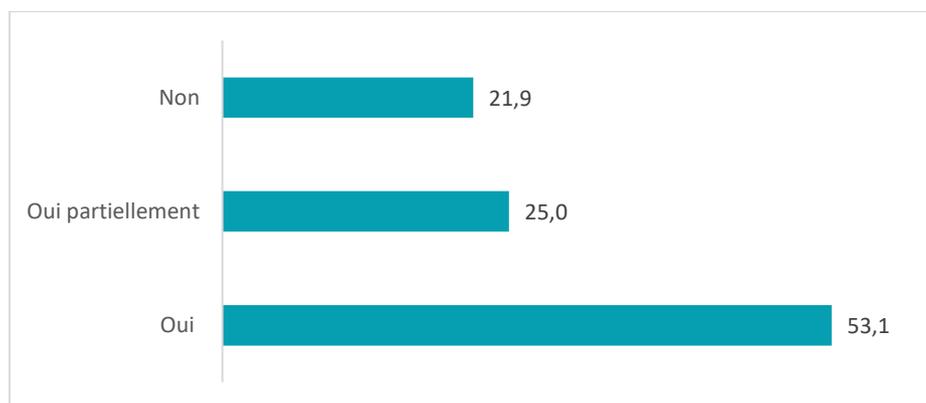
15 Ssiad ont indiqué disposer d'un plan d'amélioration continue de la qualité, formalisé, calendé avec des indicateurs. 6 disposent d'un plan d'amélioration continue de la qualité, 7 en ont partiellement un et ce plan est en cours de rédaction pour 2 services.

Figure 29 : Plan d'amélioration de la qualité Ssiad (en %)



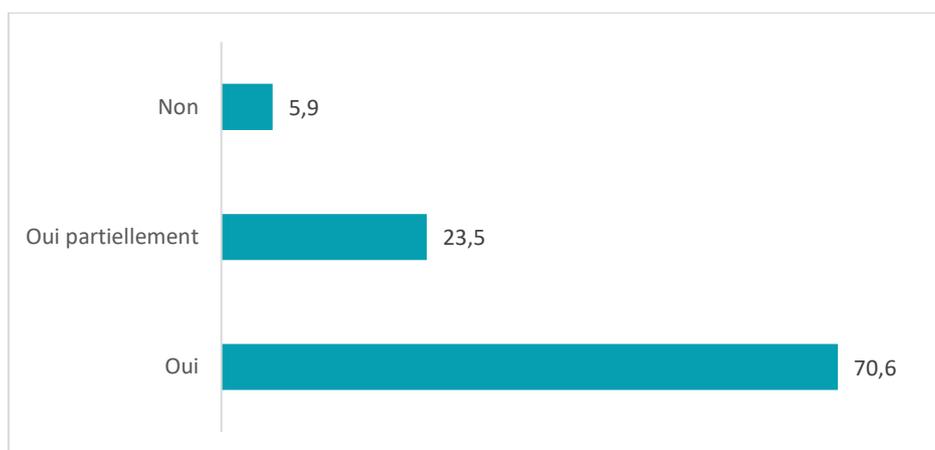
25 Saad ont indiqué disposer de modalités de réévaluation formalisées du plan d'aide à la personne accompagnée. Ces modalités s'avèrent effectives pour 17 Saad tandis qu'elles sont partiellement établies pour 8 d'entre eux.

Figure 30 : Réévaluation du plan d'aide Saad (en %)



16 Ssiad répondant à l'enquête sont dotés de modalités formalisées de réévaluation des soins dispensés à la personne accompagnée, 4 en disposent partiellement.

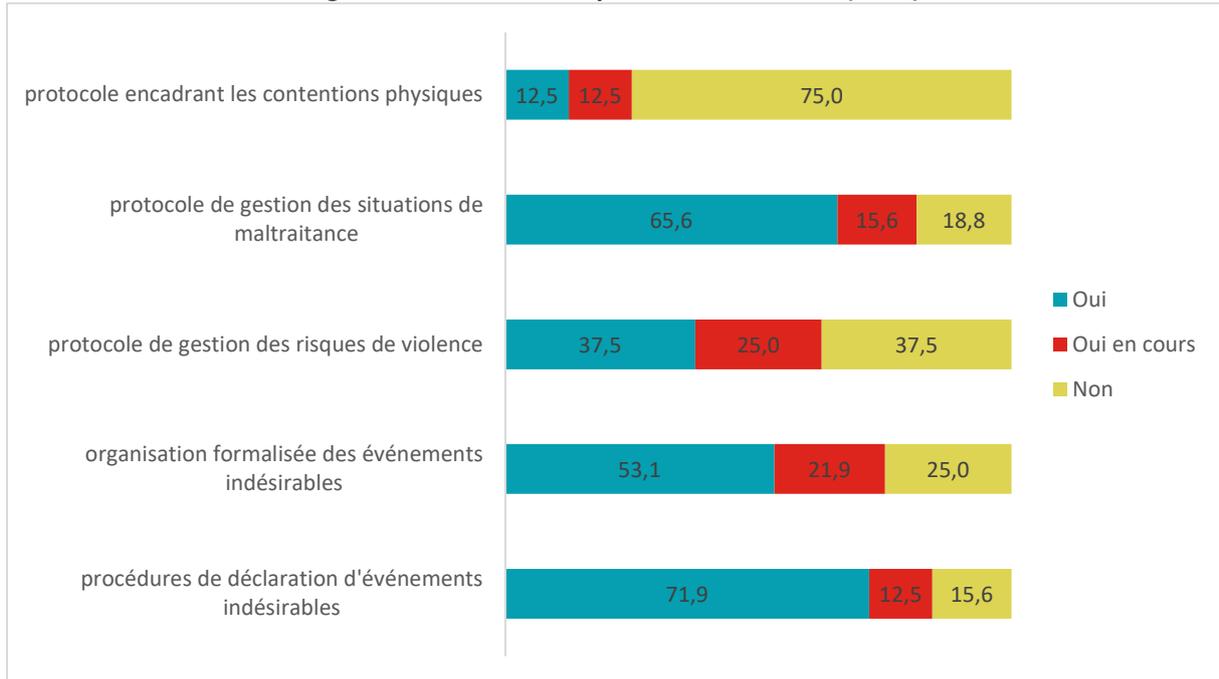
Figure 31 : Modalités formalisées de réévaluation des soins Ssiad (en %)



27 Saad disposent en interne de procédures de déclaration d'événements indésirables (ou en cours de rédaction). 26 sont dotés d'un protocole de gestion de situations de maltraitance (ou en cours de rédaction), 24 d'une organisation formalisée des événements indésirables (ou en cours de mise en place), 20 d'un protocole de gestion des risques de violence (ou en cours). 8 Saad disposent d'un protocole encadrant les contentions physiques (ou en cours de mise en place).

26 Saad ont indiqué avoir identifié en interne près de 300 événements indésirables dont 8,3 % liés à des situations de violence (du fait de l'utilisateur).

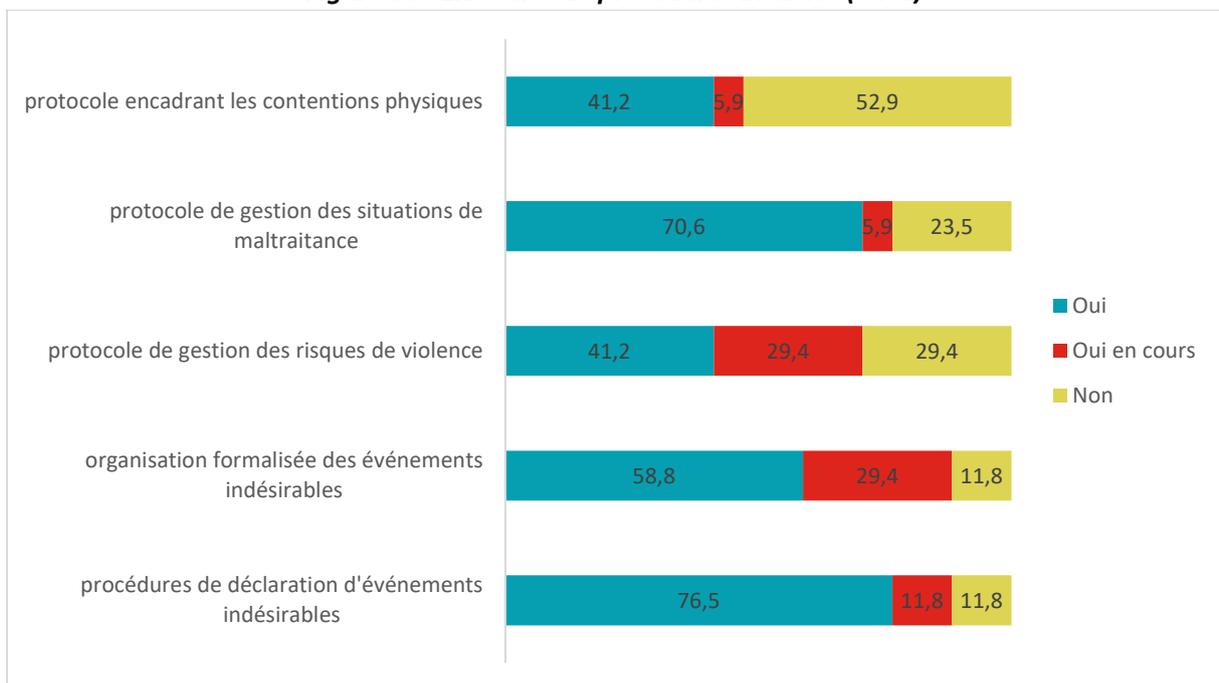
Figure 32 : Existence de procédures internes (en %)



Pour ce qui concerne les Ssiad, 15 déclarent disposer en interne de procédures de déclaration d'événements indésirables (ou en cours de rédaction). 15 sont dotés d'une organisation formalisée des événements indésirables (ou en cours de mise en place), 13 d'un protocole de gestion de situations de maltraitance (ou en cours de rédaction), 12 d'un protocole de gestion des risques de violence. 8 Ssiad disposent d'un protocole encadrant les contentions physiques (ou en cours de mise en place).

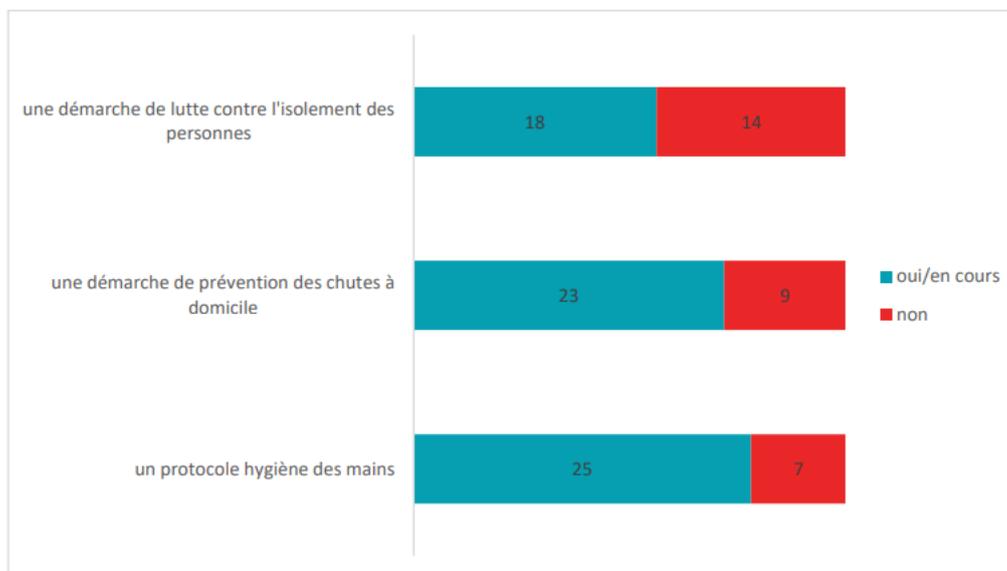
13 Ssiad ont indiqué en interne 73 événements indésirables dont 23,3 % liés à des situations de violence (du fait de l'utilisateur).

Figure 33 : Existence de procédures internes (en %)



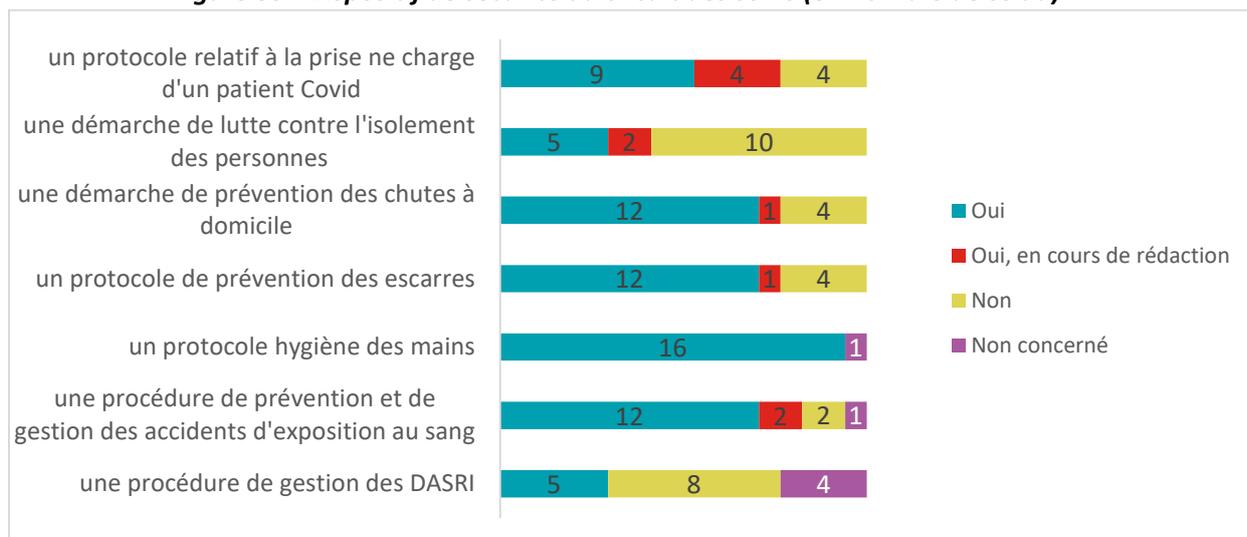
Concernant la sécurité du circuit de l'accompagnement, 25 Saad déclarent disposer (ou est en cours de rédaction) d'un protocole hygiène des mains. 23 services sont dotés d'une démarche de prévention des chutes à domicile (ou en cours de rédaction) et 18 disposent d'une démarche de lutte contre l'isolement des personnes. 12 établissements sont également dotés d'un protocole (ou en cours de rédaction) de prévention des escarres. Enfin, 8 services ne sont pas concernés par un tel protocole.

Figure 34 : Dispositifs de sécurité du circuit de l'accompagnement (en nombre de Saad)



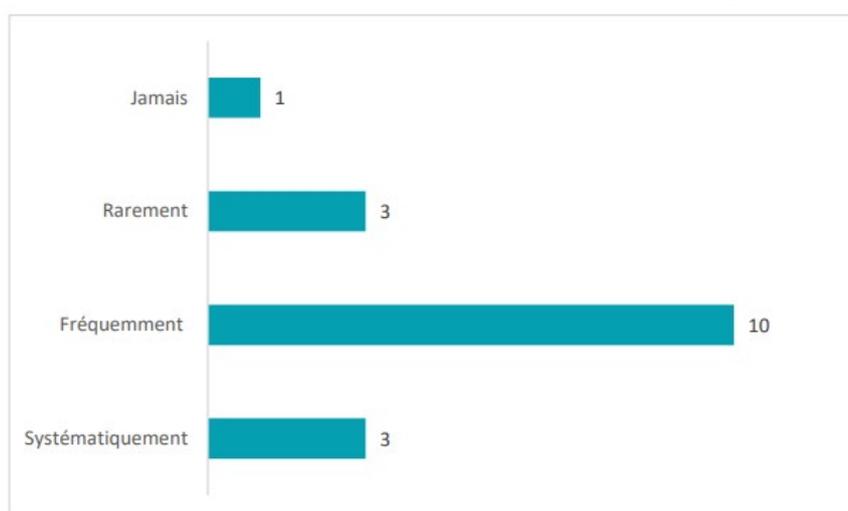
Concernant la sécurité du circuit des soins, 16 Ssiad disposent (ou en cours de rédaction) d'un protocole hygiène des mains. 14 Ssiad sont dotés (ou en cours de rédaction) d'une procédure de prévention et de gestion des accidents d'exposition au sang. 13 Ssiad déclarent disposer d'une démarche de prévention des chutes à domicile (ou en cours de rédaction) et d'un protocole de prévention des escarres (ou en cours de rédaction). 7 services sont par ailleurs dotés d'une démarche de lutte contre l'isolement des personnes. 5 établissements disposent d'un protocole (ou en cours de rédaction) concernant la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI). Parmi les établissements dotés d'un protocole relatif à la prise en charge d'un patient atteint de la Covid-19 (n=13), des modalités de travail avec d'autres structures, notamment les Saad, sont intégrées dans ce protocole pour 6 Ssiad.

Figure 35 : Dispositif de sécurité du circuit des soins (en nombre de Ssiad)



13 Ssiad utilisent enfin de façon fréquente ou systématique une échelle de la douleur pour les patients sous traitement antalgique.

Figure 36 : Echelle de la douleur pour les patients sous traitement (nombre de Ssiad)



3. Saad et Ssiad : des acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile

3.1. Une prise en charge intégrant les aidants et répondant au libre-choix des personnes accompagnées

Acteurs de terrain et de proximité, les Saad et les Ssiad occupent un rôle essentiel dans le système de santé. Les professionnelles fournissent une forme d'accompagnement global favorisant le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie qui y aspirent. Au soutien pour les soins au corps et d'hygiène s'ajoutent ainsi les soins techniques réalisés par les infirmiers, puis de nombreux services prodigués successivement par les professionnelles des Saad et des Ssiad : cuisine, aide administrative, entretien du logement, aide aux courses, promenades, portage de repas, transports accompagnés...

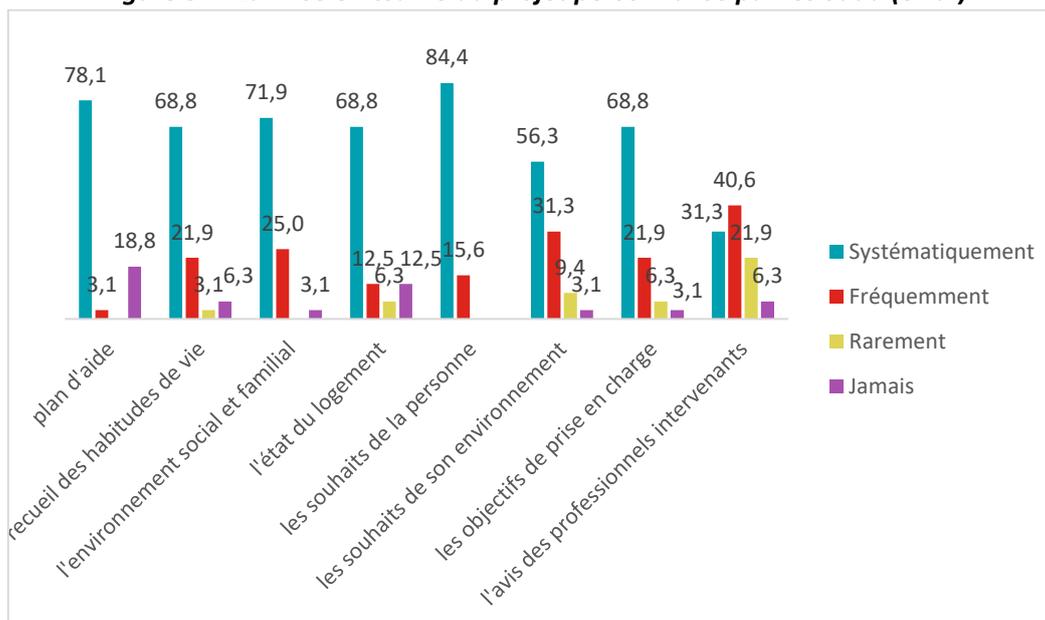
De fait, les Ssiad occupent un rôle majeur permettant aux patients de demeurer à leur domicile malgré la perte d'autonomie, le handicap ou la maladie. L'action de ces services permet encore de prévenir les hospitalisations évitables tout en favorisant le retour des patients à domicile lors de la survenue de celles-ci. Actrices de proximité, les intervenantes offrent aussi aux aidants un indispensable soutien au quotidien. Cette responsable de service Ssiad témoigne :

« Notre atout, c'est d'avoir une qualité de prise en charge, un relationnel assez développé. Moi je dis aux soignantes que (...) l'aide à la toilette, à l'habillage, ce n'est qu'une partie du soin. Si on fait ça mais qu'à côté on n'a pas pris le temps de parler à l'aidant, de se poser sur une chaise, on n'a fait qu'une partie du soin. (...) Le soin technique, c'est hyper important, mais pour moi c'est que 50 %. Les autres 50 % c'est le relationnel. Avec le patient mais aussi avec la famille, avec l'aidant. Parce que si l'aidant craque, c'est fini. ».

Dans la mesure du possible, Saad et Ssiad s'appliquent également à mettre en place des interventions souples et personnalisables, répondant aux besoins comme aux souhaits des personnes accompagnées.

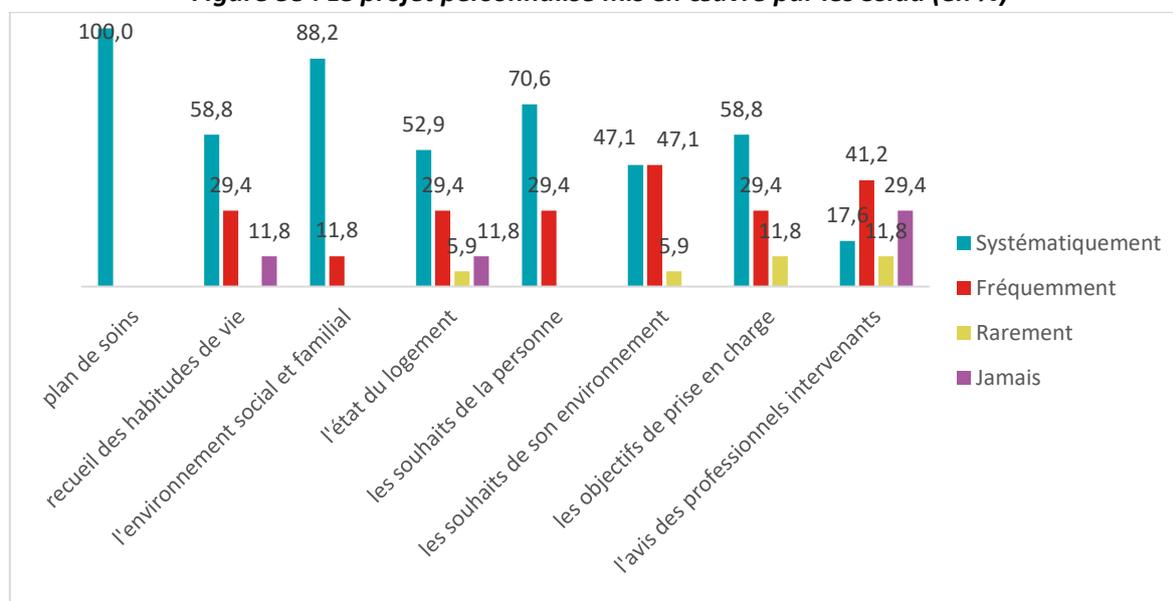
23 Saad ont ainsi déclaré avoir mis en œuvre un projet personnalisé pour 2 400 bénéficiaires, soit 56,0 % des bénéficiaires de ces structures. Les projets personnalisés comprennent les souhaits de la personne dans 84,4 % des cas, le plan d'aide pour 78,1 % des cas, et l'environnement social et familial pour 71,9 % des projets personnalisés. De façon moins systématique, les projets personnalisés intègrent les souhaits de l'environnement de l'utilisateur et l'avis des professionnels intervenants.

Figure 37 : La mise en œuvre du projet personnalisé par les Saad (en %)



Concernant les Ssiad, 9 services ont déclaré avoir un projet personnalisé pour leurs patients. Cela représente 46,8 % de l'ensemble des bénéficiaires des Ssiad. Le taux de patients bénéficiaires d'un projet personnalisé varie suivant les Ssiad répondants de 16,8 % à 100 %. Les projets personnalisés comprennent systématiquement le plan de soins, l'environnement social et familial dans 88,2 % des cas, puis les souhaits de la personne pour 70,6 % des projets personnalisés. De façon moins systématique, les projets personnalisés intègrent les souhaits de l'environnement de l'utilisateur et l'avis des professionnels intervenants.

Figure 38 : Le projet personnalisé mis en œuvre par les Ssiad (en %)



Acteurs de proximité répondant au libre-choix des usagers, les Ssiad comme les Saad offrent par ailleurs une alternative avantageuse sur le plan financier pour de nombreuses personnes en perte d'autonomie. De fait, 100 % des soins effectués par les Ssiad sont remboursés par la sécurité sociale tandis que les prestations des Saad se trouvent partiellement couvertes par les plans d'aide de l'APA et de la PCH. Nous reviendrons sur l'enjeu du reste à charge lors de l'accompagnement par les Saad,

tant il est susceptible de constituer un frein pour nombre d'usagers. Il reste toutefois que le coût d'une prise en charge à domicile apparaît sans commune mesure inférieur comparativement à celui rencontré lors d'une admission en structure de type EHPAD par exemple.

Le maintien à domicile influe enfin plus généralement sur la poursuite d'une vie économique locale, notamment dans un département à la ruralité marquée comme celui du Loiret. Un directeur de structure évoque cet atout :

« Quand vous avez dans un village 15 personnes à domicile qui bénéficient de l'APA ou des interventions du Ssiad, ça veut dire que dans le tissu local, vous avez des professionnels de l'aide à domicile qui interviennent. Le boulanger leur vend du pain, l'épicier leur vend à manger, etc. Il y a une vie économique qui va avec. Si toutes les personnes étaient concentrées dans des structures, ça contribuerait à la baisse de la vie économique. (...) La vie économique locale, dans des départements ruraux comme le Loiret, c'est pas un détail.. »

Nombre de travaux scientifiques fournissent des observations analogues en démontrant que la présence de personnes âgées demeurant à domicile dans les territoires ruraux favorise une économie présente et contribue au développement économique et social comme à la création d'emplois².

3.2. Un rôle essentiel de prévention, d'alerte et de coordination

Tous les acteurs en témoignent : la prise en charge à domicile par un Saad et/ou un Ssiad constitue une véritable plus-value pour prévenir les ruptures et favoriser la continuité des parcours des personnes accompagnées. Intervenant de proximité, les aides-soignantes comme les aides à domicile portent une capacité d'observation et de repérage accrue de la perte d'autonomie. Une infirmière libérale témoigne de la valeur ajoutée que constituent les interventions des Saad et des Ssiad, en ce qu'elles favorisent les alertes et la continuité de la prise en charge de certains patients :

« Les aides-soignantes (...) ont ce regard important sur l'état cutané de la personne, sur son état physique, sur son amaigrissement, sur le côté psychologique aussi, parce que faire une toilette ça nécessite plus de temps que moi qui vais passer faire une simple piqûre d'insuline. (...) Elles sont capables de nous faire remonter des informations qui sont très importantes pour nous. Si par exemple un ulcère est en train de se constituer, l'avantage du Ssiad, c'est qu'ils vont nous le dire tout de suite et on va donc pouvoir intervenir (...) et avoir une guérison plus rapide. (...) On a exactement le même discours en ce qui concerne les auxiliaires de vie. (...) Elles peuvent par exemple repérer plus vite que nous des troubles cognitifs, quand elles font le rangement, le ménage, elles peuvent se rendre compte que c'est le grand bazar, qu'il y a des choses qui ne vont pas. (...) Nous on est plus dans le médical et l'état de santé alors qu'elles sont plus dans la vie de tous les jours et c'est important. »

Les professionnelles occupent un rôle d'alerte, de prévention et de coordination. Par leur action de proximité, Saad et Ssiad participent au maintien du lien social tout en évitant et/ou en permettant de mieux programmer les hospitalisations des usagers.

² Voir par exemple C. Sabau, H. Blasquie-Revol, M.-A. Lenain, « Les personnes âgées dans les territoires ruraux : une double opportunité pour la création d'activités et d'emplois de service », *Gérontologie et société*, 2010/4, vol. 33, n°135, pp. 239-258

4. Des services confrontés à un ensemble de difficultés

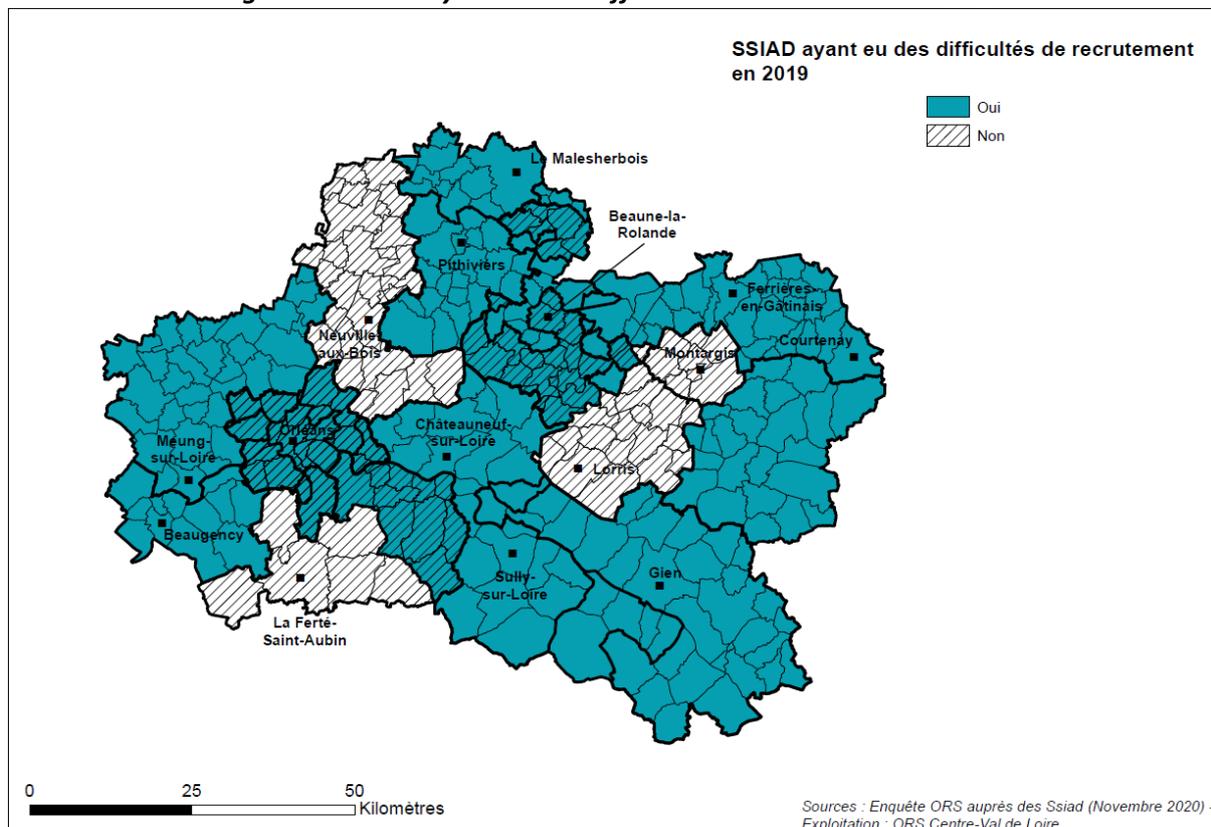
4.1. Le recrutement et la stabilisation du personnel : une problématique commune et un enjeu majeur

Des besoins de recrutement permanents

Pour les Saad comme pour les Ssiad, les besoins en recrutement s'avèrent bien souvent permanents.

11 Ssiad sur 17 déclarent se trouver confrontés à des difficultés de recrutement, en CDD comme en CDI, particulièrement sur des fonctions d'aides-soignantes. Une telle problématique existe dans la quasi-totalité du département.

Figure 39 : Ssiad ayant eu des difficultés de recrutement en 2019



De la même manière, le recrutement de professionnelles constitue un souci permanent pour les Saad. Un responsable de structure témoigne :

« On se développe uniquement si on a des salariés, on est du service, on ne fonctionne que comme ça. Nous, la vente, c'est de la vente d'heures, de la vente d'aide. T'as pas de salarié ? Ben tu vends rien. T'as un, 3, 4 salariés absents ? Si tu peux pas remplacer les 4, ça veut dire que tu perds des heures. (...) Aujourd'hui on patine parce qu'actuellement, recruter c'est une horreur. (...) Il y a des moments où on va pas réussir à apporter toute l'aide parce qu'on n'arrive pas à recruter la personne qui manque. Et puis en général, quand on y arrive, on est déjà en retard du recrutement suivant.. »

Tous les responsables de Saad interrogés lors de la phase qualitative de l'étude témoignent de besoins de recrutement constants. Les démarches liées à la recherche d'intervenants disponibles, diplômés et qualifiés s'avèrent chronophages et quasi-quotidiennes.

Le renforcement comme la stabilisation des équipes constituent un impératif permanent, dans un contexte marqué par un fort taux de renouvellement du personnel. À titre d'illustration, un quart des professionnels des Saad ayant répondu au questionnaire ont moins de deux ans d'ancienneté. Toutefois, les structures se caractérisant par des effectifs plus importants semblent mieux parvenir à maintenir leurs professionnelles : 75 % des structures de 50 ETP ou plus se composent d'intervenants dont l'ancienneté moyenne est supérieure à 5 ans. Ce taux est de 72,7 % dans les structures de 20 à moins de 50 ETP, puis de 66,7 % pour les Saad de 10 à moins de 20 ETP. Les plus petites structures ont davantage de difficultés à pérenniser leur personnel : 20 % des intervenantes y ont une ancienneté supérieure à 5 ans.

Par ailleurs, la problématique du besoin continu de main-d'œuvre accentue la concurrence entre Saad afin d'attirer les candidates. Les interlocuteurs évoquent plusieurs stratégies pour tenter d'attirer puis de fidéliser leurs salariées :

- La valorisation d'une offre de formation ;
- L'existence de primes (d'assiduité ou de transport par exemple) ;
- Pour les Saad du secteur marchand et ceux du champ associatif affiliés à un réseau national, l'argument de l'appartenance à un grand groupe / un réseau national reconnu ;
- La souplesse des plannings vis-à-vis des contraintes horaires des candidates.

Il demeure toutefois que les leviers des recruteurs demeurent faibles face à des conditions de travail de rémunération difficiles³.

Des conditions de travail dégradées amplifiant le manque de personnel

Faiblement valorisés et peu attractifs, les métiers de l'aide et du soin à domicile sont marqués par des conditions de travail difficiles qui accentuent la problématique des sous-effectifs comme celle des taux de rotation élevés parmi les salariées. Les conditions d'emploi des professionnelles des Saad et des Ssiad se caractérisent par une pénibilité marquée par trois dimensions⁴ :

- Une activité professionnelle accompagnée de contraintes physiques ;
- Un environnement de travail parfois contraignant (insalubrité, exigüité des lieux) ;
- Une charge émotionnelle forte du fait de l'intervention auprès de personnes très fragiles (personnes en fin de vie ou subissant une détérioration mentale et/ou physique).

³ Evoquée par les responsables de Saad lors des entretiens semi-directifs, cette problématique s'étend au niveau national comme le montre notamment cette publication récente : B. Saccomanno, « Les contrats courts dans l'aide à domicile, entre tensions et bricoles quotidiens », *CEREQ BREF*, 2021, n°407, pp. 1-4

⁴ Cette observation s'appuie sur celle réalisée par F.-X. Devetter et D. Messaoudi, « Les aides à domicile, entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi », *La revue de l'Ires*, 2013/3, n°78, pp. 51-76

Dans un secteur où la reconnaissance comme les salaires demeurent faibles, cette pénibilité sans compensation financière constitue un frein à une plus grande professionnalisation du métier. Rotation élevée des salariées et faible attractivité du métier relèvent globalement de plusieurs facteurs :

- Des horaires atypiques pouvant rendre difficile la conciliation entre vie professionnelle et vie privée : journées de travail organisées en coupures pouvant s'étendre de 7h30 à 20h30 ; travail fréquent le week-end et les jours fériés. A cela s'ajoute une exigence d'adaptation permanente, de flexibilité face aux changements de plannings comme aux besoins et/ou aux attentes des personnes accompagnées.
- Une forme d'isolement lors des interventions à domicile qui peut constituer un frein pour des jeunes diplômés préférant rejoindre des équipes au sein d'établissements. Cette infirmière coordinatrice d'un Ssiad et cette intervenante en Saad témoignent :

« Emotionnellement, il y a une pénibilité. Autant quand on est dans une structure, on a une difficulté, par exemple pour coucher un patient, on va sonner, la collègue va venir, on va le faire à deux. Là, on est à domicile, et ben il faut y aller quoi, il faut s'arracher pour le faire toute seule. Et puis aussi on porte beaucoup les aidants et ça on ne l'a pas en structure. Psychologiquement, par exemple dans la fin de vie, on s'occupe du patient comme dans la structure, mais aussi de l'aidant.. »

« Il faut pouvoir se débrouiller avec son ressenti quand on rentre chez soi et qu'on a vu une personne qui a fait une TS (tentative de suicide). Moi j'ai fait de l'accompagnement de fin de vie d'une dame, où mon rôle c'était d'y aller, de rester avec elle, parler de la mort, écouter des musiques religieuses. (...) Avec une collègue, on s'organisait, on prenait le temps (...), parce que j'avais besoin de verbaliser ce que j'avais fait et comme ça je faisais pas mon auto-analyse toute seule dans la voiture. Parce que voilà, on est un peu livrées à nous-mêmes, et c'est dur de rentrer avec ces trucs-là chez soi.. »

- Des perspectives de formation et de progression de carrière limitées nuisant à l'attractivité des métiers. Une responsable de Ssiad témoigne :

« Je n'ai pas les moyens pour financer une aide-soignante qui veut devenir infirmière, chez nous c'est pas possible. Quand tu travailles à l'hôpital, tu peux. Moi j'ai une aide-soignante qui a démissionné pour prendre des missions CDD, pour après avoir droit à Pôle Emploi, elle est entrée à l'école d'infirmière comme ça. (...) C'est un peu contraint en fait. Même avec l'OPCA, ils ne financent pas des formations de 3 ans. C'est des formations de quelques heures, mais c'est pas une formation diplômante, faut pas rêver.. »

- Une fréquence des CDD ainsi que des temps partiels subis, en particulier dans le cas des Saad. En effet, pour répondre à l'intense et régulière variation de demandes de services, les responsables de structures ont tendance à jouer sur les contrats courts et la modulation des temps de travail. Une auxiliaire de vie évoque l'enjeu des temps partiels subis :

« Pourquoi les temps partiels ? C'est un meilleur outil de régulation, je le vois comme ça. Sinon à quoi ça sert ? Pourquoi former deux personnes plutôt qu'une ? Moi, vu les heures et les semaines que je fais, si je suis absente ça fait un gros trou, alors qu'une personne à temps partiel absente, c'est beaucoup plus facile à absorber. (...) Mais ça casse un peu le métier. Des fois c'est vendu comme un métier d'appoint. Mais un métier d'appoint c'est pas un vrai métier !. »

- Une faible reconnaissance du travail accompli et des bas salaires conduisant fréquemment les intervenantes à augmenter leur temps de travail afin d'atteindre un revenu satisfaisant. Les acteurs interrogés lors de la phase qualitative de l'étude pointent par ailleurs le poids des disparités salariales entre aides-soignantes en Ssiad et en structures de type EHPAD :

« Dernièrement, il y a eu le Ségur de la santé. Les soignants ont été augmentés mais pas ceux du domicile. Moi par exemple, en cas concret, j'ai deux aides-soignantes que j'avais depuis longtemps qui sont parties en EHPAD parce que c'est 180 euros de plus. Donc c'est ce que je leur ai dit : "Je vous comprends" quoi, parce que 180 euros sur une paie d'aide-soignante, c'est énorme !. » (Entretien avec une responsable de Ssiad).

- Dans le cas des Saad, des frais professionnels à la charge des salariées, faute de prise en charge par l'employeur. Il n'est pas rare que les professionnelles doivent se livrer à des investissements financiers pour pouvoir exercer leur activité. À la différence de la majorité des intervenantes des Ssiad, les aides à domicile ne sont par exemple pas dotées d'une voiture de fonction : elles doivent disposer de leur propre véhicule tout en assurant elles-mêmes l'entretien de celui-ci. De plus, nombre d'employeurs s'appliquent à maîtriser le coût des déplacements des professionnelles entre les lieux d'intervention par le biais de divers procédés : indemnisation partielle sur certains trajets, substitution par une prime... Outre le premier et le dernier trajet de et vers la résidence des intervenantes, les temps de déplacement entre deux interventions donnent lieu à une indemnité inférieure au salaire horaire d'intervention, quand, dans d'autres cas, ils ne sont tout simplement pas rémunérés. De même, il arrive que des temps nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle ne soient pas rémunérés : passages au bureau, signature des plannings, réunions d'information... Dans certains cas, notamment dans le champ des Saad marchands, les salariées doivent enfin payer elles-mêmes le matériel nécessaire à leur travail : téléphone portable, gants, masques...

Tous ces facteurs influent sur les difficultés de recrutement et de stabilisation du personnel que rencontrent les Saad et les Ssiad. De surcroît, les conséquences des sous-effectifs pèsent sur les salariées, elles accentuent la problématique de la rotation des intervenantes tout en influant sur la prise en charge des personnes accompagnées.

Des sous-effectifs pesant sur les salariées et influant sur la prise en charge

Face aux sous-effectifs, les responsables de services Saad-Ssiad bricolent quotidiennement des solutions afin de maintenir une forme de continuité de la prise en charge des personnes accompagnées. Or, ces solutions les conduisent souvent à faire reporter sur les salariées les conséquences du manque de personnel, particulièrement dans le cas des Saad : impératif de la flexibilité, heures supplémentaires, modulation du temps de travail, jonglage avec les plannings, modification des horaires d'intervention d'une semaine à l'autre... Par ailleurs, de fréquents recours à des avenants permettent de faire croître ou décroître le volume horaire mensuel des salariées en CDI. Limitant le paiement d'heures supplémentaires majorées, ce dispositif offre une flexibilité afin d'absorber les variations de l'activité⁵.

Ces conditions de travail globalement dégradées entraînent des conséquences importantes pour les intervenantes : épuisement, fréquence des accidents et des arrêts de travail, entraves au maintien dans la profession sur une longue durée. Une aide-soignante résume les enjeux de conditions de travail engendrant épuisement et intensité de la rotation des intervenantes :

⁵ Pour une analyse plus détaillée de ces pratiques, voir B. Saccomanno (*art.cit*)

« Quand vous avez des collègues qui partent, le patient vous ne le mettez pas dans un placard non plus ! La charge retombe sur les autres collègues. Donc forcément, c'est là qu'arrive cet épuisement professionnel. (...) Quand j'entends les collègues qui disent : "Ah, elle est encore en arrêt celle-là ?" D'accord, mais (...) est-ce que ça n'a pas été le patient de trop qu'on lui a refourgué pour la 5^{ème} fois ? De son planning qui a changé pour la 8^{ème} fois en trois jours ? (...) Au bout d'un moment, ben oui, elle est encore arrêtée parce qu'elle n'en peut plus, elle est fatiguée jusqu'à la corde ! Ou alors fatigue, manque d'attention fait que Paf ! Accident de travail. Ça peut être un accident de trajet, le planning qui a encore changé, elle s'est précipitée pour aller sur l'autre intervention et elle est tombée dans l'escalier parce qu'elle n'a pas fait attention.. »

Epuisement, arrêts de travail, rotation des intervenantes engendrent à leur tour des conséquences quant à la qualité de la prise en charge des personnes accompagnées. Les ruptures de planning s'avèrent ainsi fréquentes, de même que la rotation des intervenantes au domicile des usagers. Une responsable d'un CLIC ainsi qu'une intervenante au sein d'un Saad en témoignent :

« C'est vrai qu'on a le retour des usagers, surtout au niveau des Saad (...) où on a un turn-over assez important. D'une semaine sur l'autre, ils n'ont pas la même auxiliaire de vie. Après, c'est vrai que les personnes âgées aiment bien avoir une affinité et de la confiance avec l'auxiliaire de vie, que quelque chose se passe avec une personne qui vient une, deux fois par jour, et c'est vrai que changer toutes les semaines d'auxiliaire de vie, c'est pas évident. » (Entretien avec la responsable d'un CLIC).

« Des fois, on a l'impression d'être des pions sur un échiquier. Il suffit qu'il manque la tour et il faut tout réagencer. (...) Le travail à domicile c'est bien, mais quand chez la même personne on est 10, 15, 20 à intervenir (...) on arrive, on est un petit peu livrées à nous-mêmes. On fait le travail parce qu'on le connaît mais on peut passer à côté de quelque chose d'important. Pour l'instant, c'est jamais arrivé et je touche du bois. Mais voilà, potentiellement mettre la personne en danger. » (Entretien avec une intervenante au sein d'un Saad).

4.2. Les Saad : un secteur concurrentiel et un modèle économique fragile

Historiquement géré par les associations et les CCAS, le champ de l'aide à domicile s'est progressivement diversifié. En 2005, le Plan de cohésion sociale, dit « Plan Borloo. » a constitué une étape importante, caractérisée notamment par une mise en concurrence du secteur. Aujourd'hui constitué de 110 Saad tour à tour issus des champs associatifs et lucratifs, le département du Loiret s'illustre par une concurrence sévère entre services. A cette situation concurrentielle s'ajoute ce que B. Saccomanno qualifie de « modèle économique au croisement d'incertitudes. »⁶ : les Saad doivent simultanément faire face aux fluctuations d'activité comme aux contraintes tarifaires imposées par les Conseils départementaux, eux-mêmes soumis à des exigences budgétaires. De fait, une des principales sources de financement des services est constituée par l'APA. Cette prestation est mise en œuvre par le Conseil départemental. Celui-ci délivre une autorisation administrative aux services tout en déterminant, dans le cas du Loiret, l'application d'un tarif unique à l'heure de 20,32 euros. Les services doivent faire avec ce cadrage tout en se trouvant confrontés à des fluctuations d'activité selon l'hétérogénéité des besoins des usagers, la variabilité de la durée comme de la nature des interventions apportées, l'évolution de l'état de santé des personnes prises en charge... Le tout, dans un contexte dominé par le manque de personnel. Face à ces contraintes, on observe dans le département des disparités et des stratégies diverses selon les services :

⁶ B. Saccomanno (*art.cit*)

- Les Saad appartenant à des grands groupes privés ou à des réseaux nationaux peuvent s'appuyer sur une réputation et une reconnaissance accrue. Le responsable d'un Saad associatif explique l'importance de ces enjeux de reconnaissance :

« Dans le Loiret, on est très nombreux et c'est pas simple pour se faire connaître (...). Il y a aussi beaucoup d'entreprises du secteur marchand. Ce secteur est fourni sur Orléans, du coup, on est un peu noyés là-dedans, on nous confond avec une entreprise ou bien l'inverse. Il y a une confusion là-dedans qui nous complique les choses.. »

- Nombre de structures n'atteignent pas la taille critique pour équilibrer leurs coûts de fonctionnement, au point, parfois, de disparaître, comme le constate un acteur interviewé :

« Il y a énormément de structures associatives qui sont en redressement judiciaire. (...) Dans le Loiret, on a des structures qui se cassent la figure et c'est repris par le lucratif (...) L'associatif n'a pas les épaules financières. (...) Le secteur lucratif arrive avec des fonds propres énormes, ils peuvent aligner un million d'euros comme ça, et dire : "Je reprends tout le monde". Sauf qu'après ils dégraissent (...) L'intérêt pour le lucratif c'est de reprendre les autorisations qui vont avec. Donc ils sont très offensifs sur ce secteur-là.. »

- Les stratégies de regroupement, de fusions de services associatifs se développent dans le département, de même que les absorptions par des structures issues du lucratif.
- Pour faire face aux incertitudes, des structures ajustent leur modèle économique en diversifiant leurs prestations (jardinage, bricolage, téléassistance, portage de repas...). Le responsable d'un Saad développe l'intérêt de cette stratégie :

« Moi je questionne vraiment aujourd'hui la pérennité financière des Saad qui sont mono-activité. (...) Nous on a un service portage de repas, on est plus là dans une relation de clientèle et financièrement, il y a un peu plus de marge financière. (...) Au final, moi le Saad il sera toujours en déficit vu les coûts d'intervention et la non-reconnaissance du coût de l'heure (...). Donc c'est d'autres services qui viennent équilibrer le coût global de la structure.. »

- Un reste à charge est facturé à l'utilisateur. On observe toutefois des disparités entre des structures issues du champ associatif et d'autres relevant du lucratif : revendiquant des valeurs associatives, les premières s'appliquent à limiter le reste à charge (2 à 3 euros en moyenne selon les acteurs interrogés). Dans le second cas, le reste à charge et les « coûts cachés. » peuvent s'avérer plus élevés du fait d'une facturation du matériel, des temps de trajet...
- Des structures ciblent les interventions jugées rentables : elles refusent par exemple des interventions de courte durée (30 minutes par exemple) ou réduisent au maximum les coûts de fonctionnement et de transport (absence de service d'astreinte, fermeture des bureaux sur des horaires élargies, refus ou facturation des interventions dans des zones géographiques jugées trop éloignées, etc.).

4.3. Vieillesse et maintien à domicile : la problématique de l'accompagnement des personnes en situation de dépendance lourde

Des profils de bénéficiaires en évolution et un maintien prolongé à domicile

Alors que les perspectives démographiques nationales s'orientent vers un vieillissement de la population et que la solution du maintien à domicile s'affirme comme une aspiration croissante encouragée par les pouvoirs publics, Saad et Ssiad sont confrontés à des défis majeurs. Au regard de l'avancée en âge de la population, l'accroissement de la sollicitation de ces services s'avère inévitable. De plus, le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et, avec elles, de la complexité des prises en charge à apporter. Les acteurs interrogés lors de la phase qualitative de l'enquête font d'ores-et-déjà ce constat. Ainsi de cette infirmière libérale intervenant dans une zone rurale :

« Les prises en charge à domicile se font plus tôt et elles durent plus longtemps parce qu'on a des gens qui restent, surtout en milieu rural, des personnes vieillissantes qui partent en structures très tard, au dernier moment quoi. ».

Dans le département du Loiret, la part de la population âgée est comparable à la moyenne nationale et inférieure à la moyenne régionale mais elle se caractérise par une inégale répartition territoriale : on retrouve des taux de personnes âgées plus élevés sur la moitié est du département, même si le nombre de personnes âgées reste plus important dans les sous-préfectures et dans la métropole orléanaise.

Figure 40 : Part des personnes de 75 ans et plus dans la population totale du département du Loiret en 2017

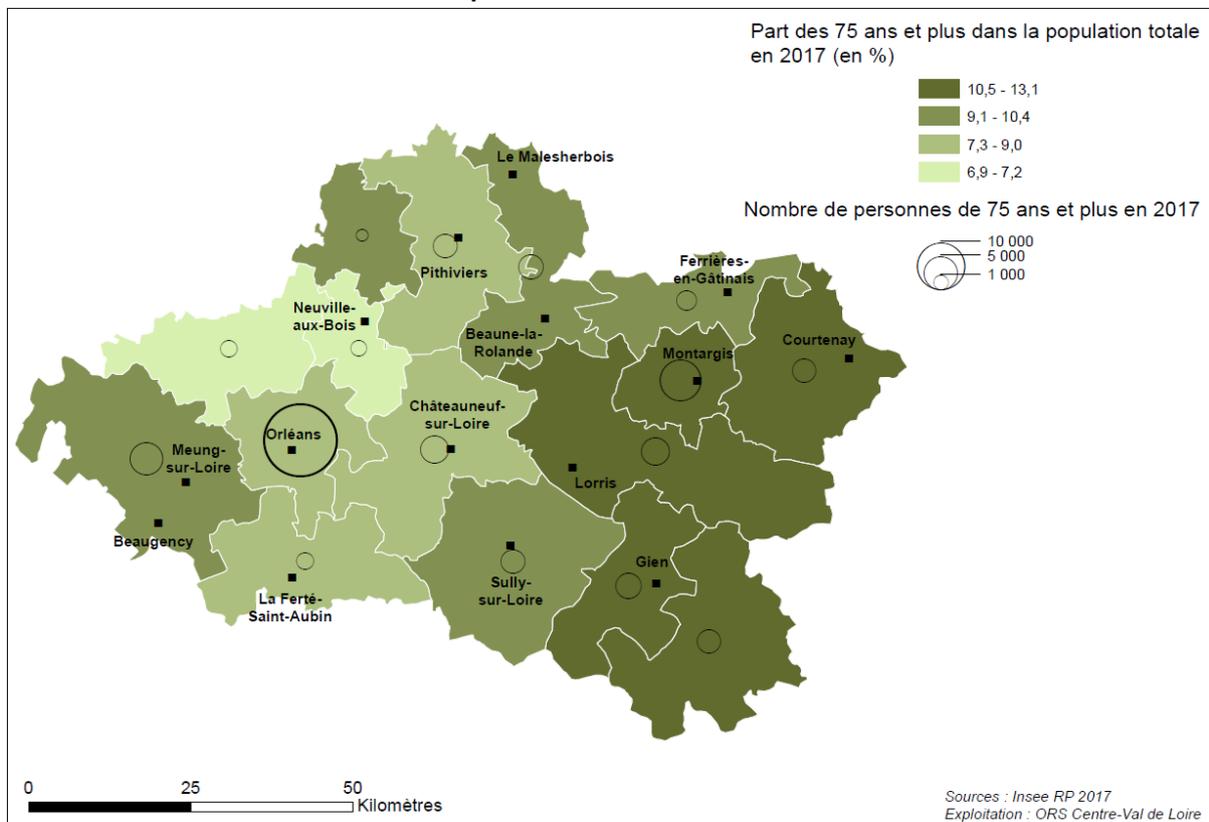
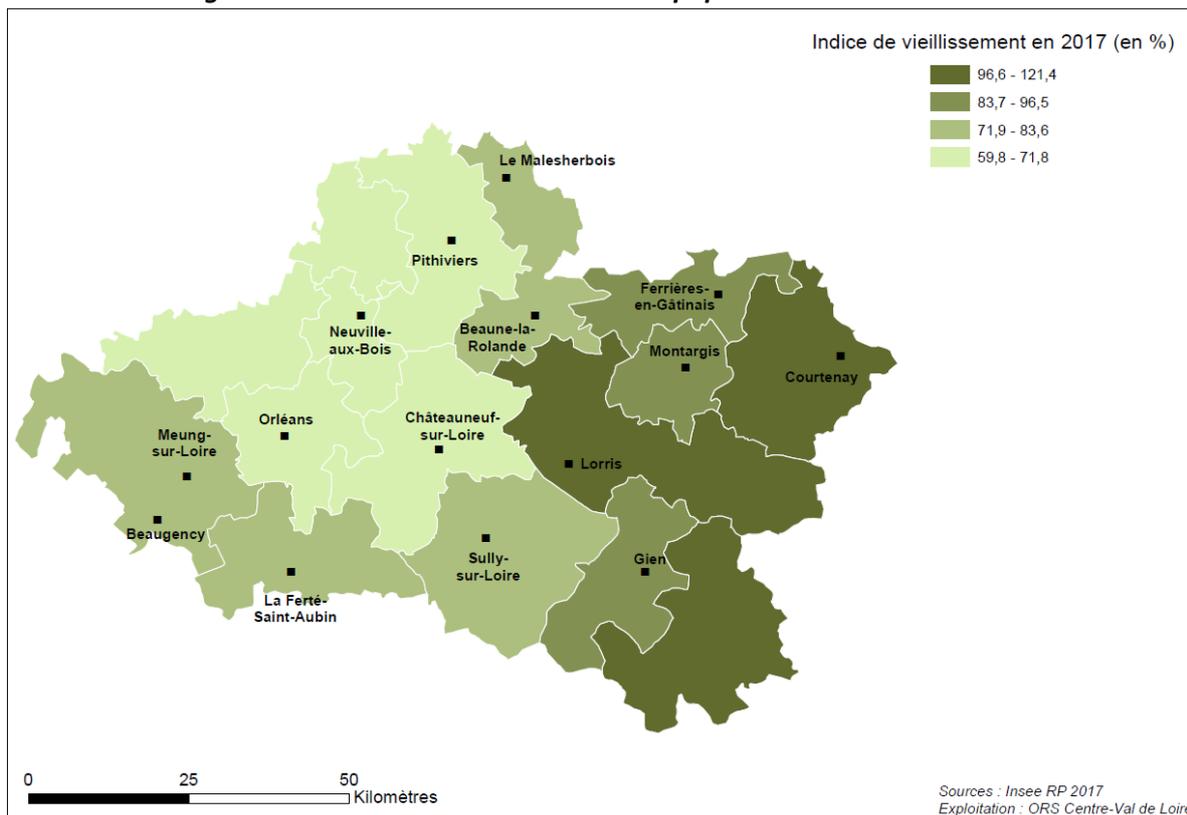
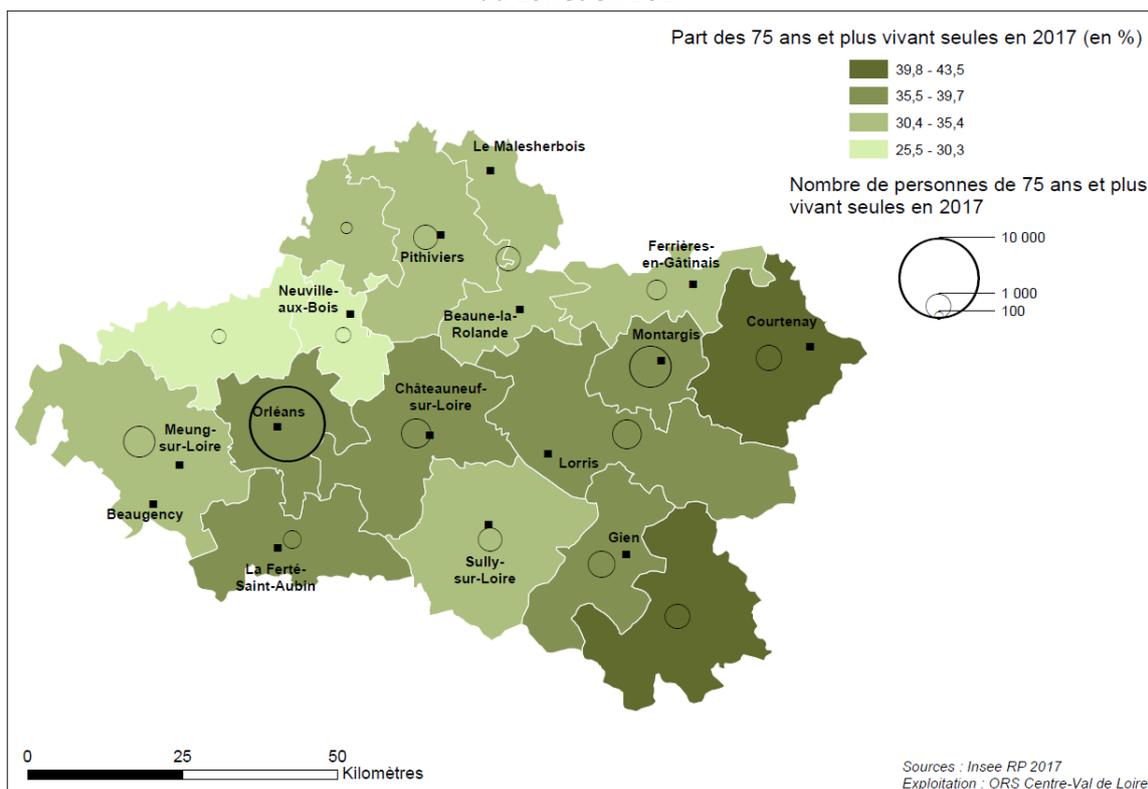


Figure 41 : Indice de vieillissement de la population du Loiret en 2017



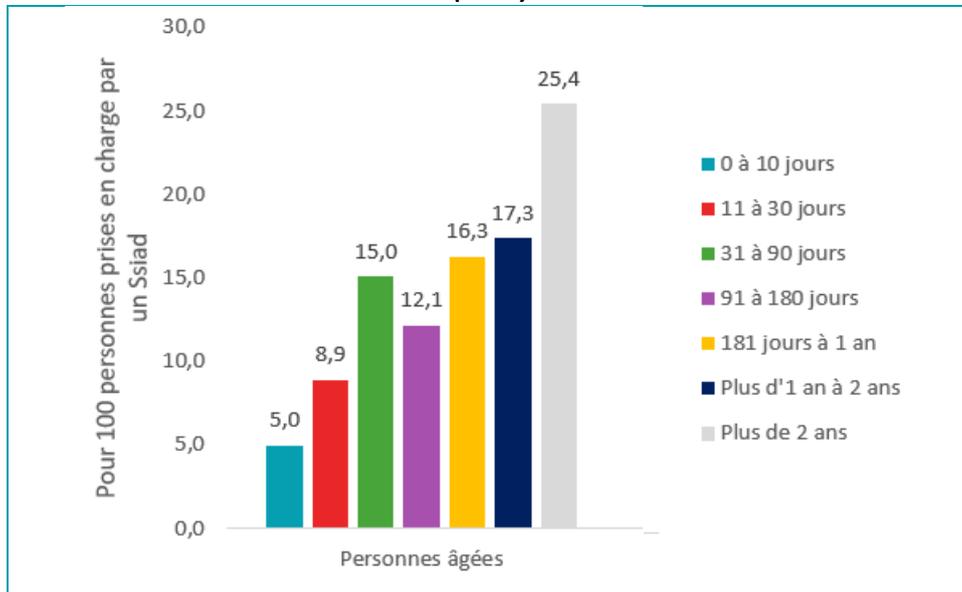
Quant à la proportion des personnes âgées vivant seules, elle est comparable à celle de la région et au niveau national, mais on trouve des taux plus élevés sur certains territoires : Communauté de communes de la Cléry, du Betz et de l’Ouanne, CC Berry Loire Puisaye.

Figure 42 : Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules dans le département du Loiret en 2017



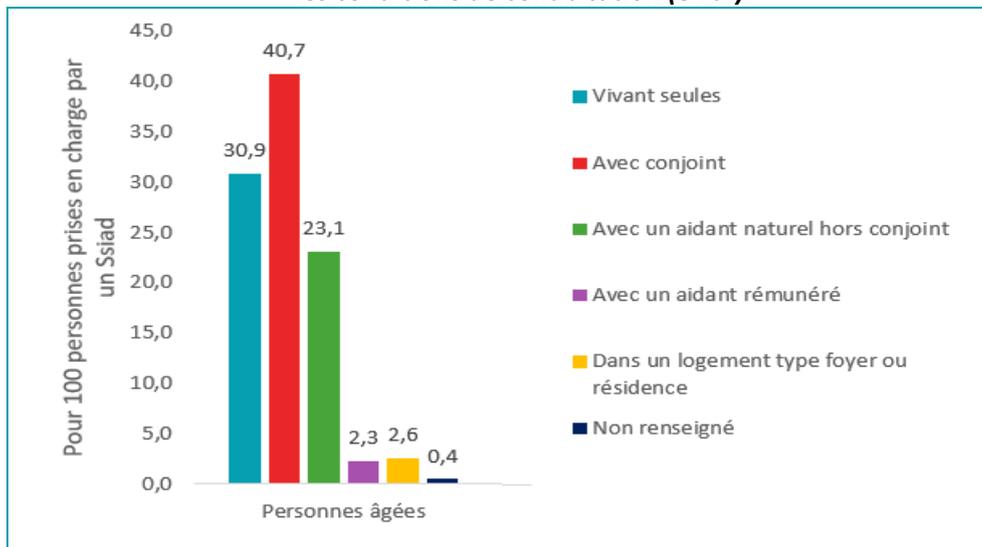
Dans le Loiret, les accompagnements par un Ssiad sur une longue durée sont les plus nombreux : près de 43,0 % des patients âgés bénéficient d'un suivi par un Ssiad pendant plus d'un an tandis que 29,0 % ne sont accompagnés que moins de 3 mois.

Figure 43 : Répartition des patients pris en charge par un Ssiad en fonction de leur durée de suivi (en %)



La présence d'un ou de plusieurs aidants constitue par ailleurs un atout majeur facilitant le maintien à domicile. En 2019, les patients de plus de 60 ans pris en charge par les Ssiad du Loiret vivaient principalement en couple (40,7 %), seuls (30,9 %) ou avec un membre de leur famille (23,1 %).

Figure 44 : Répartition des personnes prises en charge par un Ssiad selon les conditions de cohabitation (en %)



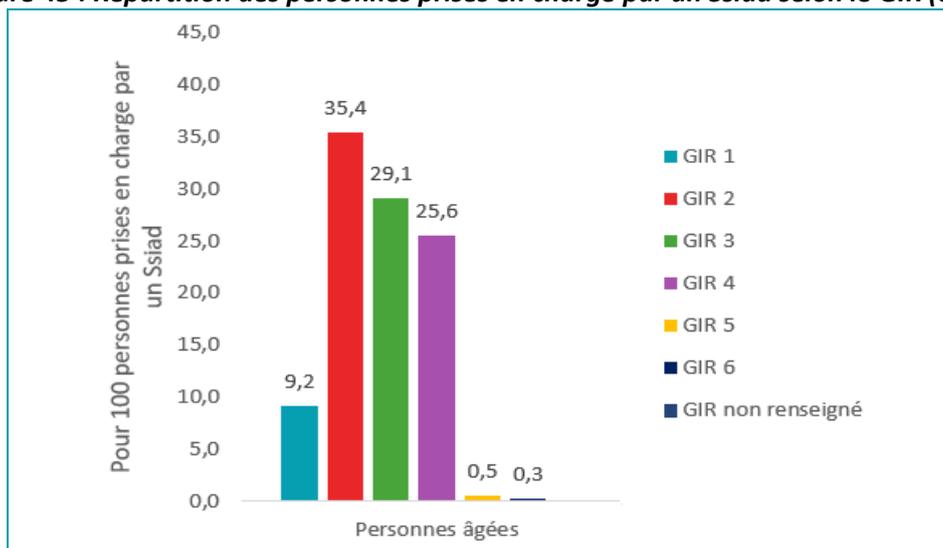
De manière générale, le vieillissement de la population engendre une évolution progressive des profils des patients vers des besoins de prise en charge à domicile croissants. Un responsable de Ssiad le constate :

« On sait tous qu'il y a un vieillissement de la population jusqu'en 2050 et que dans ce vieillissement, il y a le souhait de rester au domicile le plus longtemps possible. Donc oui, très clairement, nos prises en charge sont plus lourdes. (...) On tend de plus en plus vers des GIR 2 et 3, et les GIR 4 vont progressivement être gommés pour les prises en charge Ssiad : ça sera plutôt des prises en charge Saad.. »

Ce témoignage coïncide avec les résultats au questionnaire de l'enquête quantitative. En effet, les personnes âgées prises en charge par les Ssiad se répartissent sur les niveaux de dépendance de 1 à 4 de la grille AGGIR, avec une majorité de GIR 2 :

- 9,2 % sont classées GIR 1 (personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants) ;
- 35,4 % sont classées GIR 2 (personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer) ;
- 29,1 % sont classées GIR 3 (personnes âgées ayant conservé tout ou partie de leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle) ;
- 25,6 % sont classées GIR 4 (personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement tout en ayant parfois besoin d'aide pour la toilette et l'habillage et personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et les repas) ;
- Les GIR 5 et 6 (personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas, le ménage, et personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante pouvant avoir besoin d'aide ponctuelle pour les activités domestiques) sont très peu représentés.

Figure 45 : Répartition des personnes prises en charge par un Ssiad selon le GIR (en %)



Le défi de l'adaptation des services à la complexification des besoins associés au vieillissement à domicile

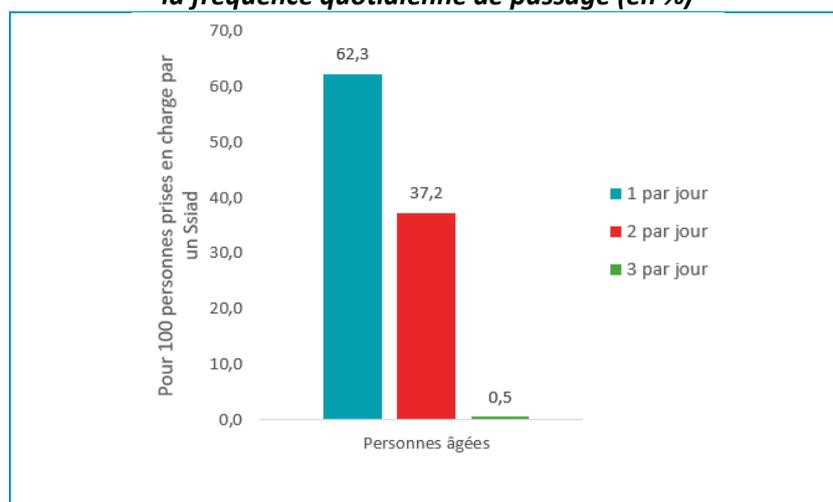
L'évolution des profils comme des besoins des personnes prises en charge à domicile engendre plusieurs types de conséquences pour les services.

Pour ce qui concerne les Ssiad, les besoins des patients nécessitent souvent des soins plus complexes et/ou chronophages, mais aussi des passages plus fréquents au domicile (tous les jours, voire plusieurs fois par jour). En 2019, la majorité des patients pris en charge par les Ssiad (39,2 %) faisait ainsi l'objet d'interventions quotidiennes. Par ailleurs, si une part importante de ces patients ne bénéficiait alors que d'un seul passage par jour (62,3 %), les interlocuteurs interrogés lors de phase qualitative de l'enquête constatent globalement des besoins croissants de multiples passages quotidiens.

Figure 46 : Répartition des patients pris en charge par un Ssiad selon la fréquence hebdomadaire de passage (en %)



Figure 47 : Répartition des patients pris en charge par un Ssiad selon la fréquence quotidienne de passage (en %)



Par ailleurs, pour les Saad comme pour les Ssiad, la prise en charge des situations de dépendance lourde nécessite régulièrement des interventions de professionnelles en binômes. Une infirmière coordinatrice d'un Ssiad témoigne :

« On a des personnes lourdes de prise en charge par rapport à leur état végétatif où il faut être deux. (...) Même psychologiquement, parce que face à des pathologies importantes, des aidants épuisés, des situations sociales compliquées (...). Il faut faire se retrouver deux soignants mais c'est compliqué parce que je ne sais même pas comment c'est pris en compte par l'ARS (...). On pourrait même sur chaque secteur faire une journée complète avec des patients en double parce qu'on se rend bien compte que ces gens-là auraient tout à fait leur place en maison de retraite mais c'est un souhait de la famille.. »

Passages multiples et interventions en binômes s'avèrent difficiles à mettre en œuvre du fait des sous-effectifs au sein des services mais aussi en raison du mode de financement des Ssiad. En effet, ceux-ci bénéficient d'une dotation globale de fonctionnement fixée par l'ARS. Cette dotation englobe rémunération des salariés, frais de déplacement et de petit matériel, charges générales du service, ainsi que les soins infirmiers. Or, selon nombre de responsables de structures interrogés, la dotation globale allouée aux Ssiad ne couvre pas l'importance des dépenses liées aux soins infirmiers. Elle ne prend pas davantage en considération la nécessité d'interventions en binômes ou de passages multiples au domicile de certains patients. Conséquence : les refus de prise en charge de patients jugés trop dépendants et/ou aux soins trop lourds sont fréquents.

Par ailleurs, ces contraintes s'accompagnent de difficultés, voire de mises en danger des professionnelles sur le terrain : fatigue, troubles musculo-squelettiques et accidents du travail faute d'interventions conjointes ou de formation aux transferts de patients sont fréquents. L'enjeu de la prise en charge du vieillissement comme du maintien prolongé à domicile entraîne du surcroît des besoins de formation accrus pour les intervenantes des Saad et des Ssiad : fin de vie, transferts de patients lourdement dépendants, prise en charge des troubles cognitifs et/ou psychiatriques à domicile. Ces professionnelles témoignent :

« On a beaucoup de fins de vie. Et là-dessus, je trouve qu'au niveau des Ssiad, il y a quand même un gros effort de formation à faire. (...) On se retrouve souvent avec des familles qui disent : "Moi je ne veux pas qu'il aille à l'hôpital, je veux qu'il reste-là" mais malheureusement, on n'a

pas les cartes pour le faire rester à domicile. Pour moi ça évolue trop lentement par rapport à la demande qui est de plus en plus importante. » (Entretien avec une aide-soignante en Ssiad).

« Il y a eu souvent beaucoup de filles qui ont fait des mauvais gestes, moi la première hein. Donc on a eu des stages, des formations gestes et postures, etc., pour pas qu'on se fasse mal, pour qu'on tienne jusqu'à la retraite quoi. » (Entretien avec une auxiliaire de vie en Saad).

« On est face à une évolution. Avant, les personnes âgées mourraient rapidement alors on n'avait pas le temps de voir se développer vraiment toutes ces pathologies, ces troubles cognitifs. (...) Effectivement, il faut vraiment être formé pour pouvoir prendre en charge une personne démente en pleine crise. Étant donné qu'on est face à des troubles cognitifs de plus en plus importants, il faut que les personnes soient bien formées. » (Entretien avec une aide-soignante en Ssiad).

4.4. Les Ssiad : des sollicitations de patients demeurant sans réponse

Placements sur liste d'attente et refus de patients

L'entrée en Ssiad n'est que rarement automatique : dans le département du Loiret, les délais d'admission varient d'une semaine à plus d'un mois pour plusieurs services. En 2019, le nombre moyen de jours d'attente avant l'entrée en Ssiad s'élevait à 24 jours : 5 services déclaraient un délai d'attente moyen compris entre 7 et 15 jours, 4 signalaient un délai supérieur à un mois. Le délai d'attente moyen le plus important s'établissait enfin à 96 jours.

Fréquente, l'inscription sur liste d'attente concerne par ailleurs aussi bien les territoires ruraux que la métropole orléanaise. Au 15 septembre 2020, le nombre de personnes âgées inscrites sur liste d'attente par les Ssiad était ainsi estimé à 171. Lors de l'enquête par questionnaire, la majorité des Ssiad déclarait disposer d'une liste d'attente comptabilisant entre 1 et 5 personnes quand 3 services faisaient état de listes supérieures à 20 personnes âgées.

Figure 48 : délai d'attente moyen avant l'entrée en Ssiad pour les personnes âgées

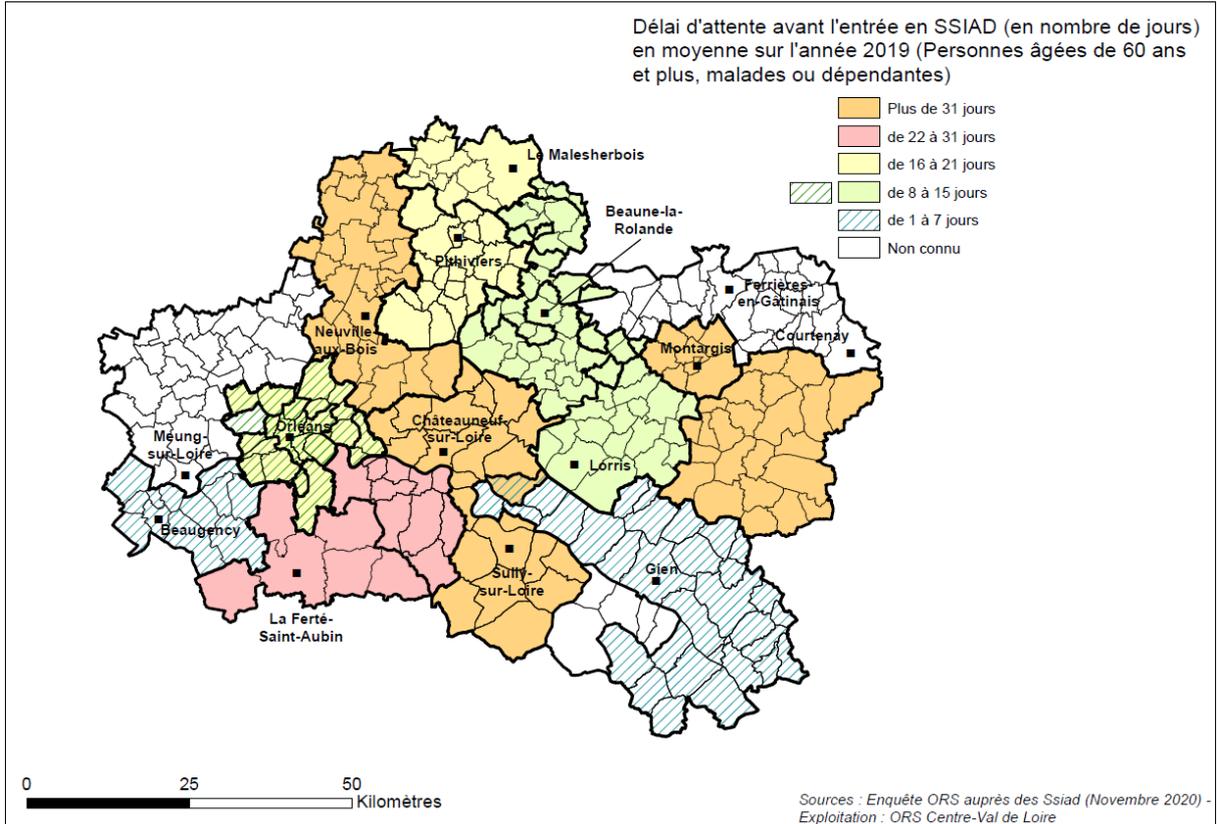
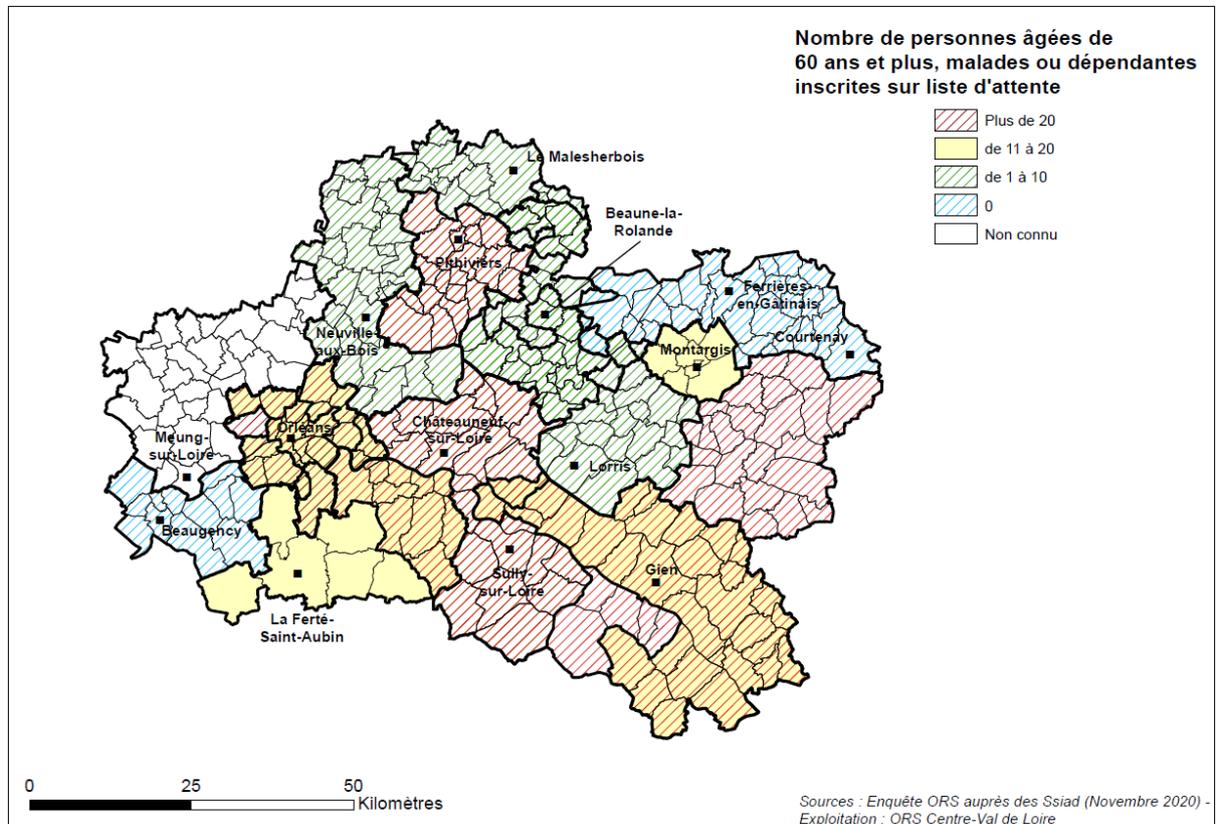
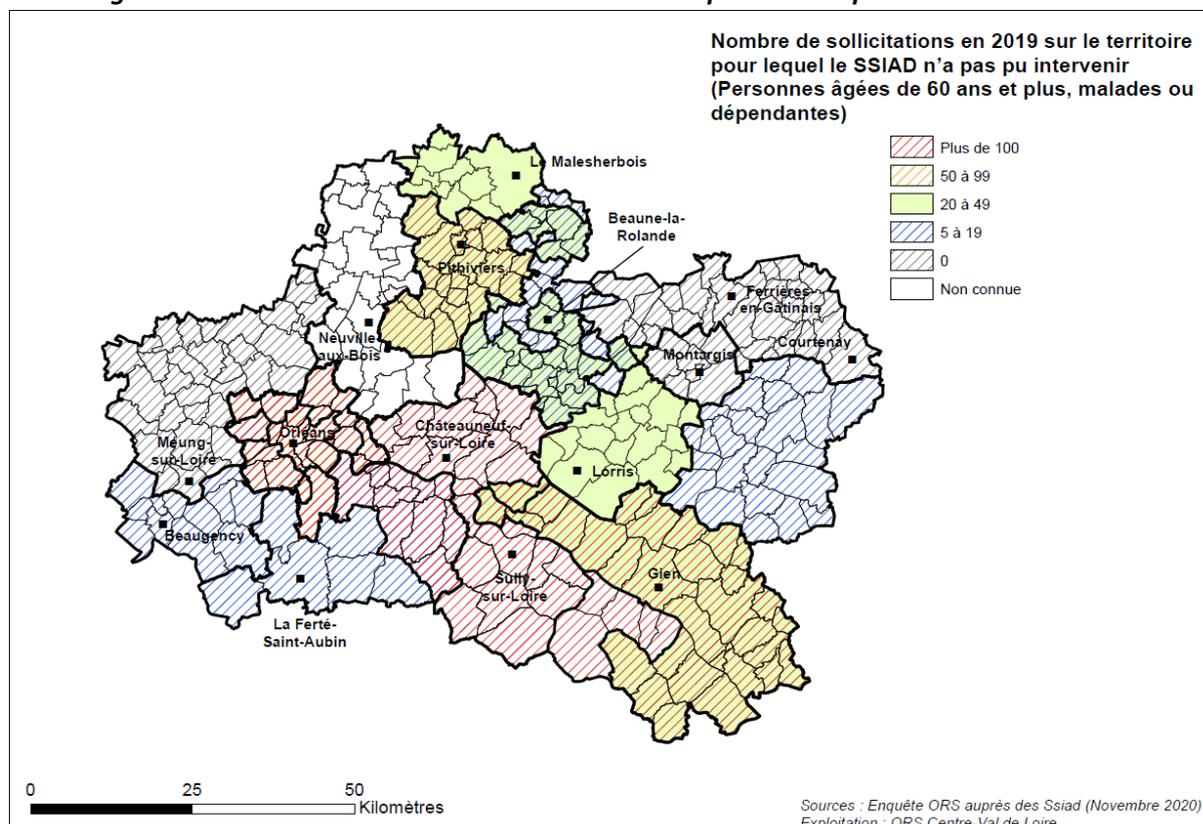


Figure 49 : nombre de personages âgées inscrites sur liste d'attente par Ssiad



Les refus de patients par les Ssiad constituent une problématique commune dans le département du Loiret, aussi bien dans les territoires ruraux que dans la métropole orléanaise : en 2019, les sollicitations laissées sans réponse concernaient un total de 625 personnes âgées.

Figure 50 : Nombre de sollicitations restées sans réponse de la part d'un Ssiad en 2019



Les motifs de refus ou d'interruption de prise en charge invoqués par les services sont de plusieurs nature : défaut de personnel, manque de place, horaires d'intervention ne convenant pas à la demande ou au besoin de la personne, absence de matériel adapté à domicile, refus de patients du fait de soins jugés trop lourds et/ou trop onéreux. Deux responsables de Ssiad témoignent :

« Là où on peut refuser d'intervenir, c'est s'il n'y a pas l'équipement qui va avec. (...) On ne peut pas prendre le risque de provoquer un accident du travail plus un accident de la personne. Quand j'ai des transferts sans lève-malade avec une personne qui pèse 120 kg, ben non, on prend pas, parce qu'on risque la vie de deux personnes. »

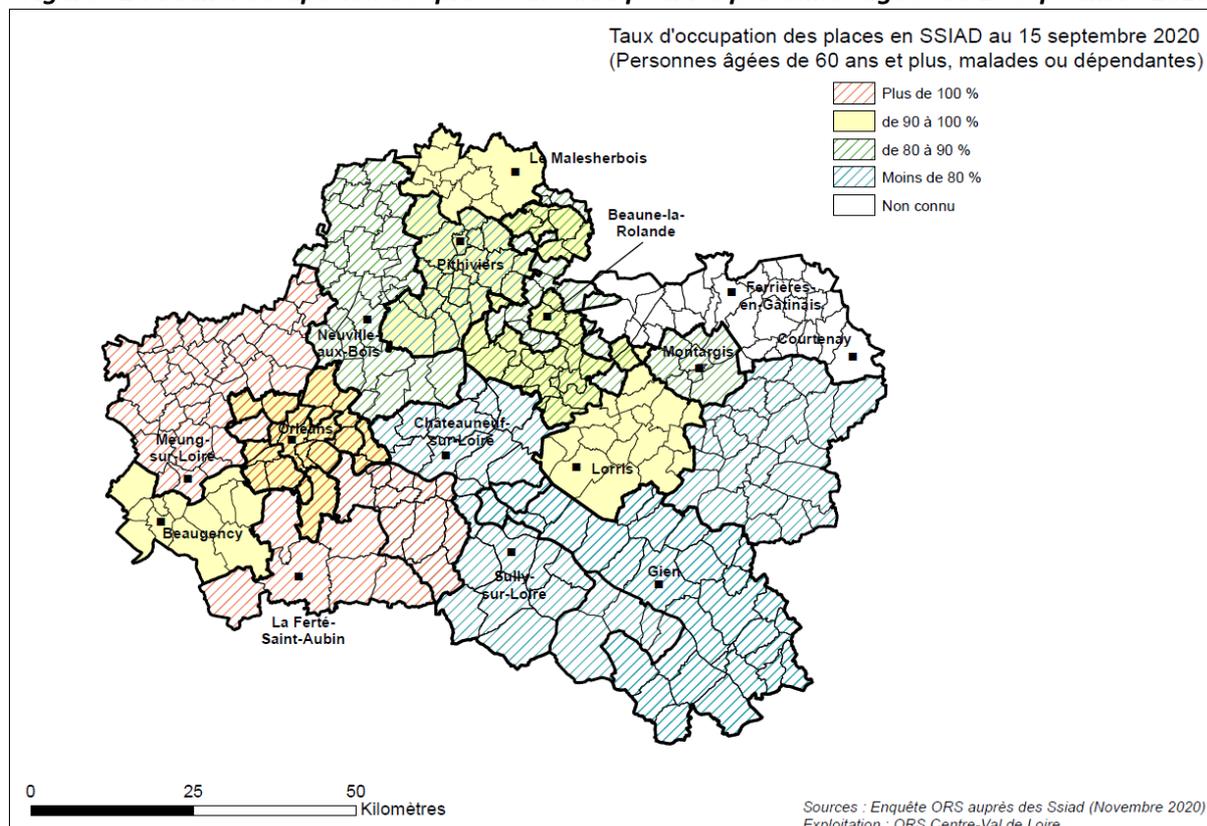
« On a des patients, on est obligés de les sonder 3 fois par jour. Donc on fait appel à une infirmière. Le coût qu'on donne à l'infirmière, ça dépasse le coût qu'on a pour nous. Donc n'importe quelle société ne travaille pas à perte. Là on arrive à le faire pour un monsieur parce que sur tous nos patients, tous ne sont pas comme ça, ça veut dire que ça compense un peu les uns et les autres. Mais la perversité de ce système-là, c'est qu'il y en a qui choisissent leurs patients. (...) Par exemple, la personne part en hospitalisation et quand elle revient on dit qu'on ne la prend plus. »

Les contraintes économiques comme le manque de personnel des Ssiad les conduisent parfois à sélectionner leurs patients selon leur pathologie, leur niveau de dépendance et/ou les soins infirmiers à apporter afin de préserver l'équilibre financier du service. Les Ssiad répondant à l'enquête identifient plusieurs pathologies jugées trop coûteuses ayant entraîné des refus de prise en charge : soins de

dextro-insuline, soins de dialyse, perfusions, y compris sous-cutanées, pansements complexes, administration de médicaments plusieurs fois par jour, pompe à Apokinon, sondage urinaire...

Une situation peut sembler paradoxale : dans l'ensemble du département, des refus de patients se produisent malgré des taux d'occupation de services régulièrement inférieurs à 100 %.

Figure 51 : Taux d'occupation des places en Ssiad pour les personnes âgées au 15 septembre 2020



Ce paradoxe s'explique par plusieurs facteurs : outre l'enjeu invoqué du manque d'effectifs de professionnelles pour prendre en charge ces patients, les services sont conduits à se livrer à des arbitrages pour préserver leur équilibre économique. Ces arbitrages peuvent consister à ne prendre en charge que des patients nécessitant peu de soins infirmiers ou à fonctionner selon un taux de remplissage en sous-régime afin d'équilibrer les coûts. Une IDEC décrit un cas spécifique :

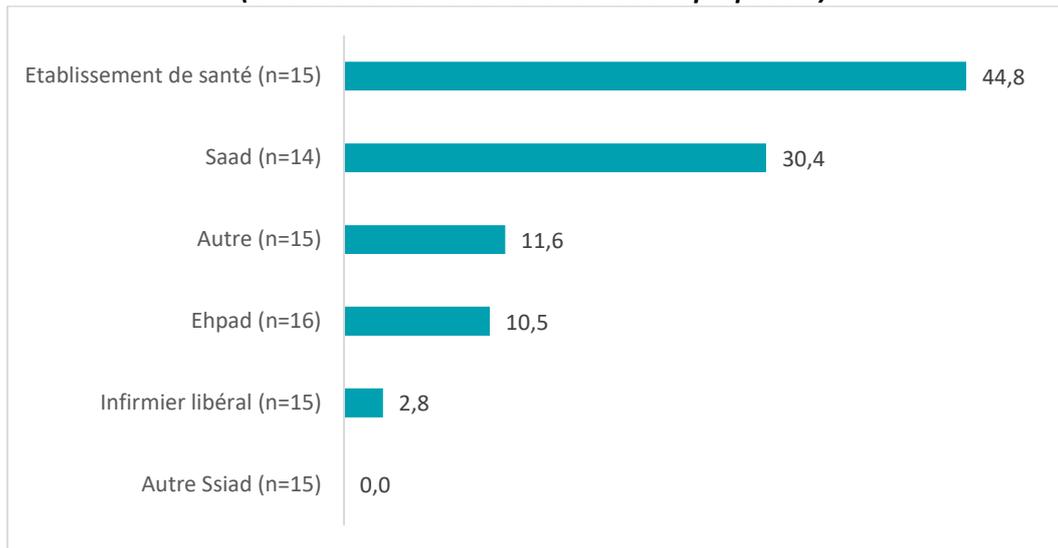
« On avait un patient qui avait besoin d'une pompe à Apokinon, on a mis en place un relais avec des aides à domicile parce que nous, notre service, en 6 mois de temps, ça nous coûtait la moitié de nos dotations globales. Donc c'était pas possible, c'était plus de 100 euros par jour (...) A 100 euros pour une personne, on ne peut pas équilibrer, ça aurait voulu dire se séparer de la moitié des usagers de notre service juste pour cette personne-là. Ethiquement parlant, c'est très difficile pour l'équipe (...) Même pour trouver des relais ! Parce que si on garde la personne, à la clé, c'est un déficit financier. »

La recherche de relais adaptés pour prendre en charge les patients refusés constitue une problématique prégnante pour l'ensemble des acteurs du soin.

Des relais parfois inexistantes ou inadaptés

Lors de l'enquête quantitative, les responsables de service ont déclaré orienter 44,8 % de leurs patients vers des établissements hospitaliers lors de l'arrêt de prises en charge. Suivent les orientations vers des Saad, des EHPAD et, dans une moindre mesure, des infirmiers libéraux.

Figure 52 : Orientations proposées suite à l'arrêt de la prise en charge par le Ssiad (en % de l'ensemble des orientations proposées)



Plus largement, la question de l'orientation des patients refusés ou placés sur liste d'attente par les Ssiad représente souvent une difficulté pour les professionnels. Plusieurs types de structures et/ou d'acteurs peuvent se trouver sollicités :

- L'hospitalisation à domicile (HAD). Les passages de relais entre Ssiad et HAD existent mais les acteurs interrogés lors de la phase qualitative de l'étude pointent l'existence d'un nombre important de patients se trouvant dans une forme d'« entre-deux » : refusés par un Ssiad car jugés trop dépendants d'un côté, considérés insuffisamment « lourds. » pour s'inscrire dans les prérogatives de l'HAD de l'autre. Une intervenante au sein d'une HAD témoigne :

« Nous avons une grosse nuance avec le Ssiad : nos prérogatives sont de prendre des patients en soin sur un temps donné, nous ne prenons normalement pas de patients chroniques. (...) On a beaucoup de patients pour lesquels le Ssiad nous dit : "C'est trop lourd", mais nous ils ne sont plus dans nos prérequis. (...) Quelles alternatives ? En fait, concrètement, on n'en a pas. À moins de continuer à communiquer, quand ils ont plus de 70 ans, essayer de les faire cheminer vers une maison de retraite. »

- Les établissements de santé constituent régulièrement un relais par défaut, notamment lorsqu'aucun Ssiad n'est en mesure de prendre en charge un patient en sortie d'hospitalisation. Une assistante sociale au sein d'un centre hospitalier explique :

« Ça arrive régulièrement que tant les Ssiad que les Saad et que le médecin traitant, tout le monde, quand le patient est hospitalisé, ils essaient de dire : "le patient c'est plus possible de le reprendre à la maison, il faut trouver une solution". Mais l'hôpital n'est pas un garde-malade le temps qu'il y ait une place en EHPAD. »

- Les EHPAD. Les patients refusés sont parfois orientés vers un EHPAD. Toutefois, il s'agit parfois, là encore, d'orientations par défaut. Par ailleurs, de tels relais s'avèrent parfois impossibles, l'admission en EHPAD constituant pour certaines familles une solution trop onéreuse. Une cadre de santé au sein d'un centre hospitalier témoigne :

« Malheureusement, on a de plus en plus ces situations-là : les gens rentrent à l'hôpital et le retour à domicile n'est plus possible alors qu'il ne l'était pas non plus avant, mais on attend l'hospitalisation pour qu'il y ait une admission en EHPAD. Je trouve ça hyper maltraitant pour le patient et pour les familles. »

- Les infirmiers libéraux. Certains patients refusés par un Ssiad peuvent compter sur la prise en charge par un infirmier libéral. Toutefois, il n'est pas rare que des infirmiers libéraux refusent de se substituer aux Ssiad pour réaliser des soins d'hygiène :

« Moi j'ai une patiente qui est alitée depuis 3 ans maintenant, qui a des besoins très lourds. Nous on l'a reprise en toilette parce que personne n'en voulait. (...) Je suis infirmière, donc la toilette je sais le faire. Mais dans ma tournée ça prend du temps et des fois, la pauvre, on la secoue comme une bouteille d'Orangina parce qu'on n'a pas le temps nécessaire. Alors qu'elle aurait une aide-soignante du Ssiad qui prendrait son temps pour lui faire des petits massages, pour la dorloter, etc. Mais comme les soins infirmiers autour vont coûter trop cher, ce n'est pas rentable, donc cette dame n'a pas droit au confort qu'elle mériterait depuis 3 ans. » (Entretien avec une infirmière libérale).

« On oriente parfois vers les infirmiers libéraux qui peuvent peut-être aussi, quand ils passent, faire les soins d'hygiène, mais c'est très rare qu'on ait des retours positifs par rapport à cette demande de relais parce que les infirmières libérales ne sont pas assez bien rémunérées pour une toilette qui va par exemple durer une demi-heure. » (Entretien avec l'IDEC d'un Ssiad)

- Les Saad. Faute de prise en charge par un Ssiad, il est fréquent que les aides à domicile s'affirment comme le principal relais. Saad, Ssiad, centres hospitaliers, PTA, HAD, infirmiers libéraux, tous les acteurs interrogés confirment la récurrence de telles situations. Cette responsable de Ssiad en témoigne :

« On envoie vers des structures à domicile. En toute honnêteté, je sais que c'est enregistré, mais c'est pas grave. On est conscients qu'il y a des personnes qui interviennent à domicile là où ce sont plutôt les Ssiad qui devraient intervenir. C'est la réalité du terrain, faut pas se leurrer, ce serait hypocrite de dire le contraire. Voilà, si on veut que ça change, il faut être franc. »

- Il arrive enfin que malgré la prescription médicale d'un Ssiad, aucun professionnel ne soit en mesure de fournir une prise en charge. Demeure alors un ultime relais : l'aidant. Difficile à quantifier, une telle situation constitue une réalité relevée par plusieurs acteurs.

4.5. Les Saad : la problématique du glissement de tâches

Quand les Saad se substituent aux Ssiad : des situations fréquentes

Les Saad apparaissent régulièrement comme l'unique relais disponible concernant la prise en charge des personnes âgées à domicile. De fréquents glissements de tâches affectent les professionnelles de l'aide à domicile : face au défaut d'infirmiers ou d'aides-soignantes disponibles pour réaliser des actes d'hygiène, il n'est ainsi pas rare que des salariées des Saad soient conduites à assurer des toilettes dites « complexes. » normalement réservées aux Ssiad. Par ailleurs, dès lors que la toilette fait l'objet

d'une prescription médicale, elle doit officiellement être prise en charge par un aide-soignant ou un infirmier libéral⁷. Deux responsables de services Saad témoignent :

« Quand on fait faire des toilettes à des personnes qui sont en catégorie A, il y a deux problèmes : c'est pas conforme à la convention collective (...) Et c'est pas dans le métier en théorie. (...) Il y a un problème, c'est celui de bien cerner ce qui est des prérogatives du Saad et du Ssiad. Je dirais que ça, aujourd'hui, c'est presque le Ssiad qui va le définir. C'est le Ssiad qui va dire qui il prend ou qui il ne prend pas. Le Saad, il n'a pas le pouvoir de dire : "Prise en charge Ssiad !". Il va dire : "Le Ssiad ne vous a pas pris ? Ok, alors c'est nous".

« Sur certaines situations, on est obligés de maintenir des aides à domicile sur des interventions de personnes qui deviennent très dépendantes, avec des pathologies lourdes, là où ça devrait être un service de soins à domicile avec des interventions à deux. Nous, nos salariées, elles interviennent seules. (...) On maintient jusqu'à souvent l'accident du travail, la salariée qui va se faire mal. Et là c'est ce qu'on veut éviter. »

Les intervenantes des Saad se trouvent ainsi conduites à réaliser des actes non reconnus dans leur convention collective. Parfois peu préparées à la prise en charge de situations complexes, certaines intervenantes se trouvent par ailleurs exposées à des risques de blessures ou d'accidents de travail lors des transferts de patients, faute de formation adaptée ou de binômes possibles.

Des situations d'inégalité pour les usagers

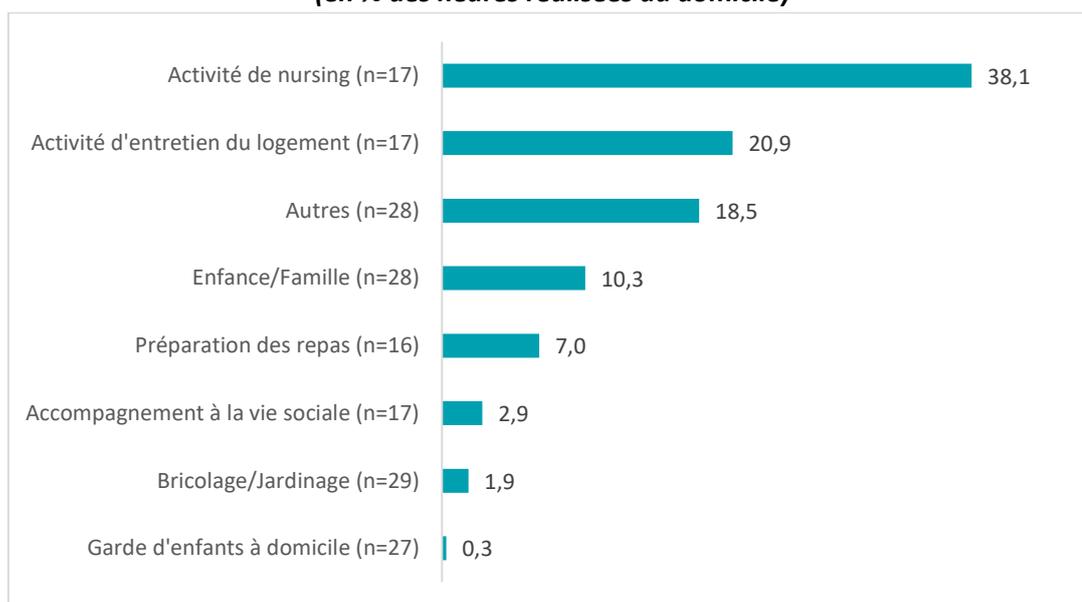
Lors des toilettes, les glissements de tâches entre un accompagnement par un personnel médico-social, financé par l'APA, et un accompagnement par un professionnel paramédical, rémunéré par la Sécurité sociale engendrent des situations d'inégalité pour les usagers⁸ :

- Des inégalités d'ordre technique : aides à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignantes et infirmières disposent de formations différenciées, notamment pour ce qui concerne les transferts de patients. En la matière, les premières sont dotées d'une moindre formation susceptible de comporter davantage de risques aussi bien pour les intervenantes que pour les personnes accompagnées.
- Des inégalités d'ordre administratif : dans le cas des Ssiad, une prescription médicale délivrée par le médecin traitant suffit pour que soient réalisées les toilettes. A l'inverse, dans le cas d'une prise en charge par un Saad (et donc via l'APA), un dossier administratif plus complexe doit au préalable être renseigné et instruit par le Conseil départemental avant qu'un évaluateur médico-social ne se rende au domicile afin d'évaluer les besoins de la personne âgée.
- Des inégalités d'ordre financier : intégralement prises en charge par la Sécurité sociale lorsqu'elles sont réalisées par un Ssiad, les toilettes peuvent faire l'objet d'un reste à charge dans le cas des Saad.
- Des inégalités liées au temps d'aide dédié par l'APA : parfois important, le temps consacré aux soins de *nursing* par les aides à domicile peut empiéter sur celui dédié aux actes de la vie quotidienne. Ce graphique montre par exemple que les activités de *nursing* correspondent à la majorité des heures à domicile réalisées par les Saad ayant répondu à l'enquête.

⁷ Evoquées par tous les services interrogés lors de la phase qualitative de l'étude, ces situations de glissements de tâches sont également fréquentes au niveau national, comme le souligne notamment M. Ramos-Gorand, « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées », *Dossiers de la DREES*, n°51, mars 2020

⁸ A ce propos, voir à nouveau M. Ramos-Gorand, *Rap. cit.*

Figure 53 : Heures réalisées par les Saad au domicile par activité (en % des heures réalisées au domicile)



5. Identification de besoins insuffisamment couverts dans le département du Loiret

5.1. L'enjeu de la prise en charge des troubles cognitifs et psychiatriques à domicile

L'enjeu de la prise en charge à domicile des troubles cognitifs et psychiatriques constitue une problématique récurrente, évoquée à plusieurs reprises lors des entretiens. Concernant ces cas complexes, le maintien à domicile pose parfois des difficultés, notamment en termes de formation et d'absence de relais pour les intervenantes. Certains troubles cognitifs et psychiatriques semblent dès lors supposer le recours à des établissements spécialisés. Mais la directrice adjointe d'un EHPAD situé dans le nord du département décrit des manques en la matière :

« Ce qui pose problème, c'est que les structures ne sont pas toujours adaptées. (...) Les troubles du comportement, les maladies d'Alzheimer avec de l'agressivité, on a souvent du mal à les gérer dans nos structures. Et il y a pas suffisamment de structures dans le coin pour accueillir ces populations. Malheureusement, ils sont refusés dans les EHPAD (...) du coup, ils restent à domicile avec des personnes qui ne sont pas formées et ça créé des tensions. ».

Dans le département, cinq Ssiad disposent de places ESA (Equipes spécialisées Alzheimer), pour un total de 90 places installées dans le Loiret. Les équipes ESA se constituent de professionnels formés à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés : psychomotriciens, ergothérapeutes, assistants de soins en gérontologie. Toutefois, plusieurs entretiens mettent en exergue la nécessité d'ouvrir des places supplémentaires afin de mieux couvrir les besoins dans le département. De plus, si la formation au diplôme d'aide-soignant comporte des enseignements dédiés aux situations de démences comme aux troubles associés à la maladie d'Alzheimer, les auxiliaires de vie et les aides à domicile en sont pour leur part souvent dépourvues. Elles doivent ainsi régulièrement se confronter à de telles expériences sur le tas, situations susceptibles d'engendrer des difficultés :

« Si ça se contente d'être une dégradation physique, ma foi, ça reste gérable, (mais) quand la personne n'habite plus la même planète que vous et moi, ça peut devenir vraiment compliqué ».

parce que là on prend d'autres risques. Une personne qui est complètement désorientée, ça nous inquiète tous. » (Entretien avec le responsable d'un Saad)

« La plus grosse difficulté que j'ai rencontrée, c'était un couple, on intervenait pour le monsieur, pour sa toilette, et ce monsieur avait des démences. Il pouvait être violent. (...) Un matin, j'arrive, et il a fait une crise. Et là on a dû s'enfermer dans la cuisine toutes les deux avec son épouse. On a dû appeler les pompiers. Ce jour-là, c'est vrai que j'ai eu un peu peur. Là il fallait gérer et tenir (...) Je me dis bon, si ça avait été une petite jeune de 20 ans, je sais pas comment elle aurait réagi. » (Entretien avec une auxiliaire de vie)

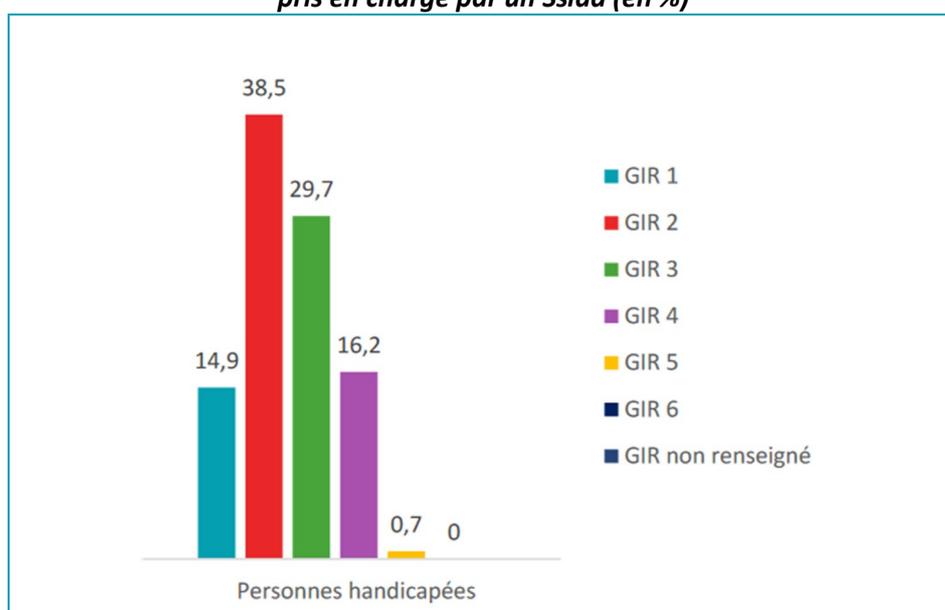
Quant aux pathologies psychiatriques, elles constituent un point de difficulté aussi bien pour les professionnelles des Saad que des Ssiad. Ces patients suscitent souvent des craintes, du fait d'un manque de connaissance de ces pathologies. Parfois démunies, les intervenantes peinent de surcroît à identifier des relais en la matière. En effet, le recours à des professionnels du champ psychiatrique semble extrêmement rare, voire inexistant pour plusieurs services : au moment de l'enquête quantitative, aucun Ssiad ne déclarait disposer de convention en cours avec le secteur psychiatrique.

5.2. L'enjeu de la prise en charge à domicile des personnes en situation de handicap

Comme souligné précédemment, l'offre de places en Ssiad dédiées aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques s'élevait en 2019 à 113 places dans le département du Loiret. Quinze services disposaient alors de places dédiées à ces publics, dont un accueillant exclusivement des patients en situation de handicap. L'étude met toutefois en exergue une insuffisante couverture des besoins en la matière.

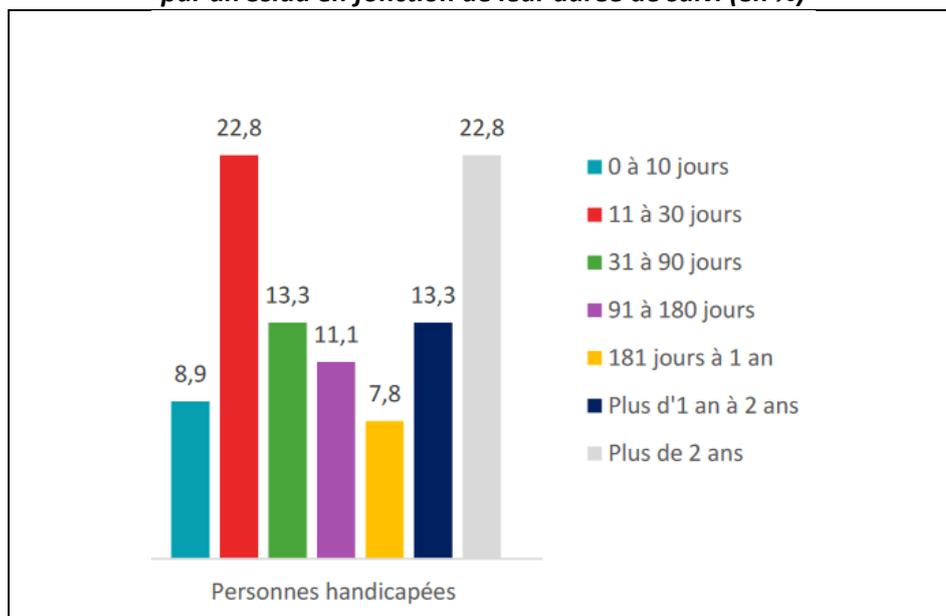
L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap nécessite à maints égards des prises en charge complexes. En effet, ces patients présentent un niveau de dépendance souvent important : plus d'un patient sur deux (58,4 %) présente un GIR 1 ou 2.

Figure 54 : Répartition selon le GIR des patients en situation de handicap pris en charge par un Ssiad (en %)



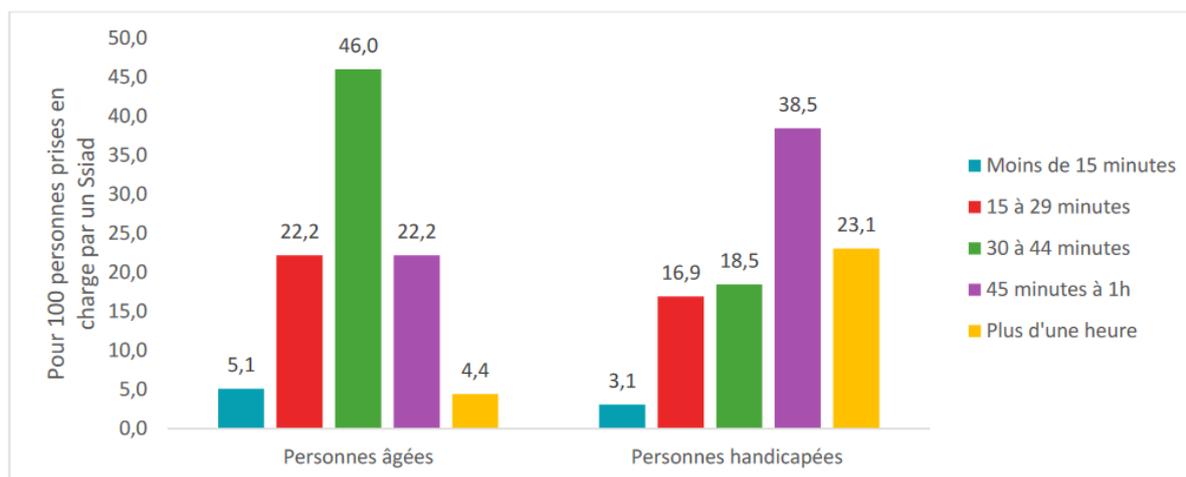
La prise en charge des patients en situation de handicap s'étend par ailleurs sur des durées parfois étendues : plus d'un an pour 36,6 % d'entre eux en 2019. Toutefois, 45,0 % de ces patients bénéficiaient dans le même temps d'un suivi de moins de trois mois.

Figure 55 : Répartition des patients en situation de handicap pris en charge par un Ssiad en fonction de leur durée de suivi (en %)



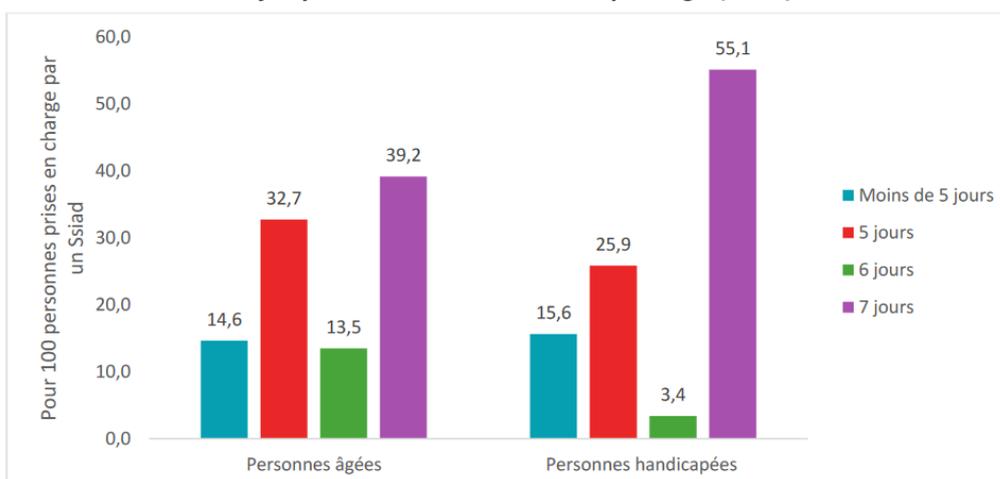
Les interventions auprès de ces patients nécessitent souvent des binômes de professionnels présents au domicile sur des durées plus longues que pour les personnes âgées. En effet, pour ces dernières, la durée moyenne d'une intervention est comprise entre 30 minutes et moins de 45 minutes quand chez les personnes en situation de handicap, 38,5 % des interventions s'étendent de 45 minutes à une heure, voire plus d'une heure pour 23,1 % de ces patients.

Figure 56 : Répartition des patients pris en charge par un Ssiad en fonction de la durée d'intervention (en %)



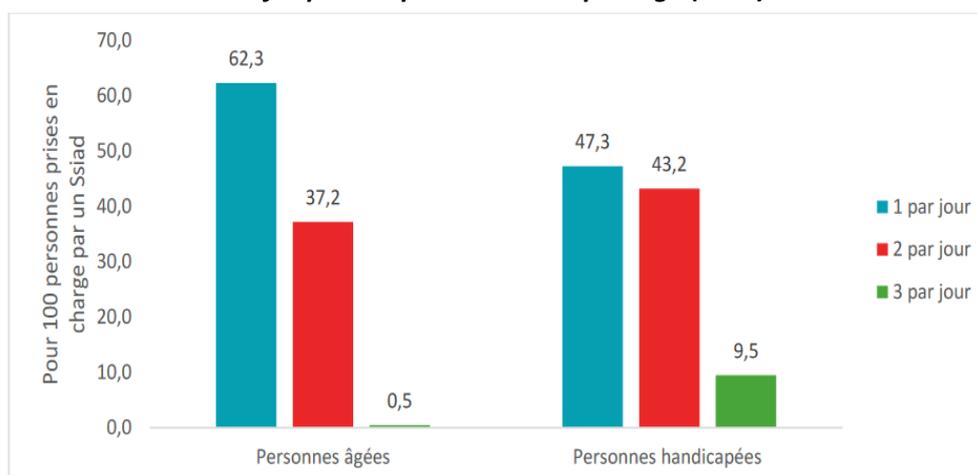
Chez les patients en situation de handicap, un passage au domicile 7 jours sur 7 est également majoritairement nécessaire (55,1 % des patients).

Figure 57 : Répartition des patients pris en charge par un Ssiad selon la fréquence hebdomadaire de passage (en %)



Une majorité de patients en situation de handicap bénéficie enfin d'interventions quotidiennes multiples : 2 passages par jour pour 43,2 % des patients, 3 fois pour 9,5 %.

Figure 58 : Répartition des patients pris en charge par un Ssiad selon la fréquence quotidienne de passage (en %)



L'on mesure dès lors la complexité accrue des prises en charge des patients en situation de handicap par les Ssiad comme par les Saad, car elles nécessitent globalement davantage de temps, de moyens humains comme de professionnels qualifiés. Des responsables de service témoignent :

« Sur notre secteur, on sait qu'il y a des réponses qui ne sont pas forcément apportées. (...) On a (eu) récemment une maman qui était en grosse difficulté avec un fils d'une trentaine d'années. On a dit : "On va essayer de faire". On a des auxiliaires qui auraient pu y aller mais c'est quasiment du matin, on va dire de 9h jusqu'à 17-18h, donc ça mobilise beaucoup de salariées (...) On n'a pas pu aller plus loin sur la prestation. C'est aujourd'hui une maman qui est démunie avec son fils (...) Je pense que l'accompagnement autour du handicap, c'est là où on pourrait réfléchir à se donner les moyens. » (Entretien avec le responsable d'un Saad).

« C'est compliqué parce que la problématique de la personne, c'est pas son âge, c'est son handicap. (...) Le frein qu'on peut avoir, c'est que ces personnes demandent beaucoup de

temps, une heure et demi de toilette à deux, que ce soit pour le bien-être de la personne qu'on accompagne, mais aussi pour le salarié. » (Entretien avec la responsable d'un Ssiad).

Dans le département, les placements sur liste d'attente des patients présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques est fréquent. Les délais d'attente avant l'entrée en Ssiad sont parfois longs pour ces patients, plus d'un mois dans certains cas, notamment autour d'Orléans et dans l'est du département. Par ailleurs, bien que le Loiret compte un service exclusivement dédié aux personnes en situation de handicap, ce service se trouve lui-même confronté aux listes et délais d'attente avant l'entrée en Ssiad.

Figure 59 : Délais d'attente avant l'entrée en Ssiad pour les personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques

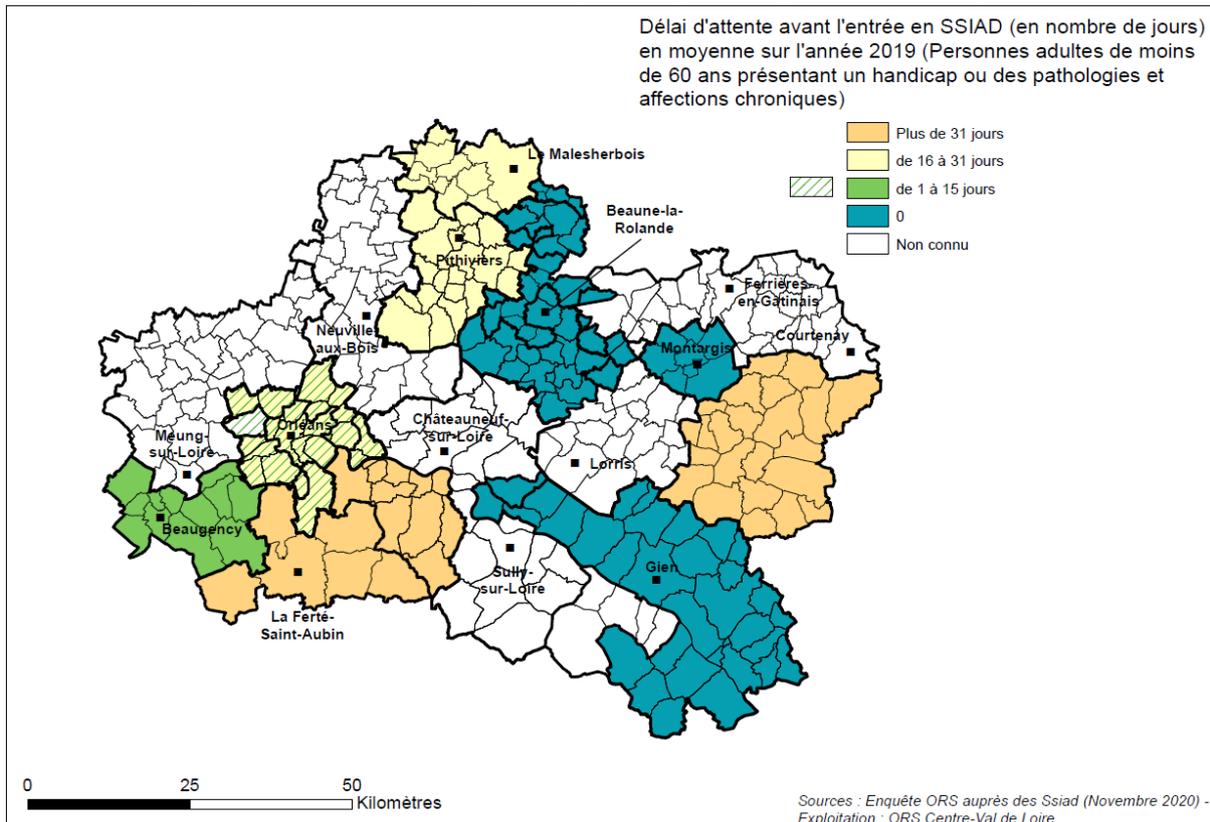
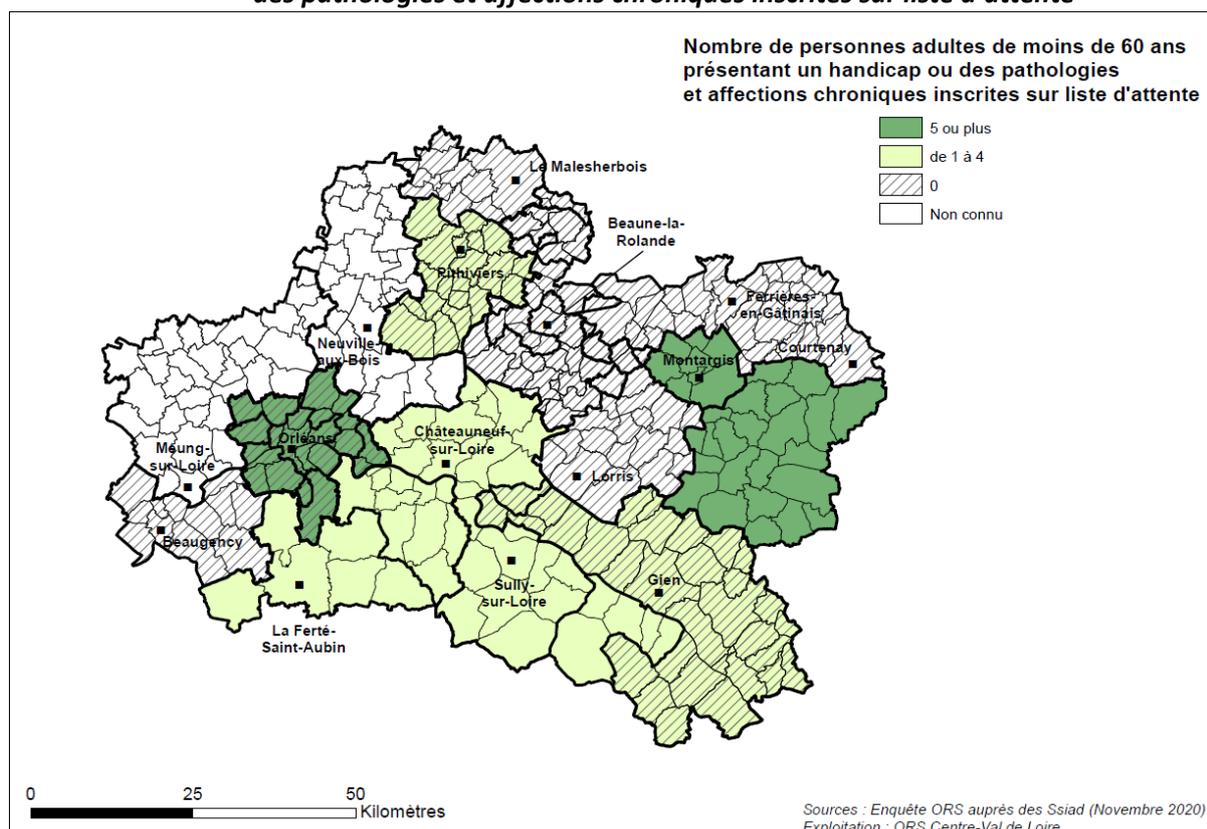


Figure 60 : Nombre de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques inscrites sur liste d'attente



Plusieurs Ssiad ne parviennent pas à répondre à l'ensemble des sollicitations de personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques, notamment dans la métropole d'Orléans ainsi que dans une partie nord et sud du département. En 2019, ces sollicitations sans réponse ont concerné 62 personnes au niveau départemental. Pareilles tensions sont également observables au niveau du taux d'occupation des places pour ces patients en Ssiad : si certains Ssiad n'interviennent auprès d'aucun patient présentant un handicap, le taux d'occupation s'élève à 100 % des places et plus en de nombreuses parties du territoire. Un responsable de Ssiad en témoigne :

« Ce qui est catastrophique, c'est pour les prises en charge handicap. Nous les prenons en charge relativement jeunes, ce ne sont pas des personnes âgées, avec des profils de 45-50 ans par exemple. Là il est évident qu'on s'inscrit sur des prises en charge qui peuvent s'étaler sur plusieurs années. Le fait que nous n'ayons que six places, là c'est très clair, je fais du 100 % sur des places handicap avec des listes d'attente qui sont très, très longues. »

Figure 61 : Nombre de sollicitations concernant des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies chroniques pour lesquelles le Ssiad n'a pu intervenir

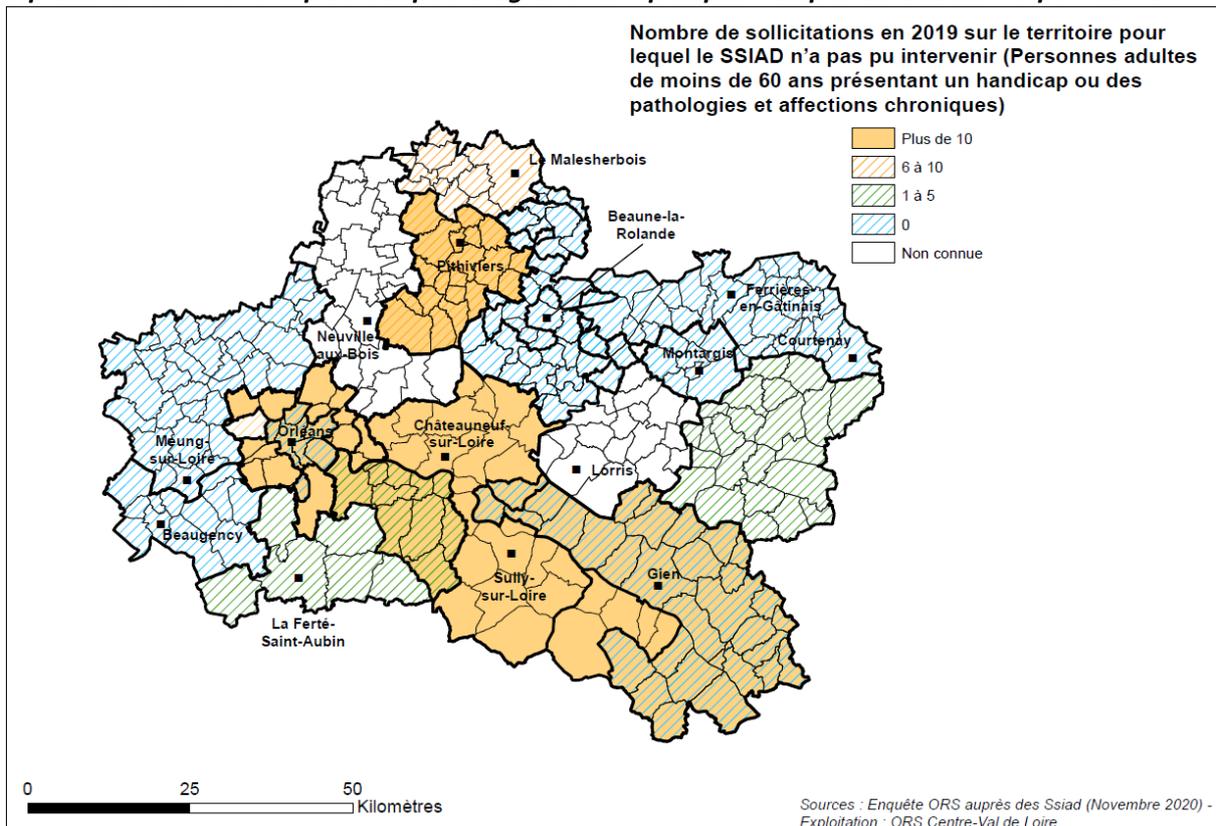
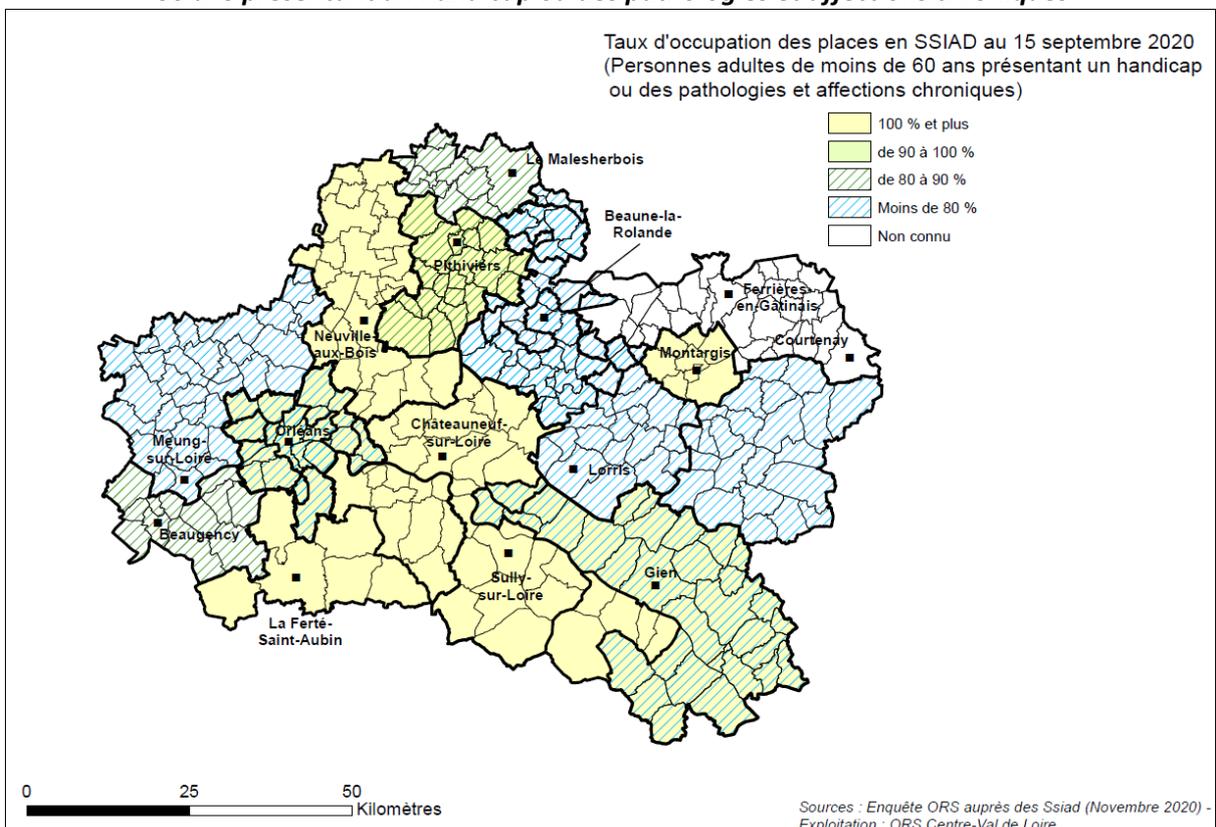


Figure 62 : Taux d'occupation des places en Ssiad dédiées aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques



5.3. L'absence de prise en charge nocturne des patients

10 Ssiad et 16 Saad ayant répondu au questionnaire déclarent pouvoir réaliser des interventions programmées les week-ends et en soirée. Toutefois, il n'existe aucune place de nuit dans le département. Questionnaire comme entretiens mettent en exergue des besoins en ce sens. Une responsable de Ssiad évoque cet enjeu :

« Le besoin spécifique que je vois, c'est la nuit. Les usagers, surtout les aidants, nous disent : "Mais moi je fais comment la nuit ?" (...) On serait dans une institution, on ferait un-deux changes la nuit. Mais là, du coup, on ne peut pas. »

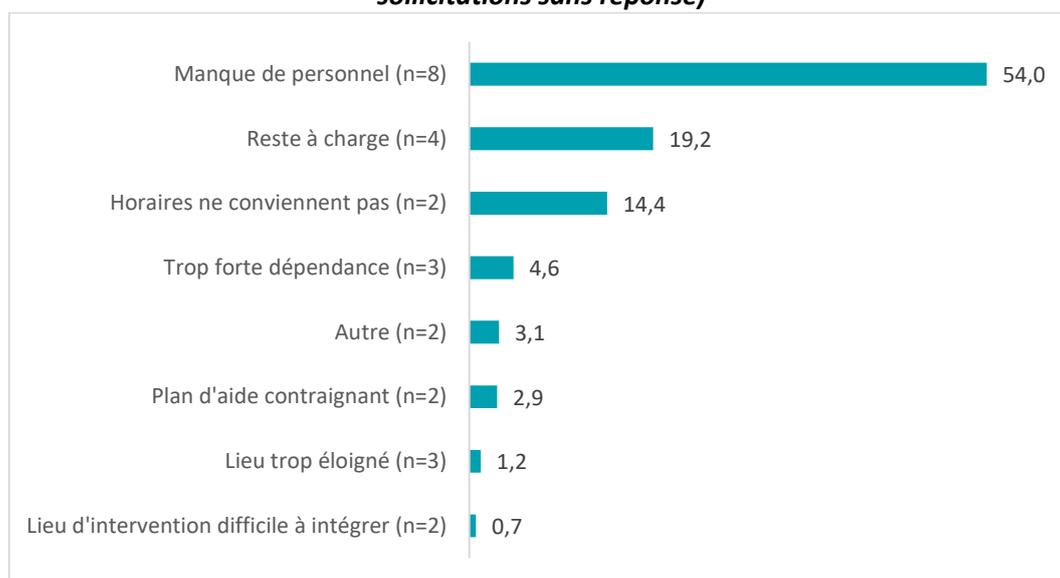
Dans certains cas, l'absence d'interventions nocturnes est susceptible de nuire à la continuité des soins des usagers. En effet, pour se dérouler dans les meilleures conditions, les sorties d'hospitalisation nécessitent parfois un passage nocturne pendant une période donnée. Les besoins d'une prise en charge la nuit peuvent plus généralement concerner des patients grabataires, atteints de douleurs, de maladies neurodégénératives ou psychiatriques avec troubles de l'endormissement.

Les conséquences des non-interventions nocturnes peuvent être de plusieurs ordres : en ne permettant pas de maintenir un rythme de vie cohérent avec les habitudes et/ou les besoins de la personne, elles sont susceptibles de renforcer l'isolement social, mais aussi d'engendrer des couchers trop précoces ou des levers trop tardifs générant des situations d'angoisse pour les patients comme pour leur famille. À terme, pareilles situations peuvent se répercuter de manière négative sur le sommeil et la santé de ces personnes. Elles engendrent également des recours nocturnes au SAMU, voire des hospitalisations potentiellement évitables.

5.4. Saad et restes à charge : un frein pour certains usagers

Lors de l'enquête quantitative, 17 Saad ont déclaré que 716 bénéficiaires n'avaient pu utiliser tout le plan d'aide auquel ils avaient pourtant droit en 2019. Par ailleurs, 12 services affirment n'avoir pu intervenir auprès de 400 sollicitations. Si les motifs de non-interventions varient, l'existence d'un reste à charge trop élevé arrive en deuxième position, derrière le manque de personnel disponible.

Figure 63 : Motifs de sollicitations sans réponse de la part d'un Saad (en % de l'ensemble des sollicitations sans réponse)



Plusieurs études pointent les effets négatifs du reste à charge sur la consommation des heures d'aide à domicile par les personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA⁹. Partielle, cette subvention laisse en effet à la charge des usagers un montant horaire variant selon plusieurs paramètres (revenus, tarifs de solvabilisation fixés par l'autorité publique locale, prix facturé par le prestataire). Or, des travaux concluent que plus le reste à charge augmente, plus le nombre d'heures utilisées diminue¹⁰. De fait, le département du Loiret n'échappe pas à la règle. Plusieurs interlocuteurs soulignent les impacts du reste à charge pour certains usagers des Saad :

« Dans certaines situations, le surplus à payer va impacter financièrement la personne. (...) Il y a des usagers qui préfèrent diminuer l'intervention parce que le surplus est très important. D'autres préfèrent même ne pas prendre de service à domicile parce que ça représente un budget trop important (...) Même si on a par exemple 2000 euros par mois, 600 euros qui partent pour l'aide à domicile, c'est pas évident. » (Entretien avec une professionnelle d'un CLIC)

« Quand vous touchez une petite retraite de 1 300 euros et que le Saad vient vous dire à la fin du mois : « Ça fait 280 ! » Ben dans votre budget, ça se voit. Et des petites retraites à moins de 1 300 euros, il y en a beaucoup. » (Entretien avec le responsable d'un Saad)

De fait, l'enjeu du reste à charge lors du recours à un Saad se traduit par des inégalités socioéconomiques : disposant de capacités financières leur permettant de supporter d'éventuels surcoûts, les catégories sociales les plus favorisées disposent d'un choix élargi quant à leur prise en charge. À l'inverse, des personnes sont conduites à répondre à d'autres stratégies :

- Certaines arbitrent sur leurs besoins afin de réduire les coûts de l'intervention d'une aide à domicile. Il s'agira de recourir à un nombre d'heures plus faible que celui défini au préalable en abaissant par exemple les prestations de ménage, de préparation des repas ou d'aide à la toilette. Des usagers demandent également de segmenter les prestations en les ramenant à la demi-heure, voire au quart d'heure, mais certains Saad refusant de tels compromis, des plans d'aide ne sont finalement pas mis en place :

« Nous, on est encore à découper les prestations à la demi-heure. (...) Économiquement, pour un Saad, c'est pas le top. (...) On est encore avec un passage d'un quart d'heure auprès de certains. Des fois on veut rester une demi-heure mais la personne nous dit : "Non non, maintenant vous partez !" Parce qu'elle se dit que si l'intervenante reste plus, la facture va augmenter à la fin du mois. » (Entretien avec le responsable d'un Saad associatif).

« Le secteur lucratif (...) ils ne vont pas intervenir chez une dame pour 30 minutes parce qu'on a besoin qu'on lui ferme ses volets, la coucher, etc. Eux, ils vont faire les interventions de 2h. (...) Les clients non solvables, tout ça, le lucratif ça ne les intéresse pas. C'est ça le risque, c'est qu'il y ait des non-interventions pour des questions financières, c'est vraiment un biais. » (Entretien avec un acteur associatif).

⁹ Lire notamment C. Bourreau-Dubois (et al), « Impact du reste à charge sur le volume d'heures d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA », Document de travail du Centre d'économie de la Sorbonne, 2014 ; A. Carrière, « Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? », *Regards*, 2020/1, n°57, pp. 127-139 ; M. Ramos-Gorand, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », *Les dossiers de la DREES*, n°10, décembre 2016

¹⁰ C. Bourreau-Dubois, *op. cit.*

- Certains repoussent l'intervention d'un Saad au risque d'une détérioration de leur état de santé et d'une hospitalisation précoce. Cette intervenante au sein d'un service social hospitalier témoigne de ces cas :

« Ca arrive très régulièrement que le reste à charge soit trop onéreux pour des patients. Je prends un exemple : un monsieur qui a besoin d'aide à la maison pour lui mais qui a sa femme en EHPAD. Et ben du coup, en général, il va attendre le dernier moment. C'est pour ça que nous, on va recevoir des gens dans un état vraiment dégradé et là on est dans l'urgence. »

Les entretiens ont également mis en exergue les conséquences du reste à charge au moment de certaines sorties d'hospitalisation. Face au coût trop élevé du recours à un Saad, il pourra s'agir d'orienter certains patients vers un Ssiad ou, à défaut, vers une structure de soins de suite et de réadaptation (SSR). En l'absence d'alternative, des patients retournent enfin à leur domicile sans prise en charge immédiate. Demeure alors l'appui des aidants.

5.5. Saad et interventions dans les zones rurales/isolées : des inégalités territoriales

Intervenir au domicile d'une personne résidant dans une commune éloignée coûte cher en transport, à moins de disposer de personnel sur place, véhiculé de surcroît, situation difficile en contexte de sous-effectifs. Un responsable de Saad résume ces enjeux dans le département du Loiret :

« Le recrutement, c'est difficile. Et quand vous travaillez dans le rural, en plus, il faut une bagnole, et tout le monde ne l'a pas ! A Gien, c'est une horreur. Montargis, c'est dur. Châteauneuf, c'est difficile et presque dur. Et Orléans, c'est dur mais on y arrive. »

Ces contraintes engendrent d'importantes conséquences en termes d'équité territoriale :

- Les Saad du lucratif ont tendance à cibler les territoires jugés rentables, les grandes agglomérations notamment, quitte à facturer les temps de trajet lors des interventions dans des zones plus lointaines. En conséquence, le reste à charge peut s'avérer significativement plus élevé selon le lieu de résidence, surtout pour les personnes très éloignées de la métropole orléanaise, territoire certes non exclusif mais privilégié du lucratif :

« Le secteur lucratif va se positionner sur des territoires lucratifs, sur l'agglomération, là où les populations ont le plus d'argent et là où il y a le moins de frais de déplacement. (...) Du lucratif, dans les fins fonds, vers Briare, il n'y en a pas ! Et le lucratif va facturer plus cher quand il va intervenir au fin fond de la pampa qu'en ville. » (Entretien avec un acteur associatif)

- Les Saad associatifs se caractérisent davantage par une volonté de limiter le reste à charge tout en pratiquant un même tarif pour tous les usagers. Conséquence : pour rester à l'équilibre, des services déclinent les interventions dans des zones jugées trop isolées. D'autres acteurs continuent d'intervenir dans l'ensemble du territoire mais se livrent à des arbitrages : la personne est aidée mais le nombre de passages est réduit par rapport au plan d'aide. Ici se trouve un facteur supplémentaire expliquant les décalages pouvant exister entre droits ouverts et droits effectivement consommés. Le responsable d'un Saad ainsi qu'une assistante sociale au sein d'un centre hospitalier témoignent de ces difficultés :

« Des zones non couvertes, non, je pense pas. Mais il y a des moments non couverts. Quelqu'un qui va demander 4 passages par semaine, ou même des choses simples (...) : 2 fois 2 heures de ménage par semaine. Et ben 2h vont facilement sauter parce qu'il y a quelqu'un, il faut qu'on l'aide à se lever, qu'on l'aide pour la toilette... » (Entretien avec le responsable d'un Saad)

« Là j'ai été très impressionnée (...), j'ai vécu un truc que j'avais jamais connu à l'hôpital : j'étais en charge d'une dame avec des moyens financiers énormes, donc elle pouvait payer qui elle voulait. Elle était en fait sur un secteur complètement isolé. J'ai même pas trouvé quelqu'un en CESU. La dame est sortie de l'hôpital, aucune solution pour mettre en place des aides. (...) J'ai passé une demi-journée avec le fils à chercher des solutions (...) Il a fini par regarder sur le Bon Coin, un truc effarant ! Ah, il y a vraiment des zones géographiques où c'est la catastrophe ! »
(Entretien avec une assistante sociale d'un centre hospitalier)

Si l'étude ne permet pas de décrire d'éventuelles « zones blanches. » dans lesquelles aucun Saad n'interviendrait, les acteurs pointent des inégalités importantes entre métropole orléanaise et territoire ruraux isolés où les interventions sont réduites. Giennois et Montargois ont notamment été évoqués dans l'étude qualitative.

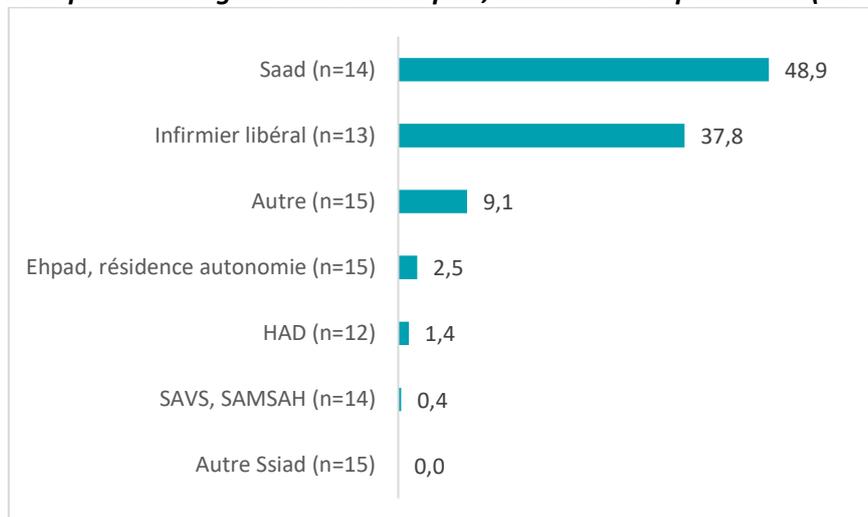
6. La coordination des Saad et des Ssiad avec les autres acteurs du soin : un enjeu majeur pour une prise en charge continue et de qualité

La démarche de l'accompagnement comme du maintien à domicile nécessite une complémentarité et une bonne coordination entre professionnels du soin comme de l'action sociale. Intervenant de proximité, Saad et Ssiad occupent un rôle important dans ce processus. Ils constituent des acteurs ressources, notamment en matière de prévention, d'alerte et de coordination. La responsable d'un Ssiad résume ainsi les enjeux de coordination :

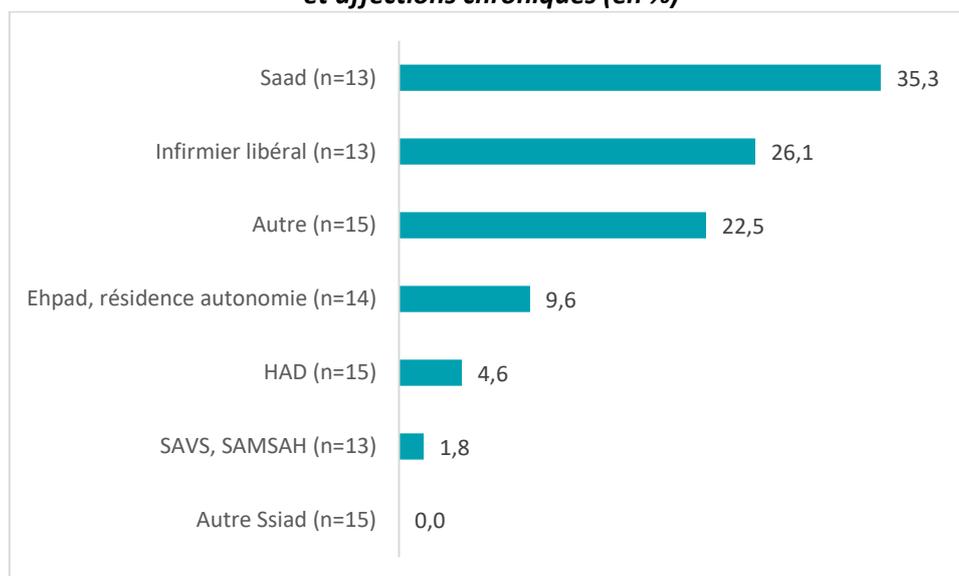
« On essaye de trouver une complémentarité. (...) Chacun dans nos compétences, l'infirmière libérale, l'aide à domicile, le kiné, les aides-soignantes, je me dis que le but pour nous, c'est de créer virtuellement une équipe pluridisciplinaire qui intervient à domicile et que le patient ne doit même pas se rendre compte qu'on est séparés en fait. Pour moi, on arrive à faire une prise en charge de qualité quand on arrive à faire ça. ».

En 2019, la plupart des accompagnements réalisés par les Ssiad du Loiret en partenariat avec d'autres acteurs étaient mis en œuvre avec un Saad, un infirmier libéral ou un autre partenaire. Les liens s'avèrent plus distendus avec les autres acteurs du soin que constituent les EHPAD/résidences autonomie, l'HAD, ainsi que les services types SAVS/SAMSAH. Quant aux accompagnements conjoints entre deux Ssiad, ils paraissent inexistant.

**Figure 64 : Coordination des accompagnements par les Ssiad
Pour personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes (en %)**



**Figure 65 : Coordination des accompagnements par les Ssiad
Pour personnes âgées de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies
et affections chroniques (en %)**



L'étude met globalement en exergue le caractère trop fragmenté du champ de l'aide et du soin à domicile. Saad et Ssiad y paraissent peu visibles, mal connus et dispersés. Les cloisonnements institutionnels entre les secteurs sanitaire, social et médico-social demeurent prégnants. Multidimensionnels, les problèmes à traiter supposent pourtant souvent des réponses globales et rapides aux besoins des usagers, impliquant de multiples compétences et formes d'accompagnement.

6.1. Saad et Ssiad : des liens fréquents et des acteurs complémentaires

Partout dans le département, les prises en charges conjointes Saad-Ssiad se multiplient, qu'il s'agisse des accompagnements dédiés aux personnes âgées comme à celles présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques. La complémentarité des professionnels est très fréquemment nécessaire et effectivement mise en place. Tous les SSIAD ayant répondu au questionnaire ont ainsi indiqué prendre en charge des patients faisant l'objet d'un accompagnement SAAD-SSIAD à une exception près (deux services n'ont, par ailleurs, pas répondu à la question). De même, tous les SSIAD déclarent travailler conjointement avec des SAAD, outre un service n'ayant pas répondu à la question.

Figure 66 : Nombre de personnes âgées ayant eu un accompagnement conjoint Saad-Ssiad

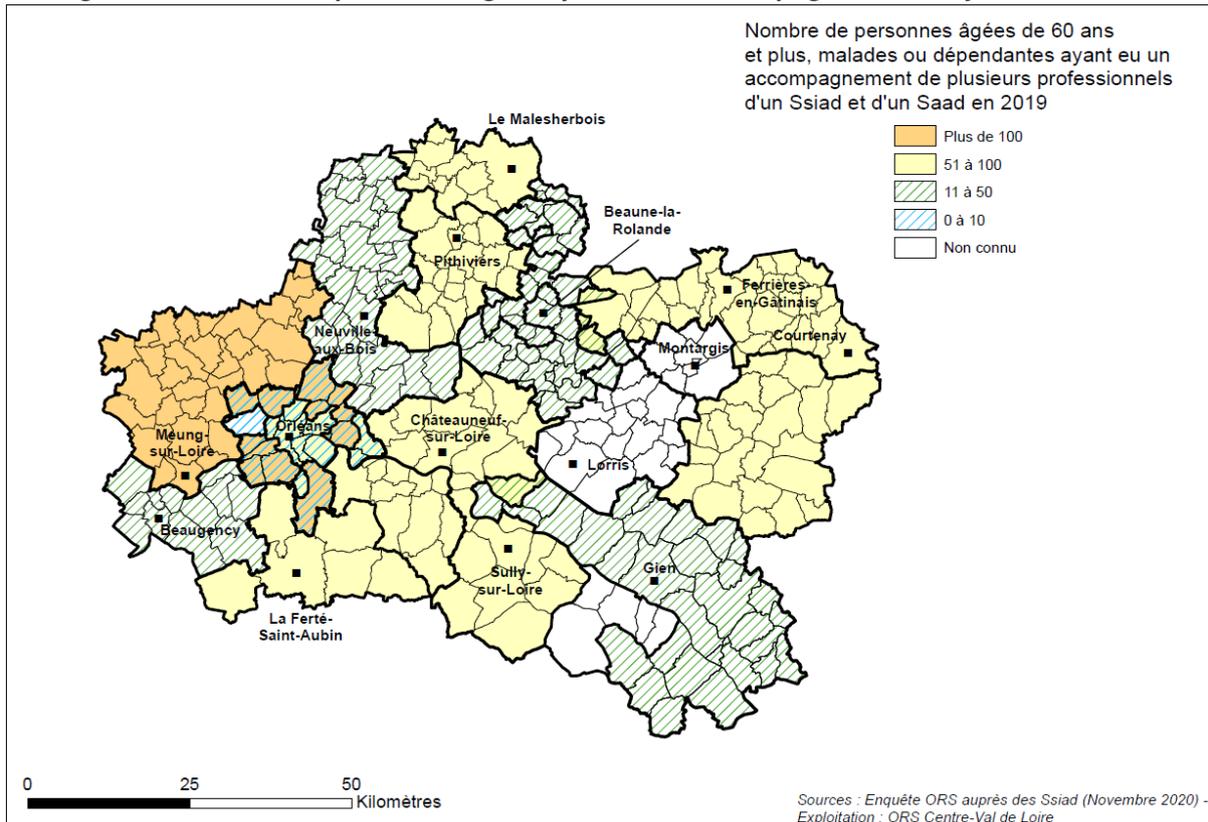
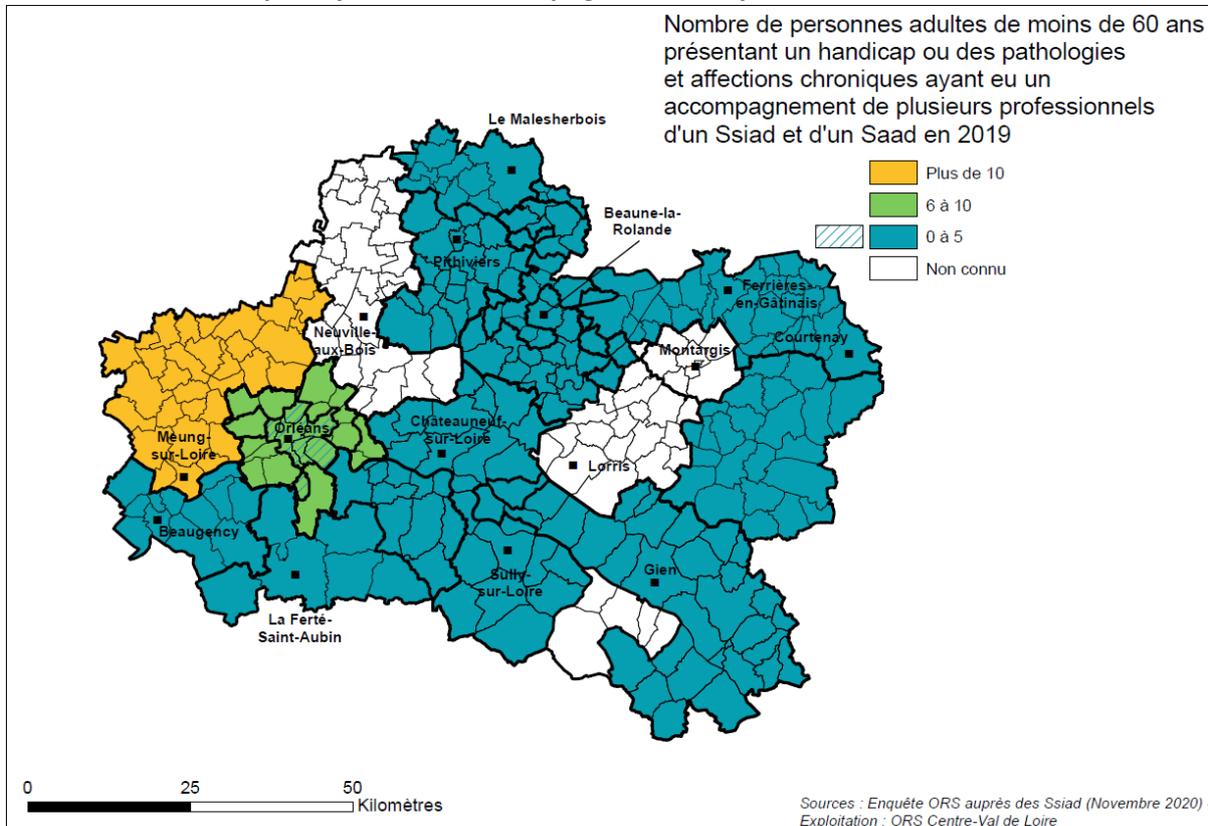


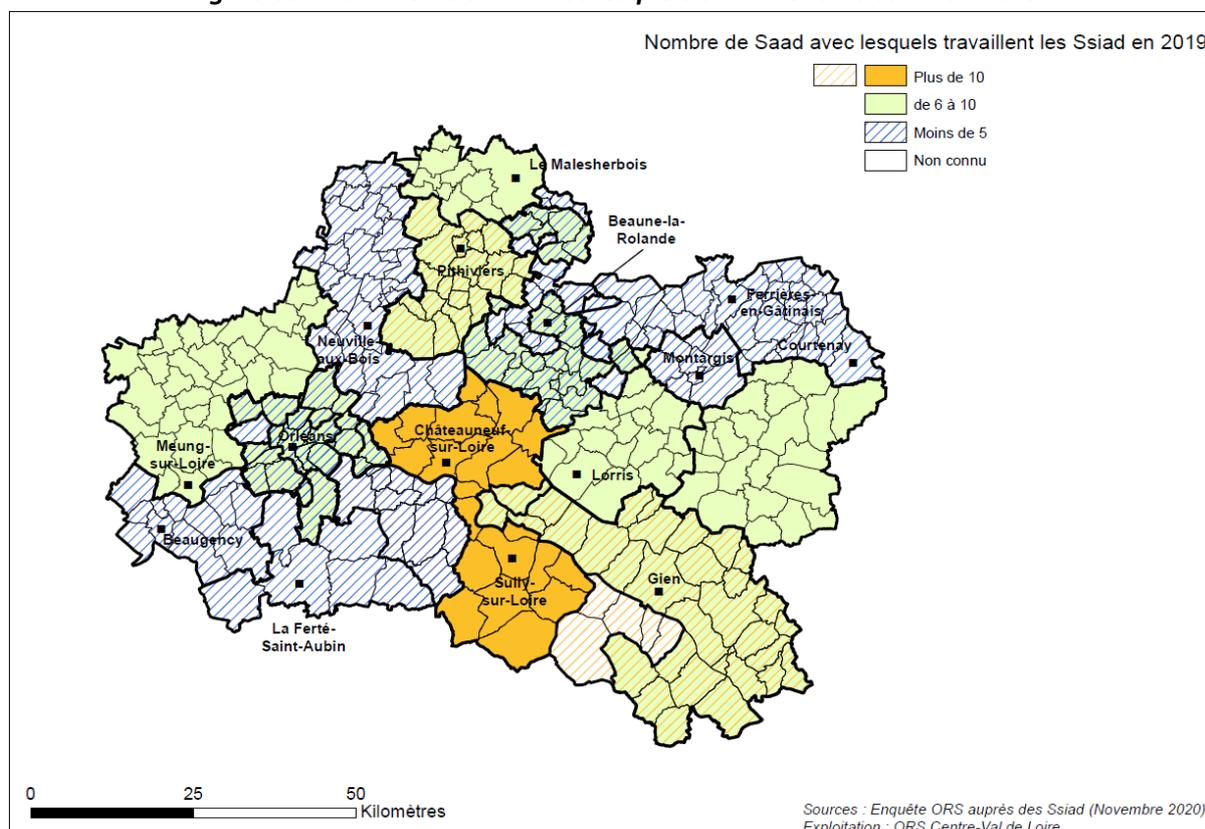
Figure 67 : Nombre de personnes présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques ayant eu un accompagnement conjoint Saad-Ssiad en 2019



Tous les acteurs interrogés insistent sur les bénéfices d’une bonne complémentarité entre Saad et Ssiad, aussi bien en termes de qualité de prise en charge que de soutien entre les services et les

intervenants. Fréquents, les liens entre structures s'appuient sur le volontarisme et l'interconnaissance nouée entre responsables de service.

Figure 68 : Nombre de Saad avec lesquels travaillent les Ssiad en 2019



Un constat émerge des entretiens semi-directifs : hors rapprochements formalisés entre structures, les liens entre services s'avèrent plus fluides et satisfaisants dans les territoires où l'interconnaissance est favorisée par la présence d'un nombre d'acteurs réduit (Beaune-la-Rolande ou Montargis par exemple). Une responsable de Ssiad témoigne :

« On travaille beaucoup en binômes avec les aides à domicile. Ils sont souvent en place avec nous parce que l'aide au ménage vient souvent avant la perte d'autonomie de la personne. (...) A la campagne, (on travaille) avec trois structures associatives. Avant le COVID, on organisait même des réunions par trimestre pour se rencontrer physiquement, pour échanger, avec les infirmiers libéraux, des Saad et des Ssiad. (...) Après c'est plus dur en ville parce qu'il y a une multitude de cabinets et il y a tellement de Saad qu'on en découvre tous les jours. »

Appréciées par les professionnelles, les interventions en complémentarité valorisent et enrichissent les pratiques des salariées. Une aide à domicile insiste sur la dimension qualitative des prises en charge conjointes avec les aides-soignantes :

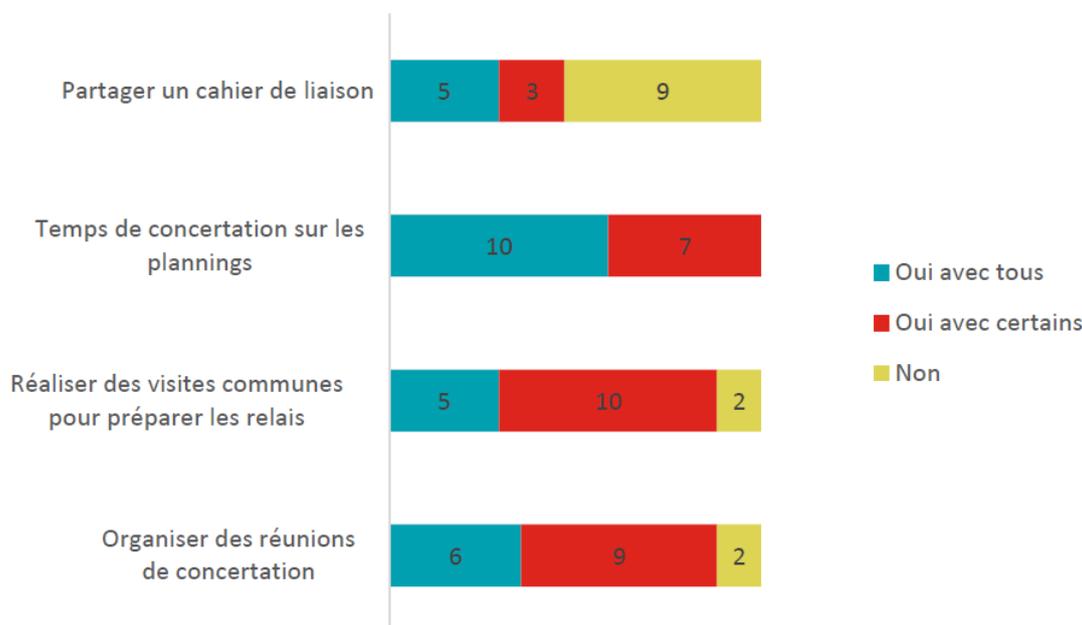
« Moi j'adore. J'aime parce qu'avec ces collègues, j'ai beaucoup appris au tout début, je les regardais faire et voilà. (...) Ça peut être un binôme où pendant que je tiens la patiente, l'aide-soignante va lui faire la toilette dans le dos. C'est plus confortable pour la patiente. J'appuie vraiment là-dessus en me disant que le bien-être de la personne en souffrance, ben deux c'est beaucoup mieux que seule quand vous la tenez d'une main et que vous la lavez de l'autre (...) J'ai fait remonter qu'on avait vraiment besoin d'être à deux (...) pour le confort du patient. C'est très important. »

A l'inverse, le principal écueil relevé lors des entretiens consiste à veiller au respect des tâches de chacun. En effet, dès lors que les prérogatives de chacun sont appropriées et respectées par l'ensemble des professionnels, que les risques de substitution entre acteurs médico-sociaux et paramédicaux s'effacent, la complémentarité entre Saad et Ssiad offre des prises en charge à l'efficacité reconnue et estimée.

Dans le département, les niveaux comme les pratiques de concertation varient selon les services :

- Organisation de réunions communes entre un Ssiad et un/des Saad partageant des zones d'intervention géographiques communes ;
- Échanges téléphoniques ou directement sur le terrain entre intervenantes ;
- Présence d'un carnet de liaison au domicile des patients ;
- Coordination entre services pour l'organisation de binômes, le partage d'emplois du temps, la mise en place de visites communes à domicile, les passages de relais entre services ;
- Gestion commune dans le cadre de structures portant conjointement un Saad et Ssiad. Cela concerne trois structures dans le département, ainsi qu'un Spasad. La gestion commune peut faciliter la coordination, la communication, les interventions comme les prises en charge communes de certains patients.

**Figure 69 : Modalités de coordination des Ssiad avec les Saad
(en nombre de Ssiad)**



15 Ssiad déclarent réaliser des visites communes avec les Saad pour préparer des relais quand tous affirment organiser des temps de concertation sur les plannings d'intervention afin de faciliter le travail en binôme ou d'aménager différents moments de présence en journée chez les bénéficiaires. 8 Ssiad partagent un carnet de liaison avec un ou plusieurs Saad tandis que 15 Ssiad organisent des réunions conjointes avec des Saad.

6.2. Saad-Ssiad et infirmiers : des acteurs complémentaires, des échanges parfois tendus

Comme précédemment souligné, deux Ssiad du département fonctionnent avec des infirmiers salariés en interne. Tous les autres services bénéficient de l'intervention d'infirmiers libéraux pour la réalisation des soins techniques. Quant aux intervenantes des Saad, elles croisent régulièrement les infirmiers sur le terrain, au domicile des personnes accompagnées.

Les entretiens mettent globalement en exergue un bon travail de collaboration entre Ssiad-Saad et infirmiers libéraux. Reconnue et appréciée, la complémentarité entre intervenants se traduit par diverses formes de coopérations, le plus souvent basées sur des initiatives locales : présence au domicile d'un carnet de liaison ; organisation de réunions multi-partenariales ; coordination des interventions dans les situations nécessitant des soins lourds ; rencontres périodiques portant sur les prises en charge conjointes ; participation de l'IDEC du Ssiad à la réunion d'équipe de cabinets infirmiers associés, etc.

La qualité de la coordination dépend de nombreux paramètres parmi lesquels le degré d'interconnaissance des acteurs ainsi que le nombre de cabinets infirmiers présents dans le secteur. Là encore, les échanges paraissent plus fluides dans les zones rurales alors que les liens semblent plus difficiles à construire dans la métropole orléanaise dominée par une multitude de cabinets infirmiers.

Par ailleurs, la naissance des Ssiad a historiquement suscité des craintes parmi les infirmiers libéraux, du fait de la prise en charge par ces nouveaux acteurs de soins d'hygiène jusqu'alors assurés par les IDEL. Désormais, les soins de *nursing* apparaissent effectivement souvent confiés aux Ssiad, voire au Saad, dans un contexte où les cabinets infirmiers tendent à décliner de telles interventions du fait de leur caractère chronophage et peu rentables. Toutefois, un sentiment de concurrence demeure parfois. Un certain nombre de freins et de tensions peuvent également affecter les relations entre Ssiad et infirmiers libéraux, à tel point que certains cabinets refusent de conventionner avec ces services :

- Parfois importante, la rotation des équipes parmi les infirmiers comme au sein des Ssiad nécessite une information, des échanges réguliers ;
- La présence d'infirmiers salariés au sein des Ssiad suscite parfois méfiance et sentiment de concurrence, les IDEL insistant notamment sur la liberté de choix du patient de son soignant ;
- L'enjeu du paiement des infirmiers par les Ssiad constitue un point de crispation important. En effet, directement rémunérés par le Ssiad avec lequel ils travaillent en convention, les infirmiers libéraux ne facturent alors pas leurs soins à la Caisse d'assurance maladie. Fonctionnant avec une enveloppe fermée, les infirmières coordinatrices des Ssiad considèrent dès lors de leur mission d'assurer le contrôle, voire justesse des actes facturés par les IDEL. Or, certains infirmiers libéraux n'apprécient guère cette validation systématique ni les négociations pouvant en découler. S'ajoutent des délais de paiement parfois longs, susceptibles de détériorer les relations. Deux infirmières libérales témoignent :

« Je dirais que le point négatif du Ssiad, c'est plutôt au niveau financier. Parce que leurs enveloppes pour les infirmières libérales sont quand même pas très élevées et que du coup, on a des soins qui ne sont pas payés à la juste valeur. (...) Ça crée quand même une petite tension de ce côté-là entre libéraux et Ssiad. ».

« Pour moi, il n'y a aucun avantage à travailler avec les Ssiad. Déjà, c'est une facture par mois et on est payées le mois d'après. (...) La coordinatrice du Ssiad ne pense qu'à son

budget. Ils nous ont carrément dit qu'on coûtait trop cher et on a été obligés de prendre en photo les soins qu'on faisait pour pouvoir justifier notre facturation ! Il n'y a pas de climat de confiance, c'est toujours l'aspect financier qui prévaut sur le reste. (...) Si on pouvait s'en passer, on ne travaillerait pas avec le Ssiad. On continue parce qu'on a des patients en commun et qu'on ne laisse pas tomber nos patients. »

- L'enjeu de la coordination autour des patients constitue un autre point de tension. Des infirmiers regrettent les difficultés à échanger avec les IDEC quand d'autres réclament une clarification quant aux prérogatives en matière de coordination. Une représentante de l'URPS-infirmier Centre-Val de Loire souligne ces difficultés tout en revendiquant le rôle de coordination porté par les IDEL :

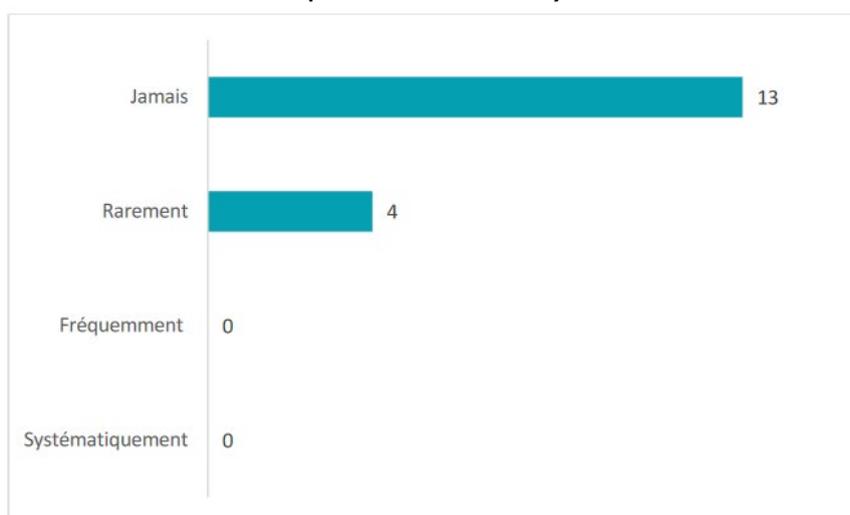
« La réalité, c'est que la coordination des soins, elle est faite par l'infirmier. (...) Le patient, c'est pas le Ssiad qu'il appelle le dimanche matin quand sa sonde urinaire est bouchée. Concrètement, qui fait le lien avec le pharmacien, le médecin traitant, la famille ? C'est l'infirmier libéral, parce qu'il est à domicile et voit comment ça se passe. (...) De toute façon, on gagnerait en clarification de qui fait quelle coordination. »

6.3. Saad-Ssiad et médecins traitants : des difficultés accentuées par le manque de médecins généralistes dans le département

Dans leur globalité, les entretiens soulignent une coordination entre Saad-Ssiad et médecins généralistes mise à mal par l'insuffisance, voire l'absence de médecins traitants pour certains usagers. Les échanges entre les services et les médecins traitants s'avèrent rares, voire inexistants.

À titre d'exemple, parmi les Ssiad interrogés, quatre déclarent rarement transmettre le projet personnalisé de prise en charge au médecin traitant. Pour les 13 services restants, ce projet n'est jamais transmis.

Figure 70 : Transmission par les Ssiad du projet personnalisé au médecin traitant (en nombre de Ssiad)



Dans les grandes agglomérations, les professionnels des Saad et des Ssiad interrogés décrivent des médecins généralistes débordés, n'ayant que rarement le temps de se déplacer au domicile des patients. Les interlocuteurs ont par ailleurs évoqué à plusieurs reprises des difficultés à obtenir des renouvellements d'ordonnances, faute de médecin disponible dans les temps.

Dans les zones rurales, l'insuffisance des médecins généralistes est décrite par certains professionnels comme « catastrophique ». Plusieurs intervenantes à domicile se déclarent démunies face à leur incapacité d'obtenir des relais en la matière, qu'il s'agisse de gestion de la douleur, de renouvellements d'ordonnance ou d'avis médicaux. Une aide-soignante intervenant dans le Montargois décrit ces difficultés :

« Les médecins traitants, c'est très compliqué. Je vais vous dire, là il y a une vraie rupture à domicile. (...) On a des patients qui n'ont pas de renouvellement d'ordonnance pour des traitements qui sont indispensables, des traitements de prise en charge de la douleur. Pour moi c'est inhumain, je vous le dis vraiment. Nous, on a des traitements de morphine qui arrivent à la fin, (...) les gens souffrent et on nous dit : "On n'a pas de solution, donc c'est l'hôpital". »

L'absence de relais vers les médecins généralistes conduisent à plusieurs stratégies de la part des intervenantes à domicile :

- Une multiplication des recours aux infirmiers libéraux faute de médecin disponible ;
- Des sollicitations au SAMU pour avis médical ;
- Des recours aux urgences et des hospitalisations par défaut, aux potentielles répercussions négatives sur l'état de santé des patients :

« Moi je me sens vraiment en difficulté par rapport à ça, de proposer la solution de l'hôpital qui n'en est pas une. Parce que je pense, moi, en tant que soignante, qu'envoyer quelqu'un à l'hôpital pour un renouvellement de traitement, c'est aggraver son état de santé, c'est passer 3h sur un brancard, c'est psychologiquement, pour les personnes qui ont des démences, quelque chose qui est insupportable. (...) Mais aujourd'hui on est dans une impasse. » (Entretien avec une aide-soignante intervenant dans une zone rurale)

6.4. Ssiad-Saad et HAD : des prises en charge conjointes rares mais appréciées

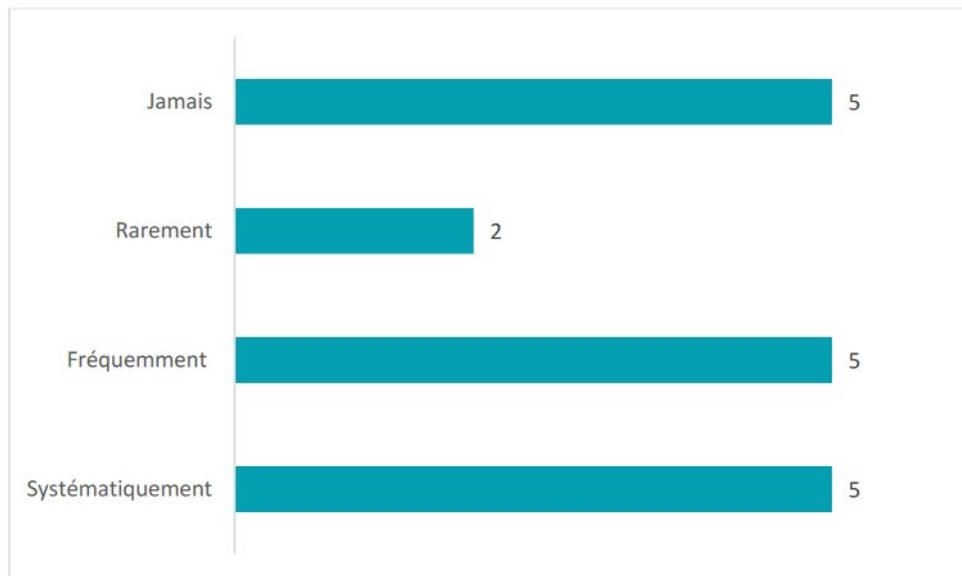
Depuis 2018, Ssiad et HAD sont autorisés à intervenir de manière conjointe auprès d'un même patient. Auparavant, ces prises en charge communes étaient impossibles. Les acteurs interrogés soulignent les avantages de ces accompagnements conjoints. Ceux-ci permettent en effet d'éviter les ruptures dans les parcours des patients en fluidifiant le passage vers l'hospitalisation à domicile en maintenant le lien avec les aides-soignantes qui les accompagnaient au préalable. Une professionnelle de HAD ainsi qu'une aide-soignante témoignent :

« On a des prises en soin partagées (...) par exemple sur un patient qui a une antibiothérapie et un nursing qui s'alourdit. (...) Personnellement, j'apprécie vraiment quand on peut travailler conjointement parce que le Ssiad souvent connaît bien la famille. »

« La prise en charge conjointe avec l'HAD (...) on en est très contents parce que ça permet à l'HAD d'apporter toute la partie thérapeutique sur une fin de vie et nous de garder tous les soins d'hygiène et de confort où les gens ont le contact avec nous, sont en confiance avec nous, donc ça c'est très bien. »

La majorité des Ssiad ayant répondu au questionnaire (n=16) déclare disposer d'une convention utilisée systématiquement dès que besoin avec l'HAD. Par ailleurs, des réunions de passage de relais avec les équipes de l'HAD sont organisées dans la majorité des cas (respectivement n=5 fréquemment et systématiquement). Pour 5 Ssiad, de telles réunions ne sont jamais organisées.

Figure 71 : Réunions de passage de relais avec l'HAD (en nombre de Ssiad)



De manière générale, la coordination avec les Ssiad comme avec les Saad est appréciée par l'HAD car elle permet d'offrir une prise en charge enrichie par l'implication d'intervenantes qui disposent d'une bonne connaissance des patients et de leur famille. Toutefois, les entretiens mettent en exergue la persistance de difficultés à nouer connaissance et à se coordonner. Les principales raisons invoquées sont celles d'un manque de temps, d'une connaissance encore partielle des prérogatives de chacun, d'un cloisonnement entre services demeurant globalement trop présent. Ssiad et HAD regrettent aussi parfois mutuellement un manque de relais susceptible d'emboliser les services et d'engendrer des ruptures dans les parcours des patients. Il semble de fait que les profils et les besoins des patients relevant de l'HAD ou du Ssiad méritent d'être précisés tout en faisant l'objet d'une concertation entre les services.

6.5. Saad-Ssiad et centres hospitaliers : l'enjeu majeur des sorties d'hospitalisation

La prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation constitue un enjeu majeur qui, selon les interlocuteurs, concerne l'ensemble du département. Souvent non anticipées, les sorties d'hospitalisation se font dans l'urgence. Or, faute de planification des retours à domicile, Saad et Ssiad ne sont pas toujours en mesure d'être réactifs. Le responsable d'un Ssiad évoque ces difficultés :

« Des fois, il y a un retour d'hospitalisation dans la nuit. Là, on va devoir réagir rapidement pour mettre en place les aides supplémentaires parce que souvent, le patient rentre bien pire qu'il est parti. (...) Ou alors sortie d'hospitalisation un vendredi après-midi alors que le week-end il n'y avait pas d'aide mise en place. C'est des retours à domicile qui sont inopinés et qui entraînent des difficultés par la suite, c'est-à-dire qu'il ne va pas y avoir de continuité à ce moment-là, ce qui fait qu'il va y avoir une dégradation supplémentaire de l'état de santé, ce qui fait qu'on va avoir une autre hospitalisation derrière. »

Les intervenantes de services sociaux de centres hospitaliers interrogées évoquent de fréquents refus voire des ruptures de prises en charge par les Ssiad lorsque des patients sortent d'hospitalisation, faute de personnel suffisant ou parce que les soins sont jugés trop lourds et/ou trop onéreux. Les Ssiad sont en effet confrontés à un manque de places chronique en raison d'un faible taux de rotation des patients et d'un besoin de temps pour organiser la prise en charge d'un nouvel usager.

Afin d'évaluer la rotation, il est proposé de calculer un taux de rotation en rapportant le nombre d'entrées au nombre de sorties. Ainsi, plus le taux de rotation est élevé, plus le renouvellement de la population prise en charge est « rapide. ». Le *turn-over* varie de 0,35, soit 4 entrées pour 10 places, à 3,08, soit 6 entrées pour deux places. En 2019, 10 Ssiad se caractérisent par un taux de rotation supérieur à 1. Ces services ont eu plus d'entrées que de places autorisées.

Figure 72 : Taux de rotation des Ssiad en 2019 (personnes âgées)

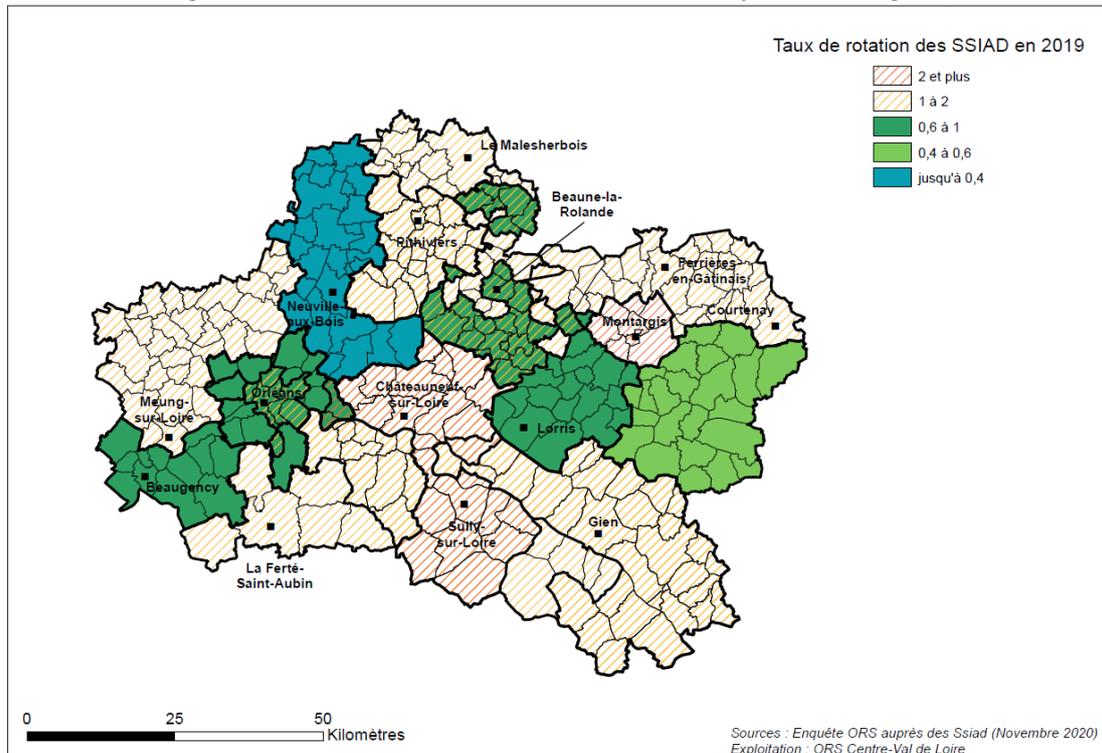
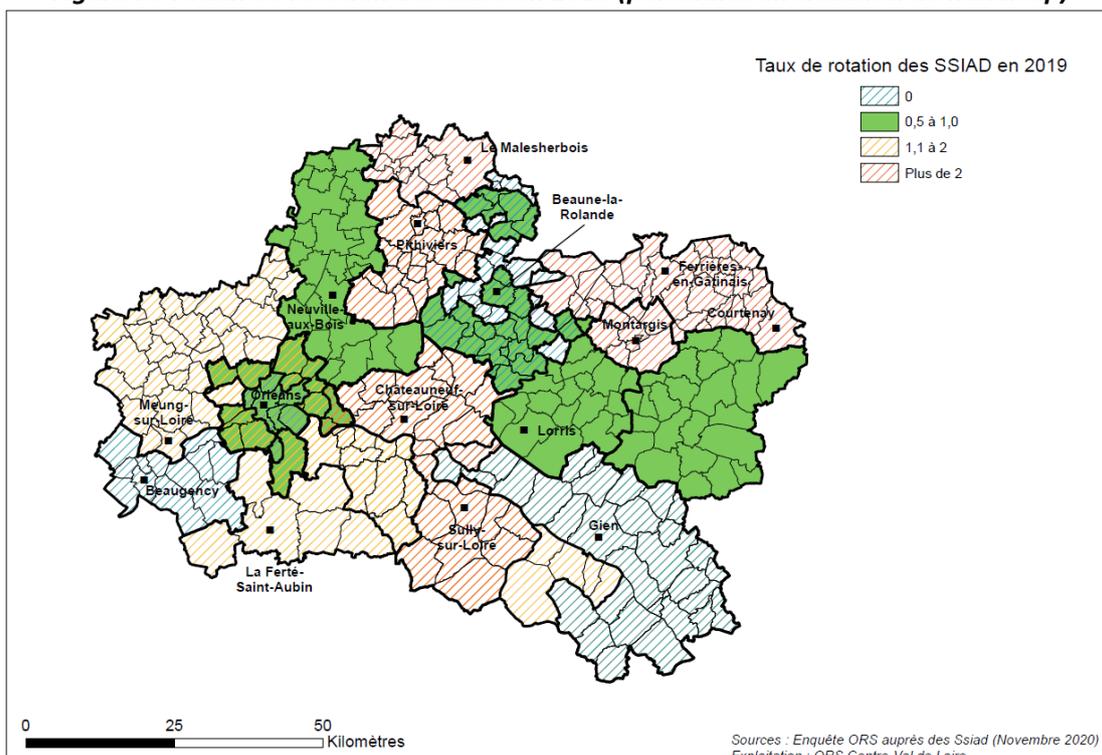


Figure 73 : Taux de rotation des Ssiad en 2019 (personnes en situation de handicap)



Les entretiens avec des assistantes sociales de centres hospitaliers pointent par ailleurs des refus d'intervention de plus en plus fréquents de la part des Saad, du fait des manques d'effectifs d'aides à domicile, notamment pour les patients résidant dans des communes isolées. L'orientation des patients s'avère alors difficile, comme le souligne une assistante sociale interrogée :

« On a un gros rôle nous, à l'hôpital, de médiation, tant avec les patients qu'avec l'extérieur. Donc on va essayer d'avoir le langage le plus adapté possible pour faire comprendre au Ssiad qu'on est pris entre deux feux, que notre seul objectif c'est la sortie du patient. (...) C'est pas rare que dans des situations ce soit inextricable et qu'on arrive sur des demandes de SSR. Ce qui pour l'hôpital est un échec parce que quand le patient relève d'une prise en charge à domicile, qu'on va bloquer une place de SSR, ben c'est dommage hein. ».

L'orientation des patients refusés par les Ssiad s'avère souvent difficile : des places en SSR ou une HAD peuvent parfois être mobilisées. Dans d'autres cas, la sortie d'hospitalisation donne finalement lieu à une orientation en EHPAD par défaut. Il s'agit encore parfois de solliciter l'ultime relais disponible : les infirmiers libéraux. Deux professionnelles témoignent :

« Si c'est ni le Ssiad, ni l'aide à domicile, (...) il y a encore quelques rares infirmières avec qui on arrive à négocier qu'elles passent pour la toilette. Après il faut être clair, elles acceptent au début le temps de faire leur patientèle. Une fois qu'elles ont leur patientèle hein... Là j'ai eu deux situations en hôpital de jour vraiment très critiques où j'arrive à négocier, quand je sais que le Ssiad intervient dans moins de deux semaines, à ce que l'infirmière libérale puisse pallier, mais c'est pas normal parce que sa charge de travail lui permet pas d'assumer ça. » (Entretien avec une assistante sociale dans un CH).

« On y va, parce que c'est notre job. Nous on est le tampon entre les hôpitaux et les Ssiad, on absorbe le choc et puis on fait avec parce qu'on n'a pas le choix, on est coincées. On tamponne entre les structures, on est au milieu. » (Entretien avec une infirmière libérale)

Les entretiens mettent enfin en exergue des situations lors desquelles les patients rentrent à domicile, soutenus par des aidants, sans prise en charge de la part de professionnels, en attendant de pouvoir mobiliser un Saad ou un Ssiad.

6.6. Saad-Ssiad et EHPAD : des acteurs souvent cloisonnés malgré quelques démarches de rapprochement

Les liens entre Saad-Ssiad et EHPAD sont peu nombreux sur le territoire même si des initiatives de coopération existent, malheureusement souvent mises à mal par le contexte épidémique de COVID-19. Les pratiques de rapprochement se traduisent par exemple par l'organisation de réunions communes afin d'échanger et de faciliter les passages de relais mutuels entre Saad-Ssiad et établissement. Il arrive aussi que le Ssiad mette en place une visite de l'EHPAD pour le patient et sa famille. L'objectif de telles pratiques vise globalement à faire découvrir l'EHPAD au patient afin de démythifier et de préparer son entrée en établissement. Par ailleurs, une des fonctions des Ssiad consistant à garantir la continuité du parcours de leurs usagers, il semble *a priori* naturel que les services s'appliquent à faciliter la communication avec les EHPAD. Les acteurs regrettent toutefois souvent le manque de temps comme de personnel disponible qui leur permettraient d'assurer ces missions de manière pleinement satisfaisante. Une responsable de service Ssiad témoigne :

« Avec l'EHPAD de (...), on est dans les locaux, donc forcément, on a directement l'assistante sociale qui gère les entrées-sorties, donc là ça va. (...) Ils nous ont souvent proposé de participer à leurs réunions de staff le jeudi pour les sorties temporaires, pour voir si on pouvait prendre

en charge après, ou pour des sorties programmées. (...) C'est vraiment intéressant de pouvoir anticiper. On favorise la prise en charge. C'est quand même mieux et dommage qu'on ne puisse pas le faire pour tout le monde. »

Dans ce cas comme dans d'autres, le volontarisme comme le degré d'interconnaissance noué entre les acteurs favorisent les liens entre Saad-Ssiad et EHPAD. Il semble là encore que de telles relations soient facilitées dans les territoires ruraux, où le nombre de services et d'établissements est plus réduit. A défaut, les services signalent occuper auprès de leurs usagers un rôle d'information et de conseil afin de faciliter la transition vers un établissement. Les entretiens qualitatifs mettent en tout cas globalement en exergue un intérêt des acteurs pour des démarches de rapprochement jugées utiles à plusieurs égards : il s'agirait de fluidifier les parcours des usagers mais aussi de rompre l'isolement des intervenantes à domicile en intensifiant les échanges et les temps communs avec les professionnels des EHPAD :

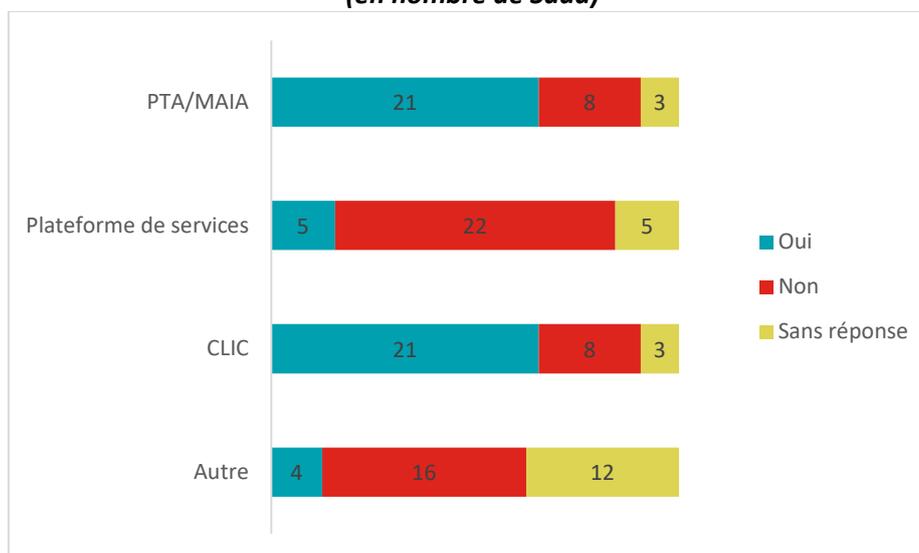
« Ce que j'aurais voulu mettre en place, ça aurait été que des patients du Ssiad puissent participer à des animations des EHPAD. (...) Aller prendre un repas à l'EHPAD, une animation, ça permet de se rendre compte qu'à l'EHPAD il y a de la vie, etc. Pour que demain, si ce n'est plus possible au domicile et qu'il faut aller à l'EHPAD, la personne connaît déjà. » (Entretien avec la responsable d'un service Ssiad)

« Un partenariat avec des maisons de retraite, (...) ça pourrait être très intéressant pour un personnel comme le nôtre qui pourrait avoir une relation d'échange avec d'autres collègues dans une autre structure. (...) Ça pourrait donner un souffle à une activité plutôt solitaire quoi, (...) permettre d'échanger sur des pratiques. » (Entretien avec la responsable d'un service Saad)

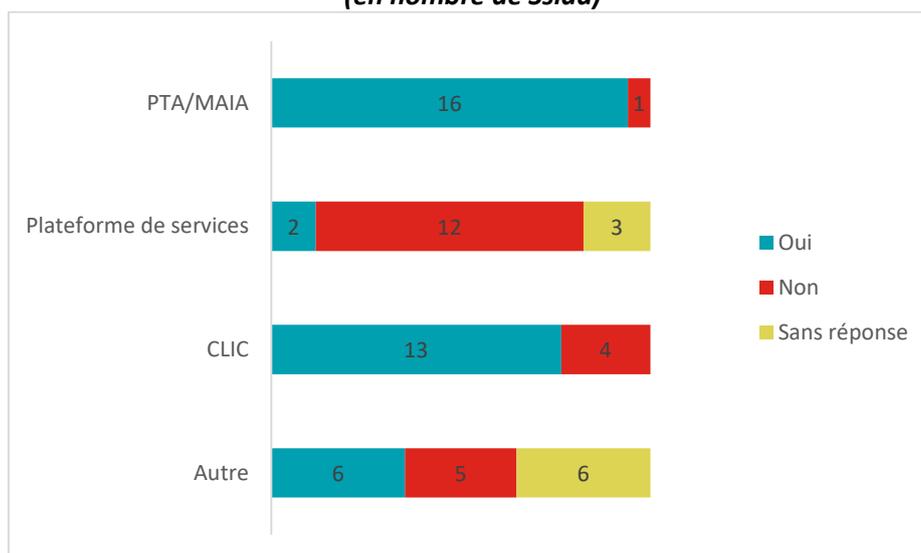
6.7. Saad-Ssiad et dispositifs de coordination des acteurs du soin et du maintien à domicile

En 2019, Saad et Ssiad ont participé aux instances de coordination des acteurs du soin et du maintien à domicile. 21 Saad et 16 Ssiad ont ainsi indiqué avoir participé à la plateforme territoriale d'appui (PTA) et/ou à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). 21 Saad et 13 Ssiad ont également entretenu des liens avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Figure 74 : Participation des Saad aux instances de coordination (en nombre de Saad)



**Figure 75 : Participation des Ssiad aux instances de coordination
(en nombre de Ssiad)**



Les entretiens qualitatifs font ressortir de manière générale la satisfaction des professionnels quant à l'utilité de dispositifs tels que les CLIC ou la MAIA. La PTA semble moins connue de certains professionnels, plusieurs responsables de service Saad-Ssiad reconnaissant ne pas connaître ce dispositif.

L'organisation par les CLIC de réunions régulières visant à présenter services et dispositifs tout en invitant l'ensemble des professionnels impliqués est appréciée par plusieurs interlocuteurs. Les liens entre Saad-Ssiad et CLIC sont par ailleurs d'autant plus fréquents que certains services partagent des locaux proches voire semblables. L'appui de la MAIA soulève également plusieurs éléments de satisfaction de la part des professionnels :

- Un rôle de tiers jugé précieux entre les Saad-Ssiad et les patients et/ou leur famille en cas de tensions ou de divergences ;
- Une capacité appréciée à interpellier et coordonner les partenaires utiles lors de situations complexes, aussi bien sur le versant sanitaire que social ;
- Des initiatives bénéfiques visant à provoquer des rencontres entre professionnels et à élaborer des outils facilitant la communication entre domicile et hôpital. Des intervenantes de terrain ont souligné pour leur part l'aspect positif de la création des « fiches MAIA. ». Présentes au domicile des personnes accompagnées, ces fiches fournissent des indications sur le patient comme sur les différents partenaires impliqués à ses côtés : médecins, aidants, Saad, Ssiad, infirmiers libéraux, etc.

De manière générale, les acteurs interrogés s'inquiètent toutefois des conséquences de l'épidémie de COVID-19 sur l'avenir des dispositifs de coordination à moyen/long terme : celle-ci a ralenti voire mis un coup d'arrêt aux échanges comme aux réunions entre professionnels.

L'installation prochaine du Dispositif d'appui à la coordination (DAC) suscite globalement des attentes et des interrogations. Les entretiens mettent notamment en exergue l'importance d'améliorer la lisibilité comme la connaissance des acteurs et dispositifs sanitaires et sociaux existants. Des questionnements voire des craintes sont par ailleurs formulés quant à la place octroyée au versant social dans le futur dispositif. Ce responsable de service Saad-Ssiad l'exprime ainsi :

« Est-ce que la MAIA aura toujours la même marge de manœuvre ? Parce qu'autant ils sont en partenariat pour tout ce qui sanitaire, mais ils font aussi un gros boulot sur le versant social. On est tous un peu dubitatifs de savoir est-ce que c'est pas le sanitaire qui va prendre le dessus sur les décisions d'accompagnement en disant : "c'est du droit commun, on va pas se substituer à d'autres services" (...) On a fait il y a quelques semaines une réunion de présentation du dispositif (...) et on est pas tous ressortis convaincus que le dispositif MAIA qui existe sur le territoire depuis 10 ans reste avec cette même philosophie. »

PARTIE 3. SYNTHÈSE ET PRÉCONISATIONS

La synthèse et les préconisations présentées dans cette partie découlent de l'analyse de l'ensemble des éléments recueillis au cours de cette étude : enquête quantitative auprès des Saad et des Ssiad du département du Loiret, entretiens semi-directifs auprès d'une variété d'acteurs départementaux du maintien à domicile, démarche de recherche bibliographique visant à enrichir les constats locaux et à élargir l'identification de leviers efficaces et pertinents.

Cette étude apporte un éclairage sur le fonctionnement des Saad et des Ssiad dans le département du Loiret en termes d'activités, de ressources humaines, de coordination avec les acteurs du maintien à domicile. Toutefois, la mise en œuvre des préconisations qui suivent peut tour à tour relever du niveau départemental et national. En effet, au-delà des spécificités observées dans le département du Loiret, nombre de constats et de problématiques identifiées au niveau local se retrouvent à maints égards dans les enquêtes au niveau national.

1. Pistes d'amélioration en termes de valorisation des métiers de l'aide et du soin à domicile

Un des enjeux majeurs relevés par l'étude réside dans l'insuffisance d'effectifs d'intervenantes au sein des services.

Les difficultés de recrutement sont constantes et les métiers de l'aide, du soin, de l'accompagnement à domicile apparaissent peu attractifs. Plusieurs facteurs influent sur ce défaut d'attractivité : des rémunérations faibles et des conditions de travail dégradées, un isolement des intervenantes sur le terrain, des perspectives d'évolution de carrière et de formation limitées, une méconnaissance générale et une dévalorisation des métiers, etc.

Faible attractivité des métiers et manques d'effectifs engendrent des conséquences sur la qualité des prises en charge, notamment en termes de rotation des équipes à domicile, mais aussi sur les risques auxquels peuvent s'exposer intervenantes et personnes accompagnées (fatigue des professionnelles, fort taux d'arrêts et d'accident du travail, gestes complexes accomplis par des salariées parfois peu formées et faiblement qualifiées).

Les responsables de services Saad-Ssiad considèrent nécessaire une revalorisation des métiers de l'aide et du soin à domicile. Les recruteurs témoignent notamment de leur quasi-absence de leviers de fidélisation salariale face à des conditions de travail, d'emploi et de rémunération dégradées conduisant jeunes diplômés et personnels qualifiés à opter pour l'exercice au sein d'établissements plutôt qu'à domicile. Plusieurs pistes peuvent être envisagées :

- Procéder à une revalorisation salariale des métiers. En effet, les salaires des aides-soignantes sont globalement plus élevés au sein des établissements de type EHPAD et seulement 43 % des aides à domicile accèdent à une rémunération supérieure au SMIC¹¹. Une revalorisation salariale des intervenantes des Saad et des Ssiad est d'ores-et-déjà annoncée par les pouvoirs publics : étendu par un arrêté du 16 février 2021, l'avenant 44 de la convention de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile porte la valeur du point à

¹¹ Chiffres émanant du ministère de la Solidarité et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/avenant-43-vers-une-hausse-historique-des-salaires-des-aides-a-domicile>

5,50 € contre 5,38 € auparavant. Surtout, l'avenant 43, dont l'application devrait être effective le 1^{er} octobre 2021, se traduit par une refonte complète de la grille conventionnelle qui entraînera une augmentation salariale à hauteur de 13% à 15% pour les salariés des Saad et des Ssiad.

- Accompagner le développement d'une vision plus positive des métiers de l'aide et du soin à domicile auprès des usagers, des intervenantes des services comme des partenaires. L'accent devrait être porté sur le rôle majeur joué par les Saad et les Ssiad au sein du système de santé en réaffirmant l'action essentielle d'intervenants qui permettent à ceux qui y aspirent de vieillir plus longtemps chez eux, à domicile. À l'aune des besoins de recrutement et de l'image dégradée caractérisant encore ces métiers, plusieurs démarches pourraient être mises en œuvre :
 - Les métiers de l'aide et du soin à domicile pourraient faire l'objet d'une campagne de communication auprès du grand public ;
 - Cette démarche de communication pourrait s'étendre aux écoles d'aides-soignantes ainsi qu'aux formations ouvrant aux métiers de l'aide à domicile afin de valoriser ceux-ci et de mieux renseigner les futur-e-s intervenant-e-s ;
 - Valoriser et faire connaître ces métiers auprès des autres partenaires du système de santé en favorisant les rencontres entre professionnels, lors de modules de formation communs par exemple, ou encore d'échanges autour de sujets transversaux faisant appel au croisement des expertises de chacun ;
 - Mieux reconnaître la polyvalence des auxiliaires de vie en révisant si besoin leur référentiel métier : reconnaissance de l'ensemble des soins de *nursing* qu'elles sont amenées à réaliser sur le terrain.
- Soutenir l'amélioration des conditions de travail des intervenantes : diminution des tournées, créations d'équipes du matin et du soir, respect des temps de pause et des coupures, transparence et reconnaissance accrues des temps de déplacement dans la rémunération (pour les Saad en particulier), suppression des temps partiels subis, pratique de concertation plus aboutie avec les intervenantes concernant prise de congés et modulation de leur temps de travail.
- Rompre l'isolement des intervenantes sur le terrain en renforçant la cohésion d'équipe et en encourageant les temps d'échange, de rencontre, de soutien entre professionnels.
- Favoriser la formation d'équipes interdisciplinaires au sein des Saad et des Ssiad afin d'améliorer la prise en charge des personnes accompagnées tout en offrant un appui précieux aux intervenantes. Les priorités formulées par les professionnels des Saad et des Ssiad portent notamment sur la possibilité d'enrichir les équipes par le recrutement d'ergothérapeutes et d'assistantes sociales qui pourraient éventuellement être mutualisés entre plusieurs services. Ces professionnels permettraient par exemple de former les intervenantes aux bons gestes et à l'usage du matériel tout en fournissant conseils et accompagnement social aux personnes accompagnées qui le souhaitent et/ou le nécessitent.
- Accompagner les attentes de formation et de professionnalisation des intervenantes. Revalorisation salariale et amélioration des conditions de travail devraient s'accompagner d'une intense politique de formation afin de soutenir les attentes de professionnalisation des

intervenantes. Cet accroissement des opportunités de se former permettra de mieux répondre à l'évolution des besoins des personnes âgées demeurant à domicile en élevant les niveaux de qualification et de compétences des intervenantes. Le développement de l'accès à une offre de formation enrichie renforcera par ailleurs l'attractivité des métiers de l'aide et du soin à domicile en favorisant les passerelles et en améliorant les perspectives de carrière comme d'évolution professionnelle des intervenantes qui le souhaitent.

2. Pistes d'amélioration en termes d'évolution de la tarification des Saad-Ssiad afin d'assurer une égalité d'accès aux services dans le Loiret

Le mode de tarification des Saad et des Ssiad constitue une problématique relevée par la majorité des acteurs interrogés. Ceux-ci pointent un mode de tarification de moins en moins adapté, notamment en raison de l'évolution du niveau de dépendance et des pathologies des patients.

Concernant les Ssiad, les contraintes budgétaires entraînent des conséquences importantes : prise en charge de moins de patients, placements sur listes d'attentes, sollicitations demeurant sans réponse, notamment lorsque les besoins en soins infirmiers sont importants. Les acteurs pointent globalement une tendance des Ssiad à opérer une « sélection. » de leurs patients selon leur pathologie et leur niveau de dépendance pour préserver leur équilibre financier.

Marqué par une concurrence entre services, le modèle économique des Saad se caractérise également par sa fragilité. Confrontés aux fluctuations d'activité comme aux contraintes tarifaires, certaines structures n'atteignent pas la taille critique pour faire face aux coûts de fonctionnement. La fragilité du modèle financier des Saad engendre des situations d'inégalité pour les personnes accompagnées : reste à charge prohibitif pour certains usagers, refus de certains services d'assurer des interventions jugées insuffisamment rentables du fait d'une durée jugée trop courte ou d'une zone géographique trop lointaine.

Pour maintenir l'équilibre de leur budget, répondre à leurs difficultés financières récurrentes ainsi qu'aux sollicitations de l'ensemble des usagers, Saad et Ssiad expriment plusieurs pistes :

- Réviser le mode de tarification des Ssiad afin qu'il prenne mieux en compte la complexité des prises en charge à apporter selon les pathologies et le niveau de dépendance des patients. Il s'agirait notamment de reconnaître dans la tarification des services la nécessité des interventions en binômes ainsi que celle des passages quotidiens multiples au domicile de certains patients.
- Réviser le mode de financement des Saad en augmentant le tarif horaire de l'APA et en versant une contribution aux services afin de financer les frais de transport et les temps de coordination entre équipes. Ce financement complémentaire pourrait être attribué sur la base d'objectifs portant sur le profil des personnes accompagnées, sur les caractéristiques du territoire couvert ainsi que sur l'amplitude d'intervention. Cela permettrait de réduire le reste à charge tout en soutenant des offres de Saad financièrement et géographiquement accessibles et égales pour tous les publics.

3. Proposer une offre élargie de services pour répondre aux besoins restant à couvrir dans le territoire

3.1. Proposer une offre de Ssiad renforcés et/ou de transi-Ssiad

Les acteurs de l'aide et du soin à domicile observent globalement une évolution des besoins des patients nécessitant une adaptation des prises en charge à laquelle les Ssiad ne sont pas toujours en mesure de répondre. Par exemple, certains patients présentant des besoins infirmiers importants se voient refuser un accompagnement auquel ils auraient pourtant droit. Fortement dépendants, d'autres usagers relèvent d'une prise en charge Ssiad mais leurs sollicitations demeurent sans réponse faute de places ou de moyens d'accompagnement suffisants (augmentation du nombre de passages quotidiens et interventions simultanées de deux professionnelles à domicile impossibles).

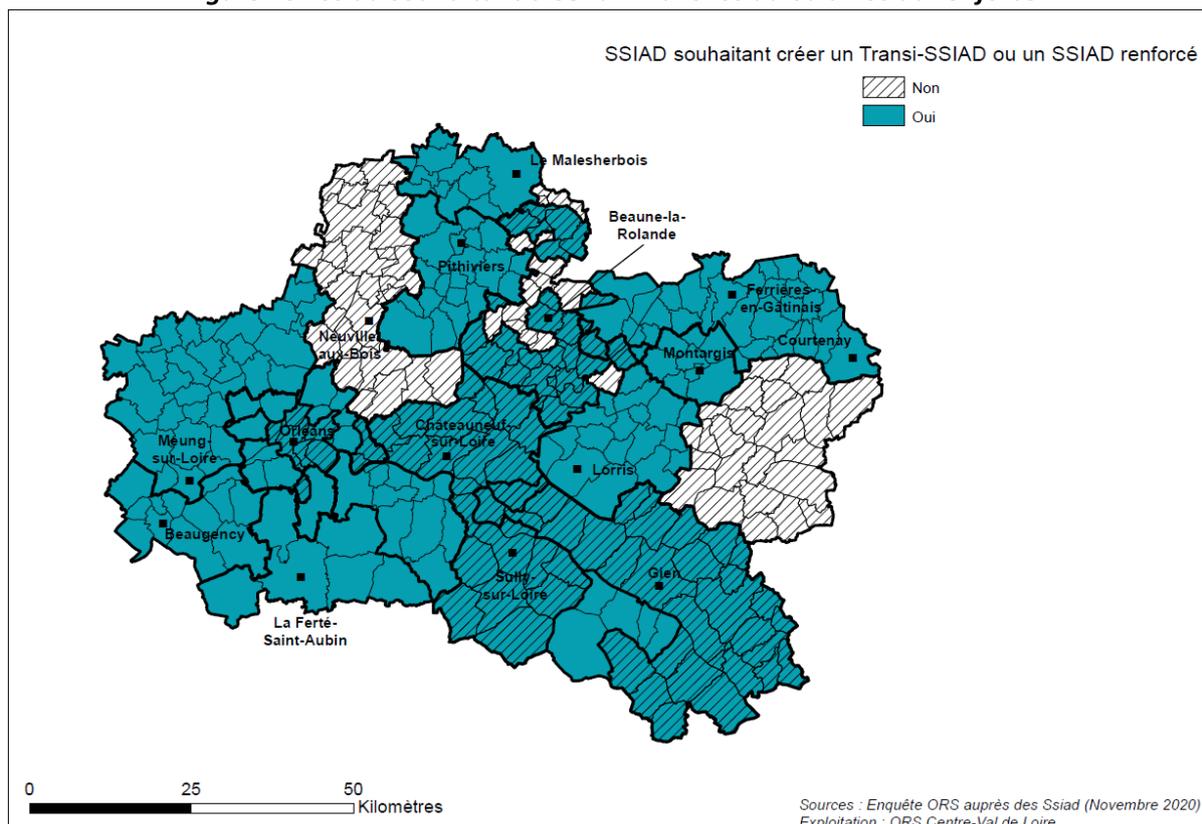
Des situations de rupture dans les parcours des patients sont par ailleurs identifiées par les acteurs lors des sorties d'hospitalisation. Non anticipées, celles-ci se déroulent en effet souvent dans l'urgence. Or, les Ssiad ne parviennent pas toujours à être suffisamment réactifs. Il arrive aussi régulièrement que les services refusent d'accompagner le retour à domicile de patients qui nécessitent de lourds soins infirmiers.

Porteuses de ruptures, de telles situations posent la question de l'orientation des patients « refusés ». En effet, l'état de santé de ceux-ci n'est souvent pas jugé assez lourd pour relever d'une HAD. Il arrive dès lors que ces patients soient orientés vers un établissement hospitalier, un Saad, un infirmier libéral, voire un EHPAD par défaut. Dans d'autres cas, la prise en charge revient à l'aidant, faute de relais approprié.

Pour répondre à de tels écueils, deux pistes peuvent être formulées : le développement d'une offre de Ssiad renforcés et/ou de transi-Ssiad dans le département du Loiret.

Parmi les Ssiad ayant répondu au questionnaire, onze se déclarent désireux de créer un Transi-Ssiad ou un Ssiad renforcé. Il apparaît par ailleurs qu'une telle aspiration concerne des services distribués sur le quasi-ensemble du territoire du Loiret.

Figure 76 : Ssiad souhaitant créer un Transi-Ssiad ou un Ssiad renforcé

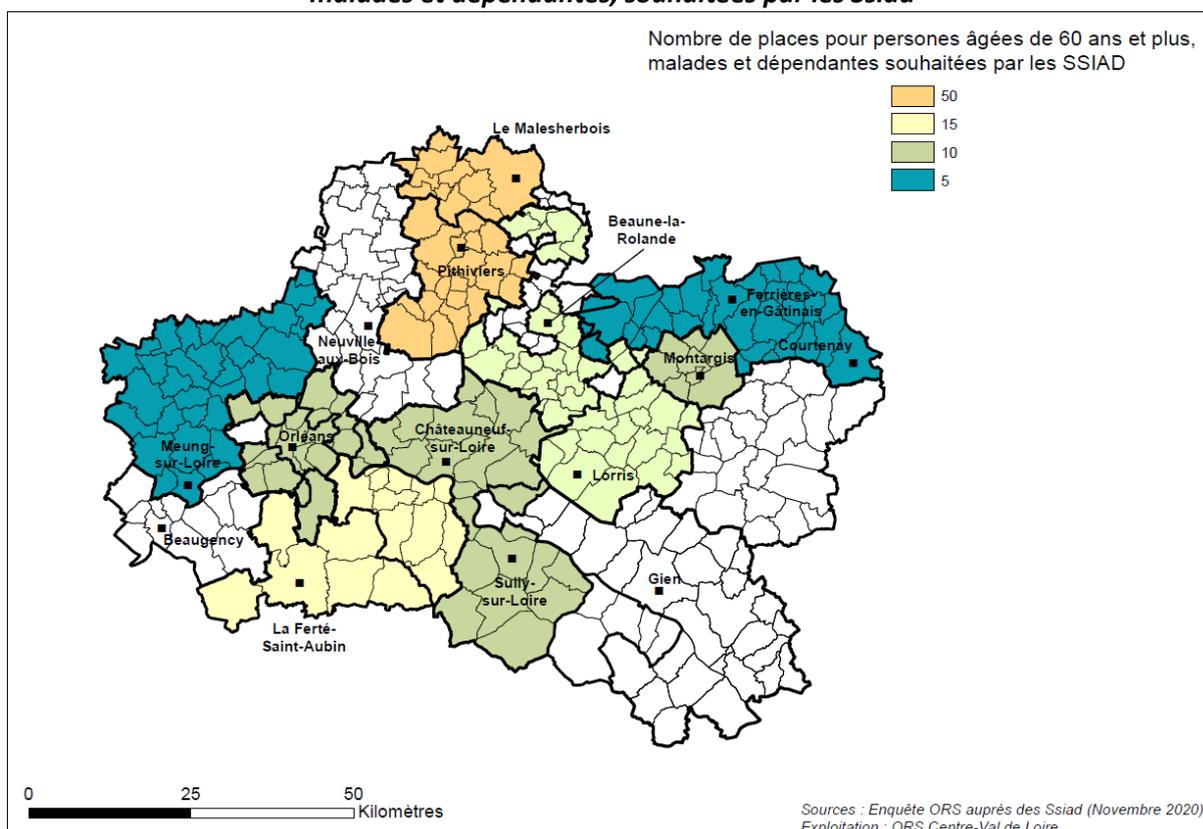


- Développer une offre de Ssiad renforcés dans le département du Loiret. L'objectif général de ces dispositifs consiste à permettre la prise en charge des patients fortement dépendants relevant des Ssiad, ainsi que de faciliter les sorties d'hospitalisation. Les Ssiad renforcés fournissent des soins techniques accrus et coordonnés auprès de personnes présentant des pathologies et des soins lourds. Constitués d'une équipe pluridisciplinaire fournissant soins et accompagnement social, ces dispositifs facilitent la mise en place d'interventions quotidiennes plus fréquentes et plus importantes en durée ainsi que les passages en binômes lorsque cela s'avère nécessaire.
- Ouvrir des places de Transi-Ssiad dans le département du Loiret. Ces places de transition, éventuellement mutualisées entre plusieurs services, pourraient permettre de répondre plus efficacement aux sorties d'hospitalisation et donc de prévenir les ruptures dans les parcours des patients. En effet, le dispositif Transi-Ssiad vise spécifiquement à accompagner le retour à domicile suite à une hospitalisation ou une situation d'urgence : le service doit admettre tout patient dans un délai de 48h afin de lui permettre de retrouver son domicile et de lui éviter une entrée en établissement sanitaire. Le dispositif Transi-Ssiad s'engage ensuite à réaliser une évaluation des besoins de la personne dans un délai de 45 jours afin de lui proposer le relais le plus approprié : Ssiad, Saad, infirmier libéral, retour à l'autonomie...

3.2. Ouvrir des places supplémentaires en Ssiad, notamment pour les personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies chroniques

Une majorité de Ssiad souhaite une augmentation de ses capacités d'accueil (n=10) pour personnes âgées de 60 ans et plus, malades et dépendantes. L'augmentation à laquelle les services aspirent est variable : 5 places pour 2 Ssiad, 10 places pour 4 Ssiad, 15 places pour 1 Ssiad, 50 places pour 1 Ssiad.

Figure 77 : Nombre de places supplémentaires pour personnes âgées de 60 ans et plus, malades et dépendantes, souhaitées par les Ssiad



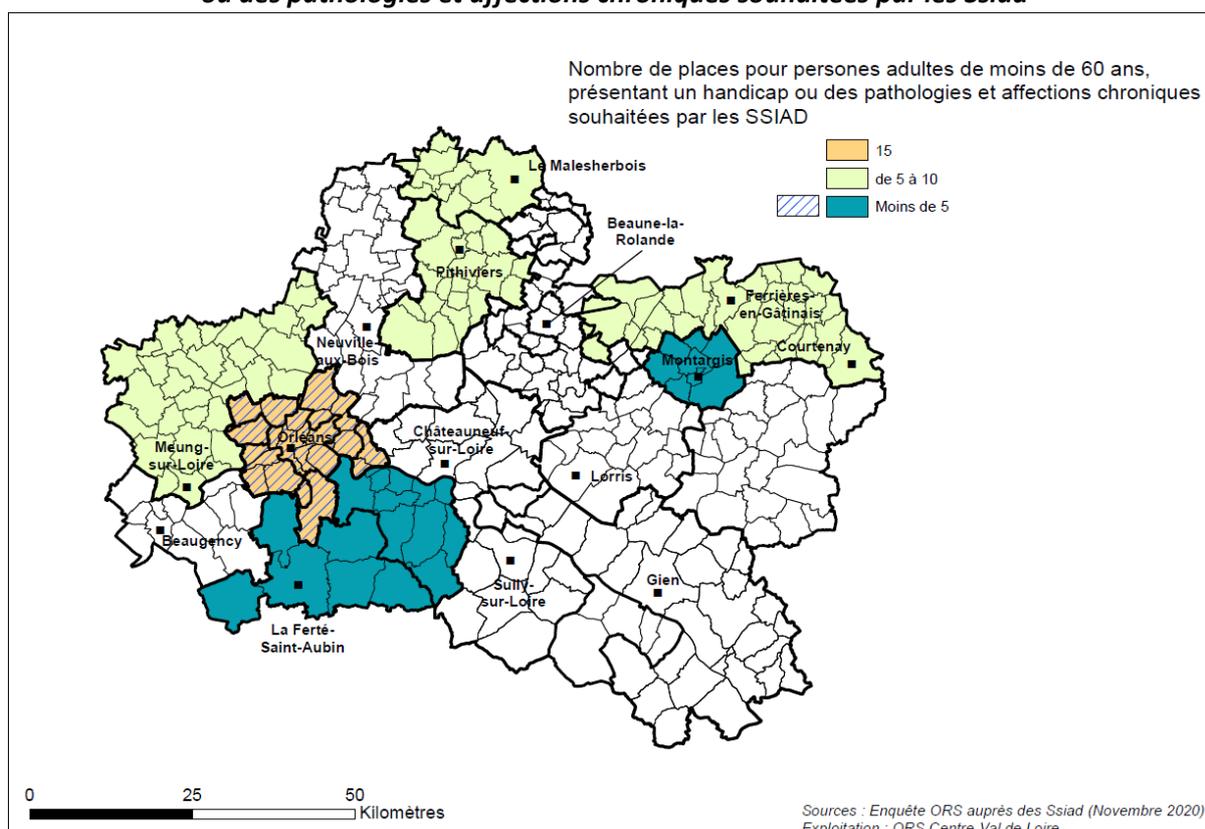
Pour ce qui concerne le suivi à domicile des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies chroniques, les acteurs s'accordent à reconnaître qu'il nécessite à maints égards des prises en charge complexes. L'accompagnement de ces patients présentant un niveau de dépendance parfois important se caractérise par des durées de prises en charge plus longues, des passages au domicile plus fréquents ainsi qu'une nécessité accrue d'interventions en binômes. Plus jeunes, ces bénéficiaires font régulièrement l'objet d'un accompagnement de longue durée qui suppose de surcroît une formation adaptée des intervenantes aux bons gestes (notamment lors des transferts) mais aussi à l'usage du matériel.

L'étude fait apparaître des besoins quant à la prise en charge à domicile des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap dans le département du Loiret. En effet, ces patients font l'objet de fréquents placements sur listes d'attente. Ils subissent des délais d'attente prolongés avant leur prise en charge par un Ssiad (notamment dans la métropole orléanaise, l'agglomération montargoise et dans la CC de la Cléry, du Betz et de l'Ouanne). En de nombreuses parties du territoire, les acteurs regrettent un manque de places dédiées à ces patients, entraînant des sollicitations sans réponses laissant des familles démunies faute de prise en charge adaptée.

Dans ce contexte, l'amélioration de la prise en charge des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies chroniques pourrait s'appuyer sur deux leviers :

- Une augmentation du nombre de places dédiées à ces patients. 7 Ssiad déclarent souhaiter une telle augmentation dans des proportions variant selon les services : moins de 5 places pour 3 Ssiad, 5 à 10 places pour 3 Ssiad, 15 places pour un Ssiad.

Figure 78 : Nombre de places pour personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou des pathologies et affections chroniques souhaitées par les Ssiad



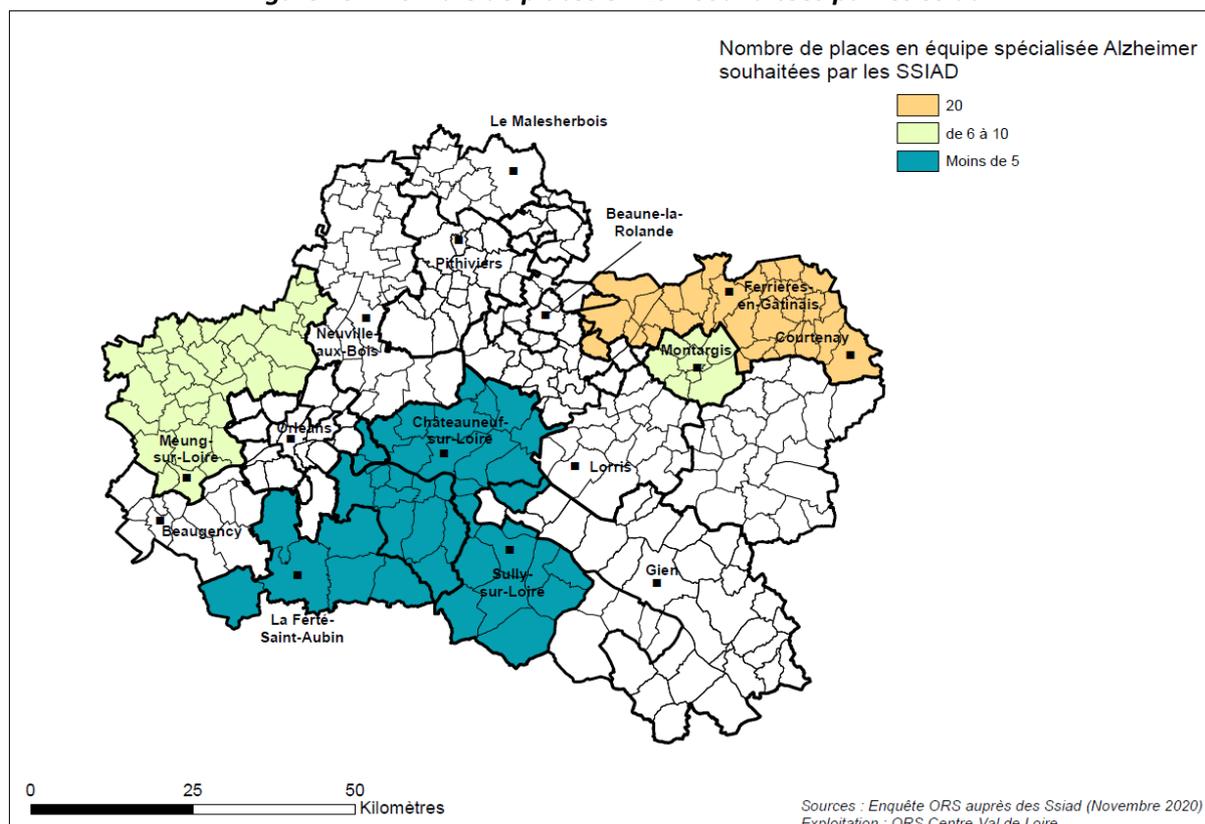
- Améliorer la formation des salariées des Saad et des Ssiad à la prise en charge du handicap (transfert des patients et usage du matériel par exemple). La présence sur le territoire d'un Ssiad spécialisé sur la prise en charge des personnes présentant un handicap pourrait à ce titre constituer une ressource, ce service étant susceptible de jouer un rôle de conseil et d'appui pour les autres structures du Loiret.

3.3.Saad-Ssiad : favoriser une meilleure prise en charge des troubles cognitifs et psychiatriques à domicile

L'enjeu de la prise en charge à domicile des troubles cognitifs et psychiatriques constitue une problématique récurrente, soulevée à plusieurs reprises au cours de l'étude. Les intervenantes des Saad comme des Ssiad se trouvent régulièrement démunies face à des situations complexes qui nécessitent une formation comme des relais adaptés. Face à ces difficultés, trois leviers peuvent être envisagés :

- Renforcer la formation des personnels sur la prise en charge des troubles cognitifs et psychiatriques ;
- Renforcer le lien des Saad et des Ssiad avec le secteur psychiatrique en encourageant les échanges entre professionnels afin d'appuyer les intervenantes en difficulté ;
- Augmenter les équipes spécialisées Alzheimer au sein des Saad et des Ssiad. Concernant ces derniers, cinq services déclarent souhaiter une augmentation de leur nombre de places en ESA dans des proportions variables : 5 places pour 2 Ssiad, 6 à 10 places pour 2 Ssiad, 20 places pour un Ssiad.

Figure 79 : Nombre de places en ESA souhaitées par les Ssiad



3.4. Saad et Ssiad : créer des places de nuit éventuellement mutualisées entre plusieurs services

Si plusieurs services Saad et Ssiad affirment pouvoir réaliser des interventions programmées en soirée, de telles prestations semblent rares dans le département du Loiret. En effet, celui-ci ne dispose pas de places d'accompagnement dédiées à la nuit comme cela existe dans d'autres territoires au niveau national. L'étude met en exergue des besoins en ce sens.

Les prises en charge nocturnes permettraient d'améliorer la qualité de vie des personnes à domicile et de leurs aidants, tout en soulageant le système hospitalier. La création de places de nuit comporterait plusieurs avantages :

- Faciliter les retours rapides au domicile après une hospitalisation ou un passage aux urgences en intervenant sur des amplitudes horaires élargies ;
- Permettre aux personnes de rester chez elles dans de meilleures conditions en maintenant une vie sociale. Des couchers plus tardifs pourraient par exemple offrir la possibilité de sortir, de dîner ou de regarder la télévision le soir avec sa famille ;
- Soulager les aidants en proposant un soutien nocturne sécurisant ;
- Retarder l'entrée en établissement ou offrir une alternative à l'hospitalisation en accompagnant un patient en fin de vie par exemple, ou en soutenant un usager et sa famille dans une phase aiguë et transitoire de sa pathologie ;

- Prendre en charge des personnes auxquelles les Ssiad de jour ne peuvent parfois pas répondre : pathologies lourdes et/ou situations de dépendance nécessitant plus de deux passages quotidiens, réalisation de soins au cours de la nuit.

Des expérimentations s’inspirant d’expériences existant dans d’autres territoires pourraient faire l’objet de financements :

- Favoriser la création d’une équipe itinérante de nuit en Ssiad, chargée d’intervenir en appui des services préexistants afin d’assurer une continuité de prise en charge nocturne. Cette équipe pourrait intervenir de façon programmée (retour à domicile après une hospitalisation, soutien aux aidants, alternative à l’hospitalisation) ou en urgence (sollicitation par les services hospitaliers, par le SAMU ou SOS Médecin) ;
- Favoriser la création de gardes itinérantes de nuit (GIN) au sein de Saad. Ces dispositifs visent à assurer des interventions nocturnes de courte durée type coucher tardif, change, changement de position, accompagnement à la toilette, soutien moral à l’usager et sa famille. De telles interventions pourraient se tenir ponctuellement, régulièrement ou le soir-même, dans les situations d’urgence.

3.5. Accompagner le développement de l’habitat inclusif dans le département du Loiret

L’habitat inclusif est une forme d’habitat complémentaire au domicile ordinaire et à l’hébergement en établissement. Il est constitué de petits ensembles de logements indépendants, associant des espaces de vie individuelle et des espaces de vie partagée dans un environnement adapté et sécurisé.

Il est destiné aux personnes âgées et en situation de handicap qui font le choix d’un mode d’habitation partagé entre elles ou avec d’autres personnes. Un projet de vie social accompagne ce mode d’habitat regroupé. « *Le projet de vie sociale et partagée est défini dans la loi pour l’évolution du logement, de l’aménagement et de la transition numérique (loi ELAN) du 23 novembre 2018. Il fait l’objet d’un financement particulier : le forfait habitat inclusif ou, à compter de 2021 dans certains départements précurseurs, la prestation d’aide à la vie partagée.* »¹²

Cette forme d’habitat propose également un accompagnement social et médico-social avec des prestations diversifiées : interventions ponctuelles de professionnels, accompagnement individualisé pour la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Cet habitat se situe à proximité des différents services (services publics, transports, commerces, sanitaires, sociaux et médico-sociaux). Il doit permettre de rompre l’isolement et de permettre la participation sociale et citoyenne des habitants au sein d’un environnement facilitateur.

Selon l’enquête menée auprès des Saad du Loiret, 6 structures sont en mesure de répondre au moment du remplissage du questionnaire à une demande d’intervention récurrente au sein d’une formule d’habitat inclusif (équipe dédiée, présence 24h/24, 7j/7, etc.). Et pour ceux qui ne sont pas en mesure d’y répondre immédiatement, 11 déclarent souhaiter pouvoir être en mesure d’y répondre à l’avenir.

¹² Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie : <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/habitat-inclusif/quest-ce-que-lhabitat-inclusif>

4. Impulser une dynamique de coopération des acteurs impliqués dans l'aide et le soin à domicile afin de proposer des réponses globales et rapides aux besoins des usagers

L'étude met en exergue le caractère encore trop fragmenté du champ de l'aide et du soin à domicile, une situation par ailleurs accentuée par les mesures sanitaires liées à l'épidémie de COVID-19. Les cloisonnements institutionnels entre les secteurs sanitaire, social et médico-social demeurent prégnants. Ces processus d'isolement et de fragmentation portent des risques de rupture dans les parcours des usagers. En effet, du fait de leur caractère multidimensionnel, les problèmes à traiter supposent souvent des réponses globales et rapides aux besoins des usagers, impliquant la complémentarité d'acteurs combinant de multiples compétences et formes d'accompagnement.

4.1. Favoriser une meilleure coordination des acteurs du soin en prenant appui sur le DAC

En cours d'installation, le futur Dispositif d'appui à la coordination (DAC) suscite des attentes de la part des acteurs interrogés. Ce dispositif devrait veiller à :

- Assurer la bonne intégration des Saad et des Ssiad en son sein tout en valorisant les services qui disposent de places spécifiques (handicap, ESA...);
- Assurer une meilleure transmission des informations entre les acteurs du soin et de l'accompagnement à domicile ;
- Bien intégrer dans ses missions la dimension sociale aux côtés du versant sanitaire ;
- Favoriser les échanges sur les cas complexes et faciliter les soutiens/relais entre les acteurs ;
- Organiser des temps de rencontre entre professionnels ;
- Renforcer plus largement l'assimilation d'une culture partagée de coopération et de coopération entre les acteurs du système de santé.

4.2. Fluidifier les parcours des usagers, notamment lors des sorties d'hospitalisation

Les sorties d'hospitalisation sont souvent signalées comme problématiques, porteuses de potentielles ruptures dans le parcours des usagers. Le manque de coordination et les contraintes des services hospitaliers comme des Saad et des Ssiad engendrent régulièrement des refus de prise en charge à domicile. Du côté des Saad et des Ssiad, l'on regrette le manque d'anticipation de la part des CH au moment des sorties d'hospitalisation. Certains acteurs du domicile signalent par ailleurs un manque de reconnaissance du milieu hospitalier à leur égard. Les assistants sociaux des centres hospitaliers indiquent pour leur part de trop fréquents refus de prises en charge émanant des Ssiad et, de plus en plus, des Saad, avec pour conséquence de longues démarches de recherche de solutions aussi chronophages que peu adaptées car adoptées par défaut.

L'importance des transferts réciproques entre Saad-Ssiad et services hospitaliers impose de veiller à la fluidité entre ville et hôpital. De plus, il s'agit plus généralement d'améliorer la capacité des services Saad, Ssiad, HAD, à identifier et prendre en charge les patients qui relèvent de leurs prérogatives tout en procédant à des réévaluations régulières. En effet, différents éléments tels l'évolution de l'état de santé des patients, l'offre de service sur le territoire, les modes de financements différents ou la

multiplicité des intervenants peuvent compliquer des passages de relais pourtant nécessaires tant pour la sécurité des professionnels que des usagers.

Plusieurs préconisations peuvent être formulées :

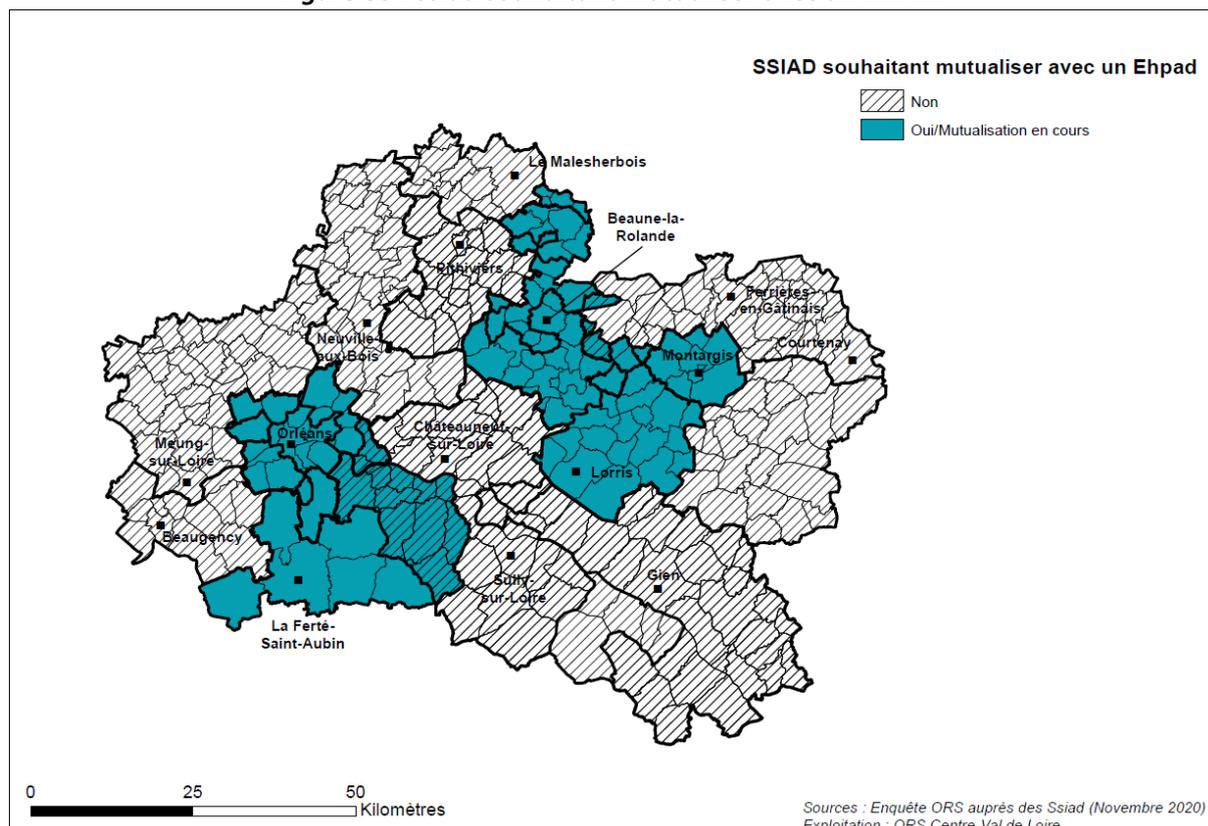
- Créer des places d' « urgences. » et de transition dans les Saad-Ssiad (type Transi-Ssiad) afin de répondre plus efficacement aux sorties d'hospitalisation en urgence puis de procéder à une évaluation qui puisse permettre d'orienter rapidement les patients vers les relais les plus pertinents ;
- Développer des places de nuit afin de permettre des retours plus rapides au domicile ;
- Inciter chaque service Saad, Ssiad, HAD à réaliser une évaluation régulière des besoins de ses patients afin de s'assurer de la pertinence de la prise en charge et d'identifier les relais appropriés le cas échéant ;
- Inciter les centres hospitaliers à mieux anticiper les sorties d'hospitalisation ;
- Inciter les Saad et les Ssiad à anticiper les risques d'hospitalisations voire à contribuer à la programmation de celles-ci. Par exemple, des outils d'évaluation du risque de fragilité et de l'état de santé à domicile pourraient mieux repérer et préparer les hospitalisations.
- Mettre à la disposition des CH les informations nécessaires sur les possibilités de prise en charge à domicile. Un numéro d'appel unique permettant de connaître et d'identifier les places disponibles en temps réel, notamment en Ssiad, offrirait par exemple aux assistants sociaux une lisibilité et un gain de temps non négligeables.

4.3.Soutenir les projets de rapprochement entre Saad-Ssiad et EHPAD

L'entrée en EHPAD constitue un autre point de rupture éventuelles dans le parcours des personnes accompagnées à domicile. Une coordination plus aboutie entre Saad-Ssiad et EHPAD permettrait de faciliter les relais entre domicile et établissement dans un contexte où l'entrée en EHPAD est fréquemment vécue comme une contrainte, voire une souffrance. Il importe de soutenir les projets de rapprochements entre structures.

Sept Ssiad du territoire du Loiret déclarent souhaiter mutualiser avec un EHPAD et une mutualisation effective est en cours. Les entretiens mettent en exergue des aspirations analogues de la part d'intervenantes et de responsables de services Saad.

Figure 80 : Ssiad souhaitant mutualiser avec un EHPAD



Selon les acteurs, les mutualisations entre Saad-Ssiad et EHPAD pourraient se matérialiser de différentes manières :

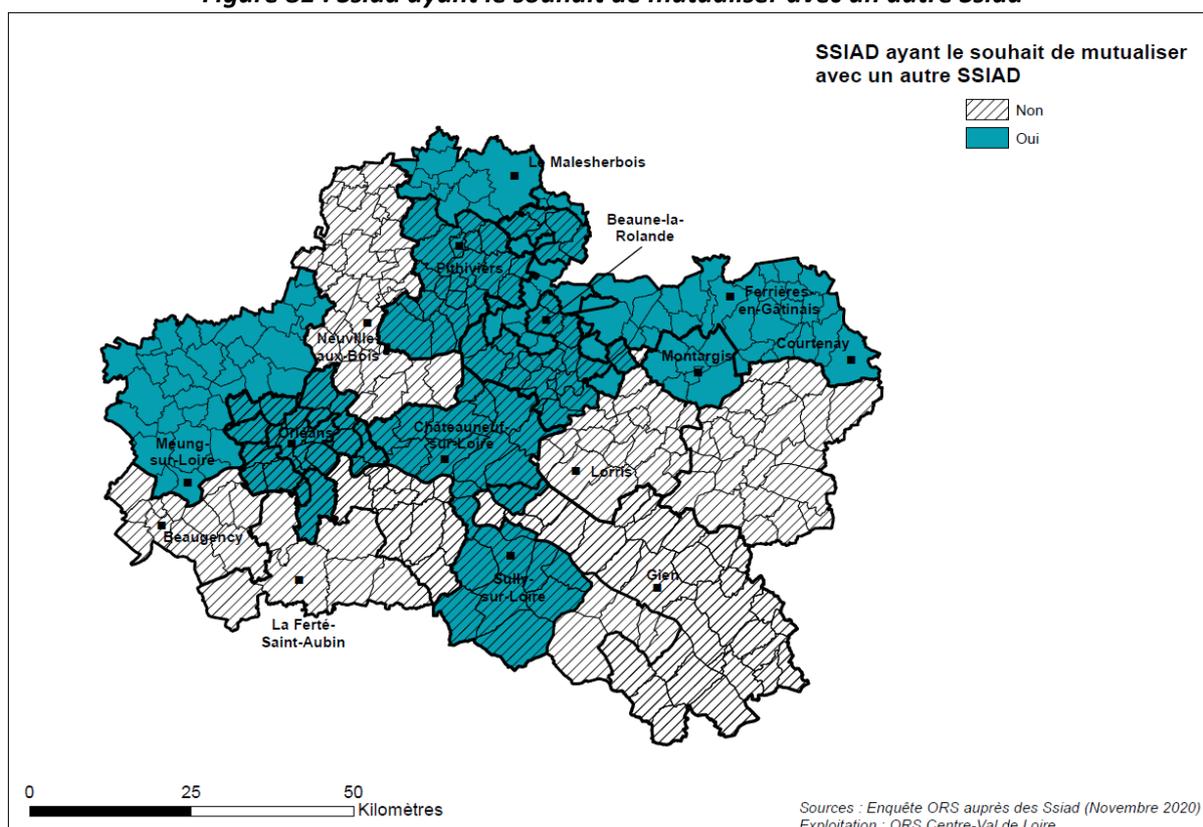
- Avoir la possibilité pour les Saad-Ssiad de solliciter le médecin de l’EHPAD en cas d’absence du médecin traitant ;
- Organiser des visites, des repas, des animations communes afin de fluidifier les parcours entre domicile et établissements tout en atténuant l’isolement des intervenantes des Saad-Ssiad ;
- Organiser des formations communes entre intervenantes des Saad, Ssiad et EHPAD ;
- Organiser des réunions communes d’échanges de pratiques et de retours d’expertise ;
- Offrir un relais d’accueil transitoire en cas d’hospitalisation ou d’épuisement des aidants ou des intervenantes à domicile ;
- Mutualiser la sécurisation du parcours du médicament.

4.4. Accompagner les projets valorisant la coopération entre plusieurs Ssiad

L’atténuation de l’isolement des intervenantes comme la fluidification des parcours des personnes accompagnées pourraient s’appuyer sur des coopérations accrues entre services Ssiad.

Dans le département, 8 Ssiad se déclarent intéressés pour mutualiser avec d’autres Ssiad.

Figure 81 : Ssiad ayant le souhait de mutualiser avec un autre Ssiad



Selon les réponses apportées par les acteurs, ces mutualisations pourraient concerner plusieurs aspects :

- Organisation de formations communes ;
- Achat de matériel commun ;
- Passages de relais temporaires pour prendre du recul sur certains cas et/ou soulager les équipes ;
- Mutualiser du personnel d'intervention, notamment pour les soirs, les week-ends ou les remplacements de salariées absentes ;
- Organiser des échanges de savoir-faire, d'analyse de pratiques (notamment pour l'accompagnement du handicap ou le suivi troubles cognitifs et psychiatriques à domicile) ;
- Recruter et mutualiser des professionnels type psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales...

4.5. Soutenir les projets permettant une meilleure articulation entre Saad, Ssiad et infirmiers libéraux

La prise en charge à domicile s'appuie dans bien des cas sur la nécessité d'une action complémentaire des Saad, des Ssiad et des infirmiers libéraux. L'étude met en exergue une collaboration généralement

effective et satisfaisante entre ces acteurs malgré la persistance de points de tensions et/ou de vigilance :

- Les glissements de tâches entre aides-soignantes et aides à domicile s'avèrent fréquents et problématiques : les intervenantes des Saad sont régulièrement conduites à se substituer à celles des Ssiad et à accomplir des actes non reconnus dans leur convention collective. Outre le préjudice que cela implique pour les intervenantes elles-mêmes, de telles situations peuvent comporter des risques pour la sécurité des salariées non formées comme des usagers.
- Les relations entre Ssiad et infirmiers libéraux s'accompagnent parfois de tensions, notamment liées au paiement des actes réalisés par les IDEL. Des crispations émergent également quant aux rôles incertains du Ssiad ou de l'IDEL dans la coordination des soins autour du patient.

La qualité de la coordination entre Saad, Ssiad et infirmiers libéraux dépend de paramètres tels que le degré d'interconnaissance noué entre les acteurs ou le nombre de cabinets infirmiers installés dans le secteur. L'étude révèle ainsi le fait que les échanges semblent plus fluides dans les zones rurales alors que les liens sont plus difficiles à construire dans la métropole orléanaise investie par une multitude d'acteurs. Par ailleurs, la complémentarité entre intervenants peut être facilitée lorsqu'il existe des rapprochements formalisés entre dispositifs : dans le département, trois structures portent ainsi un Saad et un Ssiad de manière conjointe, auxquelles s'ajoute un Spasad. Cette gestion commune est susceptible d'améliorer la coordination comme la communication entre intervenants, de même que la mise en place de prises en charge communes.

Plusieurs initiatives permettraient de soutenir une meilleure articulation entre Saad, Ssiad et infirmiers libéraux :

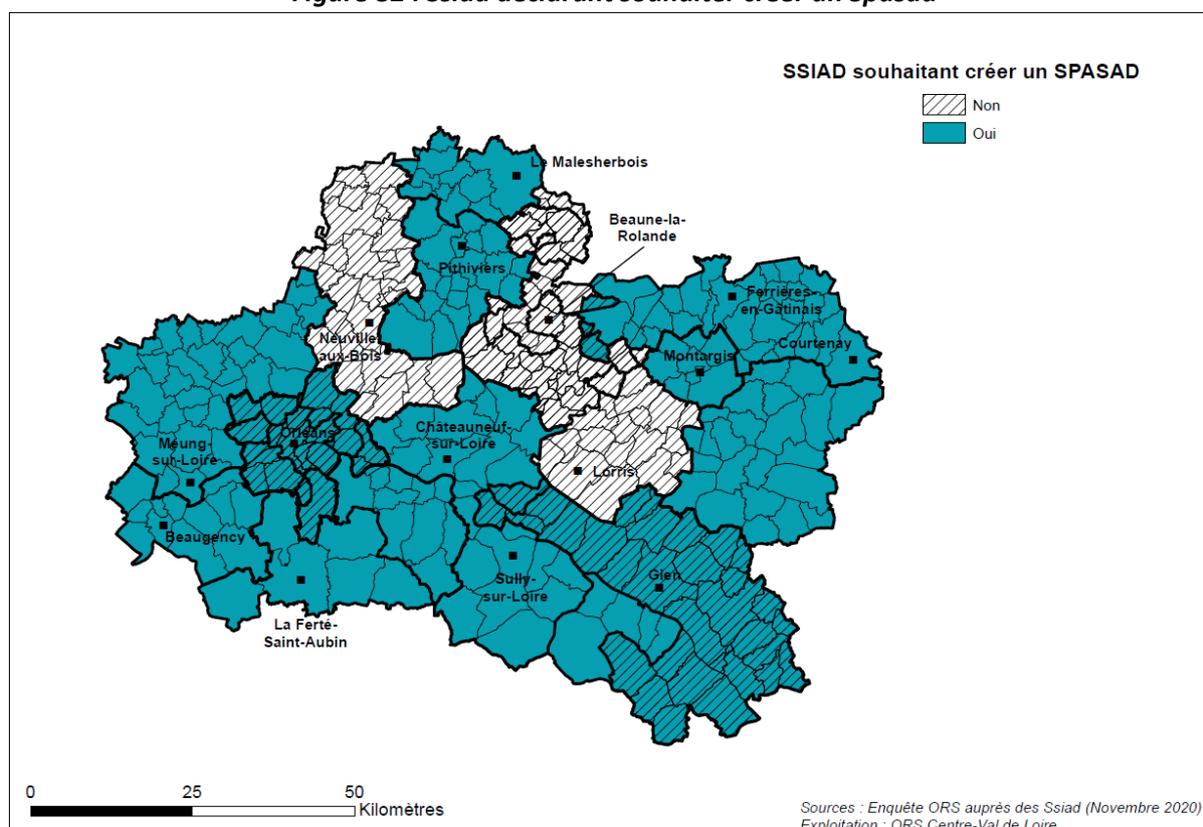
- Favoriser les rencontres entre Saad, Ssiad et cabinets infirmiers évoluant au sein d'un même territoire afin d'améliorer la communication et d'apaiser les éventuelles tensions entre acteurs ;
- Améliorer l'information en direction des infirmiers, des intervenants et des responsables de services Saad-Ssiad afin de clarifier les rôles de chacun : précisions sur les compétences et méthodes professionnelles des uns et des autres, clarification des fonctions de coordination des IDEC et des IDEL, analyses et échanges de pratiques entre professionnels, distinction des notions de toilettes simples et de toilettes complexes ;
- Favoriser les démarches de coordination entre Saad et Ssiad : organisation de réunions et de visites communes à domicile, partage des plannings des intervenantes, mise en œuvre d'interventions conjointes quand cela est nécessaire, développement d'outils de transmission d'informations communs s'appuyant sur la télégestion (partage des emplois du temps ainsi que d'informations sur le rythme, l'état de santé de la personne, etc.).

La mise en œuvre de ces préconisations suppose une reconnaissance dans le financement des services des temps de coordination entre responsables et professionnels.

4.6. Accompagner le développement des Spasad dans le département du Loiret

Le département du Loiret compte aujourd'hui un seul service polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad). Toutefois, dix Ssiad ont déclaré souhaiter créer un Spasad au cours de l'étude tandis que plusieurs responsables de Saad manifestent leur intérêt pour une telle démarche.

Figure 82 : Ssiad déclarant souhaiter créer un Spasad



Les acteurs interrogés identifient une série d'avantages à la mise en œuvre des Spasad :

- Proposer aux usagers une prise en charge globale articulant plus efficacement soin et accompagnement social.
- Proposer un guichet unique aux usagers et à leur famille ainsi qu'aux prescripteurs et aux autres partenaires du soin. Plus lisible, l'organisation en Spasad simplifie le parcours des personnes accompagnées en proposant une prise en charge appuyée sur un unique référent et coordonnée par une même personne : l'infirmière coordinatrice. L'accompagnement par une seule et même équipe permet une connaissance accrue de la personne ainsi qu'une qualité relationnelle et une confiance globalement renforcée.
- Mieux coordonner les intervenants à domicile tout en renforçant l'interdisciplinarité au sein des équipes Saad-Ssiad : échanges, réunions communes, interventions en binômes facilitées ; partage de plannings et meilleure répartition des passages à domicile dans la journée ; communication, partage d'informations et d'expériences renforcés, etc.
- Améliorer les conditions de travail des intervenantes par l'appartenance à une équipe interdisciplinaire. En valorisant la complémentarité des professionnelles, le Spasad est en mesure d'amoinrir leur isolement et de renforcer leur sentiment de sécurité. L'appartenance à une équipe commune offre également une meilleure reconnaissance ainsi qu'une compréhension plus aboutie de la délimitation des missions de chacun. En outre, le Spasad peut accentuer les passerelles, les perspectives d'évolution de carrière des intervenantes.

- Parfaire la réactivité et les passages de relais réciproques entre Saad et Ssiad en cas d'amélioration ou de détérioration de l'état de santé des personnes accompagnées grâce à une coordination et une évaluation conjointe facilitée.

Si nombre d'interlocuteurs s'accordent sur les plus-values offertes par le fonctionnement en Spasad, des freins sont formulés dans le même temps :

- Le poids de la gestion duale des services et l'édification d'une culture professionnelle commune à construire dans un contexte où Saad et Ssiad disposent au préalable de régimes d'autorisation et de tarification distincts. Il s'agit encore d'assurer la cohésion d'équipes relevant de conventions collectives distinctes tout en rapprochant des structures dont les modalités d'action comme les périmètres géographiques d'intervention ne coïncident pas toujours intégralement.
- L'enjeu du financement des temps de coordination entre professionnels sur le long terme. Le sous-financement des Saad est parfois appréhendé comme un obstacle au bon fonctionnement du Spasad, le mode de tarification à l'heure de ces services ne permettant pas de couvrir la rémunération des temps d'échanges et de coordination.
- La méfiance vis-à-vis du poids administratif représenté par l'édification d'une nouvelle structure alors que la collaboration entre Saad et Ssiad est déjà effective sur le terrain.
- La crainte d'une forme d'institutionnalisation des glissements de tâches entre professionnelles au sein du Spasad, l'appartenance à une équipe unique risquant de faciliter et de banaliser les substitutions entre aides à domicile et aides-soignantes.

Plusieurs recommandations peuvent être formulées afin de favoriser le développement des Spasad et de concrétiser un décloisonnement entre aide et soins à domicile dans le département du Loiret :

- Organiser des temps d'information sur la démarche et le fonctionnement concret des Spasad auprès des professionnels du maintien à domicile afin de mettre en évidence les plus-values du dispositif tout en considérant et en répondant aux craintes exprimées par les acteurs ;
- Les Spasad mettant l'accent sur la coordination entre services et équipes d'intervenantes, il importe de reconnaître et d'assurer le financement de ces nouveaux temps professionnels ;
- Fournir une aide technique et financière afin de faire évoluer les systèmes d'information des structures : développement des systèmes de télégestion, mise en place de dossiers communs informatisés permettant de mieux répondre à l'exigence de coordination des interventions.

BIBLIOGRAPHIE

BOURREAU-DUBOIS Céline, GRAMAIN Agnès, LIM Helen, XING Jingyue, « Impact du reste à charge sur le volume d'heures d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA. », *Documents de travail du Centre d'Economie de la Sorbonne*, 2014

BRUNEL Mathieu, CARRERE Amélie, « La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile – Quelles disparités entre départements ? », *Les Dossiers de la Drees*, n°34, 2019

CARRERE Amélie, « Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? », *Regards*, 2020/1, n°57, pp. 127-139

CNSA, *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*, Rapport de la CNSA, 2012

DEVETTER François-Xavier, MESSAOUDI Djamel, « Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi. », *La Revue de l'Ires*, 2013/3, n°78, pp. 51-76

GRATIEUX Laurent, « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées. », *Erès*, 2016/3, n°15, pp. 187-200

HAAS Sandrine, VIGNERON Emmanuel, *Les services à domicile médico-sociaux et sanitaires, Études régionales*, Publications FEHAP, 2^{ème} édition, 2016

HEGE Robin, « La demande d'aide à domicile est-elle sensible au reste-à-charge : une analyse multi-niveaux sur données françaises. », *Documents de travail du Centre d'Économie de la Sorbonne*, 2016

LARBI Khaled, ROY Delphine, « 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050. », *INSEE Première*, juillet 2019, n°1767

LAUTMAN Albert, « L'avenir de l'EHPAD est au domicile : expérimentation d'un dispositif d'accompagnement renforcé au domicile dans le cadre de l'article 51. », *Regards*, 2020/1, n°57, pp. 187-194

RAMOS-GORAND Mélina, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain. », *Les Dossiers de la DREES*, 2016, n°10

RAMOS-GORAND Mélina, « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées. », *Les Dossiers de la DREES*, 2020, n°51

SACCOMANNO Benjamin, « Les contrats courts dans l'aide à domicile, entre tensions et bricolages quotidiens. », *CEREQ BREF*, 2021, n°407, pp. 1-4

SCHMID Clara, « Les Spasad expérimentaux, une offre encouragée pour une meilleure prise en charge. », *Vie sociale*, 2017/1, n°17, pp. 151-157

SIRET Willy, BERRUT Gilles, « Innovation et inclusion en EHPAD – LNA santé. », *Regards*, 2020/1, n°57, pp. 153-164

TRABUT Loïc, GAYMU Joëlle, « Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements. », *Population et Société*, 2016, n°539

