



Études et Résultats

N° 739 • septembre 2010

Les services de soins infirmiers à domicile en 2008

Au 31 décembre 2008, les 2 095 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) présentent une capacité de 106 000 places installées, et prennent en charge 98 000 personnes, soit un taux global d'occupation de 93 % et un taux d'équipement moyen de 20 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Initialement créés pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, les SSIAD sont désormais ouverts depuis 2004 aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques ; néanmoins, plus de 95 % des places restent destinées aux personnes âgées de 60 ans ou plus.

La grande majorité des patients pris en charge par les SSIAD vit à domicile (96 %), est âgée de 75 ans ou plus (plus de 80 %) et se trouve en situation sévère de perte d'autonomie. Les femmes représentent les deux tiers des bénéficiaires.

Plus de 33 000 personnes (24 300 équivalents temps plein - ETP) sont salariées dans les SSIAD. Le personnel salarié des SSIAD est caractérisé par la forte présence des aides-soignants qui comptent pour plus de 75 % du personnel en ETP et effectuent principalement des soins d'hygiène de base ; les infirmiers (coordonnateurs ou non) en représentant 15 %.

Afin de compléter leur activité et répondre plus largement aux besoins des patients, les SSIAD font appel à des intervenants extérieurs, dont 90 % sont des infirmiers libéraux, pour effectuer essentiellement des actes médicaux infirmiers.

Dominique BERTRAND

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique
Ministère de la Santé et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État

LES services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) font partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et des familles (article L. 312-1, 6° et 7°). Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes, et depuis 2004¹ aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, des soins infirmiers et d'hygiène générale et apportent également des aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes en prévenant ou en différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement ou bien en raccourcissant certains séjours hospitaliers. À ce titre, ils interviennent principalement au domicile des patients mais aussi, plus rarement, dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées ou pour personnes adultes handicapées.

La DREES a réalisé en 2009 une enquête portant sur l'activité en 2008 de l'ensemble des SSIAD situés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer ainsi que des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ces derniers étant interrogés exclusivement sur leurs pres-

tations de soins infirmiers à domicile (encadré 1). Dans cette étude, on utilisera le terme SSIAD pour désigner l'ensemble de ces services sauf mention contraire. Cette enquête SSIAD 2008 actualise les connaissances sur les modes de fonctionnement des SSIAD, leur activité, leur personnel et leur patientèle [Bressé, 2004]. Son caractère exhaustif permet aussi d'avoir une vision précise de l'équipement en SSIAD par région et département.

Fin 2008, 2 095 services disposent de 106 000 places installées soit 35 000 de plus qu'en 2002

Selon l'enquête, au 31 décembre 2008, les 2 095 services de soins infirmiers à domicile recensés en France (métropole et outre-mer) comptent un peu plus de 106 000 places² installées, c'est-à-dire financées par les crédits de l'Assurance maladie (encadré 2). Les SPASAD constituent 2 % de ces services et 4 % de la capacité, les 47 SPASAD comptant 4 569 places installées.

Depuis leur création, la capacité d'accueil des SSIAD n'a jamais cessé d'augmenter (tableau 1). Après la phase de montée en puissance entre 1980 et 1984, l'augmentation des capacités s'est poursuivie à un rythme très soutenu jusqu'en 1992 (+9 % en moyenne par an), puis un peu plus faible de 1992

à 2002 (+4 % par an). Le taux de croissance est toutefois reparti à la hausse sur la période 2002-2008, avec une moyenne annuelle de +7 %.

Cette inflexion à la hausse résulte de l'accent très fort mis au cours des années 2000 sur le maintien à domicile des personnes âgées : le plan Vieillesse et solidarités 2004-2007 prévoyait ainsi la création de 17 000 places de soins infirmiers à domicile supplémentaires, et le plan Solidarités grand âge 2007-2012 a fixé un objectif de création de 6 000 places chaque année à partir de 2006. En parallèle, le champ d'intervention des SSIAD a été étendu aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques et les SPASAD étaient créés en 2004. La croissance du nombre de places de soins infirmiers à domicile mesurée entre 2002 et 2008 apparaît ainsi globalement cohérente avec les objectifs affichés par les pouvoirs publics.

Cette croissance du nombre de places a été atteinte d'une part grâce à une augmentation significative du nombre de services (1 760 en 2002, 2 095 en 2008 soit une hausse de 3 % en moyenne annuelle), mais plus encore par un fort accroissement de la capacité d'accueil moyenne des services. On compte ainsi en moyenne 50 places installées par service de soins infirmiers à domicile en 2008 contre 40 places en

1. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004.

2. Le nombre de « places » d'un service correspond au nombre de personnes relevant de son territoire d'exercice qu'il peut prendre simultanément en charge.

ENCADRÉ 1

L'enquête auprès des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en 2008

La DREES a réalisé en 2009 une enquête ponctuelle et exhaustive portant sur l'exercice 2008 auprès des services de soins infirmiers à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (uniquement pour la partie soins), directement adressée par voie postale aux directeurs de ces services. Le lancement de l'enquête a été effectué à partir du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

L'enquête se compose de deux volets :

- le premier volet décrit le fonctionnement du service au 31 décembre 2008 (nombre de places, nombre de personnes prises en charge et ancienneté de leur suivi, composition du personnel salarié, horaires d'intervention, partenaires du service, etc.) ainsi que l'activité de l'année 2008 (nombre d'entrées, de sorties, de demandes non satisfaites, etc.) ;
- le deuxième volet permet de décrire précisément, sur une période de référence - du 6 au 19 octobre 2008 - les interventions effectuées par le personnel salarié d'une part et les intervenants libéraux d'autre part (par fonction : le nombre d'heures par type d'actes pour les uns, type d'actes pour les autres et, pour tous, le nombre de bénéficiaires et de passages correspondants) et les bénéficiaires de ces interventions (sexe, classe d'âge, niveau de dépendance, conditions de vie).

Les informations relatives à l'exercice 2008 présentées dans cette étude sont issues de l'exploitation de l'ensemble des répondants : 2 022 services sur les 2 095 recensés dans le répertoire FINESS (2 048 SSIAD et 47 SPASAD) et ayant eu une activité en 2008. Le taux de participation à l'enquête est donc de 96 %. Un redressement de la non-réponse a cependant été effectué pour obtenir, à partir des données de l'enquête, le nombre total de services et de places installées par département, les places installées associées aux non-répondants étant celles du répertoire FINESS au 31 décembre 2008.

2002. Plus des trois quarts des SSIAD ont une capacité d'accueil comprise entre 20 et 70 places, 7 % des SSIAD comptent 100 places installées ou plus (graphique 1).

95 % des places toujours destinées aux personnes âgées

Malgré l'élargissement de leur champ d'intervention depuis 2004, la très grande majorité des capacités des SSIAD (95 %) reste destinée aux

personnes âgées de 60 ans ou plus (tableau 2) : l'essentiel de la croissance des capacités d'accueil depuis 2002 a donc profité aux personnes âgées. Néanmoins, 40 % des SSIAD déclarent des places spécifiques pour les personnes handicapées, ce qui n'est possible dans les textes que depuis 2004 car avant cette date, la prise en charge des personnes handicapées par un SSIAD ne pouvait se faire qu'à titre dérogatoire.

Au total, au 31 décembre 2008, les SSIAD ont en charge environ 98 300 personnes dont 93 000 personnes âgées. Le taux d'occupation des places, rapportant les effectifs accueillis aux capacités installées, est de l'ordre de 93 % et a peu évolué depuis 2002. Un peu plus de 5 000 personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques étaient accueillies par les SSIAD à cette date.

■ ENCADRÉ 2

Le fonctionnement et le financement des services de soins infirmiers à domicile en 2008

L'autorisation de créer un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est délivrée par le préfet de département après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). La création d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) se concrétise juridiquement par la signature d'un arrêté conjoint du préfet de département et du président du conseil général.

L'autorisation est accordée si le projet :

- est compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
- satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement ;
- présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu compte tenu des conditions de satisfaction des besoins, ou de l'activité et des coûts des services fournissant des prestations comparables ;
- présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec la dotation limitative des crédits d'assurance maladie pour les personnes âgées fixée au regard de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale.

L'autorisation de création détermine par ailleurs l'aire géographique dans laquelle le service intervient, et fixe le nombre de personnes susceptibles d'être prises simultanément en charge compte tenu des besoins dans l'aire d'intervention. Le nombre de places autorisées fixé par arrêté préfectoral correspond donc à la prise en charge journalière maximale théorique du SSIAD : il peut être différent du nombre de places installées allouées au service.

La loi confie à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) la répartition équitable, sur l'ensemble du territoire, des enveloppes financières destinées aux établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées. Ces ressources correspondent à :

- des crédits de l'assurance maladie,
- des ressources propres de la CNSA.

La CNSA notifie ces enveloppes aux préfets qui fixent alors le montant des dotations globales et annuelles. Cette modalité de financement permet de doter la structure pour la prise en charge d'un nombre de personnes ayant besoin de soins, quelle que soit la charge en soins.

Sur la base des pièces justificatives produites par les services, les caisses départementales d'assurance maladie remboursent les services.

L'autorité qui a connaissance des enveloppes et qui fixe les tarifs (le préfet et la DDASS¹) est ainsi distincte de celle qui verse les crédits aux services (les caisses d'assurance maladie).

La tarification des SSIAD est unifiée même si les SSIAD intervenant auprès de personnes de 60 ans ou plus et auprès de personnes adultes de moins de 60 ans ont à gérer deux enveloppes distinctes pour chaque catégorie de bénéficiaires.

Le budget du SSIAD est censé couvrir l'ensemble des frais du service, la rémunération du personnel et les frais de fonctionnement (locaux, transport, administration du service).

Le SSIAD peut ainsi employer des infirmiers et des aides-soignants salariés et aussi recourir à des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte. Les aides-soignants travaillent sous la surveillance des infirmiers et ne sont autorisés à effectuer que des actes de soins non techniques (soins de base ou relationnels) tandis que les infirmiers peuvent effectuer tous les types d'actes, techniques ou non.

1. À compter de 2010, les compétences de la DDASS dans le domaine médico-social sont transférées à l'Agence régionale de santé (ARS).

■ TABLEAU 1

Évolution de la capacité installée des SSIAD en France entre 1980 et 2008

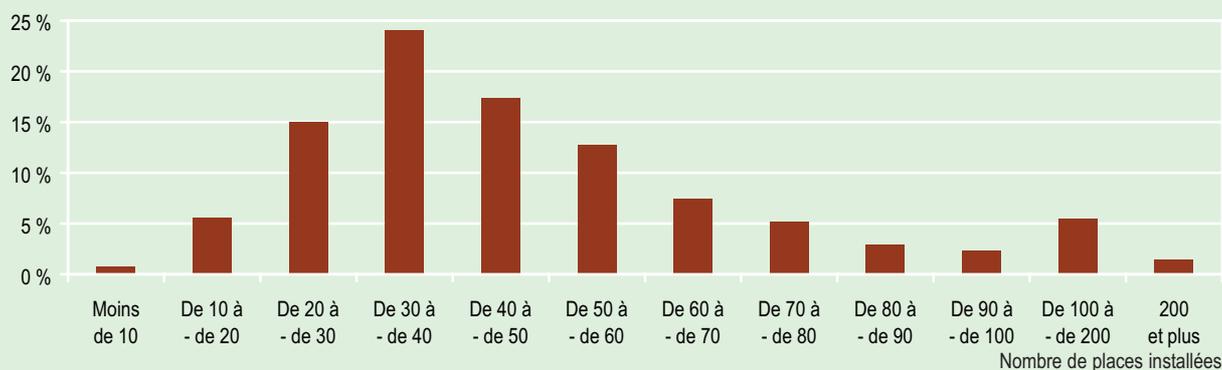
	1980	1984	1988	1992	1996	2002	2008
Nombres de places installées	3 500	23 338	34 870	47 468	56 650	70 939	106 057
		entre 1980 et 1984	entre 1984 et 1988	entre 1988 et 1992	entre 1992 et 1996	entre 1996 et 2002	entre 2002 et 2008
Taux de croissance annuelle moyen		61 %	11 %	8 %	5 %	4 %	7 %

Champ • France entière.

Sources • CNAMTS et enquête SSIAD 2008, DREES.

■ GRAPHIQUE 1

Répartition des SSIAD selon leur capacité installée



Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

■ TABLEAU 2

Caractéristiques générales des SSIAD au 31 décembre 2008

	Nombre de structures	Capacité installée			Effectif			Taux d'occupation
		Personnes handicapées	Personnes âgées	Total	Personnes handicapées	Personnes atteintes de pathologies chroniques	Personnes âgées	
1 - public	746	1 127	32 242	33 369	1 008	521	29 423	92,8 %
2 - privé non lucratif	1 322	3 605	68 084	71 689	2 452	1 201	62 727	92,6 %
3 - privé lucratif	27	32	967	999	26	6	891	92,4 %
Total général	2 095	4 764	101 293	106 057	3 486	1 728	93 041	92,6 %

Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

La majorité des SSIAD est gérée par des organismes privés à but non lucratif

Près des deux tiers des services (63 %) sont gérés par des organismes privés à but non lucratif ; le plus souvent des associations. Les SSIAD gérés par des organismes ou établissements publics (établissements publics d'hospitalisation, centres communaux d'ac-

tion sociale, établissements sociaux et médico-sociaux) représentent près de 36 % de la totalité des services, les 27 organismes privés à caractère commercial n'en représentant que 1 %.

Les SSIAD sont généralement liés à des entités qui favorisent la collaboration et la coordination entre professionnels du secteur sanitaire ou médico-social. Ainsi, plus de 60 % des SSIAD sont

adossés à une ou plusieurs structures sanitaires ou médico-sociales gérées par la même entité juridique : 27 % le sont à un service d'aide et d'accompagnement à domicile, 23 % à un établissement d'hébergement pour personnes âgées, 22 % à un établissement ou un centre de santé. Par ailleurs, 78 % des SSIAD ont signé une convention de partenariat et de coordination avec une ou plusieurs

autres entités juridiques, 68 % avec des infirmiers libéraux, 37 % avec des pédicures-podologues, 19 % avec une structure d'hospitalisation à domicile, 14 % avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile et 9 % avec un établissement de santé.

Près des trois quarts des SSIAD participent également à un réseau coordonné pour assurer une meilleure orientation du patient tout en favorisant la continuité des soins. Parmi eux, 63 % font notamment partie d'un réseau de gérontologie ou d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) et plus de 30 % d'un réseau de soins palliatifs. Par contre, la participation des SSIAD à un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) est encore très limitée : moins de 4 % d'entre eux ont adopté cette formule – encore récente³ à la date de l'enquête – très poussée de collaboration aboutissant à la création d'une nouvelle entité juridique avec apport financier, mutualisation de moyens (locaux, personnel...) et de services (juridiques, comptables...).

Les SSIAD interviennent pour 98 % d'entre eux tous les jours de la semaine, y compris le samedi et le dimanche, et parmi eux, 6 % sont ouverts sans interruption tout au long de la journée. Les plages d'intervention du personnel soignant salarié couvrent chaque jour une durée de huit heures et trente minutes en moyenne ; cette durée est comprise entre sept heures et trente minutes et neuf heures et trente minutes pour la moitié des SSIAD. Dans un tiers des SSIAD, ces interventions commencent avant 7h30 et dans environ 40 %, elles se terminent à 20 heures ou après. Presque tous les SSIAD interrompent

leurs interventions en fin de matinée (au plus tard à 13h30) et les trois quarts ne les reprennent pas avant 16 heures l'après-midi.

Un taux d'équipement variable selon les départements

En France métropolitaine, on compte en moyenne, huit places installées en SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus (âge minimum pour un suivi par un SSIAD excepté pour les personnes handicapées). Les taux d'équipement départementaux ainsi définis s'échelonnent entre 5 et 14 pour mille, mais près de la moitié des départements comptent entre 7 et 9 places installées pour 1 000 personnes de 60 ans ou plus (carte 1). C'est souvent dans des départements ruraux que l'on trouve les plus forts taux d'équipement (avec des maxima à 14 et 12 pour mille respectivement dans les Hautes-Alpes et la Creuse).

Si l'on rapporte le nombre de places en SSIAD à la population restreinte aux personnes âgées de 75 ans ou plus (ces dernières constituant plus de 80 % des patients des SSIAD), le taux d'équipement est en moyenne d'environ 20 places pour mille personnes de 75 ans ou plus, il varie de 14 à 36 pour mille selon les départements, près de la moitié des départements comptant entre 18 et 22 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus (carte 2).

Quel que soit l'indicateur observé, les taux d'équipement en SSIAD sont plus élevés dans tous les départements des régions Picardie, Limousin, dans

une grande part de ceux de la région Midi-Pyrénées, s'étirant ainsi plus globalement vers la zone géographique du Massif central ainsi que dans d'autres départements de l'Est de la France et en Corse. À l'inverse, les régions Rhône-Alpes, Île-de-France (sauf Paris) et certains départements limitrophes ainsi que plusieurs départements côtiers de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur apparaissent plus faiblement équipés de même que, dans une moindre mesure, les départements de la façade atlantique. Parmi les départements ultramarins, la Guadeloupe est la mieux équipée alors que la Martinique figure parmi les départements les moins équipés.

80 % des patients des SSIAD ont 75 ans ou plus et les deux tiers sont suivis depuis plus de 6 mois

Seulement 5 % des personnes suivies par les SSIAD sont âgées de moins de 60 ans. La répartition par âge des personnes prises en charge entre le 6 et le 19 octobre 2008⁴, montre que 38 % ont de 75 à 84 ans et 37 % de 85 à 95 ans (tableau 3) et que les deux tiers d'entre elles sont des femmes. La prédominance des femmes s'accroît à partir de 75 ans, elle est de 56 % parmi les personnes âgées de 60 à 74 ans mais atteint 82 % parmi celles de 96 ans ou plus, conformément à leur part dans l'ensemble de la population de chacune de ces tranches d'âge (les femmes représentant 53 % des personnes de 60 à 74 ans, 61 % des 75 à 84 ans, 71 % des 85 ans à 95 ans et 83 % des 96 ans ou plus⁵).

La majorité (62 %) des personnes prises en charge au 31 décembre 2008

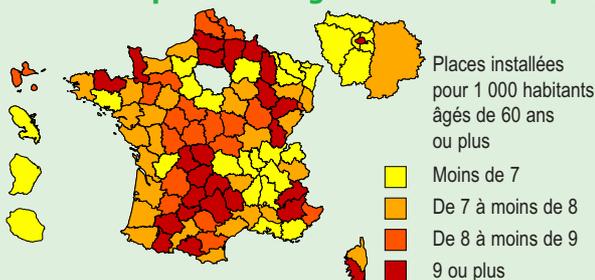
3. Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006.

4. L'enquête demandait de décrire l'ensemble des patients ayant bénéficié des soins des services au cours de la période de 14 jours allant du 6 au 19 octobre 2008, ces bénéficiaires étant considérés comme représentatifs de l'ensemble des patients traités au cours de l'année 2008.

5. Sources INSEE, estimations de population au 1er janvier 2008 (résultats provisoires arrêtés fin 2009).

CARTE 1

Répartition des départements selon le taux d'équipement des SSIAD par rapport au nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus

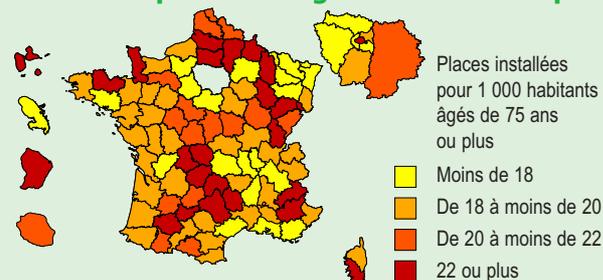


Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

CARTE 2

Répartition des départements selon le taux d'équipement des SSIAD par rapport au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus



Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

sont suivies dans le SSIAD sans interruption⁶ depuis au moins 6 mois et 43 % le sont depuis plus d'un an (graphique 2).

Environ 140 000 personnes ont quitté un SSIAD en 2008 après y avoir été suivies depuis environ huit mois. La durée de suivi des sortants âgés de moins de 60 ans est plus courte que celle des personnes plus âgées. Elle est ainsi, en moyenne, de huit mois pour les personnes de 60 ans ou plus mais de l'ordre de six mois pour les personnes présentant un handicap et d'environ quatre mois pour les personnes atteintes de pathologies chroniques.

Des personnes âgées vivant à domicile dont plus d'un tiers sont très dépendantes

Sans surprise, la plupart des personnes faisant appel à un SSIAD vivent à domicile, le plus souvent en couple ou avec une personne de même génération (41 %) ou seule (36 %). La proportion de personnes vivant avec une personne de la génération suivante est de 15 % tandis que la proportion de personnes vivant avec une personne de la génération précédente est de 4 %, à rapprocher de la part des personnes de moins de 60 ans prises en charge (5 %) par les SSIAD. Enfin, seules 4 % vivent dans un établissement médico-social.

Pratiquement toutes les personnes âgées de 60 ans ou plus suivies par un SSIAD sont en situation de perte d'autonomie. Au sens de la grille AGGIR⁷, seulement 3 % sont évaluées en GIR 5 ou 6, c'est-à-dire peu ou pas dépendantes (tableau 4). Les bénéficiaires de prestations SSIAD se répartissent presque uniformément entre les GIR 2, 3 et 4 (autour de 30 % pour chacun de ces groupes) et cette répartition varie peu en fonction de leur âge. Les GIR 1 représentent une part beaucoup plus faible des bénéficiaires (7 %).

Si l'on compare le niveau de dépendance des personnes âgées suivies par les SSIAD à celles hébergées en établissement⁸, on observe que les SSIAD accueillent moins souvent de personnes lourdement dépendantes que les établissements (7 % de GIR 1 contre 19 %) [Perrin-Haynes, 2010] mais également moins de personnes peu ou pas dépendantes (3 % de GIR 5 et 6 contre 15 %) tandis qu'ils suivent plus fré-

6. Une interruption temporaire de soins (pour cause d'hospitalisation, de vacances, etc.) entraîne une fin de prise en charge et donc une sortie. En revanche, un renouvellement de prise en charge sans interruption de soins n'est compté ni en sortie ni en entrée et maintient donc la durée du suivi.

7. AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources. La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne. Ces six niveaux, les groupes iso-ressources (GIR), permettent de classer les personnes les plus dépendantes (GIR 1) aux moins dépendantes, voire non dépendantes (GIR 6).

8. Ensemble des établissements d'hébergement à l'exception des logements-foyers : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, maisons de retraite et unités de soins de longue durée.

■ TABLEAU 3

Répartition en pourcentage des bénéficiaires SSIAD selon le sexe et la classe d'âge

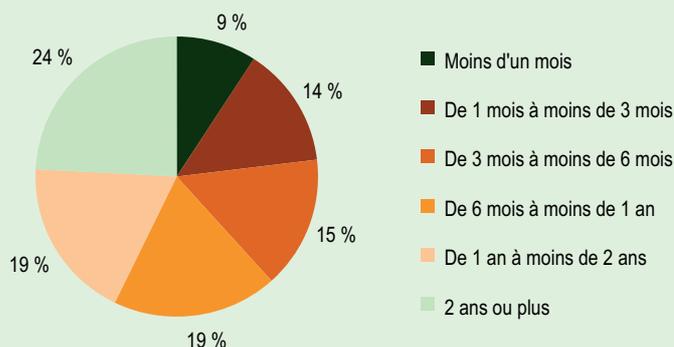
	Hommes	Femmes	Total	Part des femmes
18 - 20 ans	0,2	0,1	0,1	50,0
21 - 24 ans	0,2	0,1	0,1	40,2
25 - 44 ans	2,1	0,9	1,3	46,6
45 - 54 ans	2,5	1,6	1,9	56,0
55 - 59 ans	2,5	1,6	1,9	55,7
60 - 74 ans	18,3	12,0	14,1	56,6
75 - 84 ans	39,7	37,2	38,1	65,1
85 - 95 ans	31,8	40,3	37,4	71,5
96 ans ou plus	2,8	6,2	5,1	81,8
Total	100,0	100,0	100,0	66,5

Champ • France entière - Bénéficiaires suivis entre le 6 et le 19 octobre 2008.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

■ GRAPHIQUE 2

Répartition des bénéficiaires SSIAD au 31 décembre 2008 selon l'ancienneté de leur prise en charge



Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

quement les personnes âgées moyennement dépendantes (57 % de GIR 3 et 4 contre 33 %). Dans les deux types de structures, les GIR 2 constituent environ un tiers des personnes suivies. Par ailleurs, le niveau de dépendance n'évolue pas en fonction de l'âge des bénéficiaires des prestations de SSIAD, alors qu'il augmente avec l'âge des résidents en institution (graphique 3). Dans les SSIAD, la part des personnes âgées de 85 ans ou plus est inférieure d'environ 10 points à celle des établissements [Perrin-Haynes, 2010].

A contrario, les personnes âgées suivies par les SSIAD sont plus lourdement dépendantes en moyenne que l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile (la plus grande partie des personnes âgées prises en charge par les SSIAD étant du fait de leur

degré de dépendance éligible à l'APA à domicile) : la proportion de personnes très lourdement dépendantes (GIR 1) prises en charge par les SSIAD, si elle reste modeste, est trois fois plus élevée que la part des GIR 1 dans l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile (7 % contre 2,5 % au 31 décembre 2008) et celle des GIR 2, près de 2 fois plus élevée (32 % contre 18 %). À l'inverse, les GIR 4 représentent fin 2008 58 % des bénéficiaires de l'APA à domicile, soit près du double de la proportion observée chez les personnes âgées suivies par les SSIAD. Les bénéficiaires de la prise en charge par les SSIAD constitueraient donc une population en quelque sorte intermédiaire, du point de vue de son degré de dépendance, entre les bénéficiaires de l'APA à domicile pris dans leur ensemble et les résidents en institution.

Si l'on rapporte le nombre de places installées en SSIAD au nombre de personnes évaluées en GIR 1 à 4 et bénéficiaires de l'APA à domicile (carte 3), on obtient une répartition départementale du taux d'équipement assez hétérogène et très différente de celle calculée en rapportant les capacités des SSIAD

au nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus ou à celui des personnes de 75 ans ou plus (cartes 1 et 2). Ces différences peuvent être attribuables à plusieurs facteurs : le recours plus ou moins prononcé à l'hébergement en institution plutôt qu'au maintien à domicile (une hausse du taux d'héber-

gement entraînant mécaniquement une baisse du taux de maintien à domicile et donc une hausse du taux d'équipement en SSIAD), des disparités de prévalence de la dépendance (les groupes sociaux les moins favorisés étant par exemple davantage susceptibles de devenir dépendants), mais aussi des disparités dans le recours à l'APA. Celles-ci peuvent découler de disparités économiques (le non-recours étant plus répandu dans les populations à revenus élevés), d'environnement social et familial (en fonction de la disponibilité des proches) ou traduire des modalités de prise en charge différentes : les soins de *nursing* dispensés par les aides-soignants salariés des SSIAD sur prescription médicale (financés par l'assurance maladie) peuvent également être assurés par des services d'aide et d'accompagnement à domicile (financés pour une part par l'APA, pour une autre part par le bénéficiaire des soins), mais également par des infirmiers libéraux dans le cadre des actes infirmiers de soin (AIS) relevant du rôle propre des infirmiers et remboursés par l'assurance maladie. Un rapport de l'IGAS de 2008 soulignait à cet égard les fortes disparités de pratiques entre territoires, la part des honoraires en AIS des infirmiers libéraux dans l'ensemble des honoraires perçus au titre des AIS et des AMI (actes médicaux infirmiers, qui sont des actes techniques prescrits par un médecin) étant notamment beaucoup plus élevée dans le quart sud-est du pays [Jeandet-Mengual et Reboul, 2008].

TABLEAU 4

Répartition en pourcentage des bénéficiaires SSIAD par Groupe iso-ressource (GIR) et classe d'âge

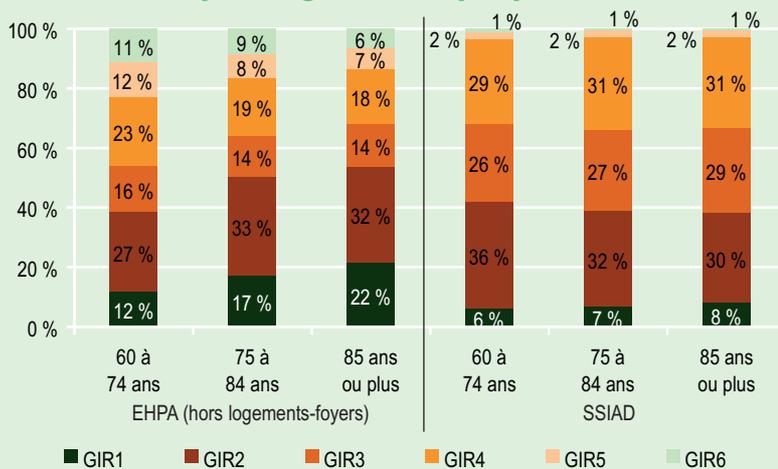
	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6	Pas de GIR	Total
60 - 74 ans	6	36	26	28	2	1	1	100
75 - 84 ans	7	32	27	31	2	1	1	100
85 ans ou plus	8	30	28	30	2	1	1	100
Total	7	32	27	30	2	1	1	100

Champ • France entière - Bénéficiaires suivis entre le 6 et 19 octobre 2008.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

GRAPHIQUE 3

Comparaison de la répartition par GIR des personnes âgées dans les EHPA (hors logements-foyers) et les SSIAD

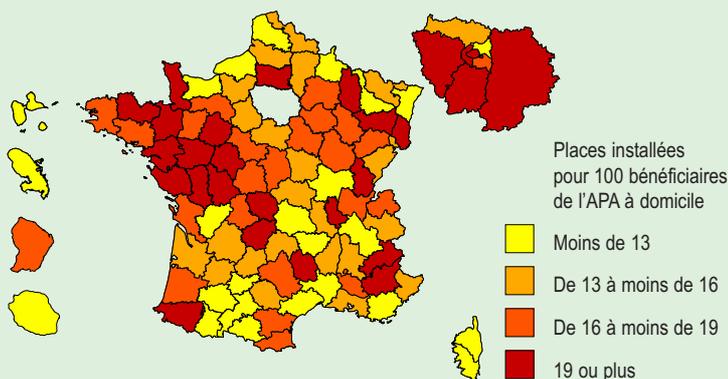


Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

CARTE 3

Répartition des départements selon le taux d'équipement des SSIAD par rapport au nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile



Champ • France entière.

Sources • Enquête annuelle Aide sociale et enquête SSIAD 2008, DREES.

33 000 personnes salariées dans les SSIAD dont 25 000 aides-soignants pour assurer les soins de nursing

Au 31 décembre 2008, plus de 33 000 personnes (tableau 5) sont employées dans l'ensemble des SSIAD, soit 24 300 équivalents temps plein (ETP). Le personnel administratif représente moins de 17 % des effectifs salariés en ETP : il s'agit pour plus de la moitié d'entre eux d'infirmiers coordonnateurs (responsables ou non responsables administratifs). Le personnel soignant salarié (hors infirmiers coordonnateurs) représente plus de 83 % des effectifs en ETP. Il est essentiellement constitué d'aides-soignants. Les infirmiers (hors coordonnateurs) repré-

sentent en effet moins de 6 % de l'ensemble ETP et il n'y a des infirmiers salariés que dans un tiers des SSIAD. Les aides médico-psychologiques forment à peine 1 % des effectifs en ETP et chacun des autres soignants (psychologues, diététiciens, ergothérapeutes et psychomotriciens) moins de 0,1 % car ils interviennent auprès d'un nombre restreint de bénéficiaires.

Le taux d'encadrement global est en moyenne sur l'ensemble des SSIAD de 23 salariés ETP pour 100 places installées dont 18 aides-soignants ETP pour 100 places.

Les infirmiers coordonnateurs sont la clé de voûte du dispositif de soins infirmiers à domicile ; ils ont consacré, durant la quinzaine de référence⁹, plus de 46 % de leur activité aux tâches de coordination (accueil des personnes, évaluation de leurs besoins en soins, coordination des salariés du service ou des conventionnés mais également avec d'autres services ou établissements sanitaires ou médico-sociaux), un peu moins de 38 % aux tâches d'administration (gestion de ressources humaines, administrative et financière, participation à différentes instances, relations avec l'autorité de contrôle et de tarification). Par voie de conséquence, les activités de soins

n'ont occupé que 16 % de leur temps de travail.

Les soins dispensés par les infirmiers salariés du SSIAD sont le plus souvent des soins techniques que les aides-soignants qui travaillent sous leur surveillance ne sont pas autorisés à effectuer. Ces derniers assurent les soins d'hygiène de base dits de *nursing* (toilette, shampoing, pédiluve), l'aide aux transferts (par exemple : du lit au fauteuil), l'aide à l'alimentation et à l'hydratation, etc. Les aides-soignants ont ainsi effectué durant la quinzaine de référence plus de 90 % des heures de soins dispensés par l'ensemble du personnel soignant salarié. L'activité des SSIAD est donc caractérisée par la prépondérance des soins liés à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne.

20 000 intervenants extérieurs dont 90 % d'infirmiers libéraux pour effectuer des soins techniques

Afin d'assurer l'ensemble des interventions nécessaires à la prise en charge de leurs patients, plus de 80 % des services de soins infirmiers à domicile ont toutefois eu recours à des infirmiers libéraux au cours de la période

d'observation. En effet, 20 000 professionnels non salariés des SSIAD sont intervenus régulièrement ou ponctuellement auprès de bénéficiaires des SSIAD, et parmi eux, 90 % sont des infirmiers libéraux ; par ailleurs, 4 % sont des infirmiers salariés de centres de soins infirmiers (CSI) dont les actes sont tarifés sur la même base que les actes effectués par les infirmiers libéraux.

L'ensemble de ces infirmiers a procédé le plus souvent à des actes médicaux infirmiers (AMI) et très peu à des soins d'hygiène de base (AIS)¹⁰ : 90 % des actes effectués par ces infirmiers en faveur des personnes prises en charge par un SSIAD sont des actes médicaux infirmiers. Il convient de mentionner également la participation des pédicures-podologues (6 % de l'ensemble des intervenants libéraux) pour des actes liés à leur qualification.

Au total, le nombre de visites effectuées par les intervenants libéraux représentent 15 % du total des visites aux patients ayant fait appel à un SSIAD. Ces interventions permettent ainsi aux SSIAD de proposer à leurs bénéficiaires une prise en charge globale de soins dans le cadre de leur maintien à domicile. ■

9. Activité observée entre le 6 et le 19 octobre 2008.
10. La nomenclature des soins infirmiers classe ceux-ci en deux catégories : les actes médicaux infirmiers (AMI) sont des actes techniques, qui ne peuvent être effectués que par des infirmiers. Les actes infirmiers de soin (AIS) recouvrent les soins d'hygiène de base : ils peuvent aussi être effectués par les aides-soignants sous le contrôle d'un infirmier.

■ TABLEAU 5

Répartition du personnel salarié des SSIAD en fonction au 31 décembre 2008 et taux d'encadrement

	Effectif	Équivalent temps plein (ETP)	Répartition	Taux d'encadrement (pour 100 places)
Personnel administratif	6 320	4 060	16,7 %	3,8 %
<i>dont infirmier coordonnateur</i>	2 683	2 204	9,1 %	2,1 %
Personnel soignant	27 413	20 243	83,3 %	19,1 %
<i>dont infirmier (hors coordonnateur)</i>	1 733	1 330	5,5 %	1,3 %
<i>dont aide-soignant</i>	25 115	18 577	76,4 %	17,5 %
Total général	33 733	24 303	100,0 %	22,9 %

Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

■ Pour en savoir plus

- Bressé S., 2004, « Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », *Études et Résultats* n° 350, DREES, novembre.
- Perrin-Haynes J., 2010, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007 », *Document de travail* n° 142, DREES, février.
- Jeandet-Mengual E. et Reboul (de) J.-B., 2008, « Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers », Note RM2008-017P, IGAS, février.