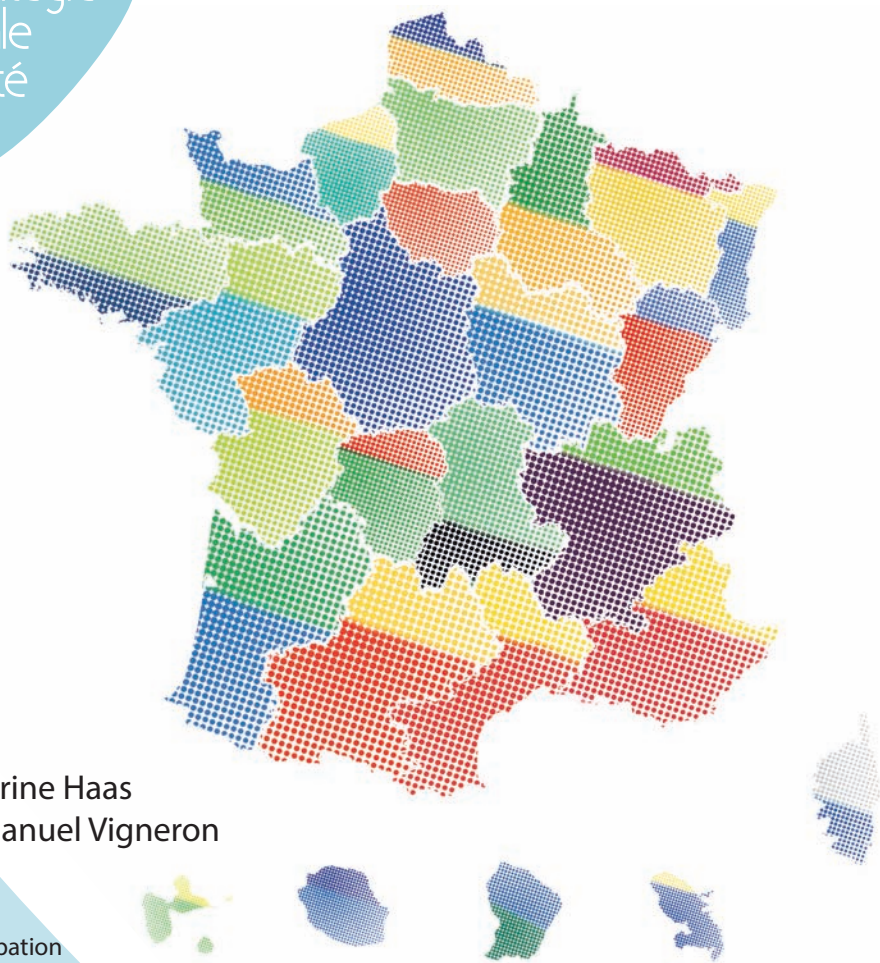


Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux

2^e Édition 2013

quels
enseignements
pour la stratégie
nationale
de santé
?

De l'analyse régionale
à une mise en perspective nationale



Sandrine Haas
Emmanuel Vigneron

Avec la
participation
de :

David Causse,

Samah Ben Abdallah, Tharshini Bancel,
Judith Guer, Sophie Landré, Adeline Leberche,
Laurent Perazzo, Stéphanie Rousval-Auville,
du Pôle Santé-Social de la FEHAP



26 guides régionaux des services à domicile synthèse

A l'heure où la stratégie nationale de santé annonce la « révolution du premier recours », où les soins sont appelés à s'organiser autour du « parcours de la personne », les services à domicile sont des acteurs clefs d'un système de santé en mouvement.

Les maîtres mots de cette « révolution » à venir sont depuis longtemps le cœur de métier des services à domicile : « coopération », « coordination », « équipes pluri professionnelles », « proximité » et « territoires ». Le « parcours » des personnes est au centre de leurs interventions, puisque les services à domicile soignent, accompagnent ou assistent les personnes vulnérables dans leur quotidien, évaluent leurs besoins, veillent à leur situation, en préviennent les risques.

Qu'ils s'adressent aux malades, aux personnes âgées, aux adultes ou enfants en situation de handicap, voire aux familles, les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires à domicile constituent donc une innovation importante du système de santé.

Cette innovation s'est longtemps faite sans bruit. Parce qu'ils se sont développés aux marges des gros établissements, parce qu'ils représentent des investissements finalement légers au regard des autres équipements médico-sociaux ou sanitaires, parce qu'ils sont par nature dispersés sur le territoire, parce qu'ils sont aussi diversifiés que spécialisés, les services à domicile sont encore trop souvent méconnus.

La FEHAP publie aujourd'hui sous la plume de Sandrine Haas et de Emmanuel Vigneron, avec l'aide des conseillers chargés de mission du pôle Santé-Social de la FEHAP et de son Coordonnateur, David Causse, une série de 26 guides régionaux sur les services à domicile, un par région donc y compris les Régions d'Outre-Mer. Totalisant près de 3 500 pages, il s'agit là de la deuxième édition, revue et augmentée, après celle publiée en 2011.

Ces guides visent à rendre toute leur visibilité aux services à domicile, qui se sont particulièrement développés ces 15 dernières années et sans la contribution desquels l'organisation de la médecine de parcours demeurera une chimère.

Dans cette seconde édition des 26 guides régionaux, les services à domicile sont décrits pour chacune des régions françaises, à des échelles territoriales fines, celles qui sont les plus adaptées au parcours des personnes, comme les zones d'emploi ou les bassins de vie.

Six grandes catégories de services à domicile sociaux, médico-sociaux ou sanitaires y sont présentées :

- **Les SESSAD**, ou Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile. Ils s'adressent aux enfants handicapés de moins de 20 ans, qu'ils suivent au plus près de leur lieu de vie habituel au domicile, à la crèche ou à l'école, et mettent en œuvre des moyens médicaux, paramédicaux, éducatifs et pédagogiques qui peuvent contribuer à l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie.

- **Les SAMSAH et les SAVS**, ou Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés et les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale. Ils s'adressent aux personnes en situation de handicap, qu'ils accompagnent dans la réalisation de leur projet de vie.

- **Les SSIAD**, ou Services de Soins Infirmiers à Domicile. Ils interviennent sur prescription médicale et assurent la coordination des soins infirmiers auprès du domicile des personnes âgées, mais aussi, et de plus en plus, auprès des personnes handicapées et ou souffrant d'une maladie chronique.

- **Les SAP**, ou Service à la Personne, dont les activités sont définies dans le code du travail (art. L7231-1) : les gardes d'enfants ; l'aide personnelle ou l'aide à la mobilité pour les personnes vulnérables ; les tâches ménagères et familiales au domicile.

- **La Dialyse à domicile et de proximité** offre aux patients qui le peuvent et le souhaitent, d'acquérir au cours d'une période de formation une autonomie permettant la prise en charge chez eux de leur traitement (dialyse péritonéale ou hémodialyse), l'établissement de santé en assurant l'installation et le suivi technique et médical.

- **L'HAD**, ou l'Hospitalisation à Domicile. Elle désigne des établissements de santé délivrant des soins à domicile. Cette modalité de prise en charge peut éviter l'hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée de séjour.

Ces guides ont une portée pratique puisqu'ils présentent pour chacun des services, leurs missions, leurs modes de fonctionnement et compétences, les principaux textes qui en régissent l'activité, ainsi que les chiffres clefs les concernant dans la région.

Ces guides ont aussi une portée stratégique. De nombreuses cartes géographiques et tableaux éclairent le texte. Ces cartes localisent les structures, décrivent leur diversité, leur spécialisation, et mesurent les dotations relatives des territoires de la région. Elles éclairent les questions essentielles pour les opérateurs ou les décideurs : Où sont les besoins ? Sont-ils bien couverts ? Quelles sont les ressources pour y répondre mieux ?

Ces guides régionaux rassemblent dans un même volume tous les types de services, ces guides donc échappent à une lecture trop simpliste et trop fréquente en « tuyaux d'orgue », permettant ainsi d'identifier les compétences complémentaires sur le territoire ou les territoires voisins, et de trouver les partenaires à mobiliser pour répondre au besoin global des personnes. C'est certainement une orientation vitale pour nombre de services à la personne, qui conforteront leurs activités par un adossement avec d'autres acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Ceci s'illustre du reste dans les rapprochements auxquels on assiste actuellement entre les SSIAD et les SAAD ou SAP, sous la forme de Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

Au-delà de ce type de lecture que chacun peut faire dans sa région ou sur son territoire, quels enseignements plus généraux peut-on en retirer à l'échelle de la France ?

Les services à domicile s'imposent dans le paysage de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.

Les services sanitaires et médico-sociaux à domicile représentent ensemble un peu plus de 5 600 structures, qui totalisent en 2012 près de 225 000 places. A cela, il faut ajouter les quelques 26 260 structures de Services à la Personne dont 10 400 sont agréées, représentant au total 850 000 emplois en équivalent temps plein (ETP) dont 480 000 ETP pour les seuls services agréés.

Les services à domicile, qu'ils soient médicaux, sociaux ou médico-sociaux, existent de longue date, mais ils étaient encore peu nombreux au début des années 2000, et c'est dans le courant de la dernière décennie qu'ils se sont développés à un rythme soutenu, affichant des taux annuels de croissance spectaculaires : 7 % pour les SSIAD, 9 % pour les SESSAD, 14 % pour les SAMSAH ou SAVS, et 21 % pour l'HAD. Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ont connu une croissance deux fois supérieure à celle des EHPAD, répondant au doublement du nombre de bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à Domicile depuis 2002, avec 1,2 millions aujourd'hui.

Cette croissance spectaculaire répond à une demande sociale forte, celle de vivre et vieillir chez soi le plus longtemps possible, celle de ne pas devoir se séparer de ses enfants parce qu'ils seraient handicapés, celle de poursuivre ses projets en dépit d'une maladie au long cours qui a pu nous toucher, celle d'éviter l'hospitalisation complète...celle de l'autonomie et de l'intégration sociale de tous.

Cette demande sociale a été relayée plus ou moins tardivement dans des textes législatifs appelant au développement de nouveaux modes de prises en charge et d'accompagnement des personnes âgées, handicapées ou malades. L'accent est mis sur le projet de vie des personnes, le parcours de soins et de santé des patients. C'est autour d'eux que les établissements médico-sociaux et sanitaires doivent mettre en œuvre une organisation adaptée à chacun.

Citons quelques uns de ces textes clefs qui ont promu l'essor des services à domicile :

- Le décret n°89-798 du 27 octobre 1989, et sa circulaire. En définissant de nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement à la fois pour les établissements (IME, IMP, IMPro, EEAP, etc.) et les services accompagnant des enfants et adolescents, ces textes viennent opportunément appuyer un mouvement initié par les associations de parents et familles et par les professionnels des établissements spécialisés, de désinstitutionnalisation de la prise en charge du handicap chez l'enfant.

- La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dont le titre est explicite, et qui sera suivie par le décret 2005-223 du 11 mars 2005 définissant les missions et conditions d'exercice des SAMSAH et des SAVS.

- La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, qui a marqué un tournant dans les politiques de maintien à domicile.

- L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, qui, en dissociant la création de places d'HAD de la régulation des lits d'hospitalisation complète dans le cadre de la carte sanitaire, a reconnu dans cette modalité de soins, non plus une alternative à l'hospitalisation, mais bien une modalité de prise en charge à part entière adaptée aux patients à qui elle s'adresse.

Second enseignement

La croissance des services à domicile devrait se poursuivre

Malgré cette croissance récente soutenue, le développement des services à domicile n'est probablement pas achevé eu égard à l'ampleur et à la croissance des besoins en la matière :

- La population continue de croître en France, à un taux annuel de 0,5 %, qui la place bien au-dessus de la moyenne européenne (0,3 %), de l'ordre de 0,25 % pour les jeunes et les adultes, et proche de 3 % pour les personnes âgées ; par exemple, le taux de croissance de 5 % du nombre de places de SSIAD pour personnes âgées entre 2011 et 2012 n'a pas suivi le vieillissement de la population, puisqu'on enregistre une diminution du même ordre (-4 %) de la densité moyenne de cette offre dans le pays.

- Les besoins de santé et d'accompagnement augmentent aussi avec le développement des maladies chroniques.

- Les niveaux d'équipement, qu'il s'agisse d'institutions ou de services, sont, dans certains domaines du handicap, notoirement insuffisants, et, si les politiques tiennent leurs objectifs, le rattrapage devra se poursuivre.

- Si la « révolution du premier recours » annoncée par la stratégie nationale de santé se met en marche comme il est souhaitable et si le système de soins en France opère une vraie bascule vers un système de santé, laissant toute leur place à la prévention et au suivi, les missions dévolues aux services à domicile seront nécessairement renforcées.

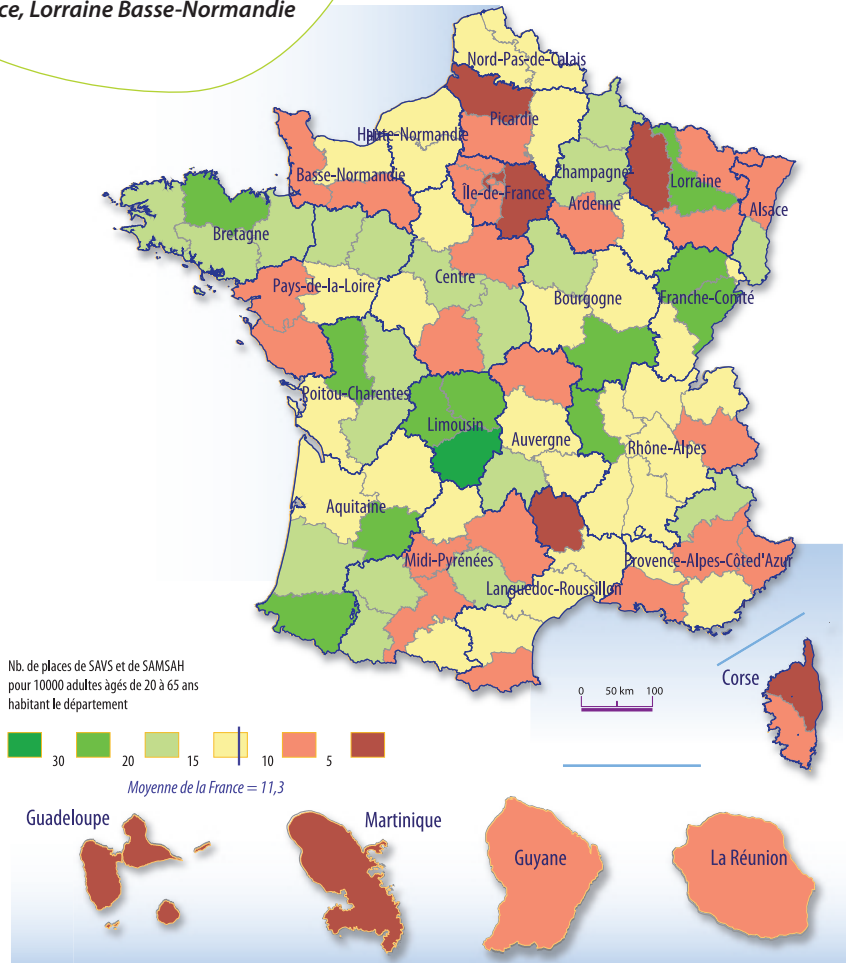
Les services à domicile les plus inégalement répartis

Les services à domicile pour les
adultes en situation de handicap

Les DOM, l'Ile-de-France et la Picardie,
PACA et Corse en retard

Les contrastes départementaux marqués
en Pays de la Loire, Midi-Pyrénées,
Alsace, Lorraine Basse-Normandie

L'offre de SAMSAH et SAVS en 2012



Départements dépourvus de SAVS ou de SAMSAH

Sources Finess 2012, Min. de la Santé et Insee RP 2009 (2007-2011) mis en ligne le 28 juin 2012

Traitements @ nft janvier 2013

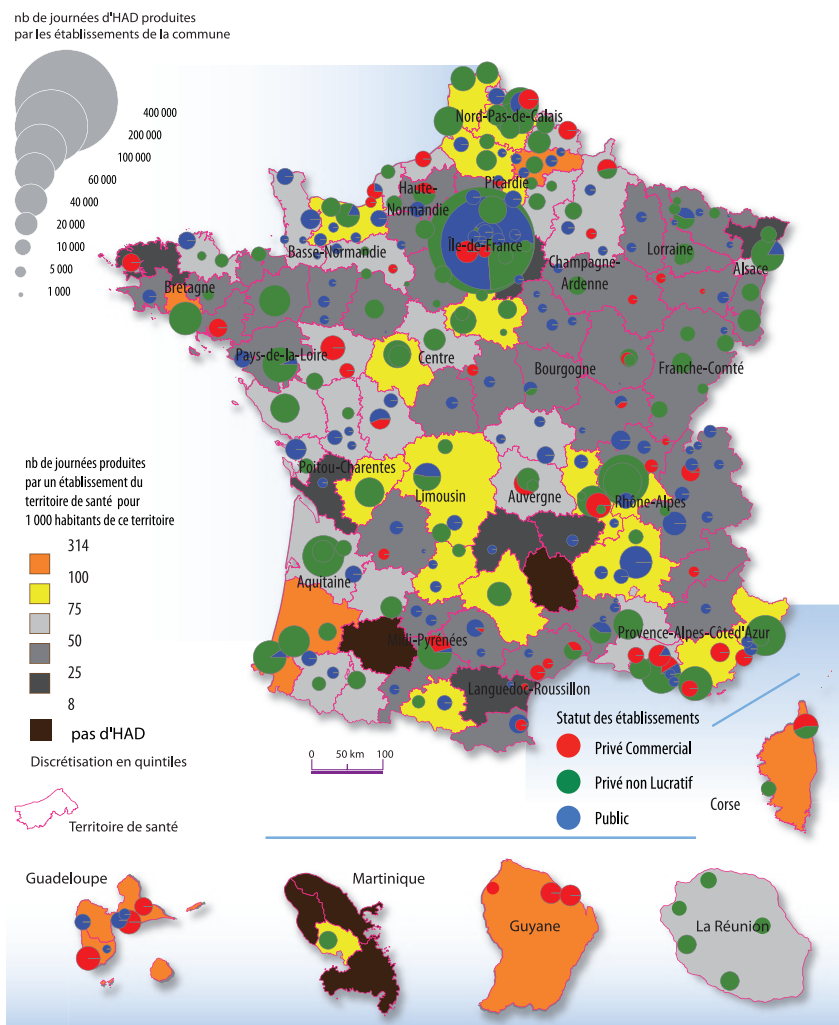
Source cartographique : Artique

L'hospitalisation à domicile très concentrée sur quelques régions

Aquitaine, Limousin, Nord-Pas-De-Calais, Basse-Normandie et Ile-de-France

Plus de 40 % des journées pour un tiers seulement de la population

Hospitalisation à domicile Densité et répartition de l'offre



Source : Finess, 2012
et base PMSI HAD 2011, ATIH

Traitements © nft fev. 2013
Source cartographique : Artique

On voit ici que la détermination du « bon niveau » d'équipement pour les services à domicile représente un exercice périlleux auquel l'étude ne prétend pas. Pour autant, l'approche territoriale adoptée dans l'étude permet la comparaison des niveaux d'offre de ces services, et mesure l'écart d'un territoire ou d'une région au regard de ce qu'est la moyenne nationale. Que cette dernière soit considérée être suffisante ou non ne change rien au fait que par exemple, les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur ou Ile-de-France présentent un nombre de places de services pour les personnes handicapées très inférieur à la moyenne nationale de respectivement 25 % et 53 %. La persistance de différences régionales marquées est le second enseignement de l'étude.

Troisième enseignement

Les fortes inégalités régionales sont le reflet d'un rééquilibrage territorial inachevé

Les services à domicile n'ont pas la même présence dans les 26 régions françaises. L'Hospitalisation à domicile et les services dédiés aux personnes handicapées (SAMSAH et SAVS confondus) sont les deux segments des services à domicile qui offrent les écarts régionaux les plus importants.

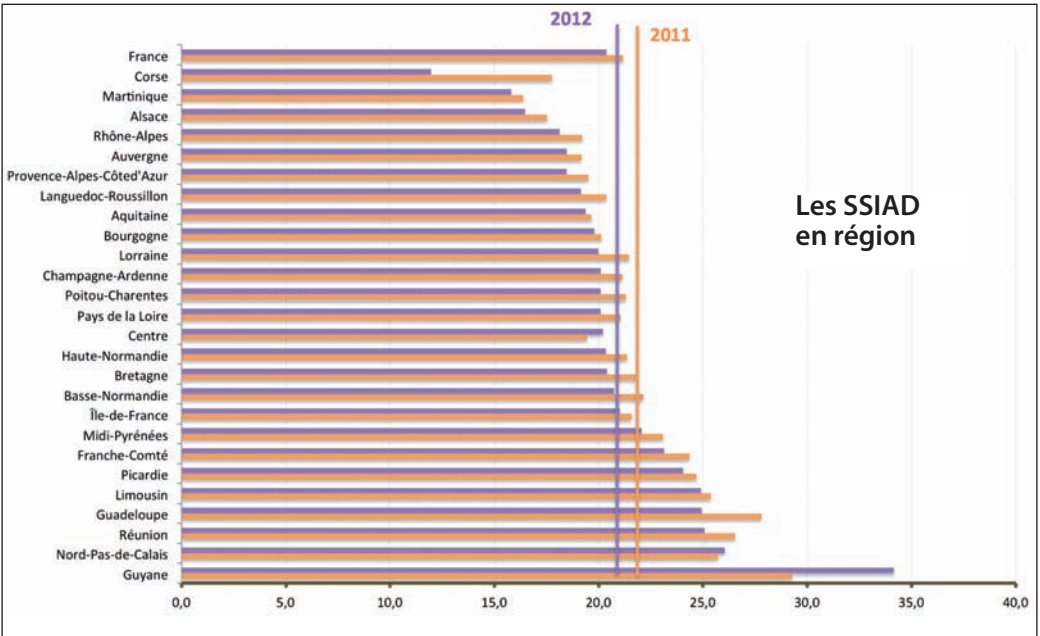
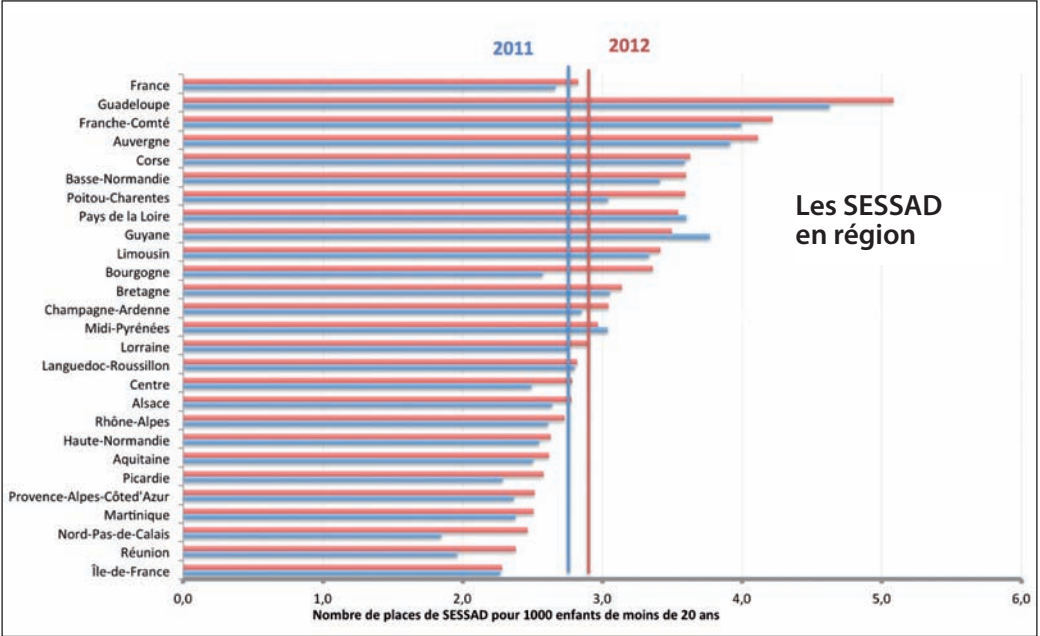
Ainsi, pour les SAMSAH et SAVS par exemple, les DOM, la Corse, l'Ile-de-France, la Picardie ou PACA ont des niveaux d'équipement très inférieurs à la moyenne, qui contrastent fortement avec les régions les mieux dotées que sont le Limousin, la Franche Comté, la Bretagne, la Bourgogne ou l'Aquitaine.

Pour l'HAD, la géographie des taux de recours est tout aussi contrastée, mais toute différente de celle des SAMSAH-SAVS. Le Nord-Pas-De-Calais, le Limousin, la Basse-Normandie et l'Ile-de-France ont un recours en moyenne supérieur de 20 % à ce qu'il est ailleurs en France, tandis qu'une grande frange au Nord Est du Pays, (Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté) est en situation inverse.

Les SESSAD et les SSIAD présentent moins de divergences régionales. La densité d'offre de SESSAD du dernier quart des régions les moins bien équipées a une valeur inférieure de 7 % seulement à la moyenne nationale. Cet écart est du même ordre pour les SSIAD (-6 %). Il reste que pour les SESSAD comme pour les SSIAD, certaines régions ont connu un développement bien plus importants de leurs services, comme sur l'Ouest du pays pour ce qui concerne les SESSAD (le Poitou-Charentes, les Pays de la Loire, la Bretagne et la Basse-Normandie), et des régions plus dispersées pour les SSIAD comme le Limousin à l'Ouest, le Nord-Pas-De-Calais et la Picardie au Nord, la Franche-Comté à l'Est, et surtout la Guadeloupe et la Guyane Outre-Mer.

On le voit, il subsiste en matière d'offre de services à domicile de forts contrastes régionaux. Les politiques de régulation peinent à faire converger

les profils des régions, malgré les nouveaux outils de péréquation mis en œuvre entre les ARS, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et les Conseils Généraux.



Quatrième enseignement

La diversité des paysages de l'offre à la recherche d'une cohérence territoriale

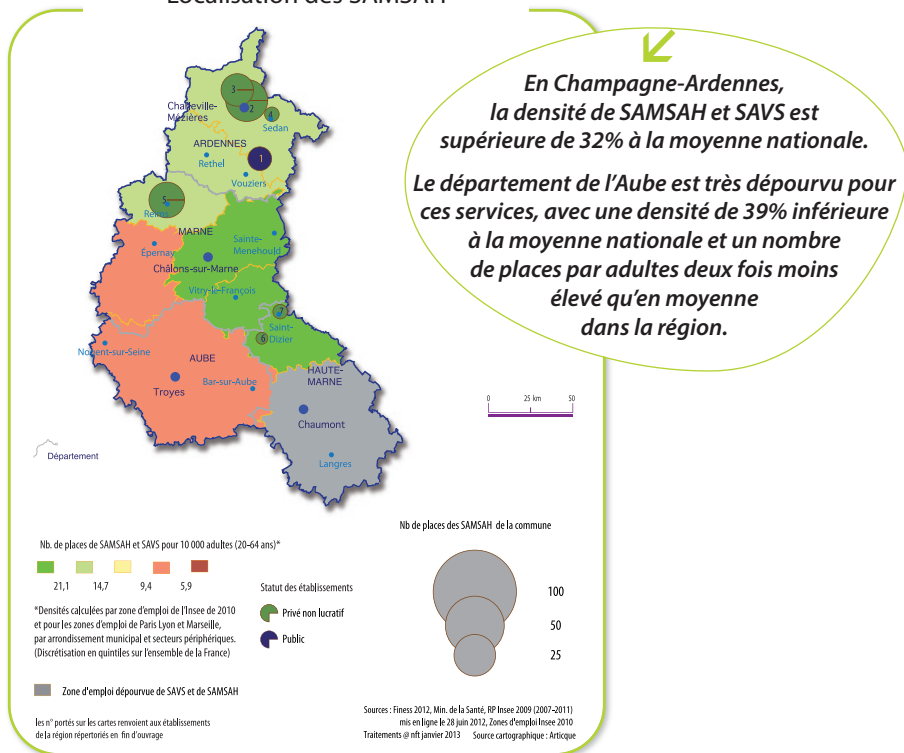
Les différences de dotations régionales sur les grandes catégories de services à domicile donnent des profils régionaux et infrarégionaux très divers, sans qu'une claire typologie territoriale ne puisse être mise à jour.

On peut néanmoins décrire quatre grands types de profils régionaux :

Les régions caractérisées par de fortes dotations sur l'ensemble des services à domicile, et notamment ceux dédiés aux enfants et adultes en situation de handicap : Limousin, Franche-Comté, Bretagne, Bourgogne, Poitou Charente, Champagne Ardennes.

Le développement important des services à domicile dans ces régions n'exclut pas les questions d'inégales répartitions à l'échelle infrarégionale des départements comme c'est le cas des SESSAD dans l'Yonne en Bourgogne, des SSIAD en Charente, ou encore des SAMSAH et SAVS dans l'Aube Champenoise.

Localisation des SAMSAH

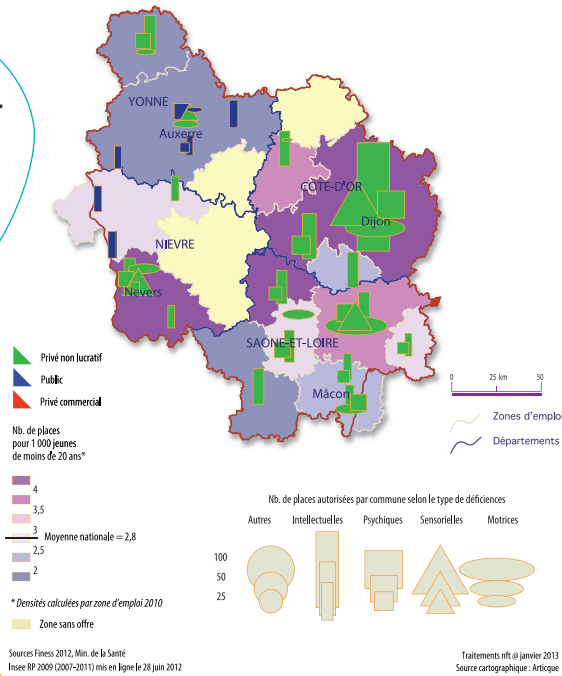


Densité et variété de l'offre des SESSAD

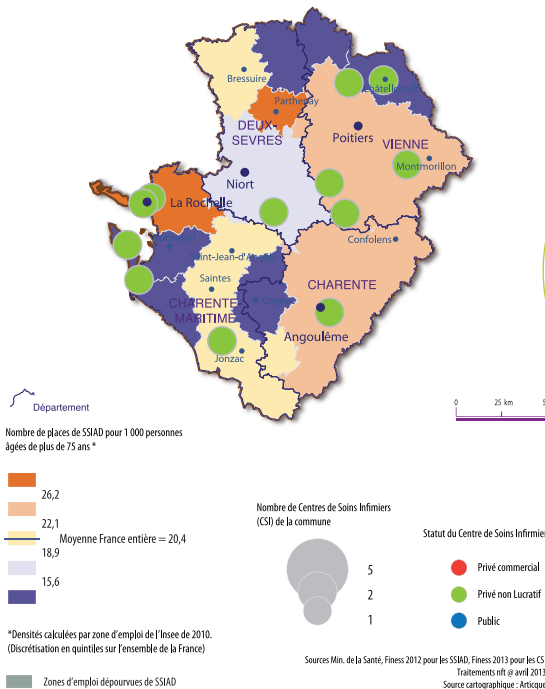
En Bourgogne, on trouve 20% de plus de places SESSAD par enfant qu'en moyenne en France.

Dans l'Yonne, sur les deux zones d'emploi d'Auxerre et de Sens, le développement des SSIAD n'a pas suivi la croissance démographique de cette partie de la région.

Les régions "riches" peuvent elles aussi être inégales



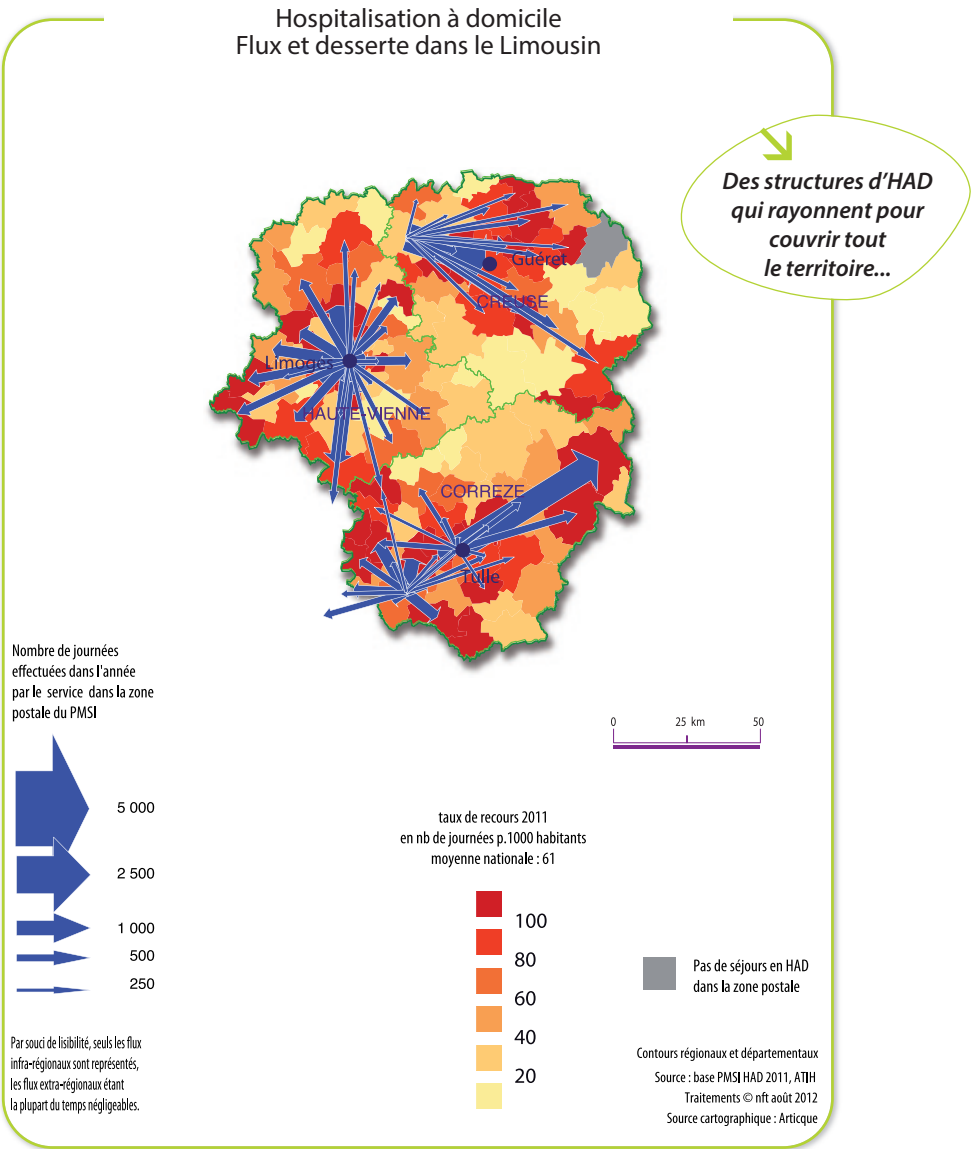
Les SSIAD et Centres de soins infirmiers en 2013



Les SSIAD sont bien développés en Poitou-Charentes, avec une densité conforme à la moyenne nationale.

On enregistre en Charente, un déficit de places de 10%, avec en particulier la zone d'emploi frontalière de Cognac très peu pourvue. Aucune certitude que les SSIAD des territoires voisins aient les capacités suffisantes pour en couvrir les besoins ?

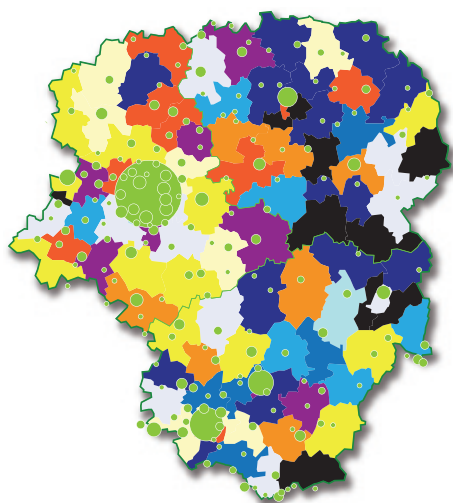
Par ailleurs, parmi ces régions, seul le Limousin présente un recours à l'HAD élevé, et ce, sur l'ensemble du territoire, avec, en dépit de la faible densité de population et une géographie d'accès difficile, un rayonnement assez exemplaire des structures établies.



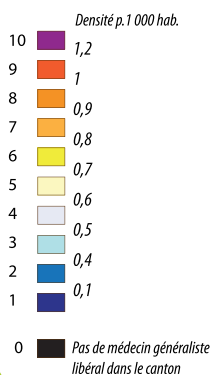
L'HAD dans le Limousin

Les médecins généralistes libéraux en 2013

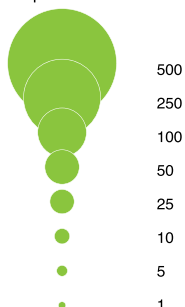
... malgré une
démographie médicale
contrainte sur tout l'Est
de la région.



Indice de desserte
(déciles nationaux)



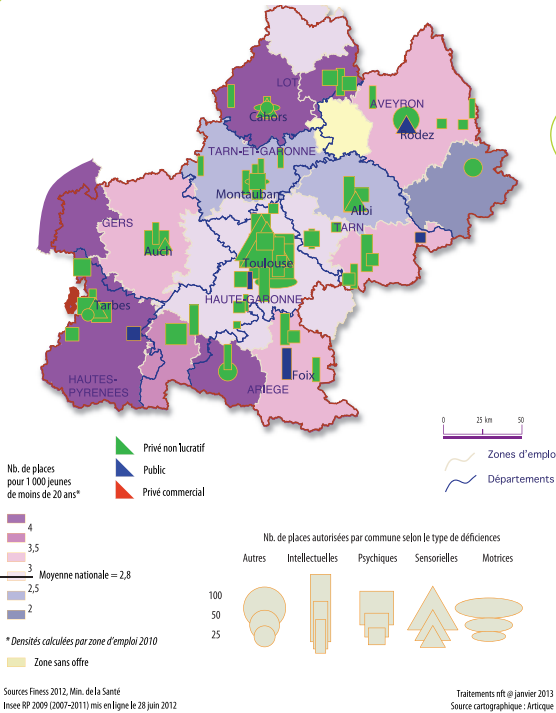
Nombre de médecins généralistes
libéraux par commune



Limite de région

traitements © NFT - 2013
Source des données - Répertoire Partagé
des Professionnels de Santé (RPPS)
Min. de la Santé. Situation au 01/01/2013
Source cartographique : Artique

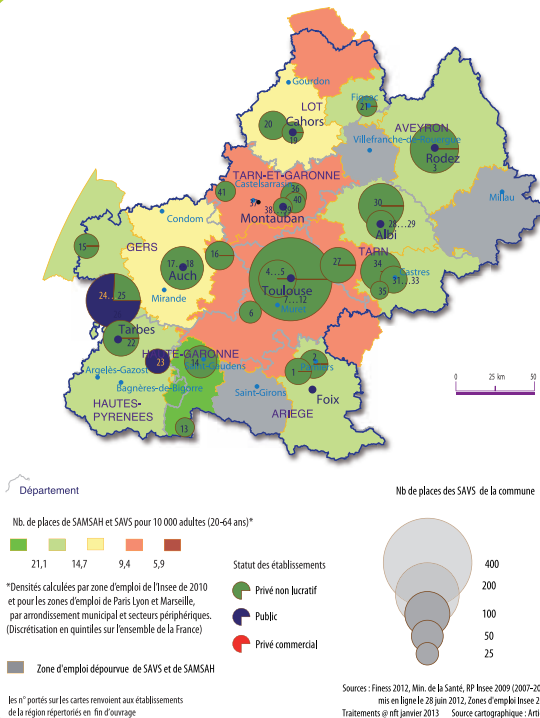
Densité et variété de l'offre des SESSAD



Des services à domicile bien disposés sur les différentes zones d'emploi

Midi-Pyrénées : de vrais atouts dans l'offre de services à domicile

Localisation des SAVS



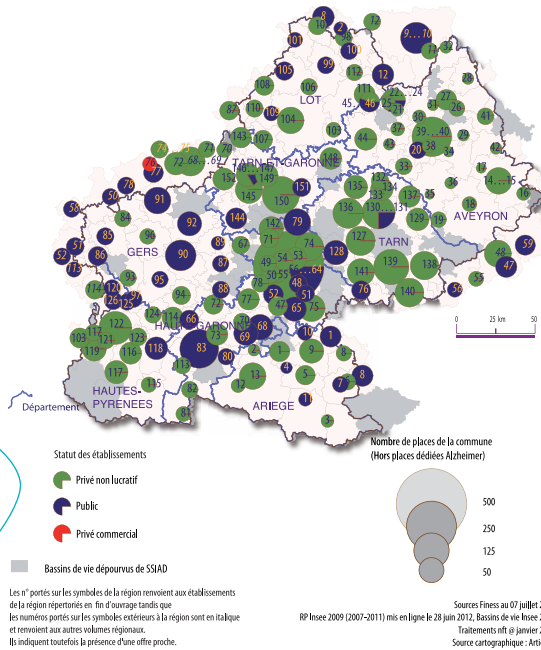
Leur développement doit veiller à suivre la forte croissance démographique de l'agglomération toulousaine et des zones périphériques.

Localisation et taille des services SSIAD

Les régions présentant des dotations moyennes, et une relative cohérence de l'offre des territoires :

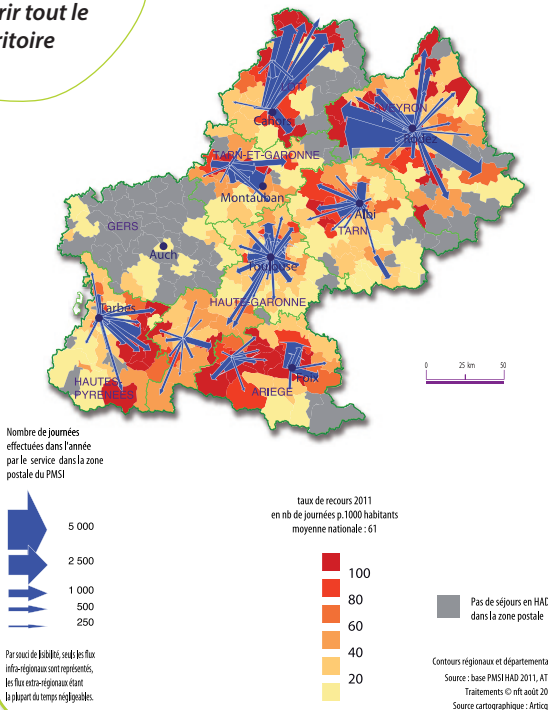
Midi-Pyrénées,
Aquitaine,
Pays de la Loire,
Centre,
Rhône-Alpes,
Nord-Pas-De-Calais.

Des SSIAD partout... mais beaucoup de "petits"

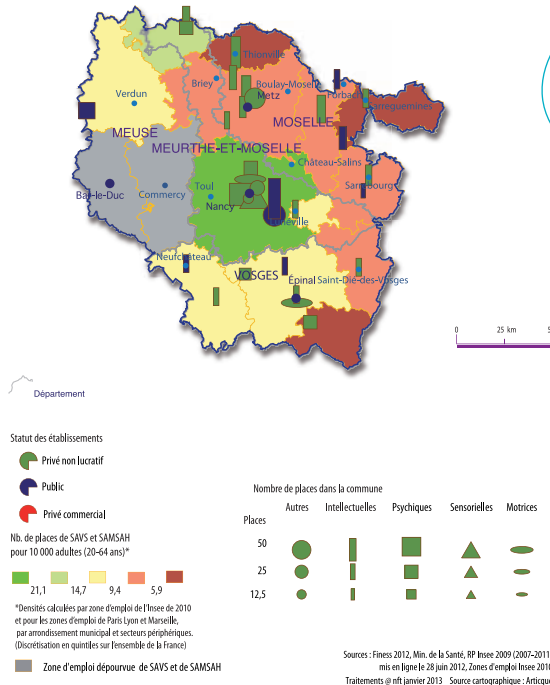


Une HAD qui peine à couvrir tout le territoire

Hospitalisation à domicile Flux et desserte



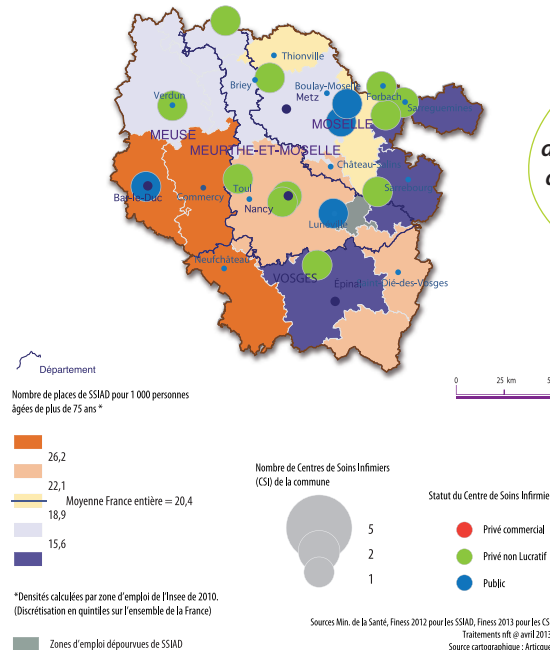
Densité et diversité des services à domicile SAVS



En Lorraine,
le pari d'un pôle régional
d'offre de SAMSAH-SAVS :
les risques de défaut de
service sur les marges

La géographie
des services à
domicile : logique
fonctionnelle
histoire... ou hasard

Les SSIAD et Centres de soins infirmiers en 2013

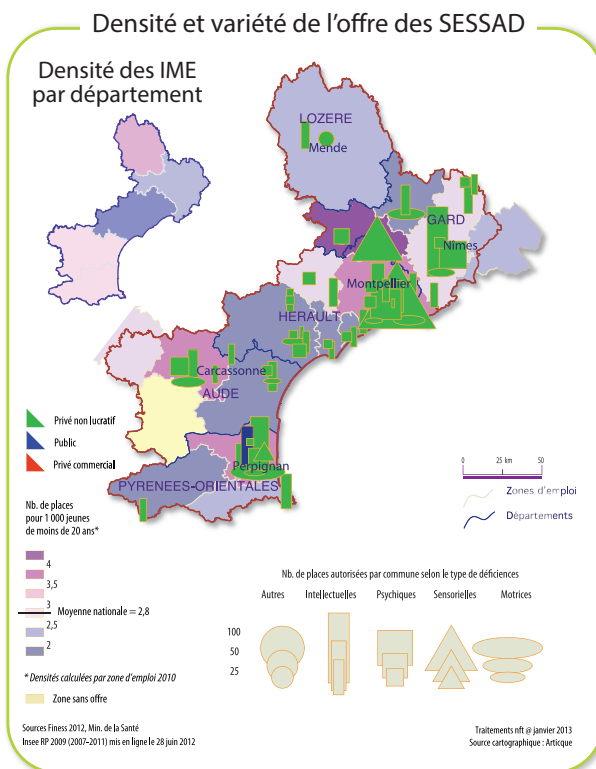


En Lorraine,
des SSIAD localisés sur
de nombreux bassins de vie,
des capacités mal calibrées
entre et au sein des
départements

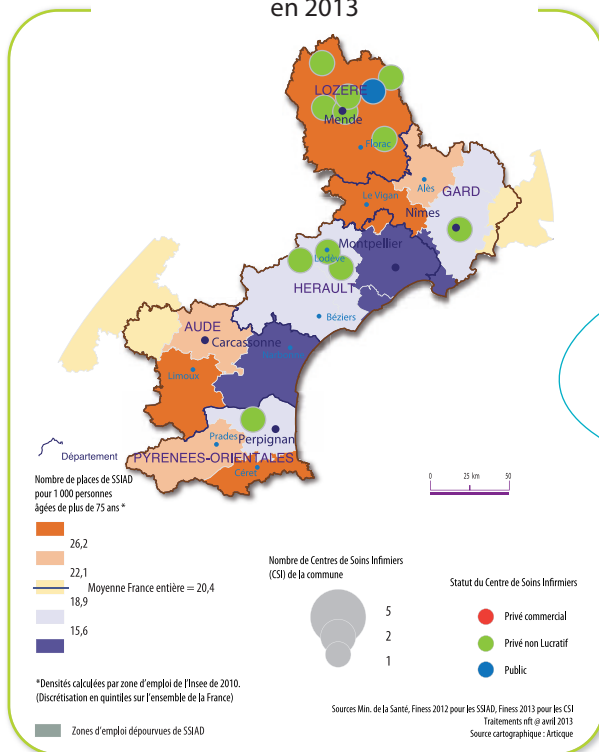
Les régions présentant des dotations moyennes, mais d'importants contrastes infrarégionaux sur la majorité des services à domicile :

Lorraine,
Languedoc-Roussillon.

En Languedoc-Roussillon, des services SESSAD en ville, des institutions à la "campagne"



Les SSIAD et Centres de soins infirmiers en 2013



En Languedoc-Roussillon, les SSIAD à la "montagne", les littoraux très peu équipés

Les régions en retard dans le développement des services à domicile, notamment ceux dédiés au handicap : Ile-de-France, Picardie, PACA et Martinique et Réunion.

■ **Les régions les moins bien dotées pour les services à domicile**

	SESSAD ⁽¹⁾	SAMSAH-SAVS ⁽²⁾	SSIAD ⁽³⁾	HAD ⁽⁴⁾
Martinique				
Martinique	2,5	1,7	15,8	31,2
Réunion				
Réunion	2,4	9,3	25,1	92,1
Ile-de-France				
Paris	2,1	5,5	28,7	72,7
Seine-et-Marne	3,1	5,0	21,2	72,0
Yvelines	2,1	6,2	16,4	63,0
Essonne	2,5	5,5	18,7	56,3
Hauts-de-Seine	2,3	4,5	17,5	79,3
Seine-Saint-Denis	2,3	2,2	21,8	70,4
Val-de-Marne	2,0	7,2	18,9	85,2
Val-d'Oise	2,0	7,1	18,2	82,2
Ile-de-France	2,3	5,3	21,0	72,7
Provence-Alpes-Côte-d'Azur				
Alpes-de-Haute-Provence	3,1	9,0	26,5	24,3
Hautes-Alpes	4,3	19,1	33,3	32,2
Alpes-Maritimes	2,8	6,4	18,7	75,6
Bouches-du-Rhône	2,2	6,7	17,5	57,9
Var	2,5	12,3	16,1	81,8
Vaucluse	2,8	11,8	19,6	48,3
PACA	2,5	8,7	18,5	63,9
France entière	2,8	11,3	20,4	61,6
Source Finess 2012, Insee Traitements nft@2013				

(1) Nombre de places SESSAD pour 1000 enfants de moins de 20 ans
 (2) Nombre de places SAMSAH ou SAVS pour 1 000 adultes de 20 à 64 ans
 (3) Nombre de places SSIAD pour personnes âgées pour 1 000 personnes de plus de 75 ans
 (4) Taux de recours HAD pour 1 000 habitants

On constate que dans ces quatre régions, et dans la grande majorité de leurs départements, les taux d'équipement sont significativement inférieurs à la moyenne nationale. Ces déficits de l'offre sont particulièrement marqués pour ce qui concerne la prise en charge des enfants et adultes handicapés.

Ils s'accompagnent la plupart du temps par un déficit de places dans les institutions. En cela, les défauts de l'offre de services à domicile dans ces régions sont moins le signe d'une politique de désinstitutionalisation qui serait plus tardive qu'ailleurs, que celui d'un engagement général plus limité des politiques départementales et régionales sur la prise en charge du handicap et de l'autonomie, ou tout au moins des engagements qui ne sont pas à la hauteur des besoins importants nés de la pression démographique.

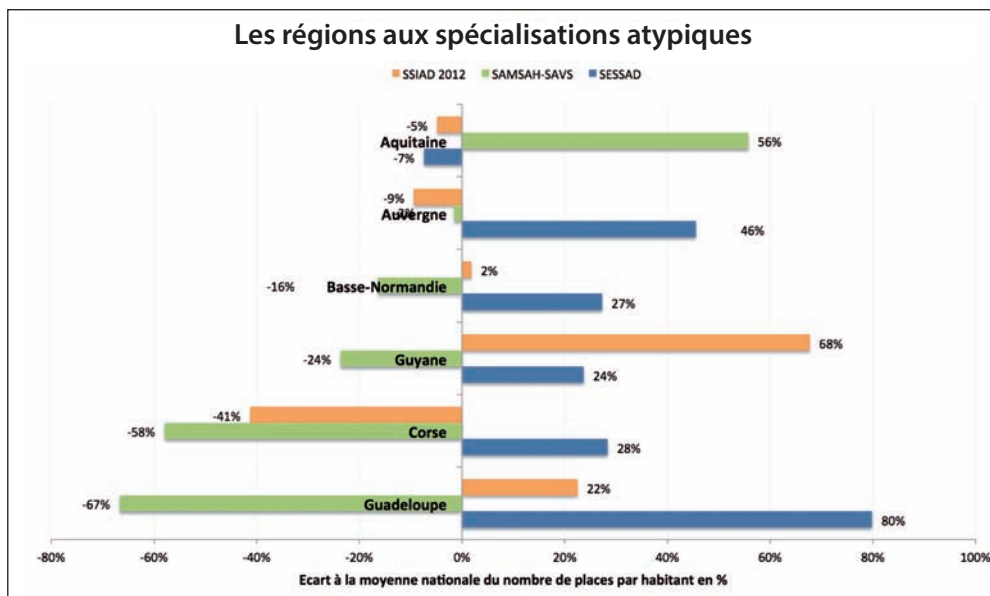
A l'inverse, à l'exception de la Martinique, les régions dépourvues d'offre médico-sociale ont un recours soutenu à l'Hospitalisation à Domicile.

Les régions aux spécialisations atypiques, présentant sur une catégorie de services, une densité très élevée par rapport à la moyenne nationale, et accusant d'importants retards sur d'autres services. Elles présentent des services à domicile très différemment dotés selon la catégorie : Guadeloupe, Guyane, Corse, Basse-Normandie.

En Guadeloupe et Guyane, les SSIAD et les SESSAD sont proportionnellement très nombreux par rapport à ce que l'on trouve en moyenne dans le reste du pays, mais ces régions présentent un nombre de places SAMSAH ou SAVS de respectivement 67 % et 58 % inférieur à la moyenne nationale.

La Corse, la Basse Normandie, ou l'Auvergne, disposent également d'un nombre de places en SESSAD bien supérieur à la moyenne, mais sont très limitées sur les autres services.

L'Aquitaine à l'inverse a une offre fournie de places de services à domicile dédiée aux adultes handicapés, mais bien plus contrainte pour ce qui concerne les enfants ou les SSIAD pour les personnes âgées.



Très spécialisés sur un type de service à domicile et fortement déficitaires sur d'autres, ces profils régionaux interrogent sur les déterminants de ces configurations et sur la cohérence et la continuité des prises en charge susceptibles de se mettre en place dans le cadre du parcours des personnes... tout au long de la vie.

En conclusion, cette grande diversité des paysages de l'offre de services à domicile laisse penser que de nouvelles transformations vont toucher les différentes catégories de services à domicile dans au moins trois directions.

> *Le rattrapage des niveaux d'équipement pour les services à domicile*

Ces rattrapages touchent particulièrement les services aux adultes handicapés et l'HAD, qui doivent poursuivre leur diffusion sur l'ensemble du territoire national.

S'agissant de l'HAD, un projet de Circulaire du Ministère sur l'HAD prévoit un doublement de l'HAD dans les 5 ans, avec une incitation forte pour les établissements « conventionnels » d'hospitalisation complète de MCO ou de SSR à prescrire de l'HAD pour raccourcir ou éviter une hospitalisation à plein temps. Ce projet de circulaire, élaboré en concertation avec la Fehap, devrait contribuer au processus de diffusion de cette modalité de prise en charge.

Les rattrapages visent en priorité les régions peu équipées, et en leur sein les départements, où la pression démographique est la plus importante. Ils visent aussi les zones d'emploi qui se sont étendues autour des grosses agglomération (Lyon, Toulouse, Bordeaux par exemple)

> *L'ajustement de l'offre des différentes catégories de services à domicile à échelle infrarégionale*

Si l'on peut considérer que les services à domicile sont des « cavaliers légers », qui ont « le bras long », au sens où ils peuvent rayonner sur un vaste territoire, il est cependant nécessaire qu'à l'échelle des départements, des territoires de santé, ou celui des nouvelles métropoles, la régulation assure la présence d'une offre globale cohérente, comprenant les différentes catégories de services à des niveaux satisfaisants pour couvrir les besoins du territoire défini.

Les missions et publics des services à domicile sont divers, mais rarement indépendants dès lors que l'on adopte une perspective dynamique du parcours des personnes concernées. Il est donc important de disposer de l'ensemble des services sur un territoire de taille plus limitée que la région, sur lequel visibilité et articulation des offres sont envisageables.

A l'échelle de leurs territoires d'intervention, région pour les uns, départements, zones d'emploi ou bassins de vie pour les autres, les services à domicile ne connaissent et ne répondent qu'aux demandes qui s'adressent à eux, et autour desquelles ils développent leur métier et leurs capacités. Dans cette logique cependant, une partie des besoins, ceux qui ne relèvent pas de leur stricte compétence ne sont pas perçus, et ils ne peuvent donc s'y adapter. C'est là tout

l'objet d'une régulation de l'offre, qui tienne compte de l'ensemble des besoins d'un territoire, pour en assurer la couverture par les services à domicile.

On l'a vu, la cohérence de l'offre n'est pas toujours en place, et l'on peut s'attendre à ce que s'opèrent des ajustements.

> L'organisation de l'offre ou le maillage territorial

Les services à domicile sont par essence des organisations décloisonnées, qui travaillent en lien avec les ressources en présence dans leur environnement. Ces services ont leur réseau de partenariats, au premier rang desquels les professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...).

Ces réseaux fonctionnels doivent encore renforcer ou tout au moins rendre plus lisibles sur les territoires d'intervention la complémentarité des services à domicile en termes de spécialisation, la graduation des accompagnements et des prises en charge, la mutualisation des moyens logistiques ou humains susceptibles d'être mieux partagés.

L'accessibilité des services à domicile, qui exige d'allier proximité et spécialisation, sera difficilement garantie sans l'émergence de nouvelles formes de coordination et de rapprochements entre les différentes catégories de services, qui se sont jusque là largement développés sur leur sillon, leur filière propre, leurs réseaux historiques. Leur mise à plat, à l'échelle du territoire, peut révéler de forts potentiels. Cela est particulièrement vrai dans les environnements où les professionnels libéraux sont moins nombreux, les synergies étant alors aussi indispensables que fragilisées.

Ce maillage territorial est un travail de dentelière, du « cousu main », qui n'admet pas de prêt à porter confectionné ailleurs, mais plutôt de l'expérience, de l'échange, de la confiance. Aucun doute que les services à domicile sauront tisser ces formes d'organisation... si tant est que soient levés les obstacles juridiques ou financiers rendant aujourd'hui trop contraignante, voire inefficace, la réalisation de certains projets de coopération entre services, dont on connaît pourtant la portée en termes de services rendus. Par exemple, les SPASAD pour les personnes âgées, malades ou en situation de handicap illustrent à la fois l'intérêt indéniable de la formule et les obstacles de ce type que rencontre leur mise en place.

Plus généralement, ces coopérations entre les différentes catégories de services à domicile auront du mal à se déployer si ces derniers sont pris dans des lignes de politiques régionales ou départementales dissonantes, d'injonctions contradictoires qui déstabiliseraient leur fragile équilibre.

C'est à cette cohérence que les régulateurs devront veiller s'ils souhaitent la mise en œuvre d'initiatives territoriales permettant partout sur le territoire l'accès à des services à domicile de qualité.



A propos de la Fehap

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs est la fédération de référence du secteur Privé Non Lucratif présente dans tous les champs de la protection sociale. Les établissements et services Privés Non Lucratifs allient la mission de service public et un mode de gestion privée, pour l'intérêt collectif. Les missions d'intérêt général et d'utilité sociale des établissements sont les suivantes : garantir l'accès aux soins, la prise en charge et l'accompagnement de tous, assurer la permanence et la continuité des soins et la prise en charge tout au long de la vie de toutes les pathologies, de tous les handicaps et de la perte d'autonomie.

La FEHAP en chiffres c'est 3 730 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux gérés par 1600 organismes gestionnaires (associations, fondations, congrégations, mutuelles, organismes de retraite complémentaire et de prévoyance) dont 880 services à domicile, plus de 246 600 lits et places, 220 000 professionnels pour 2,5 millions de personnes accueillies chaque année.

Pour plus d'information : www.fehap.fr

Twitter : @FEHAP_actu



A propos de la Nouvelle Fabrique des Territoires

La NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, dirigée par Sandrine HAAS, Economiste, Ancienne Chargée de Mission au Commissariat Général du Plan (1998-2002), Comité National d'Evaluation, est une société de conseil, d'études et de formation qui a pour objectif de soutenir les actions en faveur du développement et de l'aménagement des territoires, notamment dans les domaines sanitaires et sociaux. Cette offre de conseil tire en outre son originalité d'une expertise reconnue en matière de géographie de la santé, d'analyses quantitatives, de maîtrise des bases de données sanitaires et hospitalières et d'évaluation des politiques publiques.

L'expérience et les références de la NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES assurent de liens nombreux avec les acteurs principaux de l'aménagement du territoire et de la Santé en France et en Europe (DIACT, Ministères, Assemblée nationale, Conseils Régionaux, CESR, Associations d'Elus, Collectivités Territoriales, ARH, URCAM, CRAM, Etablissements Hospitaliers).

Pour plus d'information : www.nft.fr

les auteurs



Emmanuel Vigneron

Agrégé de Géographie, Emmanuel Vigneron est Professeur d'Aménagement Sanitaire à l'Université de Montpellier,

Parmi ses ouvrages, dans le cours de la décennie.

Santé et Territoires. La Documentation Française, 2000.

Distance et Santé La question de la proximité des soins. PUF 2001.

Pour une approche territoriale de la santé et Santé et Territoires : une nouvelle donne. 2volumes DATAR/Aube, 2002.

Evaluation et Territoires. DATAR/ Documentation Française, 2006.

Les Villes Moyennes et la Santé. Documentation Française/Caisse des Dépôts, 2008.

Dix ans de recomposition hospitalière en France. Dexia 2009.

Solidarités et Territoires, FEHAP/ Territorial Editions, 2010.

Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès. Paris, Elsevier/Masson, 2011.

Les services à domicile sanitaires et médico-sociaux. Collection de 26 guides régionaux. FEHAP 2011.

Les clefs de l'accès aux soins. Paris, FEHAP, mars 2012.

Les longs séjours du court-séjour. Paris, FEHAP, dec. 2012.



Sandrine Haas

Docteur en Economie, ancienne chargée de mission au Commissariat Général du Plan,

Directrice générale de la Nouvelle Fabrique des Territoires

Parmi ses ouvrages :

Evaluation et Territoires. DATAR/ Documentation Française, 2006.

Les Villes Moyennes et la Santé. Documentation Française/Caisse des Dépôts, 2008.

Dix ans de recomposition hospitalière en France. Dexia 2009.

Solidarités et Territoires, FEHAP/ Territorial Editions, 2010.

Les services à domicile sanitaires et médico-sociaux. Collection de 26 guides régionaux. FEHAP 2011.

Les clefs de l'accès aux soins. Paris, FEHAP, mars 2012.

Les longs séjours du court-séjour. Paris, FEHAP, dec. 2012.

Ouvrage édité par :

FEHAP

179, rue de Lourmel – 75015 Paris

www.fehap.fr

Rédaction et cartographie :

Sandrine Haas & Emmanuel Vigneron

Nouvelle Fabrique des Territoires

Ancienne voie romaine - 30120 Bréau et Salagosse

www.nft.fr

Création graphique & réalisation :

Studio Mesplié - La Forge - 09300 Bélesta

www.mesplie.fr

Imprimeur :

Imprimerie Clément

Rue des pommiers - Avèze - 30120 Le Vigan

www.clementimprimeurs.fr

2^e Édition 2013

Les services à domicile sanitaires, sociaux & médico-sociaux en région

L'ouvrage que vous tenez en mains s'inscrit dans une collection nationale comprenant 26 volumes régionaux. Il vise à décrire, à l'échelle de chaque région, l'ensemble des différents services à domicile sanitaires, sociaux et médico-sociaux. C'est une seconde édition, après celle de 2011, actualisée et augmentée. Elle inclut désormais les services à la personne, grâce à la participation de l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP). En outre, cette nouvelle édition a bénéficié du concours de la FEHAP en Régions, dont les représentants et correspondants ont validé le recensement de la localisation des services et de leurs capacités.

Qu'ils s'adressent aux malades, aux personnes âgées, aux adultes ou enfants handicapés, les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires à domicile constituent une innovation très importante du système de santé. Ils sont les vecteurs du décloisonnement entre les établissements et les soins de ville, entre les médecins et les nombreux autres professionnels participant à la santé, entre les secteurs sanitaire et médico-social : les services sociaux, sanitaires et médico-sociaux à domicile réconcilient soins et accompagnement des personnes fragilisées avec la vie qu'elles mènent et les projets qu'elles formulent dans leur milieu ordinaire.

Comme toute innovation importante, celle-ci s'est faite sans bruit, et l'objectif premier de cet ouvrage est de mieux faire connaître cette innovation que constituent les services à domicile. Parce qu'ils se sont développés aux marges des gros établissements, parce qu'ils représentent des investissements finalement légers au regard des autres équipements médico-sociaux ou sanitaires, parce qu'ils sont par nature répartis sur le territoire, parce qu'ils sont aussi diversifiés que spécialisés, les services à domicile sont aujourd'hui encore trop souvent méconnus.

L'approche territoriale adoptée pour présenter ces services à domicile vise à localiser l'ensemble des acteurs qui participent à ce champ. Il s'agit d'identifier les partenaires pour établir les éventuelles coopérations nécessaires à la viabilité des activités, et au partage des compétences qui rapprochent tous ces services. L'approche territoriale permet aussi de développer les services à domicile là où ils ne sont pas, ou pas suffisamment, présents. Elle guide ainsi la diffusion que sont appelés à connaître les services à domicile pour répondre aux enjeux du vieillissement de la population et de la montée en puissance des maladies chroniques. ■

Alsace
Aquitaine
Auvergne
Basse-Normandie
Bourgogne
Bretagne
Centre
Champagne-Ardenne
Corse
Franche-Comté
Haute-Normandie
Île-de-France
Languedoc-Roussillon
Limousin
Lorraine
Midi-Pyrénées
Nord-Pas-de-Calais
Pays-de-la-Loire
Picardie
Poitou-Charentes
Provence-Alpes-Côte d'Azur
Rhône-Alpes
Guadeloupe
Martinique
Guyane
La Réunion