

# LA SAGA DES SSIAD : AMBITIONS ET RÉALITÉS

ALAIN VILLEZ,  
PRÉSIDENT  
LES PETITS FRÈRES DES PAUVRES  
ANCIEN CONSEILLER TECHNIQUE PERSONNES AGÉES UNIOPSS

PETITS FRÈRES  
DES PAUVRES

Non à l'isolement de nos aînés



- ❑ Association reconnue d'utilité publique créée en 1946,
- ❑ Accompagnent, dans une relation fraternelle, des personnes âgées de plus de 50 ans en situation d'isolement, de précarité ou ayant besoin d'aide à l'autonomie. 374 équipes d'action dans les territoires organisées en 12 Fraternités Régionales,
- ❑ Un dispositif d'écoute téléphonique Solitud'écoute,
- ❑ 30 établissements, pensions de famille, résidences, maisons de vacances, petite unité de vie (AGE),
- ❑ 34 714 personnes aidées dont 13 559 accompagnées dans la durée,
- ❑ 13 802 bénévoles engagés,
- ❑ 375 salariés dans un « ensemble PFP » en comptant 620 : Association de gestion des Etablissement (AGE), Fondation et Association.



**PETITS FRÈRES  
DES PAUVRES**

Non à l'isolement de nos aînés

Aux détours des années 50 se créent les premiers services d'aide ménagère à domicile à partir des dispensaires (congrégations religieuses), exemple Grenoble, Rennes.

Les soins infirmiers d'hygiène sont prévus dans la Nomenclature des Actes infirmiers pris en charge par l'Assurance Maladie. Devant la frilosité des libéraux, ce sont les Dispensaires et/ou Centres de soins infirmiers (congrégations religieuses) qui assurent la dispensation des soins soit au dispensaire soit à domicile.

Le vieillissement de la population, déjà à l'ordre du jour, entraîne un accroissement de la demande de soins infirmiers et une recherche de solutions alternatives aux hospices et maisons de retraite.

- **Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :**
  - ❑ *La loi du 4 janvier 1978, expérimentation des premiers SSIAD Brest et Bordeaux*
  - ❑ *Le décret du 10 mai 1981 et la circulaire du 1er octobre 1981.*

Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse. Haut comité consultatif de la population et de la famille :

- ⇒ *Etudier les problèmes posés par l'emploi et les conditions de vie des personnes âgées,*
- ⇒ *Proposer au gouvernement des solutions à donner à ces problèmes dans le cadre d'une politique d'ensemble.*

En question, « la place des personnes âgées dans la société » :

- La solution du placement en hébergement collectif des vieillards , physiquement ou psychologiquement incapables de mener une vie indépendante , continuera de s'imposer mais doit rester l'exception.**
- La Priorité doit être mise sur l'intégration des personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer à mener une vie indépendante :**
  - ⇒ *Par la construction de logements adaptés,*
  - ⇒ *Par la généralisation des services d'aide ménagère,*
  - ⇒ *Par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires,*
  - ⇒ *Par l'organisation de leurs occupations et de leurs loisirs.*
- La priorité du MAD pour les personnes âgées aptes à mener une vie indépendante est clairement affirmée.**

La circulaire du 24 septembre 1971 détaille un programme finalisé sur le MAD dans le cadre du V<sup>ème</sup> plan quinquennal :

- ⇒ Mise en place d'une sectorisation gérontologique correspondant à des structures administratives : le quartier ou la commune (5 à 15 000 hbts), le groupe de quartiers ou de petites villes (15 000 à 50 000 hbts; le secteur : 50 à 150 000 hbts).
- ⇒ **Enumération des services et équipements concourant au MAD :**
  - Les aides directes :
    - *Les services d'aide ménagère doivent être développés, objectif dépassé de 50 000 bénéficiaires de plus,*
    - *Les soins infirmiers ou médicaux (équipes médicales mobiles : nécessité de développer cette offre de soins qui existe déjà soit en ambulatoire soit en dispensaires,*
    - *Les visites à domicile (assistantes sociales et bénévoles),*
    - *L'aide aux vacances,*
  - Les équipements de quartier : club de retraités , les foyers restaurants et les centres de jour (13), Grenoble, l'association de gérontologie du 13<sup>ème</sup> arr. de Paris....

**Bilan à la fin du Plan :** 400 secteurs gérontologiques programmés, seuls 170 installés comportant services d'aide ménagère et club du 3<sup>ème</sup> Age. Les autres services et surtout les centres de jour seront un échec.

## 1976-1980, le Programme d'Action Prioritaire (PAP) n° 15 du VIIème plan pour le maintien à domicile

440 contrats de secteur négociés entre l'état et l'organisme coordonnateur local reposant sur quatre principes :	Deux valeurs ajoutées :
<ol style="list-style-type: none"><li>1. La définition d'un territoire de coordination gérontologique,</li><li>2. La coordination des actions et le développement d'actions nouvelles à partir d'un « catalogue » défini par circulaire (1977) :<ul style="list-style-type: none"><li>❑ Les actions obligatoires :<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>L'amélioration des logements,</i></li><li>➤ <i>La participation à la vie sociale et culturelle,</i></li></ul></li><li>❑ Les actions facultatives :<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <i>Le port de repas à domicile,</i></li><li>➤ <i>La téléalarme,</i></li><li>➤ <i>Les services de soins infirmiers,</i></li></ul></li></ul></li><li>3. L'attribution de crédits d'incitation déconcentrés,</li><li>4. La formalisation d'un contrat.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. La souplesse du contrat,</li><li>2. La participation des usagers =&gt; les pré contrats.</li></ol>

## 1981-1983 : Le plan intérimaire

- ⇒ 500 postes de coordinateurs répartis à la hâte,
- ⇒ Création de 11 000 places de SSIAD.

## Publication du décret du 10 mai et de la circulaire du 1er octobre 1981

### Objectifs déclarés des SSIAD :

- ⇒ Eviter une hospitalisation ,
- ⇒ Faciliter le retour à domicile après hospitalisation,
- ⇒ Prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état de santé des bénéficiaires,
- ⇒ Éviter ou retarder l'entrée en établissement (section de cure médicale de maison de retraite ou en Long séjour hospitalier (actuel USLD)),
- ⇒ Dispenser des soins infirmiers lents et coordonnés.

- **Le SSIAD un régime d'autorisation en tant qu'institution sociale et Médico-sociale par la loi du 30 juin 1975 et en suite loi du 2 janvier 2002) dès leur institution par le décret de 1981. Contrairement aux services d'aide ménagère devenu SAAD.**
  
- **Organisation :**
  - Une équipe composée d'aide soignants, coordonnée par une infirmière coordonnatrice (IDEC),
  - D'infirmières salariées ou libérales conventionnées : la solution la plus fréquente,
  - Plus récemment ergothérapeute, psychomotricien, psychologue,
  - Capacité d'accueil de référence : 30 places,
  - Ratio d'installation 30 places /1000 hbts + 75 ans.
  
- **Tarification Financement: un budget global financé par l'Assurance Maladie (100%) dans le cadre du PLFSS :**
  - Sans participation des bénéficiaires,
  - Une fréquence d'intervention pluri quotidienne compensée par des personnes nécessitant moins de soins,
  - La rémunération des actes infirmiers des libéraux incluse dans le forfait. Une source de contentieux récurrents avec les caisses d'Assurance Maladie.



⇒ **Renforcement des créations de places de SSIAD pour atteindre 45 000 places en 1993. Développement en parallèle des services d'Hospitalisation à Domicile.**

⇒ **La Canicule de 2003 et ses 15 000 victimes pour la plupart âgées, entraîne le plan Vieillesse et Solidarité (2003-2005) :**

- Création de la CNSA et d'un financement supplémentaire par la journée de solidarité,
- Financement de programmes de création de places en SSIAD, Accueil de jour, EHPAD,
- Sur la base de 82 000 places en 2004.

## Quatre incontournables :

- ❑ **Vieillesse et perte d'autonomie accrues à l'entrée des EHPAD,**
- ❑ **Une nécessaire progression des taux d'encadrement en personnel en établissement et à domicile,**
- ❑ **Spécialisation des EHPAD dans l'accueil de la « grande dépendance » GIR 1 et 2,**
- ❑ **Développement des places de soins et d'hospitalisation à domicile GIR 3 et 4.**

La perspective de création de places de SSIAD est fixée à 133 000 places en 2012 soit une progression de 40% (100 000 en 2008 dans le plan vieillissement et solidarité). Fin 2012, le nombre de places notifiées était de 23 370 soit 65% de l'objectif.

L'objectif était de tabler sur 229 000 places en 2025 (1/3 personne âgée classée en GIR 3 et 4). Selon le rapport de la cour des comptes de janvier 2022, il n'y aurait que 126 600 places soit 20 places pour 1000 PA +75 ans. La cour estime les besoins à l'horizon 2030, à 25 000 places supplémentaires.

## IMPACT DES DIFFÉRENTS PROGRAMMES

	Plan Intérimaire 1981-1983	Plan Vieillessement et Solidarité 2004-2007	Plan Solidarité Grand AGE 2008-2012	Nbre Places actuel
Nbre places SSIAD	11 000 places installées en 1982 45 000 places (Fin 1993)	100 000	Objectifs 36 000 places à créer. Seules 23 370 créées (65% de l'objectif) 110 209 (Fin 2011)	126 600 (source Cour des Comptes) Ratio: 20/1000 PA + 75 ans. Besoins estimés à 30/1000

- ❑ Réforme des modalités de création de places de SSIAD : prise en compte de la couverture du territoire par l'offre globale de soins infirmiers dispensés par les libéraux, les CSI (zones denses, sous denses),
- ❑ Suite à l'enquête « cas lourds », perspectives floues d'ajustement tarifaire L'insuffisance des 10500 € de coût annuel à la place,
- ❑ L'articulation délicate avec les infirmières libérales : la facturation des actes infirmiers aux SSIAD ?
- ❑ La délicate coopération avec les services d'HAD, nécessité de formaliser des conventions,
- ❑ En dépit des différentes mesures prises, l'objectif de création d'ici 2010 de 15 000 places sera difficilement tenu,
- ❑ Fin 2007, 204 structures d'HAD autorisées, pour 7 845 places,
- ❑ Un partenariat difficile à établir avec les SSIAD.

## ❑ Soins offerts par SSIAD (source étude cas lourds) :

- Hygiène et confort **99.2%**
- Mobilisation et/ou transferts **82.0%**
- Soins relationnels et éducatifs **74.3%**
- Elimination **72.4%**
- Traitements et surveillance **71.0%**
- Alimentation **16.2%**
- Accompagnement de fin de vie **3.9%**

## ❑ Les soins d'hygiène en pleine concurrence :

- Les toilettes et non la seule aide à la toilette de plus en plus fréquemment assurés par les Auxiliaires de vie,
- Des plans d'aide APA de plus en plus ambigus => prescription de toilette .

Le décret du 25 juin 2004 révisé le cadre réglementaire des SSIAD à l'issue d'une période d'expérimentation

- ⇒ **Instauration des SPASAD** pour les associations ou organismes gérant SSIAD et SAAD. Ils sont tenus d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement quel que soit le moment où ils s'avèrent nécessaires. La création des SPASAD reste placée sous le régime des expérimentations (prolongées) jusqu'à la création des Services Autonomie institués par la loi LFSS pour 2022.
  
- ⇒ **Élargissement des publics pris en soins :**
  - PA 60 ans et plus, malades ou dépendantes,
  - PA de moins de 60 ans présentant un handicap,
  - Personnes de moins de 60 ans atteintes de Pathologies chroniques invalidantes ou présentant une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Le SSIAD peut embaucher des AMP.

Malgré cette évolution, 95% de la patientèle des SSIAD sont des personnes âgées de plus de 60 ans.

## L'intervention de professionnels spécialisés afin de stimuler les Personnes atteintes de MA :

- ⇒ Psychomotricien, ergothérapeute et ASG assistant de soins en gériatrie,
- ⇒ L'ergothérapeute ou le psychomotricien initie la prise en charge et réalise un bilan d'adaptation. Les ASG interviennent ensuite pour mettre en œuvre le plan de soins,
- ⇒ 12 à 15 séances max sur une durée de trois mois pour des malades aux premiers stades de la maladie.

- ❑ Les SSIAD une offre écartelée entre SAAD, HAD et libéraux.  
Une tarification forfaitaire qui ne permet pas de répondre à l'évolution des besoins présentés par les personnes nécessitant beaucoup de soins.
- ❑ Des expérimentations intéressantes SPASAD, Forfaits Cas Lourds, SSIAD de nuit, mais qui n'ont pu déboucher sur une évolution de la réglementation.
- ❑ Une réforme de la tarification qui n'est jamais parvenue à s'imposer => une restriction des prises en soins aux personnes présentant une charge en soins « moyennes » (GIR 3 et 4). Justification des dispositifs tels que EHPAD à domicile devenus plateforme de coordination.
- ❑ Une coordination des soins restreintes aux seuls personnes prises en soins qui a justifié la multiplication des strates de coordination Clic, MAIA, réseau de soins, PAERPA, et maintenant les DAC.



**« Là où croît le péril, croît aussi ce qui sauve ».**

**Friedrich Hölderlin**

*cité par Edgar Morin*