



# Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social

Restitution 2013-2015,  
à travers les grands enjeux du secteur



# Edito



*Dès 2014, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne a souhaité s'engager dans le projet du Tableau de Bord de la Performance dans le secteur médico-social, avec l'accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).*

*Après trois années de mobilisation des établissements et services, de l'ARS et des Conseils Départementaux, ce sont désormais 1.300 structures et plus de 300 organismes gestionnaires qui ont intégré ce projet. L'objet de ce tableau de bord est de nous permettre d'accéder à une meilleure connaissance de l'offre médico-sociale et de conforter le pilotage interne des deux secteurs pour personnes handicapées et pour personnes âgées.*

*Ces enjeux soulignent l'utilité de cet outil, aussi bien pour les établissements et services eux-mêmes (nécessité d'adapter son positionnement à l'offre environnante, pilotage des ressources pour répondre aux besoins), que pour leurs financeurs.*

*Outre une présentation par grand secteur d'activité, j'ai souhaité que cette publication souligne la diversité des utilisations du tableau*

*de bord, au regard des enjeux et problématiques pour les années à venir. Le secteur médico-social a engagé de profondes mutations, en s'efforçant de prendre davantage en compte les parcours des personnes accueillies et en se préparant aux réformes à venir telles que la généralisation de la contractualisation ou les nouveaux modes de tarification. Ces évolutions interviennent dans un environnement peut-être plus complexe, caractérisé par les coopérations accrues entre acteurs, et le déploiement des dispositifs de coordination et d'intégration mais devant mieux répondre à la qualité des prises en charge.*

*C'est ainsi que je vous invite à parcourir ce document à la fois comme outil de gestion de nos établissements mais aussi à l'aune des enjeux des années à venir visant à revisiter les organisations, les pratiques professionnelles, les coopérations entre les acteurs et les échanges d'information, au service des publics pour lesquels et auprès desquels vous travaillez au quotidien.*

**Olivier de Cadeville**  
Directeur général de l'ARS Bretagne

# SOMMAIRE

## Table des matières

Edito .....	2
SOMMAIRE .....	3
INDEX.....	5
<b>1 – Présentation .....</b>	<b>7</b>
1.1 Démarche .....	7
1.2 Panel.....	8
<b>FOCUS : LE PARANGONNAGE .....</b>	<b>9</b>
1.3 Restitutions .....	10
<b>FOCUS : LA CORRELATION .....</b>	<b>10</b>
<b>FOCUS : LA FIABILISATION EN REGION BRETAGNE .....</b>	<b>11</b>
<b>FOCUS : LA PLATEFORME DU TDB ESMS DANS SON ENVIRONNEMENT S.I. ....</b>	<b>11</b>
1.4 Calendrier et généralisation .....	12
1.5 Enjeux : CPOM, appels à projet, réforme de la tarification .....	13
<b>CPOM : CALENDRIER .....</b>	<b>14</b>
1.6 Le document de restitution : principe du parcours.....	15
<b>FOCUS : LA PLACE DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DANS LA DEMARCHE .....</b>	<b>16</b>
<b>GUIDE DE LECTURE.....</b>	<b>17</b>
<b>2– Enfance handicapée .....</b>	<b>18</b>
2.1 Prévention, dépistage et accompagnement précoce .....	18
<b>Question-clé n°4 Quel est le niveau d’activité de l’ESMS ?.....</b>	<b>20</b>
2.2 Services d’accompagnement en milieu ordinaire .....	22
<b>FOCUS : LES ENJEUX LIES AU NOMBRE DE JOURS D’OUVERTURE DES ESMS.....</b>	<b>24</b>
<b>Question-clé n°5 Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l’ESMS ? .....</b>	<b>25</b>
2.3 Structures d’accompagnement en institution .....	28
<b>Question-clé n°1 Les profils des personnes correspondent-ils aux missions de l’ESMS ? .....</b>	<b>31</b>
<b>FOCUS : ITEP &amp; DISPOSITIF ITEP .....</b>	<b>33</b>
<b>FOCUS : L’AMENDEMENT CRETON .....</b>	<b>35</b>
<b>FOCUS : LA DEROGATION EN ESMS.....</b>	<b>35</b>
<b>CAHIER RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>36</b>
<b>FOCUS : ATYPIE ET INCOHERENCE .....</b>	<b>38</b>
<b>Question-clé n°7 L’organisation est-elle structurée et stable ? .....</b>	<b>39</b>

3- Adultes handicapés .....	48
3.1 Etablissements d'hébergement.....	48
Question-clé n°3 Quel est le positionnement de la structure dans le parcours de la personne accompagnée ?.....	51
3.2 Les établissements pour travailleurs handicapés.....	56
Indicateur de dialogue.....	57
Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes .....	57
Question-clé n°8 Quel est le niveau d'exécution budgétaire ? .....	59
3.3 Services.....	60
Question-clé n°9 Quels sont les grands équilibres financiers ? .....	63
FOCUS : INSTRUCTION DES PROJETS IMMOBILIERS SUR LE CHAMP MEDICO-SOCIAL.....	66
4- Personnes âgées.....	68
4.1 Services.....	68
Question-clé n°2 Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?.....	72
FOCUS : GMPS ET RATIO DE PERSONNEL AS, AMP ET IDE EN REGION BRETAGNE .....	75
Question-clé n°6 Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS ? .....	78
4.2 Etablissements d'hébergement.....	80
Question-clé n°11 Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ? ...	81
Question-clé n°10 Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ? .....	82
5- Enquêtes évaluation et S.I. ....	83
5.1 Evaluation interne et externe.....	83
5.2 Les S.I. dans les ESMS .....	84
GLOSSAIRE .....	88

# INDEX

<b>Amendement CRETON</b>	<a href="#">page 35</a>
<b>Appel à candidature</b>	<a href="#">page 69</a>
<b>Appel à projet</b>	<a href="#">page 13</a>
<b>Atypie (et incohérence)</b>	<a href="#">page 38</a>
<b>Boîte à moustache</b>	<a href="#">page 10</a>
<b>Corrélation</b>	<a href="#">page 10</a>
<b>Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)</b>	<a href="#">page 13</a>
<b>Centre de Rééducation professionnelle (CRP)</b>	<a href="#">page 56</a>
<b>Dérogation</b>	<a href="#">page 33</a>
<b>ITEP &amp; Dispositif ITEP</b>	<a href="#">page 35</a>
<b>Fiabilisation</b>	<a href="#">page 11</a>
<b>GIR Moyens Pondéré Soins (GMPS)</b>	<a href="#">page 75</a>
<b>Incohérence (et atypie)</b>	<a href="#">page 38</a>
<b>Jours d'ouverture</b>	<a href="#">page 24</a>
<b>Organismes gestionnaires</b>	<a href="#">page 16</a>
<b>Parangonnage</b>	<a href="#">page 9</a>
<b>Projets Immobiliers</b>	<a href="#">page 66</a>
<b>Réforme de la tarification</b>	<a href="#">page 13</a>
<b>Ressources humaines</b>	<a href="#">page 36</a>
<b>Systemes d'Information (S.I.)</b>	<a href="#">page 83</a>

UN GUIDE DE LECTURE EST CONSULTABLE EN PAGE 17



# 1 – Présentation

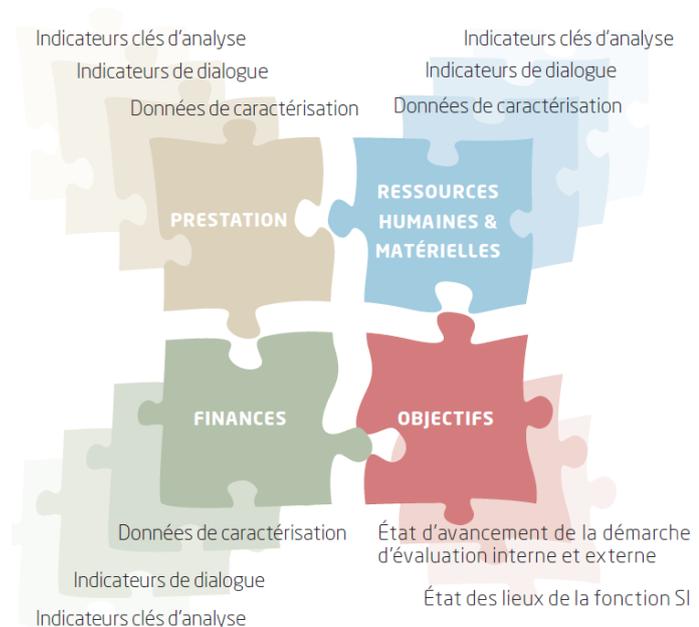
## 1.1 Démarche

La mutation du secteur médico-social, qui tend à passer d'une logique de structures à une logique de prestations, confère au Tableau de Bord de la Performance une place particulière dans l'organisation de ce secteur, qu'il s'agisse d'aspects organisationnels (adaptation de l'offre au regard du parcours des personnes accompagnées), financiers (réforme de la tarification) ou plus qualitatifs (évaluations notamment).

### Architecture du TDB ESMS

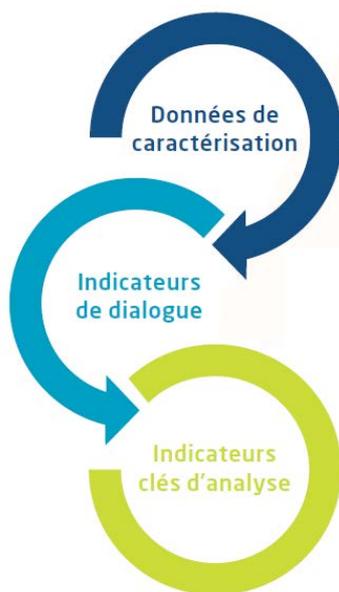
Le tableau de bord s'articule autour de quatre domaines qui rassemblent des données habituellement suivies par les ESMS :

- prestations
- ressources humaines (RH) et matérielles
- finances
- objectifs.



Source : ANAP

A cela s'ajoutent trois niveaux d'informations :



Source : ANAP

Les données de caractérisation permettent de décrire la structure (prestations de soins, RH et matériel, structure financière, objectifs) et de calculer certains des indicateurs. Elles permettent de documenter l'offre de soins et d'accompagnement de la structure, ou encore d'appliquer des filtres afin de réaliser des comparaisons entre groupes homogènes d'ESMS.

Les indicateurs de dialogue, dits de niveau 1, constituent le premier niveau d'information, et ce sont les supports privilégiés du dialogue avec les autorités de régulation.

Enfin, les indicateurs clés d'analyse, dits de niveau 2, permettent d'approfondir la compréhension des indicateurs de dialogue. Ils sont le support du pilotage interne de la structure.

Cette démarche, menée conjointement avec les départements, a permis d'outiller ce secteur d'indicateurs partagés, utilisés dans le cadre de la contractualisation et du renouvellement des conventions tripartites. Pour les établissements et services médico-sociaux, ce tableau de bord permet :

- de renforcer le pilotage interne en mettant à leur disposition des indicateurs d'analyse,
- de se situer par rapport à d'autres structures comparables au sein de « groupes homogènes ».



Source : ANAP

## 1.2 Panel

Historiquement, seules les structures financées ou cofinancées par l'Assurance Maladie faisaient partie du périmètre du TDB ESMS. Afin de répondre à la demande d'organismes gestionnaires du secteur du handicap souhaitant intégrer l'ensemble de leurs structures, trois catégories d'ESMS relevant de la compétence exclusive des conseils départementaux ont été ajoutées.

En 2014, l'ARS Bretagne est entrée dans la démarche de déploiement du tableau de bord des indicateurs de la performance dans le secteur médico-social. La généralisation de l'outil à l'ensemble des ESMS s'est poursuivie en 2015, avec pour objectif l'utilisation de l'outil par l'ensemble des structures à horizon 2016.

En 2014, 393 ESMS bretons étaient concernés par la démarche tableau de bord :

- pour le secteur des personnes âgées, il s'agissait des EHPAD dont la convention tripartite arrivait à échéance au plus tard en 2015, et dont le renouvellement de convention n'était pas programmé en 2014. Pour les gestionnaires ayant un établissement concerné, l'ensemble de ses structures a été intégré au panel,
- pour le secteur des personnes handicapées, étaient concernés les gestionnaires dont les établissements et services étaient sous CPOM, ou dont le CPOM était en cours de négociation avec l'ARS en 2014.

Au titre de l'année 2015, le panel d'ESMS participant à la démarche s'est élargi et était composé :

- des établissements et services déjà inscrits en 2014,
- des EHPAD dont la convention tripartite arrivait à échéance au plus tard en 2017,
- de l'ensemble des SSIAD de la région,
- des ESMS sous CPOM, ou dont le CPOM était en cours de négociation bipartite avec l'ARS ou tripartite avec l'ARS et le CD.
- des établissements et services volontaires souhaitant rentrer dans la démarche dès 2015.

En 2016, le panel régional est désormais composé de l'ensemble des 1 311 ESMS de la région, et des 303<sup>1</sup> organismes gestionnaires (OG) correspondants, répartis sur 20 catégories d'ESMS.

Type de structure (code FINESS)	Campagne 2014 (données 2013)	Campagne 2015 (données 2014)	Campagne 2016 (données 2015)
Centre Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P. - 190)	7	10	19
Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P. - 189)	12	14	20
Centre Rééducation Professionnelle (C.R.P. - 249)	0	2	3
Etablissement hbgt personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D. - 500)	183	377	491
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T. - 246)	38	65	86
Etablissement pour Déficient Moteur (I.E.M. - 192)	1	5	5
Etablissement Enfants / Adolescents Polyhandicapés (E.E.A.P.H. - 188)	8	10	13
Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M. - 437)	21	62	75
Foyer de Vie pour Adultes Handicapés (F.V. - 382)	5	14	118
Foyer Hébergement Adultes Handicapés (F.H. - 252)	1	6	71
Institut Médico-Educatif (I.M.E., dont IMPRO et IMP - 183)	29	41	57
Institut pour Déficients Auditifs (195)	3	4	5
Institut pour Déficients Visuels (194)	2	3	3
Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (I.T.E.P. - 186)	11	14	18
Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S. - 255)	17	21	27
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S. - 446)	2	13	78
Sce d'accompagnement médico-social adultes hand. (SAMSAH - 445)	1	8	15
Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D - 354)	5	77	107
Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D. - 209)	1	12	20
Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (S.E.S.S.A.D. - 182)	46	67	80
<b>Total général</b>	<b>393</b>	<b>825</b>	<b>1311</b>

Le parangonnage peut s'opérer dès que 70 % des données brutes ont été collectées.

#### FOCUS : LE PARANGONNAGE

Le tableau de bord positionne chaque structure par rapport aux résultats observés au sein d'une même catégorie d'ESMS. Toutefois, ce parangonnage ne peut être réalisé que pour les ESMS dont le niveau de complétude de l'enquête a atteint 70 %. A l'occasion de la campagne 2016 (portant sur les données 2015), seuls 35 ESMS (soit 2,67 % d'entre eux) n'ont pas atteint ce taux.

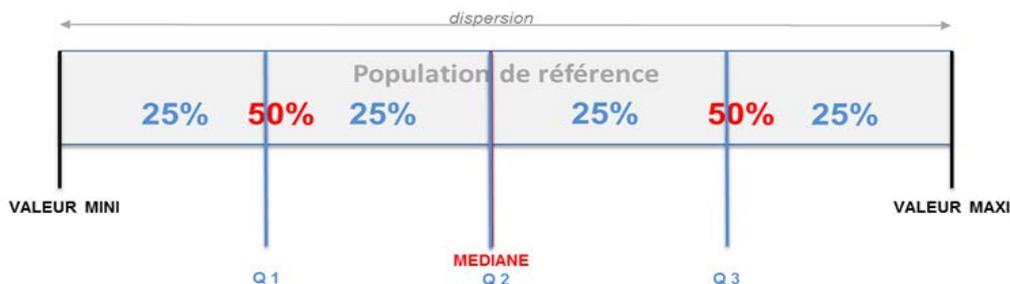
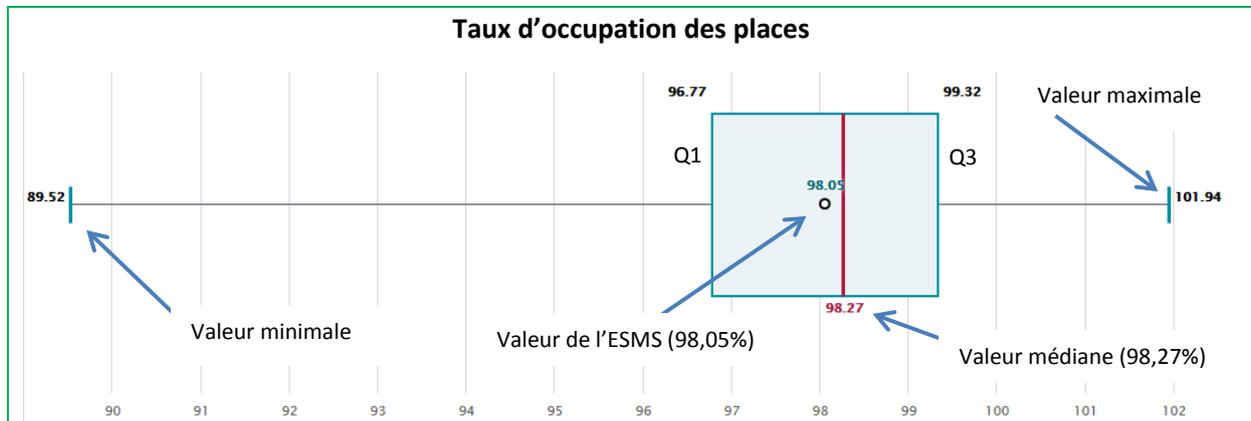
**Il convient de rappeler que le présent document a été réalisé à partir des informations saisies par les ESMS et OG. Ce préalable peut expliquer certains écarts, dus d'une part au besoin d'appropriation des définitions des indicateurs par les référents dans les structures, et d'autre part à d'éventuelles erreurs de saisies.**

<sup>1</sup> Ne sont pas pris en compte les OG dont le siège est situé en dehors de la région Bretagne (26 entités juridiques)

### 1.3 Restitutions

Les données saisies dans le tableau de bord permettent de se comparer entre ESMS de même catégorie, voire de même groupe homogène (strates liées à la capacité). L'accès à ce parangonnage et aux restitutions des données peut se faire sous plusieurs formes, selon plusieurs filtres (national, régional, capacitaire) et à travers trois formats (tableaux, graphiques ou cartographie). Les restitutions se caractérisent non pas par le calcul d'une moyenne, mais par la représentation d'une « **boîte à moustache** » qui situe les ESMS autour d'une médiane.

Exemple de boîte à moustache :



**Notion de quartile : c'est chacune des 3 valeurs qui divise en quatre parties égales (25%-25%-25%-25%) une population ou un échantillon.**

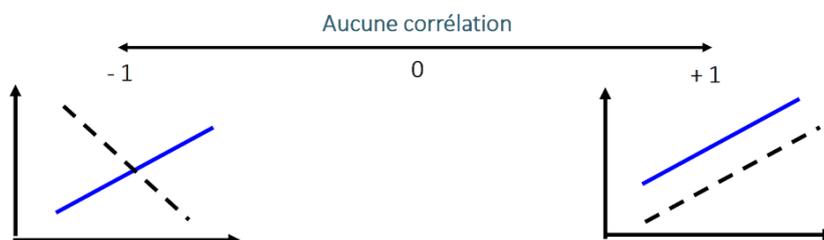
Source : ANAP

D'autres outils peuvent être utilisés, pour comparer des données entre elles, et en vérifier l'éventuelle corrélation.

#### FOCUS : LA CORRELATION

La recherche d'un coefficient de corrélation va permettre d'analyser les liens qui peuvent exister entre deux indicateurs (ex. : y a-t-il un lien entre l'absentéisme des personnels et le niveau de réalisation de l'activité ?), ou entre un indicateur et une donnée de caractérisation (ex. : existe-t-il un lien entre le taux d'occupation et le nombre de places ou de lits ?).

Une corrélation commence à se dessiner pour les coefficients proches de -1 ou de 1. Mais une corrélation n'implique pas forcément un lien de causalité.



Source : ANAP

Toutes ces données, une fois saisies par les ESMS et OG, font l'objet d'une fiabilisation.

## FOCUS : LA FIABILISATION EN REGION BRETAGNE

La fiabilisation des données du tableau de bord est réalisée chaque année entre mai et août, de façon conjointe, par les personnels ARS et CD en charge de la tarification des ESMS et du suivi des OG. A ce titre, des axes sont définis, tendant d'une part à obtenir des données fiables, et d'autre part à accompagner les partenaires à l'appropriation des données. Certaines informations peuvent en effet avoir été mal interprétées, et faire l'objet d'une saisie incorrecte, qui modifiera, parfois de façon substantielle, les données restituées.

Cette fiabilisation est couplée, dans la mesure du possible, avec la qualification des Comptes Administratif (CA) sur l'application IMPORT CA, et les premières demandes qui peuvent être formulées auprès des services comptables dans le cadre de l'étude desdits CA.

Au titre des données de l'année 2015, l'accent a été mis sur les atypies et le contenu de la « fiche identité », mais aussi plus particulièrement :

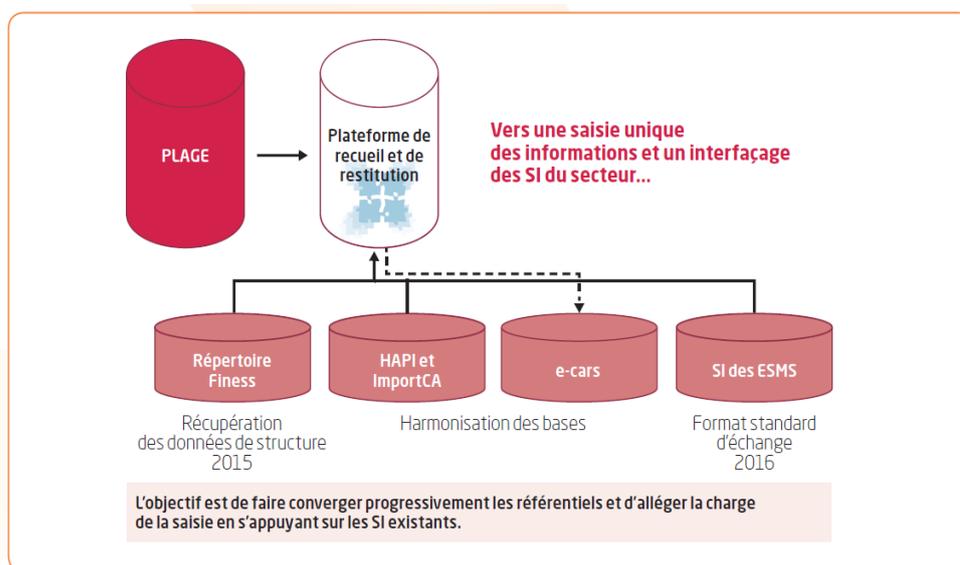
- sur le champ personnes âgées : sur les effectifs au 31/12 et les données budgétaires,
- sur le champ personnes handicapées : les ESMS dont l'OG est en cours de signature/ renouvellement de CPOM, et les OG gérant plus de 3 ESMS.

Globalement, après une première année de fiabilisation conjointe, et grâce aux formations internes qui ont été dispensées, l'appropriation des données du TDB ESMS a permis de mieux cibler les données pouvant être à l'origine d'incompréhension ou d'erreurs de saisies.

A terme, le TDB ESMS sera mis en lien avec plusieurs applicatifs nationaux que sont IMPORT CA ou encore E-CARS (CPOM). La saisie sollicitée auprès des ESMS et OG s'en verra allégée, ce qui fiabilisera les données.

## FOCUS : LA PLATEFORME DU TDB ESMS DANS SON ENVIRONNEMENT S.I.

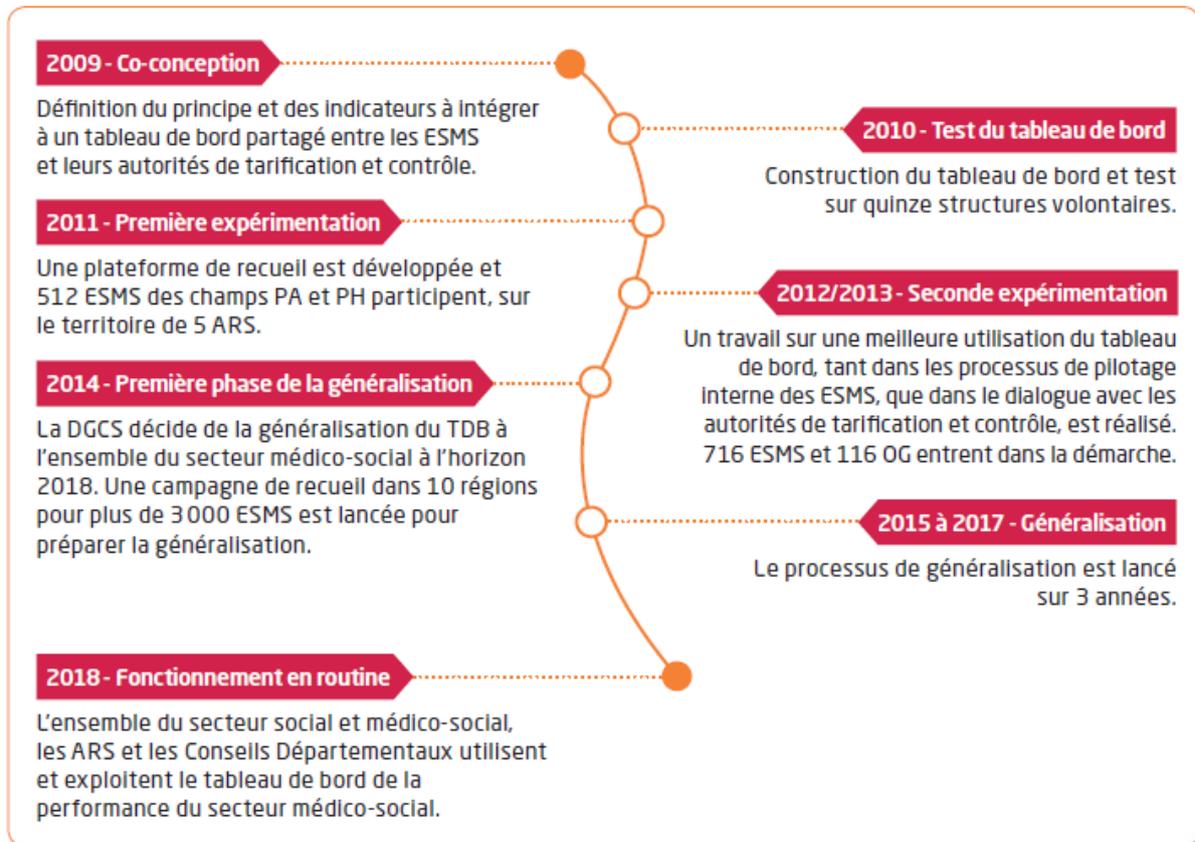
Dans le cadre de la généralisation du TDB ESMS sur le territoire national, l'objectif est de tendre vers une saisie unique des données par les établissements, services et organismes gestionnaires. Ainsi, des travaux de simplification sont en cours ou ont été réalisés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) à travers l'exploitation du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), ou encore la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour les outils HAPI et IMPORT CA. Une complémentarité avec le système d'information (SI) des CPOM en ARS (« E-CARS ») est en développement, alors qu'une articulation s'effectue également avec les réformes tarifaires sur les secteurs personnes âgées et personnes handicapées.



Source : ANAP

## 1.4 Calendrier et généralisation

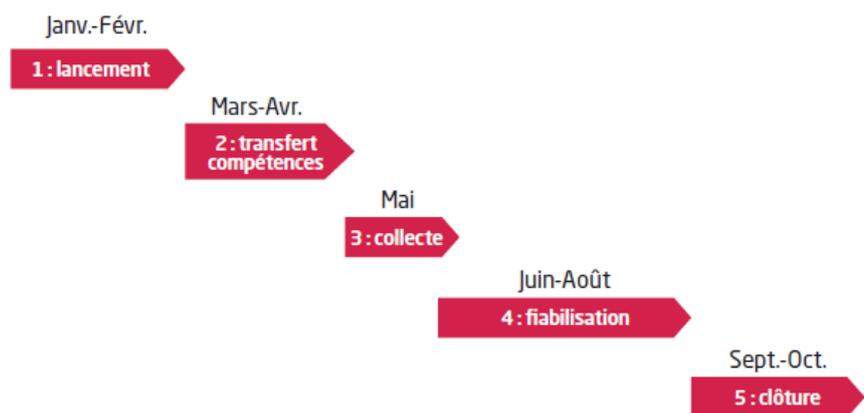
Co-construit avec les professionnels (acteurs du secteur médico-social, gestionnaires d'ESMS, conseils départementaux, fédérations, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), CNSA et ANAP), le tableau de bord sera généralisé, au niveau national, d'ici à la fin de l'année 2017.



Source : ANAP

L'ARS Bretagne et les conseils départementaux bretons ont fait le choix de généraliser le TDB ESMS dès 2016, afin de permettre à chaque ESMS et OG de bénéficier d'une formation et d'un accompagnement dédié.

Le calendrier d'une campagne est le suivant :



Source : ANAP

Afin d'accompagner les derniers ESMS et OG qui n'ont pas intégré la démarche, une dernière session de formation sera organisée le mardi 21 mars 2017 à Rennes. Les invitations ont été adressées début janvier aux participants concernés.

## 1.5 Enjeux : CPOM, appels à projet, réforme de la tarification

L'année 2017 sera marquée par l'application du Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) sur le champ médico-social qui revêt désormais un caractère obligatoire. L'article 58 de la loi ASV substitue le CPOM à la convention tripartite sur le champ des EHPAD, quand l'article 75 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) l'étend aux établissements et services du secteur personnes handicapées ainsi qu'aux SSIAD et aux Accueils de Jour Autonomes (AJA). Cette réforme offre l'opportunité de regrouper sous l'égide d'un seul CPOM, l'ensemble des établissements qui dépendent d'un organisme gestionnaire unique.

Ce contrat fixera les obligations respectives des cocontractants, des objectifs définis par CPOM entre les acteurs ainsi que leurs modalités de suivi notamment sous la forme d'indicateurs. A ce titre, l'utilisation des indicateurs inscrits au tableau de bord seront privilégiés à deux étapes du processus contractuel :

- au stade du diagnostic partagé : en effet, leur lecture et analyse permettra de dégager les marges de progression dont dispose le gestionnaire,
- au stade de la négociation, puisque les indicateurs ANAP permettront d'assurer un suivi objectivable des actions envisagées dans le CPOM.

Ainsi, la généralisation du CPOM et le déploiement du tableau de bord des indicateurs sont deux démarches liées. Parmi les 43 indicateurs du TDB ESMS, 24 ont été retenus, conjointement avec les conseils départementaux, pour faire l'objet d'une analyse plus précise dans le cadre des dialogues contractuels. Ils seront également repris – pour tout ou partie – dans les fiches action des CPOM nouvelle génération.

Au 31 décembre 2015, sur le champ des personnes âgées, un seul CPOM englobant des établissements des secteurs personnes âgées et personnes handicapées a été signé, la généralisation intervenant au 1<sup>er</sup> janvier 2017. L'état d'avancement de la contractualisation sur le champ des personnes handicapées est quant à lui le suivant :

Département	GESTIONNAIRES			ETABLISSEMENTS		
	Nb gestionnaires	Nb d'OG sous CPOM	%	Nb ESMS	Nb ESMS sous CPOM	%
Côtes-d'Armor	35	3	8,57%	93	23	24,73%
Finistère	33	10	30,30%	135	54	40,00%
Ille et Vilaine	52	5	9,62%	137	48	35,04%
Morbihan	36	3	8,33%	98	26	26,53%
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>21</b>	<b>12,88%</b>	<b>463</b>	<b>151</b>	<b>32,61%</b>

Les ESMS pour personnes handicapées ayant fait l'objet d'une signature de CPOM au 31 décembre 2015 sont répartis comme suit (sous compétence ARS, exclusive ou pas) :

Type d'établissement	Nombre d'ESMS
CAMSP – Centre d'Action Médico-Social Précoce	6
CMPP – Centre Médico-Psycho-Pédagogique	7
ESAT – Etablissement et Service d'Aide par le Travail	30
FAM – Foyer d'Accueil Médicalisé	14
FH – Foyer d'Hébergement	13
FV – Foyer de Vie	21
IDA – Institut pour Déficiants Auditifs	3
IDV – Institut pour Déficiants Visuels	2
IEM – Institut d'Education Motrice	2
IME – Institut Médico-Educatif	29
ITEP – Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique	7
MAS – Maison d'Accueil Spécialisé	8
SAVS – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	11
SAMSAH – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés	1
SESSAD – Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile	38
SSIAD – Service de Soins Infirmiers A Domicile	1

Ne figurent pas dans le tableau ci-dessus les ESMS des gestionnaires ayant contractualisé uniquement avec un conseil départemental sans l'ARS.

Plus généralement, le TDB EMS est lié à l'ensemble des enjeux – notamment tarifaires – des années à venir.

S'agissant de la réforme de la tarification, la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit donc pour les EHPAD et pour les petites unités de vie (PUV) la signature d'un CPOM en substitution des actuelles conventions tripartites. Cette réforme s'accompagne également de la mise en place d'un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat (CE).

En parallèle, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) prévoit l'obligation d'un CPOM pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L 312-1 du CASF ainsi que pour les services mentionnés au 6° du même I lorsqu'ils relèvent de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou conjointe de celui-ci avec le président du conseil départemental (SSIAD, IME, ITEP, CASF, SESSAD, CMPP, CRP, CPO, ESAT, MAS, FAM, SAMSAH). La conclusion de ce contrat entraîne également l'application d'une tarification en EPRD. De plus, cet article prévoit que le CPOM définisse des objectifs en matière d'activité et de qualité de la prise en charge.

La mise en œuvre de ces dispositions découle des décrets d'application parus au Journal Officiel le 23 décembre 2016.

Par ailleurs, l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 dispose que les ESAT, actuellement financés sur le programme 157, le soient sur les crédits assurance maladie délégués par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 sur sa partie fonctionnement. Les aides au poste soutenant la rémunération des travailleurs handicapés, quant à elles, continuent d'être financées sur le programme 157, sur le circuit habituellement utilisé pour ce faire, c'est-à-dire par l'Agence de Services et de Paiements (ASP). Ce transfert permettra de gérer l'allocation budgétaire des ESAT comme l'ensemble des autres ESMS et de donner également plus de souplesse dans la gestion des enveloppes et dans la contractualisation avec les gestionnaires.

Plus particulièrement sur le champ des personnes handicapées, la réforme dite Serafin se précise. Cette réforme tarifaire des établissements pour personnes handicapées s'est avérée nécessaire pour adapter l'accompagnement au public handicapé. En effet, malgré un effort public important, et des évolutions sociétales majeures (lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005), les modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées en France ne sont pas toujours adaptées aux attentes et aux besoins des personnes. Par ailleurs, l'allocation de ressources aux établissements et services est parfois considérée comme inéquitable, car reposant sur des dotations historiques, sans qu'il soit possible de l'objectiver. La CNSA conduit donc, avec la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), depuis fin 2014, les travaux nécessaires à la réforme de la tarification de ces établissements et services. L'objectif du projet SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) est de proposer un nouveau dispositif d'allocation de ressources aux établissements et services pour l'accompagnement des personnes handicapées.

Une articulation très forte entre le TDB ESMS et le déploiement de SERAFIN-PH est actuellement en cours au niveau national.

Enfin, s'agissant des appels à candidatures, une présélection de dossiers pourra être effectuée au regard des informations renseignées dans le tableau de bord.

## CPOM : CALENDRIER

Le calendrier de (re) négociation des CPOM a été publié sur le site de l'Agence, par département, sur les champs Personnes Âgées et Personnes Handicapées.

## 1.6 Le document de restitution : principe du parcours

Les réformes actuelles dans les champs du handicap et des personnes âgées sont guidées par l'objectif partagé d'amélioration du parcours de vie<sup>2</sup> des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

Dans le champ du handicap, face au constat du manque de fluidité des parcours dû notamment à une organisation fragmentée et cloisonnée, la démarche « une réponse accompagnée pour tous » (RAPT), dont le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé, est en cours de déploiement sur le territoire national. RAPT a pour ambition de faciliter la mise en mouvement d'une démarche de coresponsabilité de l'ensemble des acteurs (conseils départementaux, MDPH, ARS, rectorats, gestionnaires d'établissements de santé et médico-sociaux, associations, etc.). L'évolution attendue concerne l'organisation des institutions, les pratiques professionnelles, les coopérations entre les acteurs et les échanges d'information. La finalité de ce dispositif consiste à proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite afin de lui permettre de s'inscrire dans un parcours de vie. L'Ille-et-Vilaine et le Morbihan, « territoires pionniers » parmi 22 autres en France, se sont lancés dans la démarche en 2016. Le Finistère et les Côtes-d'Armor s'engageront dans cette démarche en 2017, sa généralisation devant intervenir au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Dans le champ des personnes âgées, le déploiement des MAIA en cours sur la région (16 installées aujourd'hui), la mise en place progressive des plateformes d'appui au nombre de 3 et d'un projet PAERPA sur les pays de Brocéliande, Vallons-de-Vilaine et Rennes (dans le prolongement de l'expérimentation de Saint-Méen-Le-Grand, article 70) concourent à une meilleure fluidité du parcours de la personne âgée. La démarche d'accompagnement au changement initiée en 2016 à l'attention des MAIA participe également de la préoccupation de l'ARS de co-construire avec les conseils départementaux et plus largement avec les partenaires une politique d'intégration des acteurs et une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées. Il est à noter que les MAIA élargissent aujourd'hui leur public à celui des personnes en situation de handicap en Ille-et-Vilaine, voire à d'autres publics à titre expérimental sur deux territoires de proximité.

Le choix a en outre été fait de présenter, pour chaque catégorie d'ESMS, le taux d'occupation / d'activité des ESMS concernés. Cela permet notamment d'avoir une vue globale de la dispersion autour de la médiane, c'est-à-dire des valeurs hautes et basses représentées sur les boîtes à moustaches.

L'outil est par ailleurs un outil de dialogue qui vient en appui d'une démarche de contractualisation, qu'il s'agisse de la phase de diagnostic préalable dans une visée d'objectivation de la démarche et / ou dans la phase de négociation. Les indicateurs du TDB ESMS permettent de répondre à des questions-clés, qui font l'objet d'analyses tout au long du document.

---

<sup>2</sup> La notion de parcours de vie repose sur l'expérience vécue de la personne dans son environnement, interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé, éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et met l'accent sur le besoin de continuité des différentes formes d'accompagnement.

## LES QUESTIONS CLÉS AUXQUELLES RÉPOND LE TABLEAU DE BORD

<b>PRESTATIONS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS?</li> <li>2. quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS?</li> <li>3. quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne accompagnée?</li> <li>4. quel est le niveau d'activité de l'ESMS?</li> <li>5. quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS?</li> </ol>
<b>RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier?</li> <li>7. l'organisation est-elle structurée et stable?</li> </ol>
<b>FINANCES ET BUDGET</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. quel est le niveau d'exécution budgétaire?</li> <li>9. quels sont les grands équilibres financiers?</li> <li>10. quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe?</li> <li>11. quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire?</li> </ol>
<b>OBJECTIFS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. quel est l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS?</li> <li>13. quel est l'état des lieux de la fonction « système d'information » au sein de l'ESMS?</li> </ol>

N.B. : sauf mention contraire, les données chiffrées contenues dans le présent document proviennent des saisies effectuées par les ESMS et OG bretons sur la plateforme TDB ESMS.

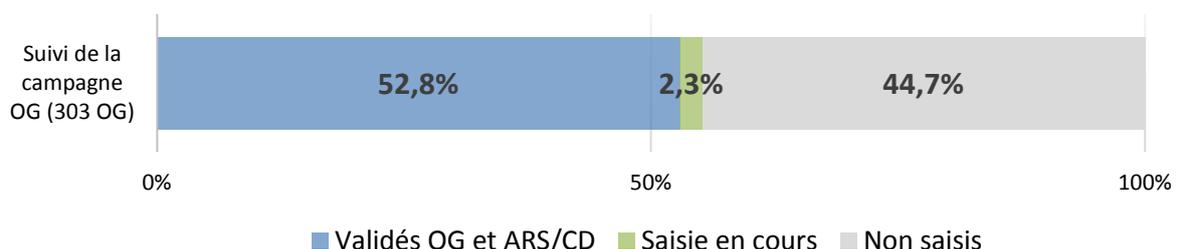
### FOCUS : LA PLACE DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DANS LA DEMARCHE

Les organismes gestionnaires ont une place importante dans le TDB ESMS. L'outil leur permet notamment d'avoir une vue globale de l'ensemble des ESMS qu'ils gèrent. Pour les autorités de tarification, l'accès au questionnaire OG donne une vue d'ensemble du champ de compétence de l'organisme gestionnaire et de son organisation en matière de centralisation par exemple.

En région Bretagne, les OG sont au nombre de 303, répartis comme suit :

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	TOTAUX
94	54	89	66	<b>303</b>

Pour l'année 2015, le taux de complétude des questionnaires organismes gestionnaires a été de 55 % (167 OG). Parmi ces entités juridiques, 160 questionnaires ont fait l'objet d'une fiabilisation et d'une validation par les autorités de tarification.



Plus concrètement, l'entrée « organisme gestionnaire » permet, dans le cadre du dialogue de gestion ou la phase de dialogue contractuel, d'avoir une approche « macro » des activités de la structure, quand bien même les activités développées par l'entité ne font pas l'objet d'une tarification par les services de l'ARS ou des conseils départementaux. En effet, la mutualisation ou la centralisation de moyens et ressources restent un enjeu fort qu'il convient de travailler sous une approche globale.

Enfin, s'agissant des frais de siège, le TDB ESMS permet également d'avoir une vue d'ensemble des autorisations déléguées. A ce titre, l'examen des données déclarées fait l'objet d'une attention particulière.

Afin de faciliter les échanges, il va être rappelé, dans les courriers de notification d'affectation des résultats des comptes administratifs 2015, la participation effective – ou pas – des ESMS et OG à la campagne de la même année. Une fiche synthétique reprenant les coordonnées des référents TDB ESMS au sein des ESMS et OG sera également adressée, pour confirmation ou modification.

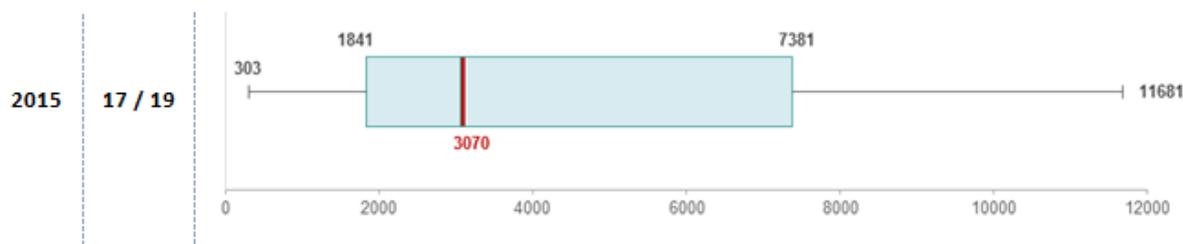
**Il conviendra de renvoyer cette fiche, par e-mail, à l'adresse suivante :**

[ars-bretagne-tdb-esms@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-tdb-esms@ars.sante.fr)

## GUIDE DE LECTURE

Le présent document a été organisé de manière à faire systématiquement faire apparaître le nombre d'ESMS répondants par rapport au nombre d'ESMS inscrits dans la démarche.

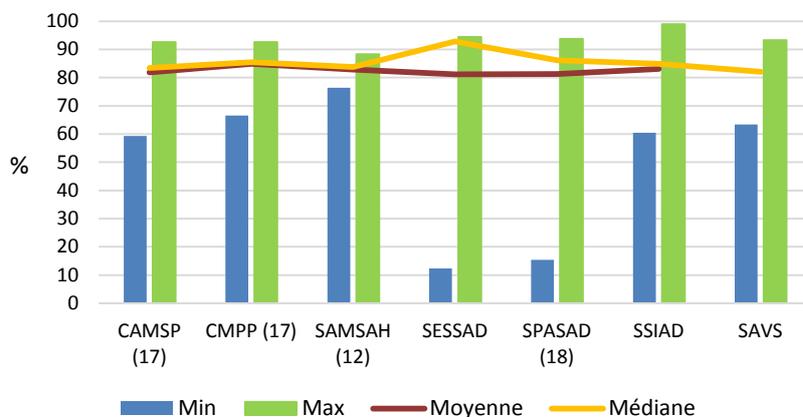
Ainsi, les boîtes à moustache sont ainsi représentées :



**17** = nombre d'ESMS répondants

**19** = nombre d'ESMS inscrits dans la démarche

Certains histogrammes font apparaître des valeurs entre parenthèses derrière le nom d'ESMS :



Cette valeur a pour objet de préciser le nombre de répondants à l'indicateur, et plus particulièrement pour les groupes de moins de 33 ESMS (ce nombre étant le minimum requis, en statistique, pour pouvoir considérer une valeur comme fiable).

En outre, il est rappelé que, sauf mention contraire :

- les données chiffrées sont celles extraites de la saisie opérée par les ESMS et OG
- en l'absence de date, il s'agit de données 2015
- le nombre de répondants rappelés pour chaque indicateur peut différer du nombre d'inscrits, par défaut de complétude d'une valeur, par absence de participation à la campagne, ou encore du fait d'une exonération de participation.

Enfin, le guide des indicateurs peut être consulté pour de plus amples précisions sur la définition et le contenu des indicateurs. [Consulter le guide des indicateurs](#)

## 2– Enfance handicapée

Il s'agit ici de développer la précocité du dépistage, du diagnostic et de l'intervention pour les enfants présentant des difficultés dans la petite enfance. L'enjeu majeur est d'organiser un parcours petite enfance plus fluide pour favoriser la prévention et prioriser les interventions à mettre en place. Pour cela, il est utile de mieux connaître l'offre par le tableau de bord et les rapports d'activité pour permettre de l'adapter au plus juste aux besoins.

### 2.1 Prévention, dépistage et accompagnement précoce

Dans le domaine de la prévention et du dépistage de l'enfance handicapée, deux types de structures coexistent, concernés par le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social :

- les Centres d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP)
- les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

	Public	Tarification	Code FINESS	ESMS bretons	ESMS National <sup>3</sup>
<b>CAMSP</b>	Enfants de 0 à 6 ans	ARS (80%) - CD (20%)	190	19 <sup>4</sup>	333
<b>CMPP</b>	Enfants de 0 à 20 ans	ARS (100%)	189	20 <sup>5</sup>	484

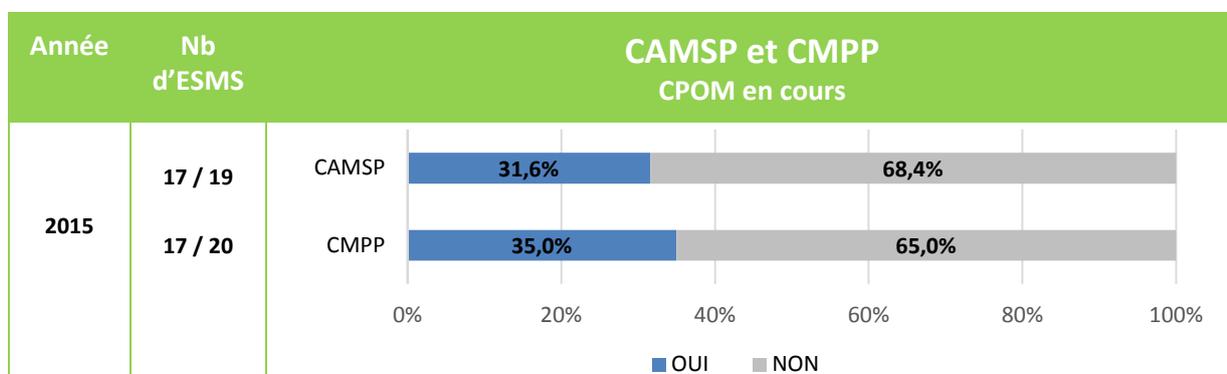
- Les CAMSP sont des centres de prévention, de dépistage et de traitement destinés aux enfants âgés de 0 à 6 ans et atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental. Ils visent à prévenir ou réduire l'aggravation de ce handicap dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire par une équipe pluridisciplinaire.
- Les CMPP ont pour rôle de réaliser le diagnostic et le traitement ambulatoire ou à domicile des enfants de 3 à 18 ans (ou 20 ans selon le cas) dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychologiques ou à des troubles du comportement et d'organiser la réadaptation de l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire et social.

En région Bretagne, les CAMSP et CMPP sont répartis comme suit :

	Côtes-d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		TOTAUX	
	ESMS	OG	ESMS	OG	ESMS	OG	ESMS	OG	ESMS	OG
<b>CAMSP</b>	3	2	4	4	8	4	4	4	19	14
<b>CMPP</b>	1	1	6	3	8	4	5	1	20	9

Notons par ailleurs que certains CAMSP et CMPP ont des antennes qui, parce qu'elles n'ont pas de numéro FINESS géographique, ne sont pas comptabilisées ci-dessus.

S'agissant de la contractualisation, au 31 décembre 2015, 6 CAMSP et 7 CMPP ont déjà été intégrés dans un CPOM. 29 indicateurs du TDB ESMS concernent ces catégories d'établissements, dont certains vont faire l'objet d'une analyse plus approfondie dans le cadre des négociations à venir.



<sup>3</sup> Données extraites du répertoire Fichier national des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) en 9/2016

<sup>4</sup> Au titre de la campagne 2016, 2 CAMSP n'ont pas rempli le TDB ESMS en 2016 (données 2015)

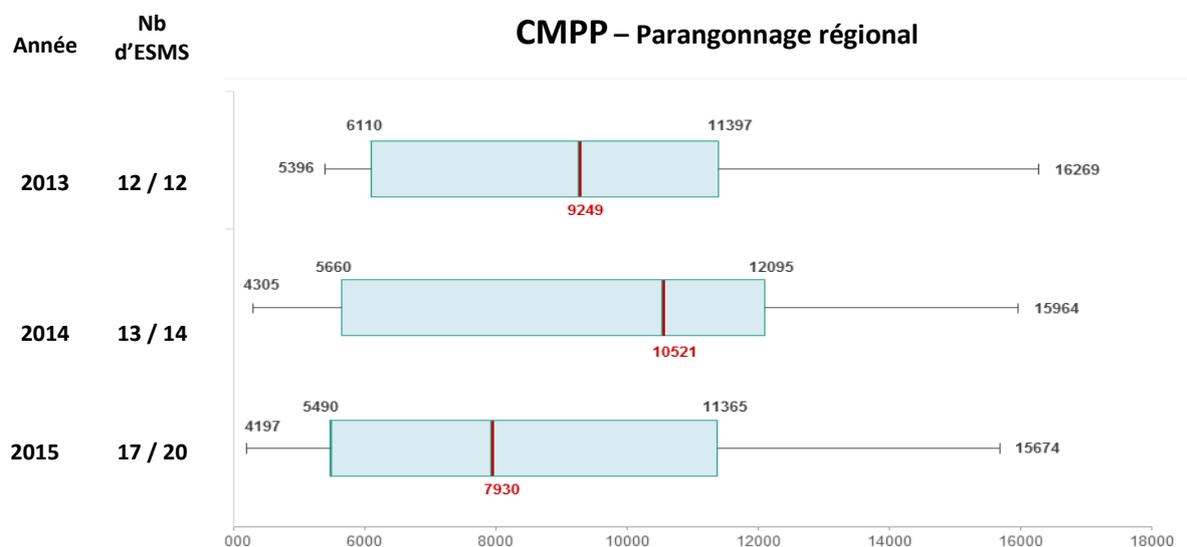
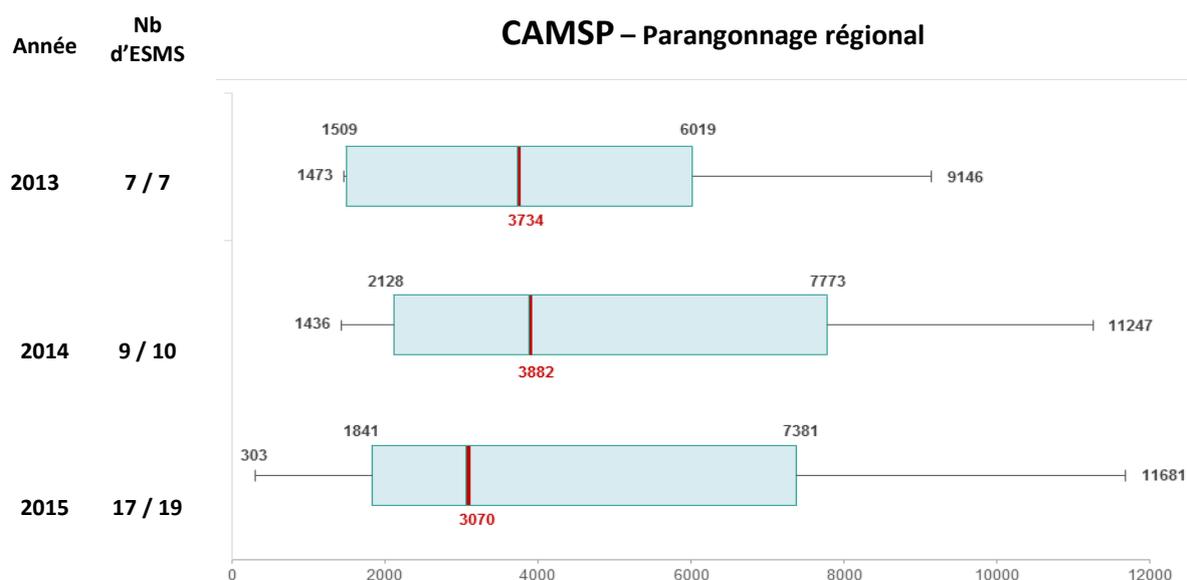
<sup>5</sup> Seuls 19 ESMS sont concernés par la complétude du TDB ESMS, les données d'un des CMPP étant agrégées avec un autre ESMS de même catégorie. En outre, 2 CMPP n'ont pas complété le TDB en 2016.

## Indicateur de dialogue

### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### Nombre d'actes ou séances réalisés

Dans le tableau de bord, le terme de « séance » utilisé pour les CAMSP et CMPP correspond au déplacement du mineur au centre, convoqué à cet effet. Au cours d'une seule séance le mineur peut être examiné par un ou plusieurs membres de l'équipe ; la durée de ces examens est variable (d'une fraction d'heure à une journée entière). Le mineur peut être ou non accompagné par une personne de son entourage. Cette mesure de l'activité diffère de celle proposée par la CNSA dans la trame type de rapport d'activité mise en place en 2015 à l'attention des CAMSP (dans ce document, l'unité de compte est l'intervention, c'est-à-dire l'action d'un ou plusieurs professionnels auprès d'un ou plusieurs enfants / ou familles simultanément : un entretien, un rendez-vous individuel, une séance collective... comptent pour un).



Il est préconisé, pour les catégories d'établissement dont le nombre de structures est inférieur à 33, de réaliser un parangonnage national et non pas régional, ce qui est le cas pour ces deux catégories d'ESMS. Toutefois, la qualité de la fiabilisation des données variant considérablement selon les régions, le parangonnage régional a été privilégié.

En CAMSP, la médiane, proche de 3 800 séances en 2013 et 2014, a légèrement diminué en 2015. En CMPP, le nombre médian de séances a augmenté entre 2013 et 2014 puis diminué en 2015,

atteignant près de 8 000 séances par centre. On note une forte dispersion du nombre de séances, en CAMSP comme en CMPP. Ces données sont cependant à interpréter avec prudence : d'une part, les structures ont été de plus en plus nombreuses à répondre au TDB ESMS entre 2013 et 2015 ; d'autre part, les structures ont besoin de s'approprier les indicateurs et leurs définitions, le TDB ESMS demeurant un outil récent. Notamment, la grande diversité des logiciels dans les CAMSP peut être une difficulté pour s'adapter aux définitions requises par le TDB ESMS.

Il peut être opportun de s'interroger non pas sur le seul nombre de séances, mais plus spécifiquement sur le nombre de jeunes accompagnés. En l'occurrence, en 2015, 2 586 jeunes ont été accueillis en CAMSP et 8 403 en CMPP.

2015	Nb total de séances	Nb d'ESMS répondants	File active	Nb d'ESMS répondants	ETP réels au 31/12	Nb d'ESMS répondants
<b>CAMSP</b>	72 392	17	2 586	17	161,71	17
<b>CMPP</b>	148 049	17	8 403	16	257,77	17

Notons que l'absence d'exhaustivité de la saisie ne permet pas de croiser les données recueillies. Nous pouvons cependant observer que les CMPP ont une file active plus importante, et donc un nombre de séances et d'ETP plus élevé.

Par ailleurs concernant l'activité, le tableau de bord utilisant la séance comme indicateur, ceci ne permet pas de prendre en compte certaines interventions indirectes qui sont consacrées à la concertation interne comme externe. Ces interventions sont comptabilisées dans les rapports d'activité des CAMSP : il s'agit des réunions consacrées au fonctionnement interne du CAMSP et à la concertation des professionnels, de rendez-vous en interne ou en externe dont la participation aux équipes de suivi de scolarisation. Les temps d'échange téléphoniques ne sont pas non plus comptabilisés alors que les professionnels s'accordent à dire qu'il s'agit d'une part importante de leur travail.

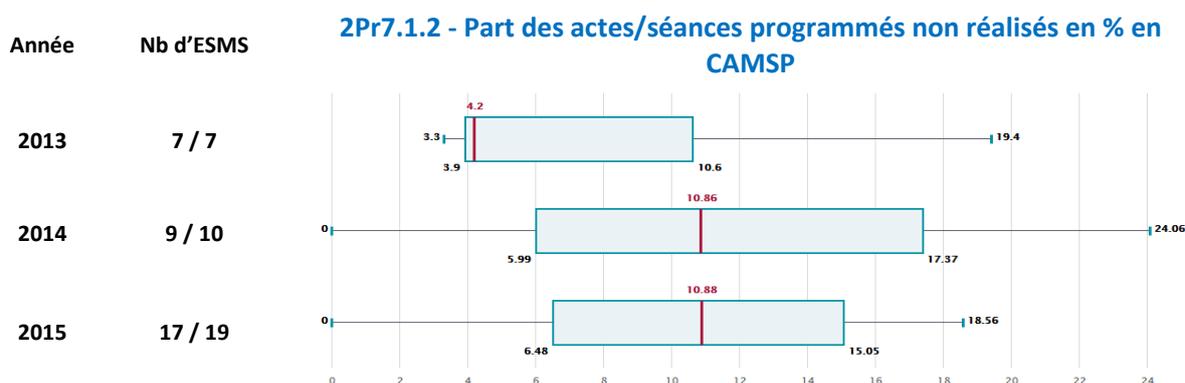
S'agissant des données dites de caractérisation afférentes à ces structures, nous observons que le nombre de jours d'ouverture annuel est compris entre 123 et 301 pour les CAMSP (médiane de 207 jours) et 185 et 273 pour les CMPP (médiane de 204 jours).

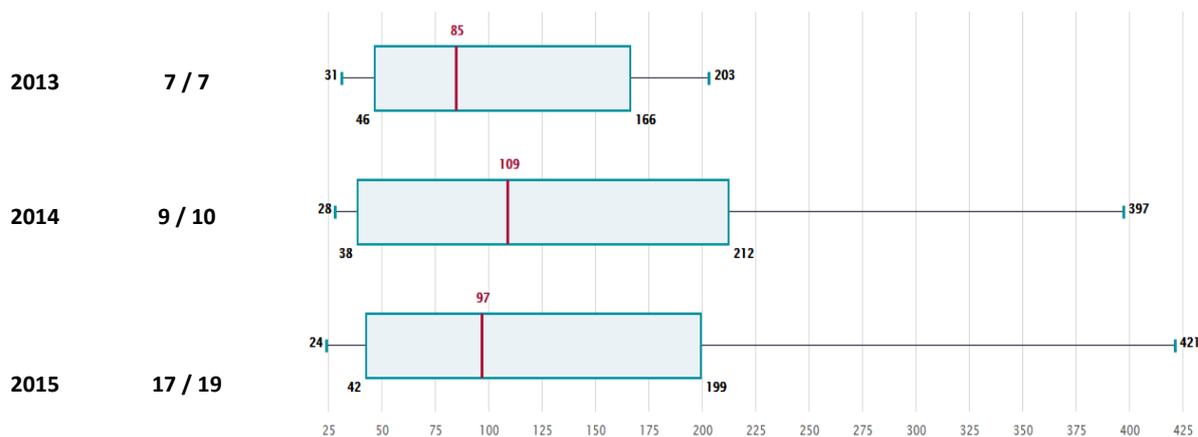
Le recours à une analyse de données par question clé permet d'avoir une approche plus pointue d'une thématique particulière, et de s'interroger sur les facteurs qui peuvent générer d'une part des déséquilibres au sein d'un ESMS, et d'autre part des divergences entre ESMS. Il n'en demeure pas moins que les spécificités propres à chaque structure peuvent en outre expliquer certains phénomènes (localisation, histoire ...). Pour compléter la donnée relative au taux d'activité, la quatrième question-clé, intitulée *Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?*, apporte des compléments et précisions sur la part des séances programmées non réalisées et la file active des enfants accompagnés pour les CAMSP.

## Question-clé n°4 Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?

Indicateurs « clé d'analyse » préconisés par l'ANAP :

- 2Pr7.1.2 Part des actes/séances programmés non réalisés
- 2Pr7.2 File active des personnes accompagnées sur la période





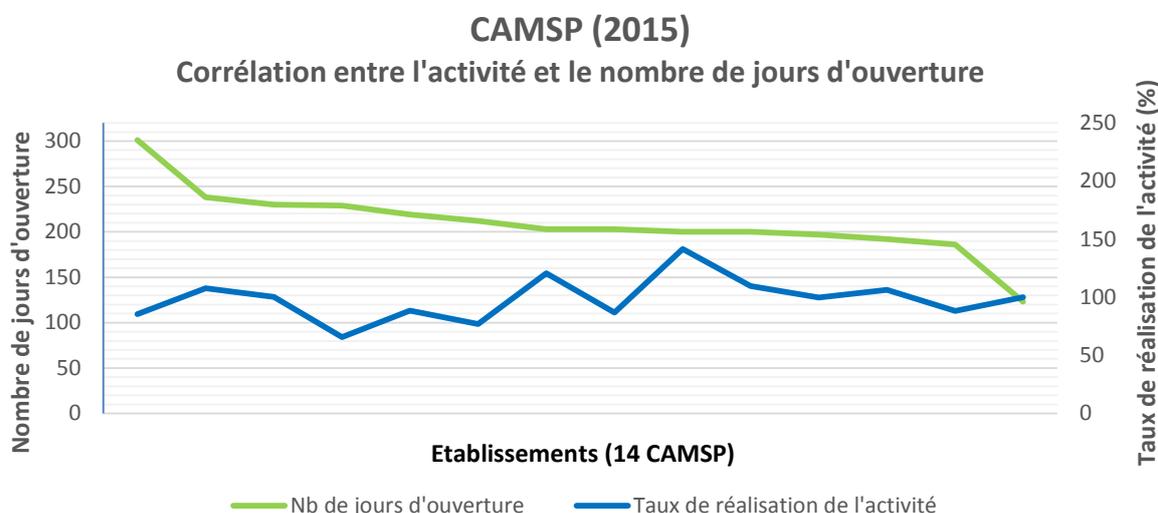
Pour les CAMSP, si l'on s'en tient aux données des années 2014 et 2015, la part des actes ou séances programmés non réalisés est de l'ordre de 11 % pour une file active d'une centaine d'enfants. L'activité médiane en termes de séances, quant à elle, et comme décrit précédemment, demeure proche de 100 %. Si ces données n'appellent pas de remarques particulières, leur croisement avec d'autres indicateurs peut révéler des disparités majeures.

### Indicateurs complémentaires proposés pour ce cas précis

Donnée de caractérisation : Nombre de jours d'ouverture

Indicateur de dialogue : IPr4.1.2 – Taux de réalisation de l'activité

Ces données peuvent faire l'objet d'une recherche de corrélation, afin d'identifier un potentiel lien entre taux d'activité et nombre de jours d'ouverture, par exemple.



Le coefficient de corrélation linéaire est de  $-0,26$ , ce qui signifie qu'il n'y a pas de corrélation entre ces données.

## 2.2 Services d'accompagnement en milieu ordinaire

Les SESSAD sont, en fonction de leur spécialité et de l'âge des enfants accompagnés, appelé Services d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP), Services de Soutien à l'Education Familiale et à l'intégration Scolaire (SSEFS, ex. SSEFIS), Services de Soins et d'Aide à Domicile (SSAD), Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAAIS) et Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD).

Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social retient donc ces services sous une même appellation, ces services étant tous référencés sous le numéro de nomenclature 182 dans FINESS.

	Public	Tarifification	Code FINESS	Nb d'ESMS bretons	Nb d'ESMS National
<b>SESSAD</b>	Enfants de 0 à 20 ans	ARS (100%)	182	80 <sup>6</sup>	1 704

Les SESSAD interviennent auprès d'enfants de 0 à 20 ans présentant une ou des déficience(s) de différentes natures (intellectuelle, troubles psychologiques, motrice, polyhandicap, auditive, visuelle), dans les lieux de vie et d'activité de ceux-ci ou dans les locaux du service, via une équipe pluridisciplinaire. Ce travail se fait en lien avec les familles.

En région Bretagne, les SESSAD sont répartis comme suit :

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan		
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG
<b>SESSAD</b>	15	543 <sup>7</sup>	10	21	665 <sup>8</sup>	13	26 <sup>9</sup>	807	14	17 <sup>10</sup>	495	12

- Les SAFEP accueillent des enfants âgés de 0 à 3 ans déficients auditifs et visuels graves. Le projet, axé sur la relation « parent / enfant », est de développer et favoriser les ressources de communication de l'enfant avec sa famille et son environnement.
- Les SAAD sont dédiés aux jeunes en situation de polyhandicap : association d'une déficience motrice et d'une déficience mentale sévère ou profonde.
- Les SSEFS concernent les enfants de plus de 3 ans présentant des déficiences auditives graves.
- Les SAAAIS concernent les enfants de plus de 3 ans présentant des déficiences visuelles graves.

Dans le TDB ESMS, les SESSAD sont directement concernés par 31 indicateurs. Au 31 décembre 2015, parmi ces 80 services bretons, 38 sont déjà signataires d'un CPOM.

La difficulté principale pour les SESSAD, est de devoir renseigner des données d'activité en nombre de journées, et non pas en nombre de séances. Cette question a été soulevée auprès de l'ANAP. Quoi qu'il en soit, les données restent cohérentes et sont exploitables du fait de la participation satisfaisante en Bretagne (73 services).

<sup>6</sup> Au titre de la campagne 2016, 7 SESSAD n'ont pas rempli de données

<sup>7</sup> Un SESSAD a déclaré n'avoir aucune place autorisée

<sup>8</sup> Seuls 19 SESSAD ont complété leur nombre de places financées

<sup>9</sup> Seuls 24 SESSAD ont complété leur nombre de places financées

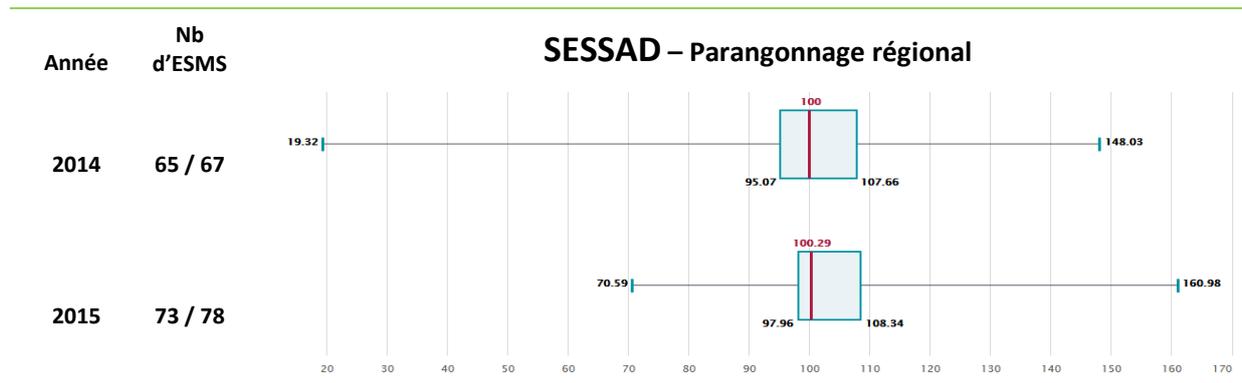
<sup>10</sup> Seuls 15 SESSAD ont complété leur nombre de places financées

## Indicateur de dialogue

### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / nombre de journées prévisionnelles budgétées



Dans le TDB ESMS, il est possible de restituer les données des SESSAD de façon agrégée ou par groupe homogène (services de 1 à 60 places, ou de plus de 60 places). Dans le graphique ci-dessus, tous les SESSAD bretons ont été comparés, sans distinction par groupe homogène, pour assurer une meilleure robustesse des résultats. Ces données d'activité laissent apparaître une constante dans l'activité, avec toutefois une dispersion des données allant de 71 % à 160 %. Ces valeurs extrêmes sont relevées dans le groupe homogène de 1 à 60 places, la dispersion du second groupe homogène allant de 75 % à 122 %.

Toutefois, par groupe homogène, les données, tant régionales que nationales, décrivent une médiane à 100 % (les 60 SESSAD de 1 à 60 places ont un taux de réalisation de l'activité médian de 101 %, alors que pour les 9 SESSAD de plus de 60 places, le taux est de 103 %).

S'agissant de la file active, en région Bretagne, au titre de l'année 2015, les 73 SESSAD répondants ont accueilli 2 579 jeunes<sup>11</sup>. Cette donnée peut conduire à s'interroger sur plusieurs autres indicateurs : la provenance des personnes accompagnées, la rotation des places au sein de ces structures, ou le nombre de jours d'ouverture des structures. En l'occurrence, en 2015, les SESSAD bretons ont ouvert entre 170 et 223 jours (médiane à 195 jours sur 72 répondants à cette question).

Cette donnée de caractérisation revêt une importance particulière. Comme cela a été noté sur les CAMSP et CMPP, le nombre de jours d'ouverture peut varier, allant parfois du simple au triple. Nonobstant les conventions collectives et statuts juridiques – qui peuvent influencer sur ces données – une telle variation interroge. Aussi, il est proposé, en page suivante, un FOCUS sur l'activité, le nombre de jeunes accompagnés, et le nombre de jours d'ouverture des ESMS bretons.

<sup>11</sup> 72 SESSAD sur 73 répondants ont rempli cette donnée

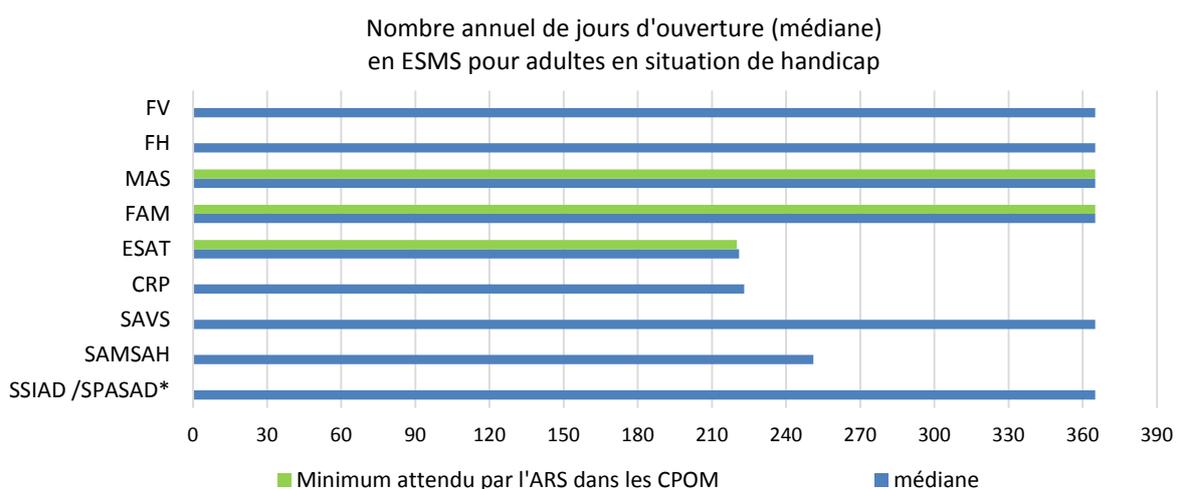
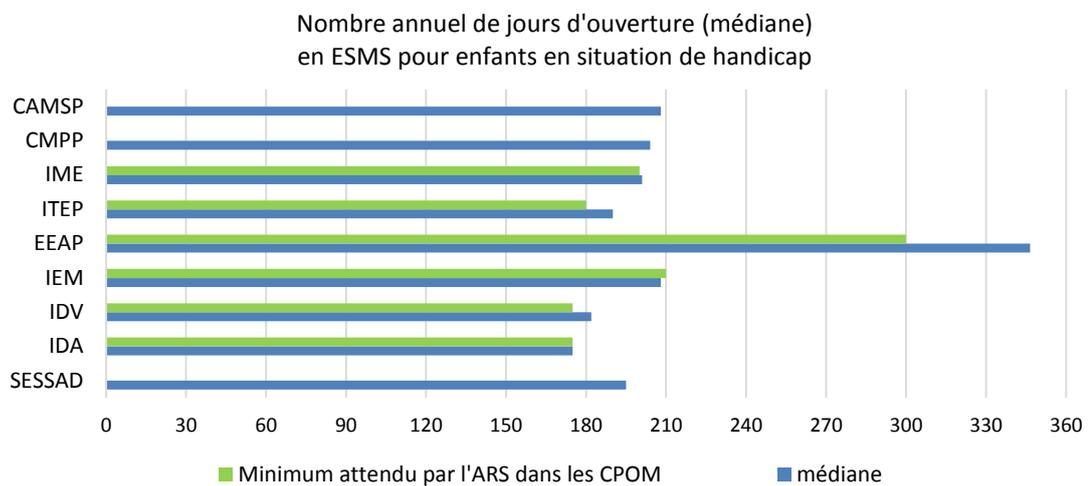
## FOCUS : LES ENJEUX LIES AU NOMBRE DE JOURS D'OUVERTURE DES ESMS

De par leur mission, la quasi-totalité des établissements d'hébergement pour personnes âgées est ouverte en continu 365 jours par an, de même que les FAM et les MAS. Ces catégories d'ESMS ne sont donc pas présentées ici.

Au sens FINESS, une antenne se caractérise par un fonctionnement de moins de 20 heures par semaine, souvent dans un local mis à disposition par un tiers ; elle est obligatoirement rattachée à un établissement. C'est une structure qui n'a pas d'autonomie de gestion et ne dispose pas de personnel propre. L'analyse des durées médianes d'ouverture ne tient pas compte des antennes.

Un biais de déclaration est possible, dans la mesure où un ESMS a pu déclarer être fermé alors qu'une permanence téléphonique est quand même assurée. Ce biais tend à sous-estimer la durée d'ouverture si l'on considère ouvert un établissement joignable.

Le fonctionnement des ESMS pour enfants handicapés coïncide souvent avec le calendrier scolaire, qui compte 180 jours par an depuis la réforme des rythmes scolaires de 2013. Ce constat concerne les instituts éducatifs, mais aussi les CAMSP et CMPP, et les services à domicile (SESSAD) pour lesquels l'aide à l'intégration scolaire est l'une des principales missions. Une particularité est toutefois constatée pour les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés avec une ouverture permanente pour 6 établissements sur 12 répondants, cela correspondant à des besoins d'internat pour ces enfants spécifiquement.



\* seuls les services avec une section dédiée aux personnes de moins de 60 ans sont pris en compte

La corrélation entre le nombre annuel de jours d'ouverture et le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année (file active) a été étudiée. Toutefois, aucune corrélation n'a été constatée entre ces deux indicateurs. Le constat est similaire concernant le lien entre nombre annuel de jours d'ouverture et nombre d'ETP au 31 décembre.

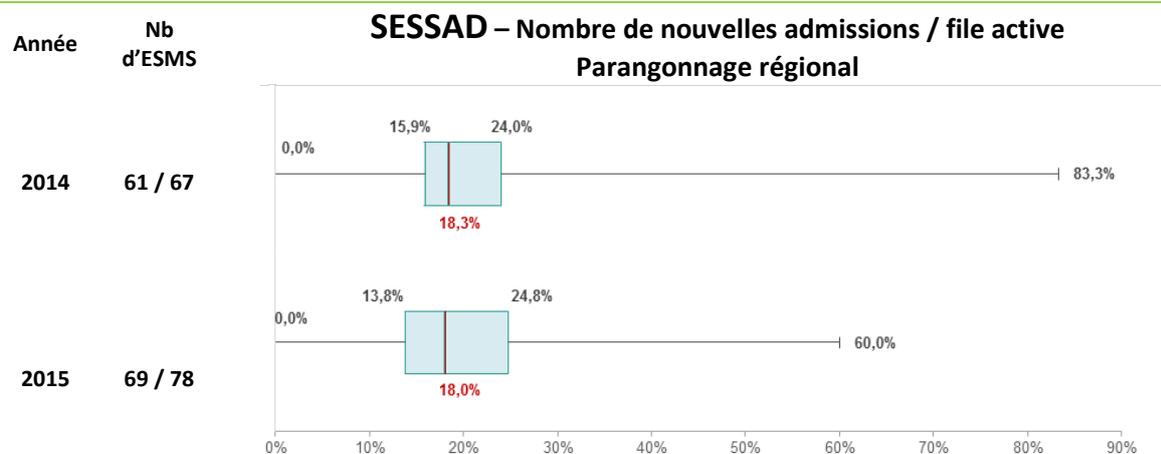
L'activité, le nombre de jours d'ouvertures d'un ESMS ou encore le nombre de personnes accompagnées sur la période sont autant de données et d'indicateurs qui peuvent amener à s'interroger sur le taux de rotation des structures.

## Question-clé n°5

Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS ?

### Nombre de nouvelles admissions / file active (%)

Le taux de rotation calculé dans le TDB (IPr5.1) est le rapport du nombre d'admissions dans l'année sur le nombre de places financées. Cet indicateur n'est pas satisfaisant pour apprécier les flux importants de personnes en services tels que les SESSAD, où le nombre de places reste une notion principalement comptable. Il a été décidé de présenter à la place un indicateur composé du nombre d'admissions en SESSAD rapporté à la file active de l'année. Cet indicateur vient également expliciter une charge de travail induite par la préparation des accueils et admissions (évaluation de la situation de la personne, recueil des besoins et attentes, accompagnement d'une situation de rupture pour la personne et son entourage, etc.).

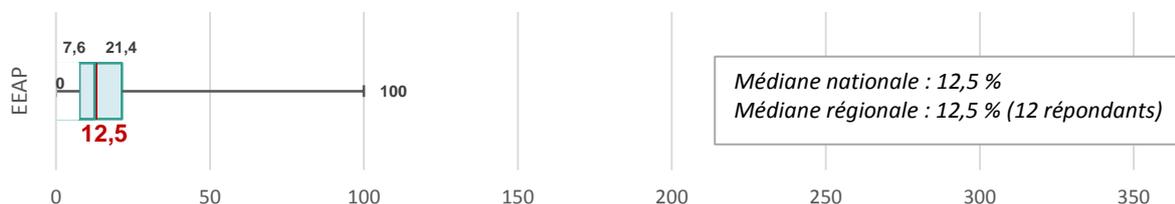


Les taux de rotation fluctuent de façon relativement importante en fonction du secteur (personnes âgées ou personnes handicapées), des services ou des établissements concernés<sup>12</sup>. Les taux retenus ci-dessous sont ceux du niveau national, sur le champ des personnes handicapées, afin de pouvoir comparer les ESMS sur un panel suffisant.

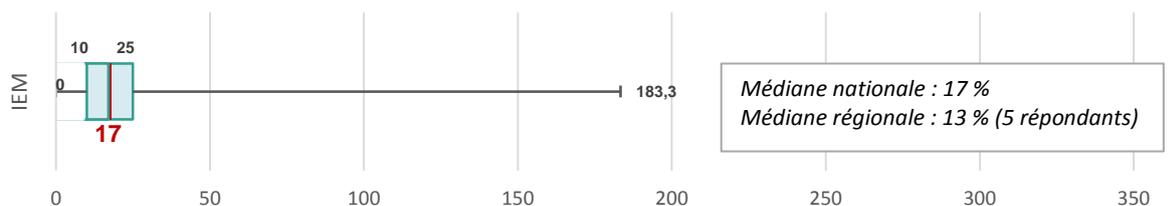
## Taux de rotation en établissements pour enfants en situation de handicap

### Données nationales

#### EEAP – 149 établissements

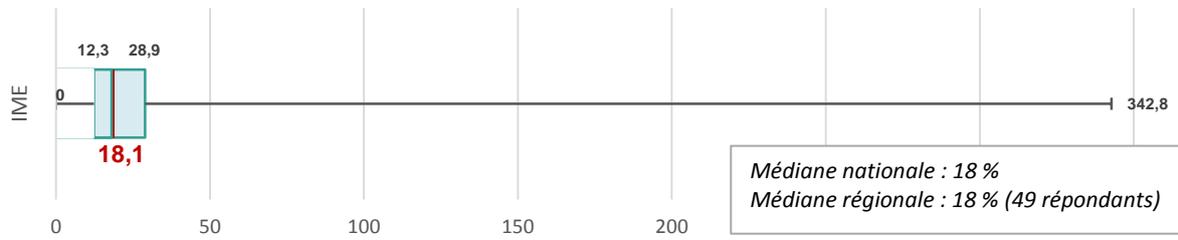


#### IEM – 112 établissements

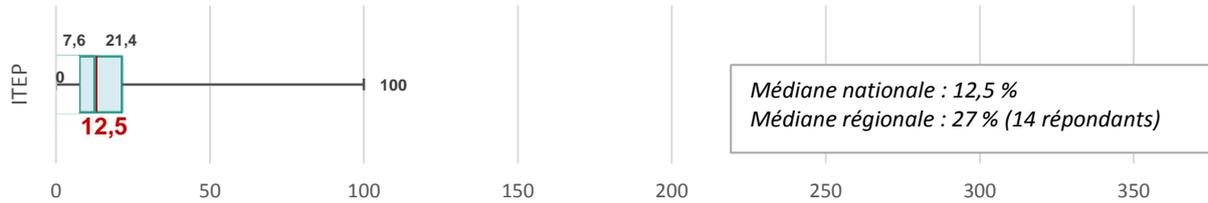


<sup>12</sup> Les données des CRP, IDA et IDV ne sont pas reprises, car non exploitables du fait du faible nombre d'ESMS

### IME – 962 établissements

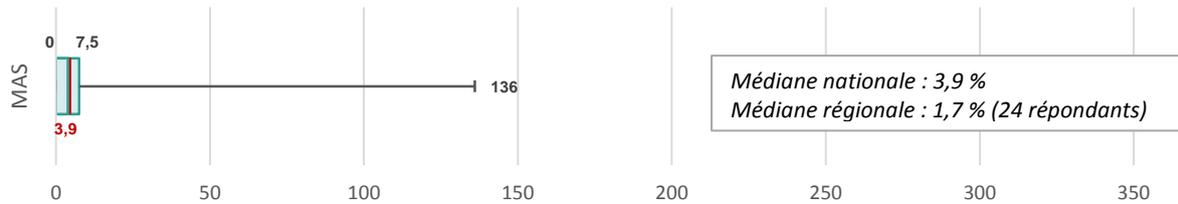


### ITEP – 307 établissements

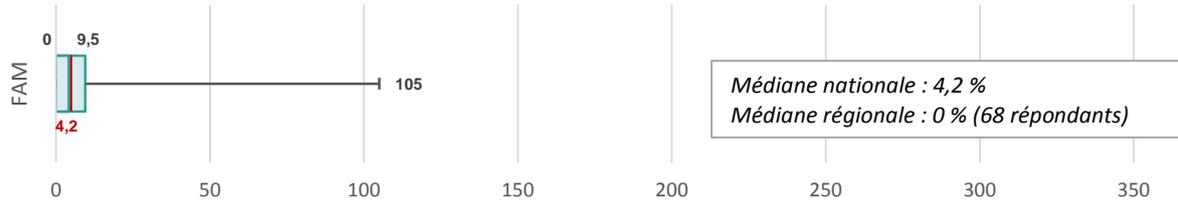


## Taux de rotation en ESMS pour adultes en situation de handicap Données nationales

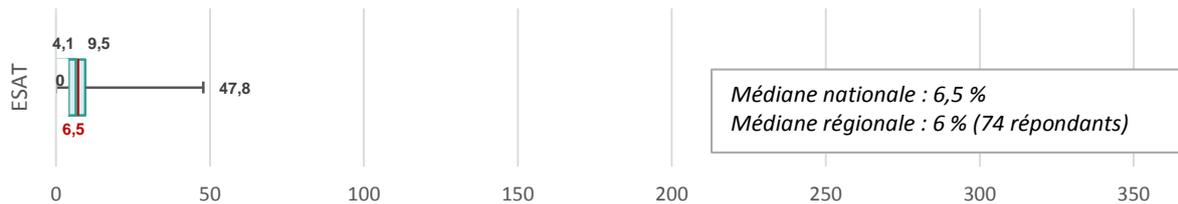
### MAS – 451 établissements



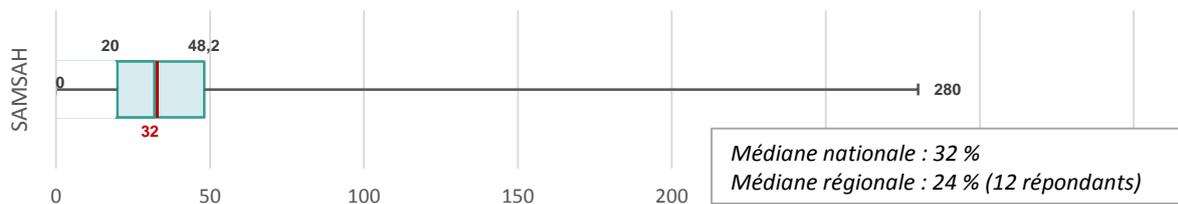
### FAM – 602 établissements



### ESAT – 1 000 établissements



### SAMSAH – 234 services



Champ	FHAH		FV		SAVS	
	Nombre de répondants	Taux de rotation médian	Nombre de répondants	Taux de rotation médian	Nombre de répondants	Taux de rotation médian
Côtes-d'Armor	7	1,8 %	10	3,8 %	15	13,9 %
Finistère	24	6,2 %	31	4,8 %	12	11,9 %
Ille-et-Vilaine	12	3,7 %	27	0 %	15	13,4 %
Morbihan	9	8,3 %	14	0 %	13	6,1 %
<b>Régional</b>	<b>52</b>	<b>6,3 %</b>	<b>82</b>	<b>2,8 %</b>	<b>55</b>	<b>10,0 %</b>
<b>National</b>	<b>443</b>	<b>6,7 %</b>	<b>651</b>	<b>4,2 %</b>	<b>387</b>	<b>13,6 %</b>

Tous secteurs confondus, les taux de rotation sont globalement plus élevés dans les services que dans les établissements : 24 % en SAMSAH, 50 % en SSIAD et 51 % en SPASAD en région Bretagne au titre de l'année 2015. Les ITEP présentent également un taux régional élevé (27 %), qui pourrait être en partie expliqué par la montée en charge du Dispositif ITEP décrit en pages suivantes (pages 33 et 34).

Les taux de rotation les plus faibles sont ceux des FAM et MAS, établissements qui accueillent des adultes en situation de handicap généralement pour un accompagnement de longue durée.

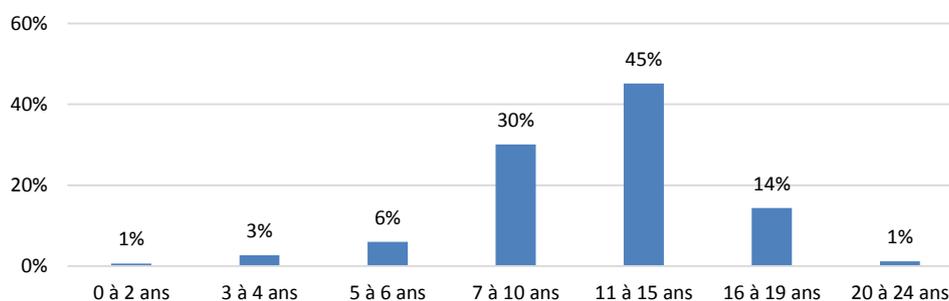
En SESSAD, le taux de rotation constaté peut être rapproché d'une part aux données de caractérisation relatives à l'âge des personnes accompagnées, et d'autre part au taux de dérogation des jeunes en situation de handicap maintenus en établissements pour enfants au-delà de l'âge règlementaire.

### Indicateurs complémentaires proposés pour ce cas précis

Donnée de caractérisation : âge des personnes accompagnées

Indicateur de dialogue : IPr1.1 : Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation

Répartition par âge des jeunes accompagnés par un SESSAD en Bretagne



Nombre de SESSAD	7	26	49	62	70	54	12
Nombre de jeunes	16	70	156	787	1 181	376	30

Les SESSAD peuvent accueillir des jeunes jusqu'à 20 ans inclus. Un SESSAD breton détient par ailleurs une autorisation pour accueillir des résidents jusqu'à 26 ans. A noter qu'un nouveau SESSAD spécialisé sur la formation professionnelle et l'apprentissage a également obtenu depuis 2016 une autorisation pour accueillir des jeunes au-delà de 20 ans.

Trois quart des SESSAD ne déclarent pas de dérogation, et ce de façon constante, en Bretagne, depuis 3 ans. Au titre de l'année 2015, seuls 10 SESSAD déclarent accueillir des dérogations sur les 73 répondants. Aussi, il apparaît que le taux de rotation constaté en SESSAD est principalement lié au fonctionnement de ce type de services.

Une des particularités majeures des SESSAD pour les enfants présentant des troubles psychologiques, est de voir se développer l'approche « dispositif », qui consiste à coupler ces services avec les ITEP, établissements accueillant des enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement importants. Il est donc proposé de décrire dans un premier temps les établissements pour jeunes en situation de handicap (pages 28 à 32), avant de faire un focus sur le dispositif ITEP en tant que tel.

## 2.3 Structures d'accompagnement en institution

Les enfants et jeunes en situation de handicap peuvent également être accompagnés en institution, jusqu'à 20 ans.

Six catégories de structures d'accueil sont référencées dans le TDB :

- Institut Médico-Educatif (IME)
- Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP)
- Institut d'Education Motrice (IEM)
- Etablissements pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés (EEAP)
- Institut d'éducation sensorielle pour enfants ou adolescents atteints de Déficience Auditive (IDA)
- Institut d'éducation sensorielle pour enfants ou adolescents atteints de Déficience Visuelle (IDV)

Ces établissements pour enfants sont destinés à les accompagner en fonction de leur déficience, de 0 à 20 ans :

- Les IME assurent des soins et une éducation spéciale aux enfants âgés de 3 à 20 ans atteints de déficience à prédominance intellectuelle.
- Les ITEP accueillent des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques dont l'expression perturbe gravement la scolarisation et l'accès aux apprentissages.
- Les IEM prennent en charge des enfants ou adolescents dont la déficience motrice nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, l'éducation spécialisée, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.
- Les EEAP prennent en charge des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement sensoriel, moteur et intellectuel concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.
- Les IDA prennent en charge des enfants et adolescents dont la déficience auditive entraîne des troubles de la communication nécessitant le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et l'accès à l'autonomie sociale.
- Les IDV prennent en charge des enfants et adolescents dont la déficience visuelle nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, la compensation du handicap, l'acquisition de connaissances scolaires et d'une formation professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

Les ITEP font l'objet d'une étude particulière en pages suivantes, dans le cadre d'un focus sur le fonctionnement en Dispositif ITEP.

En région Bretagne, les établissements pour enfants en situation de handicap sont répartis comme suit :

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan			TOTAL
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS
<b>IME</b>	10	624	7	13	920	8	18	1 067	10	16	834	9	<b>57</b>
<b>IEM</b>	1	52	1	1	66	1	2	82	2	1	70	1	<b>5</b>
<b>EEAP</b>	4	129	4	3	35	2	4	99	4	2	18	2	<b>13</b>
<b>IDA</b>	1	95	1	1	12	1	2	170	2	1	112	1	<b>5</b>
<b>IDV</b>	1	28	1	1	6	1	1	25	1	0	0	0	<b>3</b>

Dans le cadre des CPOM, ces cinq catégories d'ESMS sont toutes concernées. Les indicateurs retenus pour ces établissements sont au nombre de 32. Au 31 décembre 2015, 29 IME, 7 ITEP, 3 IDA, 2 IDV et 2 IEM sont signataires d'un CPOM.

Dans le TDB ESMS, il est possible de restituer les données de façon agrégée pour les IME ou par groupe homogène (1 à 50 places, 51 à 100 places ou plus de 100 places).

# Indicateur de dialogue

Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

## IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / Nombre de journées prévisionnelles budgétées

Type d'ESMS	Nb d'ESMS	<u>Evolution du taux de réalisation de l'activité</u>	
IME	27/29	2013	<p>Box plot for 2013: Median 97%, IQR 92-100%, Whiskers 85-119%</p>
	39/41	2014	<p>Box plot for 2014: Median 99%, IQR 95-100%, Whiskers 86-106%</p>
	49/54	2015	<p>Box plot for 2015: Median 99%, IQR 97-102%, Whiskers 88-110%</p>
IEM	4/5	2014	<p>Box plot for 2014: Median 100%, IQR 99-102%, Whiskers 99-102%</p>
	5/5	2015	<p>Box plot for 2015: Median 100%, IQR 99-103%, Whiskers 97-105%</p>
EEAP	8/8	2013	<p>Box plot for 2013: Median 84%, IQR 79-89%, Whiskers 75-102%</p>
	9/10	2014	<p>Box plot for 2014: Median 91%, IQR 79-100%, Whiskers 64-102%</p>
	12/13	2015	<p>Box plot for 2015: Median 83%, IQR 79-98%, Whiskers 66-103%</p>
IDA / IDV	7/7	2014	<p>Box plot for 2014: Median 100%, IQR 98-100%, Whiskers 84-107%</p>
	8/8	2015	<p>Box plot for 2015: Median 99%, IQR 99-100%, Whiskers 90-102%</p>

S'agissant de la file active, en région Bretagne, les données sont les suivantes :

Catégorie d'ESMS	Nb ESMS répondants	File active 2015	Nombre de places financées (permanent)	Taux de rotation des places financées
IME	49	3 911	42	17,78
IEM	5	299	50	12,96
EEAP	12	275	10	20
IDA	5	363	25	ND
IDV	3	64	ND	ND

Les établissements pour les jeunes en situation de handicap ont une importance particulière. C'est le dernier accompagnement « enfant » avant un éventuel accueil / suivi dans le secteur des adultes handicapés.

#### Age des personnes accueillies en établissements pour jeunes en situation de handicap en Bretagne

	Nb ESMS	0-2 ans	3-4 ans	5-6 ans	7-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans
IME	49			33	379	1 226	1 340	440	19	
Itep	14			2	128	391	74			
IEM	5		4	3	39	103	81	31	2	
EEAP	12		10	19	55	65	62	30	4	2
IDA	5			7	57	159	82	9		
IDV	3			1	20	21	10	3		

Age théorique  
 Age effectif (nombre de jeunes accueillis)

On notera que cette problématique est d'autant plus prégnante qu'un grand nombre d'établissements pour jeunes en situation de handicap continue à accueillir de jeunes adultes dont la limite d'âge est atteinte voire dépassée, notion qui peut être appréhendée avec la question-clé n°1. Plus généralement, c'est la question de l'accompagnement des jeunes entre 16 et 25 ans qui se pose.

Lors d'un contrôle croisé entre les données du TDB et celles de l'enquête de l'amendement CRETON, sur les 74 ESMS bretons, 31 ont des données non concordantes.

## Question-clé n°1

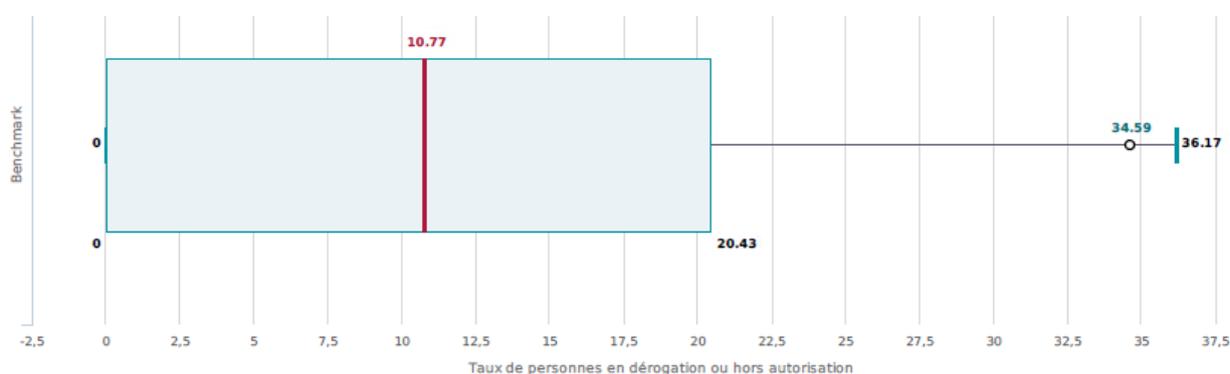
### Les profils des personnes correspondent-ils aux missions de l'ESMS ?

#### Indicateurs de dialogue préconisés par l'ANAP :

- IPr1.1 : Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation
- 2Pr6.3 : Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées au 31/12 en %
- 2Pr6.4 : répartition par âge des personnes accompagnées au 31/12 en %
- 2Pr6.5 : Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement au cours de l'année (en nombre de jours) (Y compris accueil temporaire)
- 2Pr6.6 : Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %

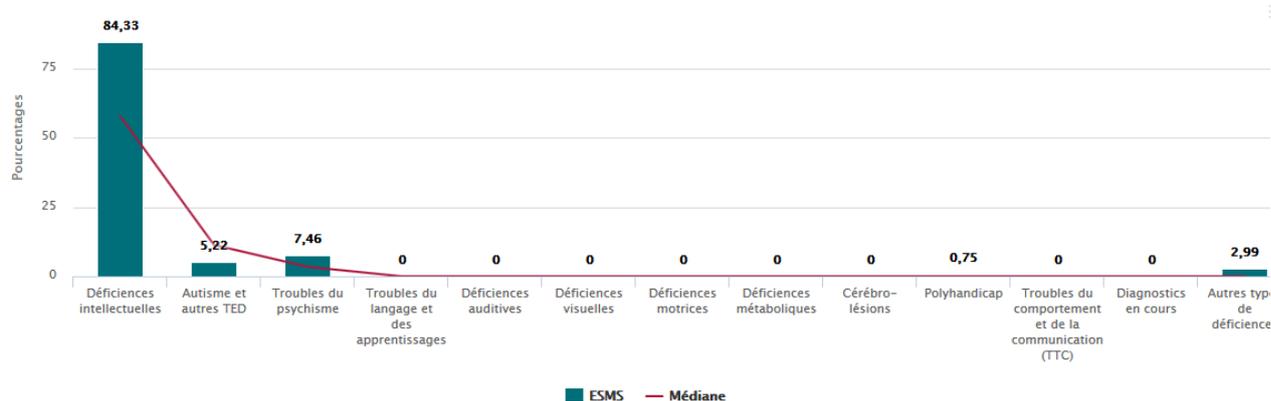
### ETUDE DE CAS – Exemple d'un IME

#### Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation



Le taux de personnes en dérogation ou hors autorisation de cet IME est de 34,6 %. Par rapport à l'ensemble des IME de la région, cet IME fait partie des 25 % d'ESMS dont le taux de personnes en dérogation ou hors autorisation est le plus important (compris entre 20,4 et 36,2 %).

#### Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences principales observées au 31/12 en %



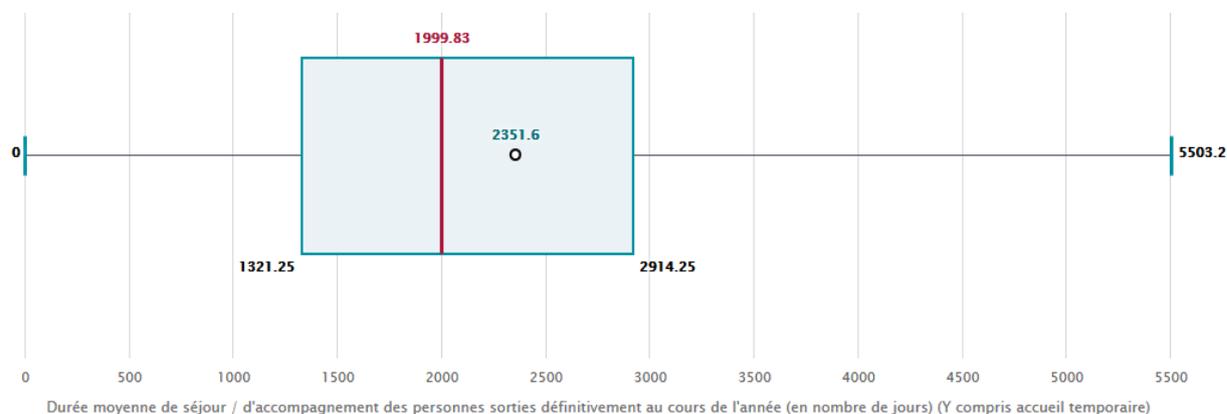
Par rapport à l'ensemble des IME de la région, cet IME fait partie des 50 % dont la part des déficiences intellectuelles et des troubles du psychisme est plus importante (84,3 % dans cet IME pour une médiane à 57,7 % pour les déficiences intellectuelles et 7,5 % pour une médiane à 3,4 % pour les troubles du psychisme).

### Répartition par âge des personnes accompagnées au 31/12 (en %)



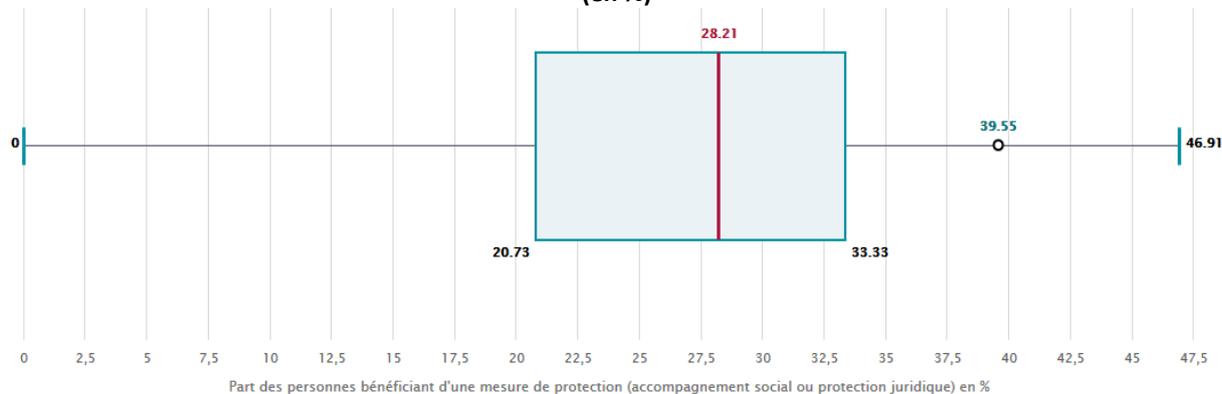
Près de 80 % des personnes accompagnées dans cet IME ont 16 ans ou plus. La part des 20 ans et plus représente plus du quart du total des personnes accompagnées par cette structure et se situe bien au-delà de la médiane des IME de la région qui est d'un peu plus de 12 % en 2015.

### Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement au cours de l'année (en nombre de jours)



La durée moyenne de séjour dans cet IME est de 2 351,6 jours. Par rapport à l'ensemble des IME de la région, cet IME se situe au-dessus de la médiane (1 999,8 jours).

### Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) (en %)



La part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection dans cet IME est de 39,55 %. Par rapport à l'ensemble des IME de la région, cet IME fait partie des 25 % d'ESMS dont cette part est la plus importante. Les mesures de protection regroupent l'accompagnement social et la protection juridique.

## FOCUS : ITEP & DISPOSITIF ITEP

En région Bretagne, les ITEP sont au nombre de 16, et sont répartis comme suit :

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan		
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG
<b>ITEP</b>	4	56	1	3 <sup>13</sup>	205	2	5	175	3	4	198	3

Tous les ITEP bretons ont répondu à l'enquête 2015.

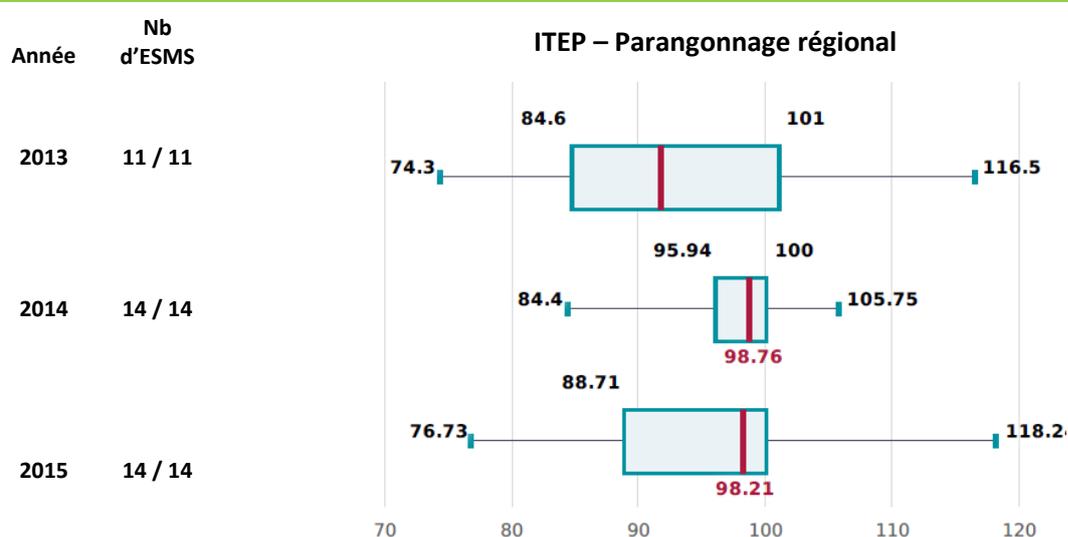
Leur taux d'activité est le suivant :

### Indicateur de dialogue

Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / Nombre de journées prévisionnelles budgétées



Si la médiane est de 98 % en 2015, pour un quart des ITEP, le taux d'activité reste compris entre 77 % et 89 %.

Une expérimentation nationale en dispositif ITEP a été mise en place sur 6 régions<sup>14</sup> à partir de 2013. Compte-tenu de la nécessaire évolution de l'offre ITEP sur les Côtes-d'Armor (absence d'accueil de jour pour les plus de 14 ans, internat et accueil de jour éloignés des bassins de vie, ...), la reconfiguration de cette offre (notamment le projet de création de places de semi-internat pour adolescents et le déménagement sur 3 sites) a constitué une opportunité pour tester le fonctionnement en dispositif ITEP tel qu'expérimenté à l'échelle nationale dans 6 régions. Les acteurs des autres départements bretons faisant part de leur volonté de passer en mode dispositif, une généralisation progressive de cette expérimentation a été décidée à partir de 2016.

La loi de modernisation de notre système de santé, dans son article 91, est venue consacrer la possibilité pour les ITEP et les SESSAD-ITEP de fonctionner en dispositif dans le cadre d'une convention conclue notamment avec la MDPH, l'ARS, les organismes de protection sociale et le rectorat.

Le fonctionnement en dispositif intégré « DITEP » consiste en une organisation des établissements et services pour favoriser un parcours fluide avec des modalités d'accompagnement diversifiés, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes « présentant des difficultés psychologiques dont l'expression perturbe gravement la scolarisation et l'accès aux apprentissages ». Son objectif est d'introduire une plus grande souplesse dans

<sup>13</sup> Dans le Finistère, 1 ITEP ne relève finalement pas de cette catégorie (catégorie ITEP par défaut).

<sup>14</sup> Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Ile-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

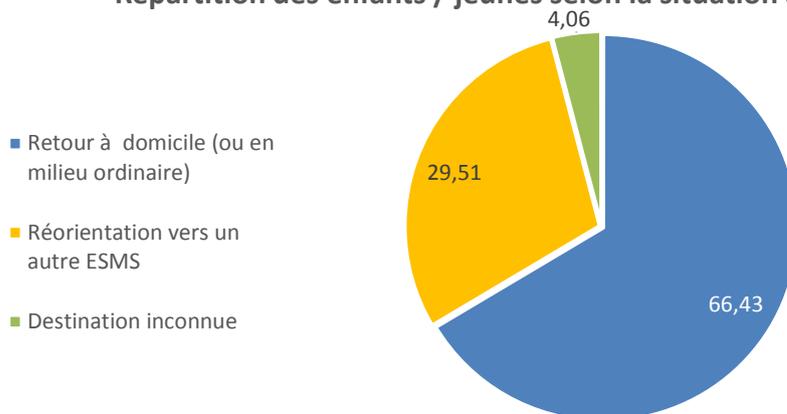
l'accompagnement et une réactivité aux besoins d'ajustement du projet personnalisé d'accompagnement (PPA) rendues possibles par :

- une orientation en dispositif qui permet de mobiliser au moins trois modalités d'accueil en interne ou par convention en fonction de l'évolutivité des besoins ; cela constitue une dérogation à l'article L241-6 du CASF : sur la base de l'orientation de la CDAPH en « dispositif ITEP », le jeune peut changer de modalités d'accompagnement (accueil de nuit, de jour, ambulatoire en successif ou en simultané), sans nouvelle notification de la CDAPH ;
- un dépassement des logiques établissements et services au profit de la continuité des parcours de vie, de santé et de scolarisation des jeunes relevant d'ITEP.

Dans le cadre du suivi annuel du fonctionnement en dispositif intégré, un certain nombre d'indicateurs du tableau de bord de la performance méritent une attention particulière, notamment :

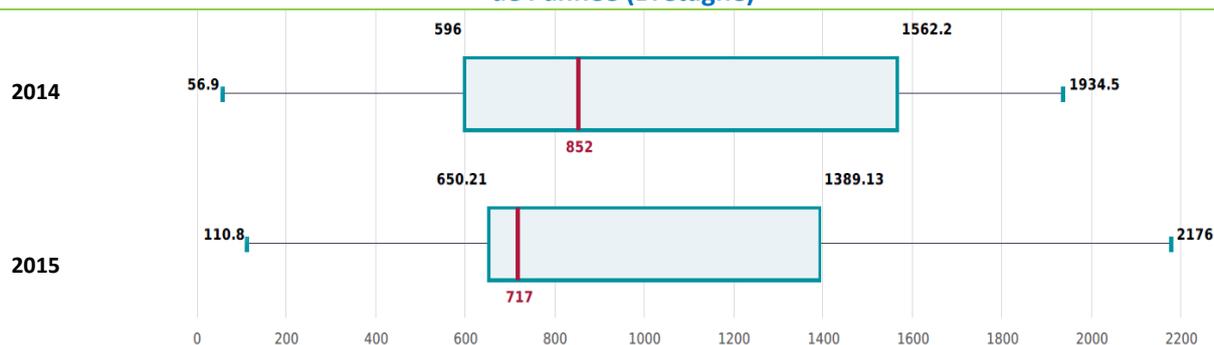
### IPr3.2 - Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination

Répartition des enfants / jeunes selon la situation à la sortie de l'ITEP



Pour 66 % des enfants ou jeunes sortis du dispositif ITEP au cours de l'année la modalité de sortie est le domicile et près de 30 % sont orientés vers un autre établissement ou service médico-social. Une analyse des sorties par tranche d'âge permettrait de compléter cet indicateur, ainsi que la précision du retour à domicile avec ou sans accompagnement, et celle du type d'établissement médico-social.

### 2Pr6.5 - Durée moyenne d'accompagnement (en jours) des personnes sorties définitivement au cours de l'année (Bretagne)



La durée moyenne de séjour apparaît en diminution sur la région Bretagne et est nettement inférieure à la durée moyenne nationale (912 jours en 2014 et 927 en 2015).

A noter que le taux de rotation des places ITEP est présenté en page 26 de ce document.

## FOCUS : L'AMENDEMENT CRETON

Il s'agit d'un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La CDAPH se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout en les maintenant dans l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

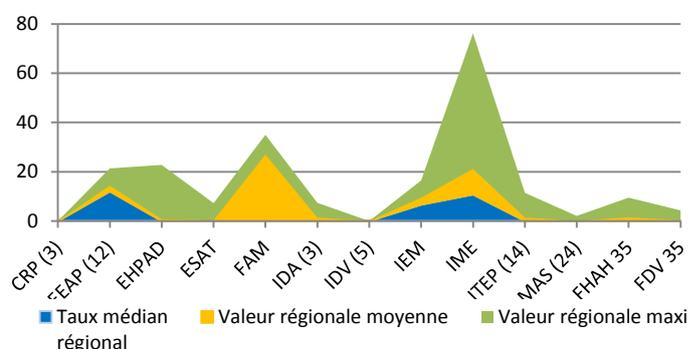
Les résultats des enquêtes annuelles de l'ARS révèlent que le nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus en institutions pour enfants est en constante augmentation (hors 2012). Au 31/12/2015, ce chiffre atteint 486. La même évolution est constatée au niveau national. La moyenne d'âge des jeunes accueillis en aménagement Creton est d'un peu plus de 21 ans<sup>15</sup>, avec une tranche d'âge qui s'étend de 20 à 35 ans, avec un constat : les jeunes de 26 ans et plus sont de plus en plus nombreux d'année en année.

Les établissements concernés par l'accompagnement de jeunes accueillis au titre de l'aménagement Creton représentent près de 67 % des établissements pour enfants handicapés en Bretagne. Ces jeunes adultes occupent de l'ordre de 10 % des places des établissements bretons pour enfants handicapés. La majorité des jeunes concernés présente une déficience intellectuelle (plus de 60 %) et est accueillie au sein d'IME, où on recense 15 % de jeunes accueillis au titre de l'aménagement Creton en moyenne. Seuls 9 sur 81 IME ne sont pas concernés.

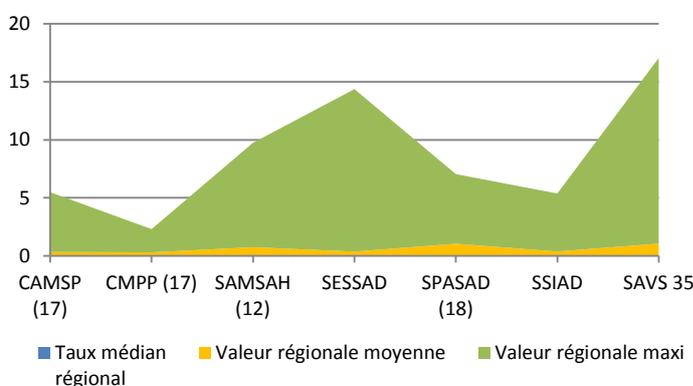
Concernant l'orientation MDPH de ces jeunes, on note une prédominance vers les ESAT (près de 40 %), puis les FV (1/4), et enfin, à répartition égale, les MAS et les FAM (1/4).

Parallèlement, les orientations en ESAT peuvent être mises en perspectives avec les personnes handicapées vieillissantes qui se trouvent en ESAT ou prennent leur retraite après l'ESAT. La population de 45 ans et plus en ESAT représenterait un peu moins d'1/3 des personnes en situation de handicap en activité (moins d'1/4 de répondants). L'enquête nationale ES Handicap 2014 (DREES) évalue en Bretagne à 53 % le pourcentage de personnes de plus de 40 ans en ESAT, et cette part est en augmentation (+ 1,6 % par entre 2010 et 2014).

## FOCUS : LA DEROGATION EN ESMS



En établissement, on observe que le taux de dérogation médian peut être très différent de la moyenne, du fait de valeurs minimales et maximales extrêmes. Pour les IME, on peut facilement expliquer les données (aménagement CRETON). Pour les FAM, la réorientation MAS explique notamment les données.



Dans les services, la médiane est quasiment nulle, signifiant que les dérogations concernent moins de la moitié des ESMS. En SESSAD, par exemple, les dérogations peuvent concerner 14 % des personnes accompagnées, et 17 % en SAVS en Ille-et-Vilaine. La notion de dérogation reste cependant à conforter, la définition du guide des indicateurs devant être précisée.

<sup>15</sup> Les données sont extraites d'une enquête effectuée par l'ARS Bretagne, qui n'est cependant pas exhaustive. S'agissant du jeune le plus âgé en IME, cette enquête fait état d'un jeune de 28 ans au 31/12/2015 sur le territoire breton.

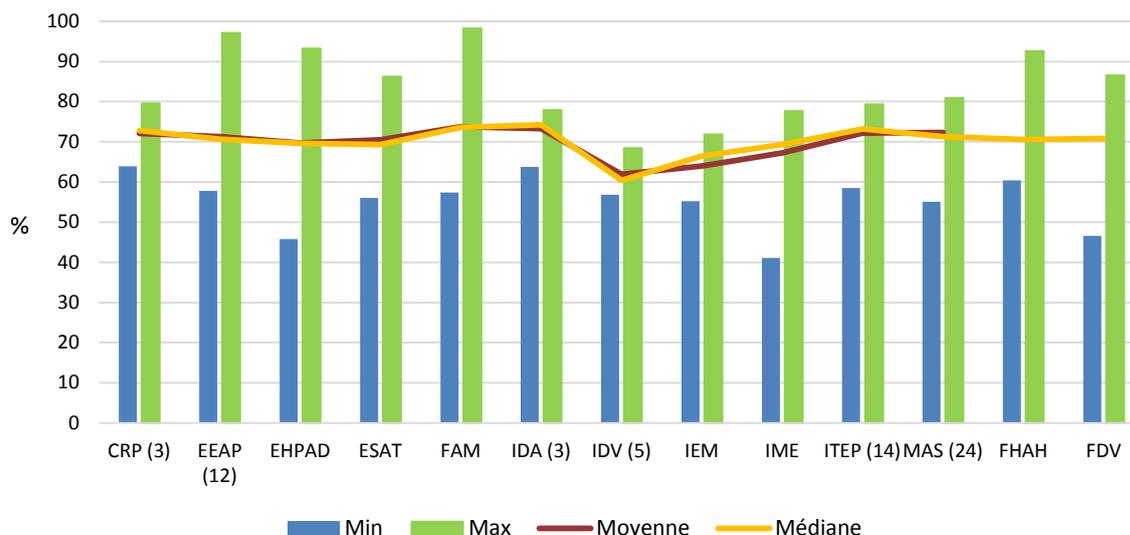
# CAHIER RESSOURCES HUMAINES

Si l'ensemble des indicateurs référencés dans le TDB ESMS ont un intérêt certain, le fait que la médiane de la part des charges de personnel (Groupe 2 pour les ESMS autonomes, ou Titre 1 pour les ESMS rattachés à un Etablissement Public de Santé dits EPS) soit de l'ordre de 75,5 % justifie une analyse plus précise.

## Part des charges de personnel en ESMS

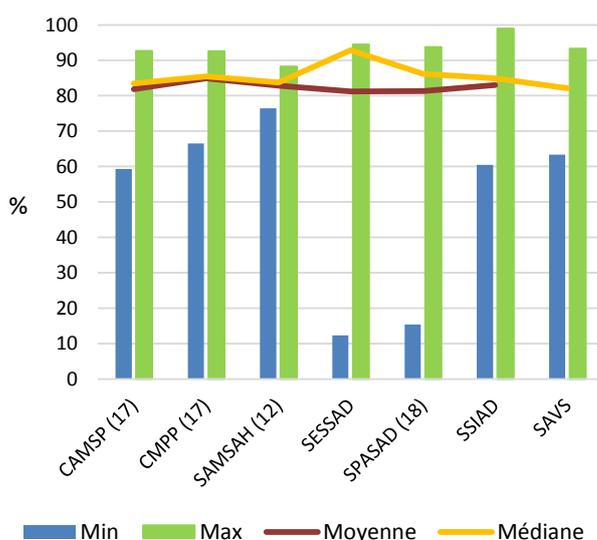
Montant des charges de personnel / charges totales

### 2015 Etablissements



Les données moyennes et médianes se juxtaposent, avec une tendance générale de l'ordre de 70 %.

### 2015 Services

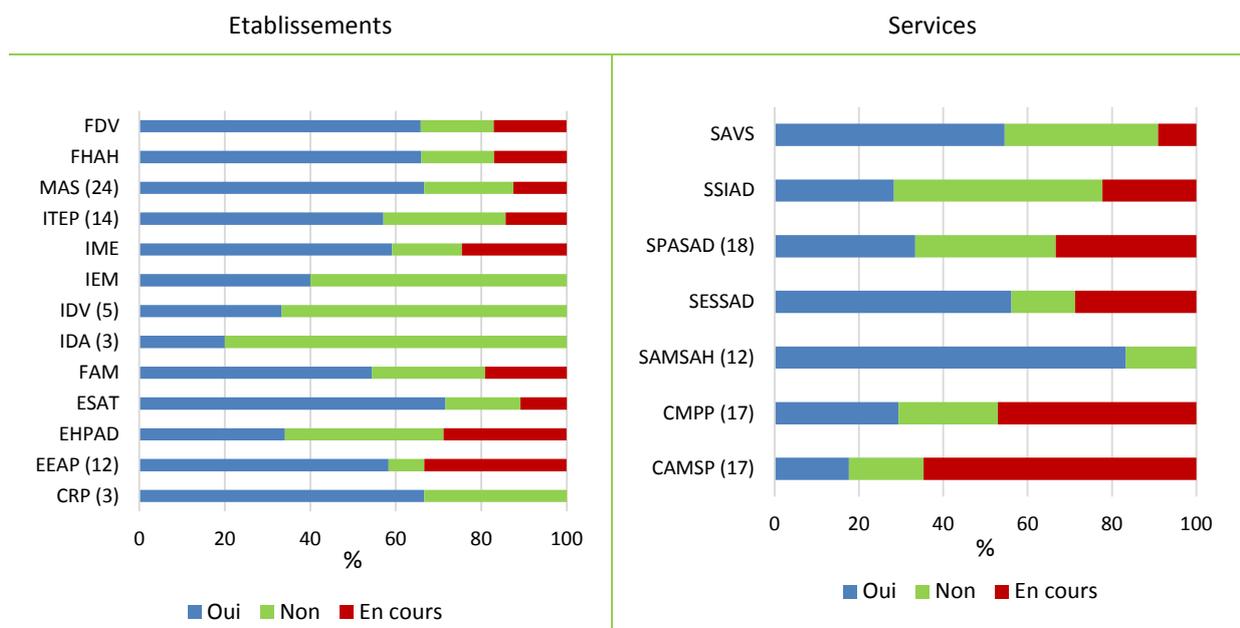


Pour ce qui est des services, les moyennes et médianes varient sur les valeurs des SESSAD et SPASAD notamment.

Si les valeurs peuvent s'expliquer pour les SPASAD du fait du faible nombre de services (18), il n'en est pas de même des SESSAD. Les moyennes et médianes varient de 3 points (82,5 % contre 85,5 %). La variation moyenne / médiane traduit une consommation importante de charges de personnel concentré sur un faible nombre de services.

Le TDB ESMS, dans son axe 2, permet d'avoir une approche des enjeux que représente la gestion des ressources humaines (RH) au sein des structures. Ces données sont par ailleurs étayées par des données dites de caractérisation qui portent principalement sur la mise en œuvre de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) ou la présence d'un pool de remplacement.

## Etat d'avancement de la démarche GPEC en ESMS

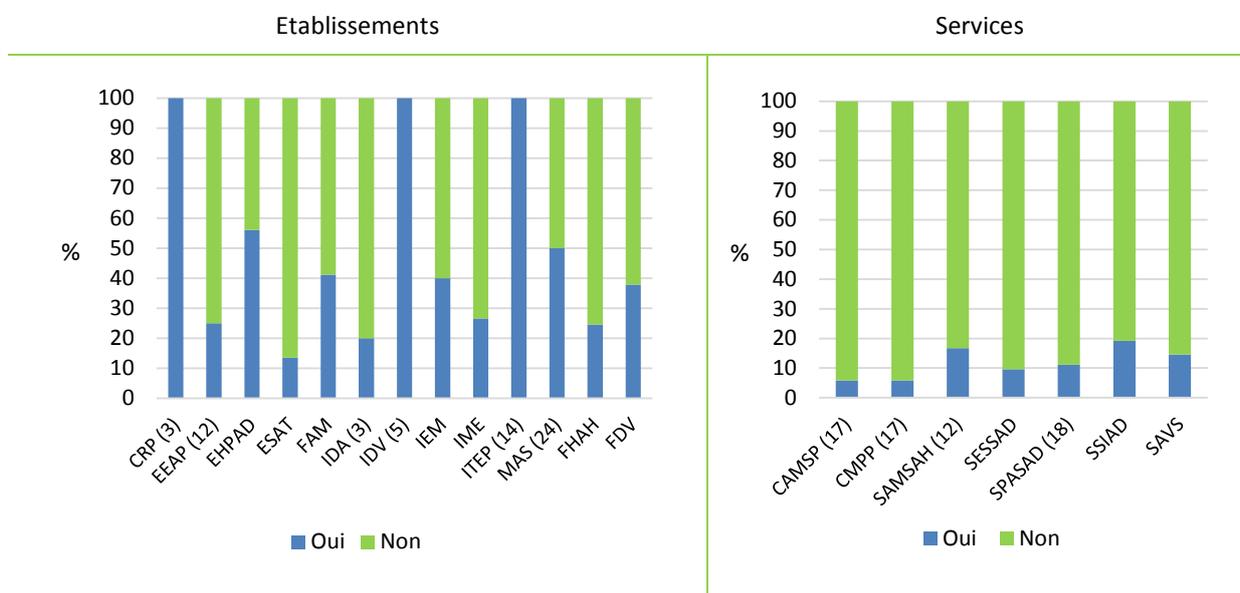


S'agissant de la démarche GPEC, on observe que les services sont plus avancés dans la démarche que les établissements. En effet, 72,5 % des services déclarent avoir une GPEC ou être en cours de formalisation, contre seulement 67 % en établissements.

La démarche est plus avancée dans le secteur du handicap (70,29 %) que dans le secteur personnes âgées (56,7 % pour les EHPAD et SSIAD, ce qui peut s'expliquer par la prépondérance d'organismes gestionnaires structurés sur le secteur personnes handicapées).

Le constat est inverse dans le cadre du recours à un pool de remplacement.

## Présence d'un pool de remplacement en ESMS



On notera que comparés aux services, les établissements ont davantage mis en place un pool de remplacement : 49 % des établissements en ont un, contre 12 % des services. Il n'existe pas de différence majeure entre les ESMS pour personnes âgées (38 %) et ceux pour personnes handicapées (36 %).

L'incidence des facteurs RH sur le budget des établissements et services n'est pas neutre.

Toutefois, les données du TDB ESMS ne permettent pas d'objectiver l'impact de la fonction RH sur les résultats des ESMS, ni sur une éventuelle prépondérance dans les EHPAD en tarif global. Il n'existe en effet aucune corrélation avérée entre ces éléments. Toutefois, une attention particulière doit être opérée sur ces questions, certains ESMS déclarant jusqu'à 98 % de charges de personnel (98,2 % en établissement et 98,9 % en services), ce qui est atypique.

## FOCUS : ATYPIE ET INCOHERENCE

Cette notion d'atypie permet d'alerter l'EMS / OG sur le fait que l'indicateur généré par la saisie de sa donnée conduit à un résultat en dehors des valeurs habituellement admises.

Des bornes dites « hautes » et « basses » ont ainsi été arrêtées en Comité technique (COTECH), conjointement avec les acteurs du secteur médico-social, afin de générer un message d'alerte lors de la collecte des données. Cela n'empêche cependant pas l'ESMS de conserver sa valeur s'il estime qu'elle est correcte.

Le TDB ESMS prévoit également de bloquer les ESMS lors de la saisie de valeurs incohérentes dans la plateforme. Ainsi, cela concourt à la fiabilisation des données, et à l'exclusion des valeurs aberrantes, qui biaisent d'une part les résultats individuels de l'ESMS / OG, mais aussi l'analyse comparative qu'offre le tableau de bord.

Cette notion est d'autant plus importante qu'une saisie aberrante non identifiée demeure figée, et aura un impact sur la rétrospective lors des campagnes suivantes (restitutions en évolution).

**Une donnée ou le résultat d'un indicateur est atypique quand il s'éloigne significativement de la valeur communément attendue (borne haute et/ou borne basse).**

Exemples : le GMP d'un EHPAD n'est pas compris entre 300 et 1000 ; la proportion de personnels dont l'âge est compris entre 60 et 64 ans excède 50%...

**L'atypie n'est pas nécessairement fautive. Elle n'a pas vocation nécessairement à être éliminée.**

Source : ANAP

**Une donnée est incohérente quand la valeur saisie ne peut correspondre à la réalité.**

Exemples : La somme de la répartition par âge des personnes accompagnées est supérieure ou inférieure à 100% ; le nombre de jours d'hospitalisation est supérieur au nombre de journées réalisées...

**L'incohérence doit être éliminée.**

Source : ANAP

Plus généralement, afin d'appréhender au mieux, en interne ou dans le cadre d'un dialogue de gestion / contractuel les spécificités RH d'une structure, la question clé n°7 permet l'étude de sept indicateurs préconisés par l'ANAP, tant pour les établissements que pour les services :

Indicateurs de dialogue dits de niveau 1	Indicateurs clés d'analyse dits de niveau 2
IRe2.1 - Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management"	-
IRe2.2 - Taux d'absentéisme	2Re3.3 - Taux d'absentéisme par motif (exemple des MAS et SAMSAH) 2Re3.6 - Poids du recours à l'intérim en %
IRe2.3 - Taux de rotation des personnels sur effectifs réels	2Re3.2 - Pyramide des âges du personnel au 31.12

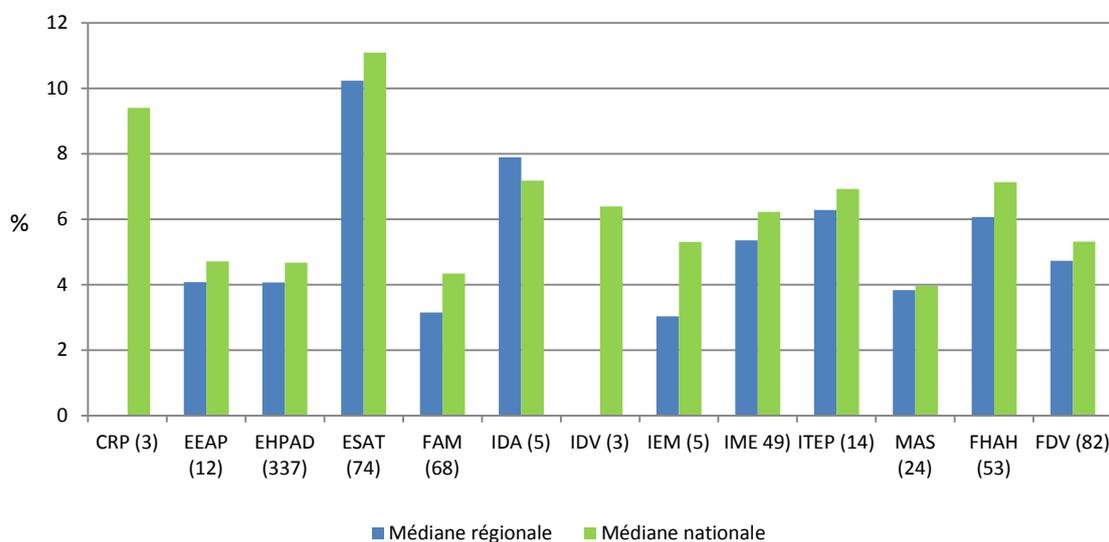
## Question-clé n°7

L'organisation est-elle structurée et stable ?

### Analyse d'un indicateur sur les effectifs

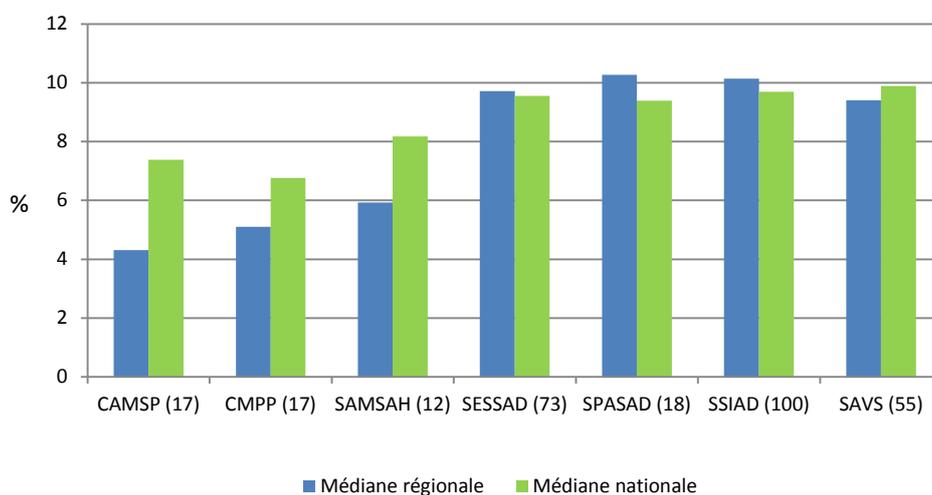
IRe2.1 - Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management"

#### Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en établissements



Dans la majorité des cas, en établissements, le taux médian de personnel encadrant en Bretagne est inférieur à la médiane nationale.

#### Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en services



A contrario, dans les services, on trouve un taux médian plus important de personnel d'encadrement, particulièrement en SESSAD et SSIAD / SPASAD.

Le taux médian breton est inférieur ou à peine supérieur à la médiane nationale. Les gros écarts observés le sont sur des structures dont le panel n'est pas représentatif (inférieur à 30 structures).

## Question-clé n°7

L'organisation est-elle structurée et stable ?

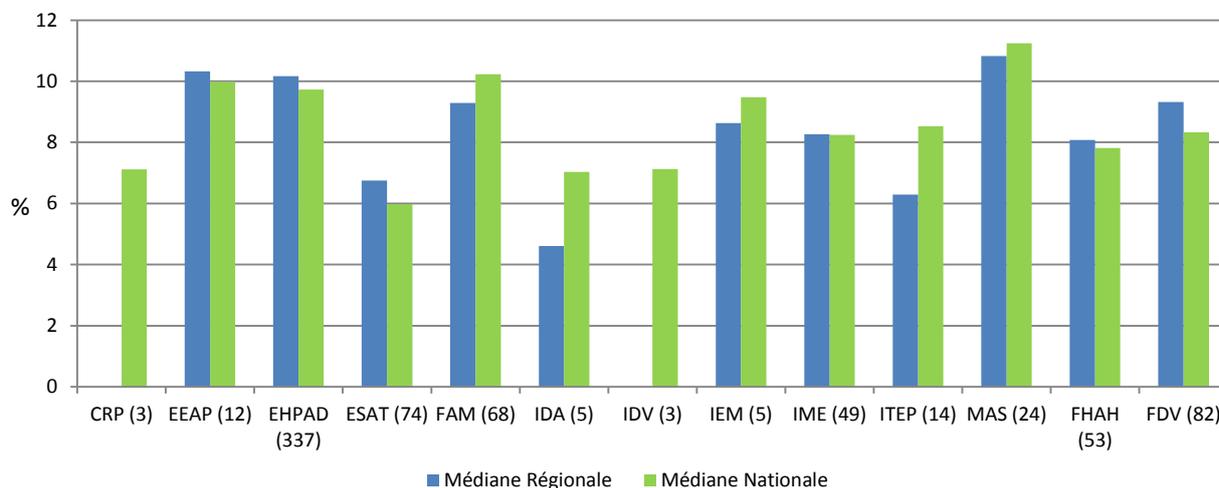
### Analyse croisée d'indicateurs sur l'absentéisme

IRe2.2 - Taux d'absentéisme

2Re3.3 - Taux d'absentéisme par motif

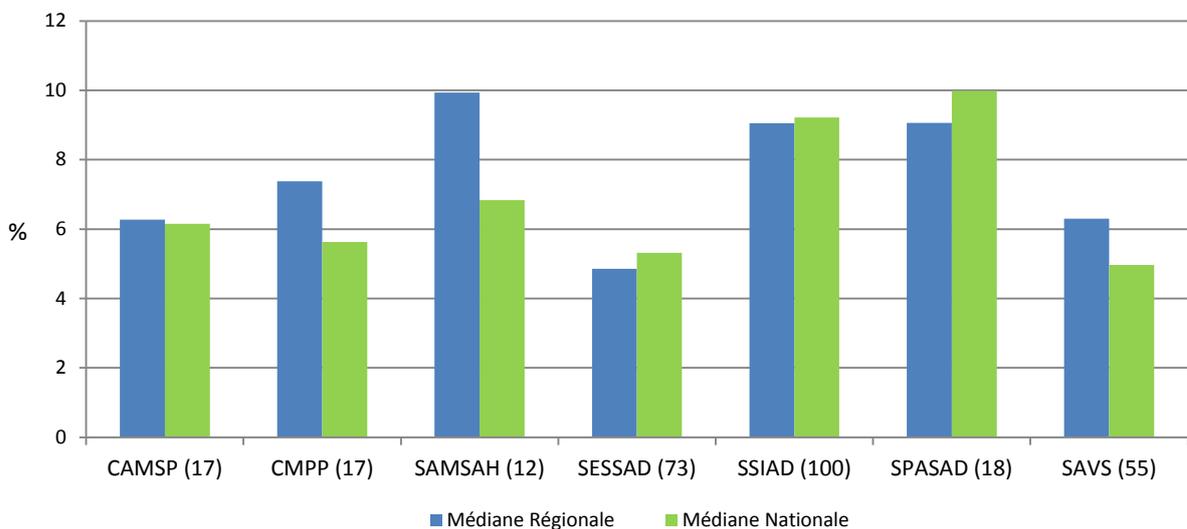
2Re3.6 - Poids du recours à l'intérim en %

### Taux d'absentéisme en établissements



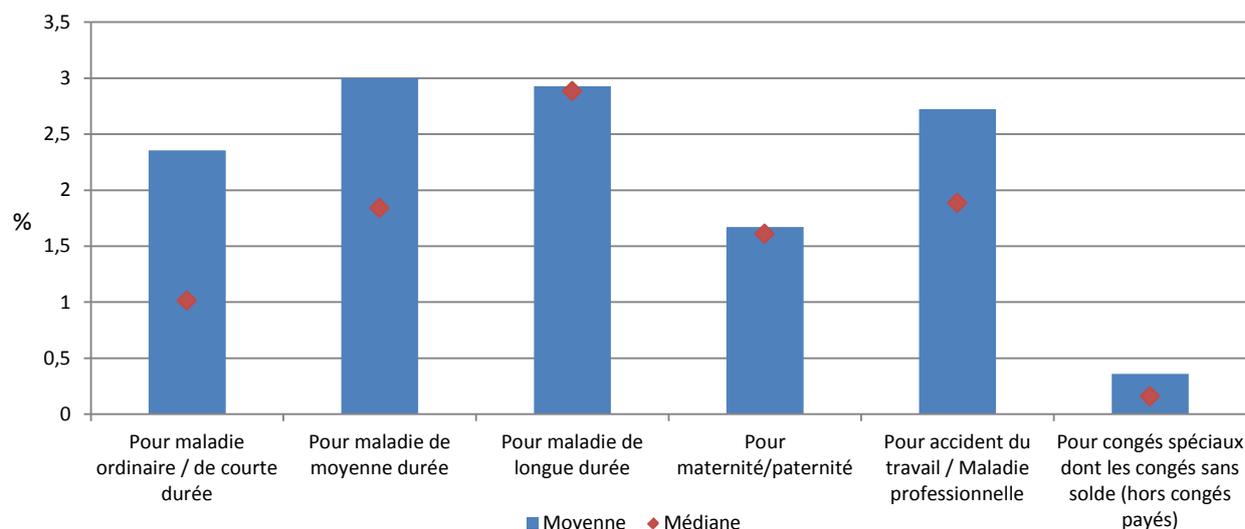
En Bretagne, seules quelques catégories d'établissements ont une médiane supérieure à la médiane nationale (EEAP, EHPAD, FHAH et FV). La médiane régionale (8,4 %) est très proche de la médiane nationale (8,5 %).

### Taux d'absentéisme en services



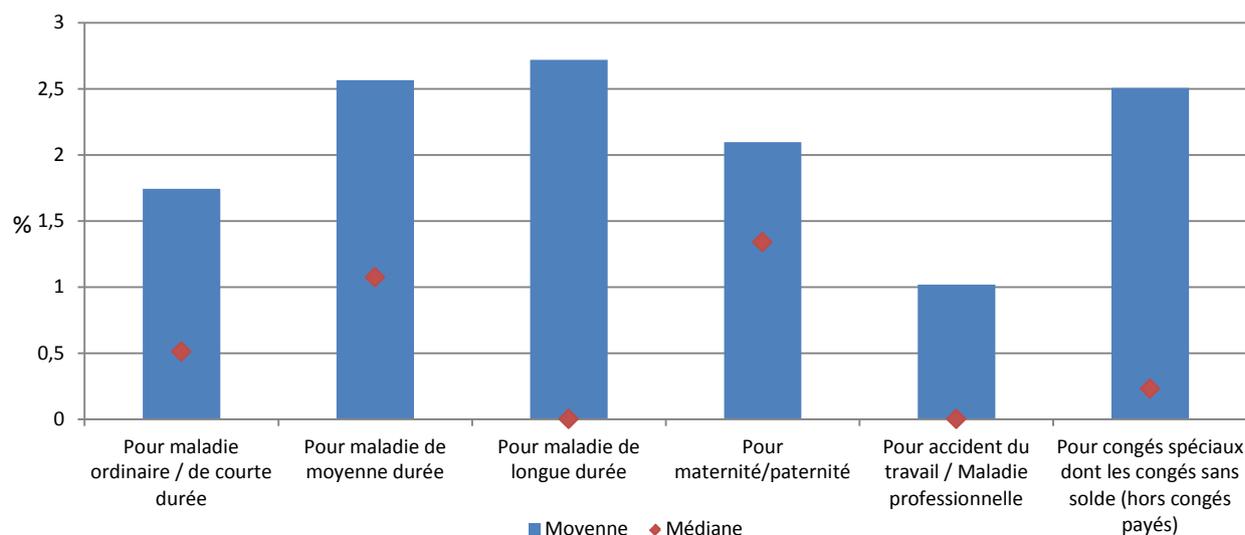
En revanche, la médiane régionale (7,6 %) est supérieure à la médiane nationale (6,9 %) dans les services. Les 12 SAMSAH bretons se démarquent particulièrement avec un taux d'absentéisme médian de 9,9 %.

## Taux d'absentéisme par motif en MAS en Bretagne



En MAS, beaucoup d'absences sont dues aux maladies ordinaires de courte ou de moyenne durée notamment pour un établissement qui génère une moyenne nettement supérieure à la médiane.

## Taux d'absentéisme par motif en SAMSAH en Bretagne

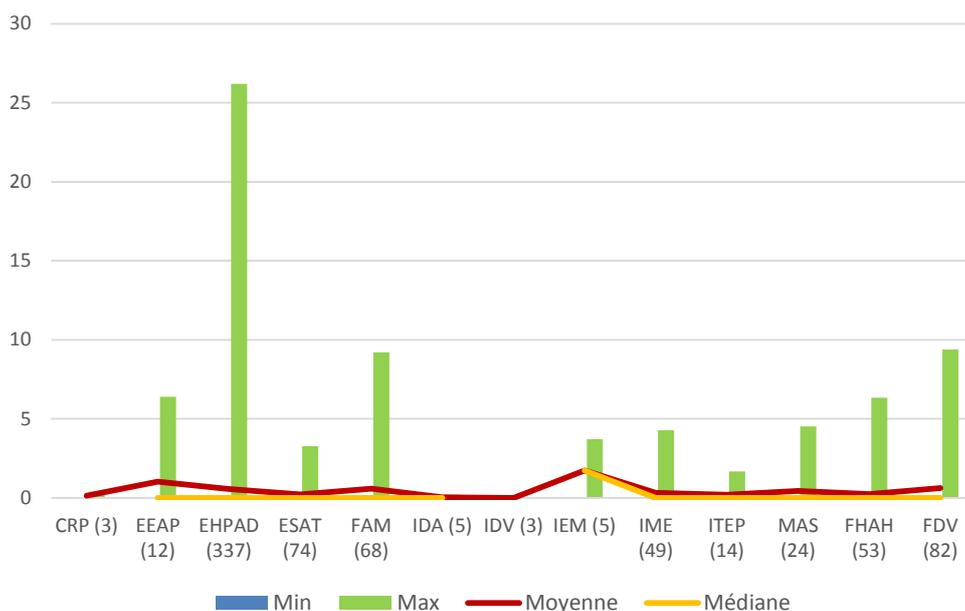


Si la médiane demeure la notion plébiscitée dans le tableau de bord, certaines valeurs méritent d'être également interprétées en moyenne, afin de montrer les écarts importants qui peuvent subsister entre ESMS.

En effet, une médiane à 0, comme ci-dessus pour les absences pour maladie de longue durée, pourrait être interprétée comme ne représentant pas d'enjeux particuliers. Or, on observe que la moyenne du taux d'absentéisme de ce motif est de plus de 2,5 %. Cela signifie donc que 50 % des SAMSAH concentrent l'intégralité de ces absences, alors que les autres 50 % n'ont aucune absence pour maladie de longue durée.

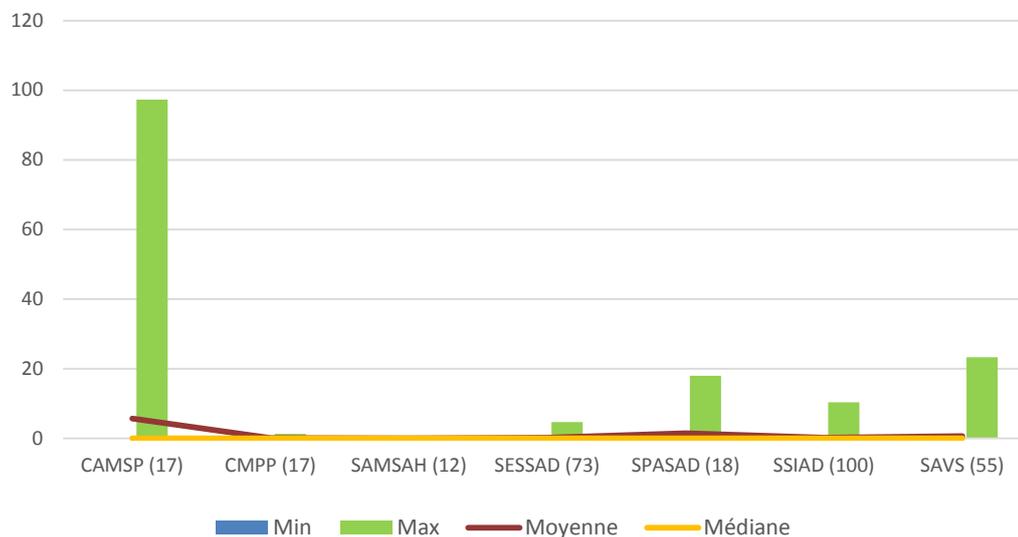
## Poids du recours à l'intérim en établissements

Total du compte 6211 / total des charges de personnel



Il n'y a pas de corrélation entre la médiane d'absence et le poids du recours à l'intérim, néanmoins certains établissements déclarent un recours à l'intérim conséquent (valeur maximale de 4,5 en MAS ou de 9,2 en FAM par exemple). L'analyse de ces éléments dans le cadre d'une politique RH maîtrisée paraît prépondérante.

## Poids du recours à l'intérim en services



Le taux très élevé d'un CAMSP pose question notamment lorsque celui-ci indique un taux d'absentéisme nul.

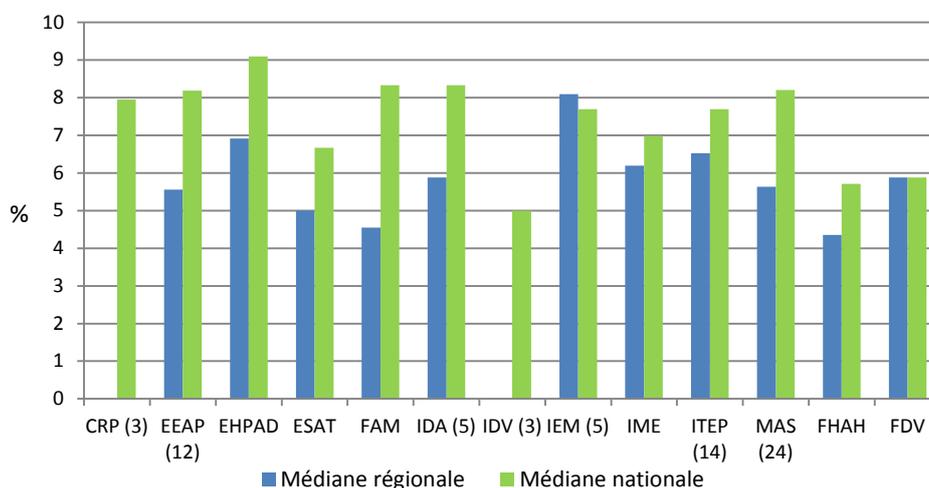
## Question-clé n°7

L'organisation est-elle structurée et stable ?

### Analyse croisée d'indicateurs sur la rotation / le glissement vieillissement technicité (GVT)

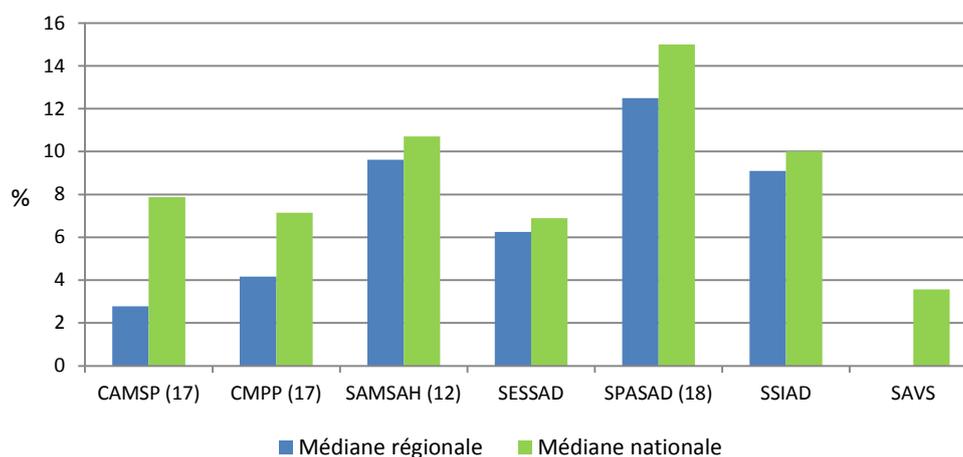
IRe2.3 - Taux de rotation des personnels sur effectifs réels      2Re3.2 - Pyramide des âges du personnel au 31.12

#### Taux de rotation médian 2015 des personnels en établissement



On observe que pour l'ensemble des établissements, le taux de rotation médian régional est inférieur à celui du national, sauf pour les IEM. Plusieurs établissements font état d'un taux supérieur à 5 % (EEAP, EHPAD, IDA, IEM, ...). Rappelons toutefois que certains de ces établissements sont fort peu représentés en région Bretagne.

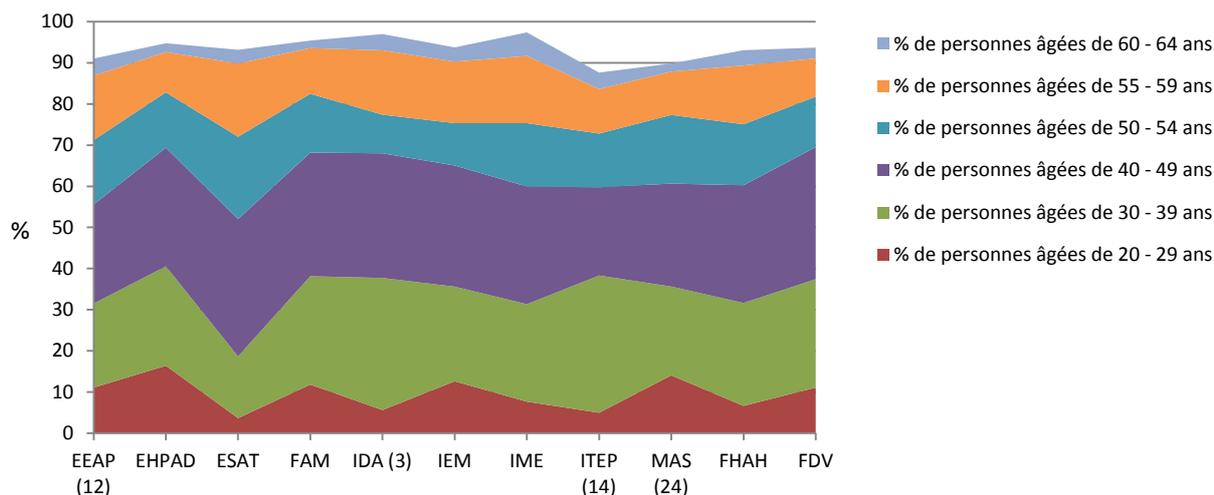
#### Taux de rotation médian 2015 des personnels en services



Tout comme pour les établissements, on observe pour l'ensemble des services, que le taux de rotation médian régional est inférieur à celui du national.

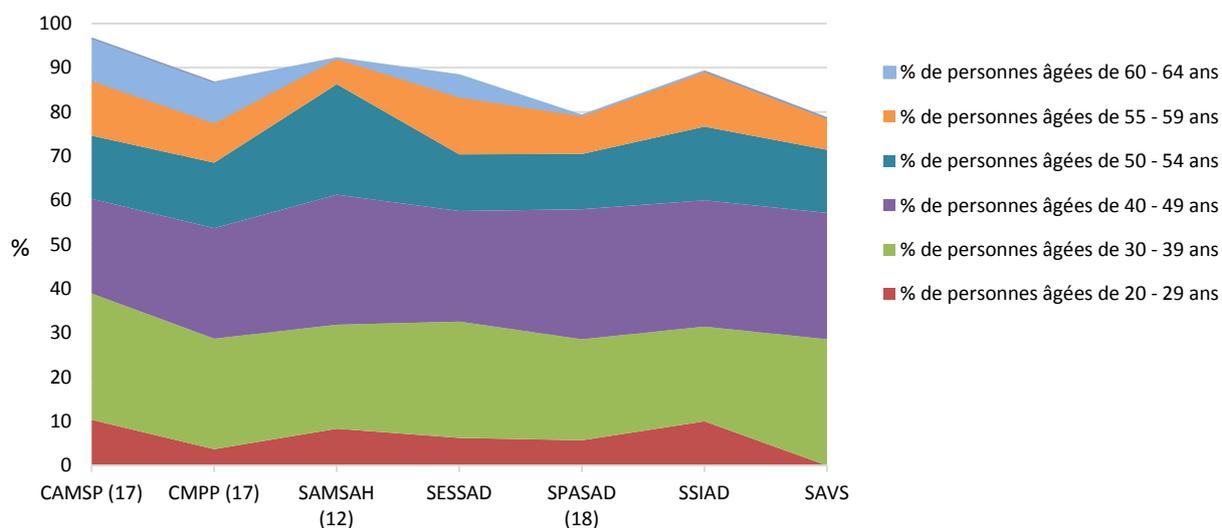
Le taux de rotation peut s'expliquer par une conjoncture sociale, ou l'effet de l'âge des personnels.

## Pyramide des âges du personnel en établissements



La médiane régionale tend à démontrer que les personnels les plus représentés ont entre 30 et 49 ans. Ils représentent plus du quart des effectifs.

## Pyramide des âges du personnel en services



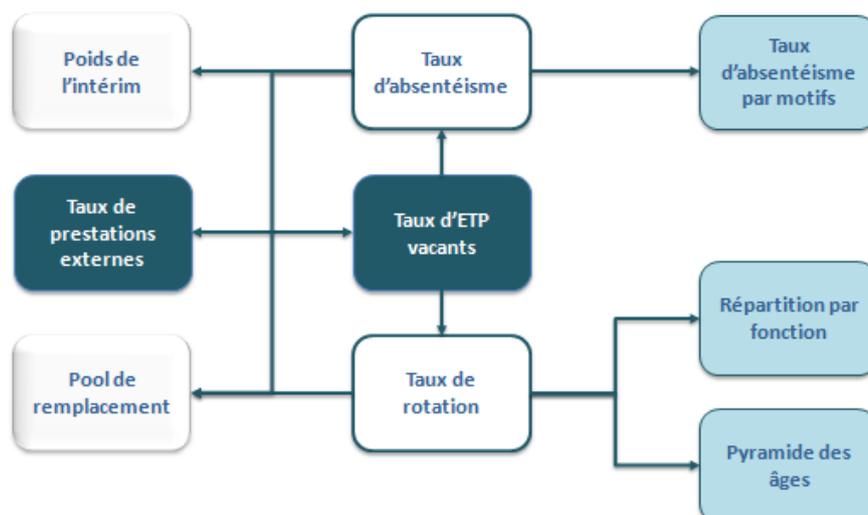
La tendance observée en établissements se confirme en services.

Si l'on analyse les données chiffrées déclarées par les ESMS, on observe que la médiane des personnels de 50 ans et plus représente plus de 10% de l'ensemble des effectifs réels au 31/12/2015. Cette situation peut également expliquer, pour partie, le taux de rotation d'une part, et le recours à l'intérim par ailleurs. Une analyse plus poussée du glissement vieillissement technicité (GVT) sur une section tarifaire en particulier, sur un type de profil pourrait être intéressante pour compléter la démarche. Cela fait partie des pistes à explorer, en pilotage interne, au sein des structures. Plus généralement, le croisement d'autres données, telles que la présence d'un pool de remplacement, ou la mise en place d'une GPEC sont autant d'indices qui pourraient permettre de consolider la démarche RH, et permettre d'appréhender au mieux la mutation des missions des personnels au regard de l'évolution du champ médico-social.

## Question-clé n°7

L'organisation est-elle structurée et stable ?

Le tableau de bord doit mettre en perspective plusieurs indicateurs afin de répondre à des questions clés. Les indicateurs présentés ci-dessous doivent permettre de répondre à la question clé « l'organisation est-elle structurée et stable ? »

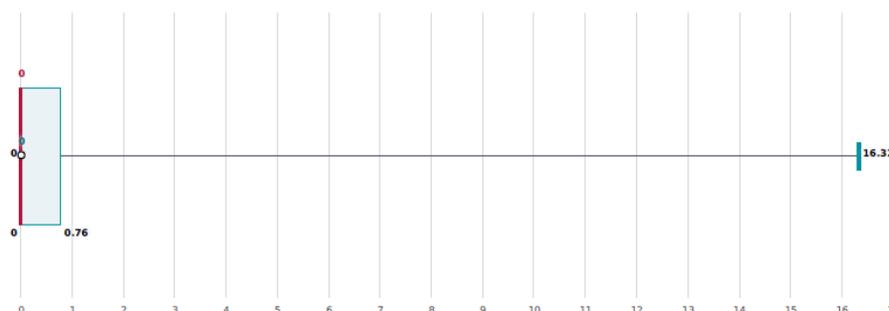


- Quels sont les indicateurs interdépendants ?
- Existe-t-il des risques liés à la situation ?
- Quelles sont les causes ?
- Existe-t-il des solutions ?

## Etude de cas

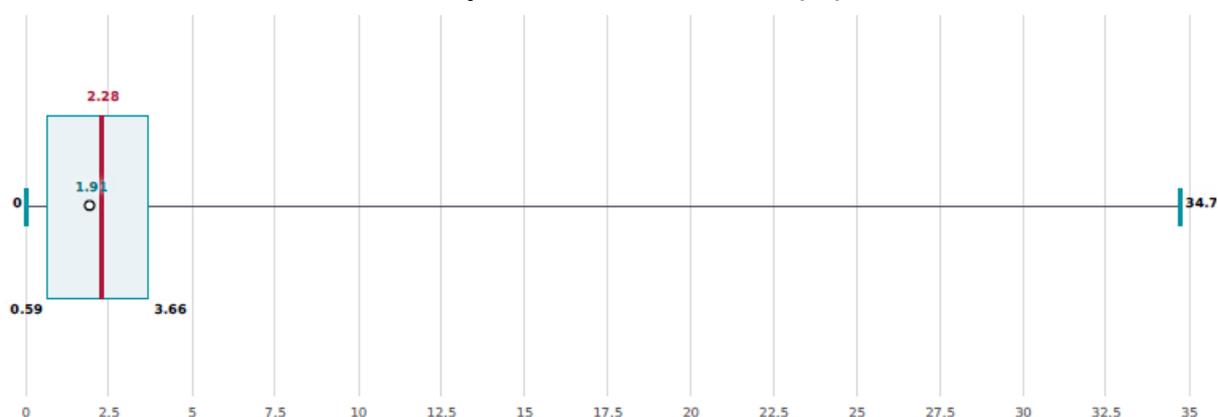
### Taux d'ETP vacants au 31/12/2015 (%)

Cette étude de cas concerne un EHPAD. Il est comparé aux EHPAD du groupe homogène auquel il appartient (EHPAD de 100 à 199 places) au plan régional soit 74 établissements. Il s'agit des données 2015.



Il n'y a pas, dans cet EHPAD, d'ETP vacants en 2015, résultat conforme à la médiane des ESMS de cette catégorie.

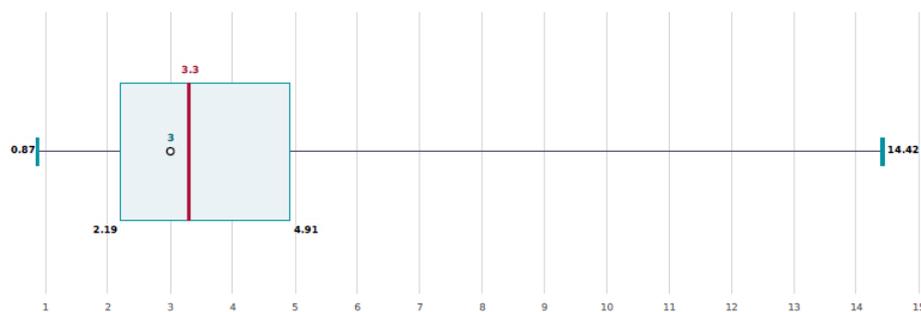
### Taux de prestations externes (%)



Le taux de prestations externes dans cet EHPAD en 2015 est de 1,9 %, ce qui le situe dans le deuxième quartile juste avant la médiane des établissements appartenant au même groupe homogène.

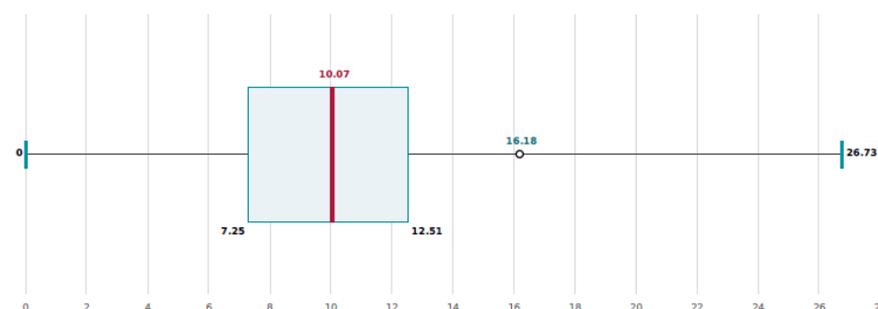
## Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management (%)

Dans cet EHPAD, le taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe et de management en 2015 est de 3 %, ce qui le situe dans le deuxième quartile juste avant la médiane des établissements du même groupe homogène.



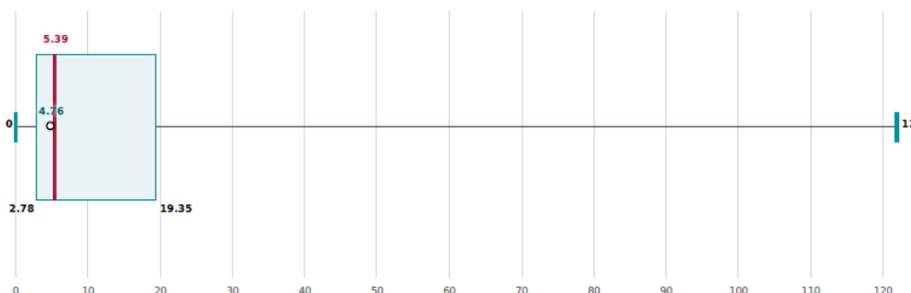
## Taux d'absentéisme (hors formation) (%)

Le taux d'absentéisme dans cet EHPAD est de 16,2 %, ce qui le place dans le 4<sup>ème</sup> quartile. Le taux d'absentéisme médian des EHPAD de 100 à 199 places est de 10,1 %.

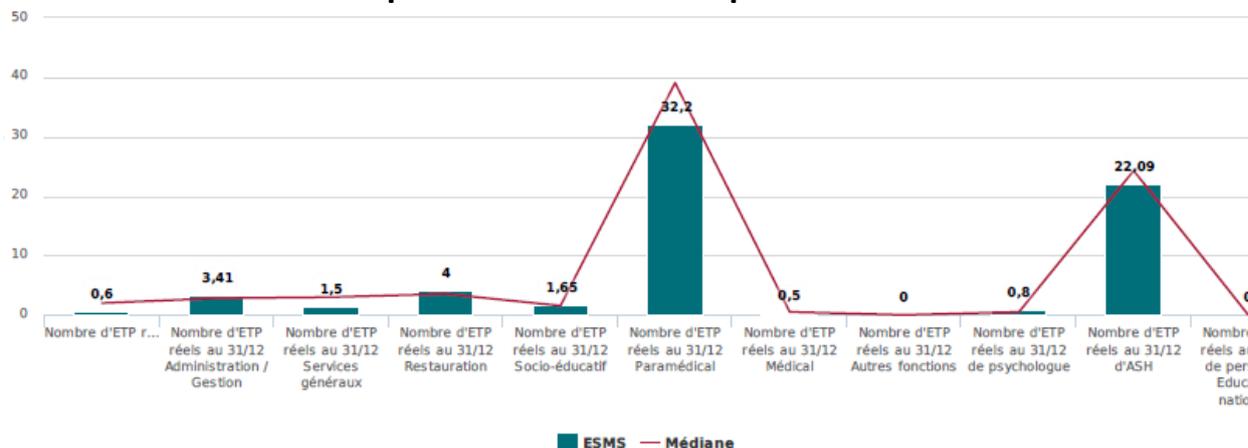


## Taux de rotation des personnels sur effectifs réels (%)

Le taux de rotation des personnels dans cet EHPAD est de 4,26%, soit juste avant la valeur médiane qui est de 5,39%.

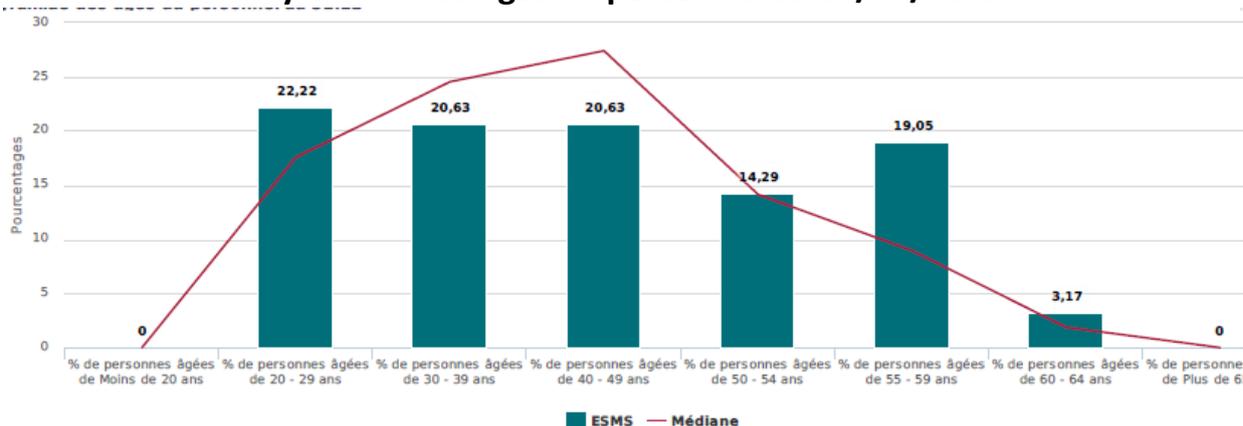


## Répartition des effectifs par fonction



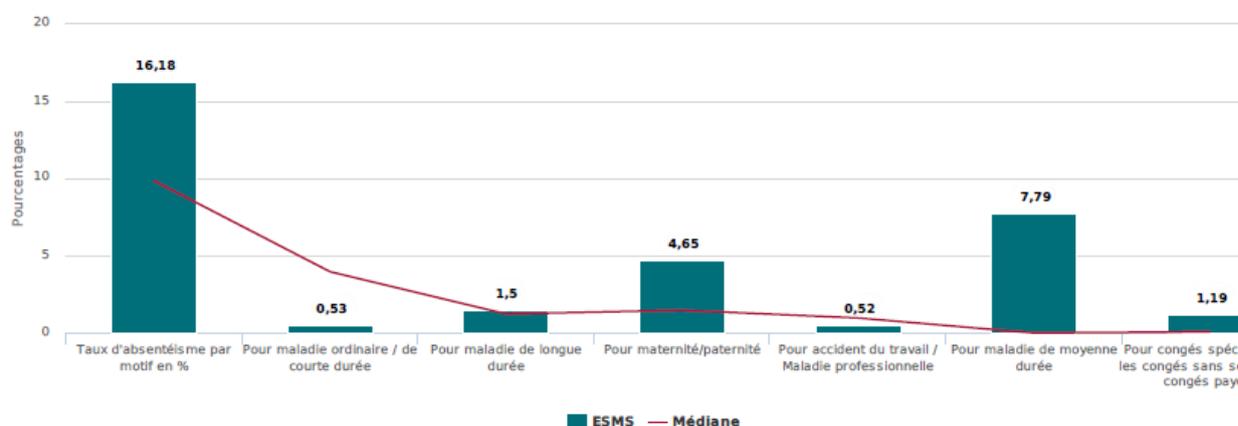
L'EHPAD a principalement des ETP paramédicaux et des ASH.

## Pyramide des âges du personnel au 31/12/2015



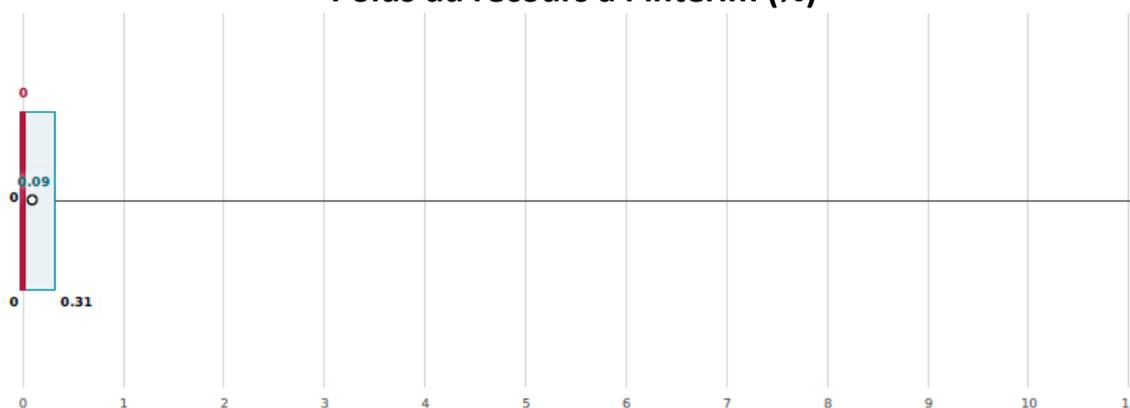
S'agissant de la pyramide des âges du personnel, la part des 20 - 29 ans et des 55 - 59 ans dans cet EHPAD est plus importante que dans les EHPAD bretons de 100 à 199 places.

## Taux d'absentéisme par motif (%)



S'agissant du taux d'absentéisme par motif, les absences pour maternité/paternité et pour maladie de moyenne durée sont plus représentées que dans les EHPAD du même groupe homogène.

## Poids du recours à l'intérim (%)



Le poids du recours à l'intérim dans cet EHPAD est de 0,1 % soit juste au-dessus de la médiane des EHPAD de 100 à 199 places.

L'analyse des données RH, dont les dépenses représentent, à minima, 70 % des dépenses d'un EHPAD, demeure un enjeu majeur, et ce quel que ce soit le type d'ESMS concerné. Le croisement d'indicateurs, lié à la connaissance des spécificités de chaque ESMS, permettra d'avoir une vision plus précise des problématiques à suivre de façon plus précise.

### 3- Adultes handicapés

Les établissements et services pour adultes handicapés s'adressent, comme leurs noms l'indiquent, à un public en situation de handicap âgé de 20 ans et plus, sans limite d'âge (sauf pour les ESAT et les foyers d'hébergement), mais entré avant 60 ans.

Plusieurs catégories d'établissement pour jeunes en situation de handicap accompagnent des bénéficiaires au-delà de 20 ans, et de manière plus prégnante dans les IME, pour lesquels l'amendement Creton (article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989) a permis de proroger cette pratique. Cet aspect est particulièrement important lorsque l'on sait que 82 % des instituts accueillent des jeunes adultes (de plus de 20 ans), dont certains peuvent avoir jusqu'à 34 ans<sup>16</sup>.

Le TDB ESMS ne retient pas certaines catégories d'ESMS que sont les Centres de ressources autisme (CRA), les Centres d'information sur la surdité (CIS), les Centres de Pré-Orientation (CPO), les Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et / ou Professionnelle (UEROS), les Accueils Temporaires (AT) autonomes ou encore les Bureaux d'Aide Psychologiques Universitaires (BAPU).

Au sortir d'un établissement pour enfants handicapés, un jeune adulte peut-être orienté en établissement d'hébergement (3.1) et/ou professionnel que sont les ESAT, FH et CRP (3.2), et faire l'objet parallèlement ou de façon exclusive, d'un suivi par un service (3.3).

#### 3.1 Etablissements d'hébergement

Les Foyers de vie (FV), Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) permettent aux adultes en situation de handicap – et sans activité professionnelle – d'avoir un accompagnement social ou médico-social dans le cadre d'une prise en charge adaptée.

Les Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) ne font pas l'objet d'un focus particulier dans le tableau bord, hormis via les dérogations en EHPAD<sup>17</sup>. Il existe quelques structures pour personnes âgées et pour personnes handicapées en région qui accueillent en unités spécialisées le public handicapés vieillissants.

	Public	Tarifcation	Code FINESS	ESMS bretons	ESMS National
<b>FV</b>	Plus de 20 ans	CD	382	118	1 714
<b>FAM</b>	Plus de 20 ans	CD et ARS (Ass. Maladie)	437	75 <sup>18</sup>	964
<b>MAS</b>	Plus de 20 ans	ARS (Ass. Maladie)	255	27 <sup>19</sup>	684

- Les FV accueillent des adultes handicapés de plus de 20 ans dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle y compris en milieu protégé. Ils bénéficient cependant d'une autonomie physique et intellectuelle leur permettant d'exercer des activités socio-éducatives contribuant au maintien de leur autonomie et de vivre leur quotidien comme tout un chacun chez soi.
- Les FAM assurent l'accueil d'adultes handicapés, quel que soit leur type de handicap (mental, physique ou handicaps associés), dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.
- Les MAS reçoivent des personnes adultes lourdement handicapées. Elles le sont par un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels qui les rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

<sup>16</sup> Cet âge est mentionné dans le TDB ESMS. Par contre, l'analyse de l'enquête ARS 2016 fait état d'un résident de 35 ans.

<sup>17</sup> A ce jour, le répertoire FINESS propose un code « clientèle » PHV uniquement pour les établissements du secteur personnes âgées.

<sup>18</sup> Au titre de la campagne 2016, 1 FAM est exonéré de complétude, et 2 n'ont pas rempli l'enquête

<sup>19</sup> Au titre de la campagne 2016, 2 MAS sont exonérés de complétude, et 1 n'a pas rempli l'enquête

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan		
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG
<b>FV</b>	17	317	10	39	1 015	12	42	895	27	20	453	11
<b>FAM</b>	13	313	9	32	569	11	16	388	9	14	436	9
<b>MAS</b>	9	416	5	7	245	5	5	355	4	6	231	4

Les indicateurs communs à ces trois catégories sont au nombre de 32. Dans le cadre des signatures de CPOM, au 31 décembre 2015, 14 FAM et 8 MAS ont déjà contractualisé.

## Indicateur de dialogue

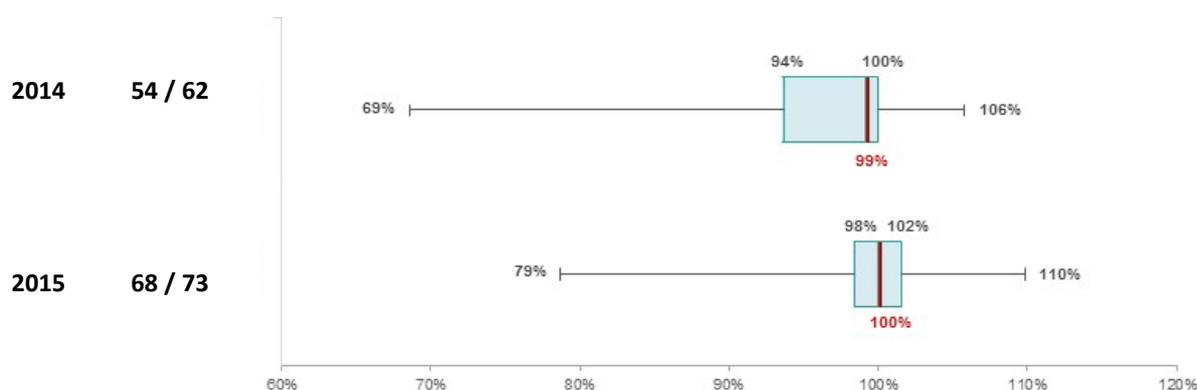
### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / Nombre de journées prévisionnelles budgétées

Année Nb d'ESMS

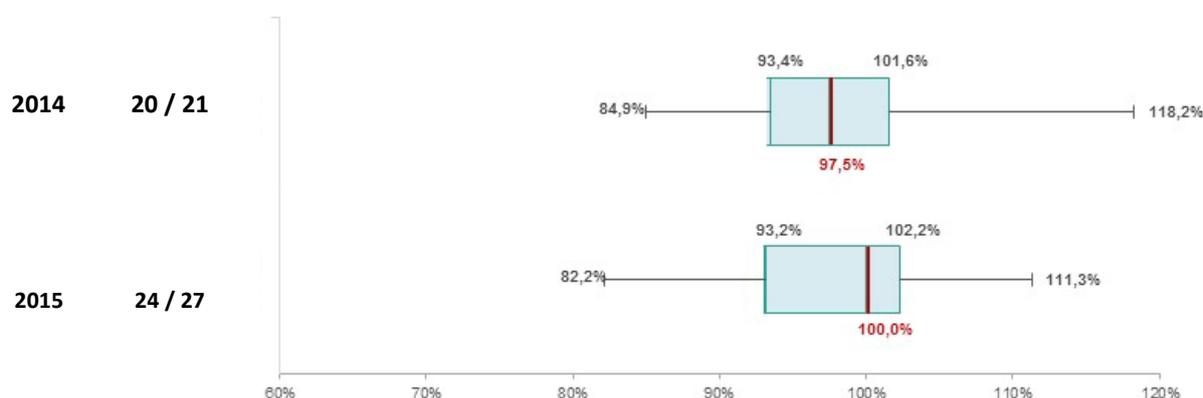
#### FAM – Parangonnage régional



Entre 2014 et 2015, la médiane oscille peu, le taux d'activité reste élevé, et la dispersion se restreint.

Année Nb d'ESMS

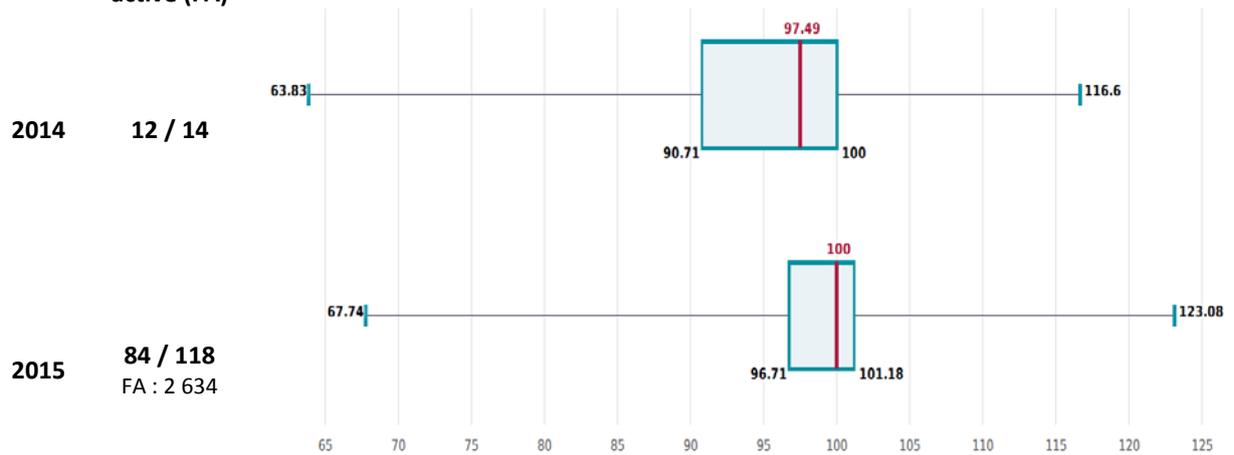
#### MAS – Parangonnage régional



Après un léger recul en 2014, le taux d'activité se maintient. On observe néanmoins une dispersion importante (82 – 111) sur 2015. La file active 2015 sur ces établissements d'hébergement est de 2 052 pour les FAM et 1 204 en MAS.

Année Nb d'ESMS  
et file  
active (FA)

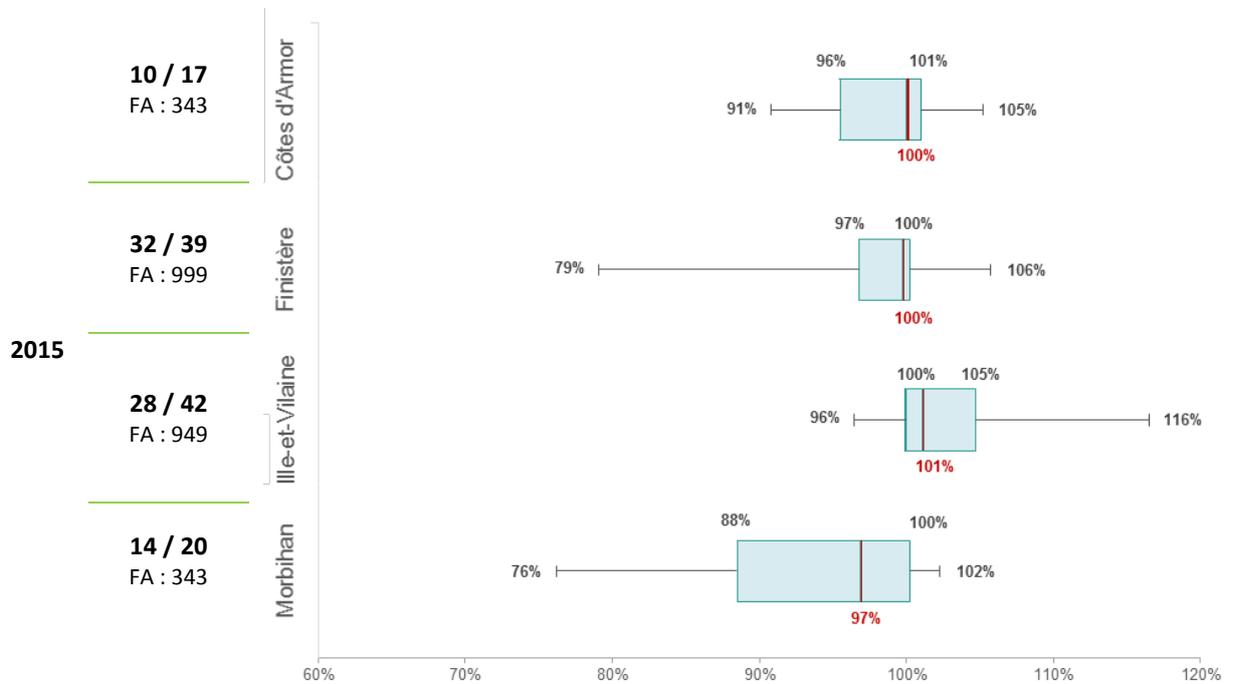
### Foyers de Vie – Parangonnage régional



Entre 2014 et 2015, le taux médian augmente pour atteindre 100% et la borne minimale se restreint.

Année Nb d'ESMS  
et FA

### Foyers de Vie – Parangonnage départemental



Les taux d'activité constatés en FAM et MAS sont identiques à ceux des FV et permettent de confirmer une prise en charge continue dans l'ensemble de ces structures, bien identifiées dans le parcours de la personne handicapée.

L'analyse de la question-clé n°3 *Quel est le positionnement de la structure dans le parcours de la personne accompagnée ?* nous permet d'objectiver cette première approche.

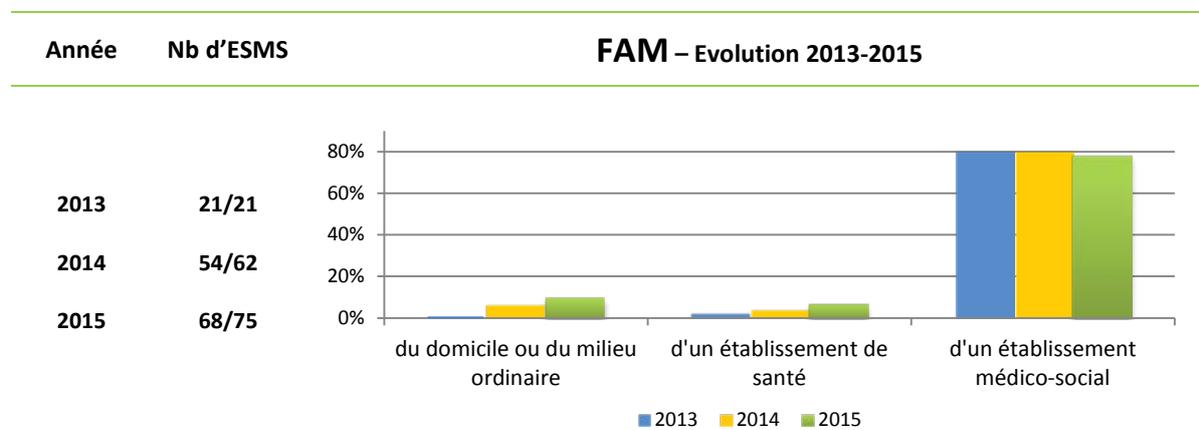
## Question-clé n°3

Quel est le positionnement de la structure dans le parcours de la personne accompagnée ?

Indicateurs de dialogue préconisés par l'ANAP :

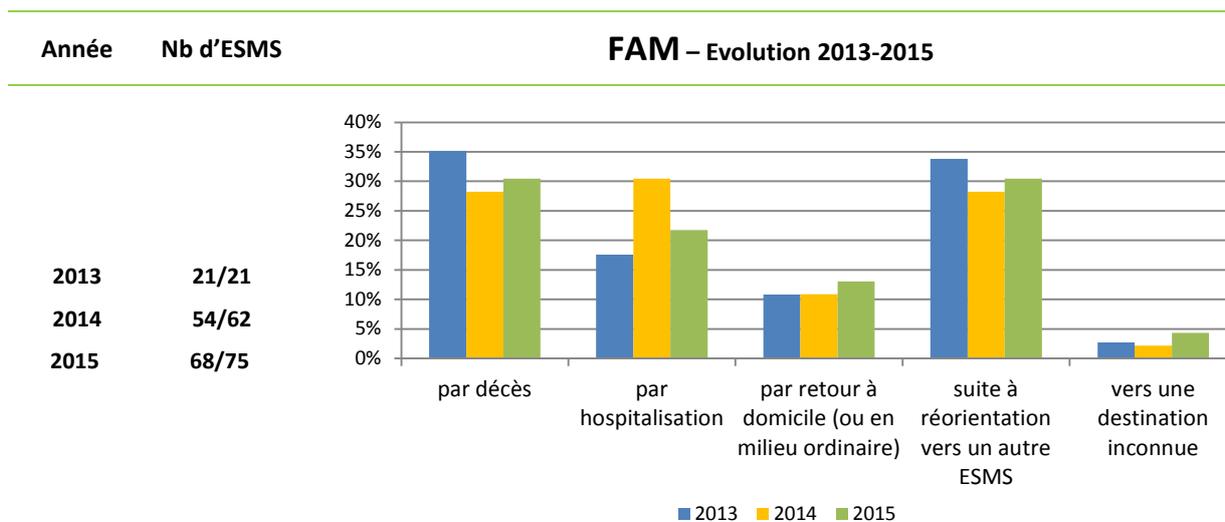
- IPr3.1 : Répartition des personnes accompagnées (hors accompagnement ou hébergement temporaire) selon leur provenance au 31/12 en %
- IPr3.2 : Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination (hors accompagnement ou hébergement temporaire, consultation ponctuelle et interruption ou sortie temporaire) en %
- IPr3.3 : Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile)

### IPr3.1 : Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance au 31/12 en % (Médiane)



La majorité des personnes accompagnées en FAM proviennent d'un autre ESMS, ce qui correspond à la logique de parcours dans le secteur des personnes en situation de handicap.

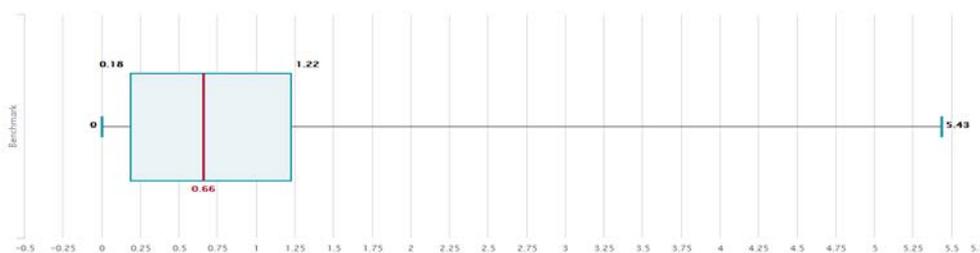
### IPr3.2 : Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination en % : il s'agit là de la déclinaison des sorties en % par motif



En FAM, les sorties sont majoritairement des décès, ou une réorientation vers un autre établissement ou service médico-social. Rappelons que les sorties ont été au nombre de 74 en 2013, 46 en 2014 et 23 en 2015. Au titre de 2015, cela induit un faible taux de rotation.

### IPr3.3 : Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile)

68/75



Le taux médian d'hospitalisation complète régional demeure, en 2015 (0,66 %), similaire à celui de 2014 (0,53 %). Il est inférieur à la médiane nationale (0,72%).

### Indicateurs complémentaires proposés pour ce cas précis

#### Répartition par âge des personnes en situation de handicap accompagnées dans différents ESMS

Nb total	11-15 ans	16-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-74 ans	75-84 ans	85-95 ans	96 ans et +
	Adultes PH										PA			
<b>ESMS PH</b>														
SAMSAH 525		2	33	57	51	54	71	76	71	80	30			
SAVS 3 942		17	260	353	378	641	471	482	578	344	405	12	1	
FH 1 557		13	164	219	206	155	221	179	216	145	38	1		
CRP 266		1	6	27	48	37	59	57	23	8				
ESAT 6 588		16	631	869	886	796	984	887	899	555	65			
FV 3 260		1	178	292	295	310	392	461	486	414	421	9	1	
FAM 1 858		3	87	518	180	161	253	270	265	232	242	6	1	
MAS 1 189		5	66	97	83	109	120	176	186	150	190	5	2	
<b>ESMS PA</b>														
SSIAD 6 048		1	8	11	12	15	34	26	62	75	815	1 988	2 797	204
SPASAD 1 285	1	1	5	11	8	9	11	14	19	27	163	422	551	43
EHPAD 33 509						1	1	9	28	150	2 996	8 591	19 308	2 425

Age théorique  
Age effectif (nombre de personnes accompagnées)

On observe que les FAM accueillent près de 250 personnes âgées de plus de 60 ans, ce qui correspond à plus de 13 % des personnes accueillies. Si l'on ajoute à ces éléments les personnes de plus de 60 ans accueillies en MAS (16,5 % des personnes accueillies), la file active inclut près de 450 personnes de plus de 60 ans. Les personnes de 55-59 ans accueillies en FAM et MAS sont au nombre de 382 soit 12,5 % des résidents en FAM et 12,6 % des résidents en MAS. Parallèlement, les EHPAD bretons accueillent 189 personnes de moins de 60 ans, correspondant à 0,6 % des personnes accueillies.

Ainsi, la question de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, en secteur pour personnes âgées et pour personnes handicapées, est un réel enjeu et demande notamment aux établissements et services d'adapter leur accompagnement aux besoins spécifiques de cette population.

De plus, l'ARS Bretagne développe l'intervention de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) dans les ESMS. Dans ce cadre, le recours efficace à l'HAD sera inscrit comme objectif des CPOM médico-sociaux (PH et PA). Une analyse des conventions formalisées entre l'HAD et les équipes mobiles mais aussi l'HAD avec les ESMS est en cours.

Enfin, notons qu'au niveau national, une enquête sur les collaborations HAD/SSIAD fera prochainement l'objet d'une restitution. Les objectifs consistaient à :

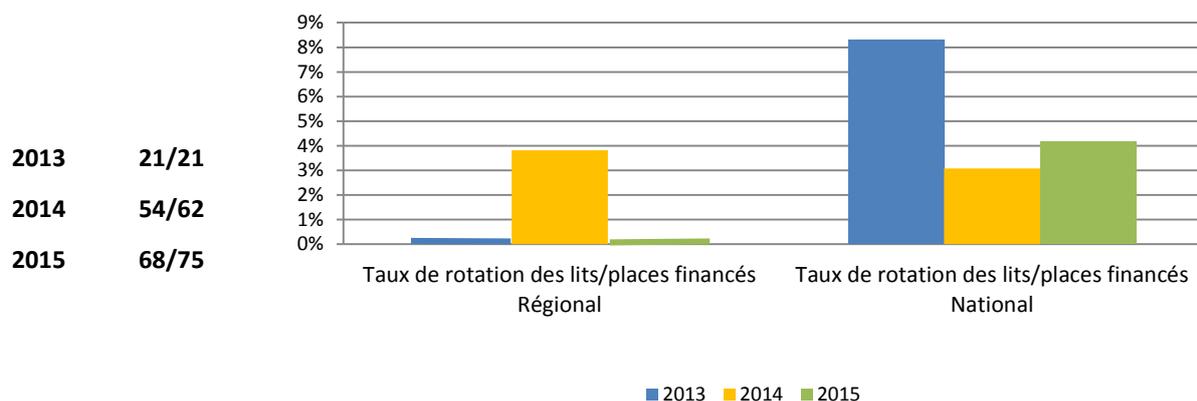
- identifier les profils et les besoins des patients en matière de coopérations HAD-SSIAD
- faciliter l'organisation de relais entre HAD et SSIAD
- définir les contours de prises en charge concomitantes entre SSIAD et HAD.

### IPr5.1 - Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %

Mode de calcul : Nombre d'admissions dans l'année (hors AT) / Nombre de lits et de places (hors AT)

Année Nb d'ESMS

#### FAM – Évolution 2013 - 2015

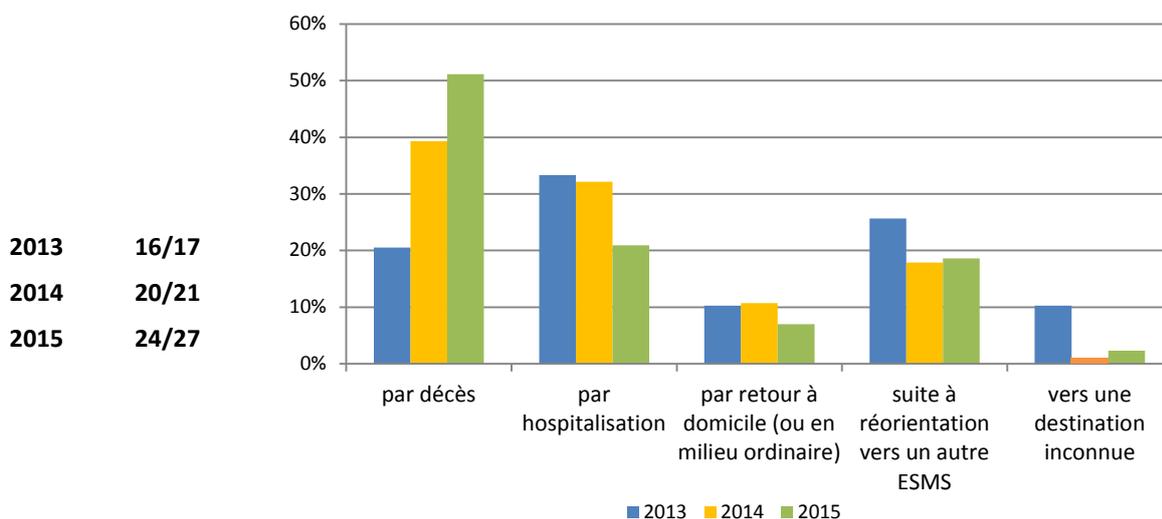


Contrairement à la médiane nationale, on constate qu'en Bretagne, très peu de places se libèrent, les prises en charge perdurant au delà des 60 ans. Cette situation est confirmée également dans les MAS.

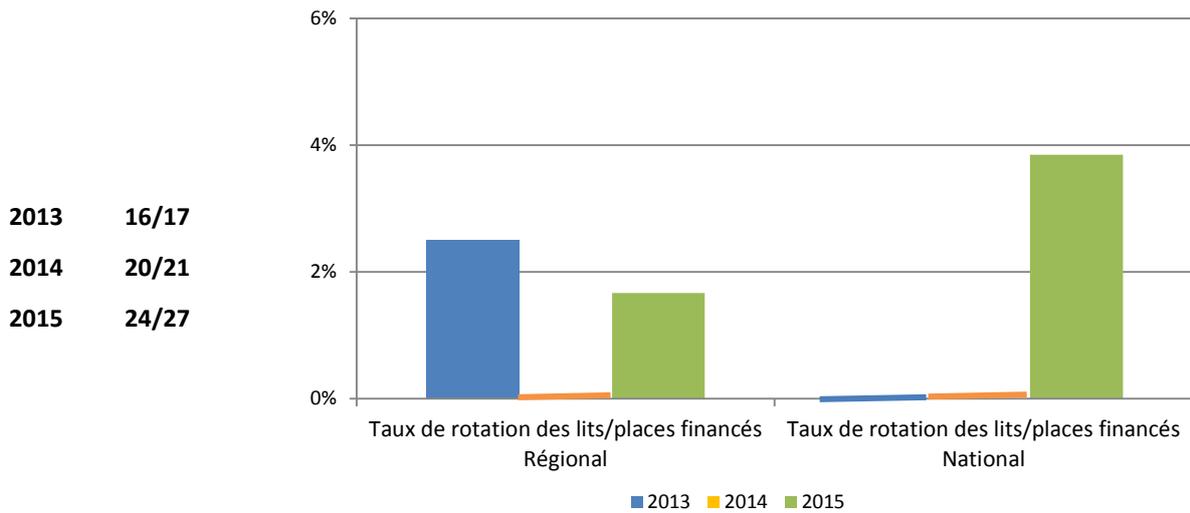
### IPr3.2 : Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination en %. Il s'agit là de la déclinaison des sorties en % par motif

Année Nb d'ESMS

#### MAS – Évolution 2013-2015



Les MAS enregistrent un taux de sortie par décès qui s'accroît d'année en année (21 % en 2013, 39 % en 2014 et 51 % en 2015), alors que le taux d'hospitalisation, quant à lui, diminue. Les réorientations vers un autre ESMS sont moins importantes qu'en FAM.



2013 16/17

2014 20/21

2015 24/27

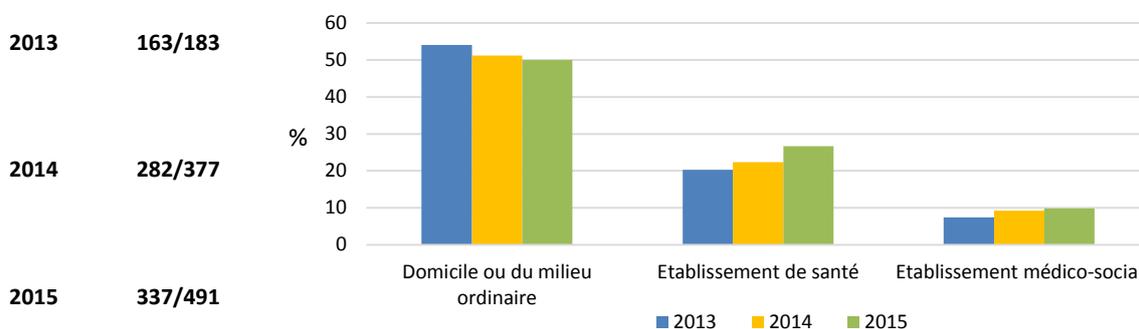
On observe qu'au niveau régional, le taux de rotation est très faible voire nul en 2013-2015 pour les FAM et en 2014 pour les MAS. Cette situation est confirmée au niveau national pour les MAS et ne fait qu'objectiver le fait que ces ESMS enregistrent une durée moyenne de séjour relativement élevée.

Le taux de rotation breton en MAS est légèrement supérieur à celui des FAM. Il en est de même au niveau national. Ces taux de rotation sont cependant très faibles.

Les données relatives à la provenance des personnes accompagnées est également intéressante sur le champ des personnes âgées, et notamment des EHPAD.

## EHPAD – 2013-2015

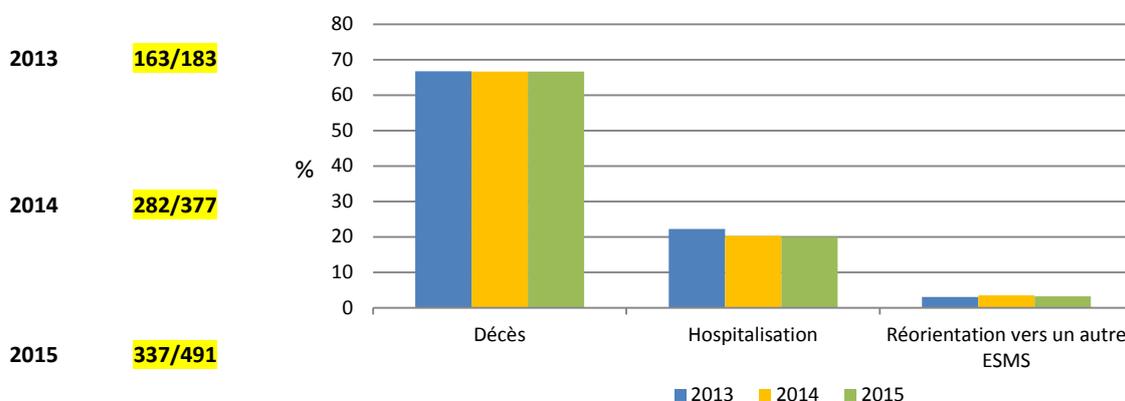
### IPr3.1 : Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance au 31/12 en % (médiane)



La majorité des personnes accueillies en EHPAD arrivent de leur domicile, mais la tendance va à l'augmentation des entrées depuis un établissement de santé ou médico-social.

S'agissant des EHPAD rattachés à un EPS, la médiane 2015 des provenances démontre que seulement 31 % des personnes accompagnées proviennent du domicile, contre 51 % d'un établissement de santé, et 11 % d'un autre ESMS. Ce sont donc les EHPAD autonomes qui génèrent majoritairement des entrées à partir du domicile (médiane à 55 %) contre 23 % en provenance d'un EPS, et 10 % d'un autre ESMS.

### IPr3.2 : Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif et destination en %



La sortie d'un EHPAD est majoritairement due au décès. L'hospitalisation ou la réorientation vers un autres ESMS évoluent peu depuis 3 ans.

S'agissant des EHPAD rattachés à un EPS, les sorties sont majoritairement des décès (médiane à 64 %). Viennent ensuite l'hospitalisation (16 %), la réorientation vers un autre ESMS (5 %) et le retour à domicile (3,5 %). Les EHPAD autonomes, quant à eux présentent des médianes à 67 % pour les décès, 20 % pour l'hospitalisation et 1,7 % pour la réorientation vers un autre ESMS. On notera donc que s'agissant des sorties, les données diffèrent peu, que les EHPAD soient rattachés à un EPS ou qu'ils soient autonomes.

### 3.2 Les établissements pour travailleurs handicapés

Les foyers d'hébergement (FH / FHAH), les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) et Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) concourent à l'insertion socio-professionnelle des adultes en situation de handicap.

	Public	Tarification	Code FINESS	ESMS bretons	ESMS National
<b>CRP</b>	Plus de 18 ans	ARS (Ass. Maladie)	249	3	87
<b>ESAT</b>	Plus de 18 ans	ARS (Ass. Maladie)	246 <sup>20</sup>	86 <sup>21</sup>	1 503
<b>FH / FHAH</b>	Plus de 18 ans	CD	252 <sup>22</sup>	71	1 293

- Les CRP ont pour mission de dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé.
- Les ESAT sont des structures de travail adaptées, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un soutien social et éducatif.
- Les FH assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée.

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan		
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG
<b>CRP</b>	1	32	1	-	-	-	2	278	2	-	-	-
<b>ESAT</b>	14	1 332	8	27	1 766	10	25	1 765	15	20	1 596	12
<b>FH</b>	8	203	4	35	779	8	18	446	10	10	203	6

Ces services et foyers sont concernés par 31 indicateurs du TDB ESMS. Par ailleurs, au 31 décembre 2015, 32 ESAT sont signataires d'un CPOM.

#### CRP

Les CRP étant peu représentés en région Bretagne (3 ESMS), il n'a pas été possible de les paragonner et de ressortir des éléments saisis des données susceptibles de permettre une analyse plus poussée. Sur le territoire national, 58 CRP sont actuellement représentés dans le TDB ESMS.

Toutefois, notons que leur activité médiane (101,58 %) est légèrement supérieure au taux médian national (100 % pour 125 EMS), alors que leur DMS médiane est de 112 jours contre 184 au niveau national.

Le taux d'absentéisme est de 6,7 % contre 7,1 % au niveau national.

Quant aux taux médians d'atteinte des prévisions des recettes et dépenses, ils sont respectivement de 100,1 % et 94,2 % contre 102,6 % et 100 % au niveau national, ce qui confirme une santé financière satisfaisante de ces ESMS, qui, en Bretagne, sont tous en excédent.

<sup>20</sup> Pour les ESAT, seules les données sociales sont retenues (et non pas les données commerciales)

<sup>21</sup> Au titre de la campagne 2016, 5 ESMS sont exonérés de complétude, et 6 n'ont pas rempli l'enquête

<sup>22</sup> Adossé à un ESAT (pour les travailleurs handicapés)

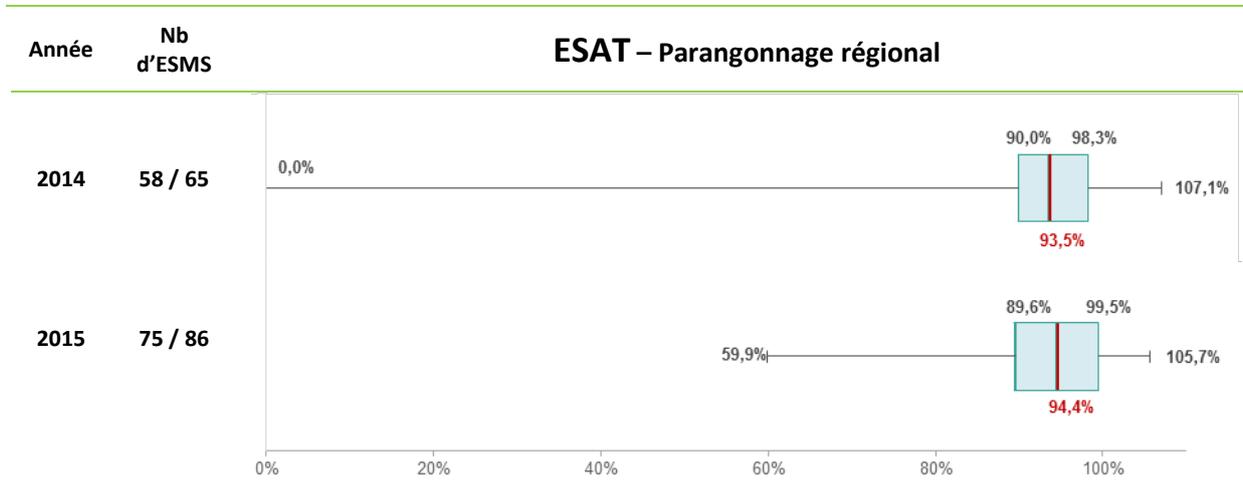
Dans le TDB ESMS, il est possible de restituer les données de façon agrégée pour les ESAT ou par groupe homogène (1 à 50 places, 51 à 100 places ou 101 places et plus).

## Indicateur de dialogue

### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

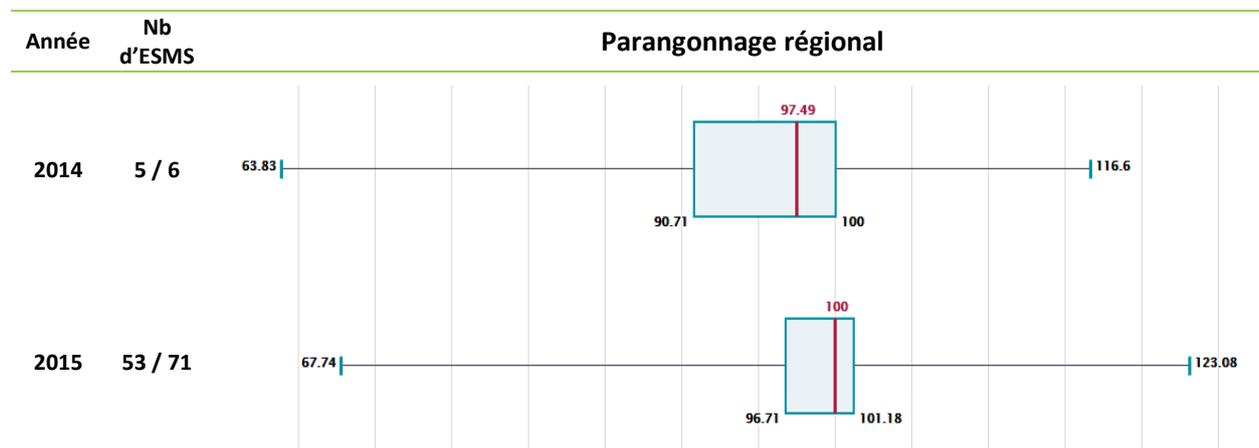
Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / Nombre de journées prévisionnelles budgétées



Malgré une évolution entre 2014 et 2015, la médiane du taux d'activité des ESAT reste inférieure à 95 %. Elle se caractérise par une dispersion toujours aussi importante, avec des ESMS dont le taux de réalisation de l'activité reste à 60 %. Sur les 75 ESAT répondants au titre de 2015, 4 ESMS déclarent un taux d'activité inférieur à 80 %, et 16 un taux d'occupation compris entre 80 et 90 %.

En 2015, les 75 ESAT répondants ont accompagné 7 002 travailleurs handicapés.

## Foyers d'Hébergement



Au titre de 2015, la file active en foyers d'hébergements est de 1 741. L'activité médiane est en augmentation entre 2014 et 2015, se portant désormais à 100 %. La dispersion demeure cependant conséquente avec des valeurs comprises entre 67,7 % et 123,1 %.

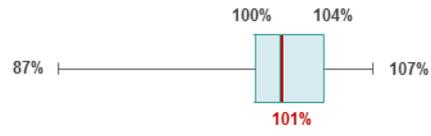
Année **Nb d'ESMS et file active**

### Parangonnage départemental

2015

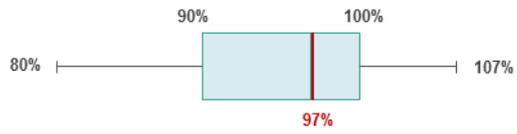
**7 / 8**  
FA : 215

Côtes d'Armor



**26 / 35**  
FA : 826

Finistère



**11 / 18**  
FA : 496

Ille-et-Vilaine



**9 / 10**  
FA : 204

Morbihan



60% 70% 80% 90% 100% 110% 120%

L'activité des ESMS ne peut être dissociée des aspects budgétaire et financier, l'un pouvant expliquer l'autre parfois. Une des premières pistes à explorer dans le cadre d'un diagnostic financier est celle de la question-clé n°8.

## Question-clé n°8

### Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

Le tableau de bord doit mettre en perspective plusieurs indicateurs afin de répondre à des questions clés.

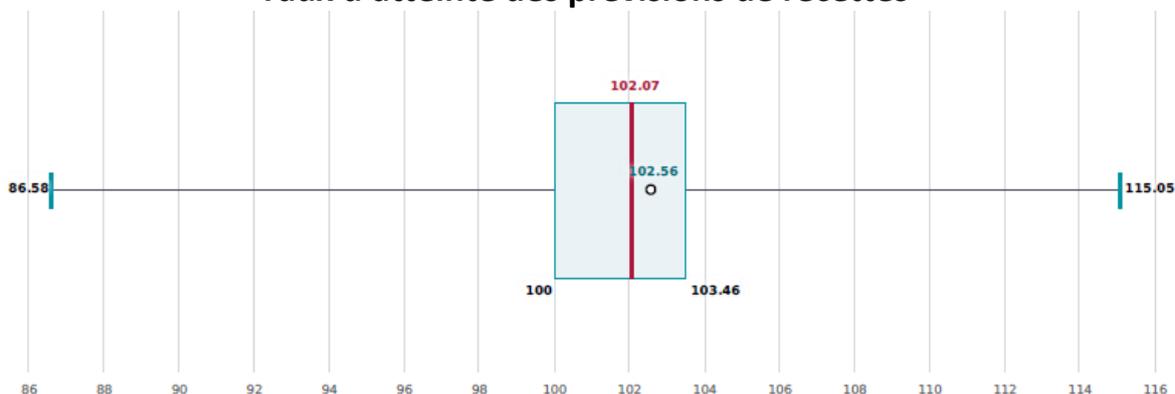
Les indicateurs de dialogue présentés ci-dessous doivent permettre de répondre à la question clé « quel est le niveau d'exécution budgétaire ? »

- IFi1.1 : Taux d'atteinte des prévisions de recettes
- IFi1.2 : Taux d'atteinte des prévisions de dépenses

### Etude de cas

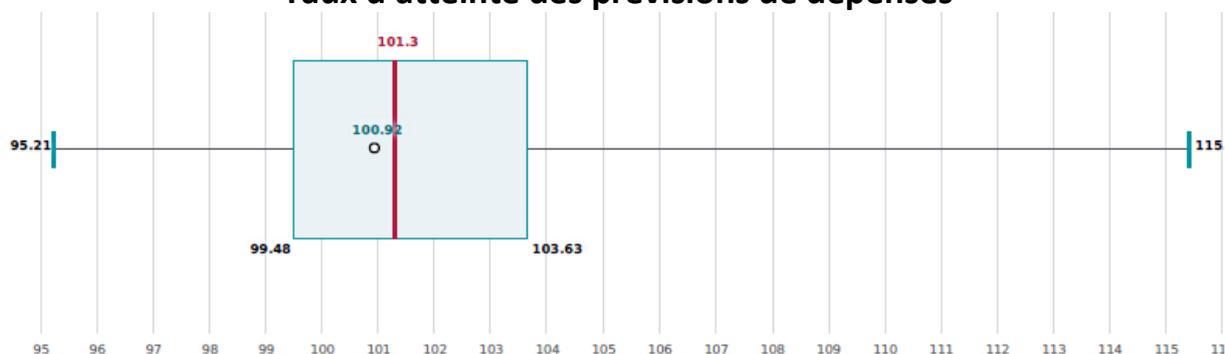
Cette étude de cas concerne un EHPAD. Il est comparé aux EHPAD du groupe homogène auquel il appartient (EHPAD de 100 à 199 places) au plan régional soit 74 établissements. Il s'agit des données 2015.

#### Taux d'atteinte des prévisions de recettes



Le taux d'atteinte des prévisions de recettes dans cet EHPAD est de 102,6 %, légèrement supérieur à la médiane observée pour les EHPAD bretons de 100 à 199 places.

#### Taux d'atteinte des prévisions de dépenses



Le taux d'atteinte des prévisions de dépenses dans cet EHPAD est de 100,9 %, soit un peu en-deçà de la médiane observée pour les EHPAD du même groupe homogène.

Ces indicateurs sont à mettre en lien avec le résultat comptable de l'ESMS, et l'activité.

### 3.3 Services

Les services à destinations des adultes en situation de handicap sont les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Pour les SPASAD et les SSIAD, les données sont analysées au chapitre 4, avec les services pour personnes âgées (page 68).

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ne sont pas concernés par le TDB ESMS.

	Public	Tarification	Code FINESS	ESMS bretons	ESMS National
<b>SAMSAH</b>	Plus de 18 ans	CD et ARS (Ass. Maladie)	445	15 <sup>23</sup>	382
<b>SAVS</b>	Plus de 18 ans	-	446	78	981

- Les SAVS doivent permettre « la réalisation du projet de vie de l'adulte handicapé par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité » comme le prévoit l'article D 312-162 du code de l'action sociale et des familles.
- Les SAMSAH ont des missions similaires aux SAVS mais comportent des prestations de soins comme le prévoit l'article D 312-166 du code de l'action sociale et des familles.

Toutefois, tous les SAVS n'ont pas répondu à l'enquête, ce qui explique les chiffres moindres dans le tableau ci-dessous.

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan		
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG
<b>SAMSAH</b>	4	73	4	4	184	4	3	200	3	4	105	4
<b>SAVS</b>	18	712	13	18	786	13	26	986	19	16	605	13

Dans le cadre de la contractualisation, ces deux catégories d'ESMS sont concernées au même titre que les autres services pour personnes âgées et personnes handicapées que sont les SPASAD et SSIAD. 31 indicateurs du TDB ESMS les concernent. Au 31 décembre 2015, seul un SAMSAH est signataire d'un CPOM.

Dans le TDB ESMS, il est possible de restituer les données de façon agrégée pour les SAVS ou par groupe homogène (1 à 35 places ou plus de 35 places). L'analyse départementale a été privilégiée.

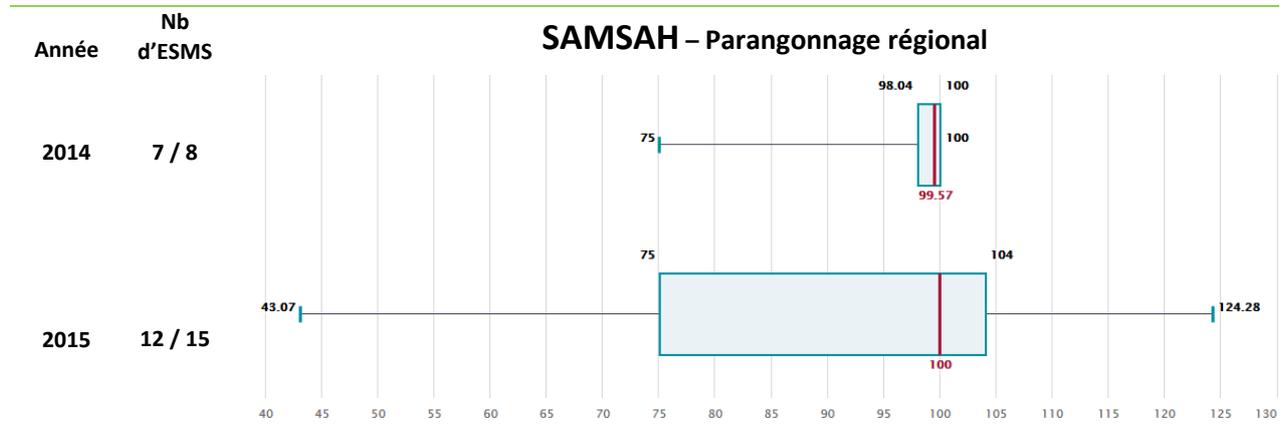
<sup>23</sup> Au titre de la campagne 2016, 3 SAMSAH n'ont pas rempli l'enquête TDB ESMS

## Indicateur de dialogue

### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / Nombre de journées prévisionnelles budgétées



La médiane du taux d'activité est à 100 %, mais présente une forte dispersion sur l'année 2015, avec des valeurs oscillant entre 43 % et 124 %.

Au titre de 2015, la file active en SAMSAH a été de 650 personnes.

Le faible nombre de SAMSAH par département ne permet pas de représenter les taux d'activité départementaux.

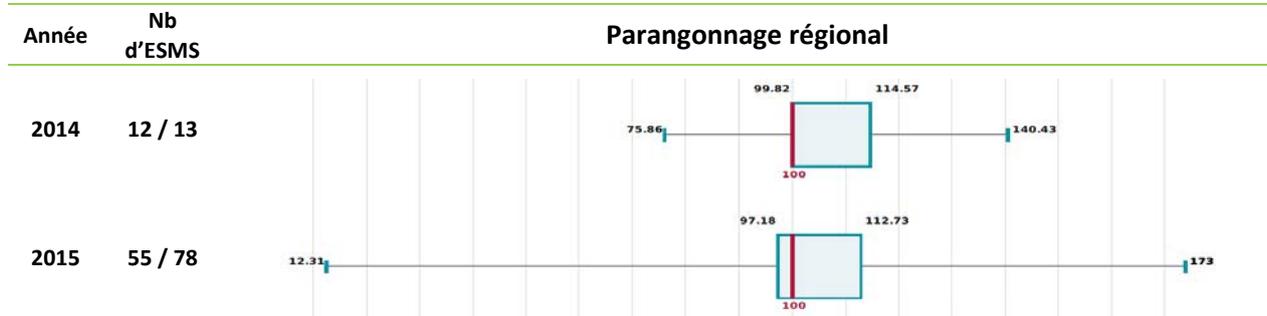
## Indicateur de dialogue

### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

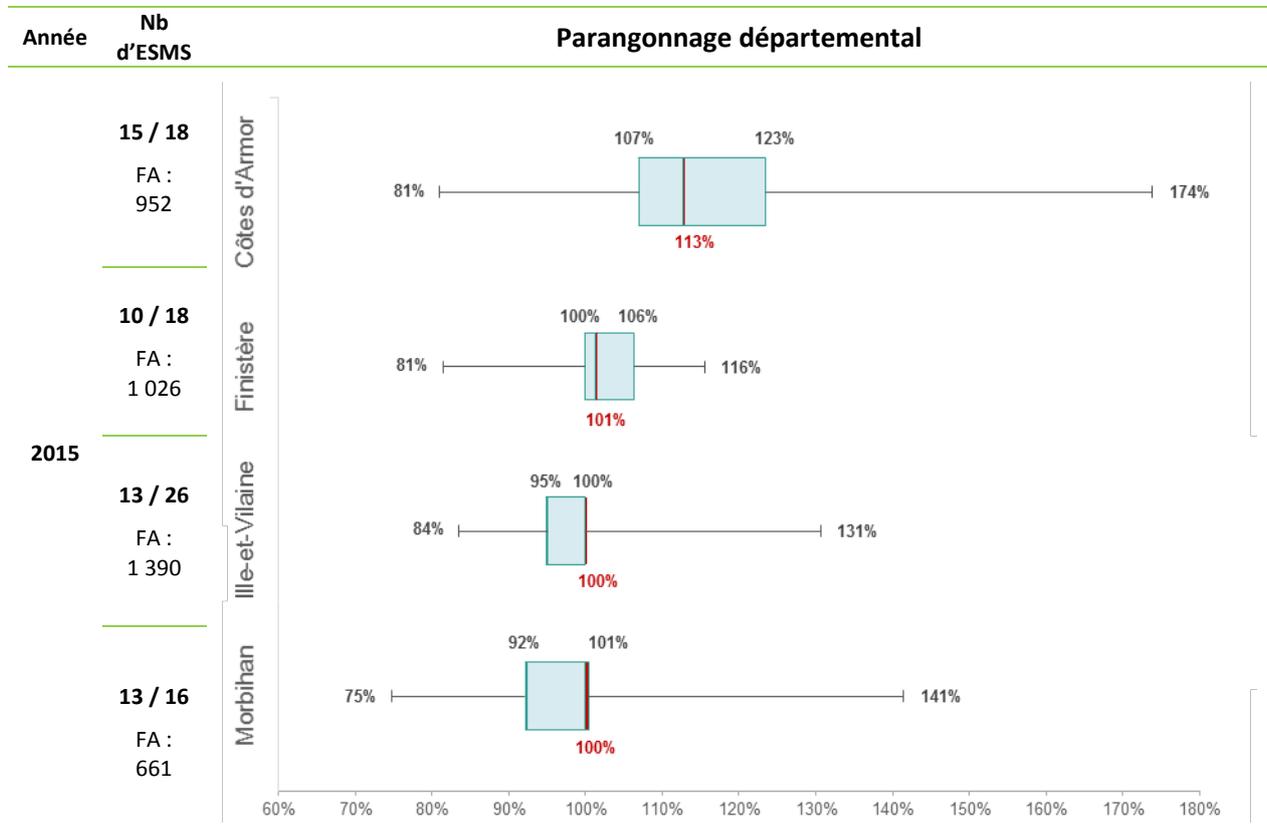
Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / Nombre de journées prévisionnelles budgétées

### SAVS



Le taux d'activité reste stable malgré une dispersion qui augmente.

En 2015, la file active 2015 a été de 2 778.



Le Conseil Départemental des Côtes-d'Armor a identifié, sur son territoire, un SAVS qui génère de la suractivité, ce qui explique la dispersion sur le graphique ci-dessus.

Au-delà de l'analyse des prestations de soins et d'accompagnement, mais aussi de l'analyse budgétaire telle qu'elle a été présentée à travers la question-clé n°8 (page 59), une analyse financière peut également être opérée à travers l'étude de la question-clé n°9.

## Question-clé n°9

### Quels sont les grands équilibres financiers ?

Indicateurs de dialogue préconisés par l'ANAP :

- IFi2.1 : Taux de CAF
- IFi2.2 : Taux de vétusté des constructions
- IFi2.3 : Taux d'endettement
- IFi2.4 : Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes

Le **taux de CAF** correspond à la capacité d'autofinancement / le total des recettes exploitation réalisées. Le taux de CAF doit être complété au regard des informations propres à l'ESMS considéré.

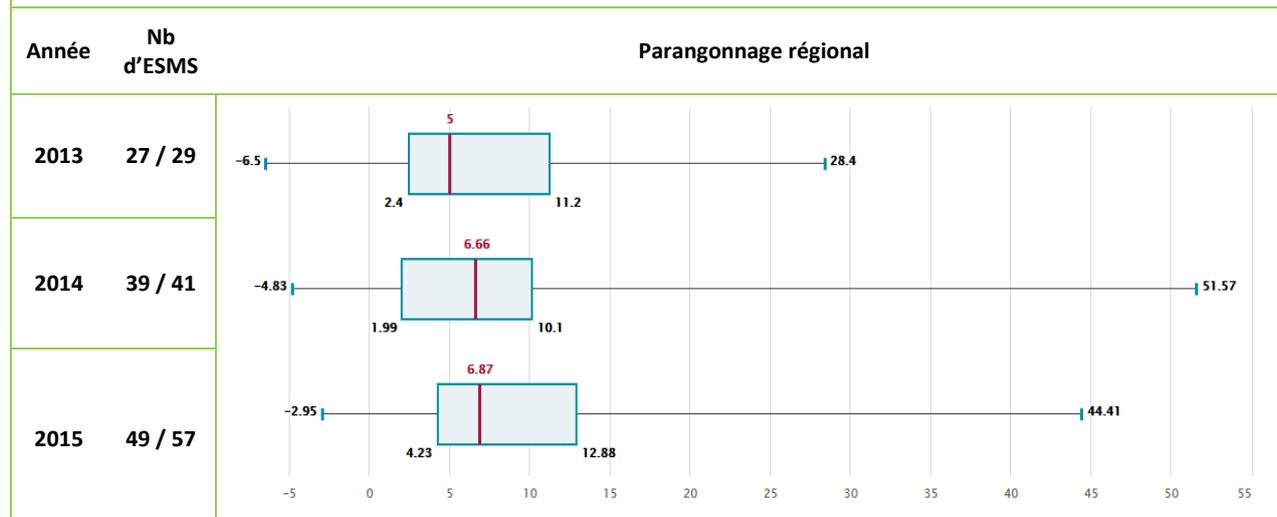
Le **taux d'endettement** est calculé en rapportant l'encours de la dette aux Capitaux permanents.

Le **besoin en fonds de roulement** est rapporté aux charges courantes, et multiplié par 365 jours

Le **taux de vétusté** n'est calculé que pour les ESMS déclarant être propriétaires, et correspond à l'amortissement cumulé des constructions / la valeur brute des constructions.

Ces trois derniers indicateurs peuvent être complétés en prenant en compte des données bilancielle consolidées, regroupant plusieurs activités et/ou structures.

### IFi2.1 : Taux de CAF



Le taux de CAF permet de déterminer si les ressources internes de l'ESMS permettent d'assurer son financement.

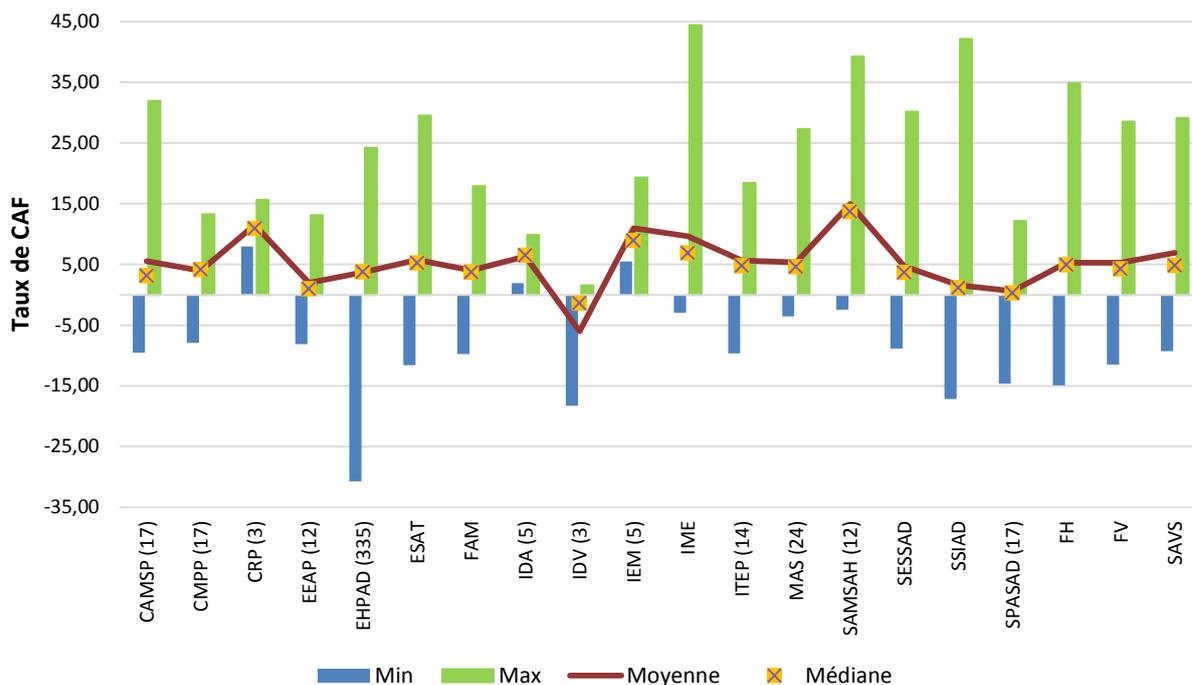
Une CAF négative met en exergue l'incapacité de l'ESMS à générer suffisamment de ressources pour couvrir son cycle d'exploitation. Il est alors obligé de recourir à d'autres sources de financement (emprunts, apports des associés...) pour continuer à fonctionner.

Le graphiques ci-dessous montre l'évolution de la CAF pour les IME bretons (en M22), entre 2013 et 2015.

Ces données démontrent une amélioration de la CAF, certes due à l'augmentation de l'échantillonnage sur les 3 ans. La dispersion, en IME, est cependant importante, avec des valeurs 2015 comprises entre -2,95 % et 44 %.

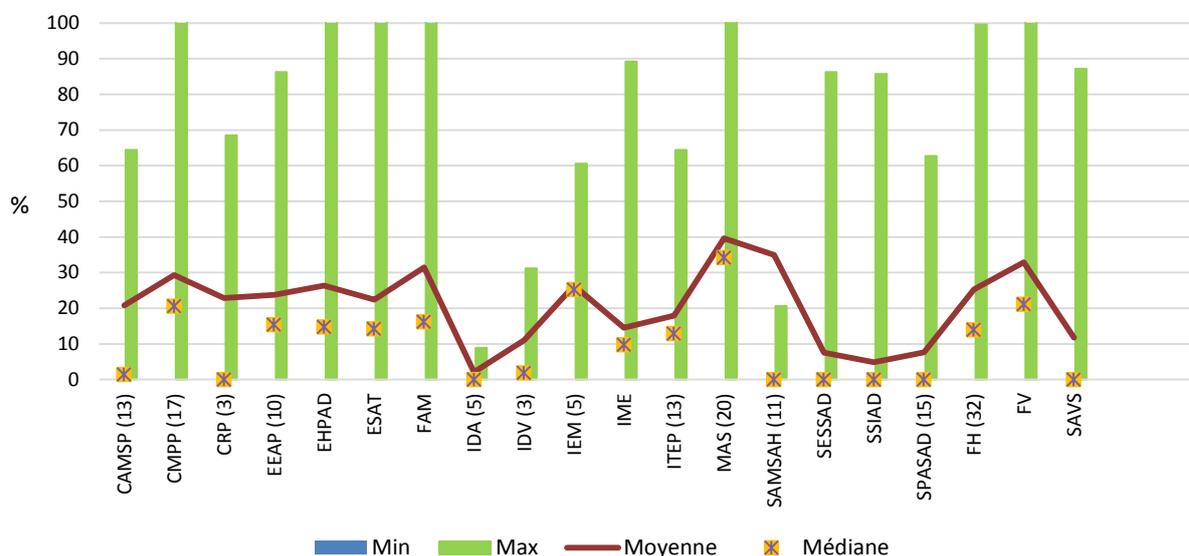
A titre de comparaison, la médiane nationale de la CAF en IME est de 6,22 %. Les IME bretons présentent donc une CAF plus satisfaisante.

### Taux de CAF régional par type d'ESMS



L'exploitation des taux de CAF de l'ensemble des ESMS bretons permet d'obtenir une CAF médiane de 4 % et moyenne de 4,6 %, inférieure aux valeurs des IME bretons. Il n'a cependant pas été possible d'extraire une CAF médiane nationale.

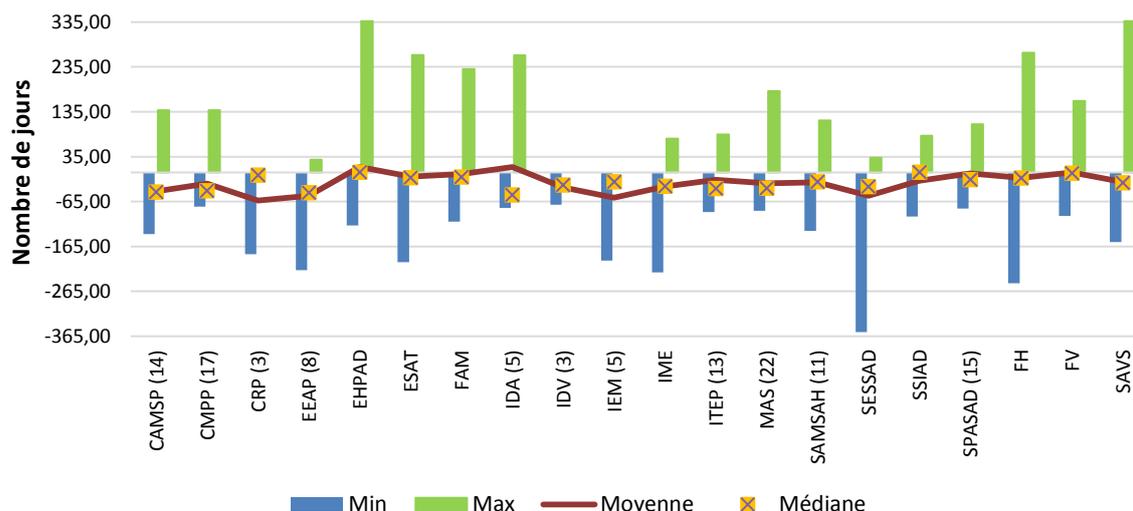
### IFi2.3 : Taux d'endettement



Pour réaliser ce graphique, de nombreuses valeurs aberrantes ont été retraitées, certains taux déclarés étant supérieurs à 200 %. Malgré ce retraitement, de nombreux ESMS déclarent des taux d'endettement de plus de 100 %. Si cela peut arriver, cela demeure, dans les faits, plutôt rare, alors que le TDB ESMS laisse apparaître de nombreux ESMS dans ce cas. Il convient donc d'accorder une vigilance particulière à la saisie des données de cet indicateur.

Le taux d'endettement est très disparate d'un ESMS à l'autre. Toutefois, la médiane suit, dans la majorité des cas, la courbe de la moyenne, qui, elle, présente un taux de l'ordre de 21 %.

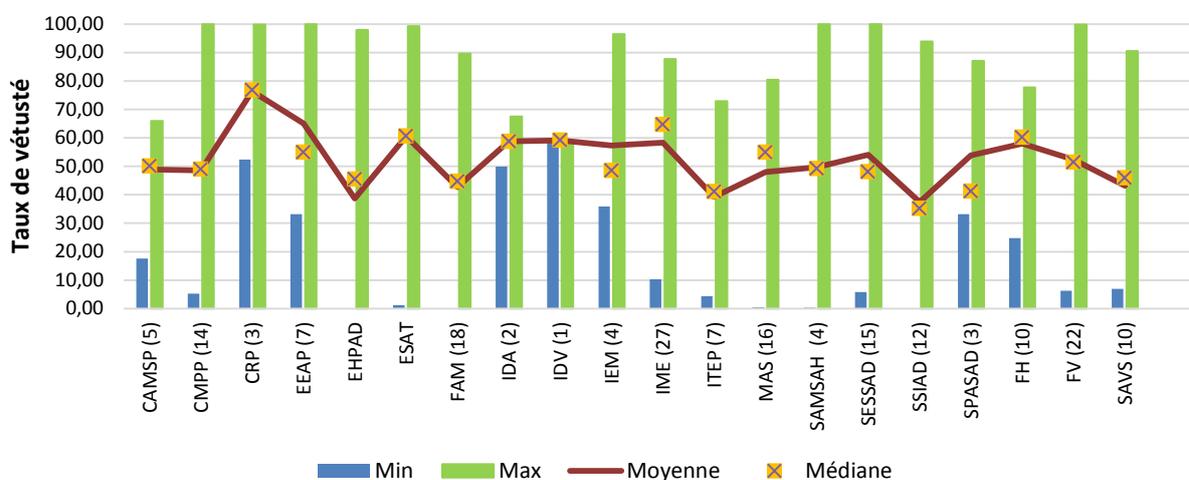
## IFi2.4 : Besoin en fonds de roulement



Seules les valeurs comprises entre -365 et + 365 ont été retenues.

En moyenne, le BFR est de -9 jours, ce qui signifie que l'activité des ESMS génère un flux positif de trésorerie (la médiane est de -11 jours). Certaines valeurs demeurent cependant préoccupantes pour les ESMS dont le BFR est largement positif, voire proche (ou supérieur) à 365 jours, ce qui, dans la majorité des cas, reflète une mauvaise compréhension de l'indicateur et de la donnée à saisir.

## IFi2.2 : Taux de vétusté des constructions



Les valeurs supérieures à 100 % ont été écartées. En outre, le nombre d'ESMS représentés est bien inférieur que pour les 3 autres indicateurs, le taux de vétusté n'étant généré que pour les ESMS se déclarant propriétaires de leurs locaux. A titre d'exemple, 116 EHPAD sont représentés dans ce graphique (contre 491 concernés par la démarche). Quels que soient les ESMS, la dispersion est importante, et atteint les deux bornes que sont 0 % et 100 %.

En région Bretagne, la valeur médiane du taux de vétusté est de 50,6 % contre une moyenne à 48,2 %. Ces données sont à pondérer par le faible niveau d'échantillonnage par catégorie. Seuls les EHPAD et les ESAT sont représentés par plus de 33 structures différentes. D'ailleurs, pour les EHPAD, on observe un taux de vétusté médian légèrement inférieur de 45,5 %, alors que les ESAT ont un taux de 60,7 %.

Le taux de vétusté revêt une importance particulière, notamment dans le cadre de l'instruction des projets immobiliers sur le champ médico-social.

La programmation des aides à l'investissement destinées à financer les projets immobiliers sur le champ médico-social s'articule en trois étapes :

- Identification et recensement, au sein de chaque délégation territoriale, des projets d'investissement immobilier faisant apparaître des besoins de financement. Les projets recensés font l'objet d'une priorisation par territoire en lien avec les partenaires financeurs (les Conseils départementaux principalement) et aboutit à une liste de projets présélectionnés arrêtée au niveau régional en avril/mai de chaque année,
- Instruction détaillée et complète des projets présélectionnés (sur la base d'un dossier type transmis par les établissements concernés), portant sur les volets technique, économique et financier, permettant d'objectiver l'opportunité d'un financement. Les PPI transmis dans le cadre de cette instruction spécifique sont considérés, à ce stade,
- Arbitrage des aides et notification des décisions de financement en novembre établis sur la base des conclusions des instructions et des enveloppes disponibles (PAI, FIR, CNR).

Le recensement effectué au cours du 1<sup>er</sup> trimestre, porte en priorité sur les projets immobiliers futurs répondant à l'une des définitions suivantes :

- Travaux de restructuration et/ou de reconstruction (Adaptation et humanisation des locaux, extension, reconstruction sur le même site avec ou sans démolition),
- Travaux de construction (création d'un ESMS, extension, relocalisation d'un ESMS sur un nouveau site),
- Travaux de remise aux normes (sécurité, accessibilité ...).

Les projets d'investissements immobiliers en cours ou achevés (tels que définis ci-dessus), peuvent, également être recensés dans ce cadre s'ils n'ont pas fait l'objet d'un accompagnement antérieur l'ARS, et s'ils font apparaître des surcoûts importants non prévus dans le projet initial.

Les décisions de priorisation et d'accompagnement s'appuient sur 3 catégories de critères d'opportunités :

### 1. Critère technique et économique

- Avis de la commission de sécurité, taux de vétusté du patrimoine et état général des locaux, normes non respectées, locaux inadaptés aux besoins, taux élevé de chambres doubles à 2 lits...
- Nature et descriptif des travaux (reconstruction, restructuration, rénovation...), ratios techniques et économiques
- Maturité du projet, stade des études architecturales (Programme Technique Détaillé, Avant-Projet Simplifié ...), date prévisionnelle de démarrage des travaux.

### 2. Critère stratégique

- Réponse aux orientations régionales (capacités, évolution des besoins de prise en charge, mutualisation, regroupement ....)
- Validation du projet par l'ARS et les CD pour les projets relevant d'une compétence partagée.

### 3. Critère financier

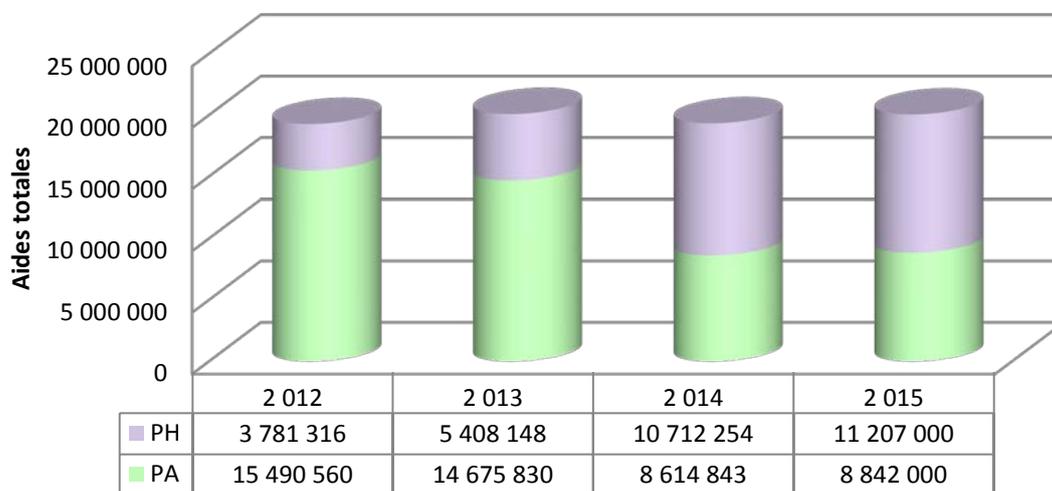
- Pertinence et fiabilité des données financières (Bilan financier, PPI...)
- Soutenabilité financière au regard de l'impact du projet sur l'équilibre budgétaire et financier de l'établissement (évolution des ratios financiers, du prix de journée secteur personnes âgées, du budget de fonctionnement).

La programmation des aides à l'investissement immobilier du secteur médico-social relève d'un processus méthodologique, qui repose sur la qualité et la pertinence des données collectées et transmises par les ESMS. A noter que les PPI transmis dans ce cadre spécifique des instructions des projets immobiliers constituent des versions de travail, qu'il conviendra d'actualiser à l'issue de la programmation annuelle. Les PPI actualisés seront ensuite, soumis à la validation de l'ARS ou des CD.

Les données de la plateforme permettent la mise en cohérence des données financières transmises dans le cadre de l'instruction (taux de vétusté).

Plus largement, les informations concernant l'état du patrimoine (taux de chambres à deux lits, avis de la commission de sécurité...) sont également exploitées.

### Evolution des aides à l'investissement (PAI, FIR et CNR) Secteur médico-social (hors ESAT)



Les SSIAD et SPASAD, développés sur les deux secteurs, sont plus présents sur le champ des Personnes Âgées.

## 4- Personnes âgées

Le TDB ESMS inclut uniquement les services de soins infirmiers à domicile au titre des services et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au titre des établissements. Il ne retient ni les accueils temporaires autonomes médicalisés (hébergement temporaire, accueil de jour), ni les établissements et services non médicalisés (accueil temporaire autonome, foyers-logements, service d'aide et d'accompagnement à domicile SAAD par exemple).

### 4.1 Services

Les services pour personnes âgées sont constitués par les SSIAD et SPASAD.

Les ESMS pour personnes âgées s'adressent à un public de plus de 60 ans, que ce soit pour les services ou les établissements.

	Public	Tarification	Code FINESS	ESMS bretons	ESMS National
<b>SSIAD</b>	Plus de 18 ans	ARS (Ass. Maladie)	354	107 <sup>24</sup>	2 072
<b>SPASAD</b>	Plus de 18 ans	CD et ARS (Ass. Maladie)	209 <sup>25</sup>	20 <sup>26</sup>	96

- Les SSIAD assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale et l'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Ils s'adressent à la fois aux personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou dépendantes mais également aux personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteintes de pathologies chroniques invalidantes, intervenant directement à leur domicile ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux non médicalisés de moins de 25 places. Les SSIAD peuvent bénéficier d'une autorisation leur permettant la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée intervenant auprès de personnes malades Alzheimer et/ou malades apparentés (ESA). Ces données d'activité et de fonctionnement sont spécifiques et sont toutefois à exclure du TDB ESMS. Ces services contribuent au maintien à domicile des personnes.
- Les SPASAD remplissent des missions de SSIAD et des services d'aide à domicile (SAAD), ce qui permet d'apporter une réponse simultanée dans l'accompagnement de la vie quotidienne et des soins.

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan		
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG
<b>SSIAD</b>	29	1 257	29	27	1 449	26	19	1 217	19	32	1 299	31
<b>SPASAD</b>	9	301	9	3	275	3	7	606	7	1	28	1

Pour lors, les SSIAD ne font pas l'objet de contractualisation, hormis un SSIAD dans le département du Finistère. Toutefois, avec l'entrée en vigueur, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, de la généralisation des CPOM, 32 indicateurs sont d'ores et déjà identifiés sur ces deux catégories de services. La mise en œuvre d'un CPOM avec un EHPAD rattaché à un organisme gestionnaire (CCAS, Association), peut être l'occasion de contractualiser également avec un service.

<sup>24</sup> Au titre de la campagne 2016, 3 SSIAD n'ont pas rempli l'enquête

<sup>25</sup> Seules les données SSIAD (donc ARS) sont retenues. Les données des services dits annexes (SAAD) ne font pas l'objet, pour lors, d'une remontée dans le TDB.

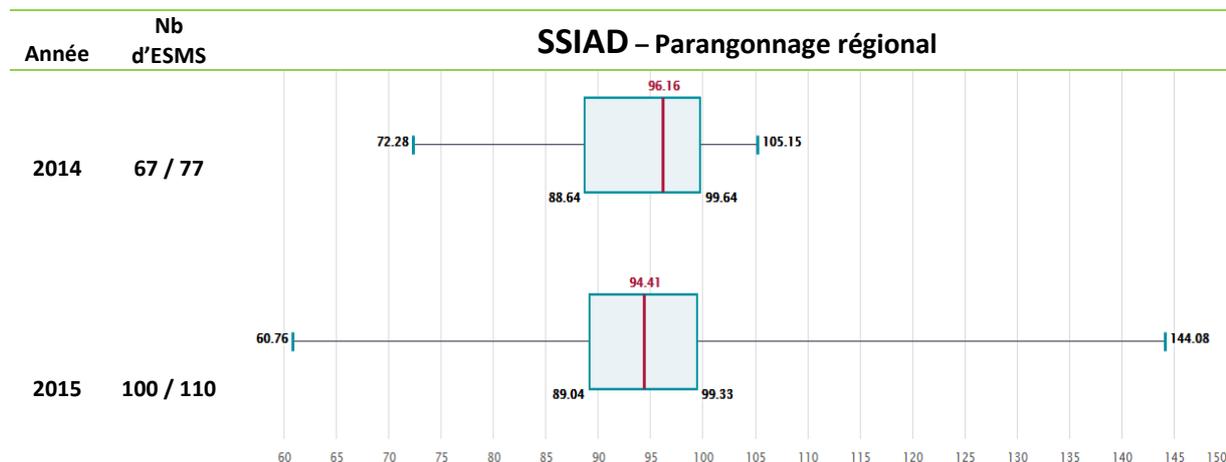
<sup>26</sup> Au titre de la campagne 2016, 2 SPASAD n'ont pas rempli l'enquête

## Indicateur de dialogue

### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

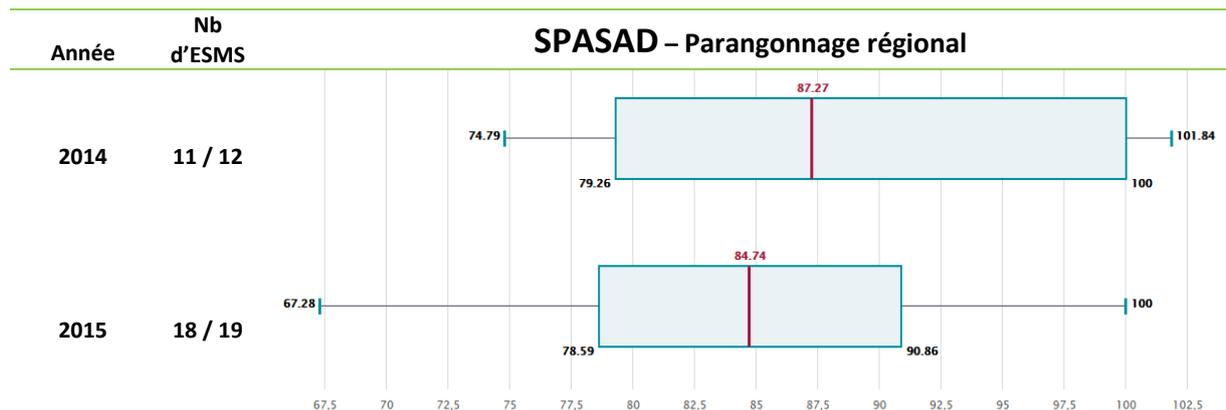
#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

Mode de calcul : Nombre de journées réalisées / Nombre de journées prévisionnelles budgétées



La médiane du taux d'activité est l'ordre de 95 %, en légère diminution par rapport à 2014. On note une dispersion importante, particulièrement en 2015.

Au titre de 2015, la file active en SSIAD a été de 8 845 personnes.



En SPASAD, la médiane du taux d'activité est inférieure à 85 %. La dispersion est aussi conséquente, quoi que moins élevée qu'en SSIAD.

Au titre de 2015, la file active en SPASAD a été de 1 841 personnes.

Dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, une expérimentation est prévue pour tester un nouveau modèle intégré d'organisation, de personnels et de territoire d'intervention SPASAD (article 49). Un appel à candidatures régional ARS-Conseils départementaux a ainsi été lancé en 2016 sur la base du cahier des charges national, qui a permis de sélectionner 17 services expérimentateurs constitutifs d'un panel régional. Ces services feront l'objet d'une contractualisation spécifique et d'un suivi sur la base d'indicateurs définis par le niveau national portant sur : les caractéristiques du SPASAD intégré, l'évaluation des prises en charge du SPASAD intégré au regard des publics accompagnés et l'évaluation des prises en charge du SPASAD intégré au regard de la structure.

A horizon 2020, à compter de la publication de la loi, il est demandé aux SSIAD de fonctionner en configuration SPASAD (fusion, convention de coopération, groupement de coopération sociale et médico-sociale).

La contractualisation des SSIAD s'inscrit donc dans cette échéance :

- dans le cadre du rapprochement des services d'aide et de soin et donc de la promotion des SPASAD et au service du parcours de santé des personnes accompagnées sur des territoires de cohérence
- dans un cadre d'organisation coordonnée des interventions des différents acteurs du soin à domicile,
- dans un cadre de recherche de la qualité des prestations délivrées et d'efficacité des organisations.

Avec l'entrée en vigueur, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, de la généralisation des CPOM, 32 indicateurs du tableau de bord sont d'ores et déjà identifiés sur ces deux catégories de services (SSIAD, SPASAD).

La mise en œuvre d'un CPOM avec un EHPAD rattaché à un organisme gestionnaire (CCAS, CIAS association, EHPAD autonome, établissement de santé), peut être l'occasion de contractualiser également avec un SSIAD sur des premiers objectifs de qualité.

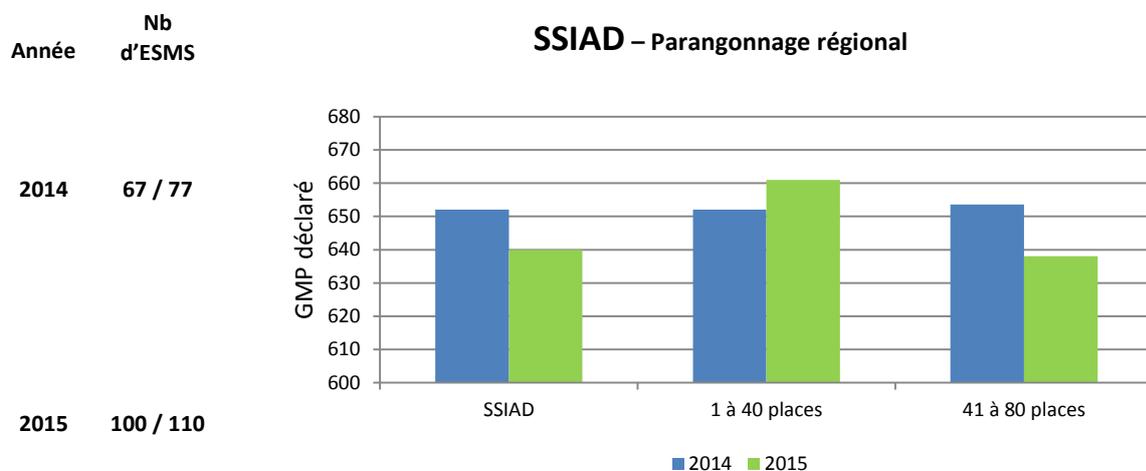
Dans le TDB ESMS, pour les SSIAD, il est possible de restituer les données de façon agrégée, ou par groupe homogène (1 à 40 places, 41 à 80 places, 81 à 120 places, ou plus de 121 places. Le groupe 81 à 120 places n'est cependant pas représenté en région Bretagne). Seules les places pour Personnes Agées sont comptabilisées dans le TDB ESMS.

## Indicateur de dialogue

### Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

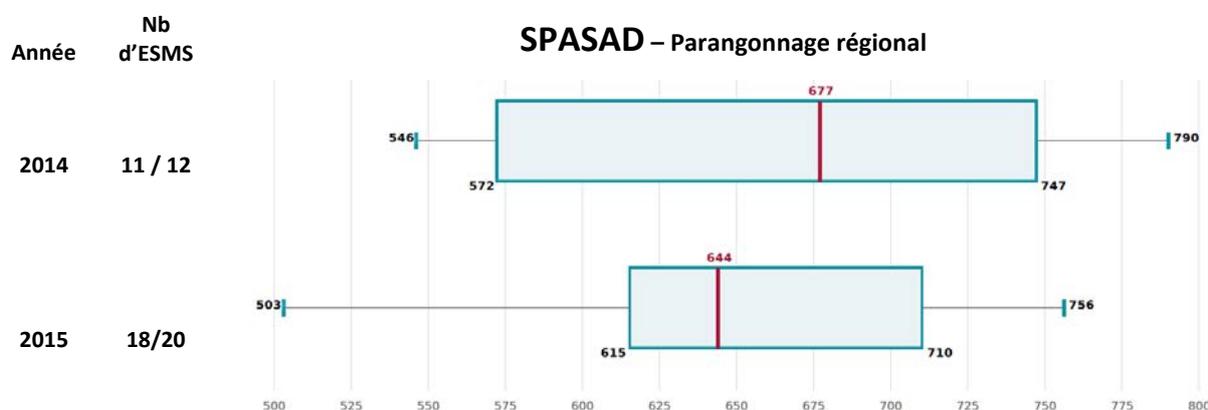
Indicateur de dialogue préconisé par l'ANAP :

- IPr2.1.2 : Score moyen de l'échelle retenue de dépendance (dernier GMP connu)



Les données de l'année 2013 ne sont pas reprises, car elles ne concernaient que 5 SSIAD et ne sont pas représentatives de la charge en soins de cette année. De même, les 7 SSIAD de plus de 81 places qui ont renseigné leurs données 2015 ne sont pas représentées car l'échantillon est insuffisant.

La médiane évolue peu entre 2014 (651) et 2015 (640). On notera que la charge a tendance à augmenter sur les plus petits services (1 à 40 places) alors, qu'à contrario, elle diminue pour les services de 41 à 80 places.



L'intérêt de la fiabilisation peut ici être souligné : dès 2015 (données 2014), il n'y a plus de valeur aberrante pour les SPASAD. Précisons par ailleurs que le panel reste inférieur à 30 ESMS sur la région Bretagne. Dans ce cas précis, la valeur du GMP reste cependant proche du GMP médian national qui est à 654 en 2015.

La file active 2015 dans ces services a été de 1 841 en SPASAD et de 8 845 en SSIAD.

Il est à noter qu'il n'y a pas de validation de GMP en SSIAD. Il s'agit du GMP retenu par l'Infirmière coordonnatrice dans le cadre de l'évaluation des besoins de la personne ou de celui transmis par l'équipe médico-sociale APA (ou PCH) du Conseil Départemental et des caisses de retraite.

La question-clé n°2 *Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?* permet d'obtenir des informations quant aux GMP en SSIAD et SPASAD.

## Question-clé n°2

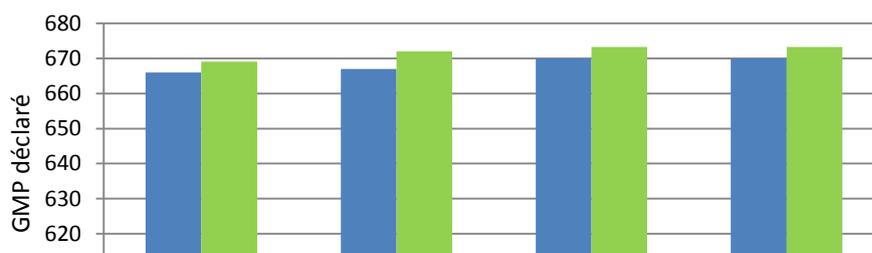
Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

Indicateur de dialogue préconisé par l'ANAP :

- IPr2.1.2 : Score moyen de l'échelle retenue de dépendance (dernier GMP connu)

Comme précisé ci-dessus, la charge en soins semble diminuer globalement, en région Bretagne. Cela est contraire à la tendance nationale :

### SSIAD – Parangonnage national

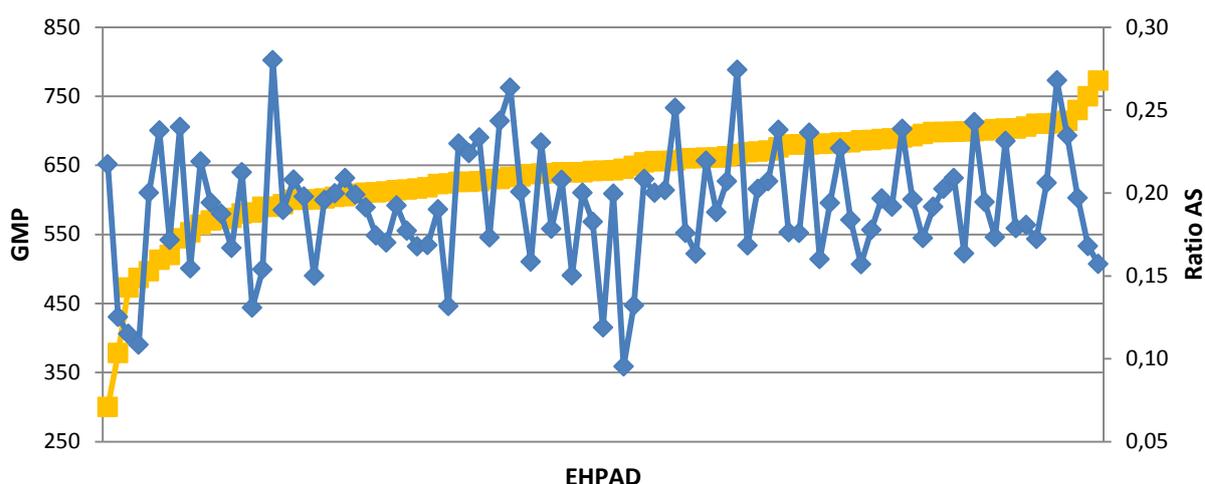


En effet, entre 2014 et 2015, le GMP déclaratif médian des SSIAD évolue peu, mais cette tendance est confirmée sur l'ensemble des groupes homogènes, mis à part celui des services de 121 places et plus. Cette situation est donc légèrement différente de celle que nous observons en Bretagne. Notre attention est appelée par le fait que certains SSIAD présentent des GMP très inférieurs à la médiane bretonne : 22 SSIAD déclarent un GMP inférieur à 600 et 34 un GMP compris entre 601 et 650.

Les données de GMP peuvent être rapprochées du nombre de postes d'aides-soignantes (AS), et permettre de définir un ratio AS rapporté à la capacité du service.

Au niveau de la région Bretagne, le ratio d'encadrement médian est de 0,19, avec des valeurs dispersées entre 0,10 et 0,28. Si ces valeurs peuvent paraître extrêmes, elles peuvent révéler une prise en charge hétérogène, certains GMP étant relativement bas, ou, a contrario, très élevés.

Toutefois, l'étude du coefficient de corrélation entre les données GMP et Ratio AS n'est pas probante. Il est de 0,15, et comme le graphique ci-dessous le montre, l'évolution du GMP n'a pas de lien direct avec les effectifs réels d'AS des services. Cela démontre la nécessité de réformer la tarification des SSIAD, pour une meilleure adéquation entre les besoins des personnes prises en charge et les financements.

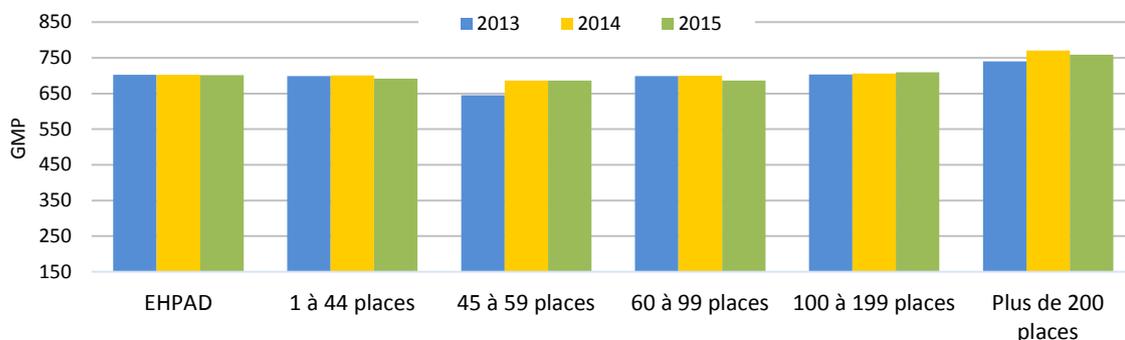


## La charge en soins en EHPAD

Le besoin en accompagnement et la charge en soins peuvent également être mesurés en EHPAD, et non seulement sur le GMP mais également sur le Pathos Moyen Pondéré (PMP). Les valeurs sollicitées auprès des EHPAD sont de deux ordres : derniers GMP et PMP validés puis connus.

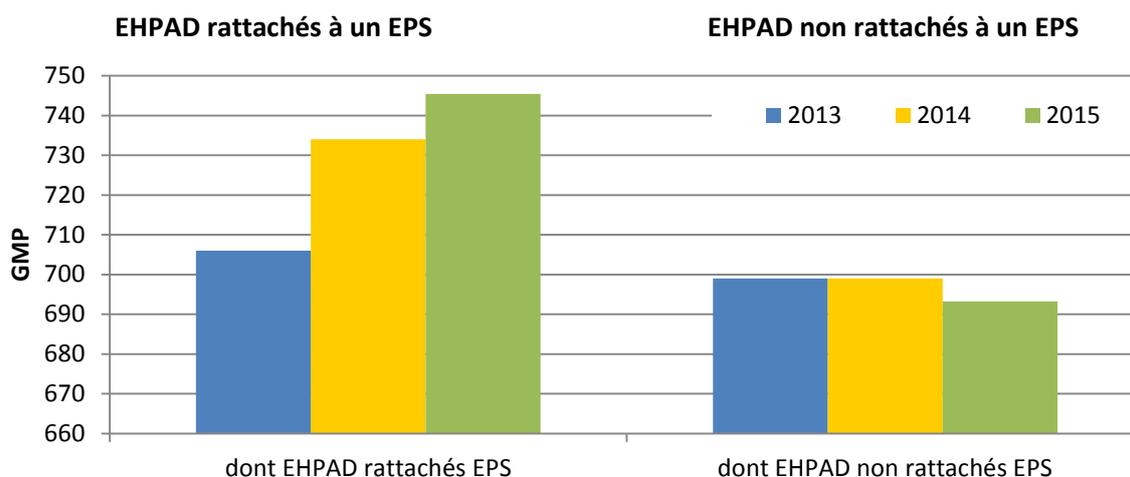
### Les GMP validés en EHPAD

#### Tous EHPAD confondus



Le GMP médian évolue peu. Toutefois, il est plus élevé dans les EHPAD de plus de 200 places, bien que régressant en 2015 sur ce dernier groupe homogène<sup>27</sup>.

Entre les campagnes 2014 et 2015, une modification a été réalisée dans la Base TDB ESMS. Les EPS sont désormais comparés entre eux, et non plus selon les groupes homogènes habituellement retenus. Seul un histogramme regroupant tous les groupes homogènes peut donc être généré.



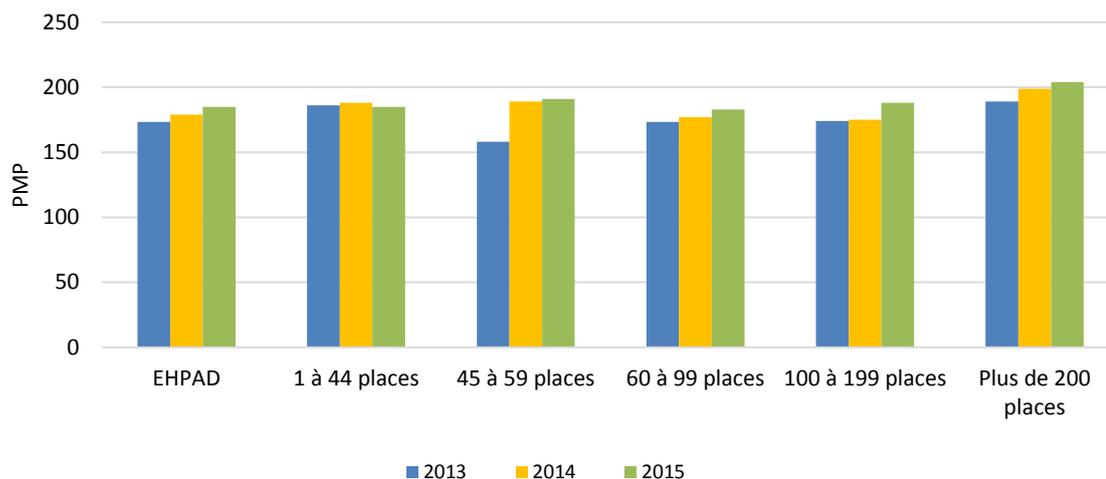
Au vu du graphique ci-contre qui confirme une stagnation voire une diminution du GMP médian dans les EHPAD non rattachés à un EPS, ce sont donc les EHPAD rattachés à un EPS qui induisent une stagnation du GMP médian breton.

L'étude de la relation entre le personnel AS, AMP et IDE et le GMPS peut permettre d'explorer certains aspects RH liés au niveau de dépendance et à la charge en soins des résidents. Cette analyse est proposée en page 75. D'une façon plus générale, ces données peuvent permettre aux EHPAD et à leurs OG de positionner leurs effectifs par rapport aux autres EHPAD, voire au sein du groupe homogène dans lequel ils se situent, tout en gardant à l'esprit que les contraintes propres à chacun – dont les contraintes architecturales, les conventions collectives... – peuvent avoir une forte incidence sur les valeurs décrites.

<sup>27</sup> Echantillon 2015 : 1 à 44 pl. : 30 EHPAD - 45 à 59 pl. : 36 EHPAD - 60 à 99 pl. : 169 EHPAD- 100 à 199 pl. : 74 EHPAD- Plus de 200 pl. : 28 EHPAD

## Les PMP validés en EHPAD

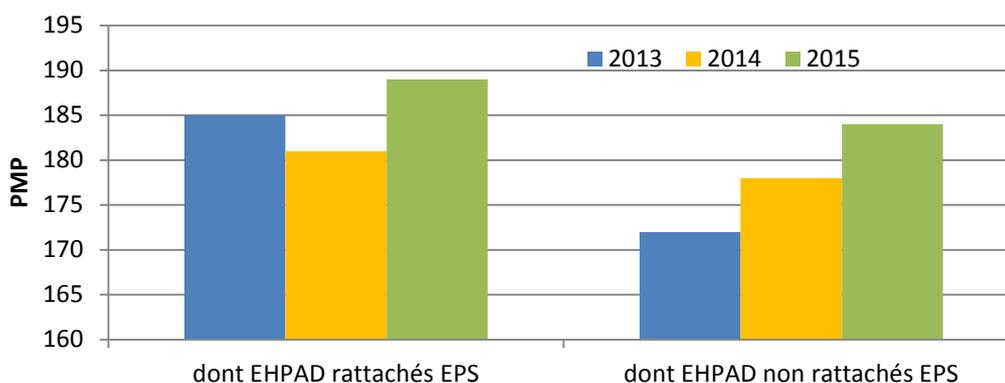
### Tous EHPAD confondus



Le PMP médian augmente graduellement, hormis dans les EHPAD de 1 à 44 places. Cela confirme les besoins croissants de soins en soins des résidents, sur la région Bretagne.

### EHPAD rattachés à un EPS

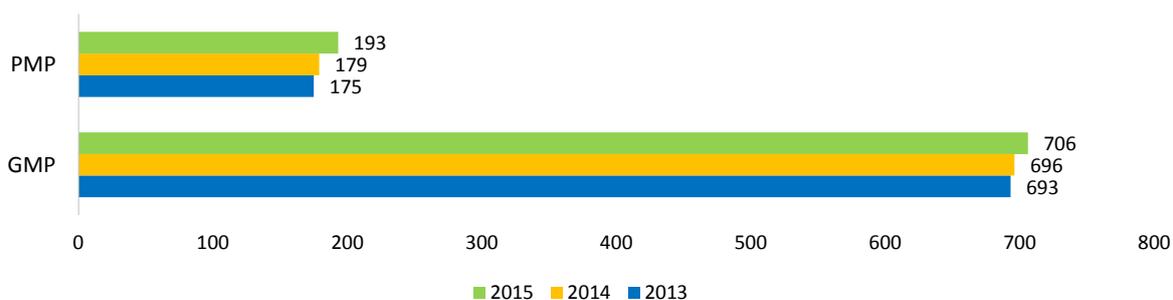
### EHPAD non rattachés à un EPS



A contrario, le PMP des EHPAD rattachés à un EPS évolue peu. L'évolution du PMP est donc particulièrement prégnante dans les EHPAD non rattachés à un EPS.

Globalement, on peut donc confirmer que le GMP médian augmente plutôt en EHPAD rattachés à un EPS, alors que pour le PMP, c'est dans les EHPAD non rattachés à un EPS que l'augmentation est constatée.

L'évolution des GMP et PMP, validés conjointement par les autorités de tarification, extraite de la base de tarification de l'ARS Bretagne (au 31/12/2015), permet de dégager, sur 3 ans, l'évolution suivante :



Le processus d'allocation des ressources aux EHPAD, pour leurs sections soins, s'appuie sur le GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS), qui agrège le GIR Moyen Pondéré (GMP) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP), selon l'équation arithmétique suivante :

- le GMP est le niveau moyen de dépendance des résidents accueillis au sein d'un EHPAD, et est déterminé à partir du référentiel national AGGIR (autonomie-gérontologie-groupe-iso-ressource) qui définit 6 groupes de niveau de dépendance et une cotation en points.
- le PMP permet de déterminer, pour un EHPAD, le niveau des soins médicaux et techniques requis par les résidents. Il est établi à partir de l'analyse transversale des besoins en soins requis, appelée « coupe PATHOS », qui donne lieu à une cotation en points.

La corrélation des points produits par ces 2 référentiels est établie au travers de l'équation suivante :

$$GMPS = GMP + (PMP * 2.59)$$

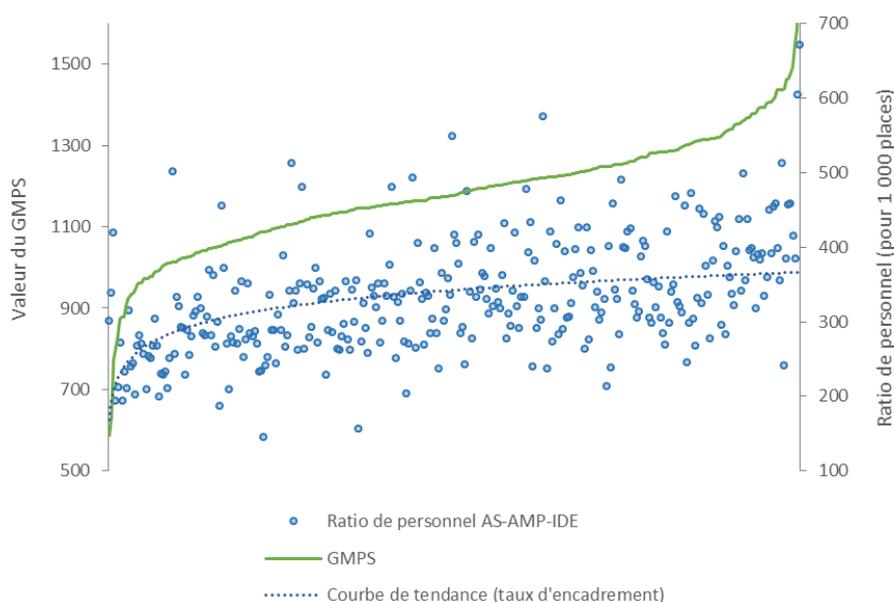
A ce jour, les EHPAD sont tarifés en référence à cette équation tarifaire, qui constitue une valeur de référence appelée dotation plafond, non opposable au financeur. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, la réforme tarifaire induit un changement du mode de tarification sur la section soins. Il n'y aura plus d'enveloppe de médicalisation directement gérée au niveau régional. Le forfait soins de l'EHPAD (places HP) sera le plafond calculé à partir de l'équation tarifaire GMPS avec une montée en charge sur 7 ans. Les EHPAD bénéficieront donc d'une réduction d'une partie de l'écart tous les ans : 1/7<sup>ème</sup>, 1/6<sup>ème</sup>, etc. jusqu'en 2023 (à la hausse comme à la baisse s'ils sont en convergence). Des financements complémentaires sont également prévus pour les modalités d'accueil particulières (AJ, HT, PASA, UHR), ainsi que sur des thématiques particulières (structuration, actions de coordination, prévention....)

Le ratio de personnel de type aides-soignants (AS), aides-médico-psychologiques (AMP) et infirmiers diplômés d'état (IDE) peut être défini ainsi :

$$(nombre\ d'ETP\ AS-AMP-IDE/capacit\ e\ en\ h\ e\bergement\ permanent)*1000$$

Les valeurs décrites ci-dessous ont été extraites des données saisies par 314 EHPAD en région Bretagne. Le GMPS a été calculé sur la base des derniers PMP et GMP validés et connus, afin de coller au mieux à la charge 2015.

#### Corrélation entre le ratio de personnel AS, AMP et IDE et la valeur du GMPS en EHPAD

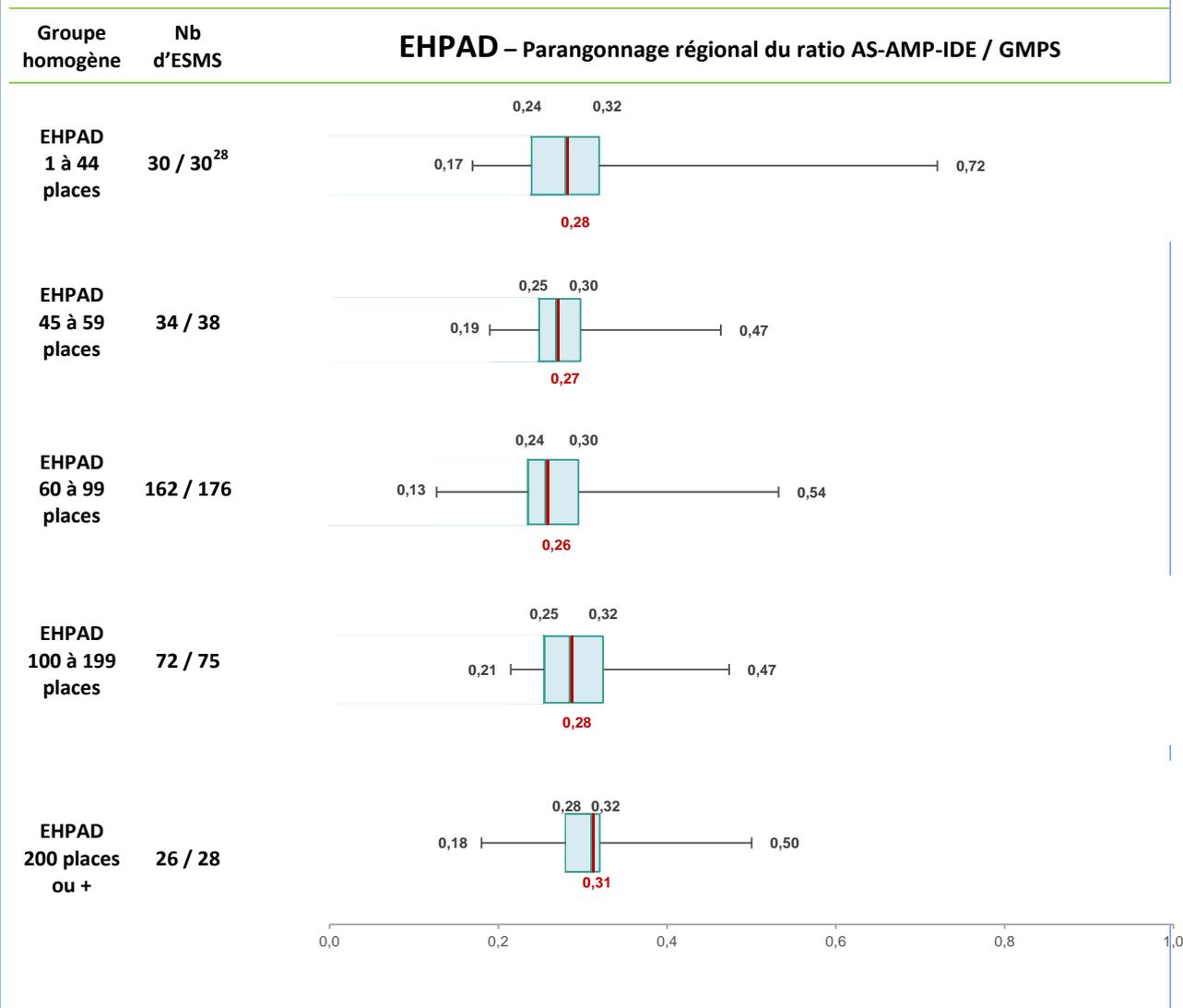
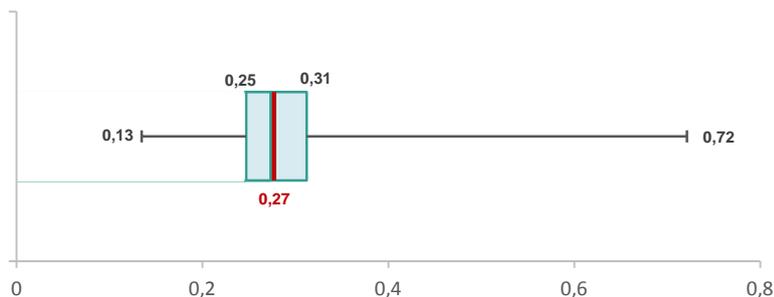


Si le taux d'encadrement concorde globalement avec la valeur du GMPS, la corrélation entre ces deux indicateurs n'est pourtant pas statistiquement démontrée (coefficient de corrélation à 0,5). Certaines valeurs paraissent d'ailleurs atypiques, avec un GMPS bas et un ratio élevé, ou inversement.

Le « ratio AS-AMP-IDE / GMPS » permet de définir le rapport entre d'une part le personnel aides-soignants, aides-médico-psychologiques et infirmiers diplômés d'état et d'autre part la charge de la dépendance et les besoins en soins des résidents d'EHPAD. Cet indicateur se calcule ainsi :

$$\text{Ratio de personnel AS-AMP-IDE / GMPS}$$

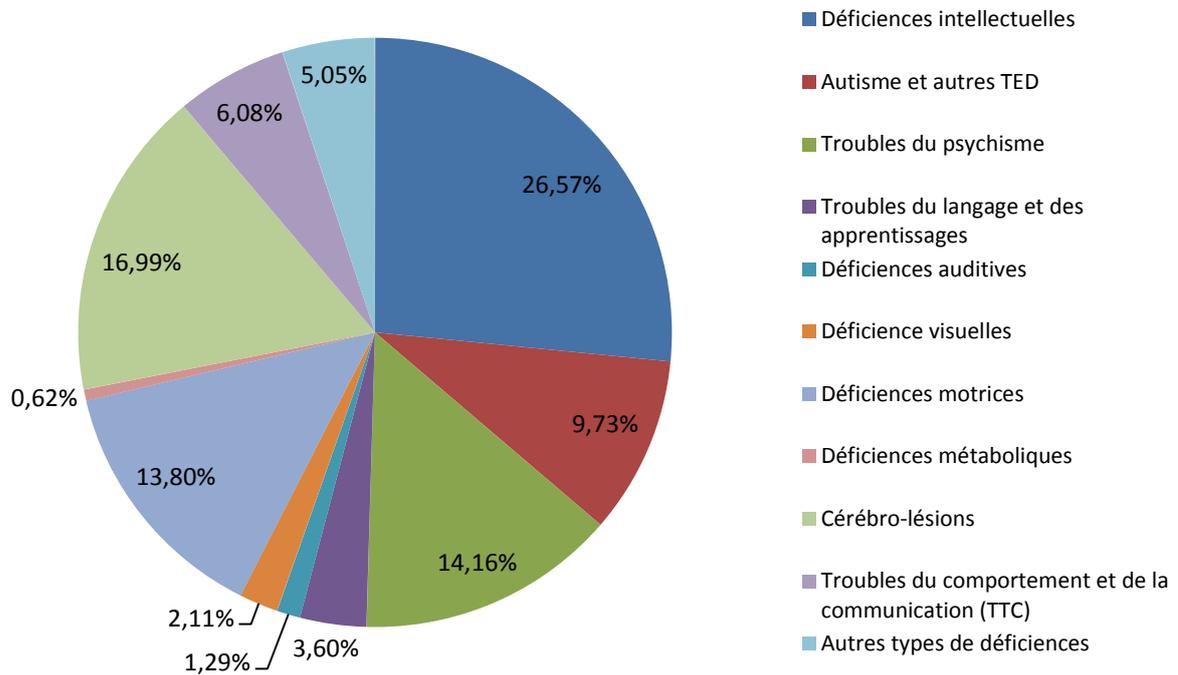
La transcription de ce ratio AS-AMP-IDE / GMPS en boîte à moustache, permet d'obtenir le graphique suivant pour les EHPAD de la région Bretagne :



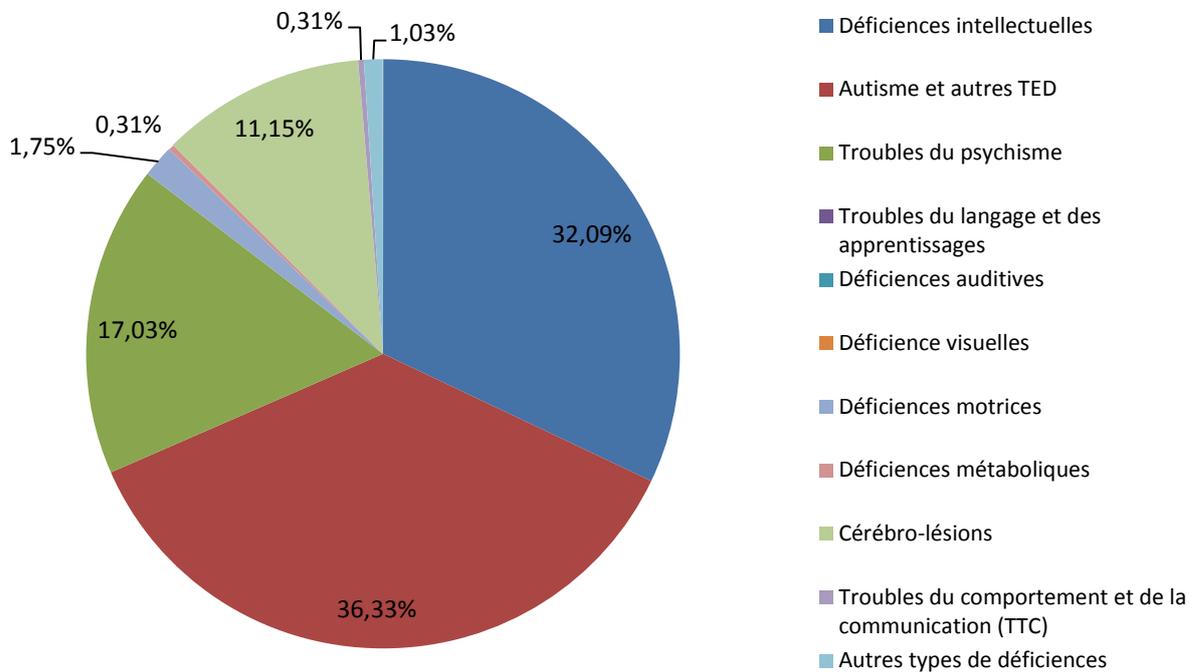
<sup>28</sup> La seconde valeur correspond aux EHPAD ayant complété le questionnaire au titre de la campagne 2016 (auxquels il faut ajouter 7 EHPAD qui n'ont pas renseigné de groupe homogène).

Les déficiences principales des personnes handicapées en établissements et services (%)

FAM – 2015 – 72 / 75



MAS – 2015 – 24 / 27



Ces deux graphiques montrent que les FAM et les MAS accueillent des personnes ayant plutôt une déficience intellectuelle, de l'autisme et autres TED, des troubles du psychisme, des déficiences motrices, des cérébro-lésions.

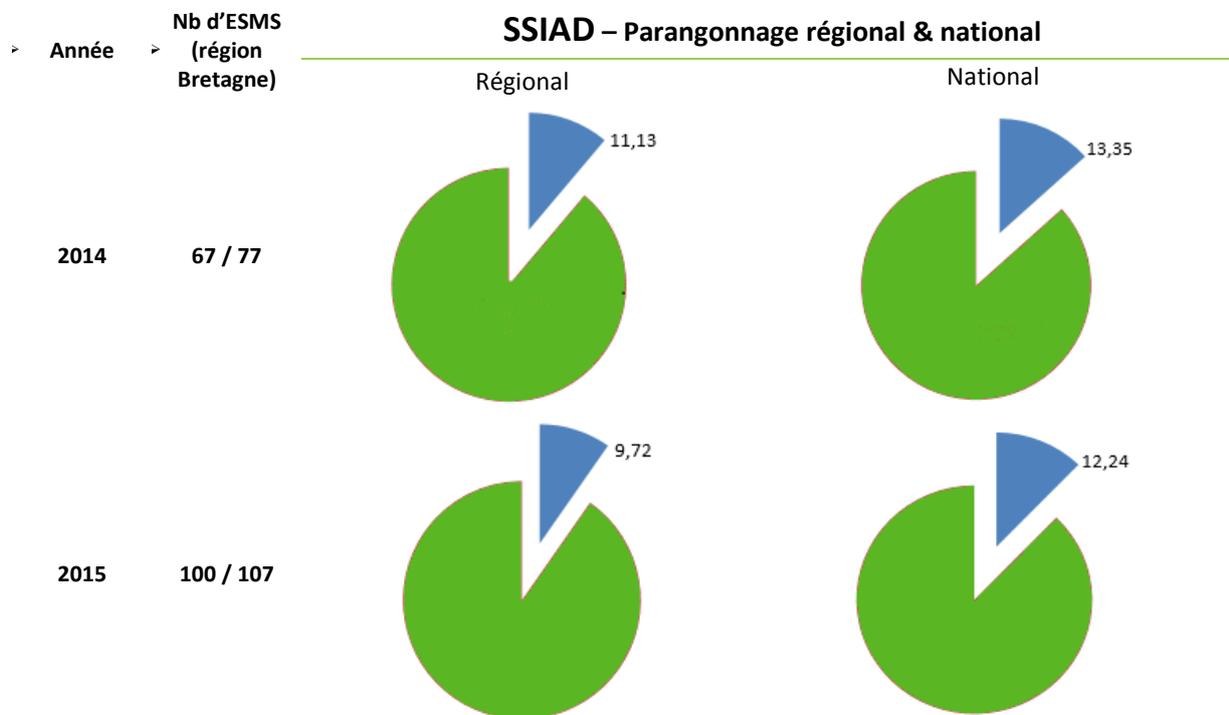
A nouveau s'agissant des SSIAD et SPASAD, une autre valeur à observer est celle liée au recours aux prestations externes. A ce titre, la question-clé n°6 peut être étudiée.

## Question-clé n°6

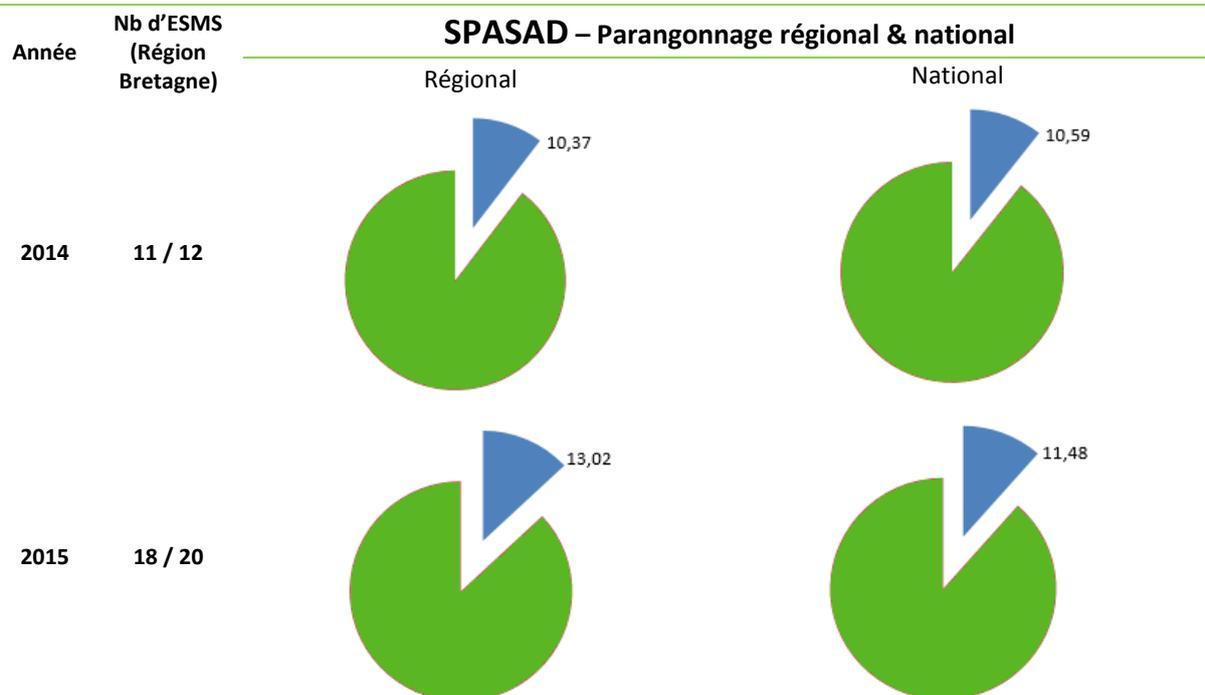
Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS ?

Indicateurs de dialogue préconisés par l'ANAP :

- IRe1.1 : Taux d'ETP vacants au 31/12
- IRe1.2 : Taux de prestations externes (M22)



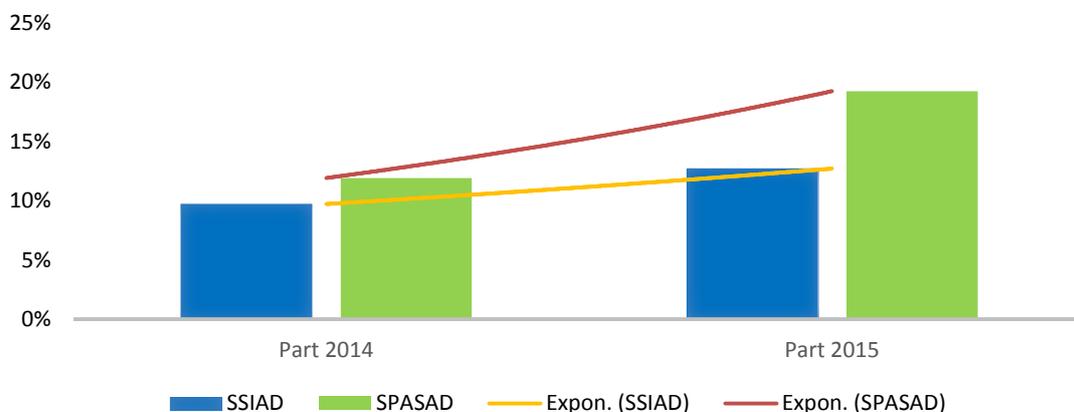
On observe, pour les SSIAD, une diminution de la part des charges externes dans les charges de groupe 2 (personnel), que ce soit un niveau régional (- 13 points) qu'au niveau national (- 9 points).



Cette tendance n'est pas confirmée pour les SPASAD, pour lesquels le recours à des prestataires externes augmente de 25 points entre 2014 et 2015 au niveau régional, et de plus de 8 points au niveau national.

Toutefois, il s'agit bien là de médianes, et non pas de la part réelle des prestations externes rapportée aux charges de groupes 2. En effet, si l'on recherche plutôt cette donnée, la lecture n'est plus la même.

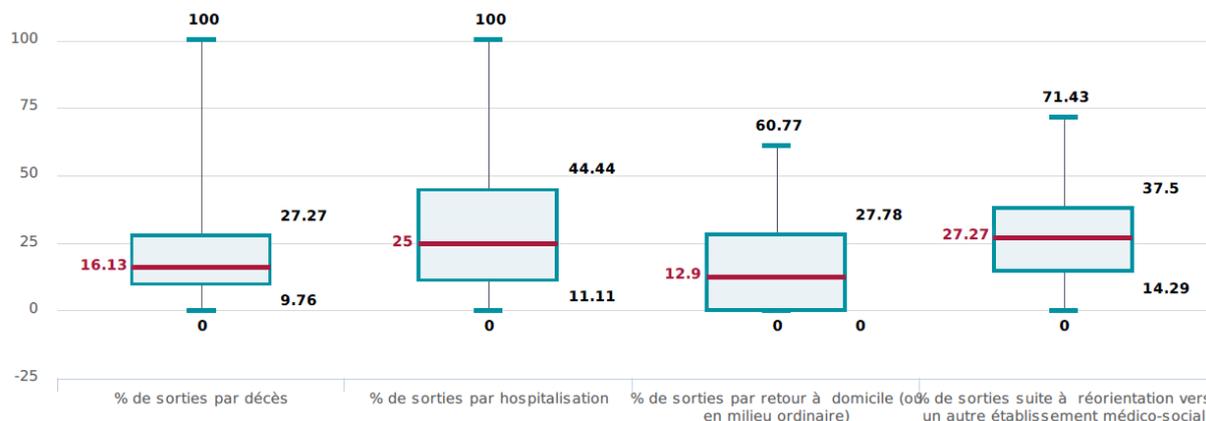
### Groupe 2 Evolution de la part des prestations externes 2014-2015



Le taux d'ETP vacants, quant à lui, est de l'ordre de 0,6 % en SSIAD, et de plus de 2% en SPASAD. On ne peut pas, en ces termes, parler de corrélation entre ces valeurs, mais d'un recours devenu contextuel.

Si l'accompagnement en SSIAD permet de faciliter le maintien à domicile, il apparaît que dans la majorité des cas, la sortie du service a pour corollaire une autre prise en charge.

### Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement au cours de l'année, par motif ou destination



En effet, l'accompagnement par un SSIAD se poursuit dans plus de la moitié des cas par une prise en charge en établissement médico-social (EHPAD) ou sanitaire.

## 4.2 Etablissements d'hébergement

- Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) s'adressent aux personnes âgées qui sont en perte d'autonomie et dont le maintien à domicile devient difficile. Ces structures peuvent comporter des unités spécialisées pour accompagner les personnes souffrant de troubles lourds et de la maladie d'Alzheimer : les pôles d'activité et de soins adaptés et les unités d'hébergement renforcé.

Le TDB ESMS ne tient compte ni des EHPAD ni des résidences autonomie (anciennement logements-foyers). Les USLD et l'accueil familial ne sont pas non plus concernés par la démarche.

Les données saisies dans le cadre des EHPAD ne doivent pas tenir compte des données afférentes aux PASA. Seules les places d'hébergement permanent, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour sont prises en compte.

	Public	Tarifcation	Code FINESS	ESMS bretons	ESMS National
<b>EHPAD</b>	Plus de 60 ans	ARS (Ass. Maladie) - CD	500	491 <sup>29</sup>	7 369

En région Bretagne, les EHPAD sont répartis comme suit :

	Côtes-d'Armor			Finistère			Ille-et-Vilaine			Morbihan		
	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG	ESMS	Places	OG
<b>EHPAD</b>	119	7 395	81	127	10 685	91	137	9 869	106	108	9 772	83
dont EPS	19	2 686	9	18	2 515	10	17	1 919	13	11	1 165	10

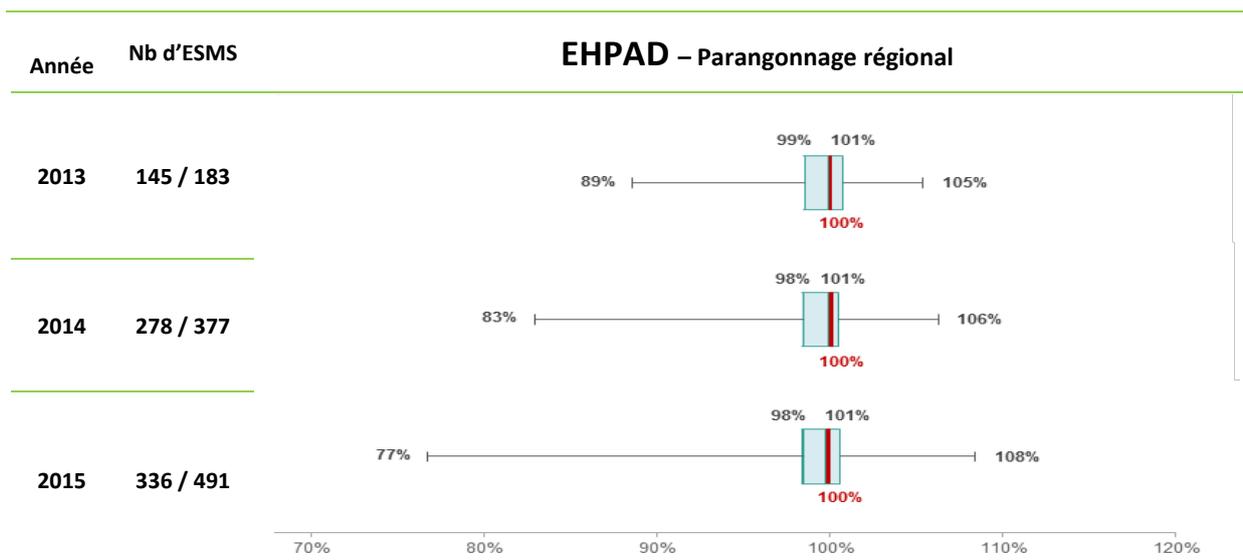
Dans le TDB ESMS, il est possible de restituer les données de façon agrégée pour les EHPAD, ou par groupe homogène (1 à 44 places, 45 à 59 places, 60 à 99 places, 100 à 199 places, plus de 200 places ou rattaché à un EPS).

### Indicateur de dialogue

Prestation de soins et d'accompagnement pour les personnes

#### IPr4.1.1 – Taux de réalisation de l'activité en %

Mode de calcul : nombre de journées réalisées / nombre de journées prévisionnelles budgétées



Le nombre de personnes âgées accueillies en EHPAD en 2015 a été de 46 563 en région Bretagne.

<sup>29</sup> Au titre de la campagne 2016, 59 EHPAD sont exonérés de complétude, et 80 EHPAD n'ont pas rempli leur enquête

## Question-clé n°11

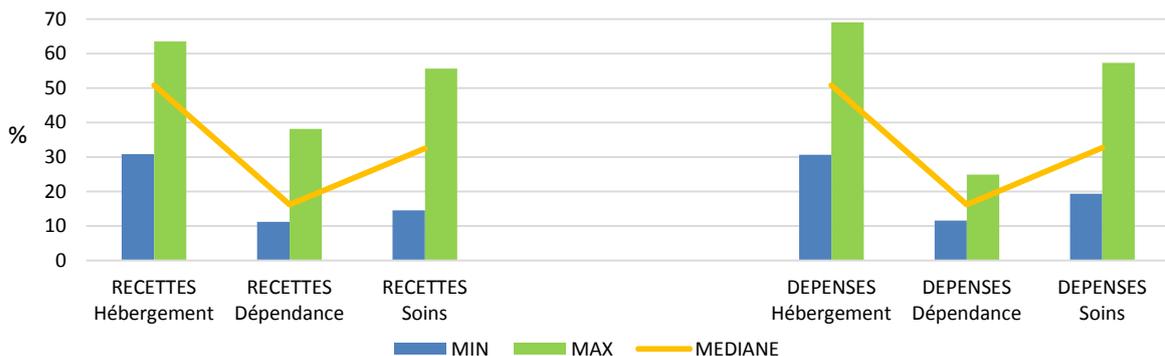
Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?

Indicateurs de dialogue préconisés par l'ANAP :

- IFi4.1 : Répartition des recettes par section tarifaire pour EHPAD (en %)
- 2Fi4.2 : Répartition des dépenses par section tarifaire pour EHPAD (en %)
- 2Fi4.3 : Taux d'utilisation de la dotation en soins (en %)
- 2Fi4.4 : Structure des dépenses financées par la dotation soins

Les moyennes et médianes étant juxtaposées sur ces indicateurs, seule la médiane est représentée.

### IFi4.1 & IFi4.2 – Répartition des recettes et dépenses par section tarifaire



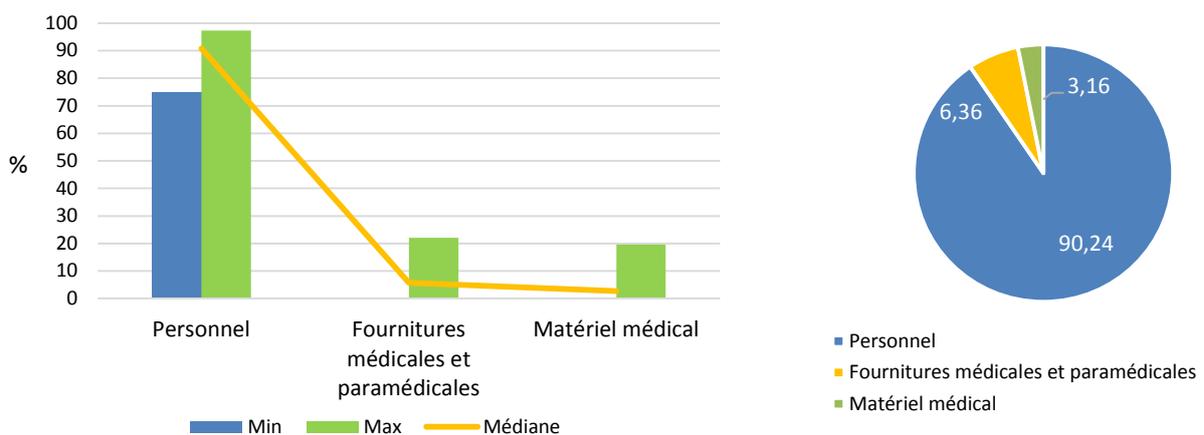
Il s'agit d'un échantillon de 321 EHPAD (données 2015) dont les valeurs aberrantes ont été exclues (absence de saisie des données hébergement, inversion de chiffres..).

La « section hébergement » représente 50 % des recettes comme des dépenses, la « section soins » un tiers, et « la section dépendance » le solde.

### 2Fi4.3 : Taux d'utilisation de la dotation soins

Les données relatives au taux d'utilisation de la dotation soin (sur un échantillon de 318 EHPAD) sont peu parlantes. Le taux oscille entre 56 % et 126,6 %, avec une médiane régionale à 100,2 % et une moyenne à 100,9 %. Par contre, l'indicateur suivant est plus révélateur.

### 2Fi4.4 : Structure des dépenses financées par la dotation soins



Sur un échantillon de 312 EHPAD, la médiane nous montre que les dépenses « cœur de métier » financées par la dotation soins portent à 91 % sur le personnel, 6 % sur les fournitures médicales et paramédicales et 3 % sur le matériel médical. Les disparités sont cependant très fortes pour une minorité d'EHPAD, certes, mais elles mériteraient d'être exploitées. La moyenne des dépenses, quant à elle, reste très proche des valeurs médianes.

Sur le champ des EHPAD non rattachés à un EPS, il est proposé de faire un focus plus particulier sur la répartition des recettes et dépenses par groupe.

## Question-clé n°10

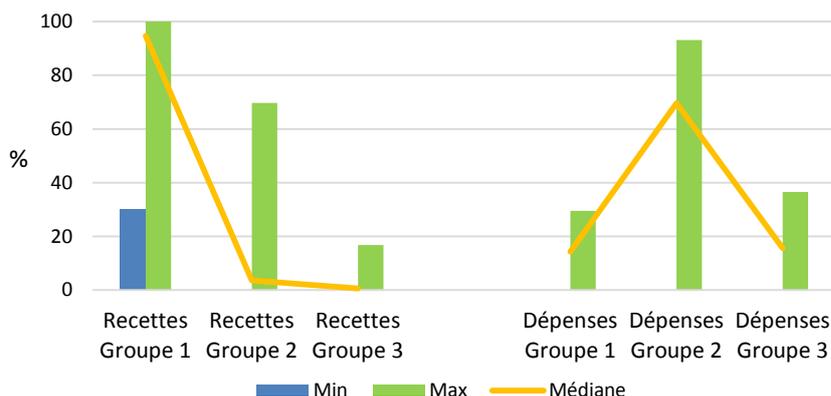
Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par groupe ?

Indicateurs de dialogue préconisés par l'ANAP :

- 2Fi3.1 : répartition des recettes par groupe
- 2Fi3.2 : Répartition des dépenses réalisées par groupe

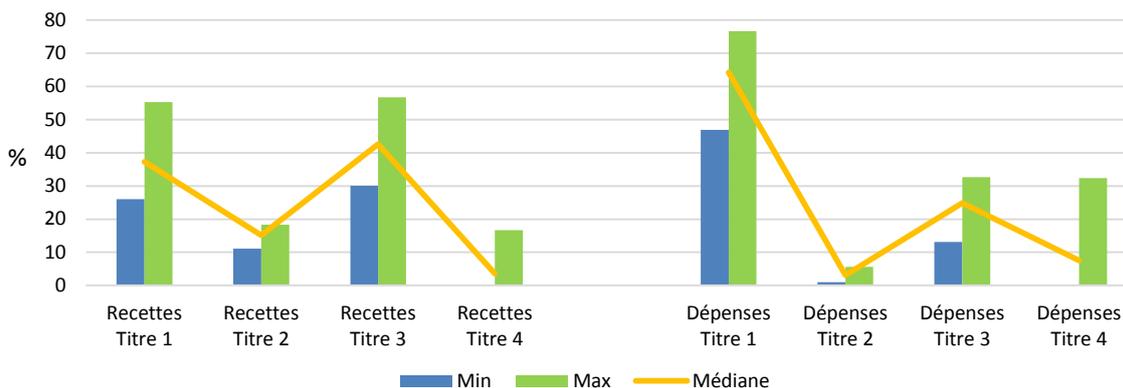
Les moyennes et médianes étant juxtaposées sur ces indicateurs, seule la médiane est représentée.

EHPAD en M22



On notera que s'agissant des remboursements de personnels, certaines valeurs de Groupe 2 (charges de personnel) sont particulièrement élevées. Les dépenses de groupe 2 (personnel) sont, quant à elles et sans surprise, les plus importantes.

EHPAD en M21



On notera, qu'il s'agisse de M22 ou de M21 (EHPAD hospitaliers), une homogénéité d'une part entre moyenne et médiane, et d'autre part dans la part des recettes ou dépenses. Le Titre 1 (personnel) est celui qui représente le plus de charges.

Les écarts observés (comme, ci-dessus, les valeurs maximales en Titre 1 de dépenses par exemple) peuvent s'expliquer par des investissements exceptionnels, des reprises de provisions ou encore, pour les recettes, des versements exceptionnels (crédits non reconductibles, vente immobilière).

L'analyse des charges par groupe d'un EHPAD – et d'un ESMS en général – est particulièrement importante, non seulement parce qu'elle peut impliquer des retraitements à des fins de suivi analytique, mais aussi et surtout car elle peut révéler un besoin en investissement ou encore une part élevée de charges de personnel pouvant être justement compensé par des investissements pouvant, par exemple, soulager le recours à des personnels, et limiter, pour ne citer que cet exemple, les Troubles musculo-squelettiques.

## 5– Enquêtes évaluation et S.I.

### 5.1 Evaluation interne et externe

Les évaluations internes et externes des Etablissements et Services Médico-sociaux (ESMS) ont été introduites par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESMS contribue à la mise en œuvre effective du droit de l'utilisateur à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins. L'évaluation doit également permettre d'apprécier la capacité de l'établissement ou du service concerné à réaliser les missions qui lui sont confiées et la qualité de ses activités au regard de son autorisation. C'est un procédé qui doit permettre à l'institution et à l'ensemble des membres de son équipe d'entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité.

Le tableau de bord vient compléter les démarches d'évaluations internes et externes. Il a pour spécificité de s'inscrire dans une logique de « pilotage et de performance » du secteur médico-social.

#### **Le tableau de bord performance et les évaluations, des outils complémentaires au service de la qualité**

Le tableau de bord performance des ESMS contribue aux enjeux actuels du secteur, notamment sur l'ancrage de la démarche qualité dans les ESMS (évaluation interne, évaluation externe, processus d'amélioration globale et continue...). La notion de « performance » du tableau de bord combine des objectifs de qualité des organisations et du service rendu aux personnes mais aussi d'efficacité dans le pilotage et le management des structures aussi diverses soient-elles. Il reprend ainsi les différents domaines cités dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'utilisation d'un tableau de bord de pilotage, dans ce cadre et cette dynamique, est un outil, un levier complémentaire d'évolution d'une structure. Il interroge et anime le management de l'établissement, notamment sur l'utilisation de ses ressources, qu'elles soient humaines, matérielles ou financières, pour répondre aux besoins. L'appropriation d'outils de pilotage intègre ainsi le suivi de la qualité de la prestation et la met en lien avec les ressources pour évoluer vers un système plus efficient.

#### **La qualité et les évaluations, deux concepts clés en lien avec le tableau de bord performance des ESMS**

La description des prestations offertes et des ressources mobilisées est devenue incontournable du fait des réformes et changements profonds que connaissent les ESMS en matière d'autorisation, de contractualisation ou encore d'évaluation.

Le partage d'un tableau de bord retraçant les informations de pilotage des ESMS est un des vecteurs possibles de cette dynamique d'amélioration, pouvant également s'inscrire dans les évolutions en cours sur les modalités de contractualisation, le financement du secteur (EPRD, CPOM, appels à projets, etc.) ainsi que les démarches d'amélioration de la qualité. Ce dernier point est suivi dans le tableau de bord au travers l'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et externe.

L'annualité du tableau de bord de la performance permettra ainsi à l'ARS d'avoir un suivi de la dynamique de chaque établissement sur la démarche d'amélioration de la qualité et viendra compléter l'information issue des rapports d'évaluations internes et externes dont la périodicité est plus espacée.

#### **Le tableau de bord de la performance et les évaluations, deux outils pour renforcer le dialogue avec les établissements**

Outil de dialogue entre l'ESMS et les autorités de tutelle, le tableau de bord performance permet de disposer d'indicateurs calculés sur la base de règles de calcul uniformisées sur l'ensemble des dimensions de l'activité des ESMS. Parmi ces indicateurs ceux relatifs au suivi des démarches d'évaluations interne et externe, permettent d'avoir une vue globale de la politique Qualité de l'ESMS et de son évolution.

## 5.2 Les S.I. dans les ESMS

Un Système d'Information (SI) est un ensemble organisé de ressources (matériels, logiciels, personnel, données et procédures) qui permet de collecter, regrouper, classifier, traiter et diffuser de l'information dans des organisations<sup>30</sup>.

Le vieillissement de la population, les polyopathologies, les besoins d'accompagnement au long cours sont de nature à envisager l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap dans une logique de parcours. Plusieurs professionnels sont susceptibles d'intervenir auprès de la personne accompagnée. Le partage de l'information apparaît ainsi déterminant pour fluidifier et optimiser le parcours de la personne accompagnée et les systèmes d'information doivent y contribuer. Le développement du système d'information constitue par voie de conséquence un enjeu majeur pour les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.

Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social est un outil permettant aux ESMS de mesurer le niveau de maturité de leur SI sur :

- la gouvernance en matière de SI dans l'établissement ou service médico-social
- la couverture d'informatisation des fonctions de soins et d'accompagnement ainsi que des fonctions supports
- les moyens (financiers, ressources humaines) mobilisés sur le SI

Les données présentées sont issues de la campagne 2016 portant sur les données 2015 et concernent 856 ESMS bretons répartis au niveau départemental comme suit :

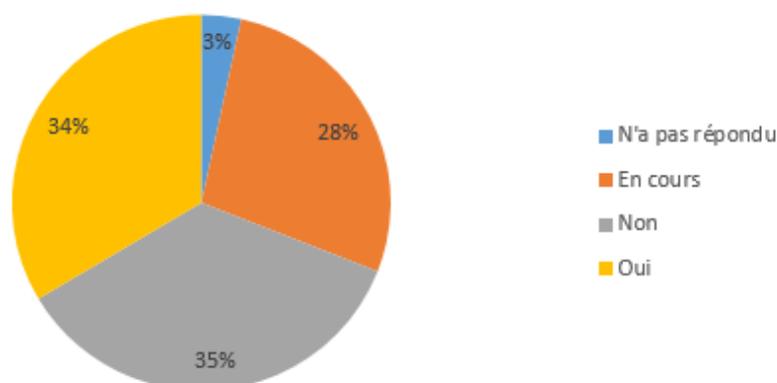
- Côtes-d'Armor : 185
- Finistère : 245
- Ille-et-Vilaine : 239
- Morbihan : 187

Les restitutions des données SI renseignées par les ESMS sont systématiquement présentées sur le plan régional et peuvent être accompagnées, lorsque cela s'avère pertinent :

- d'une analyse par Département.
- d'une évolution entre les données 2013 et 2015

### **La gouvernance en matière de SI dans l'établissement ou service médico-social**

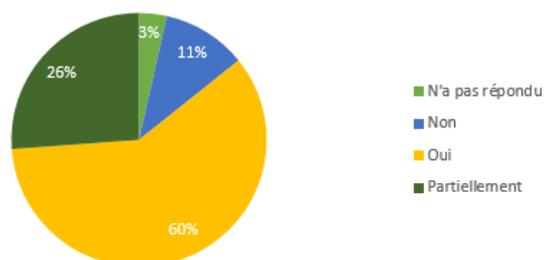
Un schéma directeur des systèmes d'information a été défini et formalisé



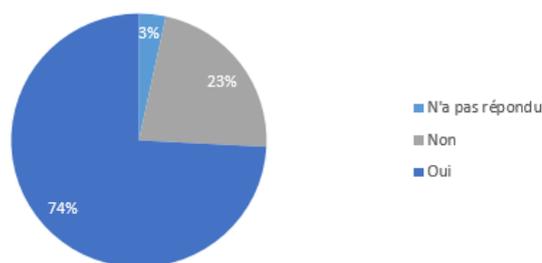
En matière de gouvernance du SI, 34 % des ESMS bretons ont d'ores et déjà défini un schéma directeur des systèmes d'information. Ils étaient 28 % en 2013, soit une augmentation de 6 points.

<sup>30</sup> DECOURCY R, *Les Systèmes d'information en réadaptation*, Québec, Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, 1992, n°5 vol 1-2 p.7-10

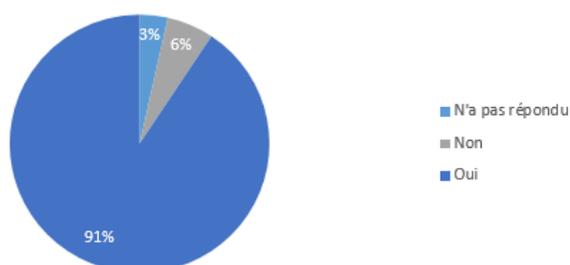
Avez-vous défini une politique en matière de confidentialité des données ?



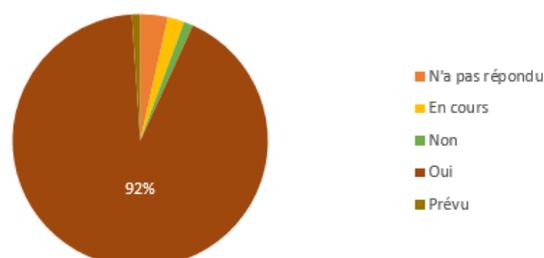
Une procédure formalisée sur la sauvegarde des données a été définie



Tous les personnels qui ont besoin d'accéder au système d'information disposent d'un code d'accès et d'un mot de passe



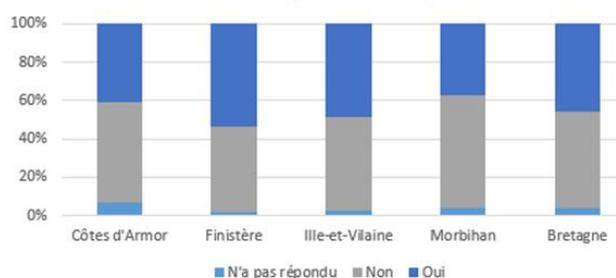
L'ESMS a mis en place une politique de sécurité pour éviter les intrusions (pare-feu...)



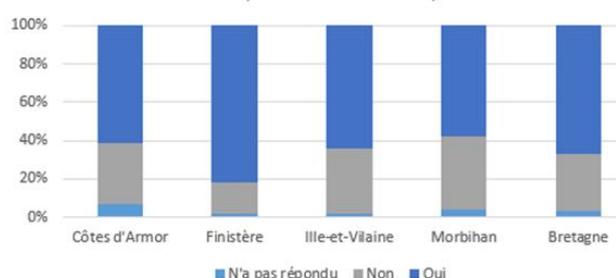
86 % des ESMS bretons ont défini une politique en matière de confidentialité des données, même si elle reste partielle pour certains établissements et services. 3 ESMS sur 4 ont défini une procédure formalisée sur la sauvegarde des données. 92 % des ESMS ont par ailleurs mis en place une politique de sécurité pour éviter les intrusions.

Dans 9 ESMS sur 10 en Bretagne, les personnels qui ont besoin d'accéder au système d'information disposent d'un code d'accès et d'un mot de passe.

Vous avez défini une politique d'accès à internet au sein de l'ESMS pour vos usagers (gestion des droits d'accès des usagers à internet)



Vous avez défini une politique d'accès à internet au sein de l'ESMS pour vos personnels (gestion des droits d'accès du personnel à internet)



Seuls 46 % des ESMS bretons ont défini une politique d'accès à internet au sein de leur ESMS pour les usagers. Il existe des disparités départementales puisque la définition d'une politique d'accès à internet concerne 54 % des ESMS dans le Finistère contre 37 % dans le Morbihan.

Ils sont plus nombreux (2 ESMS sur 3 au plan régional) à avoir défini une politique d'accès à internet pour les personnels avec les mêmes disparités départementales constatées que l'accès à internet pour les usagers (92 % dans le Finistère contre 58 % dans le Morbihan).

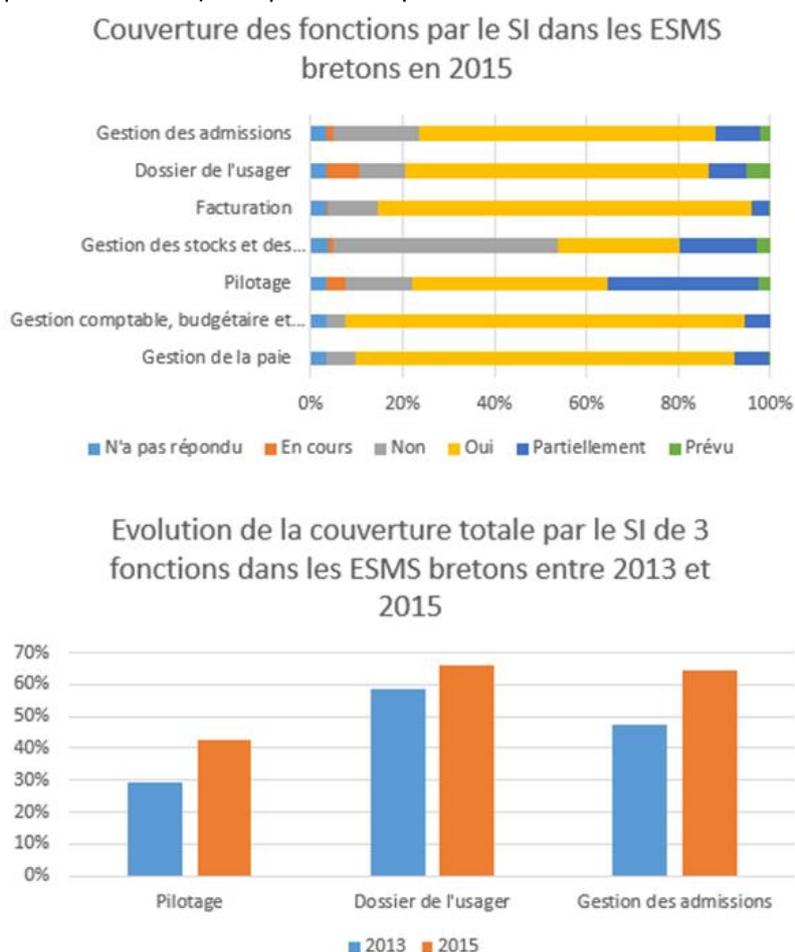
## La couverture d'informatisation des fonctions de soins et d'accompagnement ainsi que des fonctions supports

Les outils dont les ESMS sont susceptibles de se doter doivent permettre de centraliser de manière efficace les informations et proposer les réponses les plus adaptées aux besoins des personnes accompagnées, grâce à une connaissance renforcée de l'accompagnement et des soins dont elles font l'objet.

La gestion des fonctions supports constitue l'un des piliers du management du secteur médico-social qui impacte :

- la qualité du service rendu aux personnes accompagnées
- la satisfaction des usagers
- la sérénité des personnels des établissements et services médico-sociaux
- l'efficacité globale des ESMS

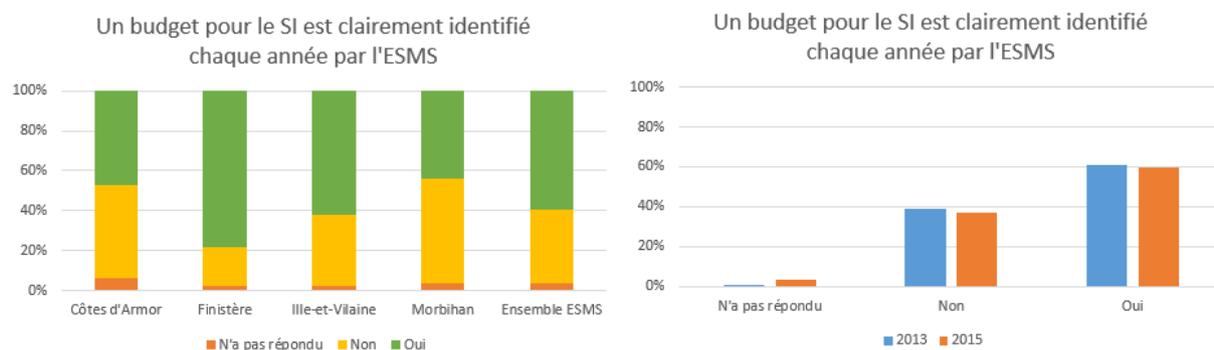
Afin d'être en mesure de piloter l'activité de l'ESMS, le directeur de l'ESMS (ainsi que l'organisme gestionnaire lorsqu'il en existe un) doit pouvoir disposer de données fiables et cohérentes.



En 2015, la couverture par le SI dans les établissements et services médico-sociaux est plus importante pour les fonctions supports (gestion de la paie, gestion comptable, budgétaire et financière) que pour les fonctions de soins et d'accompagnement (dossier de l'usager).

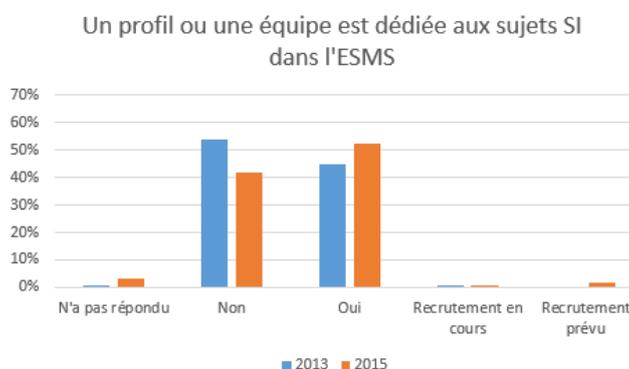
La couverture totale des fonctions de soins et d'accompagnement par le SI enregistre cependant une évolution à la hausse entre 2013 et 2015.

## Les moyens (financiers, ressources humaines) mobilisés sur le SI

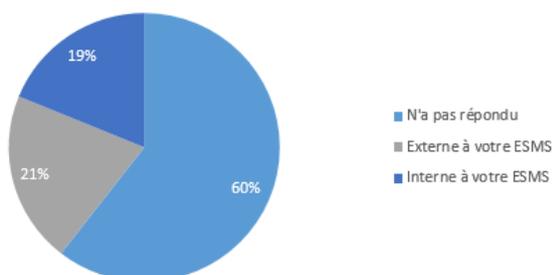


En 2015, 6 ESMS bretons sur 10 identifient clairement un budget pour le SI chaque année. Il existe des disparités départementales puisque la mobilisation d'un budget dédié au SI concerne près de 80 % des ESMS du Finistère et 44 % des établissements et services du Morbihan.

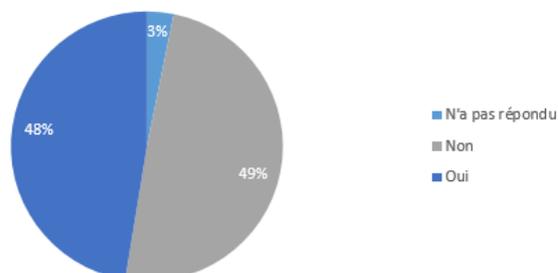
La part d'ESMS identifiant clairement un budget chaque année pour le SI est stable entre 2013 et 2015 (61 % en 2013 contre 60 % en 2015).



Profil de d'équipe dédiée aux SI en 2015



Equipe gérant les sujets SI en plus de ses activités quotidiennes en 2015



En 2015, un peu plus d'un ESMS sur deux dispose d'un profil ou d'une équipe dédiée sur les sujets SI, lesquels peuvent être externes ou internes à l'ESMS. Lorsque que le profil ou l'équipe est interne à l'ESMS, les sujets SI sont gérés en plus des activités quotidiennes dans un ESMS sur deux.

La part d'ESMS disposant d'un profil ou d'une équipe dédiée aux sujets SI est passée de 45 % en 2013 à 53 % en 2015.

## GLOSSAIRE

<b>AGGIR</b>	Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-ressource
<b>AJ</b>	Accueil de Jour
<b>AJA</b>	Accueil de Jour Autonome
<b>AMP</b>	Aide Médico-Psychologique
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide-soignant(e)
<b>ASP</b>	Agence de Service et de Paiement
<b>ASV</b>	Loi d'Accompagnement de la Société au Vieillessement
<b>ATIH</b>	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
<b>BFR</b>	Besoin en Fonds de Roulement
<b>CA</b>	Compte Administratif
<b>CAF</b>	Capacité d'AutoFinancement
<b>CAMSP</b>	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CASF</b>	Centre d'Accueil Spécialisé Familial
<b>CD</b>	Conseil Départemental
<b>CE</b>	Conseil d'Etat
<b>CMPP</b>	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
<b>CNR</b>	Crédit Non Reconductible
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
<b>CPO</b>	Centre de Pré-Orientation
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CRP</b>	Centre de Rééducation Professionnelle
<b>DGCS</b>	Direction Générale de la Cohésion Sociale
<b>DITEP</b>	Dispositif ITEP
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>EEAP</b>	Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
<b>EHPA</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EPS</b>	Etablissement Public de Santé
<b>ESAT</b>	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
<b>ESMS</b>	Etablissement et Service Médico-Social
<b>FA</b>	File Active
<b>FAM</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>FIR</b>	Fonds d'Intervention régional
<b>FV</b>	Foyer de Vie
<b>FH / FHAH</b>	Foyer d'Hébergement pour Adultes Handicapés
<b>FINESS</b>	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
<b>GEM</b>	Groupe d'Entraide Mutuelle
<b>GMP</b>	Gir Moyen Pondéré
<b>GMPS</b>	Gir Moyen Pondéré Soins
<b>GPEC</b>	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
<b>GVT</b>	Glissement Vieillesse Technicité
<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile
<b>HAPI</b>	Harmonisation et Partage d'Information
<b>HT</b>	Hébergement Temporaire
<b>IDA</b>	Institut pour Déficients Auditifs
<b>IDE</b>	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
<b>IDV</b>	Institut pour Déficients Visuels
<b>IEM</b>	Etablissement pour déficient moteur

<b>IME</b>	Institut Médico-Educatif
<b>IMP / IMPRO</b>	Institut Médico-Professionnel
<b>ITEP</b>	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
<b>MAIA</b>	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisée
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>MS</b>	Médico-Social
<b>ND</b>	Non Disponible
<b>OG</b>	Organisme Gestionnaire
<b>PA</b>	Personne Âgée
<b>PAERPA</b>	Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
<b>PAI</b>	Plan d'Aide à l'Investissement
<b>PASA</b>	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
<b>PH</b>	Personne Handicapée
<b>PHV</b>	Personne Handicapée Vieillissante
<b>PLFSS</b>	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
<b>PMP</b>	Pathos Moyen Pondéré
<b>PPI</b>	Plan Pluriannuel d'Investissement
<b>PUV</b>	Petite Unité de Vie
<b>RAPT</b>	Réponse Accompagnée Pour Tous
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>SAAAIS</b>	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
<b>SAFEP</b>	Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
<b>SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
<b>SAVS</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
<b>SERAFIN-PH</b>	Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées
<b>SESSAD</b>	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
<b>SI</b>	Système d'Information
<b>SSAD</b>	Service de Soins et d'Aide à Domicile
<b>SSEFIS</b>	Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile
<b>SPASAD</b>	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
<b>TDB ESMS</b>	Tableau De Bord de la performance dans le secteur médico-social
<b>UHR</b>	Unité d'Hébergement Renforcé

---

**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE**  
6 place des Colombes // CS 14253  
35042 RENNES CEDEX  
02 90 08 80 00

---

Directeur de publication : Olivier de Cadeville  
Rédactrice : Michèle Bodénès

Contributeurs : Nadia Brechet-Mesnil, Nelly Cadio-Leroux, Véronique Clorennec, Gwenaëlle Corbe, Sophie Debonnaire, Anne Delucq, Jean-Pierre Desaneaux, Lucie Desrues-Le Penven, Samantha Dodard, Carole Desvilles, Anne-Françoise Dolais-Legentil, Brigitte Eboundit, Brigitte Evennou, Sophie Ferrand, Claude-Anne Groscolas, Mathilde Henry, Philippe Jagu, Halem Kacimi-Adam, Cédric Labbay, Lauriane Lagahuzère, Sophie Le Bris, Armelle Le Du, Guillaume Le Duff, Emmanuel Lefebvre, Oriane Leporcher, Alexandra Lullien, Laëtitia Macé, Marianne Mahé, Vincent Morel, Nicolas Pelé, Isabelle Romon, Marie-Haude Salaun, Anne Simon.

Conception graphique : ARS Bretagne - décembre 2016

Contact : [ars-bretagne-tdb-esms@ars.sante.fr](mailto:ars-bretagne-tdb-esms@ars.sante.fr)

[www.facebook.com/arsbretagne](http://www.facebook.com/arsbretagne)

