



ENEIS

by **KPMG**

RAPPORT FINAL :

ÉTUDE QUALITATIVE ET PROSPECTIVE DE
L'OFFRE RÉGIONALE EN SERVICES DE SOINS
INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD)

SOMMAIRE DU RAPPORT

	AVANT-PROPOS	Page 5
	MÉTHODOLOGIE	Page 7
	COMPOSITION ET OBJECTIFS DU COMITÉ TECHNIQUE	Page 9
	CALENDRIER DE LA DÉMARCHE	Page 10
	SOURCES DES DONNÉES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE	Page 11
	SYNTHÈSE GLOBALE DE L'ÉTUDE	Page 18
I	PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DES SSIAD DE LA REGION	Page 19
	Éléments descriptifs de l'offre de SSIAD/SPASAD en région Bretagne	Page 21
	Focus sur les caractéristiques des SSIAD répondants	Page 26
	Données sociales et sanitaires régionales	Page 28
II	EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE	Page 30
	1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées	Page 32
	1.1. Caractéristiques des patients accompagnés	Page 33
	1.2. Caractéristiques des prises en charge	Page 50
	1.3. Analyse du coût de la médicalisation	Page 64



SOMMAIRE DU RAPPORT

2. Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service	Page 71
2.1. Politique d'admission	Page 72
2.2. Politique de refus d'admission	Page 76
2.3. Politique de gestion des attentes	Page 83
3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel	Page 87
3.1. Performance de l'organisation	Page 88
3.2. Performance de la GRH	Page 100
3.3. Qualité de vie au travail	Page 120
3.4. Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)	Page 129
3.5. Evaluation des besoins de l'utilisateur	Page 137
III COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX	Page 144
1. Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner	Page 146
2. Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service	Page 176
3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)	Page 179
3.1. Les partenaires du parcours	Page 180
3.2. Les partenaires IDEL CSI	Page 193

SOMMAIRE DU RAPPORT

	4. Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile	Page 210
	5. Projets de rapprochement	Page 220
	6. Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires	Page 226
IV	QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT	Page 229
	1. Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins	Page 231
	2. Prévention et gestion des risques	Page 241
	3. Formalisation des protocoles	Page 243
	4. Aide aux aidants	Page 245
V	CAHIER DES ANNEXES	Page 248

AVANT-PROPOS

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) constituent un des maillons essentiels du maintien à domicile, participant de la politique du libre choix du lieu de vie, et jouent un rôle de coordination de premier plan auprès des différents professionnels de santé à des moments clés de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (PA/PH) dans leur parcours de vie et de santé.

Dans un **contexte régional et national de vieillissement de la population** exigeant une adaptation constante de l'environnement professionnel et **de recherche de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap**, la place et le rôle des SSIAD/SPASAD doit être réaffirmés et/ou ajustés. Ceci passe par **l'ancrage des services dans leur territoire, dans la chaîne de soin et d'accompagnement et dans la construction de réponses** au plus près des besoins des personnes à prendre en charge.

Cette offre connaît aujourd'hui **d'importantes difficultés de fonctionnement**, mettant à mal le cadre d'exercice de ses missions et sources **d'inégalités territoriales**. Ces difficultés sont de plusieurs ordres : liées à la patientèle, liées à l'organisation de l'offre de soins, liées au mode de financement des services, liées à leur organisation ou encore à leur secteur d'intervention.

Le maintien à domicile ou en milieu de vie ordinaire des personnes en perte d'autonomie est une priorité du projet régional de santé (PRS) 2018-2022.

Au titre de ses priorités d'action, l'ARS Bretagne a souhaité lancer une étude régionale sur les services de soins infirmiers à domicile, avec pour objectifs :

1. de réaliser **un état des lieux et un diagnostic** de l'offre SSIAD (PA-PH) ;
2. de dégager **des pistes d'amélioration** dans le but d'aider à l'adaptation de la politique régionale relative à l'offre SSIAD

Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile rattachées aux SSIAD/SPASAD ont été exclues du champ, traitées dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives (PMND).

L'actualité de la généralisation des CPOM aux SSIAD/SPASAD, la relance de la démarche de réforme de la tarification des services au niveau national sous l'égide de l'ATIH, l'expérimentation de modalités d'accompagnement mieux coordonnées à domicile à travers la constitution de services polyvalents d'aide et de soins à domicile et la priorité donnée au virage ambulatoire rendent aujourd'hui nécessaires la conduite de cette étude.

AVANT-PROPOS

- Le cabinet ENEIS by KPMG a été choisi pour accompagner l'ARS dans la conduite de cette étude, menée selon une méthodologie participative.

Ce rapport n'a pas vocation à rendre compte de tous les aspects organisationnels des SSIAD mais à mettre en évidence des problématiques rencontrées en termes de répartition de l'offre sur le territoire et de couverture des besoins, de modalités de partenariat avec les acteurs du domicile et sanitaire et d'organisation interne, permettant de dégager des préconisations sur le plan de l'organisation et du fonctionnement des services.

Cette étape préalable doit permettre la construction **d'un plan d'actions concerté**, permettant :

1. La définition d'objectifs structurant l'organisation territoriale, l'efficience et la qualité de la prise en charge et l'articulation et la coopération avec les autres intervenants à domicile de l'aide et du soin, déclinés dans le cadre de la contractualisation à mettre en place avec les services ;
2. Le suivi d'indicateurs qualité au titre du pilotage de l'offre et du pilotage interne des services.

METHODOLOGIE

Le partenariat ARS/ cabinet ENEIS by KPMG:

- L'ARS Bretagne a mis à disposition les données statistiques qu'elle détient et a apporté son expertise en termes d'analyse territoriale et de connaissance métier. Le cabinet Eneis by KPMG a assuré la conduite des travaux techniques (enquête, traitement de données, entretiens etc.) et les travaux rédactionnels intermédiaires et de synthèse.

Le comité technique (COTECH):

Un comité technique a été mis en place composé des représentants de l'ARS et :

- de représentants des **fédérations de l'aide et du soin**: ADESSA Domicile, Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural-ADMR, Fédération Hospitalière de France-FHF, union des Centres Communaux d'Action Sociale-CCAS, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles-UNA ;
- de représentants **des conseils départementaux** des Côtes d'Armor, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan ;
- d'un représentant de **caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)**.

Il s'est réuni trois fois pour valider les différentes phases de travail (19 octobre 2018 / 13 mars 2019 / 6 juin 2019).

COMPOSITION ET OBJECTIFS DU COMITÉ TECHNIQUE:

Le rôle du COTECH est d'assurer **le suivi des travaux**. Il participe à la définition des modalités opérationnelles de l'étude et joue également un rôle d'expertise auprès du cabinet pour alimenter les réflexions sur la démarche. Il est enfin mobilisé en pré-validation des livrables dans le cadre de la préparation des comités de pilotage.

Membres du comité technique	Fonction	Entité d'appartenance
Nathalie CONAN-MATTHIEU	Déléguée régionale permanente	FHF
Josiane BETTLER	Directrice adjointe Filière gériatrique CHU Brest	FHF
Guy CROISSANT	Président UNA région	UNA
David FORTUNE	Administrateur UNA région / Directeur Santé Nord	UNA
Jean-Luc FRINAULT	Délégué régional / Directeur Handicap services 35	ADESSADOMICILE
Claire CASTELLAN	Chargée de mission coordination régionale ADMR	ADMR
Maïna RIOCHET	Responsable santé fédération ADMR 56	ADMR
Alain PITON	Président CIAS Ouest de Rennes	UDCCAS
Valérie BOULIN-HAMON	Responsable APA	Conseil Départemental 22
Christine HUON	Chargée de mission SAAD	Conseil Départemental 35
Catherine RIOU	Chef de service gestion de l'offre PA-PH	Conseil Départemental 56
Marie ROUSSEAU	Directrice adjointe PA-PH	Conseil Départemental 29
Caroline BONNET	Directrice adjointe coordination régionale GDR	Caisse Primaire Assurance maladie

METHODOLOGIE

L'étude s'est articulée autour des éléments structurants suivants:

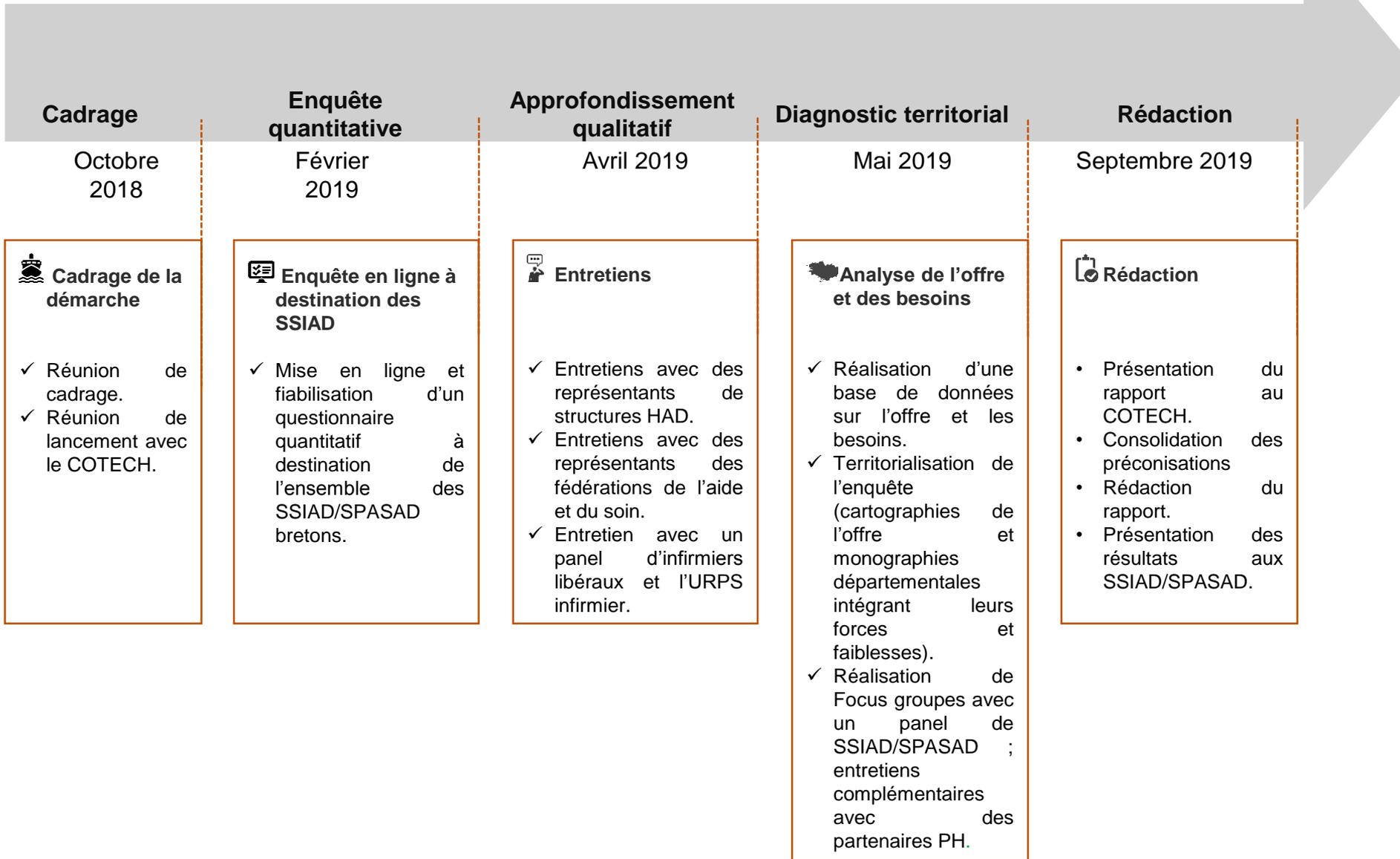
Au titre de la phase de diagnostic:

1. Une **enquête structure** adressée à l'ensemble des SSIAD/SPASAD de la région réalisée via le logiciel du cabinet ENEIS entre décembre 2018 et février 2019.
2. Des **entretiens semi-directifs** organisés entre novembre 2018 et avril 2019 :
 - avec des représentants d'HAD proposés par l'ARS (5) à l'aide d'une grille validée par le COTECH – **Liste en annexe** ;
 - avec un panel d'IDE libéraux (10) proposés par des SSIAD sur sélection de données renseignées dans l'enquête par l'ARS et le cabinet concernant le niveau de collaboration (satisfaisante ou difficile, appui sur un CSI et intégration des IDEL à la gouvernance du service) à l'aide d'une grille validée par le COTECH – **Liste en annexe** ;
 - avec le président de l'URPS infirmier (1) – **Liste en annexe**.
3. D'un **entretien collectif** avec des représentants des fédérations de l'aide et soin sur proposition des membres du COTECH réalisés en février 2019 – **Liste en annexe**.

Au titre de la phase d'approfondissement:

1. Deux **ateliers** avec un panel de SSIAD/SPASAD sur propositions des membres du COTECH organisés en mai 2019 – **Liste en annexe** ;
2. Des **entretiens complémentaires** avec des partenaires des SSIAD/SPASAD sur le champ du handicap organisés en mai et en juin 2019 – **Liste en annexe**.

CALENDRIER DE LA DÉMARCHE



SOURCES DES DONNEES MOBILISEES POUR L'ETUDE

Plusieurs sources de données ont été mobilisées dans le cadre de l'étude :

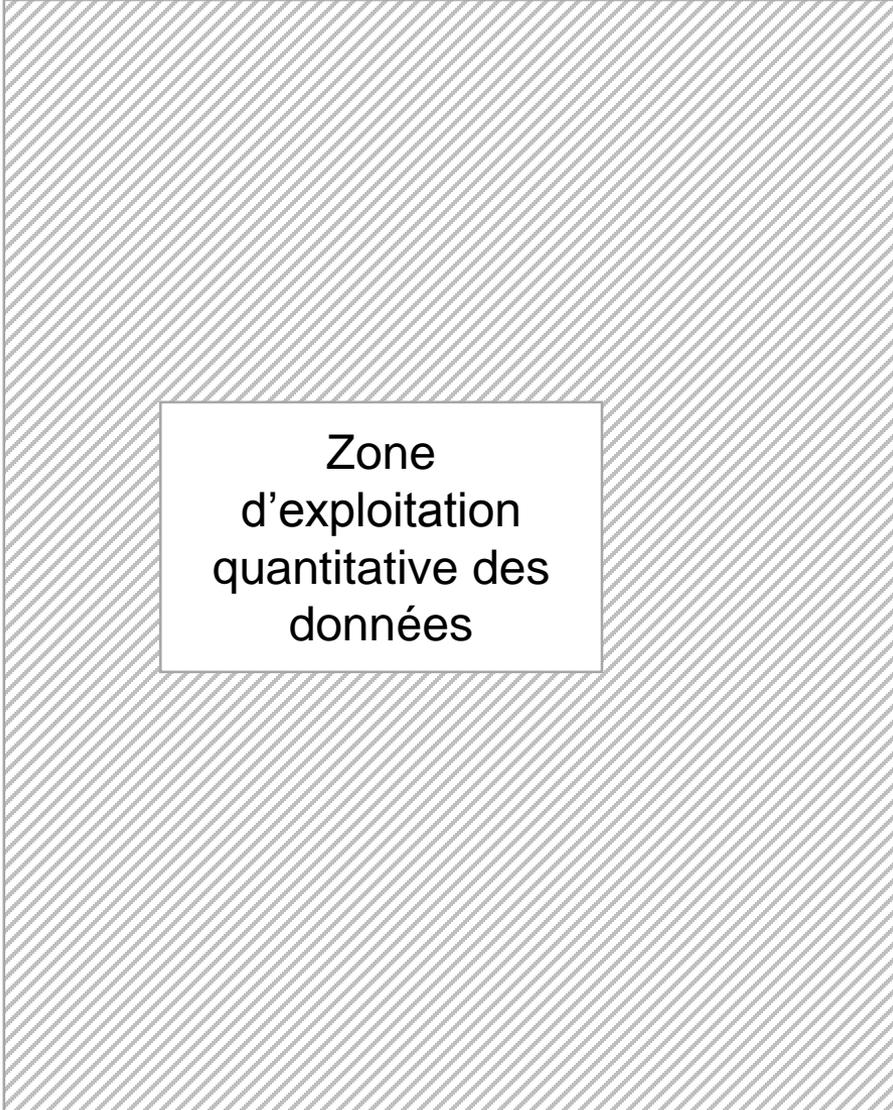
- Les données 2017 issues du tableau de bord de la performance: données brutes des services et données récapitulatives pour la région ;
- Les données issues de l'enquête adressées aux services – **trame en annexe** ;
- Les données fournies par l'ARS relatives aux autorisations et aux capacités, au budget des services en 2018, aux zonages infirmiers de 2012 et aux données démographiques 2015 pour les plus de 75 ans et les 20-60 ans ;
- Les données fournies par les conseils départementaux concernant le nombre d'heures APA et PCH et le nombre de bénéficiaires APA et PCH associés pour 2017. Pour le département du Finistère, les données PCH n'ont pu être obtenues.

L'enquête et le présent rapport ont été réalisés en prenant appui sur :

- L'étude relative aux SSIAD réalisée par l'ARS Pays de Loire et le cabinet PWC (2017) ;
- L'étude sur les SSIAD réalisée par l'ARS Bourgogne-Franche Comté (2017) ;
- L'étude sur les SSIAD réalisée par l'(ex) ARS Auvergne et l'ORS Auvergne (2015) ;
- Le recueil national commenté des normes et des recommandations applicables aux SSIAD (2015).

CHARTE DE PRESENTATION DE L'ETUDE

Des visuels conçus pour faciliter la lecture des informations



Zone
d'exploitation
quantitative des
données

- XX
- XX
- XX

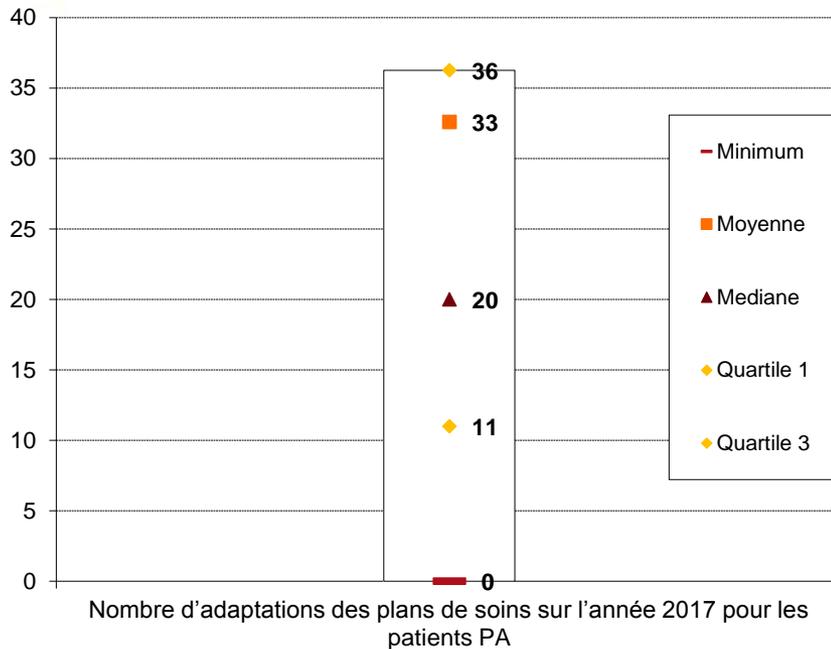
}
Commentaire
quantitatif des
données

- XX
- XX
- XX

}
Eclairage
qualitatif à partir
des échanges
réalisés

CHARTE DE PRESENTATION DE L'ETUDE

Des graphiques « boîtes à moustaches »



- Les « boîtes à moustaches » (Boxplot) sont un **outil statistique de visualisation de données**.
- Elles permettent de visualiser rapidement le minimum, le maximum, le quartile 1, le quartile 3, la moyenne et la médiane d'une série de données. Cette visualisation permet **d'évaluer rapidement les différents indicateurs de dispersion des données**.
- Les données à interpréter dans le cadre d'une boîte à moustaches sont notamment : le positionnement de la moyenne par rapport à la médiane, l'écart entre la moyenne et la médiane, l'écart entre les quartiles et la médiane.
- Lorsque certaines valeurs extrêmes (minimum ou maximum) entravent la lisibilité du graphique, le choix a été fait ne pas les faire apparaître (Cf : exemple du graphique à gauche).

ENQUÊTE QUANTITATIVE AUPRÈS DES SSIAD

Les répondants:

- L'enquête adressée aux SSIAD/SPASAD était structurée autour de 3 thématiques:
 - L'efficacité de la gestion et de la gouvernance des services.
 - La coordination du parcours et la réponse aux besoins territoriaux.
 - La qualité du service rendu au patient.
- Le nombre de répondants à l'enquête est de **103 services**.



Période de collecte :

- Début décembre 2018 / mi février 2019.
- Possibilité de compléter le questionnaire jusqu'au vendredi 10 mai environ (constitution d'une base de données régionale).

Les limites de l'enquête:

- Ce bon taux de retour masque cependant des niveaux de remplissage parfois partiels et certaines difficultés pour les SSIAD/SPASAD à collecter des données, notamment en ce qui concerne **les données d'activité et de patientèle sur 2017**.
- Certaines données sollicitées ont également pu faire l'objet **d'interprétations différentes**, ne permettant pas de réaliser une mise en série fiable (ex : la sous-traitance des actes infirmiers au secteur libéral).
- En outre, les dynamiques de fusion inter-SSIAD en cours sur des territoires ont pu mettre en difficulté les services dans la mesure où **les données disponibles ne sont pas toujours récoltées au périmètre du nouveau service fusionné**.
- Enfin, le différentiel numérique entre les services relevant de types de gestionnaires différents induit un effet loupe sur l'ensemble des déclinaisons par « type de gestionnaire ». **Les Mutuelles, Centres Hospitaliers et EHPAD publics autonomes représentent ainsi une très faible part du total des services interrogés** à l'échelle de la région.

La liste des données du questionnaire fiabilisées et non fiables:

Au regard du remplissage partiel de certaines données et à la suite des relances de fiabilisation opérées entre mars et mai 2019, il apparaît que la réactivité et la mobilisation des SSIAD ainsi que les précisions sur les modes de calcul permettent de fiabiliser la majorité des données préalablement identifiées comme incertaines.

Les données ayant nécessité une « **phase de fiabilisation** » ont fait l'objet de retours conséquents et clarifiés, permettant en tout état de cause de les intégrer au diagnostic dans sa version finale. Les « **données non fiables** » font l'objet de modes de calcul différents ou sont impossibles à calculer au regard des outils de gestion actuels des SSIAD.



Données ayant fait l'objet d'une phase de fiabilisation :

File active PH	Durée moyenne des interventions (PA et PH)
Durée moyenne des soins d'hygiène (PA et PH)	Nombre de passages du service par jour et par semaine (PA et PH)
Nombre d'actes AIS et d'actes AMI externalisés (PA et PH)	Nombre de patients hospitalisés et nombre de journées d'hospitalisation



Données non fiables:

	Motif
Déplacements et frais kilométriques des salariés	Modes de calcul différents induisant des incohérences
Nombre total d'actes AIS	Actes AIS réalisés par les AS et IDE salariés non comptabilisés
Part des communes sur lesquelles les SSIAD ne sont pas intervenus au titre des places PH	Données incohérentes et majoritairement non calculées par les SSIAD

Les taux de retours sur le questionnaire par thématiques:

Axes	Parties	Taux de retour sur les 103 SSIAD de la région
I) Caractérisation des services	Panorama des services	95%
	II) Efficience de la gestion et de la gouvernance	
	Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées	93%
	Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service	89%
	Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel	96%
III) Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux	Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner	84%
	Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service	94%
	Partenariat et qualité des collaborations	93%
	Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile	86%
	Projets de rapprochement	92%
	Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires	90%
	IV) Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux	
	Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins	95%
	Prévention et gestion des risques	92%
	Formalisation des protocoles	93%
	Aide aux aidants	93%

Les données 2017 du TDB 2018 de la performance utilisées dans l'étude:

Indicateurs mobilisés	Taux de retour (95 services de la région)
Âge des personnes prises en charge par les SSIAD	87%
GMP des SSIAD PA	82%
Déficiences des SSIAD PH	87%
Conventions collectives	89%
GPEC	89%
Structuration des patients par âge	84%
Taux d'absentéisme	83%
Répartition des personnes sorties	87%
Outils de la loi de 2002-2	89%
Groupes de charges	81%
Ratios financiers (CAF, trésorerie, FRNG, etc.)	Entre 61% (FRNG en jours de charges) et 81% (CAF)
Absentéisme	83%
Pyramide des âges du personnel	81%



SYNTHESE GLOBALE DE L'ETUDE SSIAD

Les services de soins infirmiers à domicile disposent d'une expertise au regard des besoins en santé de territoires et ont un rôle à jouer dans l'évolution du système de santé. L'étude vient confirmer ce besoin de consolidation.

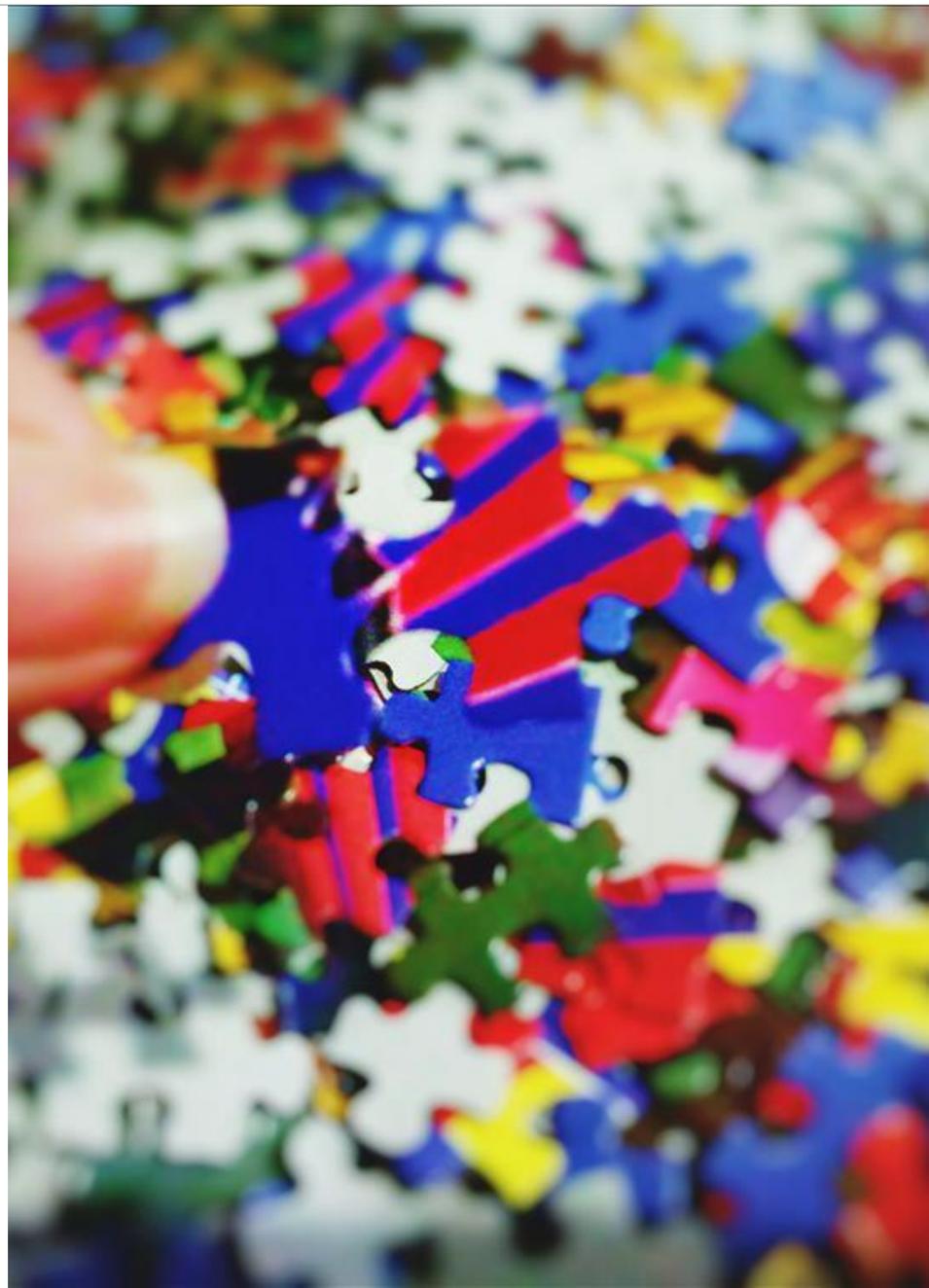
Cette étude permet :

- de dresser un panorama de l'offre SSIAD dans la région,
- de relever des disparités de fonctionnement et d'activité entre les structures, celles-ci pouvant être liées à des choix d'organisation et de gouvernance, aux territoires couverts ou encore aux profils des personnes prises en charge.
- d'identifier des facteurs qui peuvent influencer positivement ou négativement la situation des services (ou à effet neutre) et de dégager des marges de progression et d'optimisation par service et au niveau d'un territoire.

Il en ressort la nécessité :

- De mener un travail de restructuration des places de SSIAD tenant compte de l'activité des services (PA de proximité / PH de recours), de leur couverture territoriale actuelle et des besoins de réajustement de l'offre exprimés.
- De repositionner les SSIAD comme opérateur de soin et acteur de coordination et d'assurer leur visibilité dans la construction des parcours des personnes en perte d'autonomie (PA-PH) en articulation avec les dispositifs d'appui à ces parcours.
- D'améliorer la fluidité des prises en charge et de favoriser la continuité des soins avec le développement de pratiques collaboratives entre les SSIAD et les autres partenaires du soin et de l'accompagnement appuyées par des outils de coordination partagés et adaptés.
- De faciliter le recours des SSIAD sur la base de critères identifiables et diffusés et de les outiller pour gérer leurs bonnes pratiques en termes d'activité et d'organisation du travail.
- De normaliser les pratiques professionnelles des SSIAD au titre de la continuité et de la sécurité des soins, de les suivre et de permettre leur adaptation à l'évolution des besoins des usagers.
- D'accompagner et de soutenir les SSIAD dans la gestion de leurs ressources humaines (attractivité/conditions de travail/évolution des métiers et des compétences) et l'appui de leurs professionnels intervenant à domicile en supervision et en formation.
- De favoriser les coopérations territoriales entre SSIAD au titre de l'isolement et/ou de l'efficience et de renforcer le décloisonnement des services entre eux.

PARTIE I: PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DES SSIAD DE LA REGION



SOMMAIRE DU RAPPORT

AVANT-PROPOS

MÉTHODOLOGIE

CALENDRIER DE LA DÉMARCHE

COMPOSITION ET OBJECTIFS DU COMITÉ TECHNIQUE

SOURCES DES DONNÉES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE

SYNTHÈSE GLOBALE DE L'ÉTUDE SSIAD

I PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DES SSIAD DE LA REGION

II EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

III COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX

IV QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT

V CAHIER DES ANNEXES

ELEMENTS DESCRIPTIFS DE L'OFFRE DE SSIAD/SPASAD EN REGION

Au 1er janvier 2019, la région Bretagne compte **6 799 places autorisées et installées** en SSIAD/SPASAD: **6 384 places pour personnes âgées** de plus de 60 ans et **415 places pour personnes en situation de handicap ou atteintes de pathologies chroniques**.

A ces capacités, s'ajoutent **les 280 places en équipes spécialisées Alzheimer à domicile**, soit un total de 7 079 places. 45 places supplémentaires sont créées en 2019.

Répartition des SSIAD et des capacités par département (Données ARS)

	Région	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Nombre de SSIAD/SPASAD autorisés	109	24	30	24	31
Nombre total de places PA autorisées et installées	6 384	1 731	1 754	1 642	1 257
Nombre de services ayant des places PA	107	24	29	23	31
Nombre total de places PH autorisées et installées	415	80	97	164	74
Nombre de services ayant des places PH	59	14	14	16	15
Nombre total de places PA-PH autorisées et installées	6 799	1 811	1 851	1 806	1 331
Nombre de services ayant des places PA et PH	57	14	13	15	15
Nombre de services ayant des places PH exclusivement	2	0	1	1	0

La région compte **109 opérateurs SSIAD/SPASAD au 1/01/2019**. Des regroupements de services ont été réalisés sur 2018 dans les départements des Côtes d'Armor, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan, avec effet des opérations pour certaines au 1^{er} janvier qui ont conduit à une réduction du nombre de gestionnaires.

Plus de deux tiers des services sont de statut privé à but non lucratif, associatifs ou relevant d'un organisme mutualiste, les autres étant rattachés à un établissement de santé ou à un EHPAD public autonome ou à une collectivité territoriale de type CCAS/CIAS. La région Bretagne ne compte aucun service privé à caractère commercial.

ELEMENTS DESCRIPTIFS DE L'OFFRE SSIAD/SPASAD EN REGION

17 services sont engagés dans l'expérimentation SPASAD intégrés : 7 sont constitués sous un mode partenarial, 4 sous un mode gestionnaire et 6 bénéficient d'une autorisation de fonctionnement conjointe ARS-CD. La région compte 14 SPASAD constitués au 1^{er} janvier 2019.

Répartition des SPASAD par département (Données ARS)

	Région	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Nombre de SPASAD autorisés	14	4	3	6	1
Nombre de SSIAD engagés dans l'expérimentation SPASAD hors autorisation	11	1	3	4	4
Nombre de SSIAD engagés dans l'expérimentation SPASAD avec autorisation	6	2	1	3	0

La région se caractérise par un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale pour les places de SSIAD pour personnes âgées (20,6) **de plus d'une place de moins pour 1000 personnes de plus de 75 ans.**

Les Côtes d'Armor apparaissent comme **le département le mieux doté en places** pour personnes âgées dans la région avec un taux d'équipement culminant à 23,4 places, pour un écart de 5 places de plus pour 1000 personnes de plus de 75 ans que le taux régional. L'Ille et Vilaine **présente un taux sensiblement similaire à la moyenne régionale**, soit 18,4 places. Le Finistère et le Morbihan **ont des taux inférieurs à la moyenne régionale, respectivement 17,9 places et de 15,0.**

A l'inverse, la région présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale pour les places de SSIAD pour personnes en situation de handicap (0,19), deux départements ayant un équipement en deçà de la région: le Morbihan (0,21 places) et le Finistère (0,22 places).

L'Ille et Vilaine et les Côtes d'Armor sont les départements les mieux dotés en places pour personnes handicapées de la région, avec un taux de 0,29 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans.

ELEMENTS DESCRIPTIFS DE L'OFFRE SSIAD/SPASAD EN REGION

Taux d'équipement par catégorie de publics et par département (Données CNSA population 2016) :

	Région	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Population municipale des personnes âgées de 75 ans et plus	344 386	73 784	97 950	89 089	83 563
Taux d'équipement pour personnes âgées (pour 1000 pers. de 75 ans et plus)	19,4	24,3	18,6	19,2	16,0
Population des personnes âgées entre 20 et 59 ans	1 602 547	267 893	437 514	546 689	350 451
Taux d'équipement pour personnes en situations de handicap ou avec pathologies chroniques (pour 1000 pers. de 20 à 59 ans)	0,25	0,29	0,22	0,29	0,21

Les différenciations territoriales en matière de taux d'équipement **impliquent des inégalités d'accès aux soins à la fois pour les PA et PH**. La situation du Morbihan est spécifique, il se situe en dessous de la moyenne régionale pour les deux catégories de publics. A contrario, les Côtes d'Armor sont au dessus de la moyenne régionale pour les deux types de publics.

Evolution projetée de la population des plus de 75 ans à 2040 (Données CNSA 2016-2040):

	Région	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Projection personnes âgées de 75 ans et plus 2040	601 976	122 337	166 003	156 822	156 814
Evolution projetée 2016-2040	74,8%	65,8%	69,5%	76,0%	87,7%
Taux d'équipement actualisé à capacité inchangée (pour 1000 pers. de 75 ans et plus)	10,6	14,1	10,5	10,4	8,1

La projection de la croissance démographique des personnes âgées de plus de 75 ans et plus fait apparaître un potentiel de croissance à horizon 2040 **de 74,8% au niveau régional, équivalent à celui de l'échelle nationale**. La progression est plus marquée dans le Morbihan et en Ille-et-Vilaine.

ELEMENTS DESCRIPTIFS DE L'OFFRE SSIAD/SPASAD EN REGION

Le coût moyen à la place PA s'établit au niveau régional à **12 856,88 €** (Base de financement 1/01/2019 par nombre de places). Les Côtes d'Armor ont un coût par place inférieur à la moyenne régionale. **Le constat est similaire si l'on s'intéresse au coût médian**, le Morbihan étant également dans ce cas en dessous de la médiane régionale.

Le coût moyen à la place PH de la région est **de 12 668,79 €** (Base de financement 1/01/2019 par nombre de places). Les Côtes d'Armor, le Finistère et le Morbihan sont en deçà de ce niveau. L'Ille-et-Vilaine dispose d'un coût élevé pour un écart de **1 875 €** par place.

Tous publics confondus, le département d'Ille-et-Vilaine présente un coût par place supérieur à la moyenne régionale.

	Région	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Coût / place PA	12 933,91 €	12 651,22 €	13 069,14 €	13 153,03 €	12 838,20 €
Coût moyen / place PA	12 856,88 €	12 570,31 €	12 859,12 €	13 131,87 €	12 872,64 €
Coût médian / place PA	12 804,22 €	12 497,33 €	12 804,22 €	12 954,76 €	12 672,28 €
Coût / place PH	13 339,16 €	11 853,86 €	12 026,12 €	15 410,15 €	12 076,30 €
Coût moyen / place PH	12 668,79 €	12 219,05 €	11 940,46 €	14 543,03 €	11 704,87 €
Coût médian / place PH	11 964,12 €	11 743,08 €	11 574,14 €	14 538,21 €	11 663,56 €
Coût / place PA + PH	12 958,65 €	12 616,02 €	13 014,48 €	13 358,00 €	12 795,84 €
Coût moyen / place PA + PH	12 877,84 €	12 255,87 €	12 853,32 €	13 293,33 €	12 829,15 €
Coût médian / place PA + PH	12 781,64 €	12 516,08 €	12 813,18 €	13 096,00 €	12 632,80 €

ELEMENTS DESCRIPTIFS DE L'OFFRE SSIAD/SPASAD EN REGION

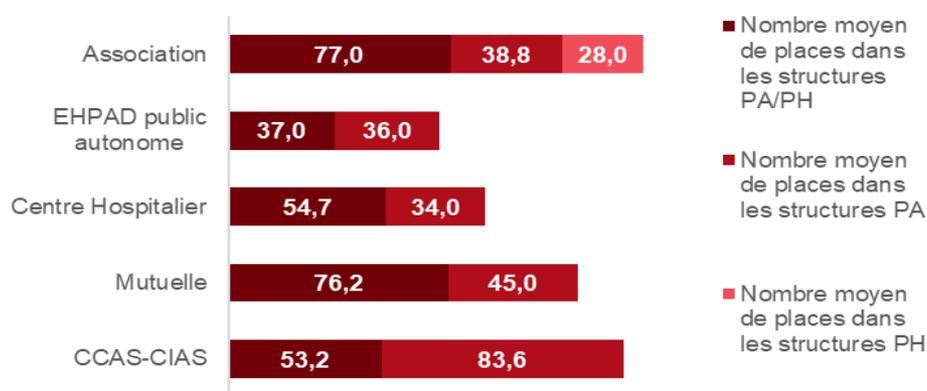
La capacité moyenne en places de SSIAD PA est de **59 places**. Le Morbihan présente une moyenne inférieure.

L'offre de prise en charge pour les PH est de dimensionnement faible. **La moyenne régionale est de 7 places par service avec une capacité inférieure dans les Côtes d'Armor et le Morbihan.** Cette atomisation est davantage illustrée avec le taux médian.

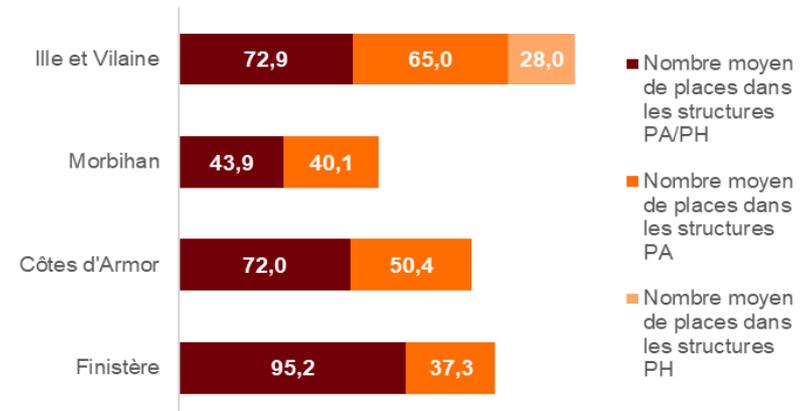
	Région	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
Capacité moyenne places PA	59	72	60	71	41
Capacité médiane places PA	45	60	45	57	35
Capacité moyenne places PH	7,0	5,7	6,9	10,2	4,9
Capacité médiane places PH	5,0	3,5	5,5	5,0	4,0

Les structures mixtes PA-PH sont plus dotées en places. Les gestionnaires associatifs et les mutuelles observent **un nombre de places moyen plus important pour les structures PA/PH**, soit environ 77 places par service. La logique n'est pas la même en ce qui concerne les services uniquement dirigés vers les personnes âgées, avec un nombre de places moyen qui oscille autour de 40, excepté pour les CCAS-CIAS. Ceux-ci présentent une moyenne de 83,6 places sur l'ensemble du territoire régional. **Le critère départemental influe également largement sur la taille des services par public visé.** Le Finistère est en moyenne doté de services mixtes de 95 places, contre seulement 44 places dans le Morbihan.

Nombre moyen de places au sein des services par type de gestionnaire

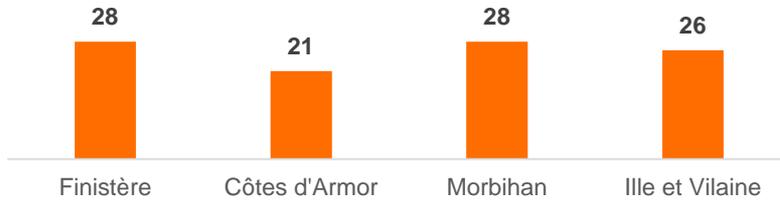


Nombre moyen de places au sein des services par département



FOCUS SUR LES CARACTERISTIQUES DES SSIAD REpondANTS

- Les 103 opérateurs sont répartis de manière homogène entre les départements :



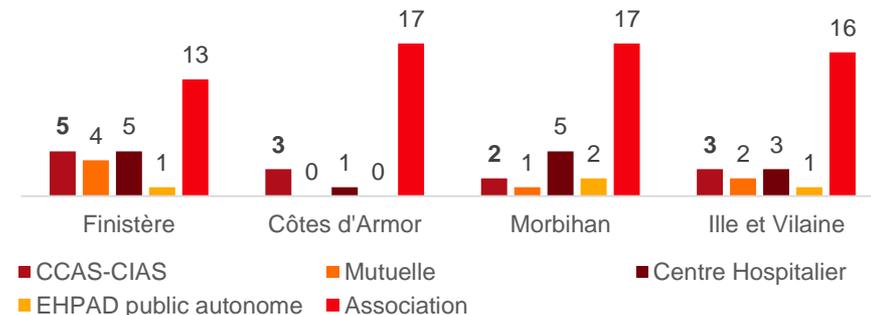
- L'offre de prise en charge des structures répondantes correspond à **5 401 places pour personnes âgées (85,2% de l'offre régionale) et à 352 places pour personnes en situation de handicap (84,8% de l'offre régionale)**

- Les services à double autorisation sont plus nombreux à être implantés dans le département d'Ille-et-Vilaine :



- La structuration des services par gestionnaires est conforme à la structuration régionale avec **une proportion similaire par département :**

Nature du gestionnaire	Proportion des répondants*
CCAS-CIAS	13%
Centre hospitalier	14%
Association	62%
Mutuelle	7%
EHPAD public autonome	4%



FOCUS SUR LES CARACTERISTIQUES DES SSIAD REpondANTS

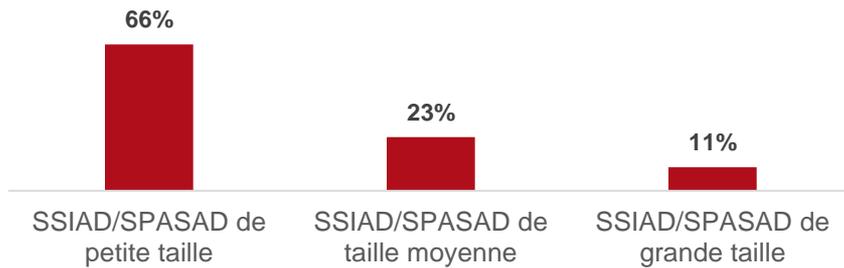
- Les SSIAD répondants sont majoritairement de petite taille. Le seuil de 60 places n'est pas atteint pour 66% des services. Les SSIAD de plus de 120 places ne représentent que 11% du total des services interrogés, soit une dizaine de structures.

Les SSIAD sont considérés comme étant de **petite taille** lorsque leur capacité est **inférieure à 60 places**.

Les SSIAD sont considérés comme étant de **taille moyenne** lorsque leur capacité est comprise entre **61 et 120 places**.

Les SSIAD sont considérés comme étant de **grande taille** lorsque leur capacité est **supérieure à 121 places**.

Répartition des SSIAD/SPASAD par taille de service



Les quatre départements présentent au minimum **un taux d'environ 50% de SSIAD de petite taille**. Les données par taille issues du questionnaire correspondent aux données d'équipement de l'ARS du tableau ci-dessus (A l'exception d'écarts plus significatifs dans les Côtes d'Armor issus des dynamiques de fusion observées sur ce territoire).

Taille des services (source ARS)	29	22	56	35	Bretagne
SSIAD de petite taille	60%	48%	79%	46%	60%
SSIAD de taille moyenne	27%	28%	21%	42%	29%
SSIAD de grande taille	13%	24%	0%	12%	11%
Bretagne	100%	100%	100%	100%	100%

Répartition des SSIAD/SPASAD répondants par taille de service et par type de gestionnaire

	CCAS-CIAS	Mutuelle	Centre Hospitalier	EHPAD public autonome	Association
SSIAD/SPASAD de petite taille	46%	43%	80%	100%	67%
SSIAD/SPASAD de taille moyenne	38%	29%	20%	0%	22%
SSIAD/SPASAD de grande taille	15%	29%	0%	0%	11%

Répartition des SSIAD/SPASAD répondants par taille de service et par département

	Finistère	Côtes d'Armor	Morbihan	Ille et Vilaine	Région Bretagne
SSIAD/SPASAD de petite taille	61%	62%	86%	50%	66%
SSIAD/SPASAD de taille moyenne	25%	19%	14%	38%	23%
SSIAD/SPASAD de grande taille	14%	19%	0%	12%	11%

DONNEES SOCIALES ET SANITAIRES REGIONALES

- Les personnes âgées de plus de 75 ans vivent **plus en institution qu'à domicile en Bretagne que dans le reste de la France** (11,6% contre 10,8%). Elles vivent également en proportion plus importante seules qu'au niveau national (39,1% contre 38,5 %) (Source STATISS 2018).

Mode de cohabitation en Bretagne en 2014

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne
Personnes âgées de 75 ans et plus vivant en institution (en %)	11,8	11,4	12,4	10,8	11,6
Personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (en %)	39,2	40,5	37,3	39,1	39,1

- La part des bénéficiaires de l'APA à domicile les plus **dépendants est légèrement inférieure en région à la part constatée au national** (18,6% contre 18,8%), avec des écarts entre les 4 départements (Source STATISS 2018).

Nbre et taux de bénéficiaires APA à domicile au 31/12/2015

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne
% de bénéficiaires en GIR 1-2	19,9	18,3	16,4	20,6	18,6
Bénéficiaires de l'APA à domicile pour 100 personnes de plus de 75 ans	8,2	9,6	10,1	8,3	9,1

- Le taux de bénéficiaires PCH et ACTP est **équivalent au taux de 5,1 constaté au national pour 1000 habitants** (Source STATISS 2018).

PCH et ACTP au 31/12/2015

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne
Bénéficiaires PCH+ACTP / 1000 habitants	4,8	6,8	4,5	4,3	5,1

- La densité en infirmiers libéraux est plus élevée sur la région que dans le reste de la France (214 contre 179) (Source STATISS 2018), le Finistère ayant une densité très importante plus que doublée par rapport à la densité nationale à l'inverse du département d'Ille et Vilaine où la densité en professionnels est inférieure.

Densité IDEL pour 100 000 habitants

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne
Densité	208	280	135	245	214

DONNEES SOCIALES ET SANITAIRES REGIONALES

- Des structures HAD couvrent la totalité du territoire régional. En 2018, le taux de recours en HAD est de 22,4 patients pour 100 000 habitants. Une progression de l'activité a été enregistrée avec 270 319 journées (+11,7% par rapport à 2017) pour 6 736 patients.

Aires d'intervention des structures HAD : situation au 01/01/2019



Source : ARS Bretagne
Réalisation ARS Bretagne, Décembre 2018
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 30 60 km

PARTIE II : EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE



SOMMAIRE DU RAPPORT

AVANT-PROPOS

MÉTHODOLOGIE

CALENDRIER DE LA DÉMARCHE

COMPOSITION ET OBJECTIFS DU COMITÉ TECHNIQUE

SOURCES DES DONNÉES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE

SYNTHÈSE GLOBALE DE L'ÉTUDE SSIAD

I PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DES SSIAD DE LA REGION

II **EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE**

III COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX

IV QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT

V CAHIER DES ANNEXES

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

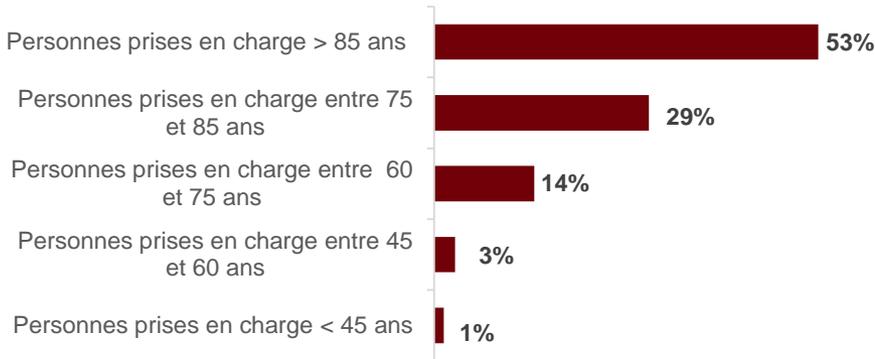
4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

PROFIL DES PATIENTS PA/PH PRIS EN CHARGE PAR LES SERVICES

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

Part des patients pris en charge par les SSIAD selon leur classe d'âge



- **Selon les données du tableau de bord de la performance 2017, plus de la moitié des patients des SSIAD ont plus de 85 ans (53%).** Les patients ayant plus de 75 ans représentent 82% des patients des SSIAD bretons.

- **La proportion de personnes prises en charge par classe d'âge apparaît similaire entre les SSIAD PA, les SSIAD PA/PH et les SSIAD PH.** Le différentiel de personnes de plus de 85 ans prises en charge n'excède pas 8%, il atteint 55,9% pour les SSIAD ne comportant que des places PA et 48,1% pour les deux SSIAD d'Ille et Vilaine spécialisés PH.

Part des patients pris en charge par les SSIAD selon leur classe d'âge par profil de SSIAD (PA, PA/PH, PH)

	Part des patients pris en charge par l'ensemble des SSIAD selon leur classe d'âge	Part des patients pris en charge par les SSIAD PA selon leur classe d'âge	Part des patients pris en charge par les SSIAD PA/PH selon leur classe d'âge	Part des patients pris en charge par les SSIAD PH selon leur classe d'âge
Personnes prises en charge < 45 ans,	1%	0,5%	2,0%	Donnée non fiable
Personnes prises en charge entre 45 et 60 ans	3%	0,7%	4,5%	Donnée non fiable
Personnes prises en charge entre 60 et 75 ans	14%	12,8%	15,1%	Donnée non fiable
Personnes prises en charge entre 75 et 85 ans	29%	30,1%	28,3%	Donnée non fiable
Personnes prises en charge > 85 ans	53%	55,9%	50,1%	Donnée non fiable

PROFIL DES PATIENTS PA PRIS EN CHARGE PAR LES SERVICES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Classification des patients de la file active PA selon leur lieu de vie



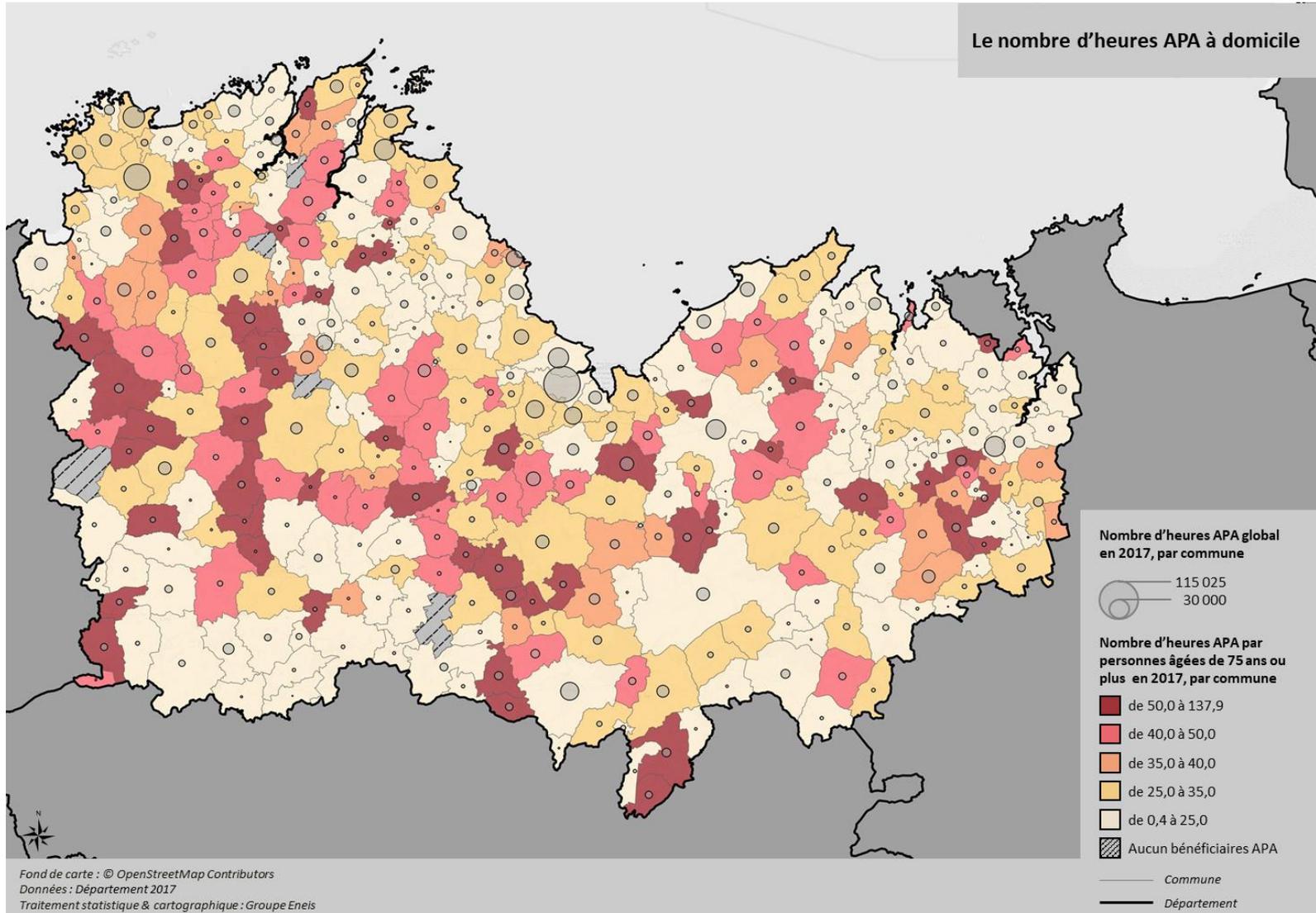
	Domicile	RA / EHPA	Habitat regroupé	Petite unité de vie
SSIAD de petite taille	97,0%	1,5%	1,0%	0,5%
SSIAD de taille moyenne	94,7%	2,5%	1,2%	1,6%
SSIAD de grande taille	99,4%	0,5%	0,0%	0,0%

	Domicile	RA / EHPA	Habitat regroupé	Petite unité de vie
CCAS-CIAS	97,1%	2,7%	0,1%	0,1%
Mutuelle	98,8%	1,0%	0,3%	0,0%
Centre Hospitalier	90,4%	5,0%	0,3%	4,3%
EHPAD public autonome	97,6%	1,4%	0,9%	0,0%
Association	97,8%	0,8%	1,1%	0,3%

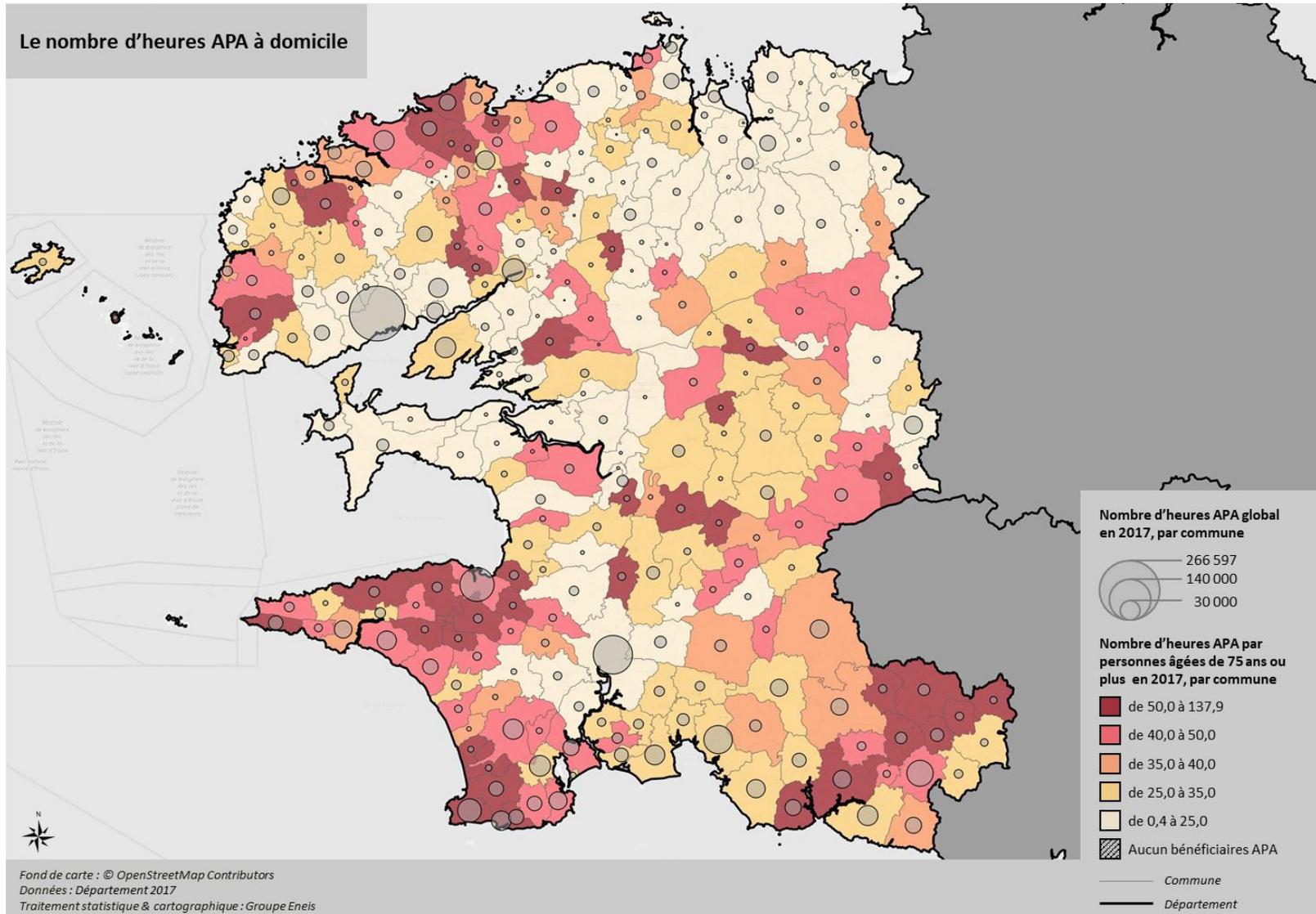
	Domicile	RA / EHPA	Habitat regroupé	Petite unité de vie
Finistère	98,5%	0,8%	0,7%	0,0%
Côtes d'Armor	99,2%	0,4%	0,4%	0,0%
Morbihan	90,9%	4,2%	1,6%	3,3%
Ille et Vilaine	97,9%	1,3%	0,7%	0,0%

- Au niveau régional, la majorité des patients âgés pris en charge en 2017 par les SSIAD vivent à domicile (97%). Les services n'interviennent que pour 0,7% au sein des petites unités de vie et à la marge au sein d'établissements ou de structures d'hébergement collectives de droit commun (EHPA/résidence autonomie, habitat regroupé).
- La répartition est homogène indépendamment du critère de la taille et du gestionnaire; les SSIAD de taille moyenne et les SSIAD hospitaliers intervenant davantage au sein des petites unités de vie et des résidences autonomie pour les seconds.
- La répartition selon les lieux d'habitation des patients est homogène en fonction des départements, les interventions au sein des PUV, résidences autonomie et habitats adaptés étant légèrement supérieures dans le Morbihan avec une part des patients vivant à domicile légèrement plus faible (90,9%).

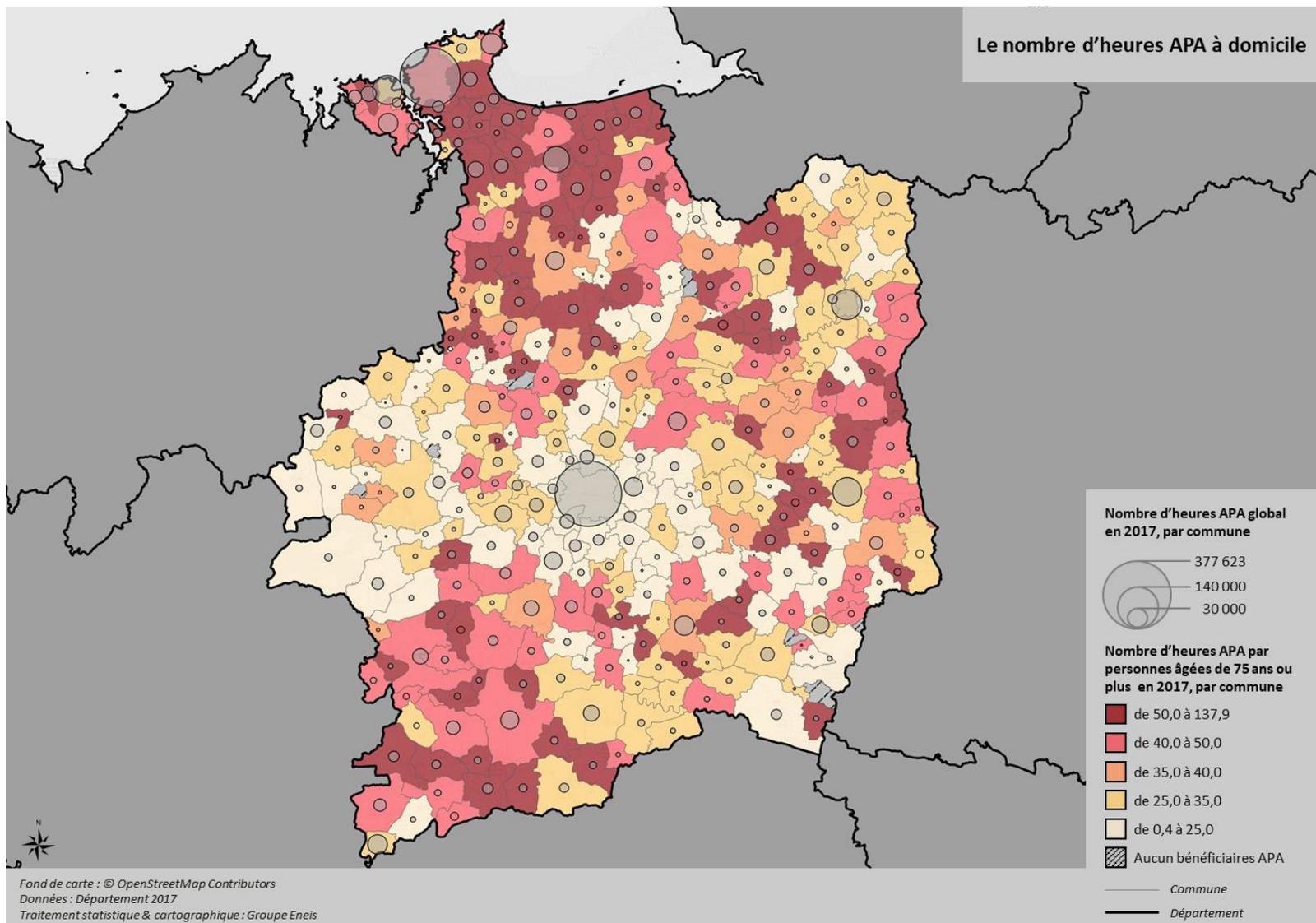
CARTOGRAPHIE DU NOMBRE D'HEURES APA À DOMICILE RÉALISÉES EN 2017 PAR COMMUNE DANS LES CÔTES D'ARMOR



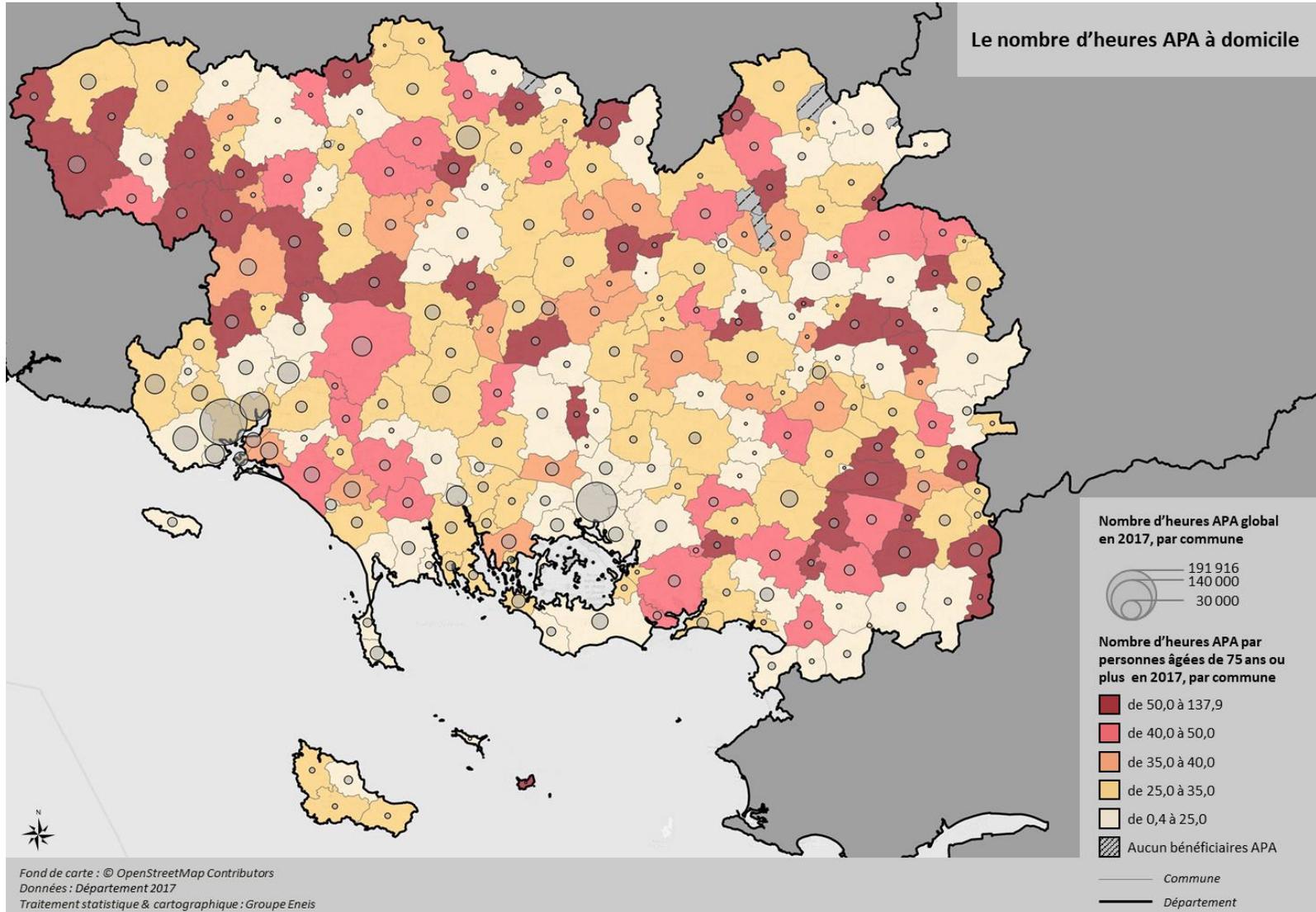
CARTOGRAPHIE DU NOMBRE D'HEURES APA À DOMICILE RÉALISÉES EN 2017 PAR COMMUNE DANS LE FINISTÈRE



CARTOGRAPHIE DU NOMBRE D'HEURES APA À DOMICILE RÉALISÉES EN 2017 PAR COMMUNE EN ILLE ET VILAINE



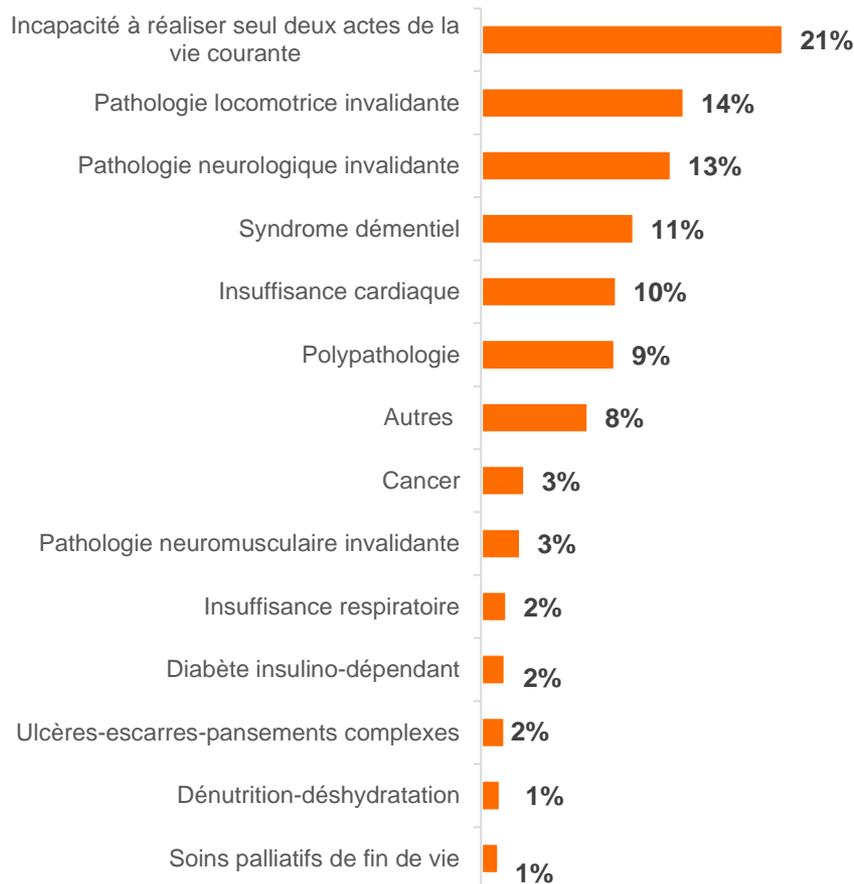
CARTOGRAPHIE DU NOMBRE D'HEURES APA À DOMICILE RÉALISÉES EN 2017 PAR COMMUNE DANS LE MORBIHAN



PROFIL DES PATIENTS PA PRIS EN CHARGE PAR LES SERVICES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Classification des patients de la file active PA selon leur profil pathologique



- **La perte d'autonomie est la pathologie motivant la 1^{ière} admission pour 21% des patients âgés pris en charge en 2017 par les services.**
- Les pathologies locomotrices (14%) et neurologiques (13%) invalidantes viennent en 2^{ième} et 3^{ième} rang.
- **11% des patients ont un profil pathologique** relatif à un **syndrome démentiel**. Ce taux est à mettre en perspective avec les remontées qualitatives des SSIAD qui identifient la croissance des troubles psychocomportementaux comme une tendance de fond en ce qui concerne l'évolution des profils des patients.



Le détail du profil pathologique par taille, gestionnaire et département est disponible en annexe.

- Les données analysées mettent en évidence un profil pris en charge par les SSIAD publics autonomes plus orienté sur les pathologies neurologiques et démentiels (48%). La perte d'autonomie n'est pas directement affichée. Il n'apparaît pas de spécificités nettes en matière de profils pathologiques spécifiques selon la taille des SSIAD, quelques tendances plus marquées par département à l'exemple du Morbihan (polypathologie pour 16,7%).

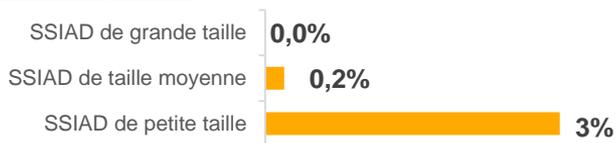
PROFIL DES PATIENTS PA PRIS EN CHARGE PAR LES SERVICES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

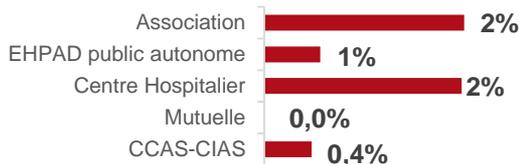
Analyse du ratio File active PA / patients PA en dérogation ou hors autorisation



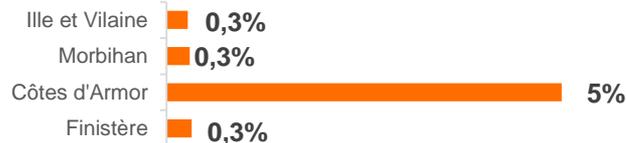
Analyse du ratio File active PA / patients PA en dérogation ou hors autorisation par taille



Analyse du ratio File active PA / patients PA en dérogation ou hors autorisation par nature du gestionnaire



Analyse du ratio File active PA / patients PA en dérogation ou hors autorisation par département



Définition ANAP :

- Les personnes "en dérogation" correspondent à des personnes accueillies hors critères d'admission, avec l'autorisation de l'autorité de tarification et de contrôle.
- La notion de "hors autorisation" s'apprécie en fonction des critères juridiques définis dans le cadre de l'autorisation et/ou de l'agrément de la structure (critères d'âge, type de déficience, etc.).

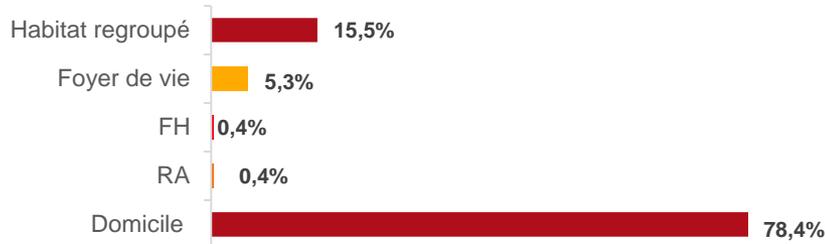
- Au niveau régional, la part des patients en dérogation ou hors autorisation sur des places PA en 2017 est de 1% (prise en charge de personnes de moins de 60 ans ou hors secteur). **Le chiffre est similaire à celui du tableau de bord de la performance, soit 0,8%**. Paradoxalement, les SSIAD ayant des patients en dérogation sur des places PA n'expriment pas davantage de besoin de transformation de places PA vers PH que le reste des services (tableau ci-dessus).
- Ce taux masque cependant de fortes disparités : les dérogations concernent de manière structurelle **les SSIAD de petite taille (3%)**. Les **SSIAD associatifs** et les **SSIAD des centres hospitaliers** sont également ceux ayant le plus recours à la dérogation (respectivement 2%).
- Enfin, le ratio régional est directement porté par **l'ampleur de ce phénomène au sein des Côtes d'Armor (5%)**. Ce département concentre à lui seul l'essentiel des dérogations en Bretagne, ce qui correspond aux sollicitations faites par les services auprès de l'ARS.

Identification des besoins de transformation	Places PA vers PH	Places PH vers PA	Pas de besoin identifié de transformation
Total des SSIAD	25%	14%	31%
SSIAD ayant des patients en dérogation	24%	14%	29%

PROFIL DES PATIENTS PH PRIS EN CHARGE PAR LES SERVICES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Classification des patients de la file active PH selon leur lieu de vie



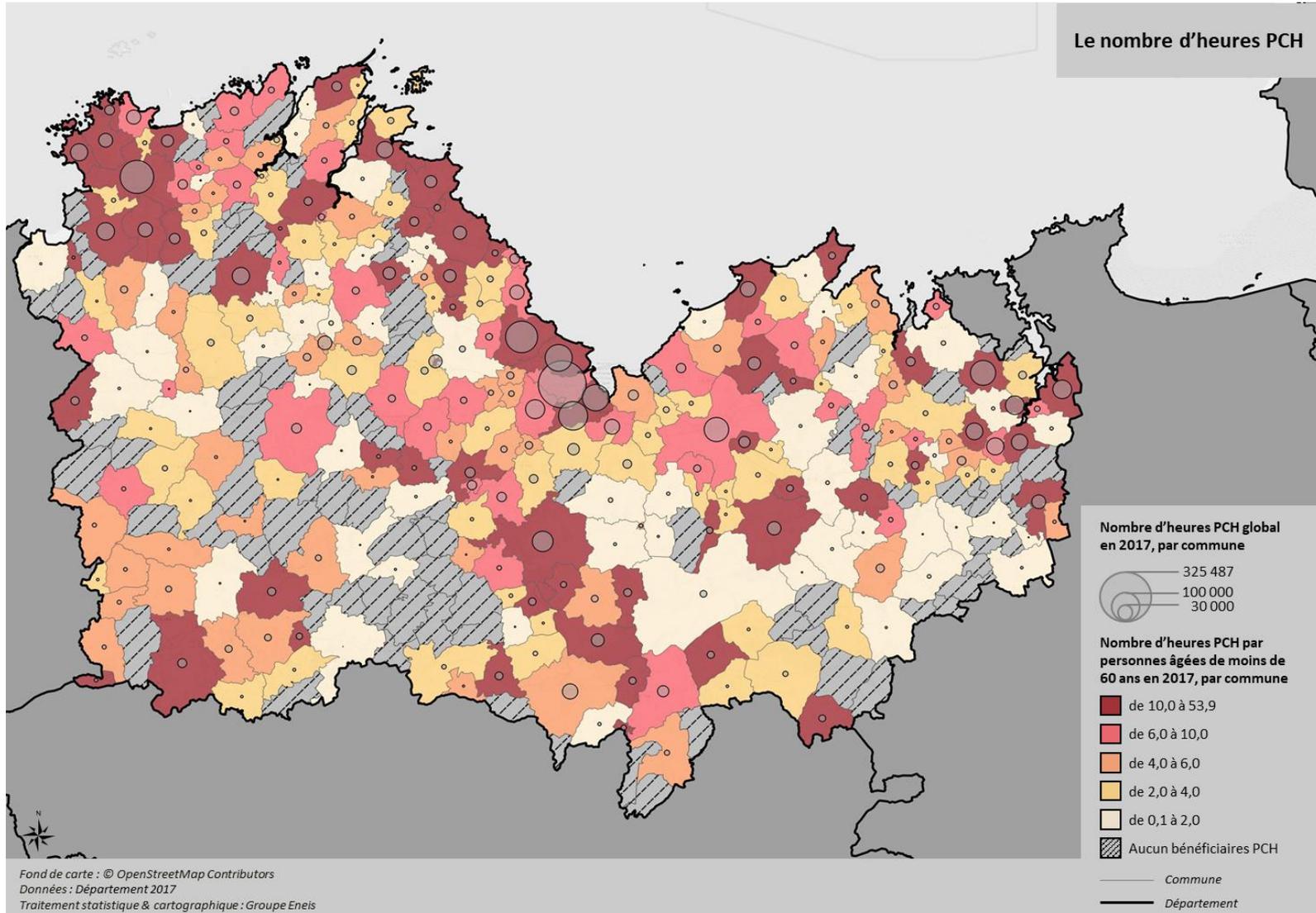
	Domicile	Résidence autonomie	FH	Foyer de vie	Habitat regroupé
SSIAD de petite taille	89,2%	0,0%	0,5%	8,6%	1,6%
SSIAD de taille moyenne	61,1%	1,0%	0,5%	2,4%	35,1%
SSIAD de grande taille	92,2%	0,0%	0,0%	5,2%	2,6%

	Domicile	Résidence autonomie	FH	Foyer de vie	Habitat regroupé
CCAS-CIAS	84,8%	0,0%	0,0%	15,2%	0,0%
Mutuelle	92,1%	0,0%	0,0%	2,6%	5,3%
Centre Hospitalier	95,3%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%
EHPAD public autonome	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%
Association	74,8%	0,0%	0,5%	5,3%	19,3%

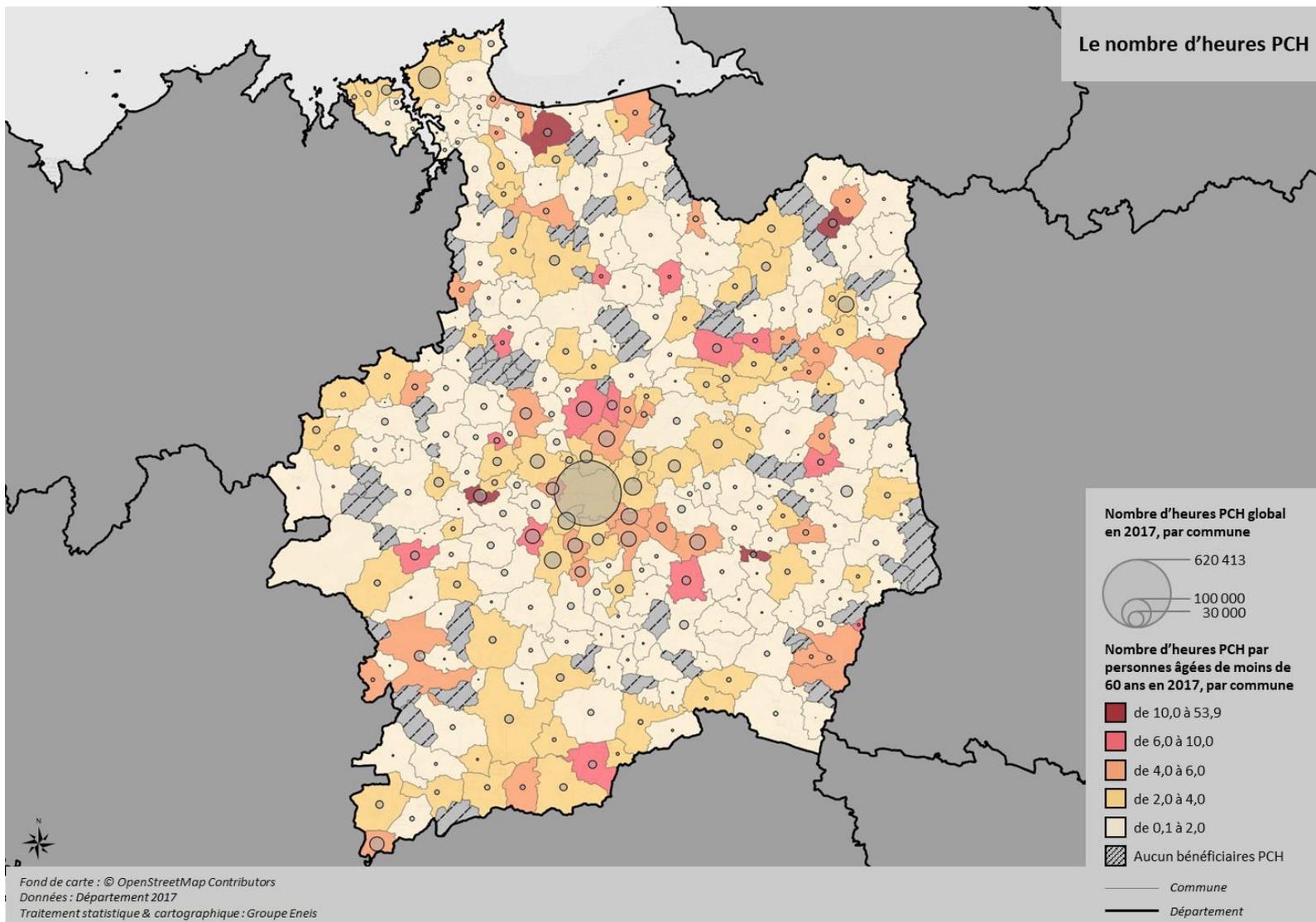
	Domicile	Résidence autonomie	FH	Foyer de vie	Habitat regroupé
Finistère	54,9%	0,0%	0,5%	5,4%	39,1%
Côtes d'Armor	98,4%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%
Morbihan	82,7%	2,7%	0,0%	10,7%	4,0%
Ille et Vilaine	93,1%	0,0%	0,5%	4,2%	2,1%

- **Au niveau régional, plus des trois quart des patients en situation de handicap ou avec pathologies chroniques pris en charge en 2017 par les SSIAD vivent à domicile (78%).** A l'inverse de la tendance observée pour les patients PA, 15,5% des patients vivent au sein d'habitats regroupés. Un peu plus de 6% des patients vivent dans des structures d'hébergement (foyers de vie, foyer d'hébergement, résidence autonomie).
- Les SSIAD de taille moyenne interviennent dans une moindre mesure à domicile (61,1%) et **davantage en habitat regroupé que les SSIAD de grande taille et de petite taille qui présentent une répartition identique des lieux d'intervention.**
- On observe que les patients des SSIAD publics autonomes sont pris en charge pour moitié à domicile et pour moitié en habitat regroupé alors que les SSIAD hospitaliers et territoriaux interviennent très majoritairement à domicile. La tendance pour les SSIAD associatifs comparable au constat régional.
- **Les tendances entre départements sont similaires** (majoritaire à domicile pour plus des trois quart), avec une proportion plus faible pour le département du Finistère où les SSIAD interviennent davantage en habitat regroupé.

CARTOGRAPHIE DU NOMBRE D'HEURES PCH RÉALISÉES EN 2017 PAR COMMUNE DANS LES CÔTES D'ARMOR

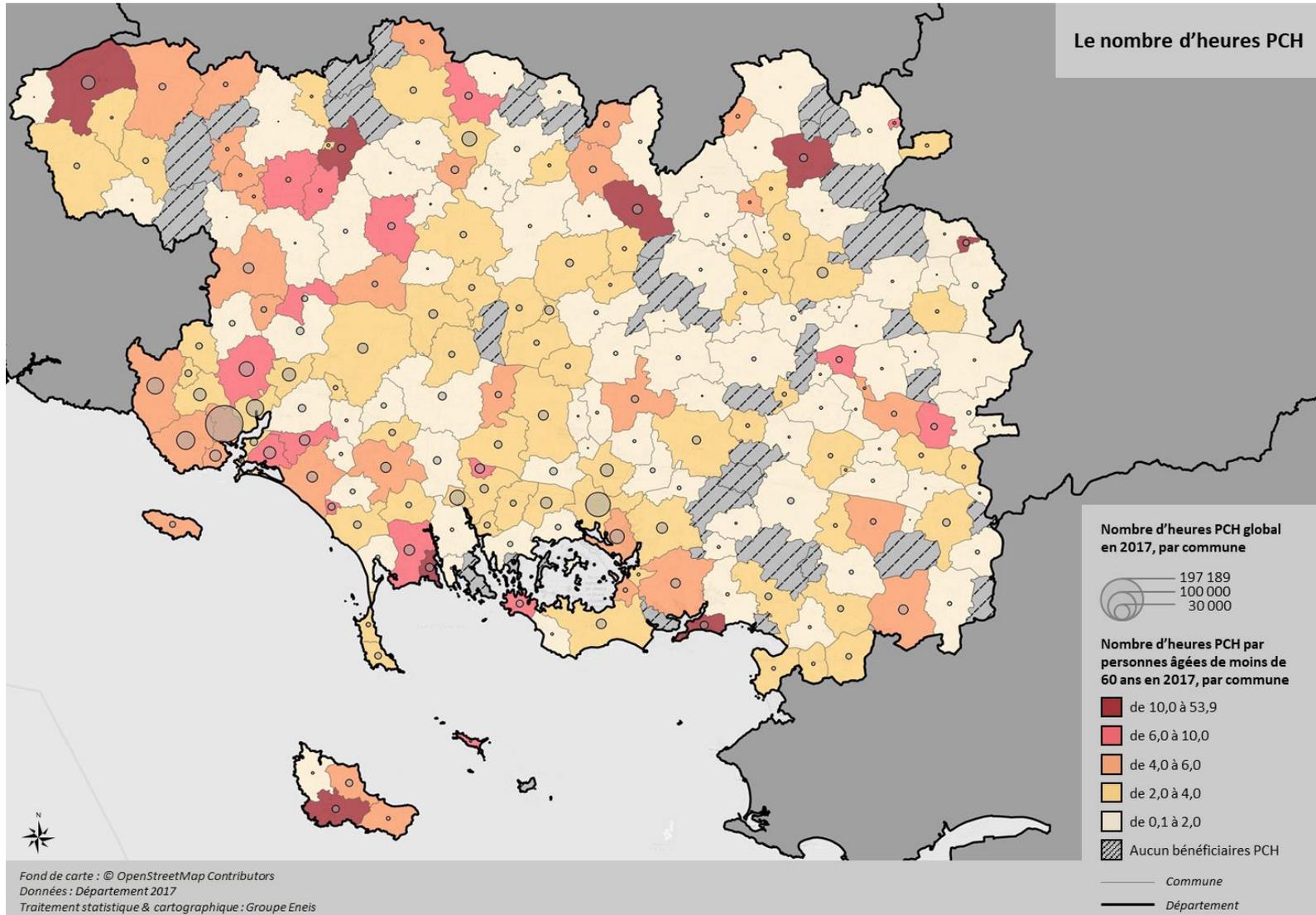


CARTOGRAPHIE DU NOMBRE D'HEURES PCH RÉALISÉES EN 2017 PAR COMMUNE EN ILLE ET VILAINE



CARTOGRAPHIE DU NOMBRE D'HEURES PCH RÉALISÉES EN 2017 PAR COMMUNE DANS LE MORBIHAN

Données indisponibles pour le département du Finistère



PROFIL DES PATIENTS PH PRIS EN CHARGE PAR LES SERVICES

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

Classification des patients de la file active PH selon leur profil pathologique



Classification des patients de la file active PH selon leur profil pathologique par taille de service

	Type handicap moteur	Type pathologies associées
SSIAD de petite taille	44%	56%
SSIAD de taille moyenne	48%	52%
SSIAD de grande taille	41%	59%

Classification des patients de la file active PH selon leur profil pathologique par type de gestionnaire

	Type handicap moteur	Type pathologies associées
CCAS-CIAS	45%	55%
Mutuelle	68%	32%
Centre Hospitalier	33%	67%
EHPAD public autonome	100%	0%
Association	44%	56%

Classification des patients de la file active PH selon leur profil pathologique par département

	Type handicap moteur	Type pathologies associées
Finistère	52%	48%
Côtes d'Armor	33%	67%
Morbihan	43%	57%
Ille et Vilaine	42%	58%

- **Plus de la moitié des patients en situation de handicap ou malades chroniques pris en charge par les services en 2017 ont un profil pathologique de type pathologies associées.**
- Le questionnaire mentionnait au titre des pathologies associées: l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire, le diabète, la polyopathie, les ulcères et escarres, les soins palliatifs et de soins de vie, les atteintes multiples et l'incapacité à réaliser seul deux actes de la vie quotidienne. **Il s'agit pour les profils les plus cités par les SSIAD de l'incapacité de réaliser seul 2 actes de la vie courante et d'atteintes multiples.**
- **45% des patients ont un profil pathologique « handicap moteur »,** qui recouvre la pathologie neurologique invalidante, la pathologie neuromusculaire invalidante, les lésions médullaires et le polyhandicap.
- **La répartition des pathologies selon la taille des services et selon le département ne présente pas de spécificité,** les variations n'étant pas marquées.
- A l'inverse, il apparait que **les SSIAD publics autonomes prennent en charge des patients présentant un profil pathologique de type handicap moteur en intégralité** à l'inverse des SSIAD hospitaliers pour lesquels ces profils ne représentent qu'un tiers des patients admis.



Le détail du profil pathologique par taille, gestionnaire et département est disponible en annexe.



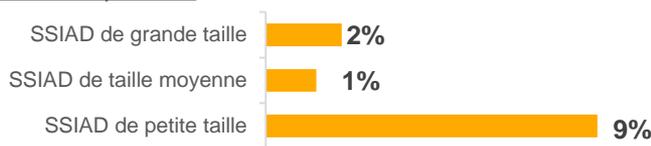
PROFIL DES PATIENTS PH PRIS EN CHARGE PAR LES SERVICES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

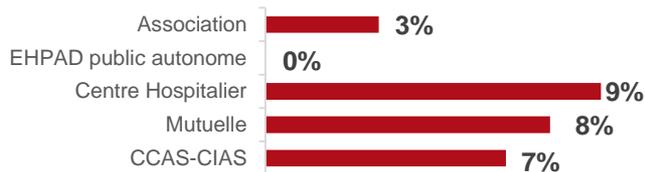
Analyse du ratio File active PH / patients PH en dérogation ou hors autorisation



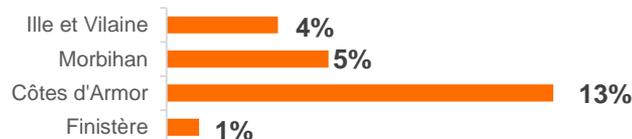
Analyse du ratio File active PH / patients PH en dérogation ou hors autorisation par taille



Analyse du ratio File active PH / patients PH en dérogation ou hors autorisation par nature du gestionnaire



Analyse du ratio File active PH / patients PH en dérogation ou hors autorisation par département



- Au niveau régional, la part des patients en dérogation ou hors autorisation sur des places PH en 2017 est de 4% (prise en charge de personnes de plus de 60 ans ou hors secteur).
- Comme pour les places PA, les dérogations concernent davantage **les SSIAD de petite taille (9%)**. En revanche, les SSIAD portés par des centres hospitaliers sont les plus concernés par ce phénomène (9%).
- Enfin, ici encore, le ratio régional est directement porté par **l'ampleur de ce phénomène au sein des Côtes d'Armor (13%)**. L'essentiel des cas de dérogation PH sont observables sur ce territoire, ce qui correspondrait soit à un maintien de personnes prises en charge avant 60 ans par le service et maintenus sur ces places après l'âge de 60 ans, soit à la prise en compte du handicap ou de la pathologie chronique indépendamment de l'âge. Cela renvoie directement à la politique d'admission des services et au cadre de continuité de leurs interventions.

FOCUS SUR LE CONTEXTE EXPRIMÉ PAR LES ACTEURS DU HANDICAP

Les partenaires consultés font état d'une fragilisation générale du domicile imputée à quatre tendances de fond :

1. **Une croissance de la complexité de l'aide et du soin à domicile**, notamment en raison de l'évolution des besoins (personnes handicapées vieillissantes, handicaps évolutifs, désinstitutionalisation, etc.) qui impliquent notamment une adaptation régulière des plans d'aide et de soins.
2. **L'aspect financier** (le manque de moyens mais également l'inadaptation du modèle de financement à des situations complexes évolutives).
3. **Le contexte difficile de recrutement de personnel qualifié au sein des SSIAD** et des autres acteurs du domicile dû à un déficit marqué d'attractivité et de visibilité du secteur. Les services sur des territoires en tension peuvent être amenés à refuser des patients faute de personnel.
4. **Un manque de formation des professionnels** sur ces besoins spécifiques (difficultés relationnelles, aspirations endotrachéales...).

Par ailleurs, les acteurs du handicap interrogés mentionnent des enjeux transversaux PA-PH concernant les SSIAD :

- Le nombre de places en SSIAD est considéré comme étant **trop faible pour les places PH comme PA**. Au-delà de la question des places, se pose également la question des compétences techniques au sein des SSIAD.
- Dans le cas d'un retour à domicile post-hospitalisation, **le patient peut se heurter à un refus d'admission en SSIAD**. La prise en charge devrait donc se penser de manière plus globale, en amont de l'hospitalisation, pendant l'hospitalisation et à la suite de l'hospitalisation.
- Les difficultés de recrutement et de formation et le constat d'un turnover important des personnels sont communs aux gestionnaires privés et associatifs, **aucun mode de gestion, aucun ESSMS ne sont réellement épargnés par les difficultés du secteur**.

FOCUS SUR LE CONTEXTE EXPRIMÉ PAR LES ACTEURS DU HANDICAP

Sur les spécificités PH :

- Les besoins sont différents entre personnes âgées et personnes en situation de handicap. Un accompagnement doit être proposé en incluant notamment l'ensemble de la vie sociale de la personne, le suivi scolaire, l'organisation d'activités de loisirs et la possibilité d'une prise en charge le soir à des heures tardives **correspondant au mode de vie et aux attentes des personnes accompagnées.**
- Les besoins les plus lourds ne peuvent pas être décalés, reportés. **Il y a trop souvent nécessité pour les aidants de combler les manques de l'offre à domicile.**
- Le manque de places et d'outils de suivi à **domicile peuvent contrevenir à la sécurité des personnes en situation de handicap (notamment nécessitant des aspirations) et s'apparenter à de la non-assistance à personne en danger.** La gestion des cas les plus complexes oblige les acteurs à se mobiliser sur de longues périodes, afin d'aboutir à une solution acceptable et sécurisée.
- L'habitat regroupé / l'habitat inclusif peut constituer une partie de la réponse, en **permettant plus facilement d'assurer une continuité de la prise de charge.**

Sur l'accès aux soins des PH :

- Les services peuvent **repérer les besoins d'accompagnement pour favoriser l'accès aux soins**, notamment dans le cas des besoins en transport adapté, repérés souvent comme un frein à certaines activités et surtout à des rendez-vous médicaux.

Les tendances de fond décrites par les acteurs du handicap sont applicables à une très grande majorité aux structures SSIAD, indépendamment d'une distinction par public pris en charge.



RÉFLEXIONS STRATÉGIQUES ISSUES DES ENTRETIENS AVEC LES ACTEURS DU HANDICAP SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PH

Sur la contractualisation :

- La mise en œuvre de CPOM est décrite comme inadaptée à la situation des personnes en situation de handicap. **Il serait pertinent de simplifier les procédures en mettant en place des CPOM uniques qui prennent en compte à la fois le médical et l'accompagnement à la vie sociale (SSIAD-SAVS-SAMSAH).**
- Les dispositifs actuels de contractualisation sont jugés **trop complexes en ingénierie et inadaptés à la valorisation réelle des coûts des services.**

Sur l'évolution des modes de tarification

- **Les participants interrogés questionnent la mise en place d'un « forfait soins individualisé à domicile »**, mieux adapté à la prise en charge en liant besoins médicaux, handicap et vieillissement et engageant un décloisonnement entre les modes de financement et les catégorisations PA/PH.
- **Ce forfait pourrait en outre plus facilement s'adapter aux besoins liés à l'âge et à l'évolution des soins.** Il conviendrait d'interroger les opportunités d'expérimentation ce forfait soins dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

Sur le renouvellement du dialogue

- **Les acteurs déplorent une faible prise en compte des enjeux mentionnés par les financeurs** (le maillage territorial des SSIAD, la continuité horaire pour les PH, les compétences spécifiques ...).

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

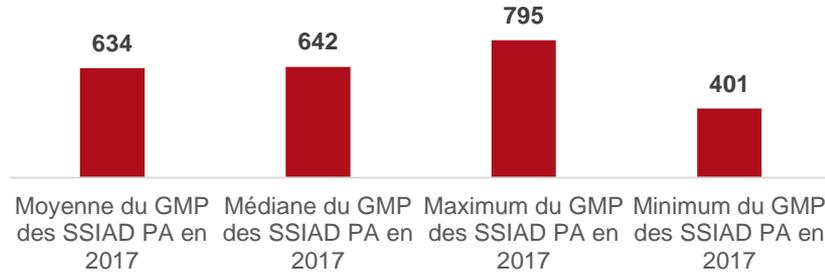
4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PA

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

Analyse du GMP des SSIAD PA en 2017



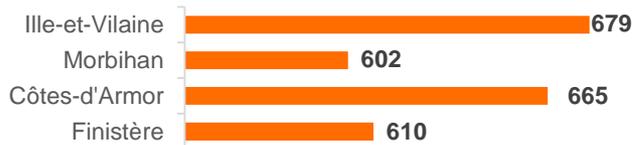
Moyenne du GMP des SSIAD PA en 2017 par taille



Moyenne du GMP des SSIAD PA en 2017 par nature du gestionnaire



Moyenne du GMP des SSIAD PA en 2017 par département



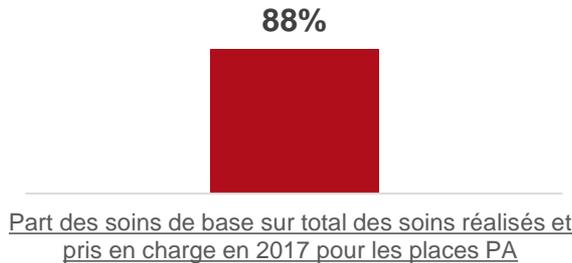
- Le GMP des personnes prises en charge par les SSIAD dans les places PA est en moyenne de **634 dans la région, pour une médiane à 642**. L'indice de dispersion du GMP est conséquemment relativement faible pour l'année 2017. On observe un maximum à 795 et un minimum à 401.
- Le GMP moyen est plus élevé dans les services de grande taille, celui des services de petite taille étant à la moyenne.
- Les patients des SSIAD des Mutuelles et associatifs ont un GMP supérieur, ceux des SSIAD hospitaliers, publics autonomes et territoriaux étant inférieurs à la moyenne constatée.
- On observe que les niveaux moyens de dépendance des PA varient selon les départements. Supérieurs à la moyenne régionale en Ille et Vilaine et dans les Côtes d'Armor alors qu'ils apparaissent plus faibles dans le Morbihan et le Finistère. **Un écart de 12% est observable** entre le GMP moyen départemental le plus faible et le GMP moyen départemental le plus élevé. **La comparaison avec la part de personnes âgées en GIR 1, 2 et 3 prises en charge dénote d'un GMP est corrélée au niveau de dépendance.**

Proportion de personnes âgées prises en charge en GIR 1,2 et 3 par département

	GIR 1	GIR 2	GIR 1-2	GIR 3	GIR 1-2-3 total
Finistère	7%	26%	33%	28%	61%
Côtes-d'Armor	7%	33%	40%	28%	68%
Morbihan	7%	24%	31%	24%	55%
Ile-et-Vilaine	8%	34%	42%	27%	69%
Ensemble des SSIAD	7%	28%	35%	26%	61%

CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PA

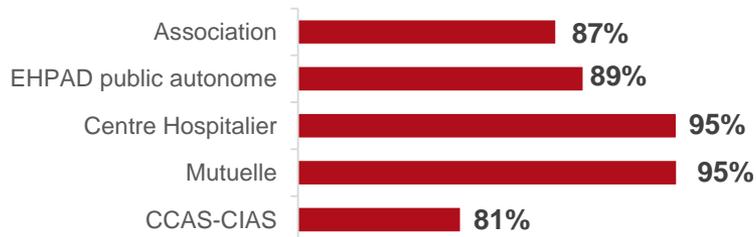
Source : Données issues de l'enquête en ligne



Part des soins de base sur total des soins réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PA par taille de SSIAD



Part des soins de base sur total des soins réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PA par nature du gestionnaire

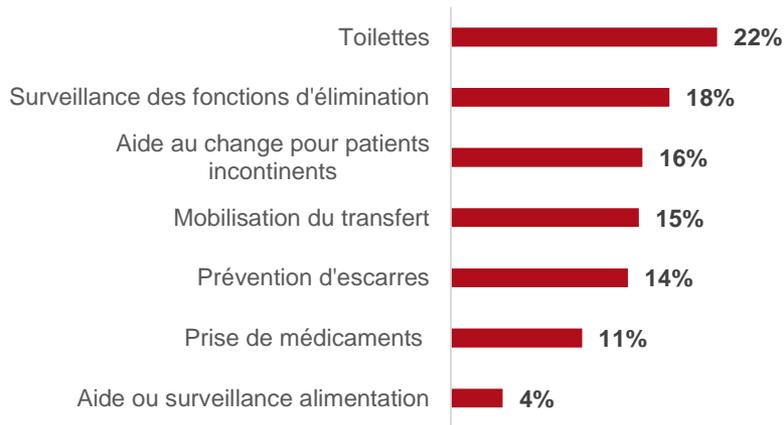


- **Les SSIAD assurent sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers définis par le code de la santé publique.**
- **Les soins techniques** correspondant notamment aux actes infirmiers côtés en AMI (actes médico-infirmiers): ils ne peuvent être effectués que par des IDE salariés du service, des IDE libéraux ou des centres de soins infirmiers ayant conventionné avec le service.
- **Les soins de base et relationnels** correspondant notamment aux actes infirmiers côtés en AIS (actes infirmiers de soins). Ils se définissent comme les soins d'entretien et de continuité de la vie, c'est-à-dire l'ensemble des interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement les incapacités fonctionnelles. Les soins base comprennent en particulier les soins d'hygiène et de confort.
- Au niveau régional, la part des soins de base sur le total des soins réalisés est de **88% pour les patients PA pour 12% de soins techniques.**
- **Pour les SSIAD de petite taille, cette part apparaît plus importante de l'ordre de 90% sans véritable corrélation avec le niveau de GMP.**
- En ce qui concerne le statut juridique du gestionnaire, les CCAS-CIAS se caractérisent par une part des soins de base plus faible (81%), les autres gestionnaires présentant une part supérieure à la moyenne régionale relevée.

CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

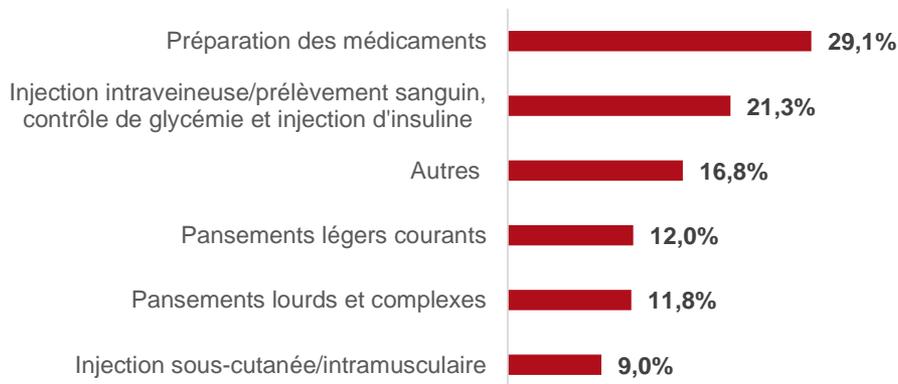
Part des différents soins de base réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PA



- **22% des soins de base délivrés à des PA concernent des toilettes et 18% de la surveillance des fonctions d'élimination.** L'aide aux changes et aux transferts viennent en 3^{ème} et 4^{ème} position pour une même proportion (15-16%), avec des soins locaux cutanés liés à la prévention des escarres (14%).

- **29% des soins techniques concernent la préparation des médicaments,** suivie des pansements légers ou lourds pour 24% et des injections intraveineuse/ prélèvement sanguin et contrôle de glycémie pour 22%. La catégorie « Autres » n'est pas précisée par les services.

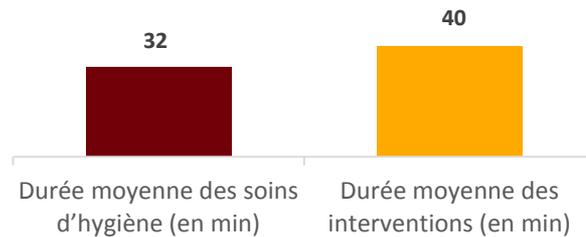
Analyse de la part des différents soins techniques réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PA



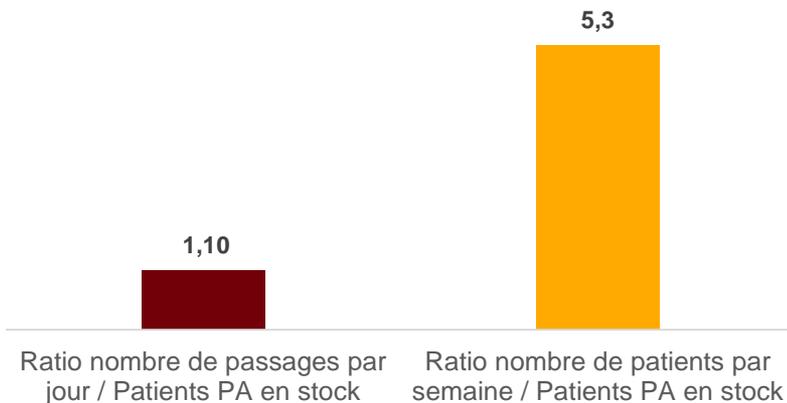
CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la durée moyenne des interventions et des soins d'hygiène



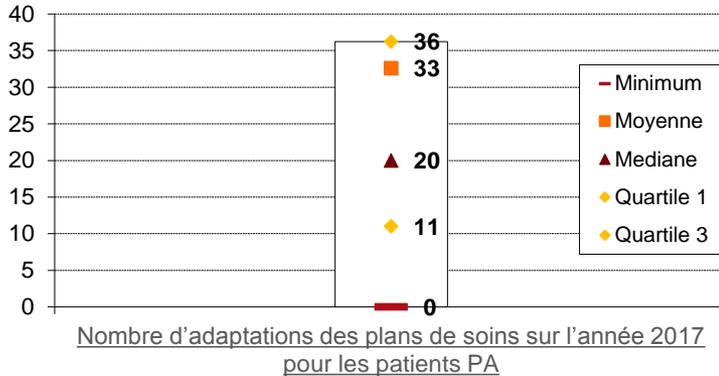
Analyse du ratio Nombre de passages du service / Nombre de patients PA en stock



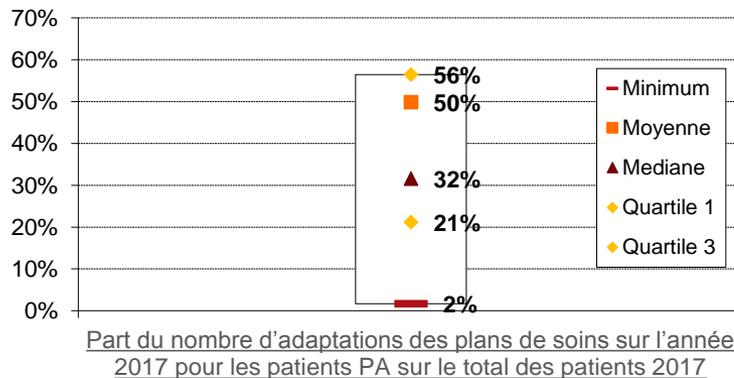
- En moyenne, la durée d'intervention relative à la prise en charge d'une personne âgée est de 40 minutes.
- Les soins d'hygiène sont en moyenne plus courts de 8 minutes que la moyenne de l'ensemble des interventions. Les services répondants ont pour la plupart précisé avoir indiqué une estimation du temps moyen d'intervention. **L'absence d'outils de suivi de la durée des interventions ne permet pas de témoigner précisément de la durée réelle (adaptée à chaque situation)**. On observe également une relative homogénéité de la durée moyenne estimée.
- Le nombre de passages moyen du service mis en relation avec le nombre de patients en stock permet d'évaluer en moyenne le nombre de passages par jour des services pour une personne âgée prise en charge. **Chaque SSIAD met en place en moyenne 59 interventions par jour pour 53 patients PA en stock, soit 1,1 passage par jour**. Le ratio par semaine opère presque exactement une multiplication par 5, avec un ratio de 5,3 passages par semaine et par patient PA.

CHARGE EN SOINS DES PATIENTS PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne



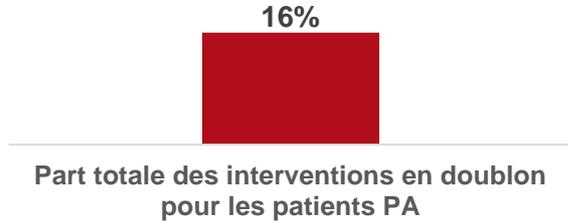
- La mise en œuvre du volet soins du projet personnalisé est guidée par un plan de soin formalisé par l'IDEC.
- Le nombre moyen d'adaptations des plans de soins PA en 2017 est de 33. Un quart des SSIAD a procédé à plus de 36 adaptations durant l'année 2017.
- En part de la file active, un quart des SSIAD a un nombre d'adaptations supérieur à 56% de la file active. Globalement, en moyenne, **un patient sur deux voit donc son plan de soins adapté sur l'année pour un quart des SSIAD** (Attention : le même patient peut faire l'objet de plusieurs adaptations).
- En moyenne, ce ratio est de 50 % avec une médiane de 32%. Cet écart entre la moyenne et la médiane révèle un indice de dispersion élevé des pratiques régionales; **la moyenne étant tirée par le haut par quelques SSIAD ayant des pratiques d'adaptation des plans de soins très régulières.**



Nom du SSIAD	Nature du gestionnaire	Taille du SSIAD	Adaptation du plan d'aide en 2017 (ordre décroissant)
SSIAD LA GUERCHE DE BRETAGNE	Association	SSIAD de petite taille	1
SSIAD CH QUIMPER-CONCARNEAU	Centre hospitalier	SSIAD de petite taille	1
SSIAD CH GUEMENE SUR SCORFF	Centre hospitalier	SSIAD de petite taille	3
SSIAD MFIV RENNES	Mutuelle	SSIAD de taille moyenne	5
SSIAD CHCB LOUDEAC	Centre hospitalier	SSIAD de petite taille	6
SSIAD-SMAD ADMR PAYS DE DOL	Association	SSIAD de petite taille	7
SSIAD DE LOUVIGNE DU DESERT	Association	SSIAD de petite taille	7
CENTRE DE SANTE DU PORHOËT	Association	SSIAD de petite taille	8
SSIAD REGION DE MORLAIX	Association	SSIAD de petite taille	9
SSIAD CH DOUARNENEZ	Centre hospitalier	SSIAD de petite taille	11

CHARGE EN SOINS DES PATIENTS PA

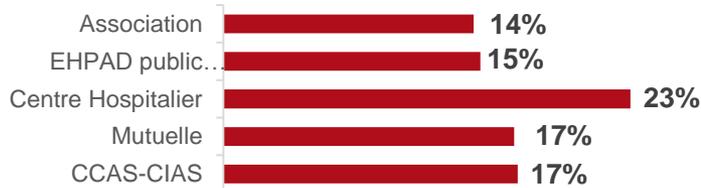
Source : Données issues de l'enquête en ligne



Part totale des interventions en doublon pour les patients PA



Part totale des interventions en doublon pour les patients PA



Part totale des interventions en doublon pour les patients PA



- Pour faire face aux besoins de soins, les interventions à domicile peuvent être renforcées avec la constitution de binôme professionnels ou professionnels/non professionnels. Cette mobilisation a des conséquences sur l'organisation des tournées et le taux d'occupation des services.
- La part totale des interventions PA en doublon par rapport à la file active est de **16%**.
- **Les SSIAD de grande taille sont ceux réalisant le moins d'interventions en doublon en proportion du nombre de patients (8%)**; à l'inverse des SSIAD de taille moyenne pour lesquels la proportion d'interventions en doublon est supérieure à la part globale constatée (22%).
- Il apparaît également un doublonnage des intervenants plus marqué pour les SSIAD hospitaliers, pour près d'un quart des patients pris en charge, que pour les services relevant des autres types de gestionnaires.
- Les SSIAD du département d'Ille-et-Vilaine mobilisent davantage plusieurs intervenants pour la prise en charge de leurs patients âgés, pour plus d'un cinquième également, par rapport à la mobilisation constatée pour les services des trois autres départements. Ce constat est à mettre en relation avec un niveau de dépendance plus marqué.
- **Les interventions en doublon concernent à part égale les différents types d'intervention en doublon** : plusieurs soignants du SSIAD, des binômes SSIAD-SAAD ou des binômes SSIAD-aidants.
- **Point de vigilance** : La calcul se base sur la file active de patients PA et non le nombre total des interventions. L'analyse suppose donc une hypothèse d'équivalence du nombre d'interventions par patient.

Analyse des interventions en doublon pour les patients PA	Plusieurs soignants du SSIAD	Binôme SSIAD-SAAD	Soignant SSIAD et de l'aidant
Ensemble des SSIAD	8%	8%	7%



La déclinaison des analyses par taille, gestionnaire et département est disponible en annexe



CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PH

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

Déficiences des SSIAD PH en 2017 à titre principal (données ANAP)



- **Les patients pris en charge sur les places PH présentent principalement des déficiences motrices pour près de 30%**, suivies de déficiences métaboliques en second rang (17,3%). Les déficiences liées à une cérébro-lésion et à des troubles du comportement et de la communication présentent une même proportion chez les patients de 11%. Les troubles psychiques apparaissent à hauteur de 11%.

- Ces données proviennent du tableau de bord de la performance et se recoupent partiellement avec le profil pathologique des patients PH provenant de l'enquête. En excluant le polyhandicap, le type « handicap moteur » correspond à 35% des patients contre 29% de déficiences principales motrices dans l'enquête. Les données ne se recoupent pas parfaitement: l'ANAP fait une distinction entre les déficiences principales et les déficiences associées absente dans l'enquête en ligne.

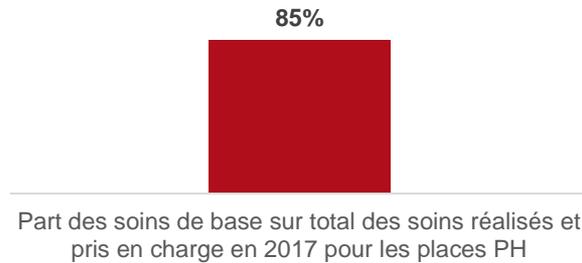


La déclinaison des analyses par taille, gestionnaire et département est disponible en annexe.

- Celle-ci révèlent que les SSIAD de petite taille prennent en charge davantage de patients présentant des déficiences motrices que les SSIAD de grande taille (34% contre 18%). Inversement, les SSIAD de grande taille prennent en charge davantage de patients ayant des déficiences métaboliques à titre principal que les SSIAD de petite taille (31% contre 11%).
- Les CCAS-CIAS présentent davantage de patients ayant des déficiences motrices que les autres catégories de gestionnaire 45%. L'Ille-et-Vilaine est le département présentant la part de déficiences motrices à titre principal la plus importante (45%).

CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne



- Au niveau régional, la part des soins de base sur le total des soins réalisés est de 85% pour les patients PH pour 15% de soins techniques.

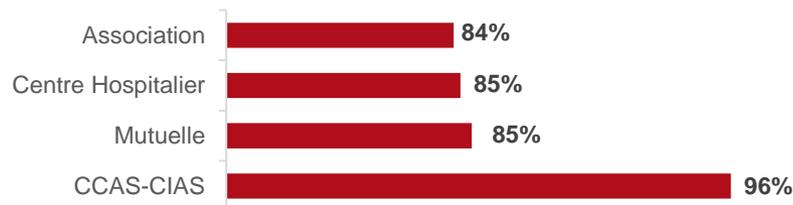
- A l'inverse de la tendance observable pour les patients PA, les SSIAD de petite taille assurent moins de soins de base en proportion que les SSIAD de grande taille (84% contre 95%).

Part des soins de base sur total des soins réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PH par taille de SSIAD



- En ce qui concerne le statut juridique du gestionnaire, les CCAS/CIAS se caractérisent cette fois-ci par une part des soins de base plus importante (96%), les autres gestionnaires présentant une part supérieure à la moyenne régionale relevée.

Part des soins de base sur total des soins réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PH par nature du gestionnaire

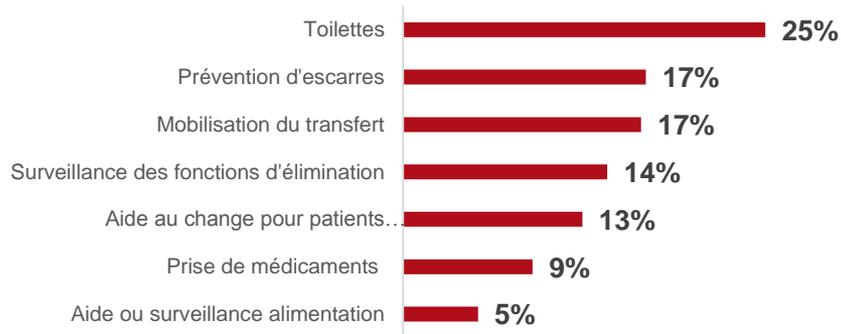


Point de vigilance : Les analyses déclinées par gestionnaire sur les places PH portent sur un nombre réduit de structures, ce qui induit un effet loupe.

CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PH

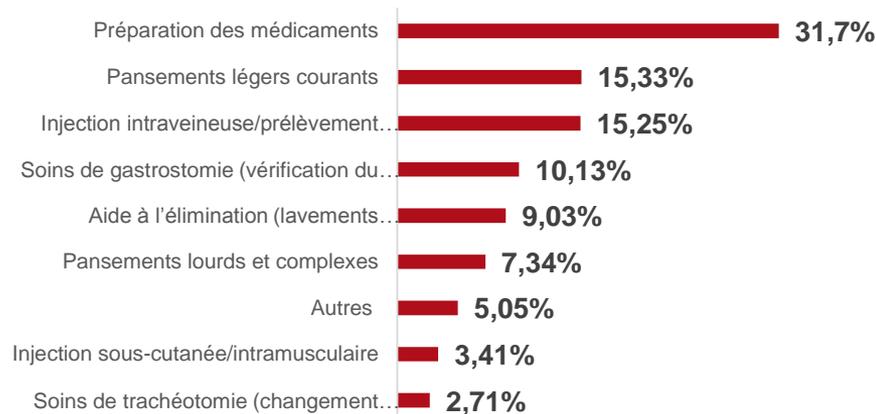
Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la part des différents soins de base réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PH



- 25% des soins de base délivrés à des PH concernent des toilettes et 17% de la mobilisation des personnes et l'aide au transfert et de la prévention des escarres à égalité. La surveillance des fonctions d'élimination et l'aide aux changes viennent en 3^{ème} et 4^{ème} position pour une même proportion (14-13%).

Analyse de la part des différents soins techniques réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PH



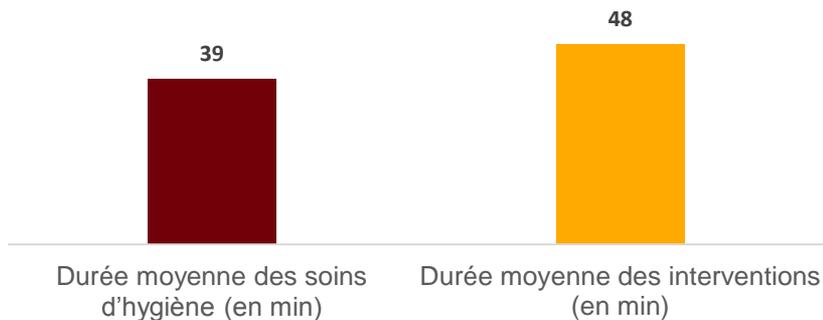
- **31,7% des soins techniques concernent la préparation des médicaments** - Ici encore, la proportion est comparable avec celle des places PA, légèrement supérieure - suivie des pansements légers et des injections intraveineuse/ prélèvements pour 15% et des soins de gastrostomie (10%).



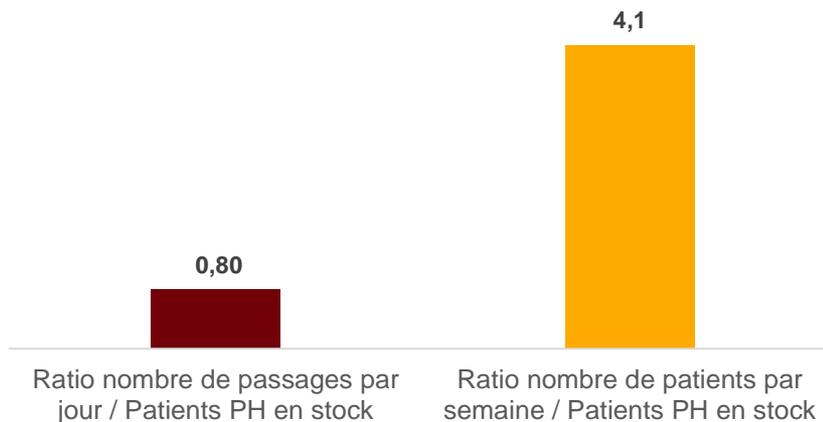
CHARGE DE SOINS DES PATIENTS PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la durée moyenne des interventions et des soins d'hygiène pour les places PH



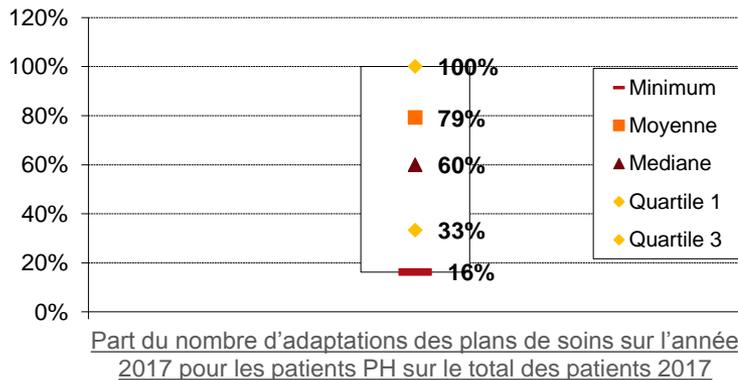
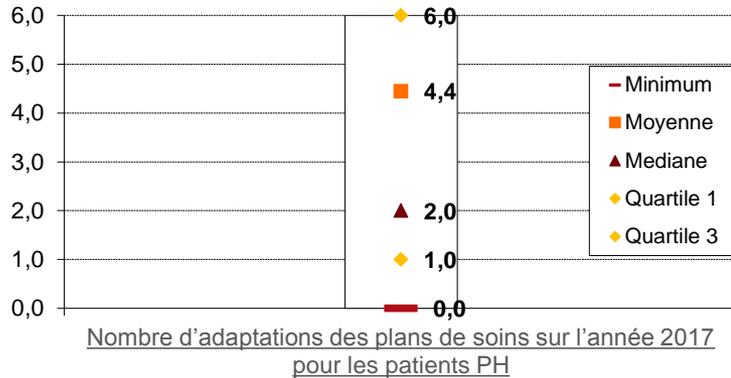
Analyse du ratio Nombre de passages / Nombre de patients PH en stock



- **En moyenne, une intervention relative à la prise en charge d'une personne en situation de handicap dure 48 minutes.** De la même manière que pour les places PA, la durée moyenne indiquée est une estimation des services. Ils font ici remonter un élément comparatif important en affirmant la tendance d'une durée d'intervention plus longue au titre des places PH. L'écart constaté est presque similaire pour la durée moyenne des soins d'hygiène (+ 9 minutes).
- **Les SSIAD interviennent en moyenne moins de fois par jour au titre des places PH qu'au titre des places PA.** Il serait néanmoins pertinent de distinguer le nombre d'interventions par type de handicap, les acteurs associatifs ayant fait remonter des besoins spécifiques liés aux prises en charge les plus lourdes. Le nombre de passage moyen par jour et par personne en situation de handicap doit se préciser à travers une grande diversité des besoins.

CHARGE EN SOINS DES PATIENTS PH

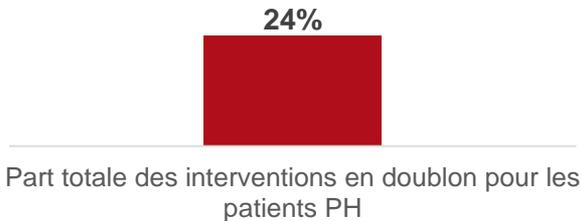
Source : Données issues de l'enquête en ligne



- Le nombre moyen d'adaptations des plans de soins PH est de 4,4. Un quart des SSIAD ont procédé à plus de 6 adaptations durant l'année 2017.
- En part de la file active, un quart des SSIAD a un nombre d'adaptations supérieur à 100% de la file active. Globalement, en moyenne, tous les patients voient **donc leur plan de soins adapté durant l'année pour un quart des SSIAD.**
- En moyenne, ce ratio est de 79 % avec une médiane de 60%. Cet écart entre la moyenne et la médiane révèle un indice de dispersion élevé des pratiques régionales, même si celui-ci reste moins significatif que pour les places PA. **Les SSIAD ont donc des pratiques plus régulières d'adaptation des plans de soins pour les places PH que pour les places PA.**
- **L'actualisation et la réévaluation du projet personnalisé pour PA et PH doit intervenir régulièrement, basées sur la qualité des transmissions et le repérage des risques dans une démarche qualité (formalisation de procédures) et de construction du parcours du patient (coordination avec les partenaires et relais).**

CHARGE EN SOINS DES PATIENTS PH

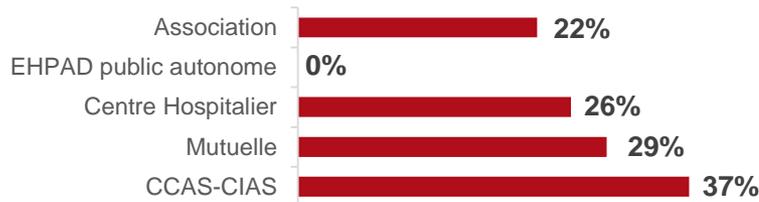
Source : Données issues de l'enquête en ligne



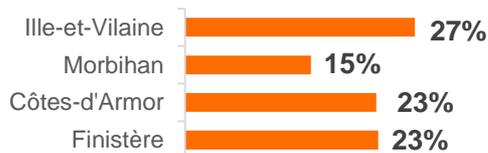
Part totale des interventions en doublon pour les patients PH



Part totale des interventions en doublon pour les patients PH



Part totale des interventions en doublon pour les patients PH



- La part totale des interventions **PH en doublon par rapport à la file active de patients est de 24%**.
- Les SSIAD de grande et de petite taille sont ceux qui assurent le moins d'interventions en doublon, **contrairement aux services de taille moyenne pour lesquels les interventions en binôme sont doublées par rapport à la part globale constatée**.
- Le recours au doublonnage des intervenants est plus accentué pour les SSIAD territoriaux, ce recours est supérieur à un tiers des patients pris en charge.
- **L'Ille-et-Vilaine se caractérise par une part plus élevée** d'interventions en doublon par ces services, comme pour les interventions pour les patients âgés, de 3% supérieur à la part globale.
- Les interventions en doublon **concernent principalement les binômes SSIAD-SAAD** (17% sur un total de 32%).
- *Point de vigilance* : La calcul se base sur la file active de patients PH et non le nombre total des interventions. L'analyse suppose donc une hypothèse d'équivalence du nombre d'interventions par patient.

Interventions en doublon pour les patients PH	Plusieurs soignants du SSIAD	Binôme SSIAD-SAAD	Soignant SSIAD et de l'aidant
Ensemble des SSIAD	7%	17%	8%

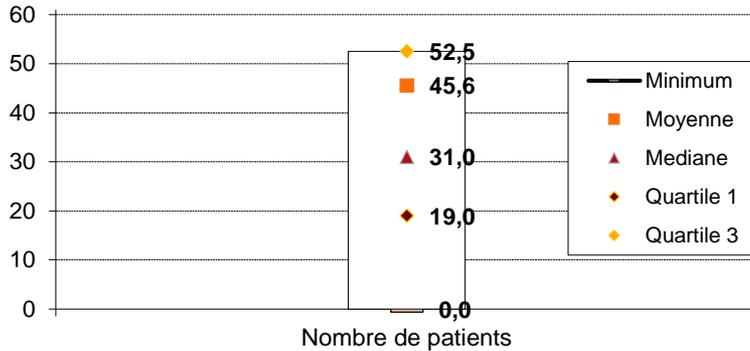


La déclinaison des analyses par taille, gestionnaire et département est disponible en annexe

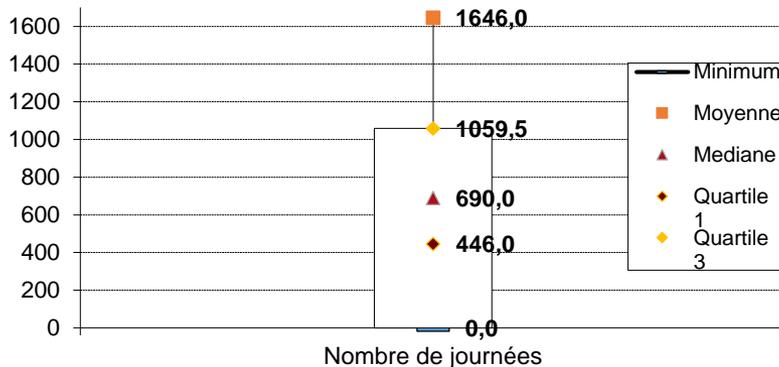
TAUX D'HOSPITALISATION DES PATIENTS PA/PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse du nombre de patients hospitalisés par service en 2017 (PA et PH)



Analyse du nombre de journées d'hospitalisation par service en 2017 (PA et PH)



- **Les services ne sont en mesure de comptabiliser que le nombre total de patients hospitalisés, sans distinction entre PA et PH.**
- En moyenne, les services ont compté 46 patients hospitalisés en 2017. **On constate néanmoins un écart important avec la médiane, s'élevant à 31 patients hospitalisés, marquant de réelles disparités entre services.** Un quart des services ont indiqué avoir eu plus de 52 patients hospitalisés durant l'année, et un quart moins de 19 patients.
- Le nombre total de journées d'hospitalisation dénote également d'une diversité de situations à l'échelle régionale. La moyenne est peu représentative de la situation territoriale, **elle s'élève à 1646 journées d'hospitalisation mais est tirée vers le haut par quelques services présentant un grand nombre de personnes hospitalisées sur une durée également élevée.** Elle implique néanmoins une durée moyenne d'hospitalisation relativement longue, d'environ 35 jours par patient hospitalisé.

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

STRUCTURATION DES COÛTS (1/3)

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Ensemble des SSIAD	9%	83%	7%

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
SSIAD de petite taille	12%	81%	7%
SSIAD de taille moyenne	9%	83%	8%
SSIAD de grande taille	5%	90%	5%

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
CCAS-CIAS	7%	89%	5%
Mutuelle	4%	87%	9%
Centre Hospitalier	17%	78%	6%
EHPAD public autonome	8%	86%	6%
Association	9%	83%	8%

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Finistère	9%	83%	8%
Côtes d'Armor	7%	86%	7%
Morbihan	13%	81%	7%
Ille et Vilaine	9%	84%	7%

- Au niveau régional, le **groupe 2 représente plus de 83%** des charges des SSIAD. Les charges des différents services médico-sociaux sont en effet essentiellement constituées de charges de personnel. Ce groupe de charges est par nature peu compressible.
- Le **groupe 2 est cependant plus important en proportion pour les SSIAD de grande taille**. Il faudrait approfondir qualitativement avec les services concernés les éventuels gains d'efficience engendrés par l'atteinte d'une taille critique. Le poids des obligations sociales et d'une gestion multi-activités pourraient être un des facteurs explicatifs.
- Les **centres hospitaliers se caractérisent par une proportion des charges d'exploitation courante nettement plus importante que pour les autres SSIAD** (17% contre 9% à l'échelle régionale). Ce constat implique ici aussi un approfondissement avec les SSIAD concernés.
- Les écarts interdépartementaux sur la répartition de ces différents groupes de charge sont nettement moins significatifs (écart maximum de 6 points sur le groupe 1).

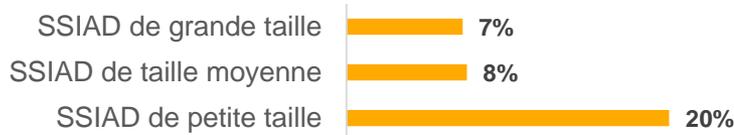
Groupe 1 : Montant des dépenses afférentes à l'exploitation courante
Groupe 2 : Montant des dépenses afférentes aux personnels
Groupe 3 : Montant des dépenses afférentes à la structure

STRUCTURATION DES COÛTS (2/3)

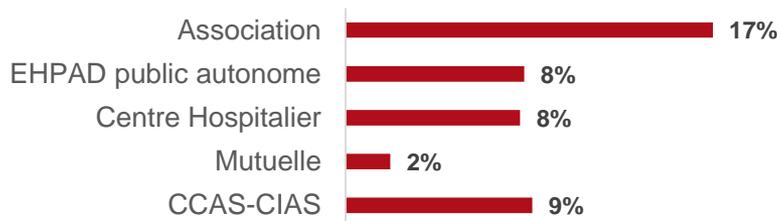
Source : Données issues de l'enquête en ligne



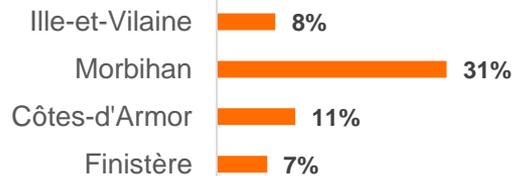
Part des honoraires et des frais de déplacement des libéraux dans le total des charges 2017



Part des honoraires et des frais de déplacement des libéraux dans le total des charges 2017



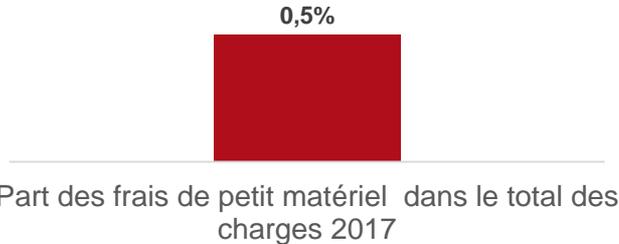
Part des honoraires et des frais de déplacement des libéraux dans le total des charges 2017



- La part des frais d'honoraires des infirmiers libéraux et des frais de déplacement des libéraux parmi le total des charges est de **13% à l'échelle régionale.**
- Les **SSIAD de petite taille ont une part de charges relatives à la sous-traitance de 20% soit 13 points supérieur aux SSIAD de grande taille.** Ce constat est à mettre en relation avec la part moins importante des IDE salariés dans ces SSIAD.
- Au niveau territorial, le Morbihan se caractérise par une part de plus de 30%, ce qui nécessite d'approfondir les modalités départementales de coopération avec les IDEL du territoire.
- Ces données doivent cependant s'interpréter avec vigilance car **les modes de comptabilisation de ces charges diffèrent entre les structures.**
- Des analyses complémentaires portant sur la mise de relation des frais de déplacement des salariés intervenants du SSIAD avec la superficie du territoire d'intervention n'ont pas pu être effectuées en raison d'une fiabilité trop faible de la donnée.

STRUCTURATION DES COÛTS (3/3)

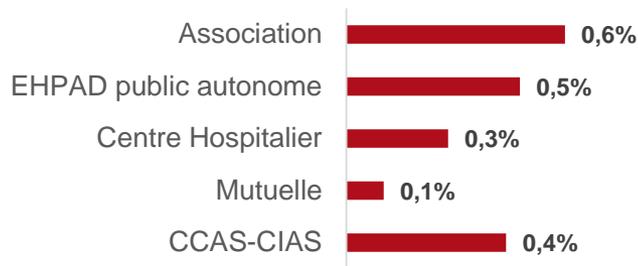
Source : Données issues de l'enquête en ligne



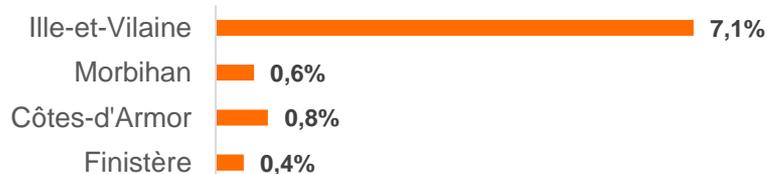
Part des frais de petit matériel dans le total des charges 2017



Part des frais de petit matériel dans le total des charges 2017



Part des frais de petit matériel dans le total des charges 2017



- Les achats de matériel peuvent faire l'objet d'une mutualisation au sein du même gestionnaire ou entre services via des centrales d'achat. Ces pratiques peuvent permettre de diminuer les coûts d'achat du matériel.
- La part des frais de petit matériel parmi le total des charges est de **0,5% à l'échelle régionale. Plus les SSIAD sont de petite taille et plus la part des frais d'achat de petit matériel est importante.**
- Les **SSIAD portés par des centres hospitaliers ont une part deux fois inférieure aux SSIAD associatifs.** Cela suggère que ces SSIAD pourraient bénéficier d'achats menés à l'échelle de l'hôpital.
- La part importante de l'Ille et Vilaine au regard des autres départements interroge sur la **fiabilité de la donnée transmise par les services.**
- Les pratiques de mutualisation des achats sont à **encourager à l'échelle territoriale/régionale.**

ANALYSE DU TAUX DE CAF DES SERVICES

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

- La capacité d'autofinancement (CAF) correspond aux **ressources générées par l'activité du SSIAD**. Le taux de CAF est un ratio de la CAF rapporté aux charges décaissables. Ce ratio reflète le niveau de solidité du modèle économique de la structure.
- Un taux de **CAF sécurisé doit idéalement se situer entre 5%** (si absence d'investissement par l'emprunt) et **10%** en cas d'emprunts importants. Un nombre significatif de SSIAD déclarent un taux de CAF négatif, ce qui traduirait un modèle économique non pérenne à terme.
- Il conviendrait d'approfondir ce constat avec les structures concernées pour différencier le taux de CAF global du taux de CAF normatif (hors produits et charges exceptionnelles). Cette différenciation permettrait d'identifier dans quelle mesure ces taux de CAF sont propres à **un déséquilibre structurel ou conjoncturel** de la structure.
- Une fiabilisation de la CAF est donc nécessaire en amont, avec l'utilisation de l'EPRD (déjà utilisé pour les SSIAD publics) et le passage en CPOM.

ANALYSE DU FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL EN JOURS DE CHARGES PAR SERVICE

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

- Le fonds de roulement net global (FRNG) correspond à **l'ensemble des ressources mises à la disposition du SSIAD pour une durée assez longue**. Il contient par exemple pour les SSIAD associatifs, les fonds associatifs. Ramené en jours de charges, le FRNG permet notamment d'évaluer le taux de couverture en jours d'activité par ces ressources stables.
- **8 SSIAD déclarent un FRNG au 31/12/2107 en jours de charges négatif**. Cela signifie que le financement du cycle d'exploitation du SSIAD repose uniquement sur un excédent en fonds de roulement ou un découvert bancaire. Un FRNG en jours de charges inférieur à 30 jours révèle une fragilité concernant la trajectoire financière de la structure (22 SSIAD concernés).
- Un FRNG négatif peut notamment s'expliquer par un **cumul de déficit**. **Aujourd'hui, les déficits sont cependant repris par l'autorité de tarification et le résultat négatif neutralisé**. Ces données mériteraient d'être approfondies avec les SSIAD concernés, afin de notamment d'isoler ce qui relève de **l'organisation du gestionnaire** et ce qui relève de **l'organisation du SSIAD**. Le bilan présenté est en effet consolidé (vision globale) et non propre au service.

ANALYSE DU TAUX D'ENDETTEMENT PAR SERVICE

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

- Un taux d'endettement supérieur à **40%** nécessite d'être particulièrement vigilant par rapport modèle économique de la structure. **5 SSIAD sont concernés par ce niveau de taux d'endettement en 2017**. Un taux d'endettement élevé n'est pas en soit dangereux si le SSIAD dispose d'un taux de CAF lui permettant de faire face à ses échéances. Cependant, pour ces services, **le taux de CAF est inférieur à 0,5%** ce qui traduit un modèle économique fragile.
- Ces SSIAD bénéficient cependant d'un FRNG en jours de charges supérieur à deux mois ce qui sécurise à court terme le paiement des échéances de prêt (dans l'hypothèse où le SSIAD ne subit de BFR trop important).
- L'analyse du taux d'endettement doit également s'appréhender à l'aune de la durée des emprunts et de la durée des immobilisations. Une décorrélation entre la durée des immobilisations et la durée des emprunts peut amener les SSIAD à observer d'une année sur l'autre de brusques variations du taux d'endettement. **Il conviendrait donc d'approfondir avec ces SSIAD le modèle de structuration de la dette** étant de nouveau relevé que le bilan présenté est consolidé (vision globale) et n'est pas propre au service.

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur



TAUX D'ADMISSION DES PATIENTS PA/PH

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

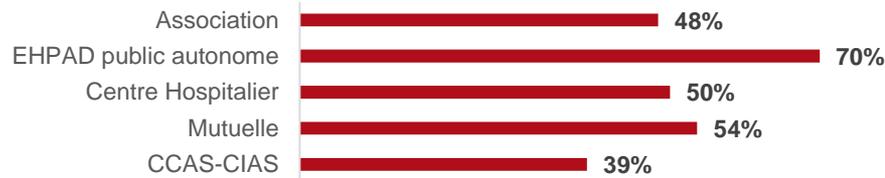
Moyenne du taux d'admission (PA/PH)



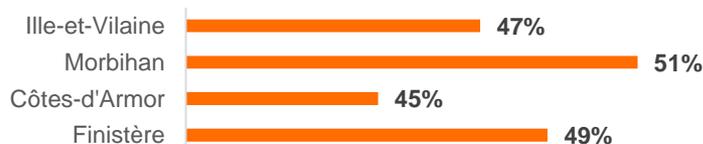
Analyse du taux d'admission (PA/PH) par taille de structure



Analyse du taux d'admission (PA/PH) par type de gestionnaire



Analyse du taux d'admission (PA/PH) par département



- **Le taux d'admission est un indicateur clé de l'analyse des mouvements au sein d'une structure en mettant en relation le nombre d'admissions et la capacité d'accueil autorisée d'un service.** En moyenne, le taux d'admission des SSIAD dans la région s'élève à 49%, soit près d'une admission sur l'année 2017 pour deux places autorisées.
- Les SSIAD de taille moyenne tendent à présenter un taux d'admission légèrement plus faible que les services de petite et de grande taille. Néanmoins, le différentiel constaté n'excède pas 5%.
- **Le type de gestionnaire influe en revanche de manière plus marqué sur le taux d'admission.** Les EHPAD publics autonomes présentent un nombre d'admissions par nombre de places autorisées supérieur de 20 points à la moyenne régionale. A l'inverse, les SSIAD rattachés à un CCAS-CIAS observent un taux d'admission de 39%
- **Les disparités territoriales en matière de taux d'admission apparaissent relativement limitées.** On observe un différentiel de 6 points seulement entre le Morbihan, département présentant le taux le plus élevé (51%) et les Côtes d'Armor, présentant le taux le plus faible (45%).

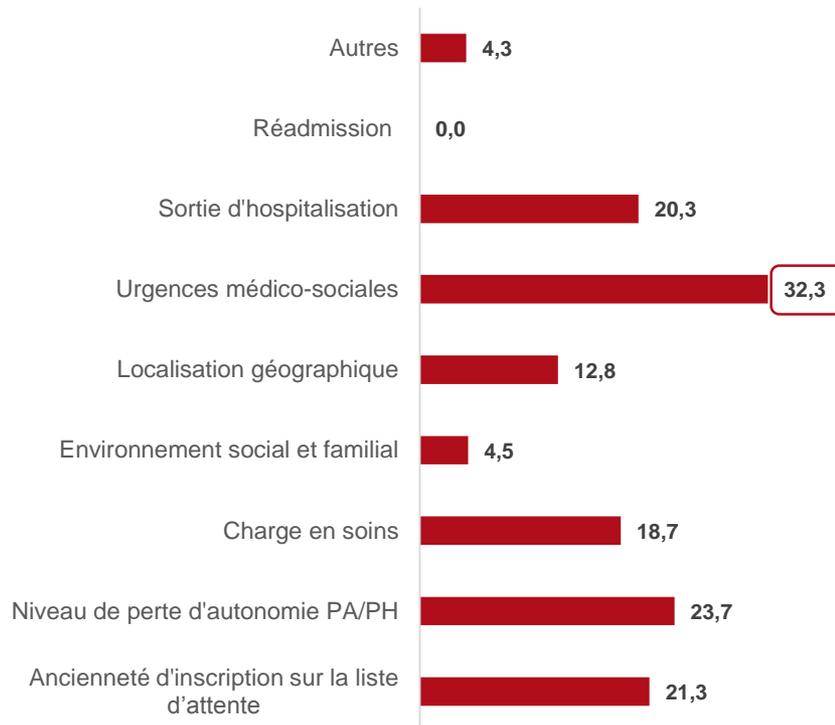
Méthodologie : Le taux d'admission inclus dans le tableau de bord de la performance prend en compte le nombre d'admissions sur l'année (hors HT et AJ) et le nombre de places autorisées (hors HT et AJ). Le taux d'admission est global et ne permet pas d'opérer une distinction entre les publics PA et PH.



POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'ADMISSION

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Indice pondéré du niveau de priorité des différents critères d'admission



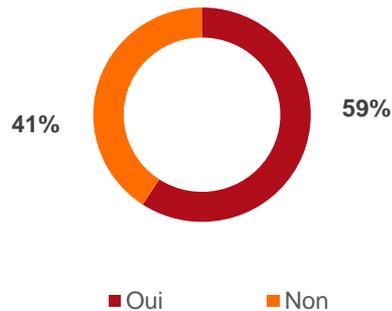
Mode de calcul : L'indice prend en compte les critères mis en avant par les services en pondérant chaque réponse donnée par niveau de priorité indiqué, plus l'indice est élevé, plus le critère est considéré comme prioritaire.

- Les demandes d'admission en SSIAD s'inscrivent dans des critères d'admission qui tiennent au cadre de l'autorisation (public / capacité / territoire d'intervention). **Lorsqu'elles ne s'y inscrivent pas, le service doit aider la personne à trouver des solutions alternatives et adaptées en lien avec les partenaires du territoire de manière à assurer sa sécurité et celle de son proche-aidant à domicile** (réponses d'attente ou réorientation définitive). Pour les fédérations, il y a une vraie vigilance des SSIAD à accompagner les refus, beaucoup de temps y est consacré « sans prise en compte dans la tarification ».
- L'indice pondéré du niveau de priorité des critères d'admission fait ressortir **une grande variabilité dans les choix opérés par les services**. Les urgences médico-sociales sont le plus souvent mises en avant par les SSIAD, mais quatre autres critères font l'objet d'une certaine attention:
 - le niveau de perte d'autonomie,
 - l'ancienneté d'inscription sur la liste d'attente,
 - les retours à domicile suite à une hospitalisation,
 - la charge en soin des personnes.
- Pour les représentants des services, c'est le territoire qui fait les critères. **Les arbitrages effectués lors de l'admission dépendent d'une multiplicité de facteurs (organisationnels, financiers ou historiques)** qui impliquent une gestion au cas par cas.
- **Les critères d'admission doivent être transparents, pour les usagers et les partenaires et mentionnés dans le projet de service. Il convient d'aller vers une cohérence dans l'utilisation de ces critères et une formalisation de ces derniers au travers d'une procédure interne. Une réflexion est à mener sur la pertinence des critères de priorisation utilisés par les services sur les territoires en lien avec les motifs de refus et la gestion de ces refus et sur la possibilité ou non, d'une uniformisation des pratiques.**

POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'ADMISSION

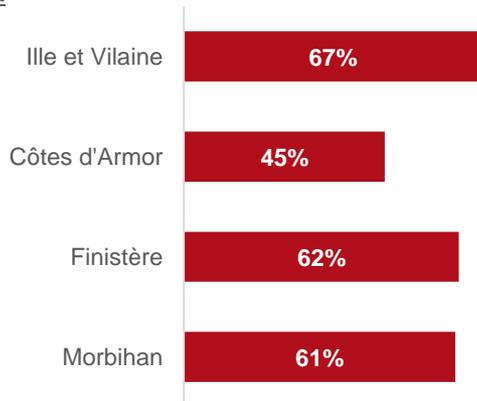
Source : Données issues de l'enquête en ligne

Formalisation des critères d'admission au sein des structures interrogées



- **59% des SSIAD répondants déclarent formaliser leurs critères d'admission dans le projet de service.** Les critères prioritaires divergent entre les services et font l'objet d'un arbitrage pour chaque situation rencontrée, tenant compte des contraintes d'organisation. Néanmoins, il ressort de l'enquête que la majorité des services se sont engagés dans une objectivation de leurs critères d'admission.

Formalisation des critères d'admission au sein des SSIAD/SPASAD par département

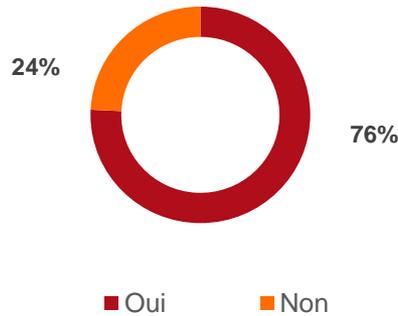


- **Cette formalisation des critères d'admission est pratiquée de manière différenciée par les services selon les départements.** L'Ille et Vilaine présente le taux de formalisation le plus élevé (67%) et les Côtes d'Armor le plus faible (45%).

POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'ADMISSION

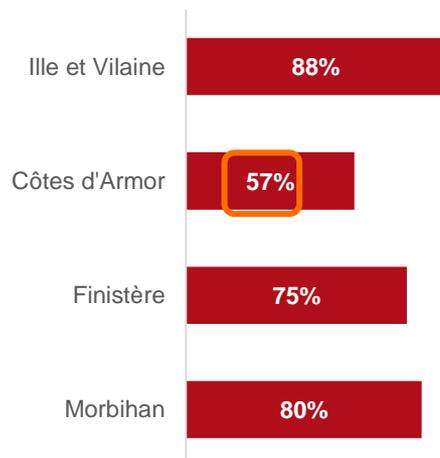
Source : Données issues de l'enquête en ligne

Formalisation d'une procédure d'admission au sein des SSIAD/SPASAD de la région



- **La procédure d'admission est un outil d'organisation du service dans le cadre de démarche qualité et du chainage métier « organisation des activités et modes opératoires »** (demande-traitement-admission-refus et suivi). Aussi, 76% des SSIAD interrogés ont-ils indiqué avoir engagé une formalisation de la procédure.

Formalisation d'une procédure d'admission au sein des SSIAD/SPASAD par département



- **L'analyse départementale montre néanmoins d'importantes disparités territoriales.** Les Côtes d'Armor présentent ainsi un taux de 20 points inférieur à la moyenne, seuls 57% des SSIAD y ont formalisé une procédure d'admission. A contrario, le département d'Ille et Vilaine observe un taux de 88%.

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur



DEMANDES INSATISFAITES ET GESTION DES REFUS PATIENTS PA

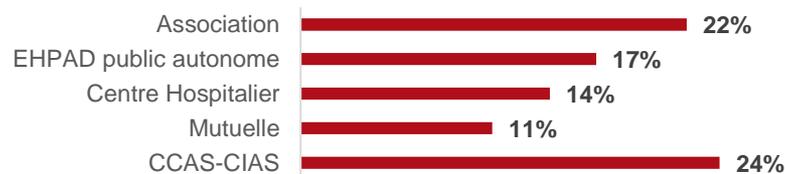
Analyse de la part des refus de patients selon la file active PA



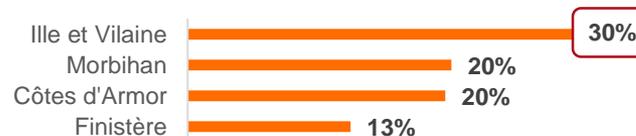
Analyse de la part des refus de patients selon la file active PA par taille de structure



Analyse de la part des refus de patients selon la file active PA par type de gestionnaire



Analyse de la part des refus de patients selon la file active PA par département

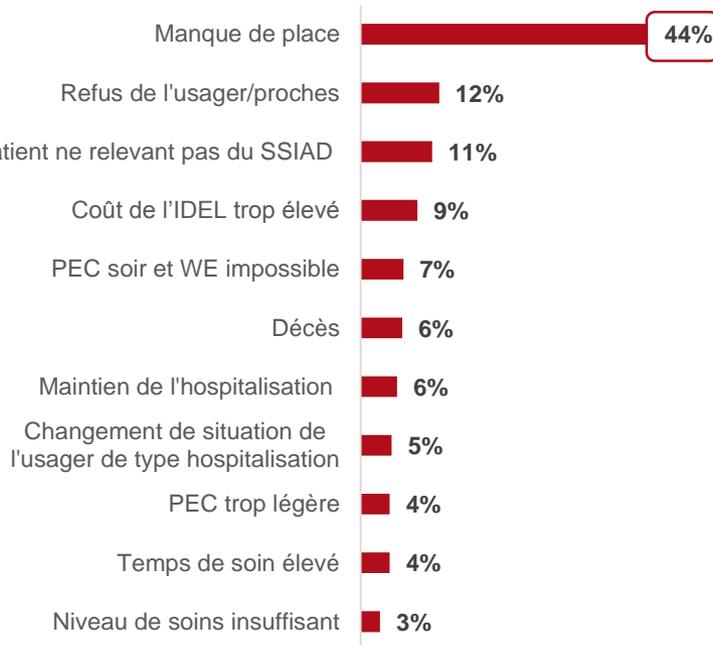


- La moyenne régionale en termes de part de refus d'admission sur la file active PA s'élève à 19%.
- Le taux de refus d'admission sur la file active est sensible à la capacité d'accueil des SSIAD interrogés. On observe que le seuil de 60 places induit un changement net dans la proportion de refus. Pour les services de moins de 60 places, le ratio identifié atteint 22%, soit trois points au dessus de la moyenne régionale. **Aucune différenciation n'est en revanche constatée entre les services de taille moyenne et les services de grande taille, pour lesquels le taux est de 17%.**
- Au-delà du nombre de places par service, **la structuration et le fonctionnement des SSIAD influent sur les taux de refus.** La caractérisation du ratio par type de gestionnaire fait ainsi ressortir une importante variabilité. Les services gérés par des CCAS-CIAS ou par des structures associatives présentent une part supérieure à 20% quand les mutuelles observent une part de 11%. La variabilité du taux de refus d'admission par type de gestionnaire demanderait à être complétée d'une analyse de la typologie du territoire. Une des hypothèses avancées par l'UNA serait de considérer la probabilité plus forte d'une couverture territoriale des zones d'accès plus difficiles et moins attractives (rural) par les associations et les services publics.
- **L'analyse des besoins par territoire infra doit également permettre d'explicitier les différenciations départementales observées.** L'Ille et Vilaine est ainsi à la fois le département dans lequel les services enregistrent le plus de demandes, et celui au sein duquel le plus de patients sont refusés, en proportion de la file active.

DEMANDES INSATISFAITES ET GESTION DES REFUS PATIENTS PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Classification des motifs de refus d'admission en part du total des refus pour les places PA



Classification des motifs de refus d'admission en part du total des refus pour les places PA par département

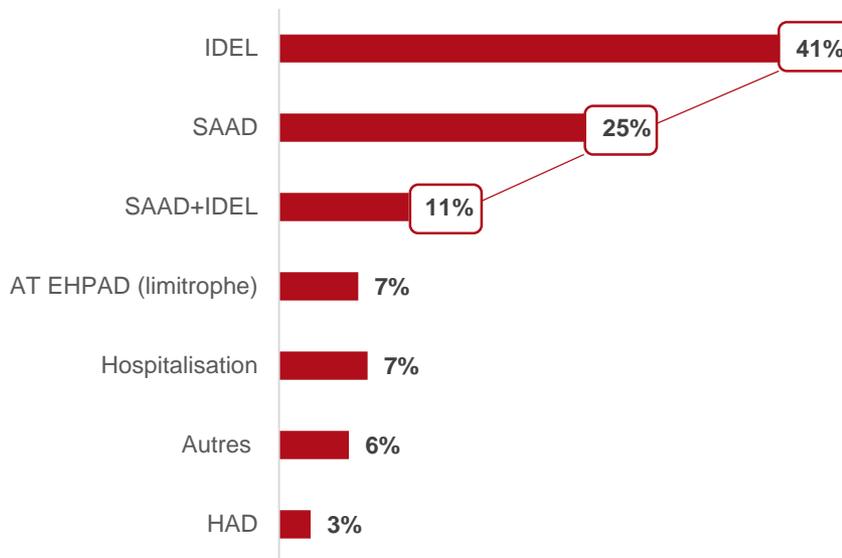
	Manque de place	Niveau de soins insuffisant	Coût de l'IDEL trop élevé	Temps de soin élevé	PEC soir et WE impossible	Patient ne relevant pas du SSIAD	PEC trop légère	Refus de l'utilisateur/proches	Changement de situation de l'utilisateur	Maintien de l'hospitalisation	Décès
Finistère	35%	0%	9%	15%	7%	16%	0%	22%	3%	3%	2%
Côtes d'Armor	51%	3%	15%	2%	7%	4%	4%	4%	5%	2%	3%
Morbihan	49%	1%	7%	2%	6%	16%	5%	12%	3%	11%	12%
Ille et Vilaine	41%	7%	5%	2%	6%	9%	7%	13%	7%	5%	7%

- Sur les onze critères de refus d'admission proposés, **c'est le manque de places qui est avancé comme le principal critère de refus de prise en charge pour près de 50% des SSIAD**. Cette proportion reste supérieure à celle des autres motifs dans les quatre départements bretons, avec néanmoins une variabilité notable. La proportion observée dans les Côtes d'Armor est en effet 16% supérieure à celle du Finistère (respectivement 51% et 35%). **La réalité derrière le manque de place peut être diverse** : liée à l'organisation du travail, à des prises en charge lourdes mobilisatrices de personnel, à des besoins de soin élevés ou encore à des taux de rotation faibles des services. **Une analyse plus poussée des refus est à réaliser au niveau territorial, en lien avec la gestion des places de SSIAD à optimiser.**
- Le refus de l'utilisateur ou du proche et l'inadéquation du SSIAD à la demande de l'utilisateur, motifs extérieurs au service, sont cités par respectivement 12% et 11 % des services. Dans ce second cas de refus pour inadéquation, **on peut s'interroger sur les situations rencontrées qui peuvent être liées à une mauvaise compréhension du positionnement du service dans l'offre de soins ou à l'absence de solution identifiée par les adresseurs** par défaut d'offre adaptée sur le territoire (n'existe pas, n'est pas accessible ou n'est pas connue, ce qui a été relaté par des services lors des ateliers). D'où, l'intérêt des services à communiquer sur leurs missions et leur positionnement dans le parcours des personnes avec l'appui de leur réseau.
- Les refus liés aux coûts des soins infirmiers libéraux ne sont cités que par 9% des structures, mis en avant par 15% des services dans les Côtes d'Armor.

DEMANDES INSATISFAITES ET GESTION DES REFUS PATIENTS PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Nature des relais proposés en cas de refus d'admission PA



- **41% des SSIAD interrogés orientent les personnes âgées refusées vers des infirmiers libéraux**, 25% vers des SAAD et 11% vers à la fois des SAAD et des professionnels libéraux. Ces trois configurations représentent les trois quarts des alternatives proposées.
- **Le renvoi vers des IDEL pour des personnes apparait corrélée à la densité infirmière sur les territoires**, ce taux étant plus élevé dans le Finistère avec plus des trois quart des réorientations. Concernant les SAAD, cette réorientation peut concerner des prises en charge légères qui relèvent de ces services mais peut conduire à déporter sur ces derniers des demandes d'accompagnement pouvant les mettre en difficulté (constat de glissements de tâches sur les SAAD).
- **L'orientation dépend néanmoins de la situation particulière de la personne refusée et des solutions disponibles.** L'orientation en accueil temporaire comme structure ressource ou vers une hospitalisation sont ainsi également proposés par les services. Ces relais ne représentent conjointement que 17% du total des orientations après un refus. Le relais vers une HAD pour les cas complexes n'est citée que par 3% des SSIAD.

Nature des relais proposés en cas de refus d'admission PA par département

	SAAD	IDEL	SAAD+IDEL	HAD	Hospitalisation	Accueil temporaire EHPAD (limitrophe)	Autres
Finistère	2%	82%	2%	4%	3%	2%	5%
Côtes d'Armor	30%	52%	4%	2%	4%	4%	4%
Morbihan	24%	43%	10%	3%	5%	10%	6%
Ille et Vilaine	33%	21%	17%	3%	11%	8%	7%

DEMANDES INSATISFAITES ET GESTION DES REFUS PATIENTS PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

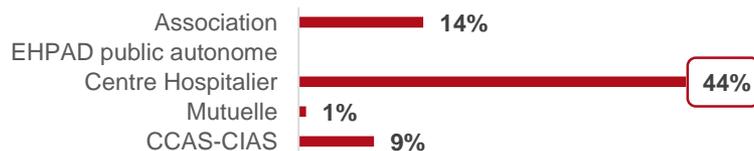
Analyse de la part des refus de patients selon la file active PH



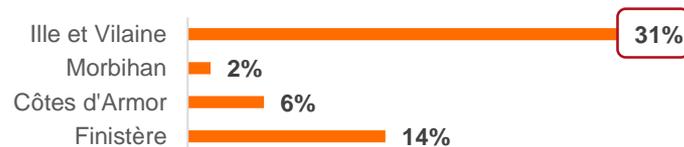
Analyse de la part des refus de patients selon la file active PH par taille de structure



Analyse de la part des refus de patients selon la file active PH par type de gestionnaire



Analyse de la part des refus de patients selon la file active PH par département

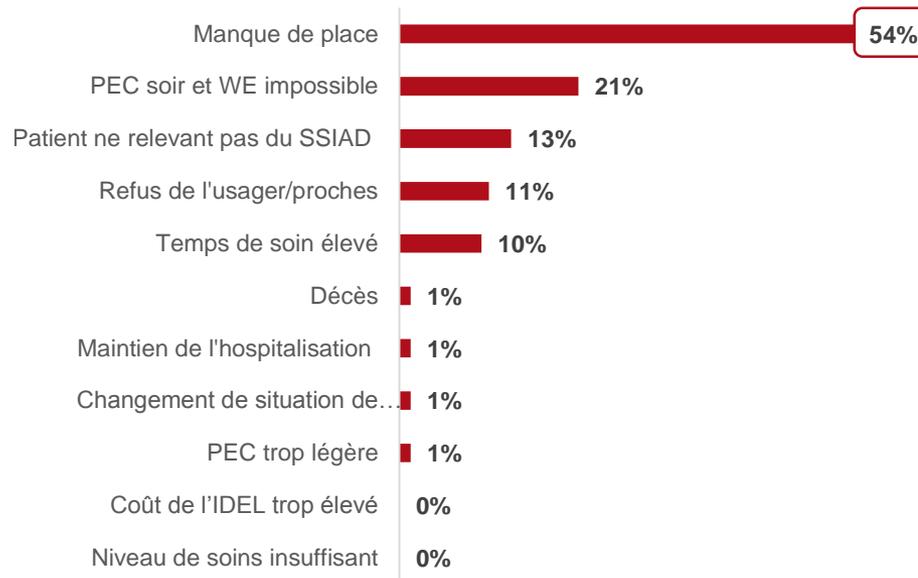


- La moyenne régionale en termes de part de refus d'admission sur la file active PH s'élève à 8%, soit deux fois moins que le taux PA constaté.
- La capacité d'accueil des SSIAD joue également ici un rôle déterminant dans les refus d'admission. Le seuil d'évolution du taux est néanmoins différent. Les SSIAD de taille moyenne et de petite taille accueillant des personnes handicapées connaissent effectivement une situation relativement similaire, avec des ratios respectifs de 16% et 18%. Au-dessus de 120 places en revanche, le ratio n'est que de 6%.
- La grande variabilité induite par le critère gestionnaire doit ici se comprendre à travers la diversité des situations d'accueil des personnes handicapées. Les modalités entre structures mixtes et structures spécifiquement PH et le nombre de places par type de gestionnaire influent ici largement sur le taux de refus observé. Il est néanmoins nécessaire de noter la situation de grande tension des gestionnaire hospitaliers quant à la prise en charge des personnes en situation de handicap, avec une part de 44%.
- Les besoins territoriaux expliquent également le taux plus important en Ille et Vilaine, et les taux plus faibles dans le Morbihan et dans les Côtes d'Armor, départements plus ruraux.

DEMANDES INSATISFAITES ET GESTION DES REFUS PATIENTS PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Classification des motifs de refus d'admission en part du total des refus pour les places PH



- Sur les onze motifs de refus indiqués dans l'enquête, **seuls cinq sont réellement à considérer dans les cas de refus d'admission des personnes handicapées**. C'est le manque de places qui est également avancé comme le principal critère de refus de prise en charge pour 54% des SSIAD. Dans les Côtes d'Armor et dans le Morbihan, le manque de places constitue l'unique motif de refus d'admission relevé par l'enquête.
- **L'impossibilité d'une continuité des soins les soirs et le week-end est avancée comme un motif de refus par 21% des services**, auquel s'ajoute le temps de soin élevé pour 10% d'entre eux (motifs cités par les SSIAD d'Ille et Vilaine).
- Le refus de l'utilisateur ou du proche et l'inadéquation du SSIAD à la demande de l'utilisateur, motifs extérieurs au service, sont cités par respectivement 11% et 13 % des services. Le constat est similaire à celui observé pour les places PA. Les refus liés aux coûts des soins infirmiers libéraux ne sont pas cités.

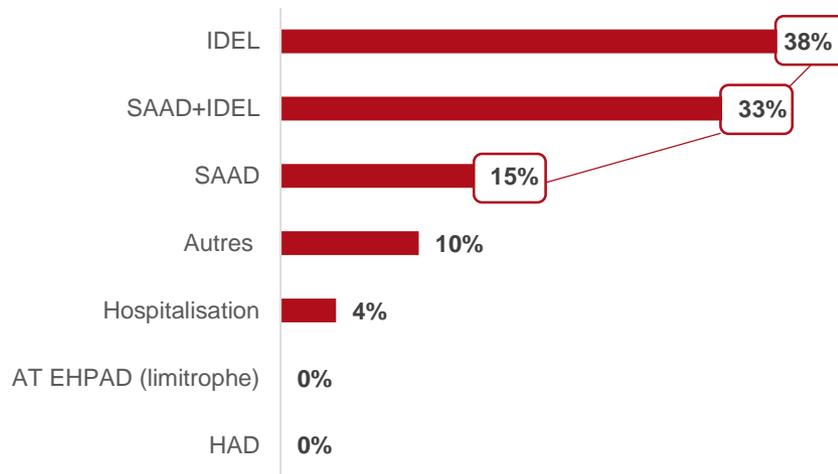
Classification des motifs de refus d'admission en part pour les places PH par département (Moyenne par département)

	Manque de place	Niveau de soins insuffisant	Coût de l'IDEL trop élevé	Temps de soin élevé	PEC soir et WE impossible	Patient ne relevant pas du SSIAD	PEC trop légère	Refus de l'utilisateur /proches	Changement de situation de l'utilisateur	Maintien de l'hospitalisation	Décès
Finistère	46%	0%	0%	0%	8%	17%	0%	8%	0%	0%	4%
Côtes d'Armor	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Morbihan	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ille et Vilaine	44%	0%	0%	18%	35%	15%	3%	15%	3%	3%	0%

DEMANDES INSATISFAITES ET GESTION DES REFUS PATIENTS PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Nature des relais proposés en cas de refus d'admission PH



- **38% des SSIAD interrogés orientent les personnes handicapées refusées vers des infirmiers libéraux**, 15% vers des SAAD et 33% vers à la fois vers des SAAD et des professionnels libéraux. Ces trois configurations représentent les trois quarts des alternatives proposées.
- **Un relais comprenant à la fois le recours à un SAAD et aux IDEL est plus fréquent pour les personnes handicapées que pour les personnes âgées.** Mais dans les deux cas, ces deux partenaires sont privilégiés par les services en cas de refus d'admission
- Le relais vers une HAD n'est pas citée, pour 4% une réorientation a été effectuée vers une hospitalisation.

Nature des relais proposés en cas de refus d'admission PH par département

	SAAD	IDEL	SAAD+IDEL	HAD	Hospitalisation	Accueil temporaire EHPAD (limitrophe)	Autres
Finistère	0%	82%	0%	0%	9%	0%	9%
Côtes d'Armor	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Morbihan	0%	50%	50%	0%	0%	0%	0%
Ille et Vilaine	21%	18%	45%	0%	3%	0%	12%

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

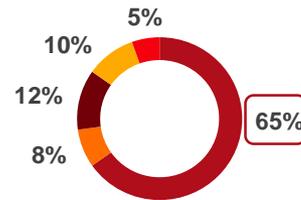
5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

CONSTITUTION ET GESTION DES LISTES D'ATTENTE

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Périodicité de l'actualisation de la liste d'attente

- En temps réel
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Trimestrielle
- Périodicité supérieure au trimestre



Périodicité de l'actualisation de la liste d'attentes par taille de structure

	SSIAD de petite taille	SSIAD de taille moyenne	SSIAD de grande taille
En temps réel	70%	50%	67%
Hebdomadaire	7%	9%	11%
Mensuelle	11%	18%	0%
Trimestrielle	8%	14%	11%
Périodicité supérieure au trimestre	3%	9%	11%

Périodicité de l'actualisation de la liste d'attentes par type de gestionnaire

	CCAS-CIAS	Mutuelle	Centre Hospitalier	EHPAD public autonome	Association
En temps réel	75%	75%	64%	100%	60%
Hebdomadaire	8%	25%	7%	0%	7%
Mensuelle	0%	0%	29%	0%	12%
Trimestrielle	8%	0%	0%	0%	14%
Périodicité supérieure au trimestre	8%	0%	0%	0%	7%

- Lorsqu'un SSIAD est dans l'impossibilité de répondre à la demande d'une personne répondant aux critères d'admission à un instant T, il peut l'inscrire sur liste d'attente qui permet de gérer ces demandes.
- **65% des SSIAD gèrent leur liste d'attente en temps réel.** Le reste des structures utilisent une visibilité périodique, qui va de l'hebdomadaire au trimestriel. La capacité d'accueil des SSIAD n'est pas un critère fondamental de différenciation.
- **Au moins la moitié des SSIAD par catégorie de taille gèrent leur liste d'attente en temps réel.** Il en est de même lorsqu'on considère le type de gestionnaire. Le constat est même renforcé pour les EHPAD publics autonomes, dont la totalité gère la liste d'attente du SSIAD dont ils ont la charge en temps réel.
- **La liste d'attente doit être structurée avec identification des critères de priorisation objectifs et équitables et des outils de suivi de cette liste doivent être mis en place, pour une mise en attente formelle.** La gestion des demandes en attente permet d'optimiser la gestion des places du SSIAD et d'accroître la visibilité sur les situations les plus complexes.

LISTE D'ATTENTE PATIENTS PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

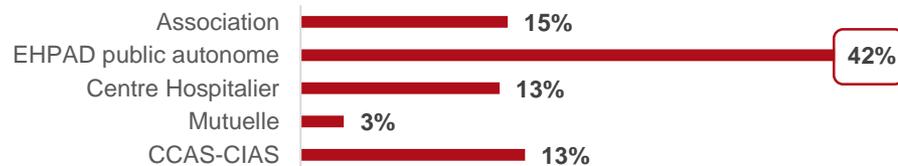
Analyse du ratio liste d'attente sur la capacité autorisée PA



Analyse du ratio liste d'attente sur la capacité autorisée PA par taille de structure



Analyse du ratio liste d'attente sur la capacité autorisée PA par type de gestionnaire



Analyse du ratio liste d'attente sur la capacité autorisée PA par département



- La moyenne régionale de la part des patients en liste d'attente au 31/12/2017 sur la capacité autorisée de places PA s'élève à 14%.
- L'analyse du ratio de liste d'attente en fonction de la capacité d'accueil des services interrogés marque **une différenciation entre les services de moins de 60 places et ceux de plus de 60 places**. Les SSIAD de petite taille présentent ainsi un taux de 18%, contre 12% pour les SSIAD de grande taille.
- La prise en compte du type de gestionnaire met en évidence une spécificité des SSIAD gérés par des EHPAD publics autonomes, qui présentent un ratio de 42% contre environ 15% pour les gestionnaires associatifs, les centres hospitaliers et les CCAS-CIAS. A l'inverse, les services gérés par une mutuelle observent un ratio beaucoup plus faible de 3%.
- Tous les départements ne connaissent pas non plus la même situation en termes d'existence d'une liste d'attente pour leurs services. En Ille-et-Vilaine, le ratio liste d'attente est de 22% du total de patients PA autorisés contre 3% dans le Finistère. (à relier au taux de refus d'admission le plus élevé pour l'un et le plus faible pour l'autre des quatre départements).

LISTE D'ATTENTE PATIENTS PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

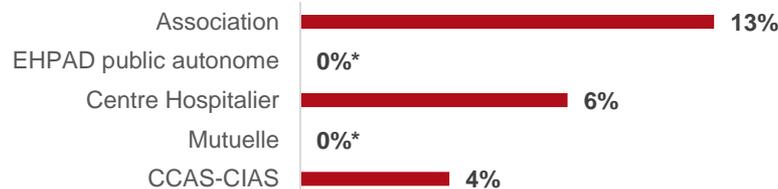
Analyse du ratio liste d'attente sur la capacité autorisée PH



Analyse du ratio liste d'attente sur d'attente sur la capacité autorisée PH par taille de structure

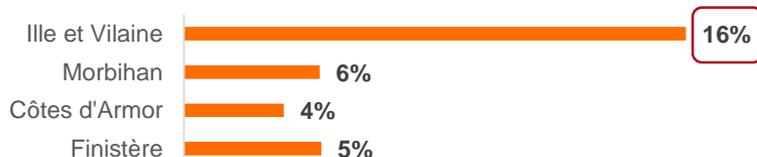


Analyse du ratio liste d'attente sur la capacité autorisée PH par type de gestionnaire



*Les EHPAD et les mutuelles ne comptent pas de places spécifiques PH au sein de leurs SSIAD.

Analyse du ratio liste d'attente sur la capacité autorisée PH par département



- La moyenne régionale de la part des patients en liste d'attente au 31/12/17 sur la capacité autorisée de places PH s'élève à 11%.
- A l'inverse de la situation spécifique de l'admission de personnes âgées, le ratio PH est en moyenne plus important relativement au stock de patients accueillis au sein des services comptant plus de 120 places. Le ratio est de 18%, contre respectivement 7% et 8% pour les SSIAD de taille moyenne et de petite taille.
- L'analyse par type de gestionnaire fait également ressortir des différences notables mais moins importantes entre les services. Le critère n'est pas nécessairement discriminant en ce qui concerne l'impact sur les listes d'attentes de personnes en situation de handicap.
- Tous les départements ne connaissent pas non plus la même situation en termes d'existence d'une liste d'attente pour leurs services. En Ille-et-Vilaine, le ratio est de 16% du total de patients PA en stock par service (à relier au taux de refus d'admission le plus élevé de la région) contre une moyenne d'environ 5% pour les autres départements.

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

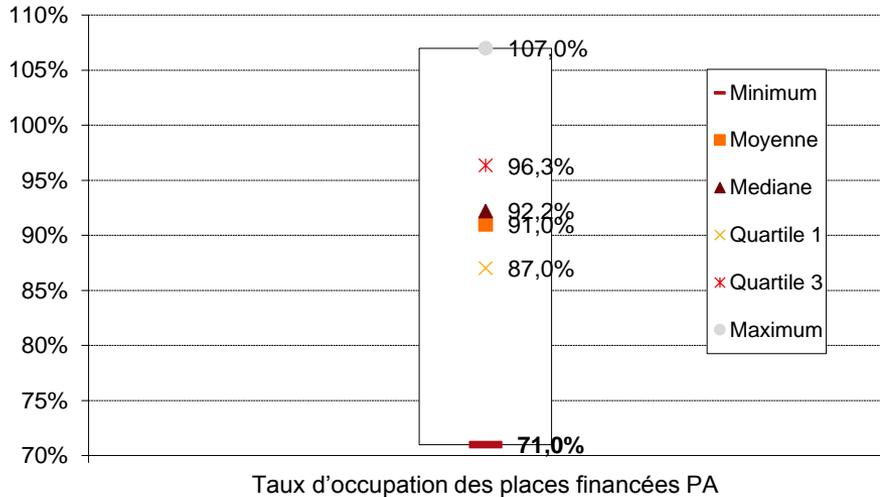
4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

NIVEAU D'OCCUPATION DES PLACES SSIAD PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse du taux d'occupation des places PA



- Le taux d'occupation moyen des places PA en 2017 est de **91% à l'échelle régionale**, avec un **indice de dispersion relativement faible**. On n'observe pas de **corrélation entre le dernier GMP validé et le taux d'occupation des places financées PA**.
- Un quart des SSIAD déclarent un taux d'occupation compris entre 71% et 87%**, ce qui interroge le cadre de fonctionnement des services (organisation du travail par rapport à la disponibilité des professionnels et de la lourdeur des prises en charge, niveau d'activité et part de « marché » sur le territoire, distances à parcourir) et nécessite une analyse plus approfondie.
- Un quart des SSIAD indique à l'inverse un taux d'occupation compris entre 96,3% et 107%**, amenant à un questionnement sur le profil des patients pris en charge, le contenu des plans de soin et la fréquence journalière et hebdomadaire des interventions.
- Les SSIAD étant des services, **la notion de capacité autorisée n'est pas forcément adaptée**. On utilise davantage celle de **file active qui doit faire l'objet de clarification pour les SSIAD PA comme les SSIAD PH pour appréhender l'activité des services et les profils de soin**.

Mise en relation du taux d'occupation des places financées PA et du GMP par département

	Taux d'occupation des places financées PA	GMP
Moyenne régionale	91,0%	632,42
Finistère	87,9%	607,76
Côtes-d'Armor	91,8%	656,70
Morbihan	95,6%	598,48
Ille-et-Vilaine	88,5%	680,66

Mise en relation du taux d'occupation, du taux de rotation et du taux d'admission des places financées PA

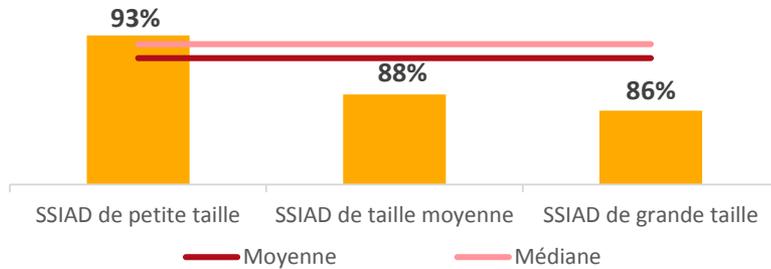
	Taux d'occupation des places financées PA	Taux de rotation des places PA/PH*	Taux d'admission PA/PH*
Minimum	71,0%	15%	17%
Moyenne	91,0%	49%	49%
Mediane	92,2%	47%	46%
Quartile 1	87,0%	36%	37%
Quartile 3	96,3%	58%	58%
Maximum	107,0%	127%	123%

***Source** : Données issues du TDB de la performance

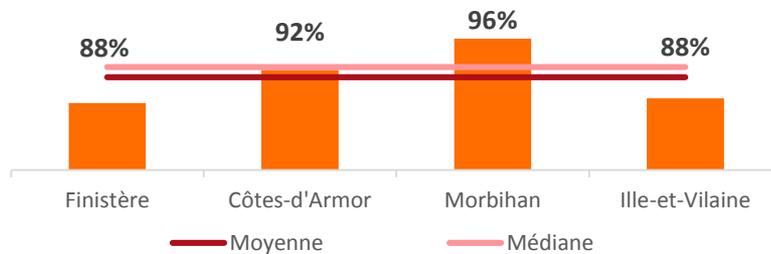
NIVEAU D'OCCUPATION DES PLACES PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

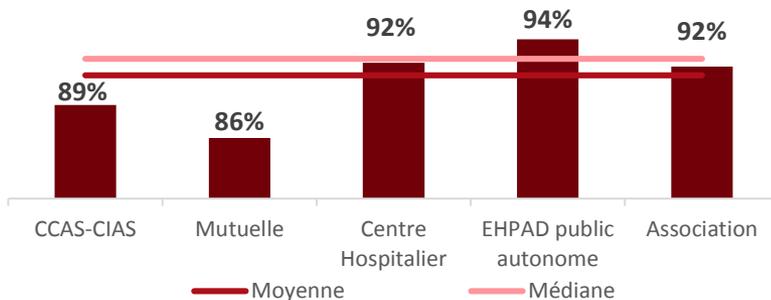
Analyse du taux d'occupation des places financées PA



Analyse du taux d'occupation des places financées PA



Analyse du taux d'occupation des places financées PA

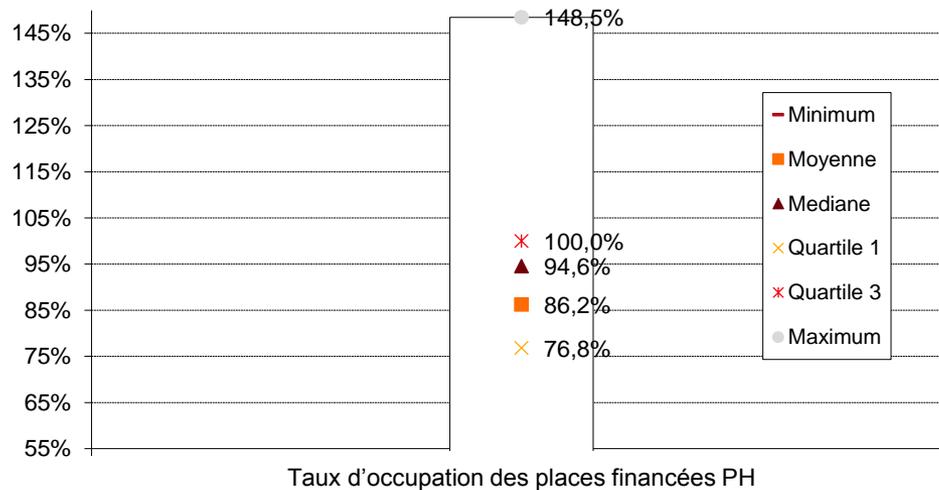


- **La taille des services est en moyenne inversement proportionnelle au taux d'occupation des places PA.** Les services de petite taille présentent en moyenne un taux d'occupation des places PA de 93%, contre 88% pour les SSIAD de taille moyenne et 86% pour les SSIAD de grande taille.
- On observe également des différences entre départements, avec un échelonnage clair entre le Morbihan (96%), les Côtes d'Armor (92%), et le Finistère et l'Ille et Vilaine (88%). **Ces proportions sont conformes aux besoins de transformation des places PA en PH indiqués par les services**, qui s'articulent par département selon une logique exactement inverse.
- **Le taux d'occupation des places PA varie selon le type de gestionnaire**, les CCAS-CIAS et les mutuelles sont en deçà de la moyenne régionale, à respectivement 89% et 86% tandis que les SSIAD rattachés à un centre hospitalier, à un EHPAD public autonome et à une association sont au dessus de la moyenne régionale, entre 92% et 94%. L'analyse est à approfondir pour les services concernés.

NIVEAU D'OCCUPATION DES PLACES PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse du taux d'occupation des places PH



Mise en relation du taux d'occupation, du taux de rotation et du taux d'admission des places financées PH

	Taux d'occupation des places financées PH	Taux de rotation des places PA/PH*	Taux d'admission PA/PH*
Minimum	0,6%	15%	17%
Moyenne	86,2%	49%	49%
Mediane	94,6%	47%	46%
Quartile 1	76,8%	36%	37%
Quartile 3	100,0%	58%	58%
Maximum	148,5%	127%	123%

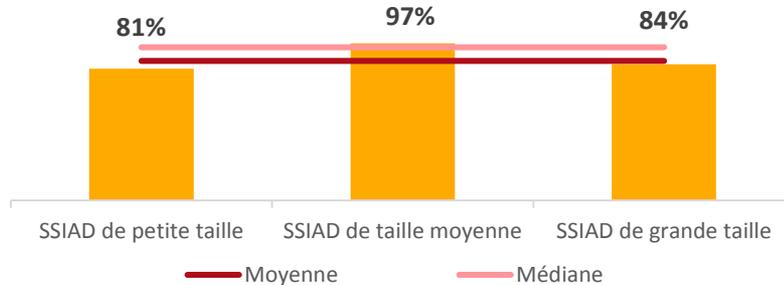
- Le **taux d'occupation moyen des places PH est de 86%**, légèrement inférieur au taux d'occupation des places PA.
- Un quart des services déclarent un taux d'occupation inférieur à 76%, leur visibilité sur le territoire auprès des partenaires et des adresseurs potentiels est directement questionnée.
- En revanche, **un quart des services déclarent un taux d'occupation des places supérieur ou égal à 100%**. De manière générale, on observe **une grande variabilité de situations d'occupation des places PH** dans la région, plus importante que pour les places PA.

***Source** : Données issues du TDB de la performance

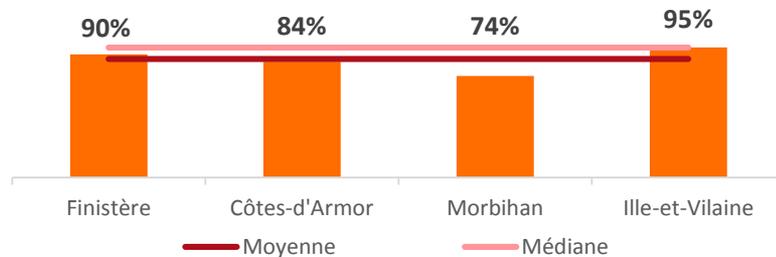
NIVEAU D'OCCUPATION DES PLACES PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

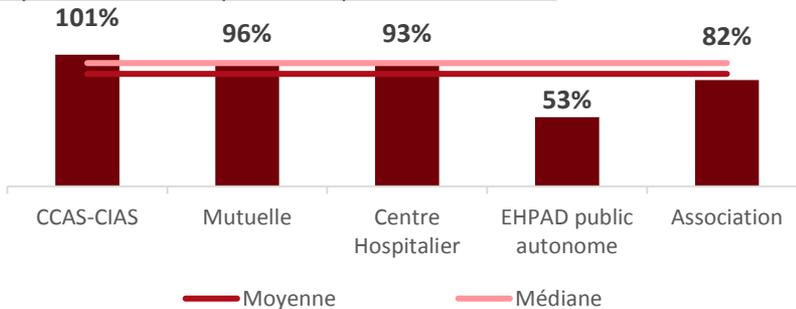
Analyse du taux d'occupation des places financées PH



Analyse du taux d'occupation des places financées PH



Analyse du taux d'occupation des places financées PH



- Le taux d'occupation des places PH n'apparaît pas directement corrélé à la taille. Le territoire d'implantation fait apparaître de nets écarts. Le département du **Morbihan est ainsi le département qui observe le taux d'occupation des places PH le plus faible**, soit 74%. L'Ille et Vilaine connaît une situation opposée, avec un taux de 95% qui peut trouver une explication avec l'existence de deux SSIAD PH exclusifs de plus de 20 places installés dans ce département (dont un fusionne aujourd'hui).
- Le type de gestionnaire apparaît également comme un facteur important de fluctuation du taux d'occupation des places PH.** Les SSIAD rattachés à un CCAS-CIAS connaissent une occupation optimale, à l'inverse des places gérées par des EHPAD publics autonomes.

Point de vigilance méthodologique : Les SSIAD disposant de places PH en comptent en moyenne 6,9. Les proportions constatées par type de gestionnaire sont donc à considérer au regard d'un volume moindre que celui des places PA.

BESOIN DE TRANSFORMATION DES PLACES (PA-PH) / (PH-PA)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Identification des besoins de transformation de places



Identification des besoins de transformation de places par taille de structure

	Places PA vers PH	Places PH vers PA
SSIAD de petite taille	14%	16%
SSIAD de taille moyenne	36%	5%
SSIAD de grande taille	67%	17%

Identification des besoins de transformation de places par département

	Places PA vers PH	Places PH vers PA
Finistère	40%	9%
Côtes-d'Armor	22%	6%
Morbihan	0%	21%
Ille-et-Vilaine	35%	16%

Identification des besoins de transformation de places par type de gestionnaire

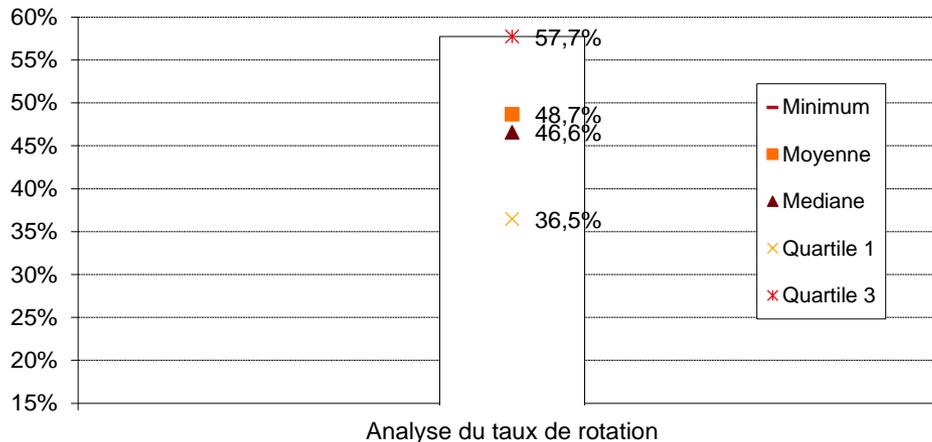
	Places PA vers PH	Places PH vers PA
CCAS-CIAS	25%	0%
Mutuelle	43%	0%
Centre Hospitalier	18%	9%
EHPAD public autonome	33%	25%
Association	23%	18%

- Les besoins de transformation de places sont majoritairement dirigés des places PA vers les places PH. 25% des services ont identifié des besoins de transformation de places PA en places PH. A l'inverse, seuls 14% des services expriment une volonté de transformer des places PH en places PA.
- La déclinaison par taille montre que **la capacité d'accueil influe directement sur les besoins de transformation de places PA en places PH**. Elle peut être liée aux choix du lieu de résidence pour les personnes qui privilégient, pour des raisons d'accessibilité, les pôles urbains où sont présents les SSIAD de grande taille. Au regard de cette hypothèse formulée par l'UNA, la transformation des places PA et PH peut contribuer à rendre plus lisible l'évaluation des taux d'occupation. Les SSIAD de petite taille ne sont ainsi que 14% à identifier un tel besoin, contre 67% pour les SSIAD de grande taille, soit 53 points d'écart.
- On peut également noter l'effet miroir visible dans la déclinaison par département relativement au taux d'occupation des places PA. Le Morbihan observe le taux d'occupation des places PA le plus élevé de la région et aucun SSIAD n'y identifie de besoins de transformation de places PA en PH (cf taux d'équipement).
- **De manière plus générale, l'échelonnement des taux d'occupation entre départements se reflète à l'identique dans l'identification des besoins de transformation de place.**

TAUX DE ROTATION DES PLACES

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

Analyse du taux de rotation des places PA/PH



- **Le taux de rotation des places PA/PH est en moyenne de 48,7% sur 2017.**
- Un quart des services présentent un taux de rotation compris entre 14,6% et 36,5% sur l'année 2017, soit un taux bien en deçà de la moyenne régionale. A l'inverse, un quart des SSIAD ont un taux de rotation supérieur à 57,7%. On constate une grande hétérogénéité par service à mettre en relation avec les durées de prise en charge.

Précision méthodologique : Le taux de rotation correspond à : $(\text{nombre de sorties dans l'année} + \text{nombre d'entrée sur l'année}) / 2 / \text{nombre de places autorisées}$. Il explicite la charge de travail induite par les admissions et le contenu des prises en charge. **Un taux de rotation élevé peut induire une charge de travail importante du fait d'un besoin de coordination et de préparation des admissions plus important.**

Mise en relation du taux d'occupation, du taux de rotation et du taux d'admission

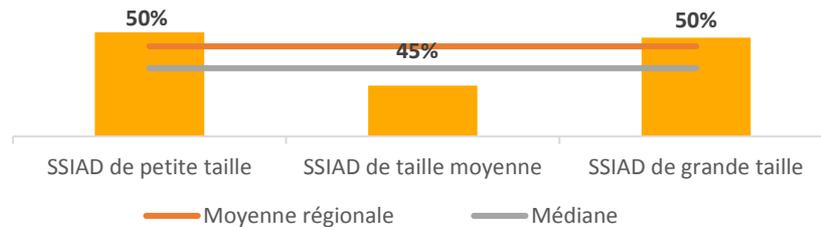
	Taux d'occupation des places financées PA	Taux de rotation des places PA/PH*	Taux d'admission PA/PH*
Minimum	71,0%	15%	17%
Moyenne	91,0%	49%	49%
Mediane	92,2%	47%	46%
Quartile 1	87,0%	36%	37%
Quartile 3	96,3%	58%	58%
Maximum	107,0%	127%	123%

***Source** : Données issues du TDB de la performance

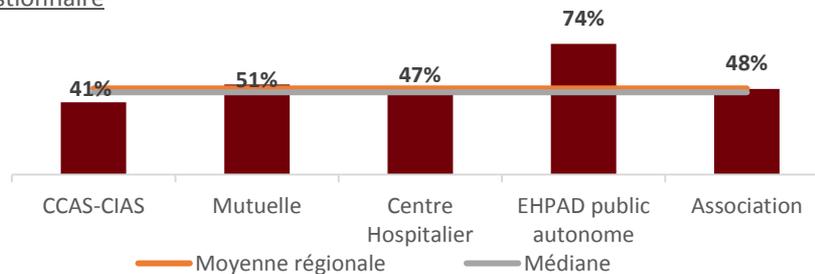
TAUX DE ROTATION DES PLACES

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

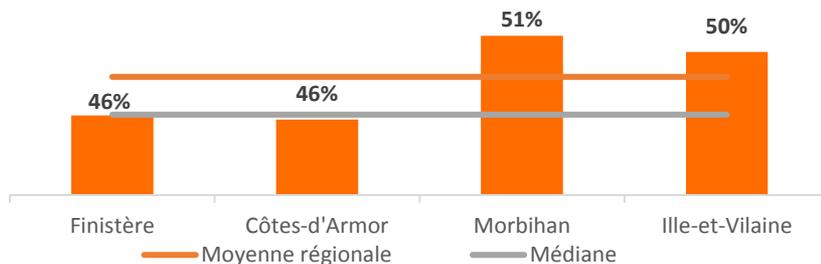
Analyse du taux de rotation des places PA/PH par taille de structure



Analyse du taux de rotation des places PA/PH par type de gestionnaire



Analyse du taux de rotation des places PA/PH par département

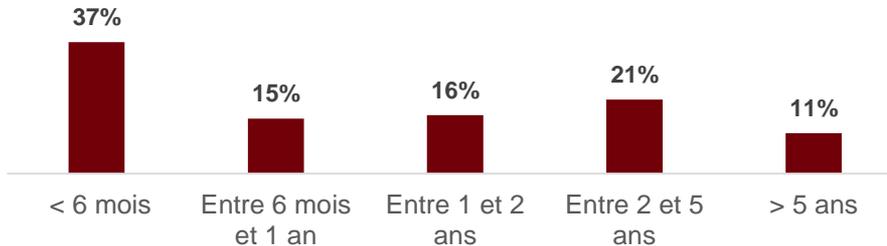


- **La taille des services apparaît peu corrélée au taux de rotation des places PA/PH. Les SSIAD de petite taille et de grande taille ont en moyenne un taux de rotation plus important (50%) que les SSIAD de taille moyenne (45%).** On peut ainsi indiquer que le nombre d'admissions n'augmente pas de manière strictement proportionnelle au nombre de places financées.
- Les différences observées entre départements sont relativement faibles, le Morbihan présentant néanmoins le taux le plus élevé (51%) **supposant une corrélation avec le taux d'occupation des places PA.**
- Le type de gestionnaire **influe en revanche de manière significative sur le taux de rotation des services.** Les SSIAD rattachés à un CCAS-CIAS présentent un taux de rotation de 41% contre 74% pour les EHPAD publics autonomes. La structuration et le mode de fonctionnement interne des services sont effectivement des variables influençant directement le taux de rotation.

DUREE D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Classification des patients PA sortis en 2017



Classification des patients PA sortis en 2017 par taille de service

	< 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 5 ans	> 5 ans
SSIAD de petite taille	39%	14%	15%	20%	12%
SSIAD de taille moyenne	43%	14%	16%	18%	9%
SSIAD de grande taille	28%	18%	19%	23%	12%

Classification des patients PA sortis en 2017 par département

	< 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 5 ans	> 5 ans
Finistère	41%	16%	15%	18%	10%
Côtes-d'Armor	29%	18%	18%	21%	13%
Morbihan	38%	14%	15%	21%	13%
Ille-et-Vilaine	38%	13%	17%	22%	10%

Classification des patients PA sortis en 2017 par type de gestionnaire

	< 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 5 ans	> 5 ans
CCAS-CIAS	35%	14%	20%	18%	14%
Mutuelle	39%	18%	17%	17%	10%
Centre Hospitalier	40%	16%	16%	19%	9%
EHPAD public autonome	15%	21%	19%	28%	17%
Association	37%	15%	15%	21%	11%

- **La durée d'accompagnement des patients âgés est très variable. 37% des patients PA sortis en 2017 ont été pris en charge sur de courtes durées de moins de 6 mois, 15% pour une durée comprise entre 6 mois et 1 an soit plus de la moitié pour une durée n'excédant pas une année. 21% ont été pris en charge pour une durée comprise entre 2 et 5 ans, 16% pour une durée intermédiaire de un et deux ans et 11% pour durée plus longue de plus de 5 ans.**
- **Les pathologies, les types d'actes à réaliser, l'âge et la situation individuelle de chaque patient influent sur la durée totale de prise en charge par le SSIAD. Il s'agit principalement de facteurs externes à la capacité d'accueil des services, à leur département et à la nature du gestionnaire, variables qui ne modifient donc qu'à la marge les proportions observées à l'échelle régionale.**
- Il est néanmoins à noter que les EHPAD publics autonomes présentent une répartition beaucoup plus homogène avec une proportion de patients admis pour une durée de moins de six mois 2 à 3 fois plus faible que celle des autres types de gestionnaires.

DUREE D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Classification des patients PH sortis en 2017



Classification des patients PH sortis en 2017 par taille de service

	< 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 5 ans	> 5 ans
SSIAD de petite taille	31%	9%	20%	17%	23%
SSIAD de taille moyenne	79%	5%	4%	7%	4%
SSIAD de grande taille	28%	36%	14%	14%	8%

Classification des patients PH sortis en 2017 par département

	< 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 5 ans	> 5 ans
Finistère	83%	7%	3%	5%	2%
Côtes-d'Armor	16%	21%	26%	21%	16%
Morbihan	64%	5%	9%	9%	14%
Ille-et-Vilaine	20%	23%	18%	20%	20%

Classification des patients PH sortis en 2017 par type de gestionnaire

	< 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 5 ans	> 5 ans
CCAS-CIAS	25%	0%	0%	50%	25%
Mutuelle	20%	20%	20%	40%	0%
Centre Hospitalier	80%	7%	7%	0%	7%
Association	61%	12%	9%	9%	9%

- La répartition des patients PH par durée de prise en charge fait ressortir des besoins moins centrés sur le long terme que ceux des patients PA.
- 61% des patients PH sortis en 2017 ont été pris en charge pour une durée inférieure à six mois. La répartition des patients pris en charge entre six mois et plus de cinq ans est ensuite relativement homogène : 12% entre six mois et un an, 9% entre un et deux ans, 10% entre deux et cinq ans et 9% au-delà de cinq ans.
- On observe néanmoins des différences sensibles en fonction de la taille, du département et du type de gestionnaire des services. Néanmoins, la faible volumétrie de places PH induit un effet loupe qui oblige à relativiser ces déclinaisons.

TABLEAUX DE SYNTHÈSE SUR LA PERFORMANCE DE L'ORGANISATION (1/3)

	Mise en relation du taux d'occupation, du taux de rotation et du taux d'admission des places par taille de service	Taux d'occupation des places financées PA	Taux d'occupation des places financées PH	Taux de rotation des places (ANAP)	Taux de rotation des places global (ANAP)
SSIAD de petite taille	Minimum	72,0%	11,6%	14,6%	16,7%
	Moyenne	93,0%	81,4%	50,0%	49,9%
	Mediane	94,3%	90,6%	46,3%	45,0%
	Quartile 1	88,9%	67,5%	36,3%	36,4%
	Quartile 3	98,7%	98,1%	60,7%	59,5%
	Maximum	107,0%	148,5%	126,7%	123,3%
SSIAD de taille moyenne	Minimum	71,0%	41,7%	22,6%	29,9%
	Moyenne	87,8%	97,0%	44,9%	45,2%
	Mediane	89,9%	100,0%	43,3%	46,4%
	Quartile 1	82,4%	92,0%	35,8%	36,4%
	Quartile 3	92,7%	106,5%	54,0%	49,9%
	Maximum	99,5%	139,0%	64,7%	64,6%
SSIAD de grande taille	Minimum	72,9%	0,6%	37,9%	39,0%
	Moyenne	86,4%	84,2%	49,5%	49,8%
	Mediane	87,0%	93,5%	49,1%	47,2%
	Quartile 1	84,1%	89,8%	44,0%	44,9%
	Quartile 3	91,6%	100,5%	55,5%	56,1%
	Maximum	96,0%	106,7%	61,1%	62,2%



TABLEAUX DE SYNTHÈSE SUR LA PERFORMANCE DE L'ORGANISATION (2/3)

	Mise en relation du taux d'occupation, du taux de rotation et du taux d'admission des places par département	Taux d'occupation des places financées PA	Taux d'occupation des places financées PH	Taux de rotation des places (ANAP)	Taux de rotation des places global (ANAP)
Finistère	Minimum	71,0%	32,9%	16,7%	16,7%
	Moyenne	87,9%	89,6%	46,5%	49,2%
	Mediane	90,0%	95,0%	46,7%	48,9%
	Quartile 1	84,0%	91,0%	35,5%	36,2%
	Quartile 3	93,4%	100,0%	58,1%	60,5%
	Maximum	100,0%	107,0%	76,6%	78,7%
Côtes-d'Armor	Minimum	75,1%	0,6%	22,6%	20,0%
	Moyenne	91,8%	84,3%	46,3%	44,9%
	Mediane	92,8%	95,1%	43,2%	41,9%
	Quartile 1	88,0%	90,1%	37,6%	34,4%
	Quartile 3	96,1%	100,0%	57,0%	57,1%
	Maximum	107,0%	100,0%	72,6%	74,2%
Morbihan	Minimum	81,5%	11,6%	14,6%	19,5%
	Moyenne	95,6%	74,0%	51,0%	51,5%
	Mediane	97,3%	75,9%	46,0%	44,8%
	Quartile 1	91,5%	54,3%	35,7%	36,7%
	Quartile 3	99,9%	95,6%	60,7%	55,6%
	Maximum	103,0%	148,5%	126,7%	123,3%
Ille-et-Vilaine	Minimum	72,9%	41,7%	26,7%	26,7%
	Moyenne	88,5%	94,7%	50,1%	47,5%
	Mediane	89,3%	98,7%	48,8%	45,2%
	Quartile 1	85,5%	88,6%	41,1%	38,1%
	Quartile 3	93,0%	106,0%	57,7%	54,0%
	Maximum	100,0%	139,0%	90,4%	89,5%

TABLEAUX DE SYNTHÈSE SUR LA PERFORMANCE DE L'ORGANISATION (3/3)

	Mise en relation du taux d'occupation, du taux de rotation et du taux d'admission des places par type de gestionnaire	Taux d'occupation des places financées PA	Taux d'occupation des places financées PH	Taux de rotation des places (ANAP)	Taux de rotation des places global (ANAP)
CCAS-CIAS	Minimum	71,0%	63,0%	30,0%	20,0%
	Moyenne	88,8%	101,1%	41,0%	38,7%
	Médiane	91,9%	99,4%	39,8%	37,6%
	Quartile 1	88,1%	96,9%	34,8%	33,6%
	Quartile 3	93,8%	100,0%	45,1%	45,5%
	Maximum	94,5%	148,5%	56,9%	58,7%
Mutuelle	Minimum	72,9%	91,0%	34,4%	36,4%
	Moyenne	86,4%	96,4%	50,9%	53,6%
	Mediane	86,0%	96,0%	54,0%	56,9%
	Quartile 1	83,0%	94,8%	45,0%	48,8%
	Quartile 3	92,1%	100,0%	59,9%	61,6%
	Maximum	96,0%	100,0%	61,3%	64,2%
Centre Hospitalier	Minimum	72,0%	65,0%	14,6%	19,5%
	Moyenne	91,9%	93,5%	46,9%	49,9%
	Mediane	93,4%	90,7%	42,3%	44,4%
	Quartile 1	89,0%	81,1%	37,1%	36,6%
	Quartile 3	96,1%	98,8%	51,8%	61,3%
	Maximum	100,0%	139,0%	90,4%	89,5%
EHPAD public autonome	Minimum	88,5%	53,1%	34,6%	36,5%
	Moyenne	93,6%	53,1%	73,9%	70,1%
	Mediane	93,1%	53,1%	74,3%	53,3%
	Quartile 1	89,0%	53,1%	55,0%	48,7%
	Quartile 3	97,7%	53,1%	78,9%	88,5%
	Maximum	99,9%	53,1%	126,7%	123,3%
Association	Minimum	72,1%	0,6%	16,7%	16,7%
	Moyenne	91,6%	81,6%	48,4%	48,3%
	Mediane	92,4%	91,5%	47,3%	46,7%
	Quartile 1	87,0%	67,6%	36,5%	37,7%
	Quartile 3	97,6%	100,0%	58,1%	57,3%
	Maximum	107,0%	138,0%	93,8%	109,4%

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

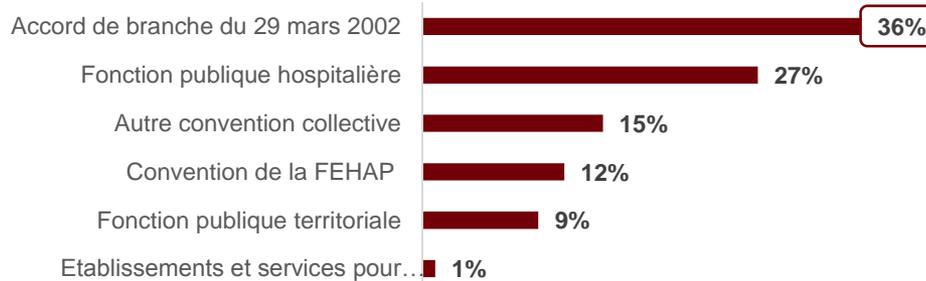
4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

STATUTS ET CONVENTIONS COLLECTIVES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Répartition des services par convention collective



Répartition des services par convention collective et par taille

	Accord de branche du 29 mars 2002 de l'aide à domicile	Autre convention collective	Convention de la FEHAP	Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière
SSIAD de petite taille	33,8%	15,4%	10,8%	1,5%	6,2%	32,3%
SSIAD de taille moyenne	37,5%	12,5%	16,7%	0,0%	16,7%	16,7%
SSIAD de grande taille	50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	16,7%	16,7%

Répartition des services par convention collective et par département

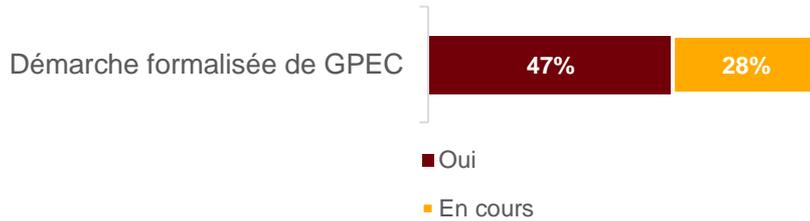
	Accord de branche du 29 mars 2002 de l'aide à domicile	Autre convention collective	Convention de la FEHAP	Etablissements et services pour personnes inadaptées et handicapées	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière
Finistère	26,9%	15,4%	19,2%	3,8%	11,5%	23,1%
Côtes-d'Armor	52,6%	26,3%	0,0%	0,0%	10,5%	10,5%
Morbihan	29,0%	6,5%	16,1%	0,0%	6,5%	41,9%
Ille-et-Vilaine	42,1%	15,8%	5,3%	0,0%	10,5%	26,3%

- Au regard de la structure de l'offre, 36% des SSIAD dépendent de l'accord de branche du 29 mars 2002, 12% de la FEHAP et 15% d'une autre convention collective; 36% des services du secteur public relèvent du statut de la fonction publique (hospitalière ou territoriale). La convention des établissements et services pour personnes handicapées et inadaptées n'est effective que pour 1% des services.
- La fonction publique hospitalière est plus représentée dans les départements du Morbihan et d'Ille et Vilaine, avec respectivement 41,9% et 26,3% des services. Plus de la moitié des SSIAD des Côtes d'Armor sont à l'inverse relèvent de l'accord de branche du 29 mars 2002.

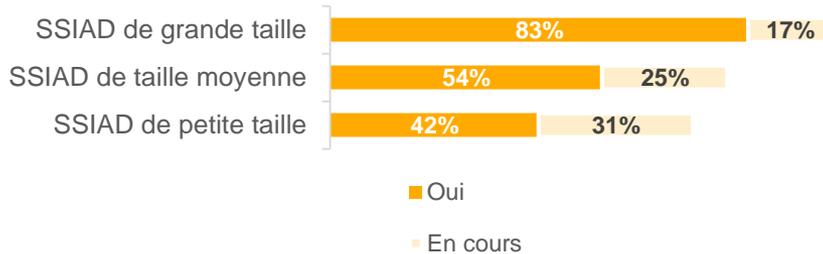
GESTION DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

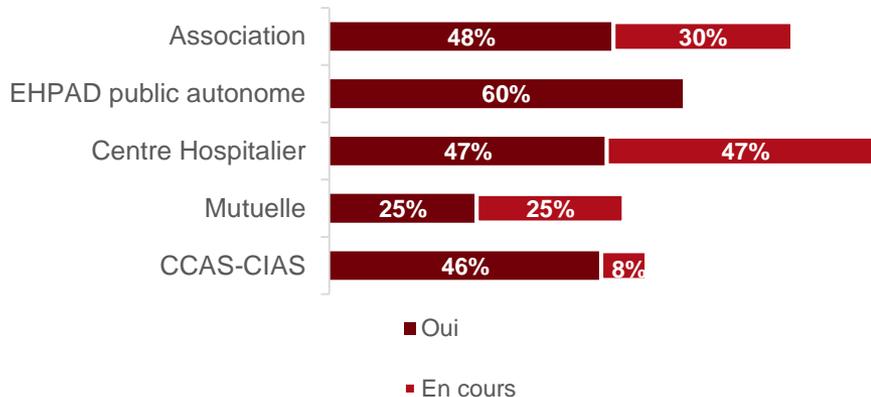
Mise en place d'une GPEC



Mise en place d'une GPEC



Mise en place d'une GPEC

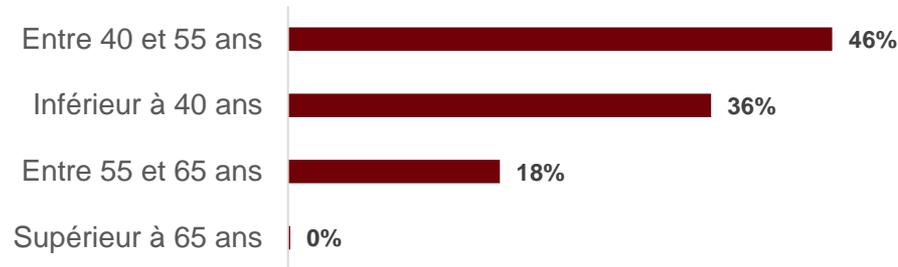


- **La mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est un élément important de la gestion d'un service.** Elle permet de s'assurer de la bonne adéquation des ressources aux besoins en termes de volume et de compétences.
- 47% des SSIAD de la région déclarent avoir mis en place une démarche de GPEC et 28% sont en cours. **25% n'en disposent pas.**
- **La taille des services est un facteur déterminant dans la capacité des SSIAD à déployer un outil de GPEC.** 100% des SSIAD de grande taille ont formalisé une démarche en ce sens ou projettent de le faire contre 73% des SSIAD de petite taille. La difficulté rencontrée par les petits SSIAD pour dégager les démarches nécessaires aux démarches GPEC est selon l'UNA caractéristique des limites du modèle SSIAD mono-activité et doit amener les opérateurs à engager/poursuivre la réflexion sur les avantages des processus de mutualisation tenant compte néanmoins des enjeux de couverture territoriale de zones à faible densité démographique (cf: focus SSIAD efficient).
- **Les Mutuelles et les CCAS/CIAS sont de manière générale moins avancés que les associations et EHPAD publics autonomes** – en dehors des Centres hospitaliers pour lesquels la quasi-totalité a mis en place ou est en train de mettre en place cette démarche.

STRUCTURATION DES EFFECTIFS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Structuration des effectifs par âge



Structuration des effectifs par âge et par taille de service

	Inférieur à 40 ans	Entre 40 et 55 ans	Entre 55 et 65 ans	Supérieur à 65 ans
SSIAD de petite taille	35,0%	45,8%	18,9%	0,3%
SSIAD de taille moyenne	35,2%	48,0%	16,6%	0,2%
SSIAD de grande taille	38,8%	43,5%	17,7%	0,0%

Structuration des effectifs par âge et par type de gestionnaire

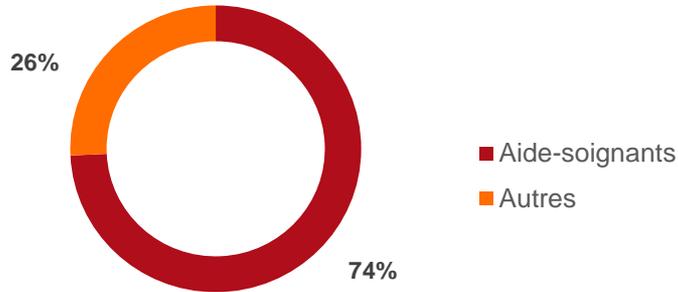
	Inférieur à 40 ans	Entre 40 et 55 ans	Entre 55 et 65 ans	Supérieur à 65 ans
CCAS-CIAS	34,7%	47,5%	17,8%	0,0%
Mutuelle	31,2%	44,2%	24,7%	0,0%
Centre Hospitalier	39,5%	44,2%	15,9%	0,4%
EHPAD public autonome	44,2%	44,2%	11,5%	0,0%
Association	35,0%	46,4%	18,3%	0,2%

- **La pyramide des âges est un élément important de la gestion des RH.** Elle est associée à un niveau d'expérience et de savoir-faire mais également à des risques de fragilité selon les âges de la vie des intervenants.
- **82% des salariés de SSIAD ont moins de 55 ans, 46% des salariés des services de la région ont entre 40 et 55 ans et 36% moins de 40 ans.** Moins d'1% des salariés ont plus de 65 ans.
- La variabilité des tranches d'âge selon la taille reste faible (- de 5% au maximum) en fonction de la taille des SSIAD.
- Le type de gestionnaire n'est également qu'un facteur marginal de fluctuation de l'âge moyen des salariés. Il est néanmoins à noter un écart concernant les professionnels entre 55 et 65 ans. Les services rattachés à un EHPAD public autonome présentent un taux de 11,5% contre 24,7% pour les SSIAD rattachés à une mutuelle.

STRUCTURATION DES EFFECTIFS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des effectifs en part d'ETP

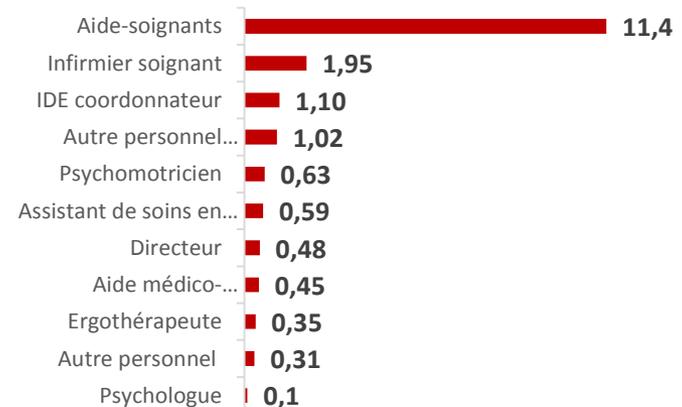


- **74% des salariés des services sont des aide-soignants**, auxquels il convient de rajouter les auxiliaires de soins en gérontologie et les aides médico-psychologiques (2,4% des effectifs) soit près de 77% de personnel soignant.
- En moyenne, seuls 1,95 ETP par SSIAD sont occupés par des infirmiers soignants et **36% des services comptent effectivement un ou plusieurs IDE salariés**.
- 11,4 ETP par des aides-soignants sont recensés en moyenne par service avec d'importantes fluctuations.

Analyse des effectifs en part d'ETP (hors aide-soignants)



Moyenne du nombre d' ETP par type de poste et par SSIAD



FOCUS SUR LA COMPOSITION DES EQUIPES

Les personnels salariés du SSIAD peuvent être selon les configurations et les besoins du service :

- Un personnel de direction,
- Un personnel administratif,
- Un infirmier coordonnateur,
- Un infirmier,
- Un aide soignant, un aide médico-psychologique, un assistant de soin en gérontologie,
- Un ergothérapeute,
- Un psychomotricien,
- Un psychologue.

Les psychologues et les ergothérapeutes doivent être salariés du service pour que leur intervention soient prises en charge dans le cadre de la dotation de soins. **Pour la mise en œuvre de prises en charge particulières, d'autres professionnels peuvent être intégrés à l'équipe.**

Les professionnels rééducateurs sont aujourd'hui peut intégrés dans les services (1,8%), présents essentiellement dans les services disposant de places en équipe spécialisée Alzheimer.

La compétence d'ergothérapeute est reconnue comme nécessaire par des services lors des entretiens, pour l'évaluation de l'environnement à domicile et l'adaptation du domicile.

Dans le cadre du développement d'actions de prévention par les services, au titre de la prévention des chutes ou de la dénutrition/déshydratation, **l'apport d'un psychomotricien et d'un diététicien est considéré comme profitable à la prise en charge des patients voire leurs proches aidants mais également en appui des intervenants soignants à domicile (regards croisés participant de l'adaptation des pratiques professionnelles).**

FOCUS SUR LA COMPOSITION DES EQUIPES

	IDEc	Infirmier soignant	Ergothérapeute	Psychomotricien	Aides-soignants	Aide médico-psychologiques	Assistant de soins en gérontologie	Psychologue	Directeur	Autre personnel administratif	Autre personnel
SSIAD de petite taille	8,5%	4,2%	0,4%	0,0%	77,5%	1,5%	1,2%	0,1%	1,7%	4,4%	0,5%
SSIAD de taille moyenne	6,5%	5,8%	1,1%	3,3%	71,6%	0,6%	1,6%	0,3%	2,5%	5,8%	0,8%
SSIAD de grande taille	4,9%	9,5%	1,1%	0,0%	72,9%	0,6%	1,6%	0,3%	1,5%	6,6%	1,1%

	IDEc	Infirmier soignant	Ergothérapeute	Psychomotricien	Aides-soignants	Aide médico-psychologiques	Assistant de soins en gérontologie	Psychologue	Directeur	Autre personnel administratif	Autre personnel
Finistère	7,4%	9,8%	0,8%	3,3%	67,3%	1,7%	1,3%	0,1%	1,3%	6,5%	0,5%
Côtes-d'Armor	6,7%	4,7%	0,1%	0,4%	76,0%	0,9%	2,2%	0,3%	2,3%	5,8%	0,5%
Morbihan	7,6%	4,1%	0,9%	0,0%	78,9%	1,0%	1,5%	0,0%	1,1%	4,1%	0,8%
Ille-et-Vilaine	5,9%	5,3%	1,2%	0,0%	76,9%	0,2%	1,1%	0,3%	2,6%	5,3%	1,1%

	IDEc	Infirmier soignant	Ergothérapeute	Psychomotricien	Aides-soignants	Aide médico-psychologiques	Assistant de soins en gérontologie	Psychologue	Directeur	Autre personnel administratif	Autre personnel
CCAS-CIAS	6,5%	4,9%	1,0%	0,0%	78,5%	0,0%	1,2%	0,3%	0,8%	6,4%	0,3%
Mutuelle	6,2%	10,7%	1,7%	9,9%	61,3%	0,6%	1,8%	0,0%	2,3%	4,7%	0,8%
Centre Hospitalier	6,6%	5,0%	0,1%	0,0%	82,8%	1,1%	1,0%	0,1%	0,1%	1,6%	1,7%
EHPAD public autonome	10,1%	0,0%	0,0%	0,0%	69,7%	15,8%	0,0%	0,0%	0,6%	3,9%	0,0%
Association	6,9%	6,5%	0,8%	0,1%	73,7%	0,6%	1,6%	0,2%	2,5%	6,2%	0,7%

FOCUS SUR LA COMPOSITION DES EQUIPES

La compétence de psychologue est également peu internalisée (0,2%).

L'article R 314-138 du CASF **prévoit cependant la possibilité d'inclure ce professionnel dans l'équipe du service**. Il doit être salarié du SSIAD pour que son intervention soit prise en charge dans le cadre de la dotation soin avec notamment pour missions :

- d'écouter et d'aider les personnes prises en charge par des entretiens individuels à domicile ;
- de participer à l'évaluation et à la réévaluation de l'état de santé des personnes accompagnées ;
- d'accompagner et d'informer les aidants familiaux ;
- de soutenir les professionnels intervenant au domicile à travers des entretiens individuels ou de groupes, des analyses de la pratique, de la mise en place de la supervision, des présentations de méthodes et de techniques relationnelles pour communiquer avec les personnes en fonction de leur pathologie.

Aujourd'hui, **les services mettent en évidence qu'ils sont de plus en plus confrontés à des demandes de prises en charge supposant l'apport de compétences dont celles de psychologues**, intervenant à la fois auprès des professionnels soignants intervenant au domicile mais également auprès des patients en perte d'autonomie et de leurs proches aidants (éclairage, soutien technique collectif).

Dans le cadre du suivi de l'expérimentation en cours d'appui d'un psychologue en SSIAD/SPASAD dans le cadre du Plan maladies neuro-dégénératives, il est sollicité par les services l'apport généralisé d'un psychologue pleinement intégré à l'organisation, pas uniquement pour les patients MND mais pour l'ensemble des patients pris en charge et leurs proches aidants, mobilisé en fonction des besoins. Il prend son sens dans le cadre d'une démarche de rapprochement SSIAD/SAAD au titre de leur rôle de prévention, dans le repérage des fragilités et du soutien des aidants.

L'utilité du recours à un médecin coordonnateur en SSIAD a été avancée lors des entretiens, cette fonction étant considérée comme manquante alors même que les prises en charge en SSIAD tendent à converger avec celles d'un EHPAD. Son regard sur les profils des patients est avancé comme étant intéressant pour objectiver la charge de soin des services (coupe « PATHOS » service). Cette piste serait à explorer dans le cadre du développement de dispositifs renforcés pour la vie à domicile de personnes en perte d'autonomie (coopération EHPAD – SSIAD).

POLITIQUE DE RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Solutions mises en œuvre pour améliorer le recrutement des intervenants



- **79% des services ont un lien direct avec les différents acteurs de l'emploi local;**
- Le recrutement reste en majorité géré en interne par les SSIAD, seuls 31% ont recours à une structure externe ou à un groupement d'employeurs. Les services privilégient le tissu local d'acteurs engagés pour l'emploi ainsi que le recours à une plateforme d'emploi. On constate également que 43% des services mutualisent les solutions avec d'autres SSIAD ou ont pour projet de le faire.
- **Les enjeux d'attractivité et de recrutement impliquent l'engagement d'actions de communication et de coordination afin de pallier les manques existants mis en avant par les professionnels.**

Solutions mises en œuvre pour améliorer le recrutement des intervenants par taille de service

	Lien direct avec les acteurs de l'emploi local	Recours à une structure externe	Recours à une plateforme d'emploi	Appui sur un groupement d'employeur	Mutualisation des solutions avec d'autres SSIAD
SSIAD de petite taille	76%	31%	51%	4%	39%
SSIAD de taille moyenne	76%	37%	62%	11%	36%
SSIAD de grande taille	100%	22%	60%	0%	22%

Solutions mises en œuvre pour améliorer le recrutement des intervenants par type de gestionnaire

	Lien direct avec les acteurs de l'emploi local	Recours à une structure externe	Recours à une plateforme d'emploi	Appui sur un groupement d'employeur	Mutualisation des solutions avec d'autres SSIAD
CCAS-CIAS	100%	27%	45%	18%	45%
Mutuelle	86%	0%	43%	0%	0%
Centre Hospitalier	50%	25%	50%	0%	40%
EHPAD public autonome	50%	33%	0%	0%	25%
Association	79%	37%	60%	4%	39%

FOCUS SUR LES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT

Les SSIAD, dans le cadre des ateliers, **mettent en évidence les difficultés de recrutement liées à la nature des emplois précaires proposés** (temps partiel, WE et jours fériés, horaires coupés, flexibilité attendue pour les patients PH, niveau de rémunération). Il est difficile selon certains de recourir à l'intérim à domicile, la notion de doublure d'interventions étant importante pour organiser le travail dans cette hypothèse. Les pénuries de professionnels de soin sont importantes.

Des services développent l'accueil de stagiaires pour valoriser les métiers au domicile et permettre des débouchés vers le secteur.

Le développement de l'apprentissage est une des propositions émises par l'un des groupes permettant la formation et la fidélisation des intervenants avec un tutorat d'AS.

Pour l'UNA, l'amélioration du recrutement passe par les liens entretenus avec les acteurs de l'emploi local et les dispositifs de coordination en place, qui sont néanmoins insuffisants pour répondre aux enjeux d'attractivité à moyen et long terme:

- l'orientation vers la filière à domicile délaissée au profit de postes ouverts en établissement,
- la fidélisation des personnes recrutées,
- la reconnaissance de l'engagement et de l'expertise requis pour l'accompagnement de personnes dont les besoins de soin augmentent.

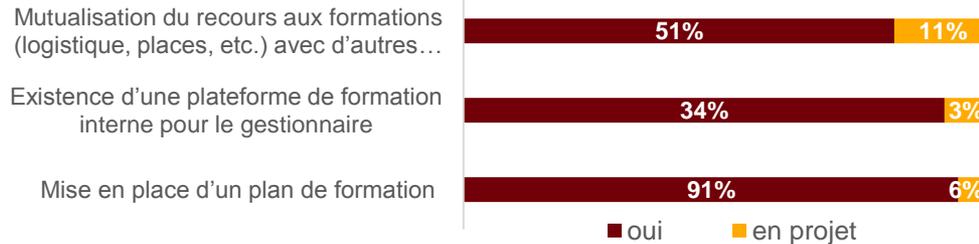
Elle met ainsi en avant l'intérêt à mener des réflexions à l'échelle des « bassins de vie » de manière à renforcer les dynamiques territoriales en matière de GPEC pour une meilleure adéquation entre besoins de compétences des structures et accès à l'emploi et à la formation de personnes notamment à la recherche d'emploi.

La question de la reconnaissance salariale est centrale et relève très largement de décisions au niveau national. L'intérêt d'une coordination régionale des dispositifs de formation des aides-soignants, au plus près des besoins des services et d'une diversification des modes de recrutement dans une logique territoriale, a été mis en avant par des représentants de fédérations notamment l'ADMR. Seraient à préciser les rôles et la place de différents acteurs dans ce dispositif (région, organismes de formation, employeurs, ARS...).

FORMATION DES PERSONNELS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la formation des professionnels intervenants



Analyse de la formation des professionnels intervenants par taille de service

	Mise en place d'un plan de formation	Existence d'une plateforme de formation interne pour le gestionnaire	Mutualisation du recours aux formations (avec d'autres SSIAD)
SSIAD de petite taille	94%	37%	56%
SSIAD de taille moyenne	80%	29%	38%
SSIAD de grande taille	100%	25%	50%

Analyse de la formation des professionnels intervenants par département

	Mise en place d'un plan de formation	Existence d'une plateforme de formation interne pour le gestionnaire	Mutualisation du recours aux formations avec d'autres SSIAD
Finistère	89%	44%	38%
Côtes-d'Armor	90%	24%	53%
Morbihan	96%	28%	56%
Ille-et-Vilaine	88%	38%	58%

Analyse de la formation des professionnels intervenants par type de gestionnaire

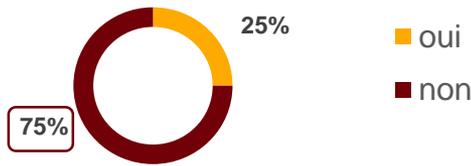
	Mise en place d'un plan de formation	Existence d'une plateforme de formation interne pour le gestionnaire	Mutualisation du recours aux formations avec d'autres SSIAD
CCAS-CIAS	83%	64%	45%
Mutuelle	100%	71%	86%
Centre Hospitalier	100%	42%	29%
EHPAD public autonome	100%	25%	50%
Association	90%	23%	54%

- **91% des services déclarent disposer d'un plan de formation** et 6% projettent d'en mettre un en place. L'accès à la formation pour les salariés des SSIAD est donc largement généralisé sur le territoire régional.
- **Plus d'un tiers des services** indiquent avoir accès à une plateforme de formation interne à leur gestionnaire et **51% des services** indiquent mutualiser le recours aux formations avec d'autres SSIAD. Les relations entre services sur la formation sont ainsi déjà ancrées dans les pratiques actuelles.
- La mutualisation des formations et l'existence d'une plateforme interne au gestionnaire **fluctuent en revanche en fonction de la capacité d'accueil des services**. Les SSIAD de petite taille sont ainsi proportionnellement les plus nombreux à mutualiser le recours aux formations (56%) et à disposer d'une plateforme de ce type (37%).
- De même, les mutuelles sont les gestionnaires qui déploient le plus une plateforme de formation disponible pour leurs services (71%) ainsi que ceux qui mutualisent le plus souvent le recours aux formations (86%).
- Lors des ateliers, les **SSIAD ont mis en évidence la difficulté à trouver des formations adaptées au domicile** (pour les structures hospitalières, elles seraient davantage sanitaires) et à faire des formations individualisées. Selon certains services, la réforme en cours de la formation professionnelle les rendra plus compliquées à mettre en place.
- **Les thématiques de formation développées portent sur les TMS, les troubles psychiques et cognitifs, la gestion des conflits et l'agressivité**. Des formations spécifiques sur le handicap sont sollicitées.

FORMATION DES PERSONNELS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

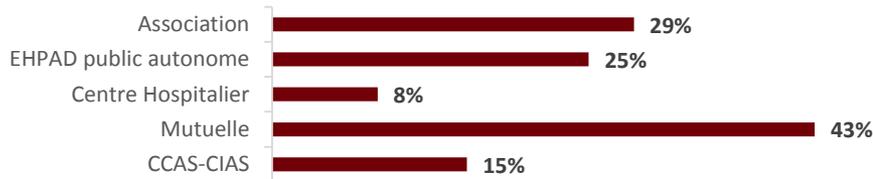
Les difficultés d'accès aux formations comme frein à la réalisation du plan de formation



Les difficultés d'accès aux formations comme frein à la réalisation du plan de formation par taille de service



Les difficultés d'accès aux formations comme frein à la réalisation du plan de formation par type de gestionnaire



Les difficultés d'accès aux formations comme frein à la réalisation du plan de formation par type de gestionnaire

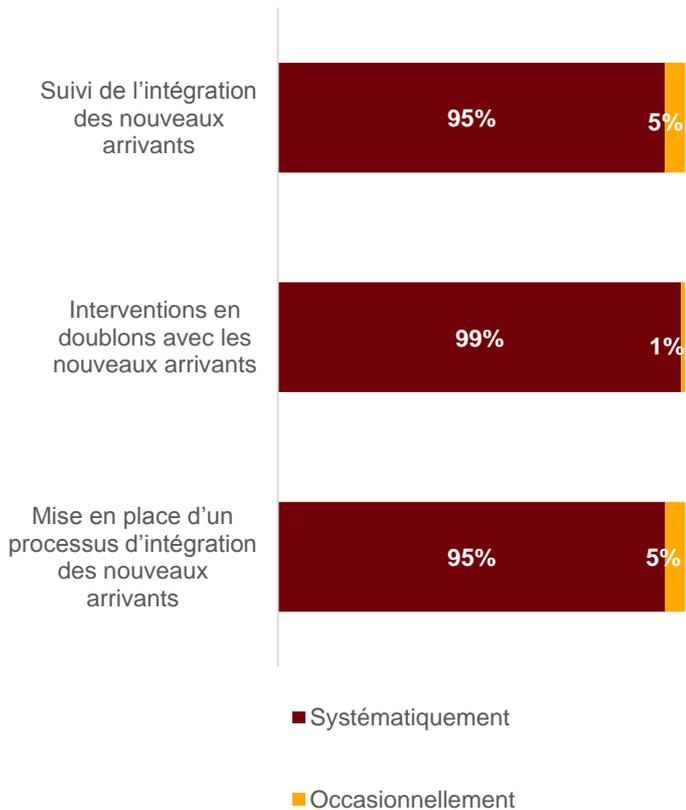


- 75% des services considèrent que l'accès aux formations n'est pas un frein à la réalisation du plan de formation. A l'inverse, cet accès est un frein pour 25% d'entre eux.
- On observe néanmoins une différenciation notable en fonction de la capacité d'accueil des SSIAD. **Les SSIAD de petite taille sont plus nombreux (28%)** à mettre en avant un enjeu d'accès aux formations que les SSIAD de grande taille (11%). On peut supposer que le suivi des formations disponibles et de la gestion du planning des salariés est facilité au sein d'un SSIAD de plus grande taille.
- Le type de gestionnaire marque **également d'importantes disparités en la matière**, puisque seuls 8% des SSIAD rattachés à un centre hospitalier considèrent l'accès aux formations comme un frein à la réalisation du plan de formations. A l'inverse, la proportion est de 43% pour les services rattachés à une mutuelles.
- **Les disparités en matière de formations sont également territoriales**, l'Ille et Vilaine présente le taux le plus faible de services mettant en avant de possibles difficultés d'accès à la formation (18%) une proportion deux fois moins importante que celle constatée dans les Côtes d'Armor (35%).

INTEGRATION DES NOUVEAUX ARRIVANTS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des processus d'intégration des nouveaux arrivants

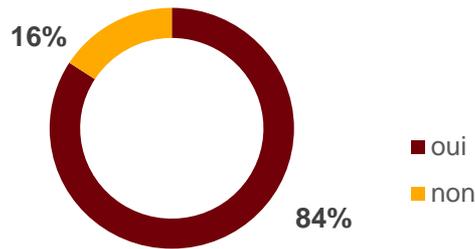


- Pour favoriser la stabilité des équipes, une attention est portée par les services aux nouveaux arrivants.
- Les interventions en doublons constituent la modalité d'intégration **la plus suivie par les SSIAD**, 99% organisent systématiquement des interventions de ce type pour faciliter leur formation et leur intégration.
- **95% des SSIAD ont également formalisé un processus d'intégration systématique des nouveaux arrivants.** Les 5% restants mettent en œuvre ce type de processus occasionnellement.
- On observe des proportions absolument identiques quant au suivi de l'intégration des nouveaux arrivants.

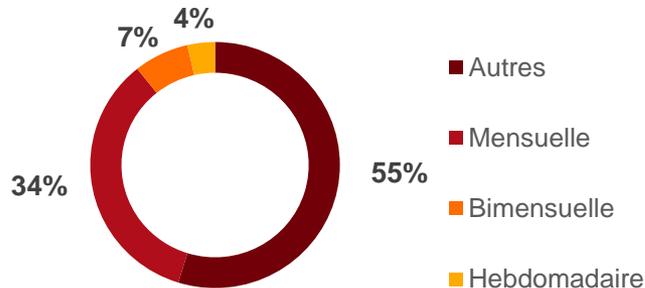
ORGANISATION DU SERVICE ET ENCADREMENT DES EQUIPES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Réunions de service autour de thématiques diverses



Fréquence des réunions de service

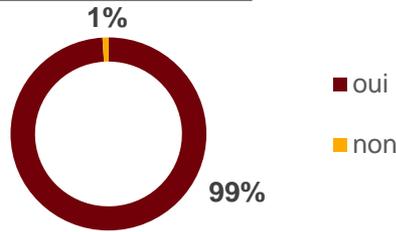


- **Les réunions de service sont prévues par 84% des SSIAD de la région, selon des modalités propres.** De nombreux services indiquent organiser ces réunions avec fixation de thématiques liées aux besoins et aux attentes du moment : «*en fonction des besoins ou des travaux d'équipe en cours*», «*en fonction des projets ou problématiques du service*», «*en fonction des situations complexes et difficultés rencontrées par le service*».
- **La fréquence de ces réunions fait l'objet d'une grande variabilité.** 34% des services en organisent une mensuellement, 7% deux fois par mois et 4% de manière hebdomadaire.
- **La majorité des SSIAD, soit 55% d'entre eux, organisent ces temps d'échange selon une autre fréquence.** On observe alors deux modalités majoritaires : de nombreux services indiquent mettre en place des réunions de service de manière pluri annuelle (trimestrielle ou biannuelle le plus souvent), d'autres les organisent «*à la demande*».

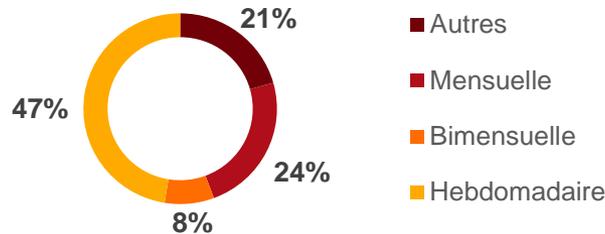
ORGANISATION DU SERVICE ET ENCADREMENT DES EQUIPES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

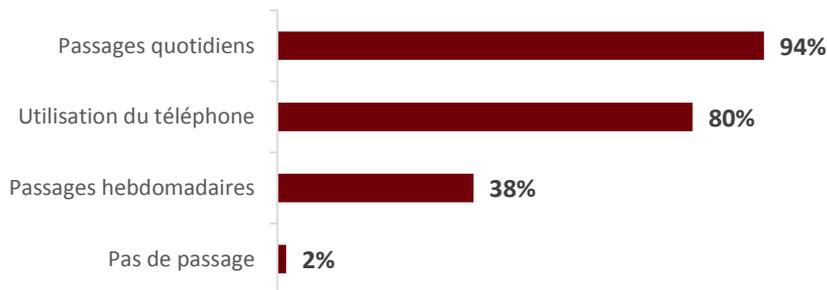
Organisation de réunions de transmission



Fréquence des réunions de transmission



Organisation des transmissions

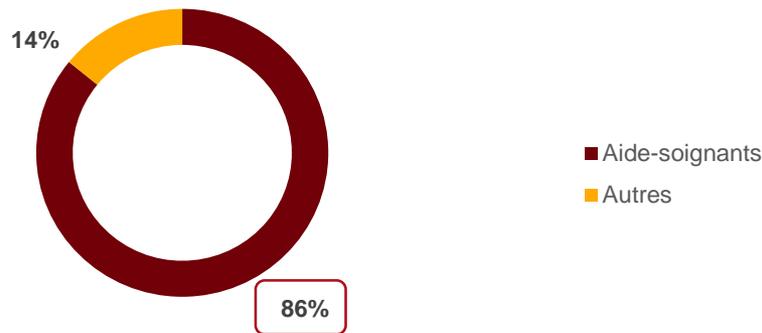


- **99% des services mettent en place des réunions de transmission et 94% organisent également les transmissions lors de passages quotidiens.**
- Comme pour les réunions de service, **les transmissions s'instituent selon des modalités diverses. 94% des services s'articulent néanmoins autour d'une pratique quotidienne** entre intervenants. Les réunions sont moins fréquentes mais majoritairement hebdomadaires ou mensuelles. Selon les précisions de certains services, elles peuvent reprendre la « *planification des soins* » et un « *point sur la globalité des patients* ». **Les réunions de transmission se confondent parfois avec les réunions de service** et sont l'occasion d'une analyse de la pratique.
- Le téléphone est largement utilisé dans le cadre des transmissions, par 80% des services. **Les cahiers de liaison, diagrammes de soins et autres outils écrits de transmission sont ainsi complétés par une information orale dans la majorité des cas.**

VACANCES DE POSTE ET ABSENTEISME

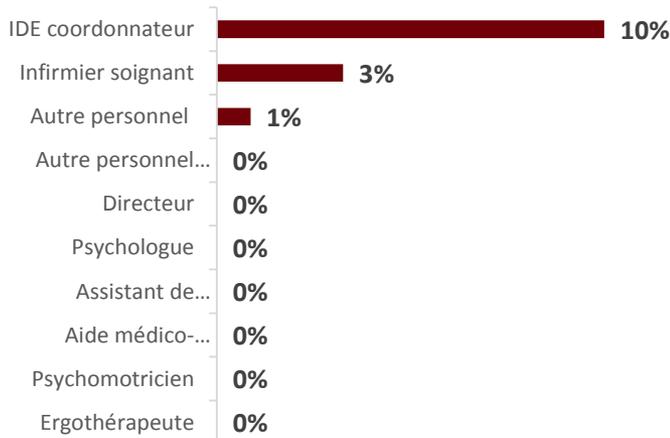
Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des effectifs vacants en part d'ETP au 31/12/2017

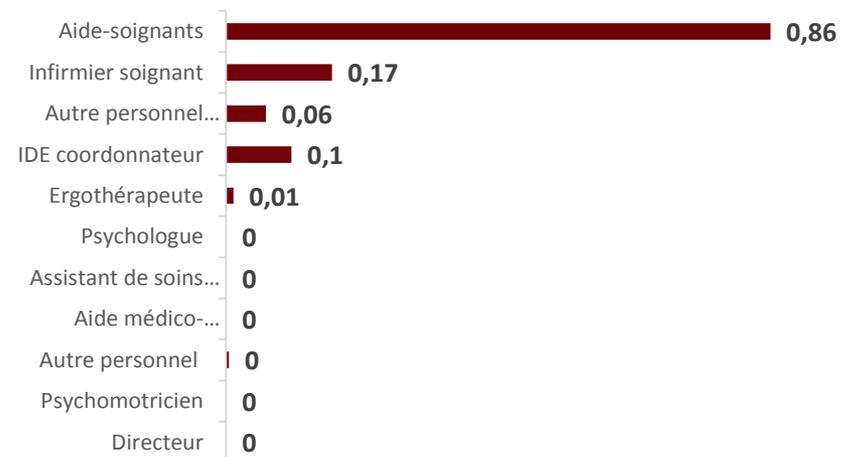


- **La vacance de poste est l'un des principaux marqueurs d'une faible attractivité du secteur et impacte directement l'organisation de l'activité des services.**
- Ce sont les postes d'aide-soignant qui sont principalement touchés par les vacances dans 86% des cas. On peut relever également des difficultés de recrutement des postes d'IDEC, 10% des services déclarant une vacance au 31/12/2017.

Analyse des effectifs vacants en part d'ETP au 31/12/2017



Moyenne des effectifs vacants en part d'ETP



VACANCES DE POSTE ET ABSENTEISME

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des effectifs vacants en part d'ETP au 31/12/2017 par taille de service

	IDE coordonnateur	Infirmier soignant	Aides-soignants
SSIAD de petite taille	0,0%	4,8%	82,5%
SSIAD de taille moyenne	35,3%	0,0%	62,4%
SSIAD de grande taille	0,0%	14,3%	84,9%

Analyse des effectifs vacants en part d'ETP au 31/12/2017 par type de gestionnaire

	IDE coordonnateur	Infirmier soignant	Aides-soignants
CCAS-CIAS	13,7%	8,2%	64,4%
Mutuelle	0,0%	5,6%	89,9%
Centre Hospitalier	0,0%	0,0%	100,0%
EHPAD public autonome	NR	NR	NR
Association	6,6%	9,9%	81,4%

Analyse des effectifs vacants en part d'ETP au 31/12/2017 par département

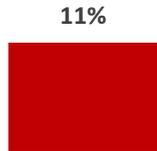
	IDE coordonnateur	Infirmier soignant	Aides-soignants
Finistère	5,3%	16,1%	74,0%
Côtes-d'Armor	45,5%	0,0%	54,5%
Morbihan	0,0%	7,7%	92,3%
Ille-et-Vilaine	5,3%	3,2%	86,3%

- **La taille des services tend à influencer de manière relative sur les effectifs vacants.** On constate effectivement un taux de vacance des aides-soignants inférieur pour les SSIAD de taille moyenne, et à l'inverse très supérieur pour les IDEC. Néanmoins, ce différentiel ne se vérifie pas entre les SSIAD de petite taille et de grande taille.
- La déclinaison par type de gestionnaire fait ressortir un taux de vacance des aides-soignants **supérieur à la moyenne régionale au sein des SSIAD mutualistes et qui atteint 100% au sein des services hospitaliers.**
- Enfin, les disparités départementales en matière de vacance des effectifs sont réelles. **Dans les Côtes d'Armor, le taux de vacance des IDEC atteint 45%, contre au maximum 5,3% en Ille et Vilaine et dans le Finistère.** Les vacances d'aide-soignant sont davantage marquées dans le Morbihan (92%) que dans les côtes d'Armor qui présente un niveau de vacance inférieur de 42%.

VACANCE DE POSTE ET ABSENTEISME

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

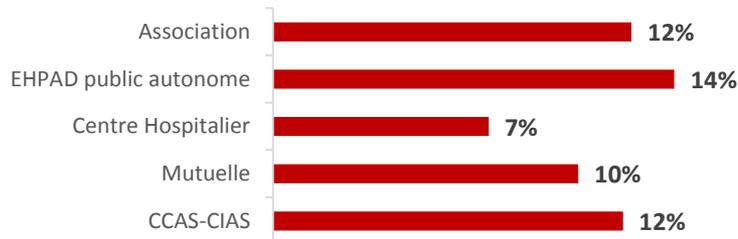
Taux d'absentéisme moyen



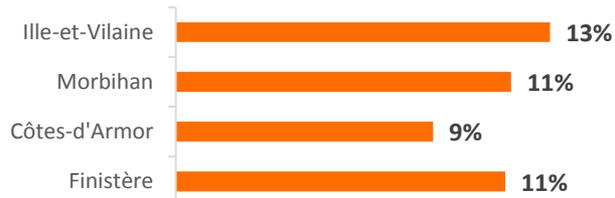
Taux d'absentéisme moyen par taille de service



Taux d'absentéisme moyen par type de gestionnaire



Taux d'absentéisme moyen par département



La déclinaison des analyses par SSIAD est disponible en annexe.

- **L'absentéisme est révélateur des difficultés rencontrées par les professionnels dans leur exercice, par ailleurs largement mises en avant par les services dans l'enquête.** Il est illustrant de l'instabilité organisationnelle et des difficultés de gestion des RH.
- **Le taux d'absentéisme moyen des SSIAD de la région est de 11%, contre 9% au niveau national.** La médiane régionale est en revanche de 9,02%, ce différentiel implique une situation largement contrastée entre les services. Certains SSIAD de grande taille et de taille moyenne observent en effet un taux d'absentéisme bien supérieur à 11%.
- **On peut considérer qu'il existe un lien de causalité direct avec les difficultés structurelles et l'absence de reconnaissance par ailleurs dénoncées par les professionnels dans l'enquête,** avec un score d'usure et de pénibilité estimé à 2,1 sur une échelle de 3.
- **Le taux d'absentéisme apparaît plus important au sein des SSIAD de taille moyenne et de grande taille (14% et 13%)** que dans les services de petite taille (10%).
- Les fluctuations entre gestionnaires sont relativement faibles, si l'on excepte les services hospitaliers qui présentent un taux plus faible de 7%.
- L'Ille et Vilaine apparaît enfin comme le département le plus marqué par l'absentéisme, avec une moyenne de 13%.

VACANCE DE POSTE ET ABSENTEISME

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

Part des absences constatées par motif

	Pour maladie de courte durée	Pour maladie de moyenne durée	Pour maladie de longue durée	Pour maternité/paternité	Pour accident du travail	Pour congés spéciaux
Moyenne sur l'ensemble des SSIAD	2%	3%	3%	1%	1%	1%

Part des absences constatées par motif et par taille de service

	Pour maladie de courte durée	Pour maladie de moyenne durée	Pour maladie de longue durée	Pour maternité/paternité	Pour accident du travail	Pour congés spéciaux
SSIAD de petite taille	1,7%	3,1%	2,3%	0,9%	1,2%	0,7%
SSIAD de taille moyenne	2,2%	3,6%	2,8%	2,2%	1,6%	1,7%
SSIAD de grande taille	2,1%	3,1%	3,9%	1,8%	1,9%	0,4%

Part des absences constatées par motif et par département

	Pour maladie de courte durée	Pour maladie de moyenne durée	Pour maladie de longue durée	Pour maternité/paternité	Pour accident du travail	Pour congés spéciaux
Finistère	1,9%	3,9%	2,2%	1,4%	0,9%	0,8%
Côtes-d'Armor	1,9%	2,1%	2,4%	0,6%	1,3%	0,4%
Morbihan	1,7%	2,4%	3,6%	1,2%	2,0%	0,4%
Ille-et-Vilaine	1,8%	4,6%	1,3%	2,0%	0,8%	2,2%

Part des absences constatées par motif et par type de gestionnaire

	Pour maladie de courte durée	Pour maladie de moyenne durée	Pour maladie de longue durée	Pour maternité/paternité	Pour accident du travail	Pour congés spéciaux
CCAS-CIAS	2,8%	3,2%	2,3%	0,7%	2,2%	0,6%
Mutuelle	0,6%	5,3%	0,0%	1,7%	1,2%	1,5%
Centre Hospitalier	2,0%	2,2%	0,8%	0,9%	1,3%	0,1%
EHPAD public autonome	7,0%	3,0%	1,5%	2,0%	0,0%	0,1%
Association	1,2%	3,4%	3,4%	1,4%	1,3%	1,3%

- Les congés parentaux, les accidents du travail et les congés spéciaux ne représentent que 27% du total des absences, le reste étant lié à des maladies non déclarées comme professionnelles.

- Au total, **les maladies de moyenne et de longue durée sont la cause de plus de la moitié des absences** au sein des services. La moyenne nationale du tableau de bord de la performance s'élève à 9%, soit 2% de moins que la moyenne régionale. On y observe en revanche de la même manière une situation plus dégradée au sein des SSIAD gérant le plus de places.

- Les critères de taille, de localisation départementale et de type de gestionnaire ne modifient pas substantiellement les proportions observées pour l'ensemble des SSIAD. **Les maladies restent dans tous les cas la cause première d'absentéisme.**



La déclinaison des analyses par SSIAD est disponible en annexe.

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

CONDITIONS DE TRAVAIL ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Moyenne du niveau de difficulté rencontré par les intervenants*



Moyenne du niveau de difficulté rencontré par les intervenants par taille de structure*

	Usure/pénibilité	Solitude	Difficultés psychologiques	Manque de reconnaissance
SSIAD de petite taille	2,1	1,3	1,7	1,8
SSIAD de taille moyenne	2,2	1,3	2,0	2,1
SSIAD de grande taille	2,4	1,3	1,8	2,2

Moyenne du niveau de difficulté rencontré par les intervenants par département*

	Usure/pénibilité	Solitude	Difficultés psychologiques	Manque de reconnaissance
Finistère	2,2	1,3	1,8	1,9
Côtes-d'Armor	2,2	1,5	2,0	2,0
Morbihan	2,0	1,3	1,7	1,8
Ille-et-Vilaine	2,2	1,0	1,6	1,9

Moyenne du niveau de difficulté rencontré par les intervenants par type de gestionnaire*

	Usure/pénibilité	Solitude	Difficultés psychologiques	Manque de reconnaissance
CCAS-CIAS	2,0	1,3	2,0	1,9
Mutuelle	2,1	1,0	1,1	1,9
Centre Hospitalier	1,8	1,5	1,5	1,6
EHPAD public autonome	1,8	1,3	1,8	2,0
Association	2,3	1,3	1,8	2,0

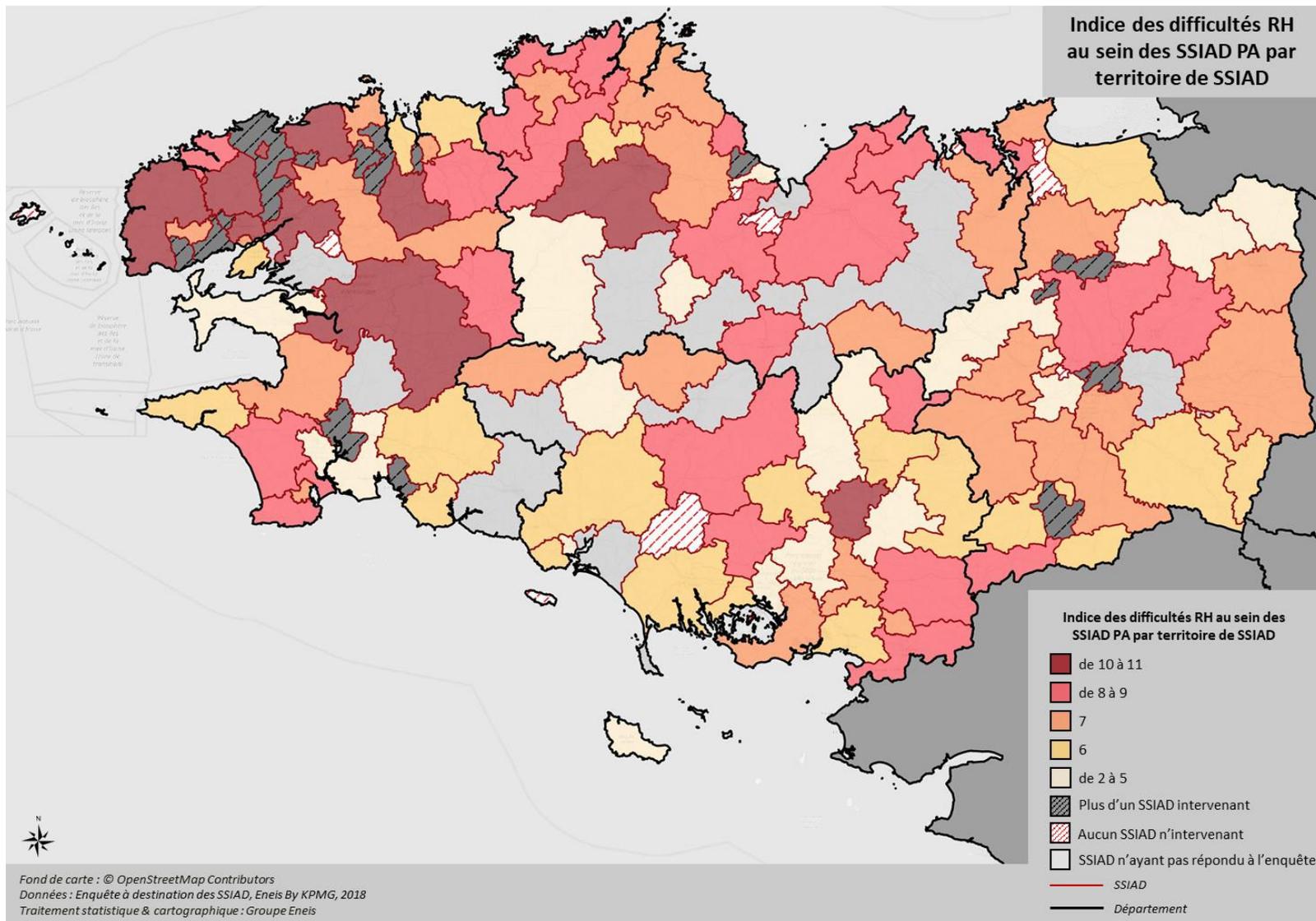
- Les services témoignent de conditions de travail difficiles pour les professionnels du domicile. L'indice d'usure et de pénibilité estimé par les services s'élève à 2,1 sur 3.

- Trois des critères de qualité de vie au travail sur les quatre proposés dépassent les 1,8 sur une échelle de 3. **Il apparaît que les professionnels pâtissent plus de l'usure et de la pénibilité de leurs missions (2,1 / 3) ainsi que du manque de reconnaissance et des difficultés psychologiques (1,8 et 1,9 / 3) que de la solitude dans leur travail à domicile (1,3 / 3).**

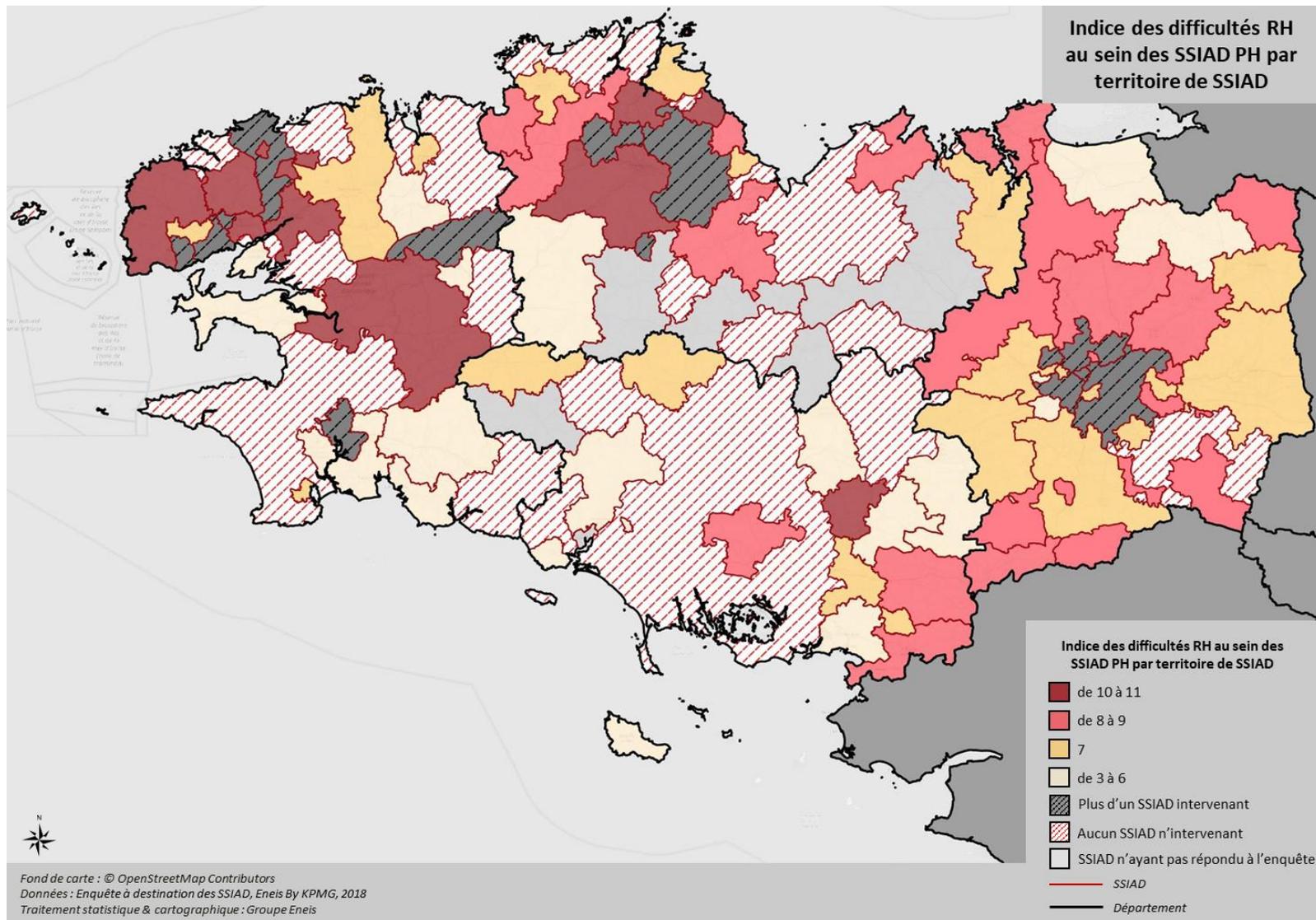
- Les conditions de travail ne sont que peu corrélées à la taille du service, au département d'implantation ou au type de gestionnaire. **L'usure et la pénibilité sont toujours considérées comme les principales difficultés rencontrées par les intervenants à domicile dans leurs conditions de travail.** Le manque de reconnaissance est également ressenti avec une certaine régularité et influe sur l'attractivité des métiers du soin à domicile.

*Les niveaux de difficulté proposés vont de 1 à 3, 3 étant le plus haut niveau de difficulté rencontrée.

CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DE L'INDICE DES DIFFICULTÉS RH AU SEIN DES SSIAD PA PAR TERRITOIRE DE SSIAD



CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DE L'INDICE DES DIFFICULTÉS RH AU SEIN DES SSIAD PH PAR TERRITOIRE DE SSIAD

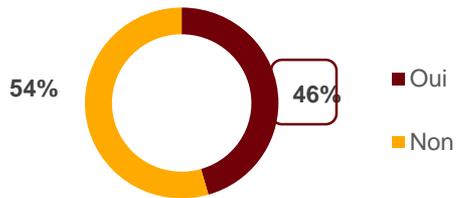




SUPERVISION ET SOUTIEN DES EQUIPES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

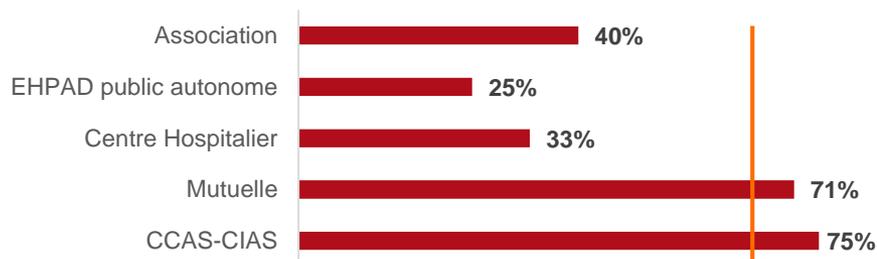
Analyse de la mise en place de réunions de supervision avec un psychologue



Analyse de la mise en place de réunions de supervision avec un psychologue par taille de structure



Analyse de la mise en place de réunions de supervision avec un psychologue par type de gestionnaire

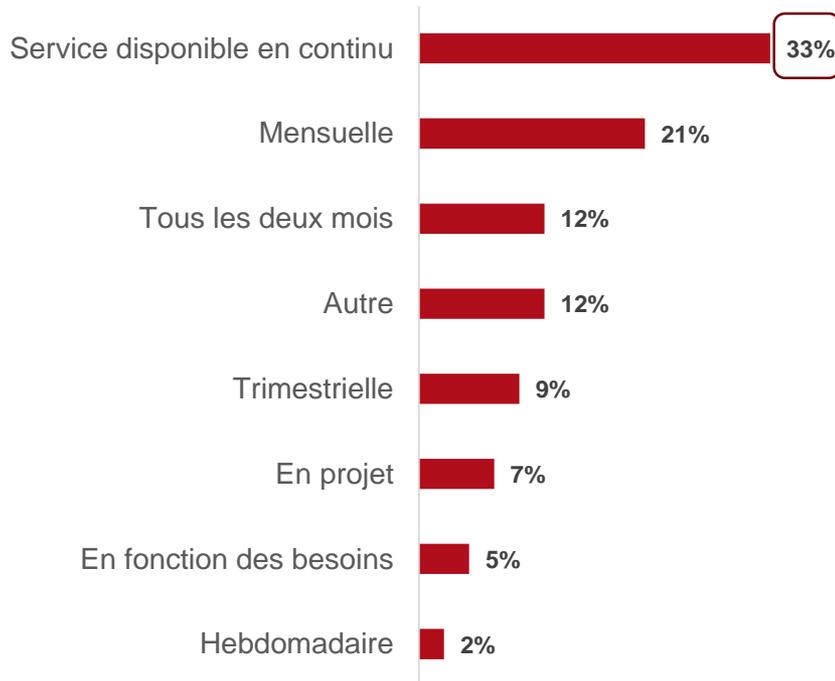


- **La supervision des pratiques est un temps privilégié pour les professionnels pour prendre du recul sur leur pratique quotidienne et en questionner le sens.** Elle favorise des conditions d'exercice mieux à même de garantir la sécurité morale et physique des professionnels. On parle également en parallèle d'analyse de la pratique plus centrée sur l'usager. La frontière entre ces deux notions est ténue.
- **La supervision d'équipe est revendiquée par les services lors des échanges ainsi que toutes actions qui participent du soutien des salariés à l'exemple des formations ou de l'amélioration des cycles de travail.** La question du droit au retrait a été évoquée dans ce cadre. L'article L 4131-1 du Code du travail définit le droit de retrait comme la possibilité pour tout salarié d'arrêter son travail et de quitter son lieu de travail, lorsqu'il peut raisonnablement penser qu'il est face à un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé et sur le point de se réaliser ou qu'il constate un dysfonctionnement des systèmes de protection (formation sur les conditions d'exercice de ce droit).
- Les réunions de supervision avec un psychologue à destination des professionnels des SSIAD ne sont pas généralisées au sein des services de la région. **Moins de la moitié d'entre eux (46%) les ont mises en place.**
- Les SSIAD de taille moyenne sont plus nombreux à les organiser, 54% contre respectivement 45% et 42% pour les SSIAD de grande taille et de petite taille.
- **La distinction par type de gestionnaire fait ressortir des différences majeures entre les services rattachés à une mutuelle ou à un CCAS-CIAS et les autres.** Plus de 70% des premiers cités mettent en place des séances de supervision avec un psychologue, contre 40% ou moins pour les gestionnaires associatifs, les EHPAD et les centres hospitaliers.

SUPERVISION ET SOUTIEN DES EQUIPES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la fréquence des réunions de supervision avec un psychologue



- **La fréquence des réunions varie d'un service, en continu à une organisation trimestrielle.** La catégorie « Autre » inclut également la mise en place semestrielle de réunions avec un psychologue. Un tiers des services déclarent proposer cette prestation en continu.
- Des entretiens avec les SSIAD, **il ressort qu'il est nécessaire de calibrer le nombre de séances pour un même groupe de professionnels.** L'exemple de 3 séances de 1h30 pour 8 salariés a été donnée avec un retour des salariés satisfaisants. L'appel à candidatures CLACT de l'ARS en 2018 a permis de financer des séances d'analyse de la pratique pour 28 services. Il a créé pour des services un besoin qui ne peut être pérennisé alors même que ces séances sont nécessaires. La proposition de mutualiser ces séances d'analyse de la pratique avec les SAAD a été avancée par un SPASAD expérimentateur, qui a développé cette organisation commune aux deux services qu'ils gèrent.

* On notera que les SSIAD de petite taille présentent ainsi un taux de service disponible en continu de 33% (18% pour les SSIAD entre 60 et 120 places) contre 60% pour les services de plus 120 places.



La déclinaison des analyses par taille et gestionnaire est disponible en annexe *.

PREVENTION ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la mise en place de dispositifs de prévention liés à la qualité de vie au travail pour les intervenants



Part des structures ayant mis en place des dispositifs de prévention liés à la qualité de vie au travail pour les intervenants par taille de structure

	Risques psycho-sociaux	Troubles musculosquelettiques	Risques routiers	Autre
SSIAD de petite taille	76%	90%	66%	26%
SSIAD de taille moyenne	84%	80%	68%	32%
SSIAD de grande taille	91%	100%	55%	27%

Analyse de la mise en place de dispositifs de prévention liés à la qualité de vie au travail pour les intervenants par type de gestionnaire

	Risques psycho-sociaux	Troubles musculosquelettiques	Risques routiers	Autre
CCAS-CIAS	85%	77%	31%	23%
Mutuelle	100%	100%	86%	86%
Centre Hospitalier	87%	93%	80%	27%
EHPAD public autonome	100%	100%	50%	25%
Association	75%	89%	68%	22%

- Un des premiers enjeux d'une politique de prévention des risques pour un SSIAD est la santé de son personnel et principalement de son personnel soignant.
- **92% des SSIAD interrogés ont développé des dispositifs de prévention des risques de troubles musculosquelettiques (TMS) et 82% des dispositifs de prévention des risques psycho-sociaux (RPS).** Avec l'évolution du profil des patients, les métiers se modifient; les maladies professionnelles se développent et les accidents du travail se multiplient.
- Les risques routiers, inhérents aux déplacements au domicile des patients et aux contraintes horaires, sont également cités dans les dispositifs de prévention par 68% des services. 56% déclarent mettre en place d'autres dispositifs de prévention.
- **La taille et le type de gestionnaire influent peu sur les proportions de mise en œuvre de dispositifs de prévention.** Les TMS et les RPS font toujours l'objet d'une prévention par un plus grand nombre de SSIAD que les risques routiers.
- L'ARS a lancé en 2018 un appel à candidatures CLACT SSIAD. 37 projets ont été financés pour développer des actions visant la prévention des TMS, des RPS et des risques routiers.
- **La politique des prévention des risques des services repose sur la formalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).**



PREVENTION ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Source : Données issues de l'enquête en ligne

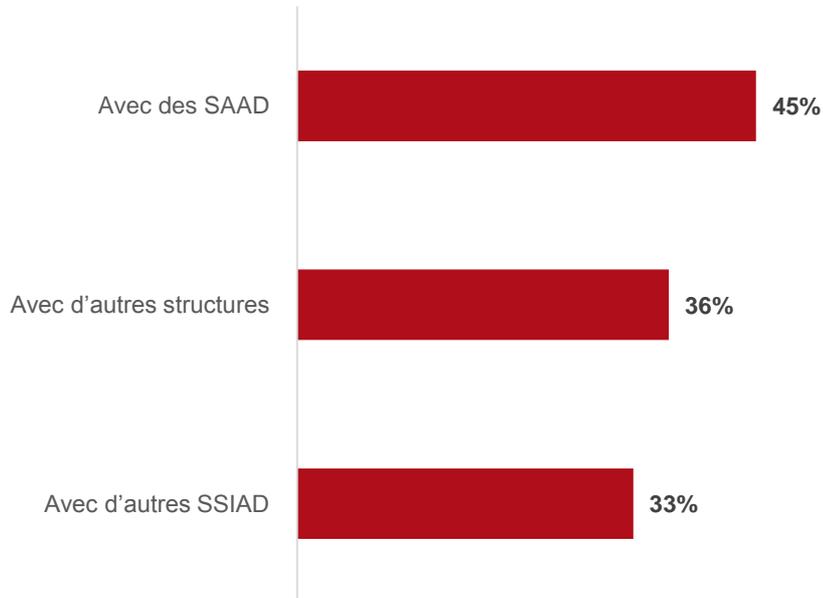
Autres dispositifs de prévention liés à la qualité de vie au travail portés par les SSIAD	Nombre de SSIAD concernés
Risques biologiques et infectieux	4
Conférences et ateliers (sommeil, retraite, nutrition...)	2
Gestion du stress et de l'agressivité	2
Chutes et risque de blessure	1
Incendie	1
Mise en place d'espaces de repos	1

- Le questionnaire prévoyait un espace dédié à l'explicitation des autres dispositifs de prévention liés à la qualité de vie au travail. 11 SSIAD ont précisé mettre en œuvre des actions différentes des troubles musculo-squelettiques, des risques psycho-sociaux et des risques routiers. **Bien qu'ils apparaissent plutôt comme des besoins en formation, quatre services ont mis en avant les « risques biologiques et infectieux »**. Deux services mettent en œuvre des conférences et ateliers sur des thématiques différentes (sommeil, retraite, nutrition...). Deux services traitent de la gestion du stress et de l'agressivité. Enfin, un service travaille sur les chutes et risques de blessures, un sur la prévention incendie, et un dernier a indiqué avoir aménagé **un espace de repos afin de favoriser le bien-être des intervenants**.

PREVENTION ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la mutualisation des dispositifs de prévention



- **45% des services interrogés déclarent mutualiser leurs actions de prévention liés à la qualité de vie au travail de leurs salariés avec des SAAD.** On peut supposer que la proximité des enjeux de qualité de vie au travail entre SSIAD et SAAD légitime la mise en place d'actions communes.
- Un tiers des répondants déclarent déployer des actions préventives communes avec d'autres SSIAD, tout particulièrement au sein d'une même fédération.
- **La mutualisation des dispositifs avec d'autres structures est également avancée par 36% des SSIAD.** Elle s'appuie sur des établissements du médico-social, le plus souvent autour des EHPAD. Elle est également le fait de rapprochements avec des centres de santé infirmiers ou des infirmiers libéraux.

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

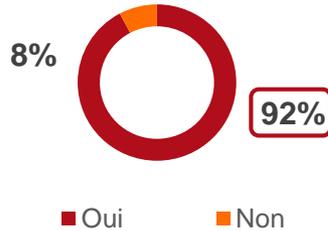
4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

FORMALISATION D'UN PROJET DE SERVICE

Source : Données issues de l'enquête en ligne

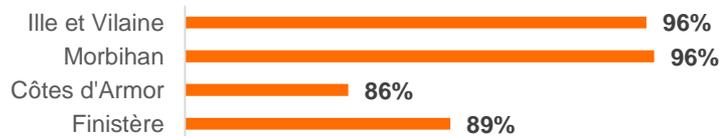
SSIAD/SPASAD ayant défini un projet de service



Pourcentage de structures ayant mise en place un projet de service par taille



Pourcentage de structures ayant mise en place un projet de service par département



Pourcentage de structures ayant mise en place un projet de service par type de gestionnaire



- Chaque SSIAD doit élaborer un projet de service (art L. 311-8 du CASF). Il introduit de la lisibilité sur les prestations auprès des usagers et des partenaires et constitue un cadre de référence pour les salariés dans leur pratique quotidienne. Il décrit ce qui existe au niveau du SSIAD qu'il positionne dans son environnement institutionnel et fixe des objectifs d'évolution et de développement du service et de ses interventions. C'est un outil de pilotage de l'activité et de l'offre.
- La définition d'un projet de service **est largement généralisée au sein des structures interrogées (92%)**. Seules 8% d'entre elles déclarent ne pas l'avoir formalisé.
- Les SSIAD de taille moyenne présentent un taux de mise en œuvre d'un projet de service, **très légèrement supérieur aux structures de petite taille et de grande taille**.
- Les départements des Côtes d'Armor et du Finistère enregistrent un taux de réalisation de projet de service inférieur à 90 %, contre un taux de 96% pour l'Ille et Vilaine et le Morbihan.
- La variabilité en apparence plus importante du taux de mise en œuvre d'un projet de service par type de gestionnaire est **à mettre au regard du nombre de structures interrogées**, largement supérieur pour le secteur associatif.
- Dire « ce que l'on fait » permet d'assurer la lisibilité et la légitimité de la structure sur le territoire, auprès des partenaires avec lesquels des articulations et coopérations sont nécessaires et auprès des usagers pour adapter les réponses à leurs besoins. La définition d'un projet de service pour les structures est essentielle. **Il s'agit d'ancrer cet outil comme un véritable outil de communication et un instrument de pilotage dans l'adaptation de l'offre en appui de la vie à domicile des personnes en perte d'autonomie**. La non-conformité de certains services à l'obligation de projets de service doit également être interrogée, par exemple par le biais d'évaluations externes. Des échanges sur le contenu de l'outil et sa diffusion sont à développer entre services au niveau local, départemental et au sein des réseaux.



AUTRES OUTILS RELATIFS AUX DROITS DES USAGERS

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

	Livret d'accueil	Charte des droits et liberté	DIPC	Personne qualifiée	Règlement de fonctionnement	CVS ou autre
Ensemble des SSIAD	99%	100%	100%	92%	100%	66%

- **Les outils de la loi de 2002-2 font état d'un bon niveau de formalisation pour l'ensemble des SSIAD.** Les quelques anomalies observées sont à interroger au cas par cas.

	Livret d'accueil	Charte des droits et liberté	DIPC	Personne qualifiée	Règlement de fonctionnement	CVS ou autre
SSIAD de petite taille	98%	100%	100%	89%	100%	63%
SSIAD de taille moyenne	100%	100%	100%	96%	100%	67%
SSIAD de grande taille	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- La participation des usagers est cependant un axe d'amélioration des services. La mise en place d'un conseil de la vie sociale est certes facultative pour les SSIAD mais d'autres formes de participation peuvent être envisagées (rencontres trimestrielles par exemple).

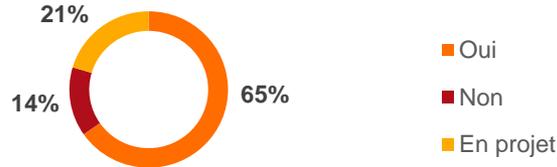
	Livret d'accueil	Charte des droits et liberté	DIPC	Personne qualifiée	Règlement de fonctionnement	CVS ou autre
Finistère	100%	100%	100%	85%	100%	62%
Côtes-d'Armor	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Morbihan	94%	100%	100%	82%	100%	53%
Ille-et-Vilaine	100%	100%	100%	80%	100%	40%

	Livret d'accueil	Charte des droits et liberté	DIPC	Personne qualifiée	Règlement de fonctionnement	CVS ou autre
CCAS-CIAS	100%	100%	100%	96%	100%	65%
Mutuelle	100%	100%	100%	84%	100%	63%
Centre Hospitalier	97%	100%	100%	87%	100%	77%
EHPAD public autonome	100%	100%	100%	100%	100%	53%
Association	100%	100%	100%	96%	100%	65%

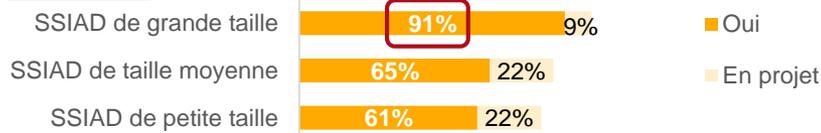
TABLEAUX DE BORD DE PILOTAGE DE L'ACTIVITE

Source : Données issues de l'enquête en ligne

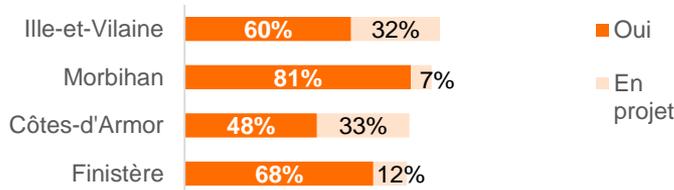
Analyse de la mise en place de tableaux de bord



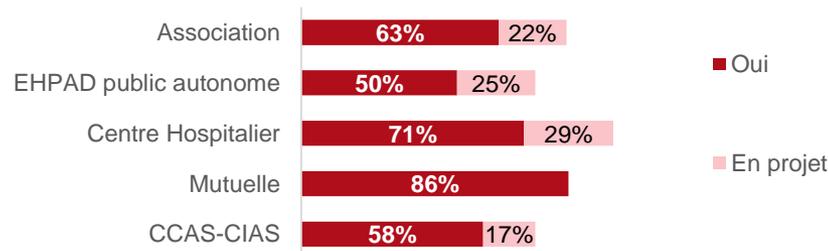
Analyse de la mise en place de tableaux de bord par taille de structure



Analyse de la mise en place de tableaux de bord par département



Analyse de la mise en place de tableaux de bord par type de gestionnaire

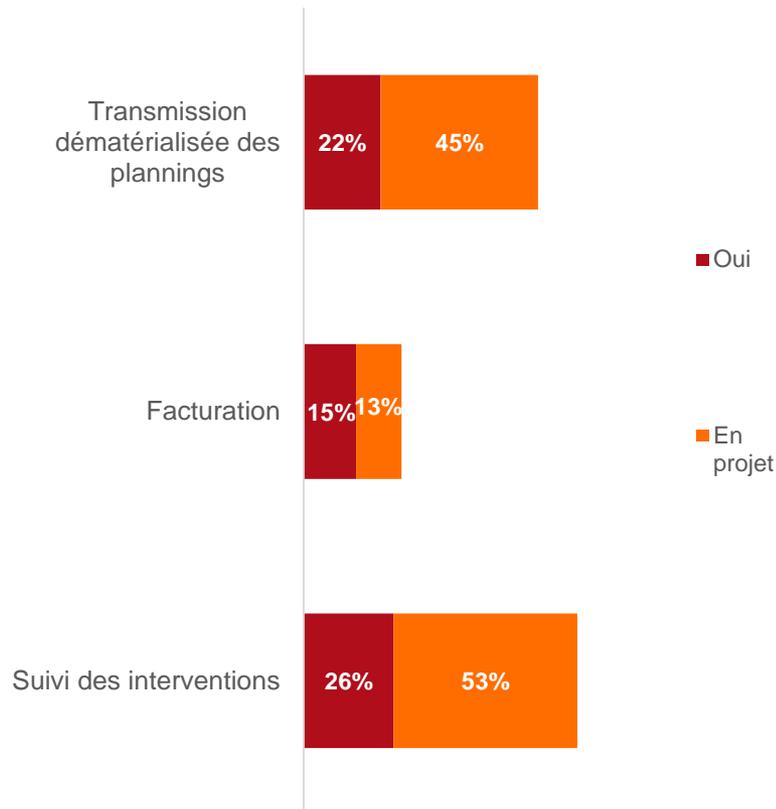


- **65% des SSIAD ont déjà mis en place un tableau de bord et 21% des services de la région ont pour projet d'en déployer un.** Seuls 14% des répondants ne gèrent pas leur activité par ce biais et n'ont pas prévu de le faire prochainement.
- **Il convient de rappeler que le tableau de bord de la performance est outil de pilotage des services, dont le remplissage est obligatoire sans être exclusif d'autres outils de suivi de l'activité permettant d'améliorer son efficacité et de suivre l'évolution des pratiques.**
- **L'usage du tableau de bord dépend fortement de la capacité d'accueil des SSIAD.** 91% des services de plus de 120 places l'ont ainsi mis en place, et les 9% restants ont pour projet de le déployer. En revanche, les SSIAD de petite taille ne sont que 61% à utiliser cet outil.
- **Les disparités départementales influent également sur le développement du tableau de bord.** 81% des services du Morbihan l'utilisent, contre 48% dans les Côtes d'Armor.
- **La variabilité de l'utilisation d'un tableau de bord est également dépendante du type de gestionnaire du SSIAD.** 86% des SSIAD rattachés à une mutuelle en ont déployé un, contre 50% pour les EHPAD public autonomes.

OUTIL DE TÉLÉGESTION

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la mise en place d'outils de télégestion



- **La télégestion consiste à déployer un système d'information permettant à partir du domicile d'accéder au système d'information du service.** Elle repose sur l'équipement de tout ou partie des personnels de dispositifs informatiques ou téléphonie permettant de consulter et d'alimenter le SI à distance.
- **Le questionnaire ne permet de connaître le taux de déploiement de cet outil. Un état des lieux est à réaliser.**
- Il ressort pour ceux qui l'ont mis en place (totalement ou partiellement) qu'elle permet avant tout de rationaliser le suivi des interventions, en appuyant le rôle de l'infirmier coordinateur. La modification des tournées en direct ou la transmission des informations permettent une amélioration qualitative des services rendus et des interventions. Aussi, 53% des SSIAD interrogés projettent de mettre en place cet l'outil dans les mois ou années à venir.
- La télégestion permet également la transmission dématérialisée des plannings pour 22% des SSIAD répondants. **45% ont indiqué projeter de s'en servir dans ce cadre.**
- Seuls 15% des SSIAD répondants utilisent actuellement la télégestion pour la facturation. **Mais la différence réelle avec le suivi des interventions et la transmission des plannings s'observe au niveau du souhait de l'utiliser à cette fin,** seuls 13% des services comptent effectivement développer cette pratique à l'avenir. Paradoxalement, la facturation a été décrite par les services interrogés comme étant une tâche très fastidieuse venant augmenter la charge administrative de l'IDEC au détriment du terrain.

OUTIL DE TÉLÉGESTION

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la mise en place d'outils de télégestion par taille de structure

Suivi des interventions	Suivi des interventions			Facturation	Facturation			Transmission des informations	Transmission des informations		
	Oui	Non	En projet		Oui	Non	En projet		Oui	Non	En projet
SSIAD de petite taille	25%	29%	46%	SSIAD de petite taille	14%	76%	10%	SSIAD de petite taille	23%	38%	38%
SSIAD de taille moyenne	25%	8%	67%	SSIAD de taille moyenne	17%	57%	26%	SSIAD de taille moyenne	13%	25%	63%
SSIAD de grande taille	36%	0%	64%	SSIAD de grande taille	20%	80%	0%	SSIAD de grande taille	40%	10%	50%

Analyse de la mise en place d'outils de télégestion par type de gestionnaire

Suivi des interventions	Suivi des interventions			Facturation	Facturation			Transmission des informations	Transmission des informations		
	Oui	Non	En projet		Oui	Non	En projet		Oui	Non	En projet
CCAS-CIAS	0%	14%	86%	CCAS-CIAS	14%	57%	29%	CCAS-CIAS	0%	21%	79%
Mutuelle	14%	0%	86%	Mutuelle	0%	100%	0%	Mutuelle	29%	14%	57%
Centre Hospitalier	0%	54%	46%	Centre Hospitalier	8%	92%	0%	Centre Hospitalier	0%	92%	8%
EHPAD public autonome	25%	25%	50%	EHPAD public autonome	33%	67%	0%	EHPAD public autonome	50%	25%	25%
Association	39%	18%	44%	Association	18%	68%	14%	Association	30%	25%	46%

Analyse de la mise en place d'outils de télégestion par département

Suivi des interventions	Suivi des interventions			Facturation	Facturation			Transmission des informations	Transmission des informations		
	Oui	Non	En projet		Oui	Non	En projet		Oui	Non	En projet
Finistère	26%	22%	52%	Finistère	28%	56%	16%	Finistère	26%	33%	41%
Côtes-d'Armor	29%	24%	48%	Côtes-d'Armor	0%	85%	15%	Côtes-d'Armor	20%	35%	45%
Morbihan	26%	22%	52%	Morbihan	13%	78%	9%	Morbihan	11%	44%	44%
Ille-et-Vilaine	24%	16%	60%	Ille-et-Vilaine	17%	71%	13%	Ille-et-Vilaine	32%	16%	52%

FOCUS SUR LA MISE EN PLACE DE LA TELEGESTION

La télégestion est un outil qui permet une traçabilité des interventions, une sécurisation des informations et participe de la qualité de vie au travail des professionnels.

Cet outil a fait l'objet **d'échanges avec les SSIAD, qui ont mis en évidence des freins à son déploiement :**

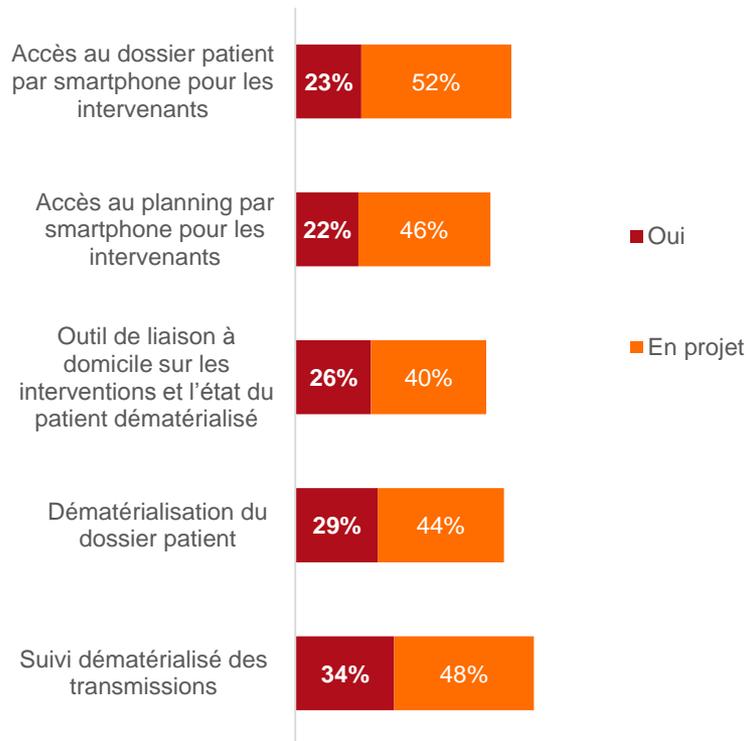
- Le coût du système évalué à 25 000 €/30 000 € très élevés pour des SSIAD de petite taille.
- L'absence de compétence des services en interne pour choisir le prestataire et la nécessité d'une assistance technique pour le suivi dans les services.
- L'absence d'interopérabilité des systèmes proposés avec les SI des partenaires (notamment les SAAD, les IDEL qui disposent d'un logiciel de télégestion spécifique avec la CPAM et les médecins traitants).
- L'inadaptation des outils développés par les éditeurs avec des opérateurs dominants, centrés sur « les actes à faire » et non sur la notion de projet du patient:
 - * difficiles à faire évoluer,
 - * nécessitant de retraiter les informations pour répondre aux différentes enquêtes régionales,
 - * obligeant à trouver des solutions techniques et alternatives pour renseigner les informations.
- L'impact de la télégestion sur les pratiques; le dispositif pouvant être vécu comme chronophage et non simplificateur, sentiment de « flicage des professionnels » avec des salariés qui ne sont pas à l'aise avec l'outil (temps important de formation et appropriation) véritable conduite de changement pour le service obligeant à un repositionnement de l'IDE coordonnateur.
- Le fait que les éditeurs ne soient pas en mesure tous de proposer une solution mobile.
- La place de la télégestion parmi l'ensemble des logiciels qui se développent (ROR, SNAC, DMP).

Une action a été menée dans le département d'Ille-et-Vilaine par des services affiliés à l'UNA, avec l'appui de l'ARACT, sur les conditions d'intégration d'un outil numérique de type télégestion dans les SSIAD. **Un guide a été élaboré, qui fera l'objet d'une diffusion au niveau régional.** L'étude menée a démontré un accueil majoritairement positif auprès des intervenants de terrain qui peuvent accéder plus facilement aux informations à distance. Néanmoins, il est admis dans ce cadre d'action que la télégestion et les outils numériques peuvent au cas par cas et selon les opérateurs, dégrader les conditions de travail du personnel encadrant en raison du surcroît de données à traiter à temps de travail égal. L'organisation du service a un impact direct sur les conditions de mise en place de la télégestion.

DEMATERIALIZATION DES OUTILS DE SUIVI DES PATIENTS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la dématérialisation de la gestion des interventions



- Une majorité de SSIAD utilise ou souhaite utiliser des outils dématérialisés pour gérer leurs interventions.
- Les objectifs poursuivis par la dématérialisation des outils de suivi des interventions font tous l'objet d'une certaine attention des SSIAD, **avec néanmoins une priorité donnée à la gestion des transmissions.**
- Les différentes actions portées par la dématérialisation ont toutes pour intérêt principal de faciliter le partage d'information entre les professionnels. L'accès au dossier patient ou au planning permet **de fluidifier l'activité et de sécuriser les interventions.**

EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1/ Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Analyse du coût de la médicalisation

2/ Cohérence du niveau de la typologie d'activité aux missions du service

1/ Politique d'admission

2/ Politique de refus d'admission

3/ Politique de gestion des attentes

3/ Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel

1/ Performance de l'organisation

2/ Performance de la GRH

3/ Qualité de vie au travail

4/ Efficience et modernisation de l'organisation (projet de service, outils de suivi et de pilotage, coopérations)

5/ Evaluation des besoins de l'utilisateur

ROLE ET POSITIONNEMENT DE L'IDE COORDONNATEUR

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Proportion d'IDEC en ETP sur le total des ETP par taille de service

	Part d'ETP d'IDEC sur le total des ETP
SSIAD de petite taille	8,5%
SSIAD de taille moyenne	6,5%
SSIAD de grande taille	4,9%

Proportion d'IDEC en ETP sur le total des ETP par département

	Part d'ETP d'IDEC sur le total des ETP
Finistère	7,4%
Côtes-d'Armor	6,7%
Morbihan	7,6%
Ille-et-Vilaine	5,9%

Proportion d'IDEC en ETP sur le total des ETP par type de gestionnaire

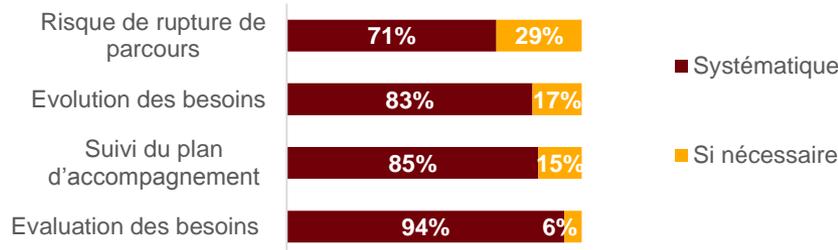
	Part d'ETP d'IDEC sur le total des ETP
CCAS-CIAS	6,5%
Mutuelle	6,2%
Centre Hospitalier	6,6%
EHPAD public autonome	10,1%
Association	6,9%

- **L'IDE coordonnateur est le pivot du SSIAD.**
- On constate une corrélation directe entre la capacité d'accueil des services et la part d'IDEC en ETP sur le total des ETP. **Les SSIAD de petite taille comptent 8,5% de leurs ETP consacrés aux IDEC, contre 6,5% pour les SSIAD de taille moyenne et 4,9% pour les SSIAD de grande taille.** Ce différentiel tend à soutenir le constat d'un besoin en coordination n'évoluant pas proportionnellement au nombre de places d'un service.
- Les disparités territoriales observées sont relativement faibles, n'excédant pas 1,7 points d'écart entre l'Ille et Vilaine (5,9% des ETP consacrés à l'IDEC) et le Morbihan (7,6% des ETP consacrés aux IDEC).
- Le type de gestionnaire n'influe également qu'à la marge sur la part d'ETP d'IDEC des services. Le taux constaté pour les EHPAD publics autonomes est principalement dû à un effet loupe sur ce gestionnaire spécifique et ne permet pas une généralisation.

ROLE ET POSITIONNEMENT DE L'IDE COORDONNATEUR

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la présence de l'IDEC



- Plus de 70% des SSIAD interrogés mobilisent l'IDE coordonnateur dans toutes les étapes de la gestion des besoins et du parcours des patients.
- L'évaluation des besoins des patients est effectuée par l'IDEC au sein de 94% des SSIAD interrogés. Le suivi du plan d'accompagnement et de l'évolution des besoins est également partie intégrante de ses missions pour respectivement 85% et 83% des services. Seul le risque de rupture de parcours (coordination avec les partenaires) est géré par l'IDEC dans moins de trois quarts des structures.
- Les proportions observées pour l'ensemble des services sont largement similaires à celles constatées pour les structures de petite, de moyenne et de grande taille. **La capacité d'accueil n'est donc en aucun cas un facteur différenciant du rôle de l'infirmier coordinateur. Il en est de même pour l'organisation des SSIAD par type de gestionnaire**, qui n'influe qu'à la marge sur les missions confiées aux IDEC.

Analyse de la présence de l'IDEC par taille de structure

	Evaluation des besoins	Suivi-du plan d'accompagnement	Evolution des besoins	Risque de rupture de parcours
SSIAD de petite taille	90%	88%	84%	66%
SSIAD de taille moyenne	96%	72%	76%	68%
SSIAD de grande taille	100%	82%	82%	64%

Analyse de la présence de l'IDEC par type de gestionnaire

	Evaluation des besoins	Suivi-du plan d'accompagnement	Evolution des besoins	Risque de rupture de parcours
CCAS-CIAS	92%	77%	85%	62%
Mutuelle	100%	86%	86%	57%
Centre Hospitalier	93%	73%	80%	60%
EHPAD public autonome	100%	100%	100%	50%
Association	92%	87%	81%	73%

ROLE ET POSITIONNEMENT DE L'IDE COORDONNATEUR (IDEC)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

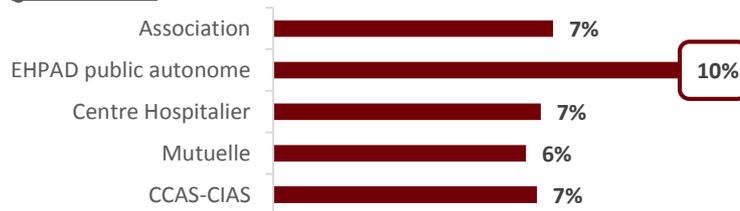
Part du temps d'IDEC (fonction de coordination)



Part du temps d'IDEC (fonction de coordination) par taille de service



Part du temps d'IDEC (fonction de coordination) par type de gestionnaire



Part du temps d'IDEC (fonction de coordination) par département



- **Concernant la coordination, on observe une légère variabilité de la proportion de l'activité de IDEC consacrée à cette fonction entre les différentes tailles de services.** Les SSIAD de grande taille dégagent en moyenne une part moindre de leur temps pour les activités de coordination (5%) par rapport aux SSIAD de taille moyenne (7%) et à ceux de petite taille (8%). On peut donc supposer que le temps de coordination n'augmente pas proportionnellement au nombre de places et que les SSIAD de grande taille **sont en mesure de mettre en œuvre une organisation interne rationalisant l'activité d'IDEC.**
- Les fluctuations observées entre départements et entre types de gestionnaires ne permettent pas de définir de différenciation réelle aussi marquée qu'autour du critère de taille. Il est néanmoins à **noter que les EHPAD publics autonomes ont en moyenne un temps d'IDEC plus élevé que les autres types de gestionnaires (10%).**

FOCUS SUR L'INFIRMIER COORDONNATEUR

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur en SSIAD sont définies réglementairement. Il assure:

1° des missions d'encadrement:

- Organisation de la prise en charge,
- Animation des réunions de service et de synthèse.
- Encadrement du personnel soignant, conduite des entretiens d'évaluation, élaboration du programme annuel de formation, participation au recrutement.

2° des missions de coordination des soins:

- Instruction des demandes d'admission.
- Evaluation des besoins, élaboration du plan d'accompagnement et de soin et formalisation du projet de soins individualisé, réalisation des réévaluations et actualisation des plans de soin.
- Coordination des interventions des professionnels de santé (IDE libéraux et pédicures-podologues) auprès des usagers du service.
- - Articulation avec les partenaires (intervenants à domicile, instances de coordination et d'intégration, établissement de santé), mise en place et suivi des coopérations et participation à des instances locales.

Ces fonctions peuvent comprendre des tâches administratives:

- Activités d'administration et de gestion du service.
- Elaboration du rapport d'activité.
- Tenue du dossier de soins infirmiers et transmissions écrites.
- Formalisation du DIPEC.
- Contrôle des factures des soins infirmiers réalisés par les IDE libéraux et les CSI conventionnés avec le SSIAD.

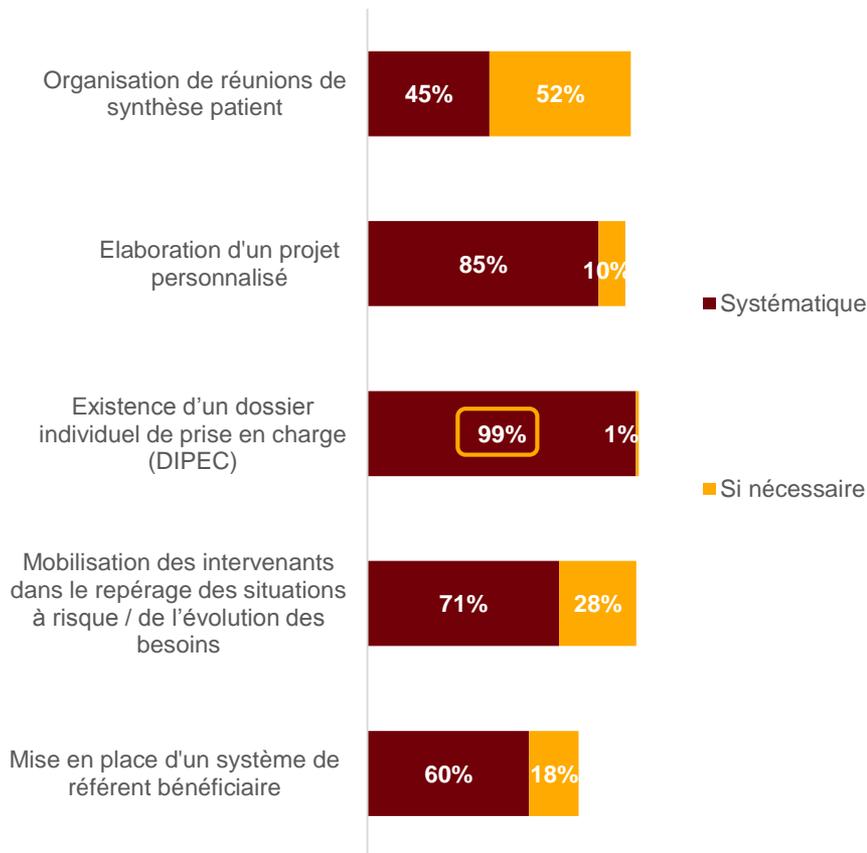
Des entretiens avec les services, il ressort :

- Une embolisation de l'IDEC sur des tâches administratives au détriment de la fonction soin (sentiment d'éloignement du terrain et des usagers). Attention attirée sur les SSIAD de petite taille « L'IDEC fait tout, elle gère un service de A à Z ». Une nécessité de recentrage sur les « vraies » missions est affirmée notamment avec l'allègement des tâches de gestion du service. Sans remettre en cause ce ressenti, l'ADMR met en avant que les IDEC des SSIAD rattachées à un réseau l'expriment bien moins, les IDEC bénéficiant dans le réseau systématiquement d'un soutien administratif.
- Un rôle central de l'IDEC dans le pilotage de la coordination des soins spécifiquement avec les IDE libéraux/Centres de santé infirmiers. La convention signée entre le professionnel libéral et le service précise sa collaboration avec l'IDEC qui est responsable de la coordination de l'ensemble des soins du service dont ceux sollicités par le service auprès d'un professionnel libéral ou centre de santé. La formalisation d'une convention de soins par patient est une des propositions d'amélioration proposée pour régir les relations avec le secteur libéral infirmier.
- Le positionnement de l'IDEC dans la coordination avec les autres intervenants, l'anticipation des mouvements de patients pour optimiser le taux d'occupation et répondre à la demande et organiser le service de manière optimale.

STRUCTURATION DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la prise en charge des bénéficiaires



- **Le document individuel de prise en charge (DIPEC) constitue le support contractuel du dossier usager. Il définit les objectifs de la prise en charge et décrit la liste et la nature des soins délivrés.** La quasi-totalité des SSIAD (soit 99%) mettent en place cet outil au démarrage de la prise en charge.
- **L'élaboration d'un projet personnalisé est une obligation pour les services. Il comprend un volet soin, intégrant le DIPEC et le plan de soin.** Il est élaboré par 85% des services de la région et 10% l'utilisent également après une évaluation individualisée des besoins.
- La désignation d'un référent individuel pour chaque bénéficiaire est mise en place par 60% des SSIAD.
- L'organisation de réunions de synthèse autour des situations est moins systématique. Seuls 45% des SSIAD déclarent en organiser (cf: outils de transmissions).
- **Le repérage des situations à risque est également généralisé au sein des SSIAD bretons, 71% mobilisent systématiquement les intervenants à cet effet et 28% le font si nécessaire.**

STRUCTURATION DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la prise en charge des bénéficiaires par taille de structure*

	Mise en place d'un système de référent bénéficiaire	Mobilisation des intervenants dans le repérage des situations à risque / de l'évolution des besoins	Existence d'un dossier individuel de prise en charge (DIPEC)	Elaboration d'un projet personnalisé	Organisation de réunions de synthèse patient
SSIAD de petite taille	76%	96%	96%	91%	91%
SSIAD de taille moyenne	72%	100%	96%	92%	96%
SSIAD de grande taille	64%	100%	100%	100%	100%

Analyse de la prise en charge des bénéficiaires par type de gestionnaire*

	Mise en place d'un système de référent bénéficiaire	Mobilisation des intervenants dans le repérage des situations à risque / de l'évolution des besoins	Existence d'un dossier individuel de prise en charge (DIPEC)	Elaboration d'un projet personnalisé	Organisation de réunions de synthèse patient
CCAS-CIAS	64%	93%	93%	86%	93%
Mutuelle	86%	100%	100%	100%	100%
Centre Hospitalier	93%	100%	93%	93%	100%
EHPAD public autonome	100%	100%	100%	100%	100%
Association	70%	98%	98%	94%	92%

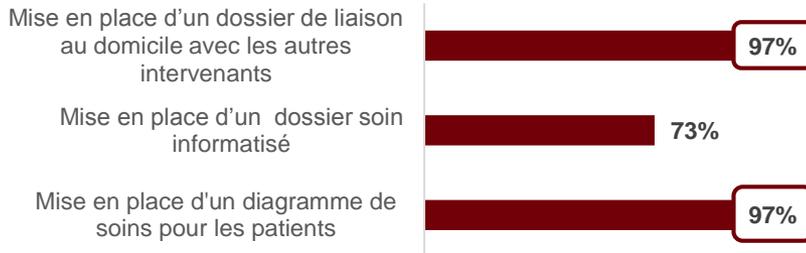
- **Les pratiques de prise en charge des patients ne sont que peu dépendantes de la capacité d'accueil et du type de gestionnaire des SSIAD.**
- L'existence d'un dossier individuel de prise en charge au sein des services de la région est généralisée quelque soit la taille du SSIAD. On retrouve également des proportions similaires entre services de tailles diverses pour les autres outils et pratiques considérés dans l'enquête.
- **Le type de gestionnaire ne constitue pas non plus un critère discriminant, excepté pour la mise en place d'un système de référent bénéficiaire.** Les SSIAD dépendants d'un EHPAD public autonome ont tous mis en place cette pratique, ce n'est seulement le cas que pour 64% des services rattachés à un CCAS-CIAS et pour 70% des SSIAD associatifs.

* Les proportions indiquées comprennent à la fois les SSIAD usant « systématiquement » et « si nécessaire » des pratiques de prise en charge proposées dans l'enquête.

STRUCTURATION DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse du dossier de l'utilisateur



Analyse du dossier de l'utilisateur par taille de structure

	Mise en place d'un diagramme de soins pour les patients	Mise en place d'un dossier soin informatisé	Mise en place d'un dossier de liaison au domicile avec les autres intervenants
SSIAD de petite taille	96%	65%	93%
SSIAD de taille moyenne	100%	76%	100%
SSIAD de grande taille	82%	100%	100%

Analyse du dossier de l'utilisateur par type de gestionnaire

	Mise en place d'un diagramme de soins pour les patients	Mise en place d'un dossier soin informatisé	Mise en place d'un dossier de liaison au domicile avec les autres intervenants
CCAS-CIAS	92%	77%	92%
Mutuelle	100%	71%	100%
Centre Hospitalier	100%	33%	93%
EHPAD public autonome	100%	75%	100%
Association	95%	79%	97%

- La coordination entre intervenants et la traçabilité des soins sont deux enjeux centraux dans la pratique quotidienne des professionnels. **Les outils du dossier patient que sont le dossier de liaison et le diagramme de soins viennent donc logiquement répondre à ces problématique au sein de 97% des services interrogés.** L'informatisation du dossier de soin informatisé fait l'objet d'un moindre intérêt mais est tout de même utilisée par 73% des SSIAD.
- **La capacité d'accueil des services marque une différenciation dans la mobilisation des outils du dossier patient.** Plus un SSIAD est grand, plus il semble ainsi avoir tendance à user du dossier de soin informatisé et du dossier de liaison. A l'inverse, les SSIAD de grande taille semblent paradoxalement moins mobiliser le diagramme de soins que les autres services.
- Le type de gestionnaire apparaît moins discriminant en ce qui concerne l'usage du dossier patient. **On peut néanmoins noter une sous-utilisation, relativement aux autres gestionnaires, du dossier informatisé au sein des structures attenantes à un centre hospitalier, puisque seuls 33% sont passés à cet usage numérique.**

PARTIE III: COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX



SOMMAIRE DU RAPPORT

AVANT-PROPOS

MÉTHODOLOGIE

CALENDRIER DE LA DÉMARCHE

COMPOSITION ET OBJECTIFS DU COMITÉ TECHNIQUE

SOURCES DES DONNÉES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE

SYNTHÈSE GLOBALE DE L'ÉTUDE SSIAD

I PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DES SSIAD DE LA REGION

II EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

III **COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX**

IV QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT

V CAHIER DES ANNEXES

COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX:

1/ Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

2/ Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

3/ Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

1/ Les partenaires du parcours

2/ Les partenaires IDEL et CSI

4/ Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile

5/ Projets de rapprochement

6/ Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

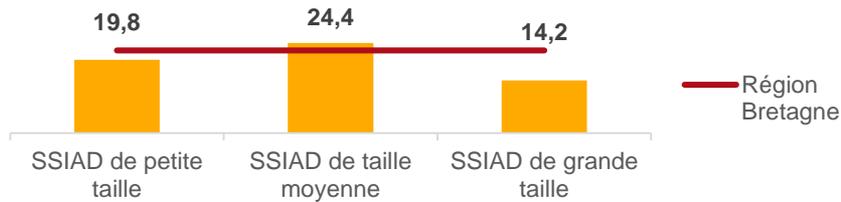
TERRITOIRES AUTORISÉS ET TAUX DE COUVERTURE DES SSIAD PA

Source : Données fournies par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

Taux de couverture moyen des SSIAD PA



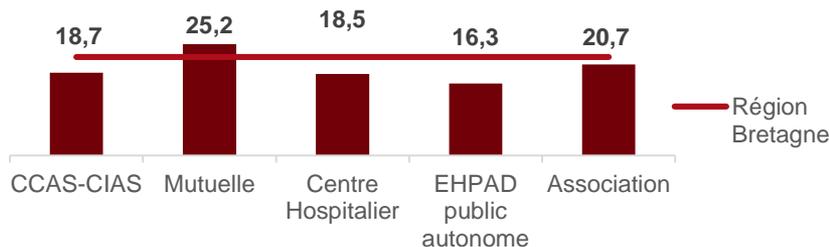
Taux de couverture moyen des SSIAD PA par taille



Taux de couverture moyen des SSIAD PA par département



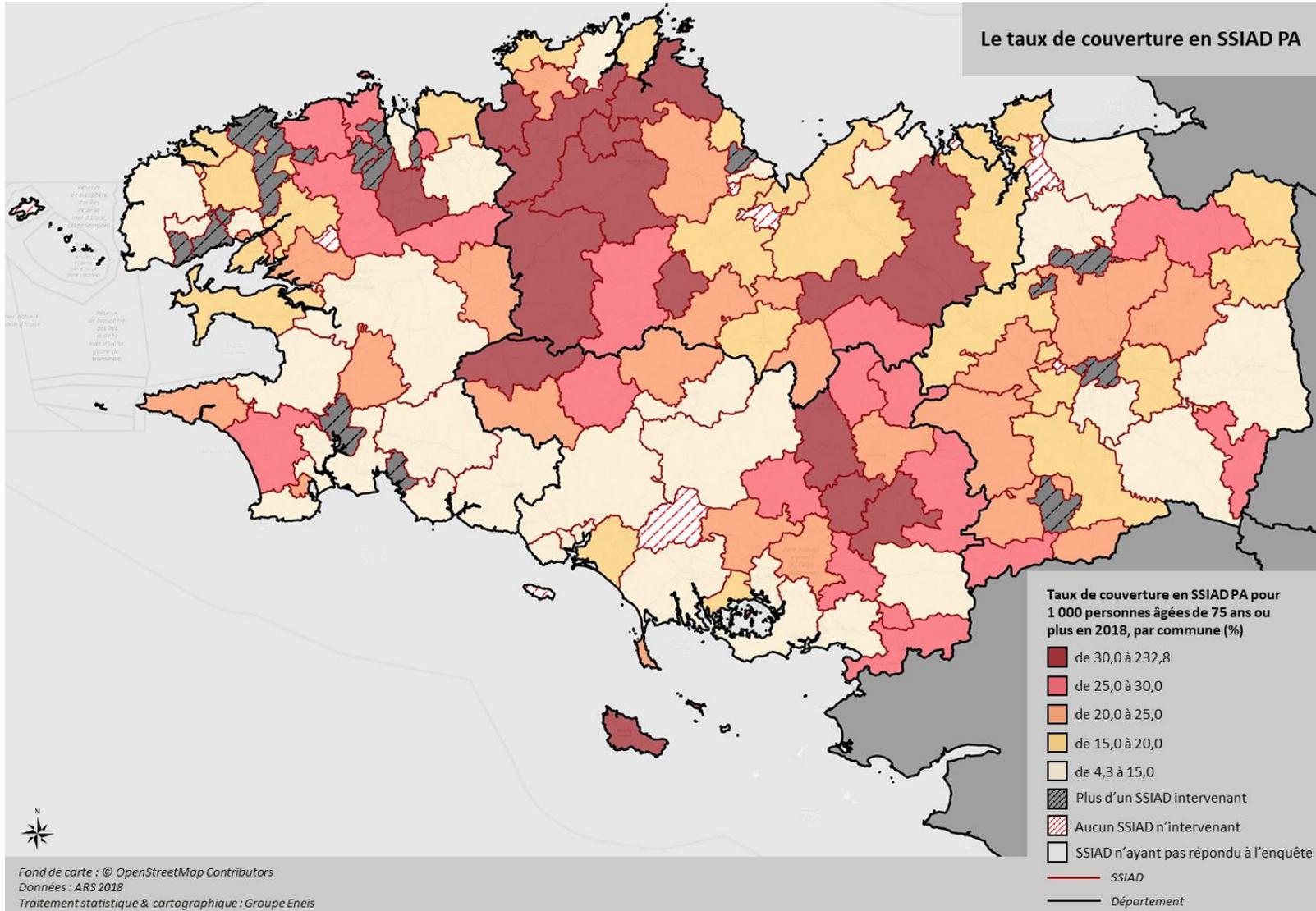
Taux de couverture moyen des SSIAD PA par type de gestionnaire



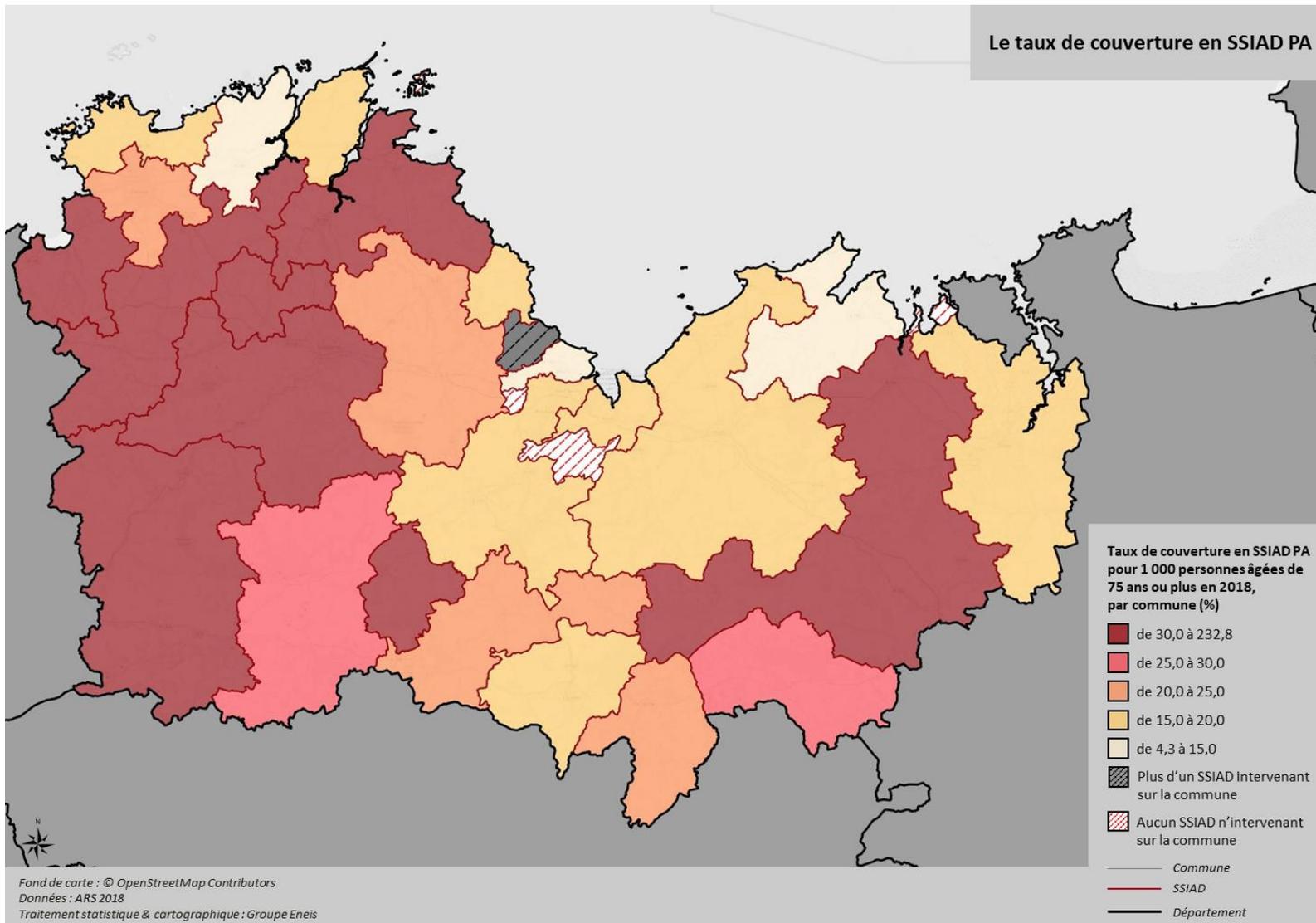
- Les taux de couverture des SSIAD PA **sont hétérogènes**. Le taux moyen est de 22,3 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans.
- Les SSIAD de taille moyenne, comportant entre 60 et 120 places, **présentent le taux de couverture le plus élevé avec plus de 24,4 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus** sur leur territoire d'intervention. En dessous de 60 places, le taux moyen descend en moyenne à 19,8 places et au dessus de 120 places, à 14,2 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. On peut ainsi supposer que la capacité de prise en charge des SSIAD n'est pas toujours en adéquation avec les besoins des territoires d'intervention.
- Les disparités infrarégionales mettent également en lumière de **fortes inégalités territoriales entre territoires de SSIAD**. Le Morbihan présente un taux moyen de 28,5 places PA pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre seulement 16,8 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans le Finistère. Les Côtes d'Armor et l'Ille et Vilaine observent une situation intermédiaire avec respectivement 25,5 et 17,7 places PA pour 1000 habitants de 75 ans et plus.
- L'organisation des SSIAD en fonction du type de gestionnaire **influe en outre sur le taux de couverture**. Les services rattachés à une mutuelle se caractérisent en moyenne par un taux de couverture plus élevé, de 25,2 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, tenant compte de leur implantation urbaine (forte concentration de population).

Mode de calcul du taux de couverture PA : Capacité autorisée en termes de nombre de places PA / Population âgée de 75 ans et plus au sein du territoire autorisé) * 1000

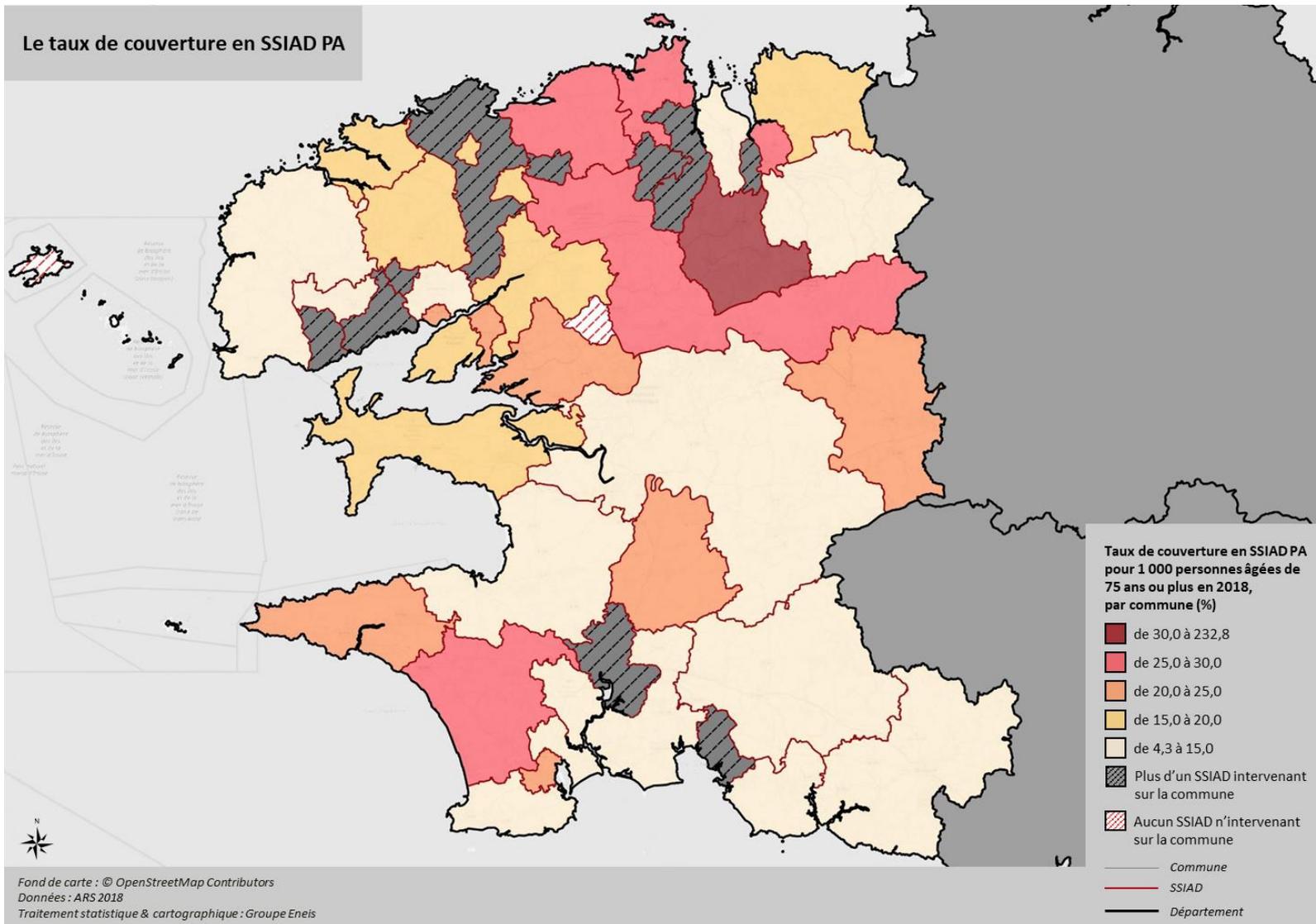
CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DU TAUX DE COUVERTURE PA PAR TERRITOIRE DE SSIAD



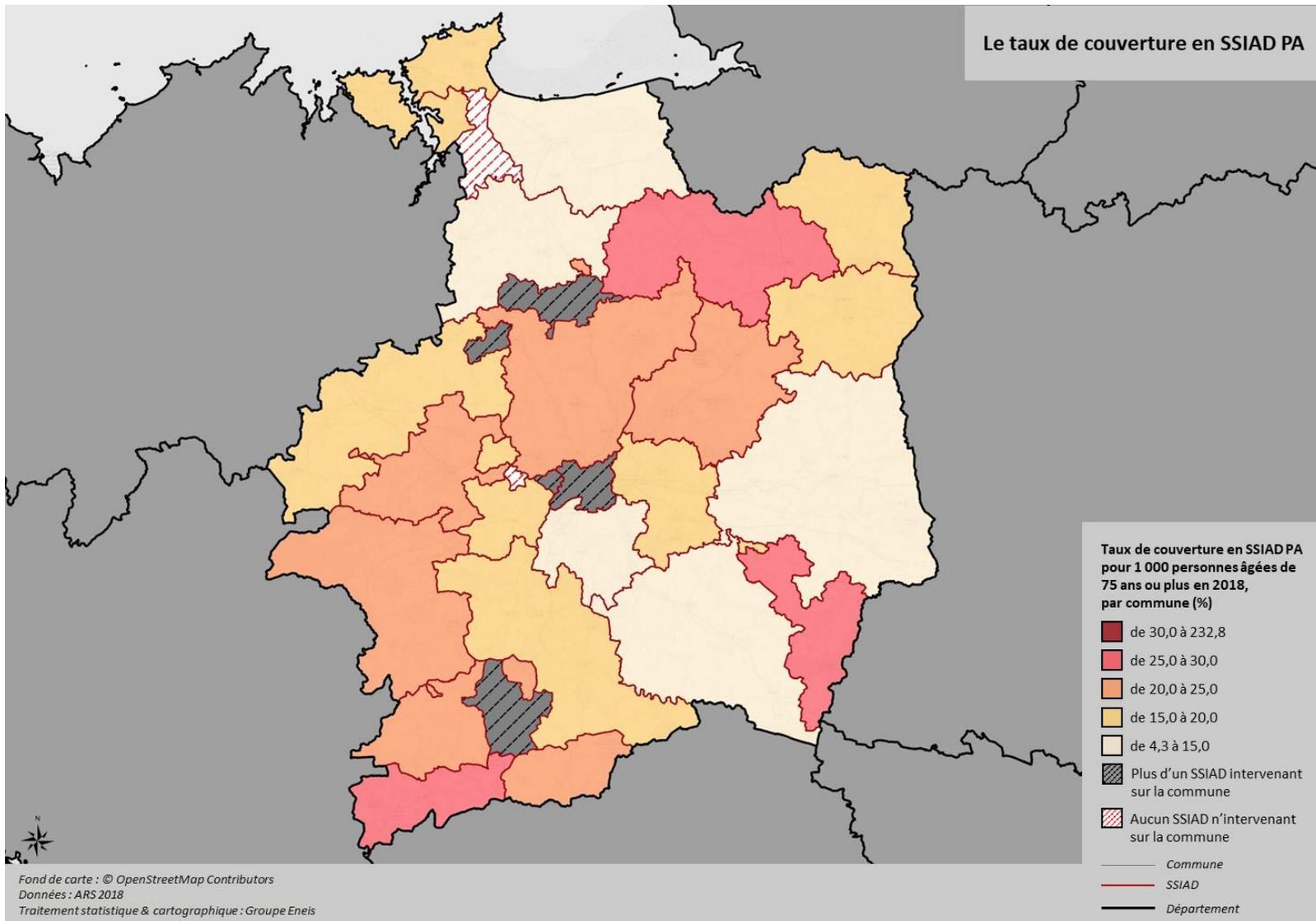
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PA PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LES CÔTES D'ARMOR



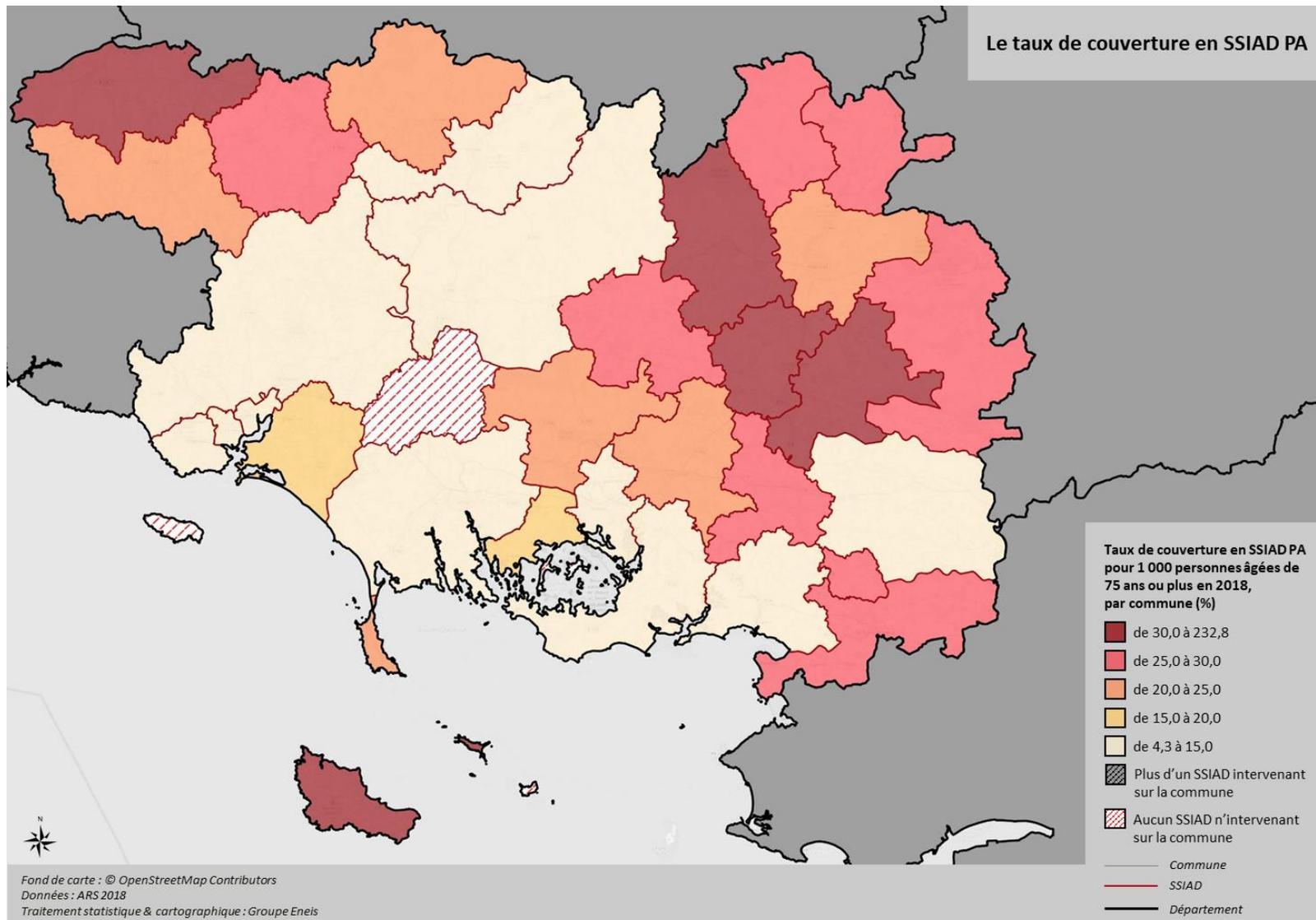
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PA PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE FINISTÈRE



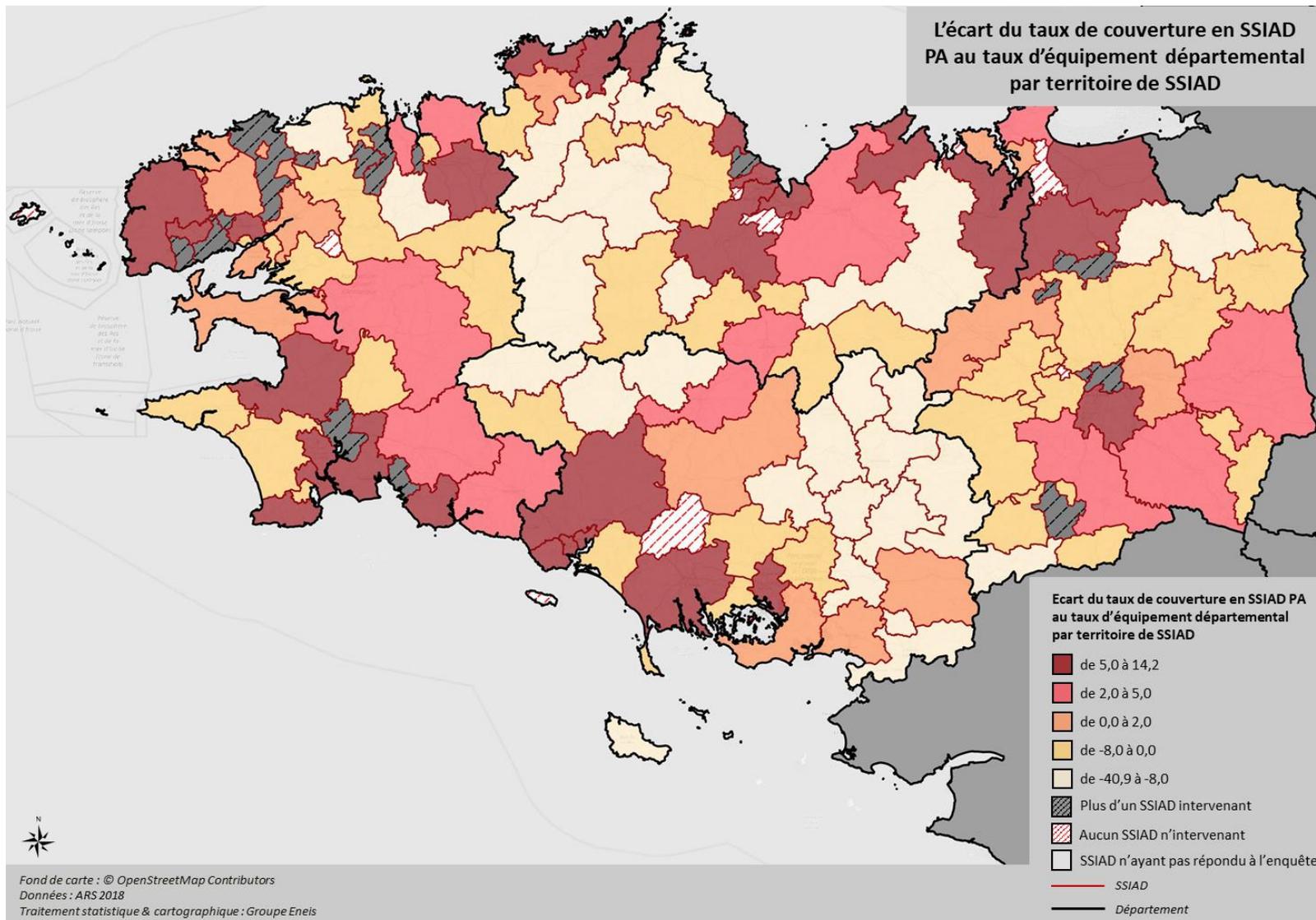
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PA PAR TERRITOIRE DE SSIAD EN ILLE ET VILAINE



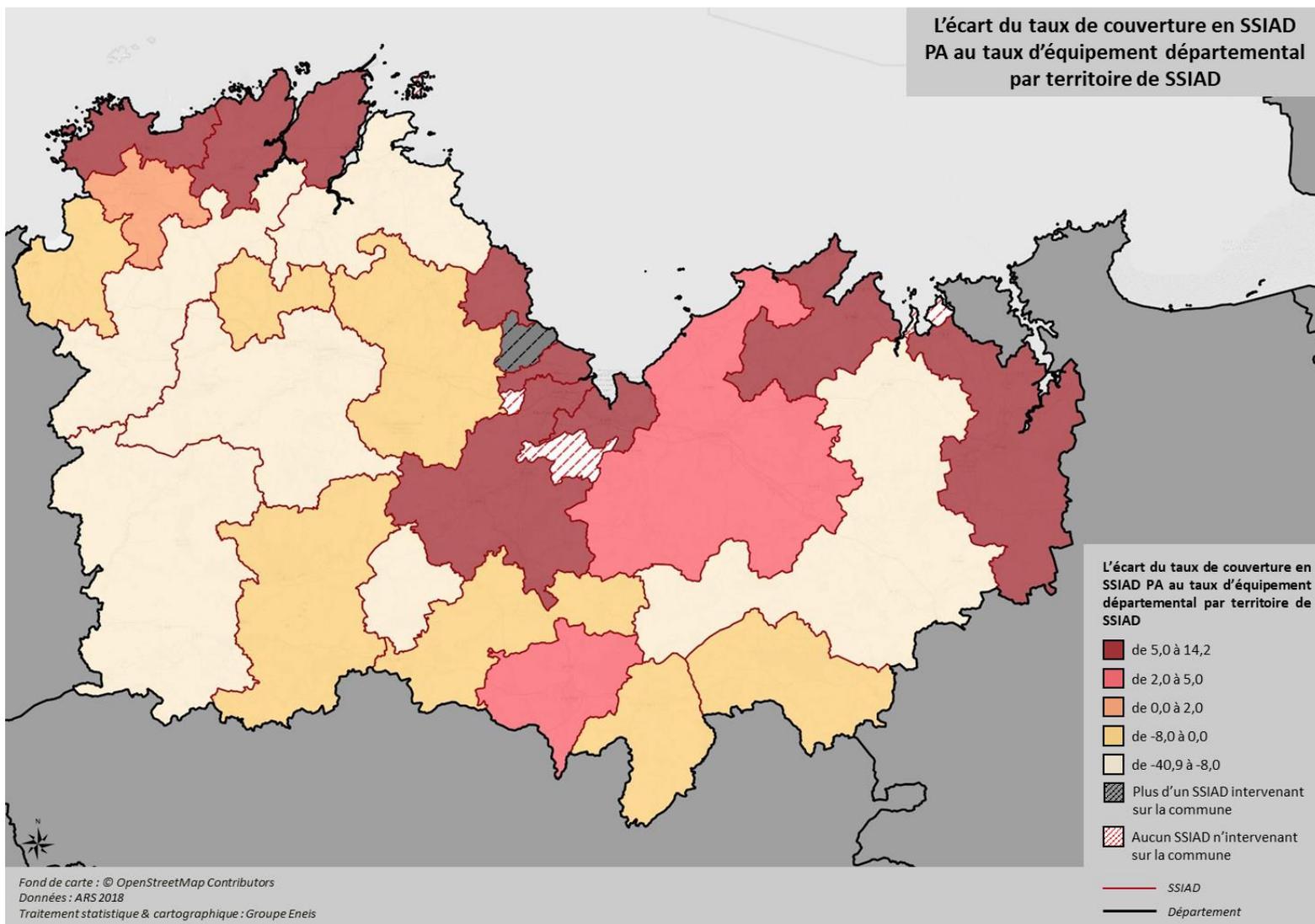
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PA PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE MORBIHAN



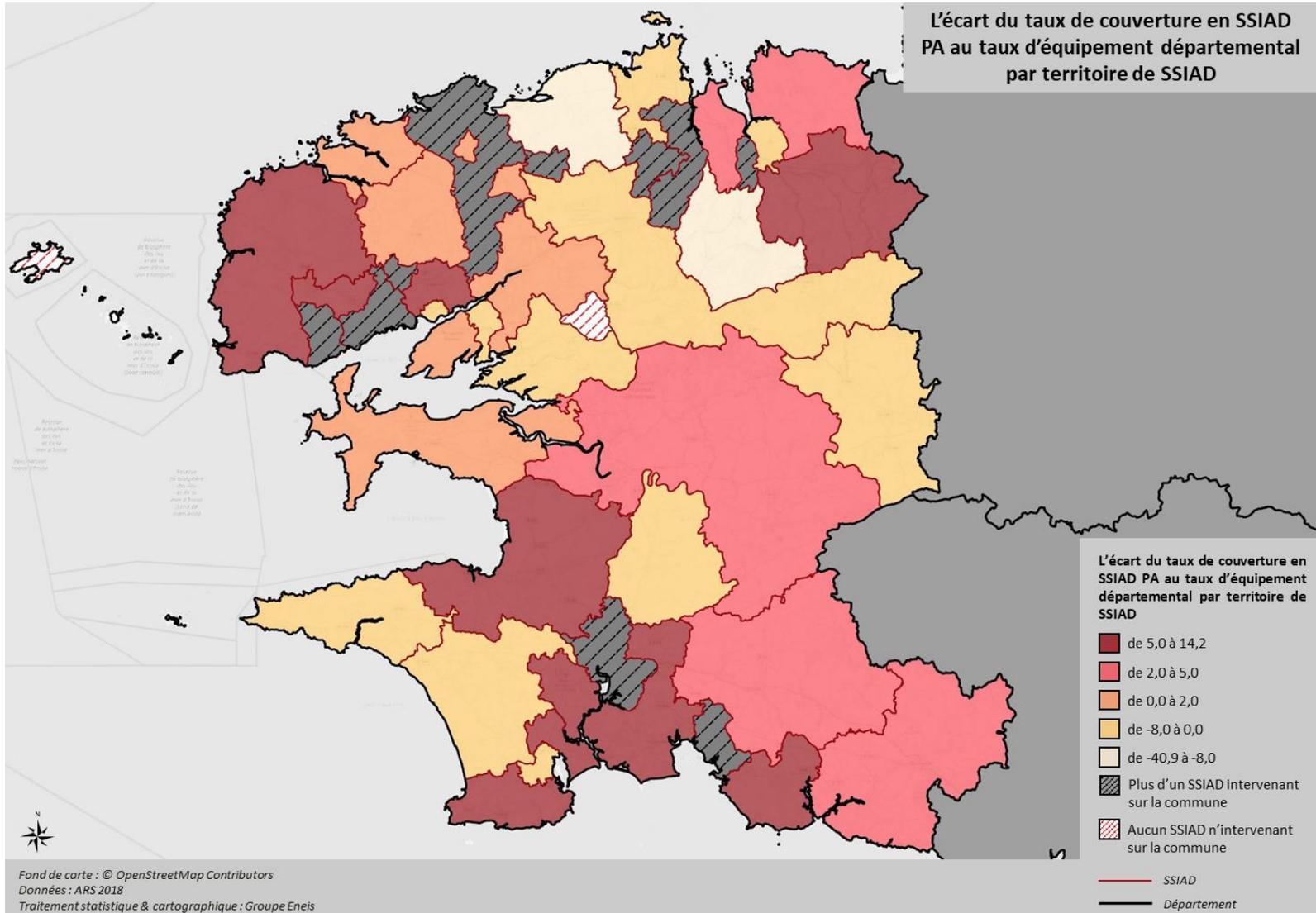
CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PA AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD



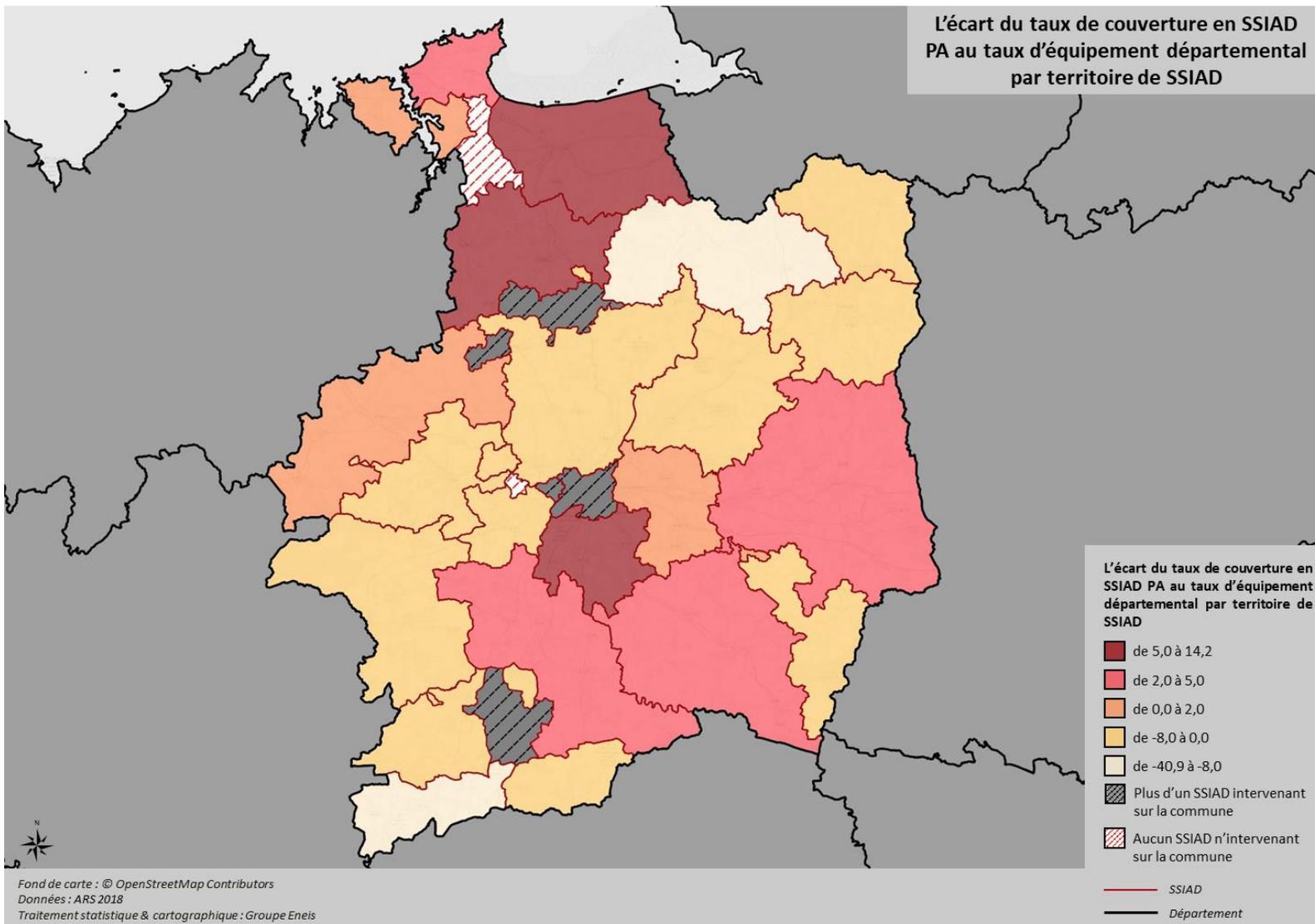
CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PA AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LES CÔTES D'ARMOR



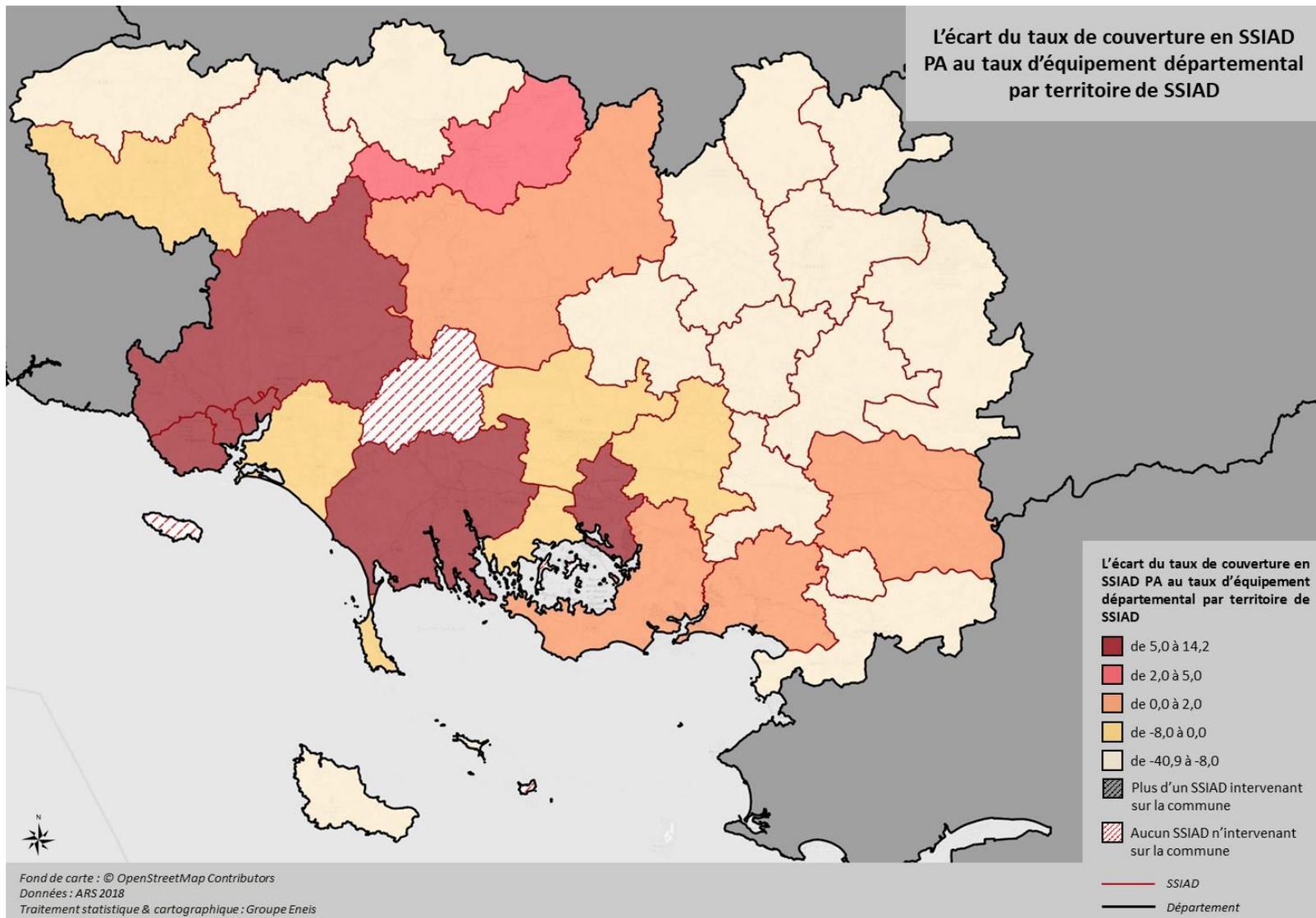
CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PA AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE FINISTÈRE



CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PA AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD EN ILLE ET VILAINE



CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PA AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE MORBIHAN



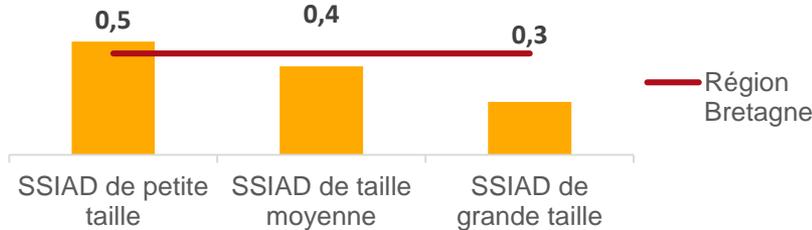
TERRITOIRES AUTORISÉS ET TAUX DE COUVERTURE DES SSIAD PH

Source : Données fournies par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

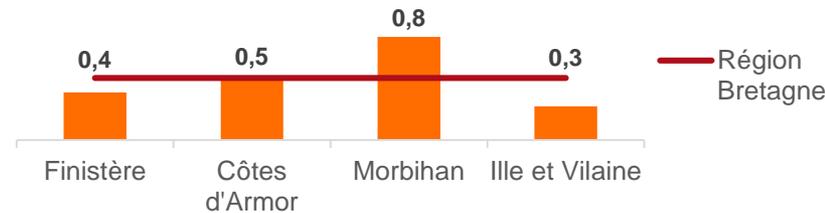
Taux de couverture PH



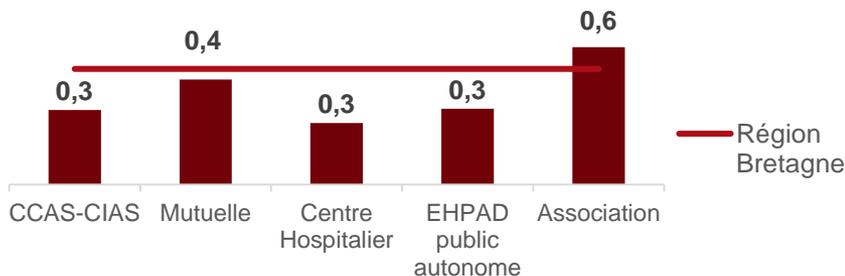
Taux de couverture PH par taille de service



Taux de couverture PH par département



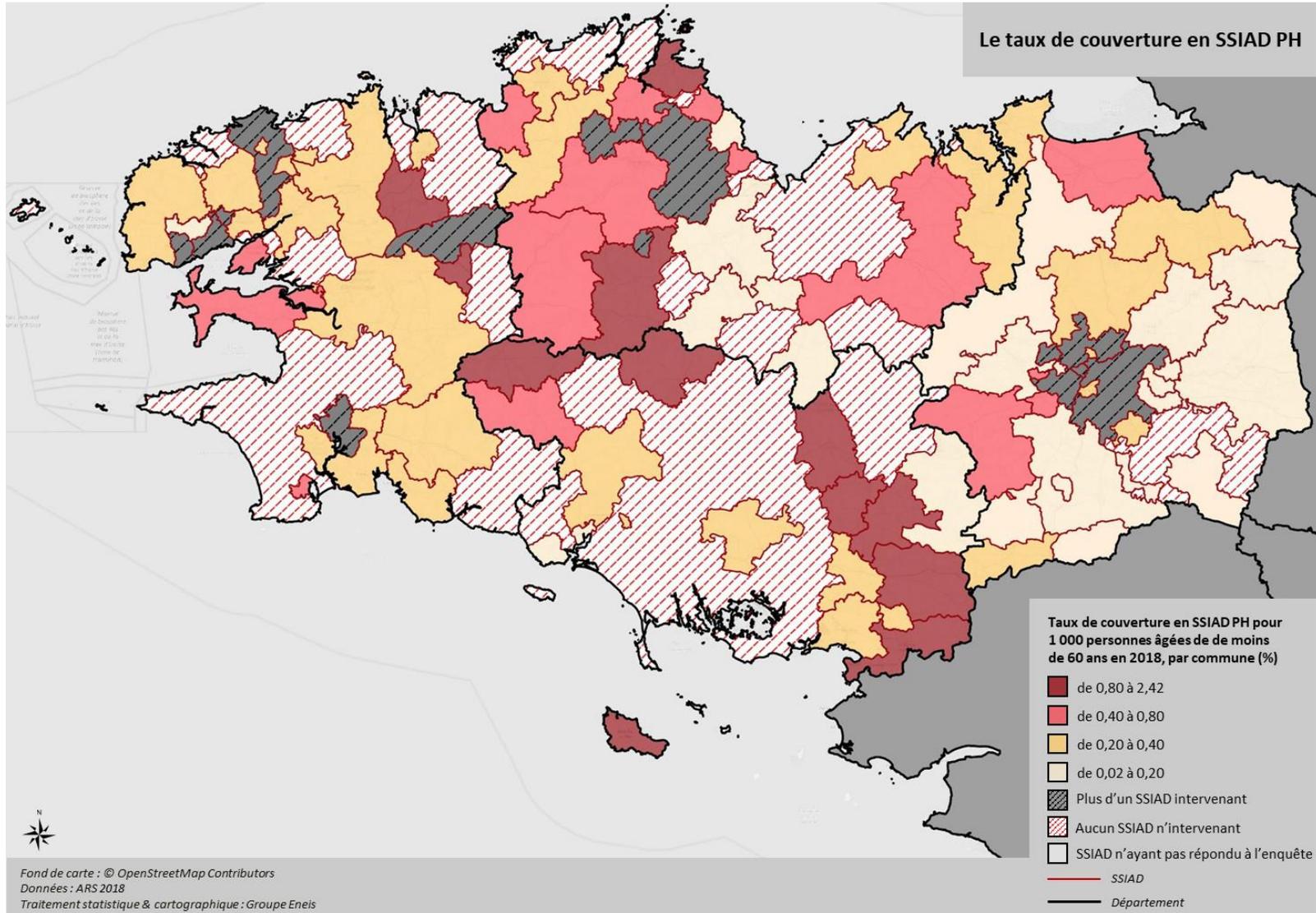
Taux de couverture PH par type de gestionnaire



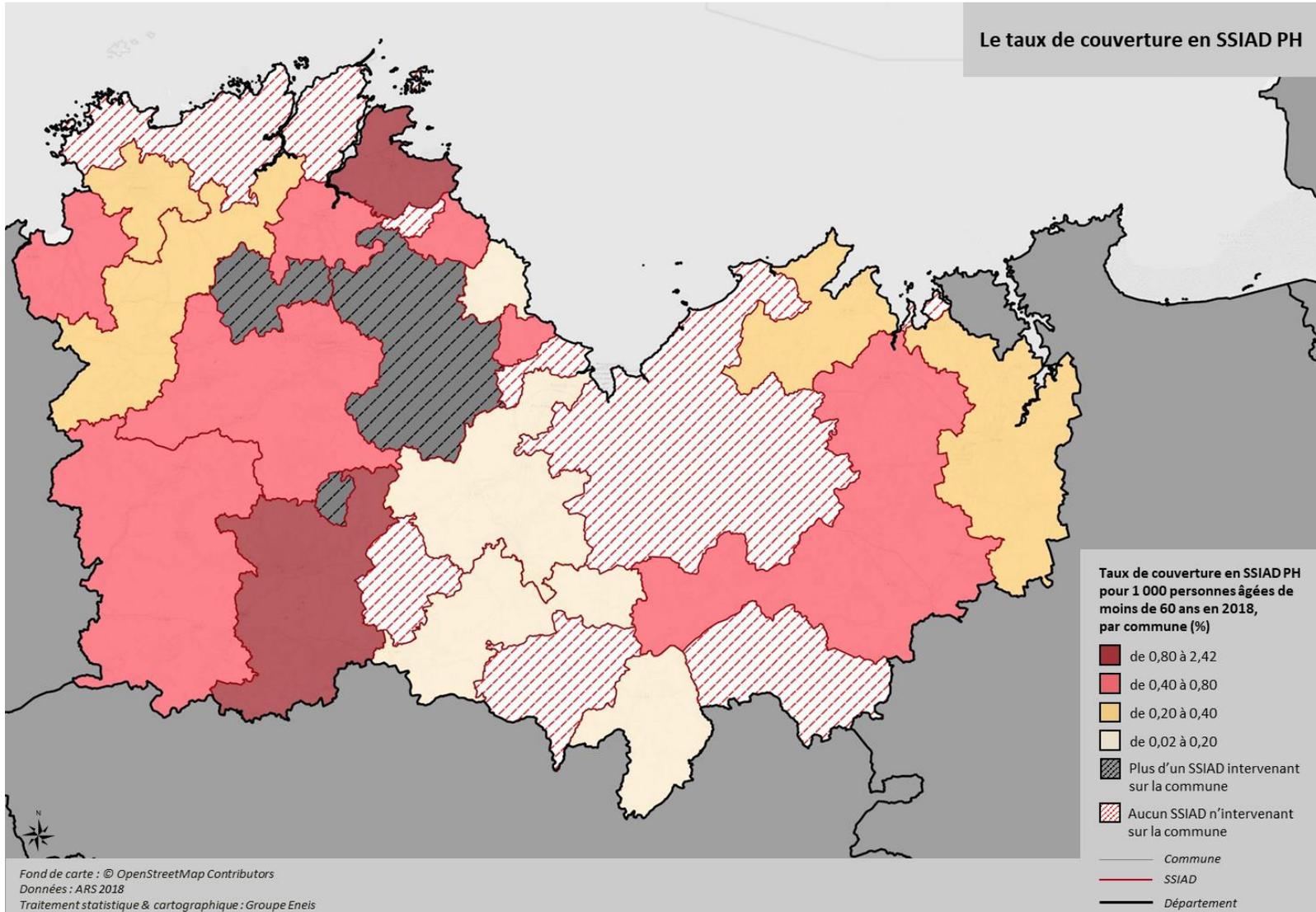
- Les taux de couverture des SSIAD PH **sont très hétérogènes**. Le taux moyen est de 0,5 places pour 1000 personnes entre 20 et 59 ans.
- La capacité de prise en charge PH des SSIAD semble influencer directement sur le taux de couverture. **On observe un taux équivalent à la moyenne régionale pour les services de petite taille** contre une baisse de 0,1 point pour les SSIAD de taille moyenne (0,4) et de 0,2 point pour les SSIAD de grande taille (0,3).
- La structuration territoriale de l'offre dénote également **des inégalités relativement marquées entre départements**. Le Morbihan présente le taux de couverture PH le plus important, avec 0,8 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. A l'inverse, l'Ille et Vilaine compte un taux de 0,3 places (correspond à Handicap Service 35), il est à noter que le département est également le seul à comporter des SSIAD exclusivement dirigés vers les personnes en situation de handicap.
- Le type de gestionnaire **est déterminant concernant le taux de couverture PH**, les services associatifs observent ainsi le taux le plus élevé, 0,6 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. Les autres gestionnaires ont un taux inférieur à la moyenne régionale, 0,4 pour les services rattachés à une mutuelle et 0,3 pour les CCAS-CIAS, centres hospitaliers et EHPAD publics autonomes.

Mode de calcul du taux de couverture PH : Capacité autorisée en termes de nombre de places PA / Population âgée de 75 ans et plus au sein du territoire autorisé)* 1000

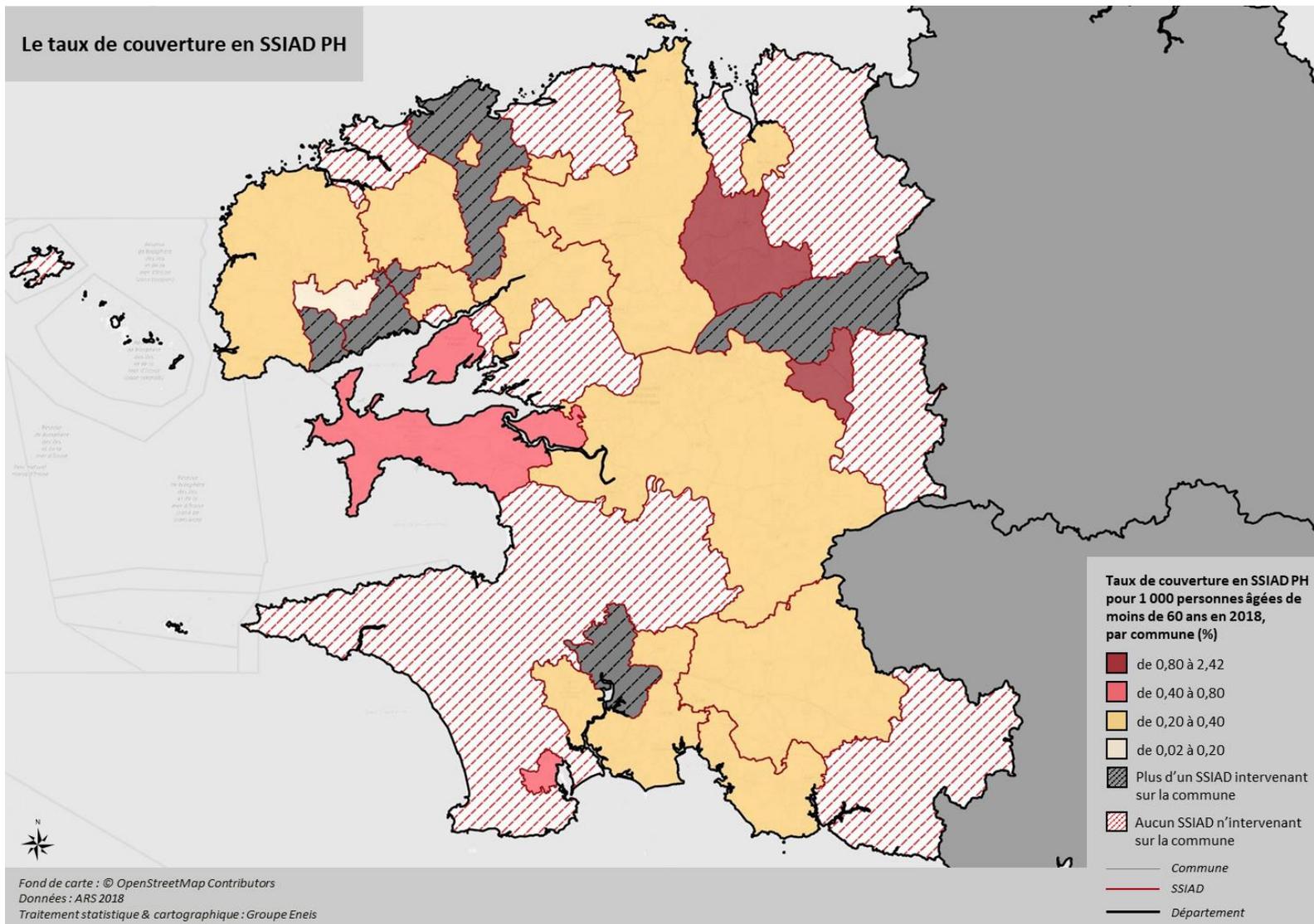
CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DU TAUX DE COUVERTURE PH PAR TERRITOIRE DE SSIAD



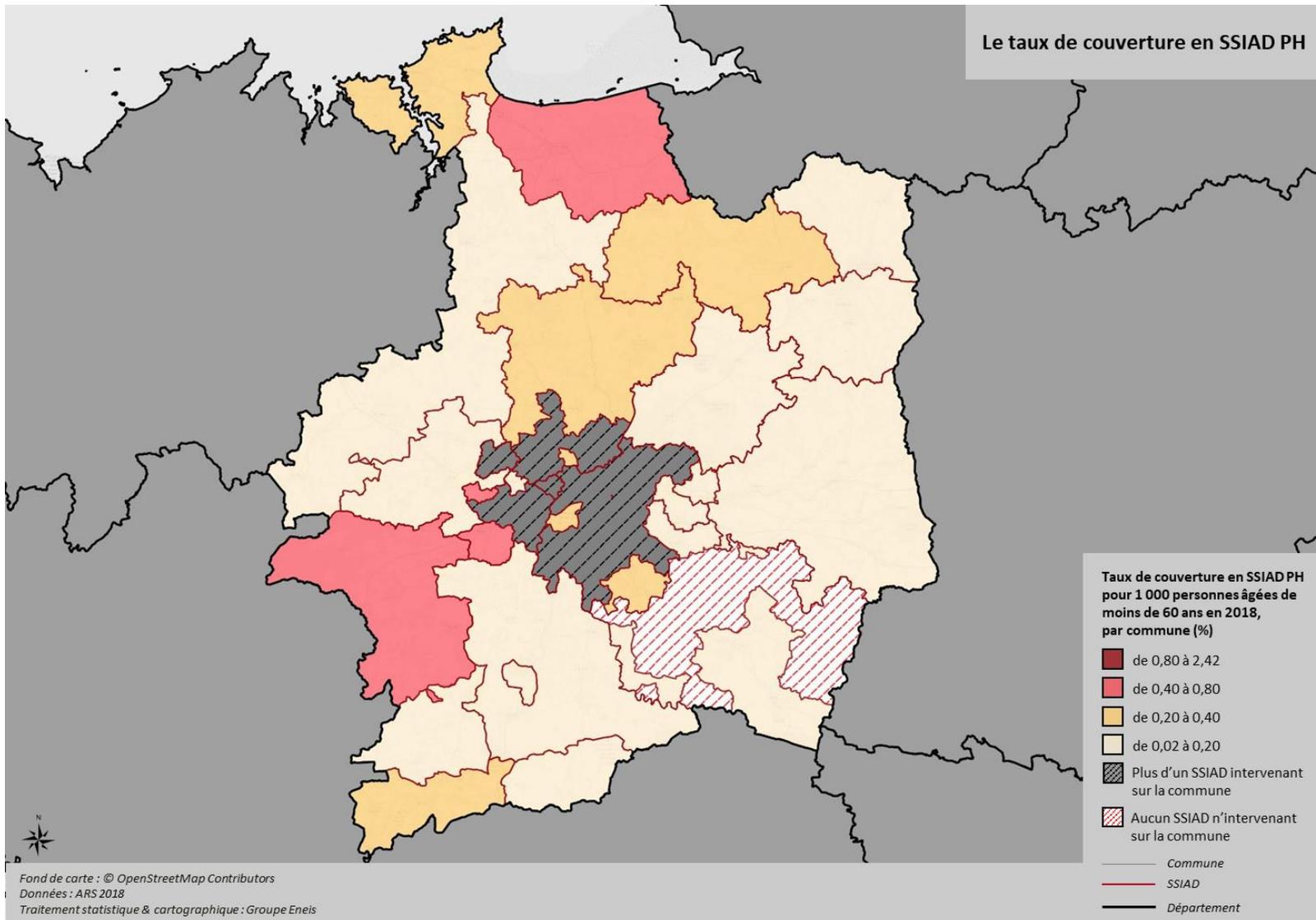
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PH PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LES CÔTES D'ARMOR



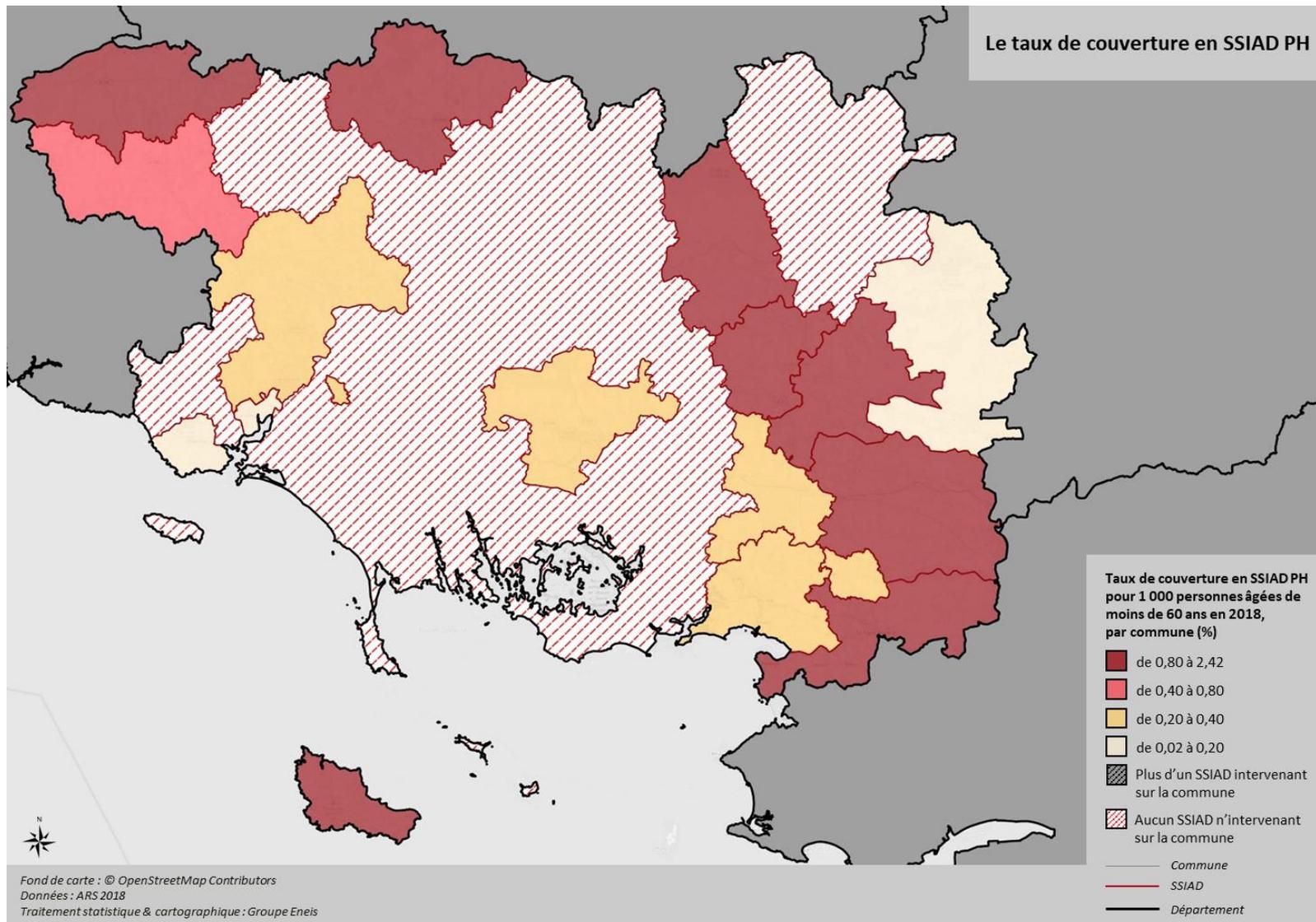
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PH PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE FINISTÈRE



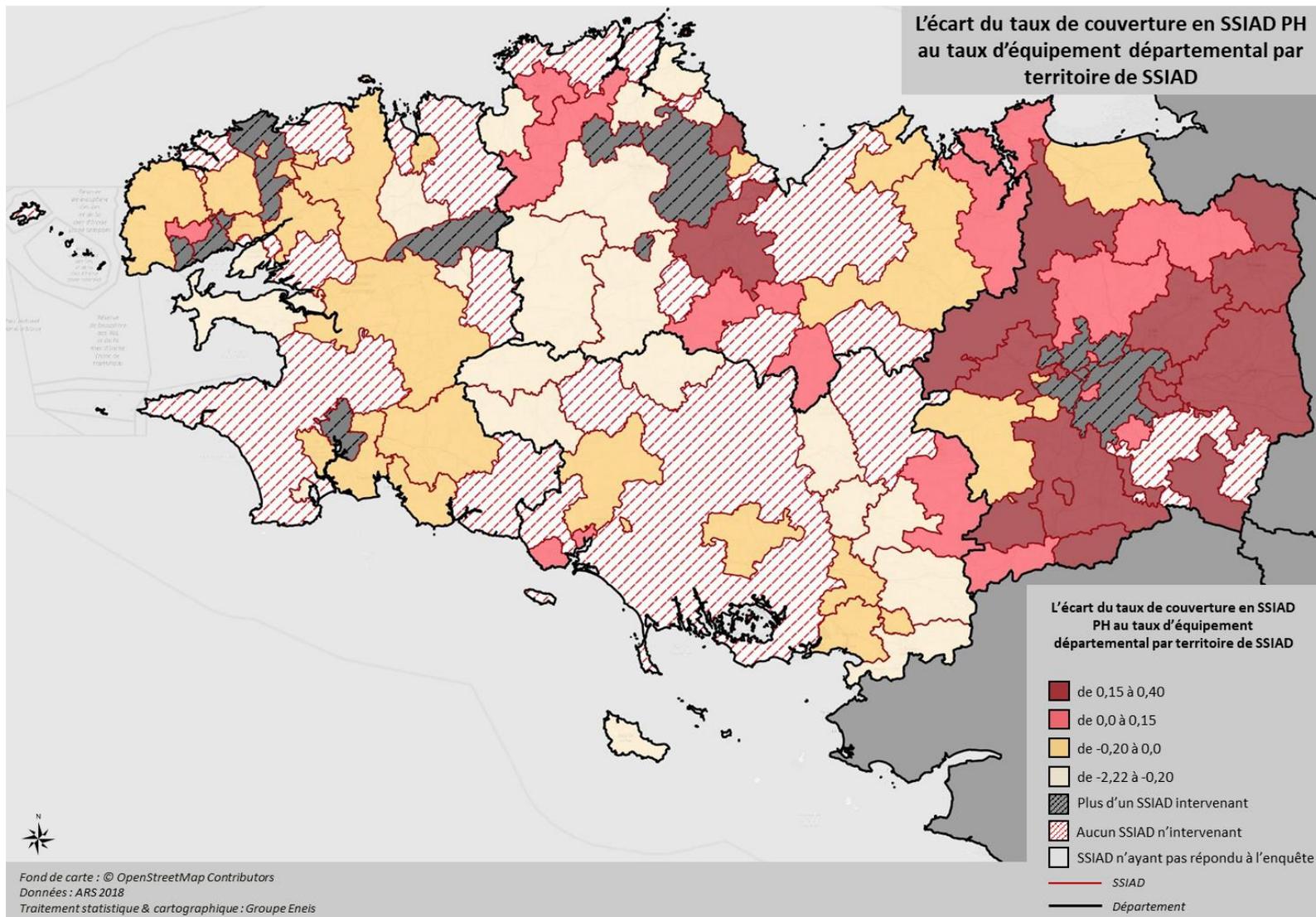
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PH PAR TERRITOIRE DE SSIAD EN ILLE ET VILAINE



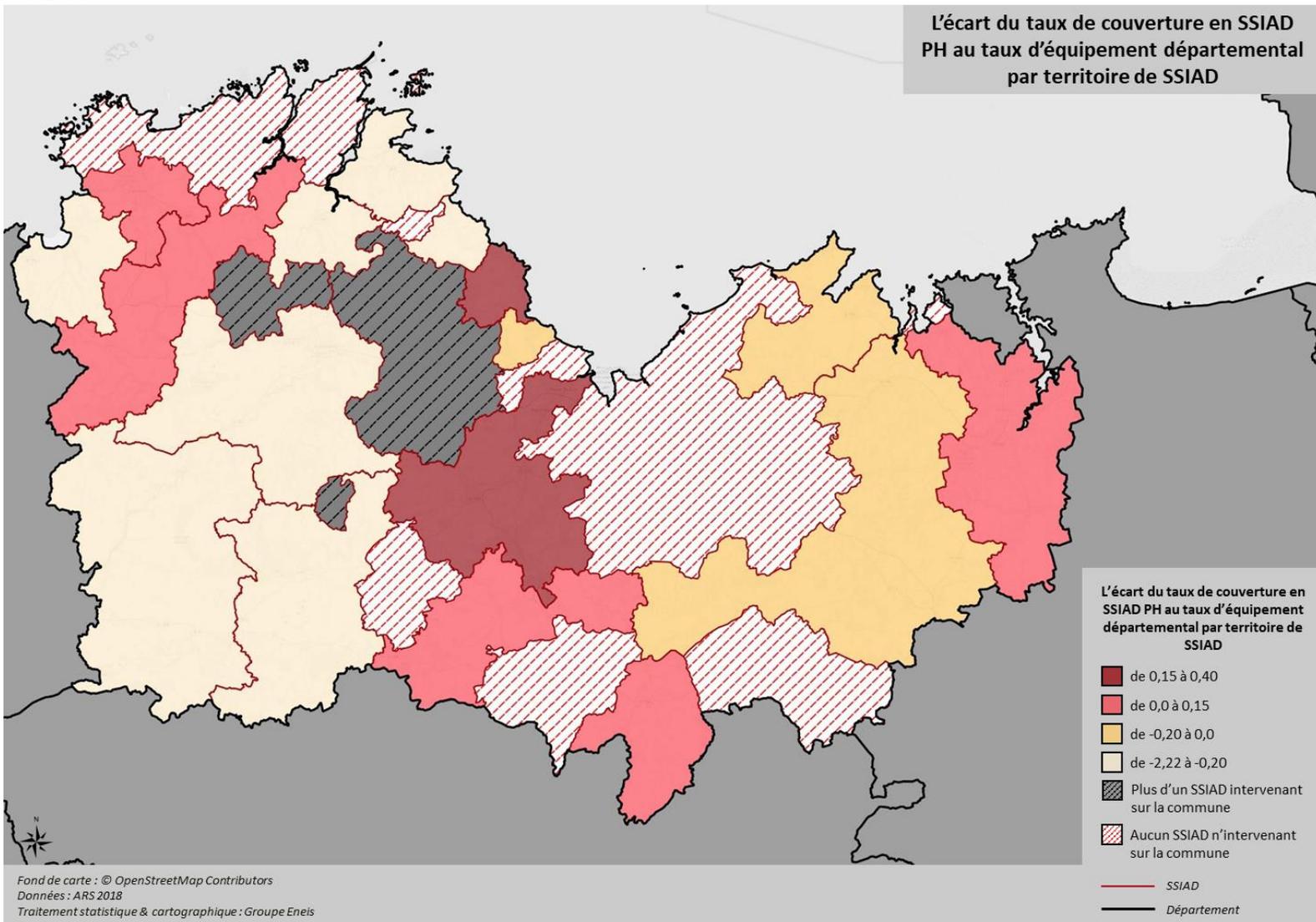
CARTOGRAPHIE DU TAUX DE COUVERTURE PH PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE MORBIHAN



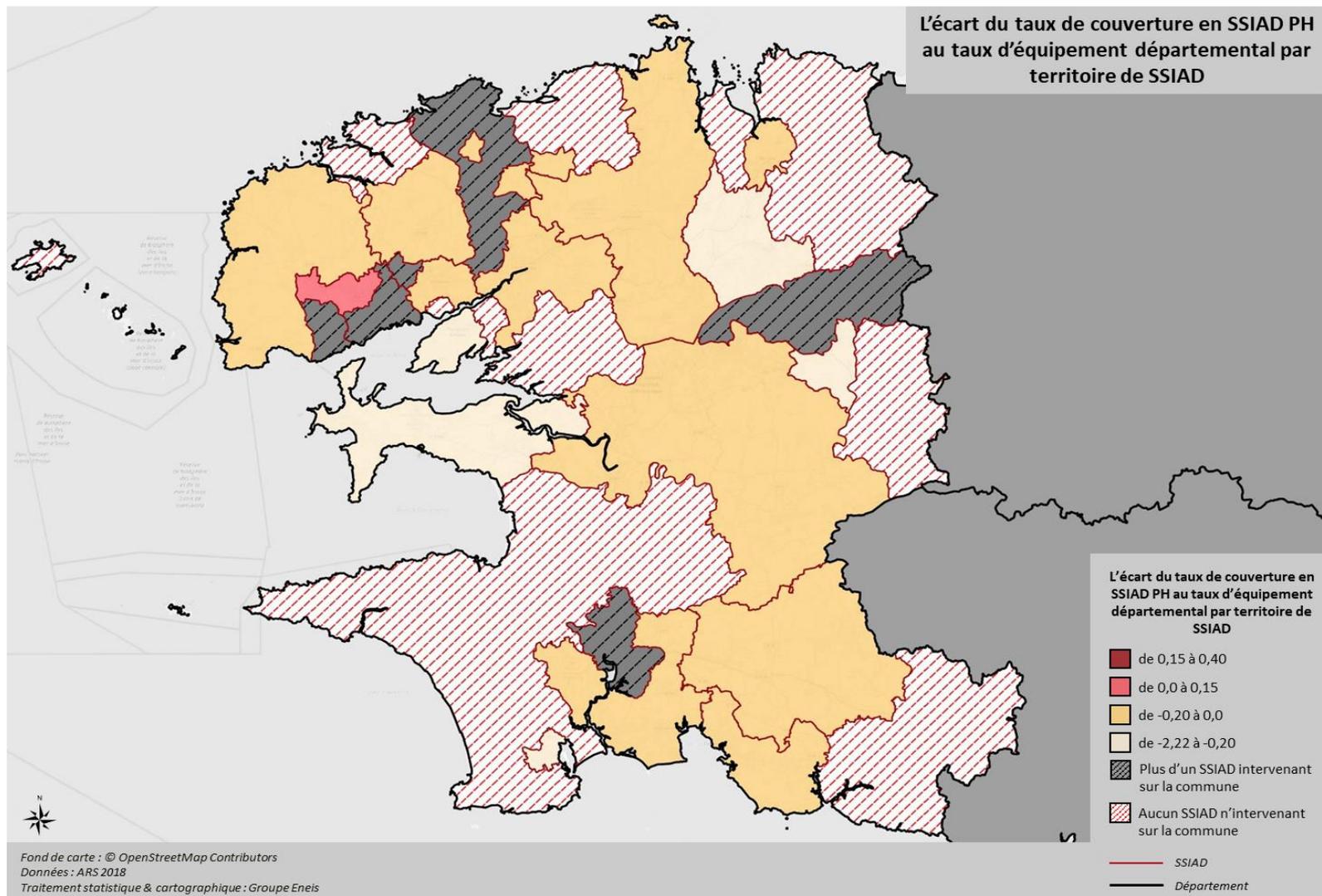
CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PH AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD



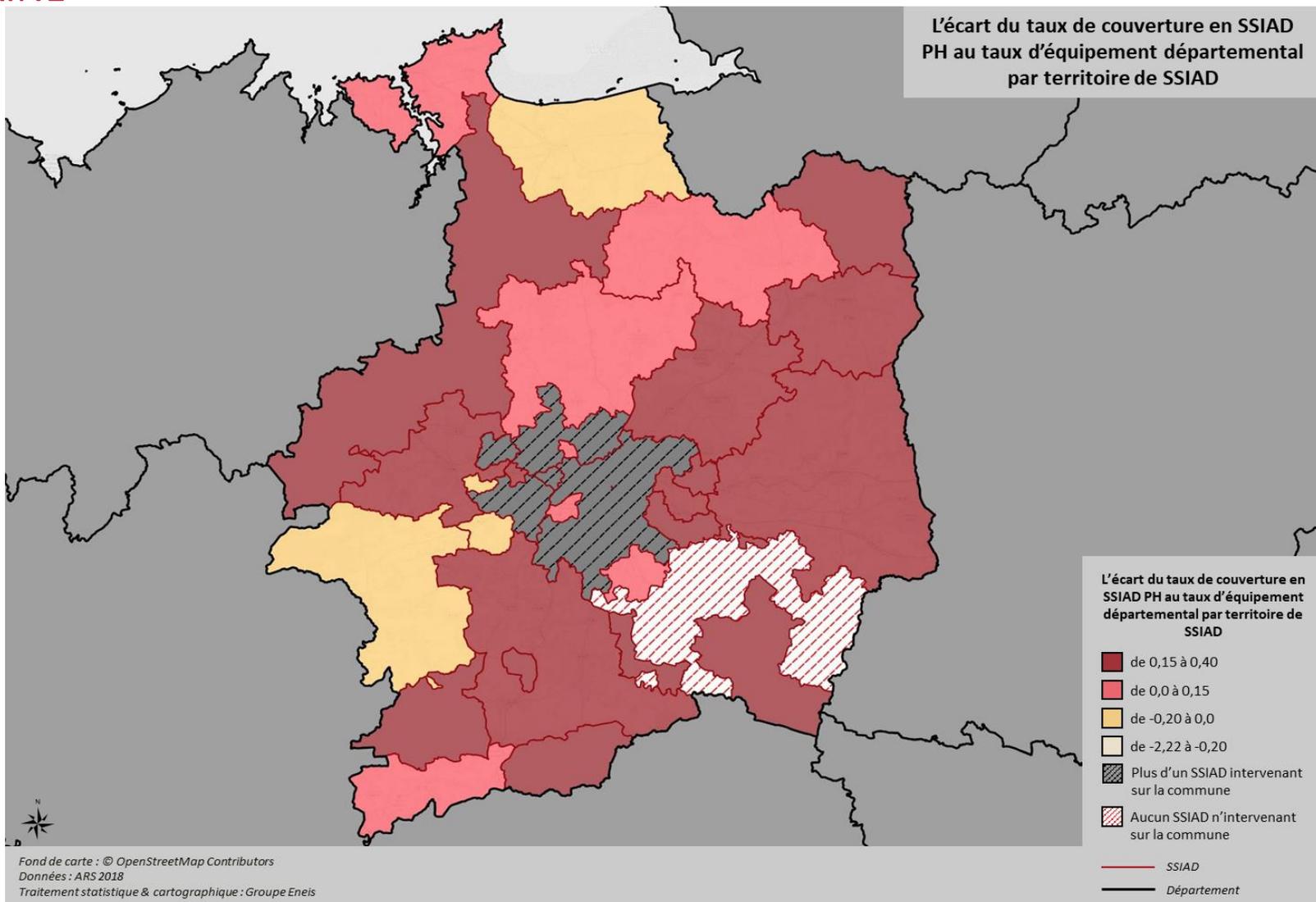
CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PH AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LES CÔTES D'ARMOR



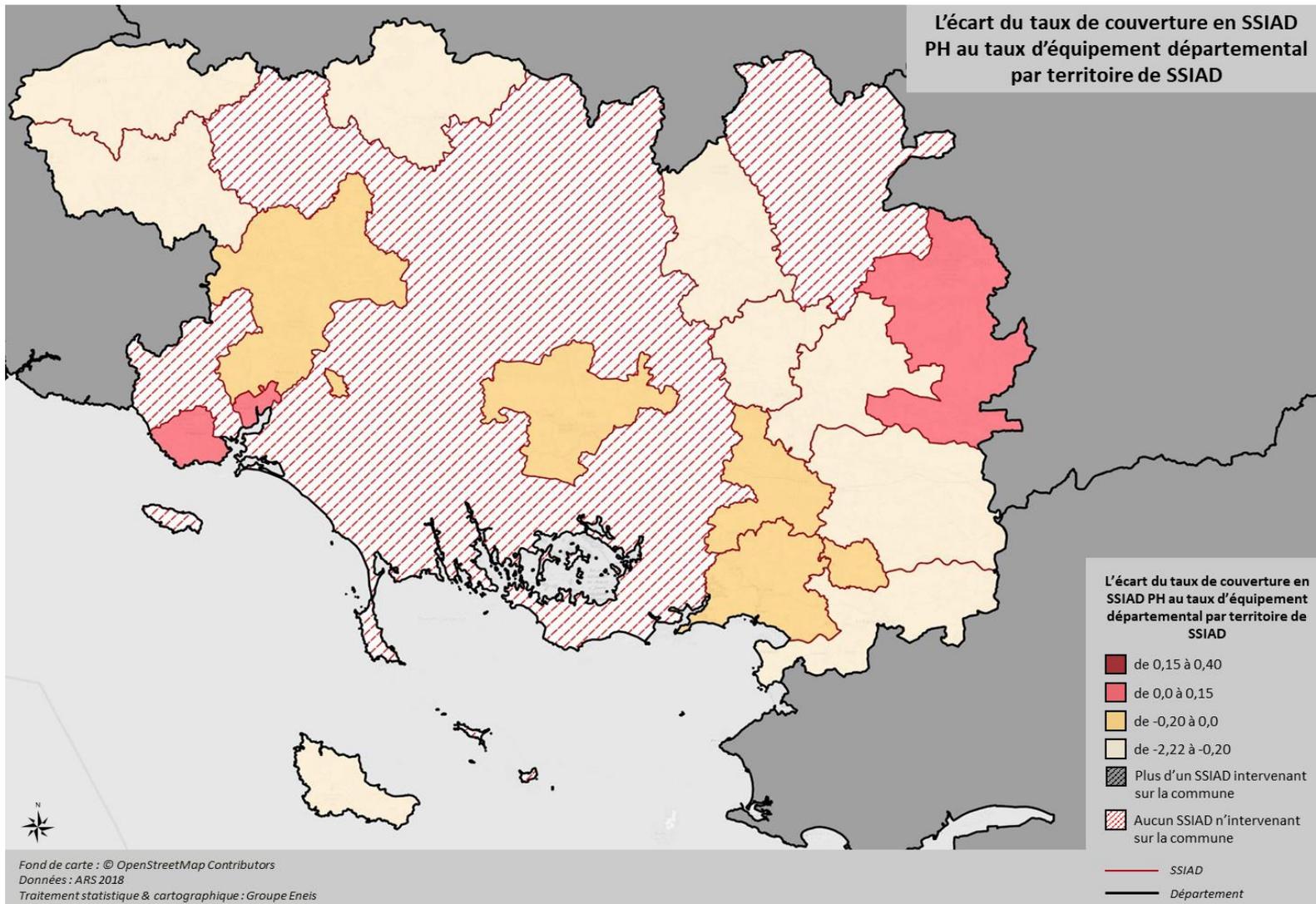
CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PH AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE FINISTÈRE



CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PH AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD EN ILLE ET VILAINE



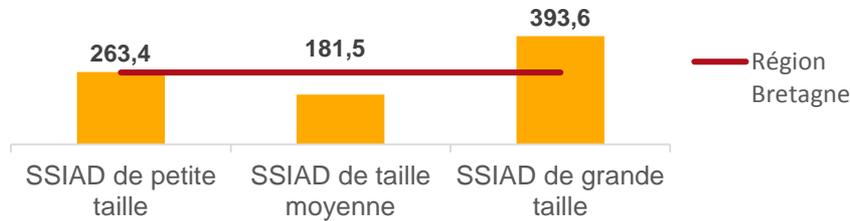
CARTOGRAPHIE DE L'ÉCART DU TAUX DE COUVERTURE EN SSIAD PH AU TAUX D'ÉQUIPEMENT DÉPARTEMENTAL PAR TERRITOIRE DE SSIAD DANS LE MORBIHAN



TERRITOIRES AUTORISÉS ET SUPERFICIE DES SSIAD PA

Source : Données fournies par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

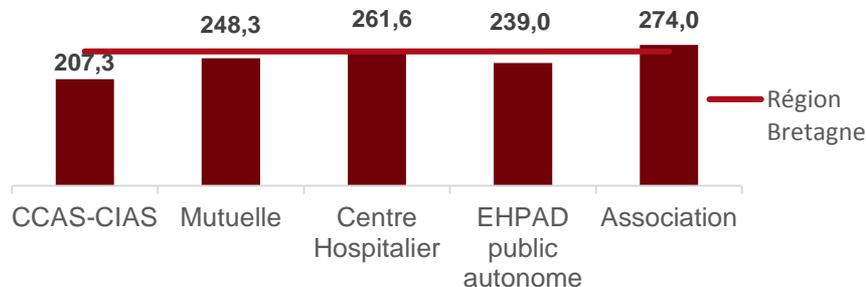
Superficie moyenne des SSIAD PA par taille (En Km²)



Superficie moyenne des SSIAD PA par département (En Km²)



Superficie moyenne des SSIAD PA par type de gestionnaire (En Km²)

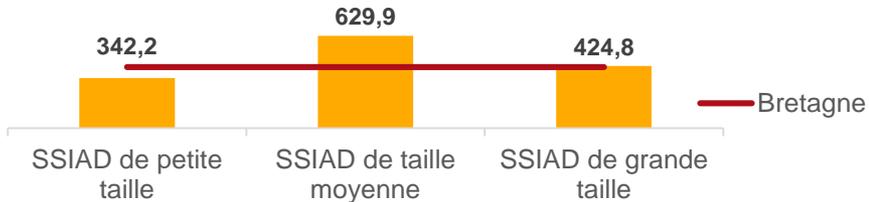


- La superficie des SSIAD PA **est en moyenne de 261 km²**.
- Les SSIAD de grande taille, comportant plus de 120 places, disposent d'un territoire d'intervention moyen de 393,6 Km², soit 130 Km² au dessus de la moyenne régionale. A l'inverse, les SSIAD de taille moyenne interviennent en moyenne dans un rayon deux fois moins important, de 181,5 Km² et les SSIAD de petite taille dans un rayon presque identique à la moyenne régionale observée. **Il est à noter que la densité de personnes âgées de 75 ans et plus au sein du territoire d'intervention peut expliquer la situation des SSIAD de taille moyenne et qu'il s'agit ici d'un facteur déterminant de variabilité.**
- Les fluctuations départementales apparaissent moins importantes mais l'on constate **néanmoins, un différentiel net entre les Côtes d'Armor et l'Ille et Vilaine, autour de 300 km², le Finistère avec 250 km² et le Morbihan avec 214 km².**
- Enfin, le type de gestionnaire **n'apparaît pas comme une variable explicative majeure** des différences de superficie au sein de la région, sauf pour les CCAS-CIAS tenant compte de leur périmètre territorial de compétences.

TERRITOIRES AUTORISÉS ET SUPERFICIE DES SSIAD PH

Source : Données fournies par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

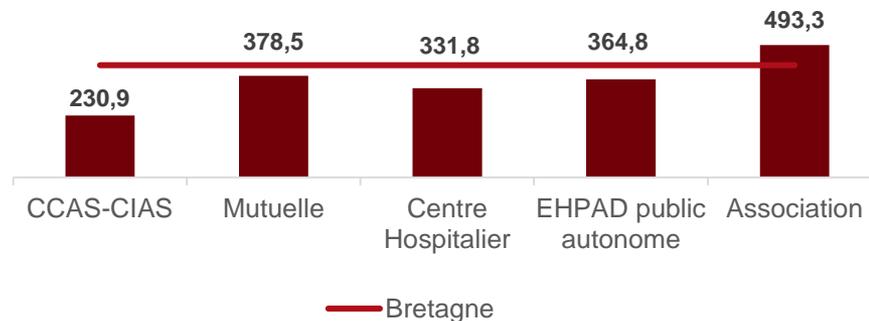
Superficie moyenne des SSIAD PH par taille (En Km²)



Superficie moyenne des SSIAD PH par département (En Km²)



Superficie moyenne des SSIAD PH par taille (En Km²)



- La superficie des SSIAD PH est marquée par d'importantes fluctuations. **Elle est en moyenne de 418 km²**
- La taille n'institue pas de corrélation directement proportionnelle à la superficie des services. Il conviendrait ici d'effectuer un ratio relatif au nombre réel de places PH par service. La moyenne observée pour les SSIAD de taille **moyenne s'explique en outre par la présence dans cette catégorie d'Handicap Services 35 qui présente une superficie de 6229 Km².**
- Le différentiel observé pour les SSIAD d'Ille et Vilaine s'explique également par la superficie du service Handicap Services 35. Outre cette spécificité départementale, **le Morbihan observe une superficie relative aux places PH particulièrement faible, de 228,2 km² en moyenne.**
- Les CCAS-CIAS ont également une superficie plus faible que celle des autres types de gestionnaires, tenant compte de leur périmètre territorial de compétences.

IDENTIFICATION DES TERRITOIRES EN TENSION

	Taux de couverture moyen*	Taux d'occupation moyen des places PA	Taux de refus moyen des places PA	Taux de dérogation moyen des places PA	Taux de rotation moyen des places PA/PH	Moyenne de la liste d'attente des places PA au 31.12.2017
En moyenne						
Finistère	17,69	88%	13%	1%	46%	2
Côtes d'Armor	23,24	86%	20%	5%	46%	10,8
Morbihan	15,15	96%	20%	0%	51%	7,2
Ille et Vilaine	18,47	89%	28%	0%	50%	16

* Pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus

- Le Morbihan est le département le moins doté en places de SSIAD/SPASAD PA pour 1000 habitants de 75 ans ou plus, mais à l'inverse le territoire au sein duquel le taux d'occupation est le plus élevé. On peut supposer **que la situation de tension potentielle sur le nombre de demandes explique le différentiel avec les autres départements**. En revanche, on n'observe **aucune corrélation entre le taux d'équipement, le taux de refus, le taux de dérogation et la liste d'attente des départements**.

	Taux de couverture moyen*	Taux d'occupation moyen des places PH	Taux de refus moyen des places PH	Taux de dérogation moyen des places PH	Taux de rotation moyen des places PA/PH	Moyenne de la liste d'attente des places PH au 31.12.2017
En moyenne						
Finistère	0,20	90%	14%	0%	46%	1
Côtes d'Armor	0,30	106%	6%	1%	46%	0,2
Morbihan	0,20	77%	2%	0%	51%	0,3
Ille et Vilaine	0,40	92%	31%	0%	50%	1,5

* Pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans

- Le taux d'occupation le plus élevé observé dans la région est celui des Côtes d'Armor, qui culmine à 106%, pour un département qui **apparaît mieux doté que le Finistère et le Morbihan**. De la même manière, **le taux de refus des places PH est au moins deux fois plus élevé en Ille et Vilaine** que dans les autres départements, sur un territoire qui compte un nombre de places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans plus élevé que les autres départements. La mise en relation des indicateurs de gestion de permet pas de définir d'indicateurs directement liés à la liste d'attente.

TERRITOIRES AUTORISES ET TAUX DE COUVERTURE REEL DES SSIAD PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Mise en relation de la part des communes du secteur sur lesquelles les SSIAD PA ne sont pas intervenus, de la superficie moyenne des SSIAD PA et du taux de couverture moyen des SSIAD PA

	Part des communes du secteur sur lesquelles les SSIAD PA ne sont pas intervenus en 2017	Superficie moyenne des SSIAD PA	Taux de couverture moyen des SSIAD PA
Région Bretagne	18%	261,6	22,3

Mise en relation de la part des communes du secteur sur lesquelles les SSIAD PA ne sont pas intervenus, de la superficie moyenne des SSIAD PA et du taux de couverture moyen des SSIAD PA par département

	Part des communes du secteur sur lesquelles les SSIAD PA ne sont pas intervenus en 2017	Superficie moyenne des SSIAD PA	Taux de couverture moyen des SSIAD PA
Finistère	21%	249,6	16,8
Côtes d'Armor	17%	297,9	25,5
Morbihan	16%	214,2	28,5
Ille et Vilaine	20%	304,2	17,7

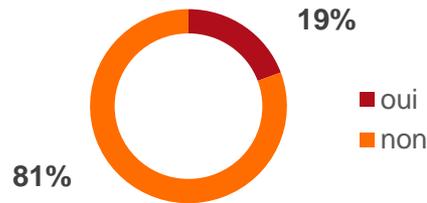
- **En moyenne, les SSIAD ne sont pas intervenus en 2017** sur 18% des communes de leur secteur **au titre des places PA**. Absence de données sur les motifs de cette non-intervention (absence de demande ou demande non satisfaite).
- La superficie du secteur d'intervention des SSIAD au titre des places PA **apparaît largement décorrélée de la part des communes sur lesquelles les SSIAD n'interviennent pas**.
- En revanche, le taux de couverture moyen des SSIAD PA par département **observe une parfaite corrélation avec la part des communes sur lesquelles les SSIAD ne sont pas intervenus au titre des places PA**. Les deux indicateurs apparaissent inversement proportionnels, plus le taux de couverture est faible, plus la part des communes de non intervention augmente. Le Finistère présente ainsi le taux de couverture le plus bas ainsi que la part des communes de non intervention la plus élevée. A l'inverse, le Morbihan dispose d'un taux de couverture élevé et la plus faible proportion de communes sur lesquelles les SSIAD ne sont pas intervenus au titre des places PA.

Précision méthodologique : La majorité des SSIAD PH ont opéré le calcul de la part des communes sur lesquelles ils ne sont pas intervenus relativement aux communes autorisées PA et ne sont pas en mesure de faire remonter une donnée spécifiée pour les personnes en situation de handicap.

MODIFICATION DE LA COUVERTURE TERRITORIALE SSIAD PA

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

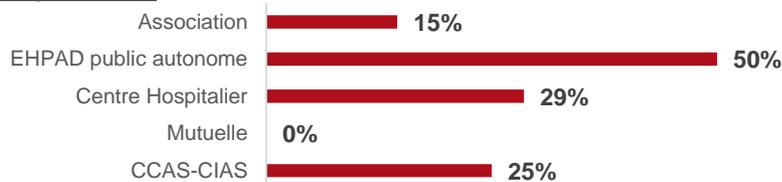
Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PA



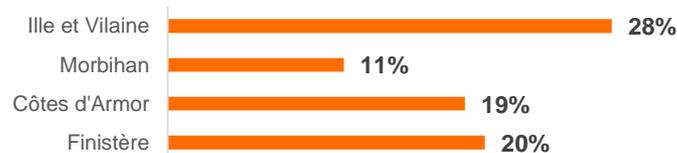
Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PA



Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PA



Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PA

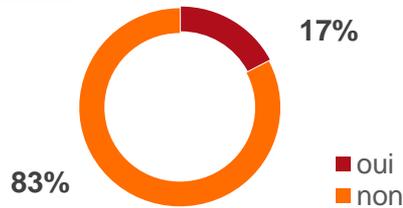


- Au niveau régional, **19% des SSIAD** identifient un besoin de modification de la couverture territoriale au titre des places PA. Ils sont 81% à ne pas faire état de besoin de réajustement de leur zone d'intervention.
- Une **corrélation forte est observable entre la taille du service et ces besoins identifiés**. Les SSIAD de grande taille sont deux fois plus nombreux en proportion que les SSIAD de petite taille (30% contre 15%).
- **L'Ille-et-Vilaine se caractérise par une surreprésentation** des SSIAD ayant identifié un besoin de modification de la couverture territoriale (28%).
- Ce taux d'insatisfaction est à mettre en relation avec **le taux de couverture réel des communes du territoire d'intervention des services concernés**. Il nécessite une analyse plus poussée au titre de la structuration territoriale de l'offre.

MODIFICATION DE LA COUVERTURE TERRITORIALE SSIAD PH

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

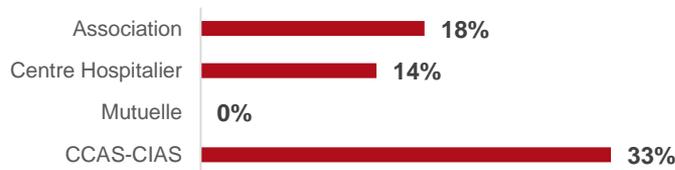
Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PH



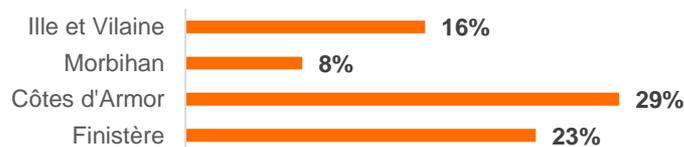
Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PH



Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PH



Besoins de modification de la couverture territoriale au titre des places PH



- La région dispose de 415 places PH avec un maillage régional faisant apparaître **des zones blanches, un taux d'occupation des places non optimal** et des demandes de dérogation de prises en charge sur des places PA.
- 17% des services identifient un besoin de modification de la couverture territoriale au titre des places PH, comparable au taux PA. 83% ne font pas état de ce besoin.
- Ici encore une **corrélation est observable entre la taille du SSIAD et les besoins identifiés**. 25% des SSIAD de grande taille identifient des besoins de modification de la couverture territoriale contre 11% des SSIAD de petite taille.
- Les **Côtes d'Armor dépassent de 12 points** la tendance régionale (29%).
- Ce taux d'insatisfaction doit être **mis en relation avec le taux d'occupation des places PH des services concernés et leur capacité de prise en charge**, leur zonage actuel et le zonage départemental et l'identification des services PA sollicitant des dérogations. Il nécessite une analyse plus poussée au titre des efforts de développement de l'offre PH à réaliser.

MOTIFS DE BESOIN DE LA MODIFICATION DE LA COUVERTURE TERRITORIALE DES SSIAD

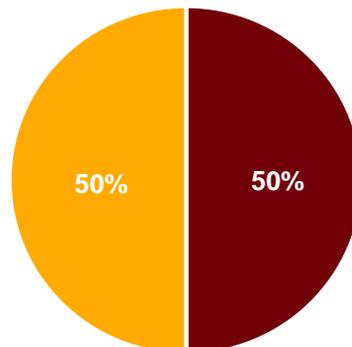
Source : Données issues de l'enquête en ligne.

20 services ont précisé leurs motivations quant au besoin exprimé de modification de la couverture territoriale, sans distinction PA/PH :

Motifs exprimés	Nombres de SSIAD concernés
• Volonté de faciliter la coordination territoriale avec certains partenaires (ont été cités les équipes mobiles Alzheimer, les plateformes d'accompagnement et de répit et le territoire de compétence d'un CIAS)	1
• Secteur géographique trop étendu ou mal adapté aux possibilités d'intervention du SSIAD et des services limitrophes	10
• Fusion récente de communes impliquant une superposition de territoires d'intervention ou une inadaptation aux possibilités d'intervention du SSIAD et des services limitrophes	3
• Découpage non associé aux « habitudes de vie des patients »	2
• Communes non couvertes par un SSIAD	1
• Territoire inadapté en termes de nombre de places	2
• Intérêt de mettre en place un territoire commun PA/PH	1

Proportion de services ayant précisé le motif "secteur trop étendu ou mal adapté" relativement aux autres motifs indiqués

- Autres motifs
- Secteur géographique trop étendu ou mal adapté aux possibilités d'intervention



- La moitié des services ayant précisé les motifs de leur besoin de modification de couverture territoriale **estime que leur territoire est trop étendu ou que le découpage est mal adapté aux possibilités d'intervention du SSIAD et des services limitrophes**. Les fusions de communes, citées par trois services, sont un motif spécifique.
- Il est également à noter que deux services ont précisé que le découpage territorial n'était pas associé aux habitudes de vie des patients et qu'il était mal compris par ceux-ci. Deux services ont enfin lié le besoin de modification de la couverture territoriale à un besoin d'augmentation de leur nombre de places.

COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX:

1/ Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

2/ Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

3/ Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

1/ Les partenaires du parcours

2/ Les partenaires IDEL et CSI

4/ Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile

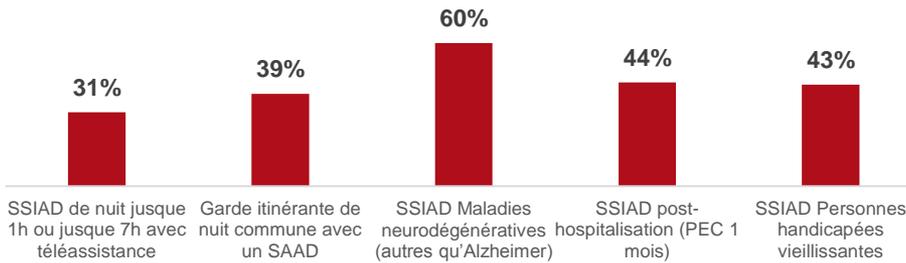
5/ Projets de rapprochement

6/ Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

IDENTIFICATION DES BESOINS SPECIFIQUES

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse des besoins de prise en charge des patients nécessitant le développement/l'identification de places de SSIAD spécifiques



	SSIAD de nuit avec téléassistance	GIN commune avec un SAAD	MND (hors Alzheimer)	SSIAD post-hospitalisation (PEC 1 mois)	Personnes handicapées vieillissantes
Finistère	14%	25%	43%	39%	43%
Côtes d'Armor	29%	48%	57%	29%	43%
Morbihan	46%	54%	61%	36%	18%
Ille et Vilaine	35%	31%	81%	69%	69%
Région	31%	39%	60%	44%	43%

- Interrogés sur les besoins spécifiques de patients qui nécessiteraient le développement de places dédiées, **60% des SSIAD mettent en avant les personnes atteintes de maladies neurodégénératives hors Alzheimer.**
- Les services sont **43% à identifier un besoin de places spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes.** Cette réflexion sur ce type de besoins est à mettre en lien avec la question de la territorialisation des places PH, de la meilleure mobilisation des places PH existantes et de la professionnalisation d'intervenants sur la prise en charge du handicap.
- Les besoins identifiés concernant la mise en place de garde itinérante de nuit avec un SAAD (39%) invitent à engager la réflexion dans le cadre des coopérations SSIAD-SAAD en réfléchissant à des organisations territorialisées. Le développement de places de SSIAD de nuit doit être **questionné dans le cadre des réflexions à initier sur le développement de dispositifs renforcés pour la vie à domicile des PA en perte d'autonomie** et en lien avec le dispositif d'astreinte d'IDE de nuit en EHPAD. L'évaluation de l'expérimentation PAERPA en cours dans le l'Ille-et-Vilaine de SSIAD post-hospitalisation apportera des éléments sur l'utilité de ce dispositif en aval de l'hôpital.
- **L'Ille-et-Vilaine est le département dans lequel les SSIAD identifient le plus de places spécifiques.** Ce département arrive en tête en ce qui concerne l'identification des besoins de places MND (81%), post-hospitalisation (69%) et personnes handicapées vieillissantes (69%).
- **Les besoins d'identification des places pour adapter les réponses à des besoins spécifiques doivent être analysés de manière plus approfondie par département et par service.**

FOCUS PLACES DE SSIAD SPECIFIQUES

L'identification de places de SSIAD spécifiques a fait débat auprès des fédérations et du panel de SSIAD

- Les besoins existent mais pas forcément en quantité et avec des temporalités différentes.
- L'adaptation de l'offre aux spécificités d'accompagnement **invite à questionner le mode d'organisation à privilégier**, entre l'émiettement de places sur plusieurs services sur les territoires d'intervention définis **ou la centralisation de places sur des services avec un territoire d'intervention élargi**. Entre SSIAD spécialisé ou SSIAD territorialisé, la question des déplacements implique **la structuration d'une réponse au niveau d'un territoire** (définition du territoire de référence et des outils de coordination).
- Dans les entretiens, ont été abordées **les difficultés de prise en charge des personnes présentant une pathologie psychiatrique**. Les SSIAD ont peu de contact avec le secteur psychiatrique auquel ils font appel en tant que de besoin. Pour les patients de moins de 60 ans présentant ces pathologies, les besoins de cette population **consistent en la préparation et le suivi des médicaments, et en un rôle de repérage d'une dégradation de la situation**. L'intervention à domicile peut permettre une mise en confiance du patient pour l'amener à une prise en charge par d'autres professionnels. Le SSIAD peut être un maillon de cette prise en charge.
- Dans le département d'Ille-et-Vilaine, **16 places ont été créées pour intervenir auprès de patients de moins de 60 ans avec troubles psychiques**, pour lesquelles un bilan devra être réalisé pour mettre en évidence les pratiques d'organisation développées et les caractéristiques du public suivi.
- L'alternative aux SSIAD spécialisés est de permettre aux services de s'adapter à la diversité des publics. Il est ainsi revendiqué la possibilité pour les situations spécifiques et complexes rencontrées à domicile **de pouvoir recourir à de l'expertise et à des compétences partagées** (regards pluridisciplinaires) présentes en établissement de santé, en EHPAD ou structure PH **ou de pouvoir recruter dans un cadre mutualisé entre services**, avec **un accompagnement à la formation des intervenants à domicile au titre de l'adaptation de leurs pratiques professionnelles**.
- Il est nécessaire ainsi d'éviter l'enfermement des SSIAD dans un type de prise en charge, ils ont besoin de souplesse dans l'occupation des places.
- Plus globalement, les échanges ont **concerné les places pour des patients en situation de handicap**. Les profils sont très divers. Les professionnels doivent être formés aux spécificités d'accompagnement, nécessitant l'appui sur les acteurs du handicap et l'organisation de l'expertise à mobiliser pour assurer les prises en charge. Pour les services majoritairement autorisés pour intervenir auprès des personnes âgées, **il s'agit de mettre en place un véritable accompagnement pour favoriser l'adaptation des pratiques professionnelles**. La création de plateforme interservices intervenant directement auprès de ce public (SAMSAH, SAVS, SAAD, AT) à l'exemple de la plateforme inter-services dans le 35 est citée comme un levier d'organisation. Elle favorise les regards croisés et les continuum de prise en charge et d'accompagnement dans toutes ses dimensions (prévention, soin, social).

COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX:

1/ Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

2/ Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

3/ Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

1/ Les partenaires du parcours

2/ Les partenaires IDEL et CSI

4/ Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile

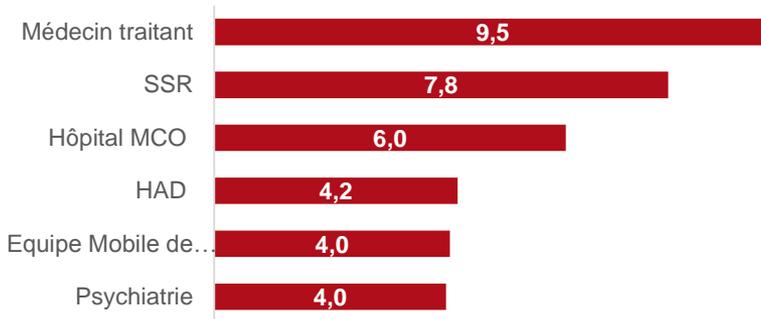
5/ Projets de rapprochement

6/ Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

PARTENARIATS PARCOURS AVEC LES ACTEURS SANITAIRES

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Indice pondéré de la fréquence des partenariats avec des structures sanitaires



■ Indice pondéré (De 0 à 10, 0 étant une fréquence nulle)

Indice pondéré de la fréquence des partenariats avec des structures sanitaires par département

	Psychiatrie	Equipe Mobile de Soins palliatifs	HAD	Hôpital MCO	SSR	Médecin traitant
Côtes d'Armor	4,0	5,2	4,4	7,4	8,3	9,8
Finistère	4,3	4,0	4,6	6,8	7,3	9,3
Ille et Vilaine	4,0	4,4	3,7	5,0	7,5	8,8
Morbihan	3,1	2,3	3,5	4,5	7,3	9,2

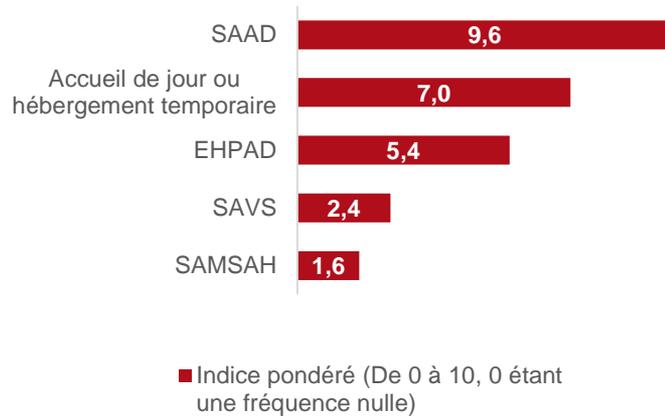
Constitution de l'indice : Somme des réponses pondérée par niveau de fréquence = (Très régulier + (occasionnel/2) + (Rare/3)) / (Nombre de SSIAD/10)

- Les SSIAD interviennent sur prescription médicale. **Le médecin traitant est donc un partenaire incontournable pour les services.**
- Les services de soins de suite et de réadaptation **apparaissent comme des partenaires réguliers des services interrogés** ainsi que les services de MCO dans une moindre mesure.
- La fréquence des partenariats **est faible avec les établissements de psychiatrie**. Ils supposeraient d'être développés en appui des prises en charge à domicile des personnes avec troubles psychiatriques relativement complexe comme relaté par des services lors des ateliers (cf focus SSIAD spécifiques).
- Les SSIAD ont engagé **des partenariats avec les équipes mobiles de soins palliatifs**. Plus spécialisés, leur mobilisation est moins fréquente. La possibilité de recours à cette expertise et à l'appui de ces équipes pour les professionnels doit néanmoins être organisé pour chaque service.
- Concernant l'HAD, les collaborations étaient activées sur des relais de prise en charge uniquement. Au regard des nouvelles dispositions relatives à la coopération SSIAD-HAD et de l'ouverture aux interventions simultanées, **elles devraient être à l'avenir plus fréquentes étant précisé que l'HAD n'est pas prescripteur (médecin traitant).**
- On observe néanmoins que l'ensemble des partenaires sanitaires indiqués dans l'enquête font l'objet d'une implication partenariale occasionnelle. **En tant qu'activité prescrite, l'amélioration des coopérations avec les principaux adresseurs et partenaires est essentielle par le biais d'engagements contractuels réciproques.**

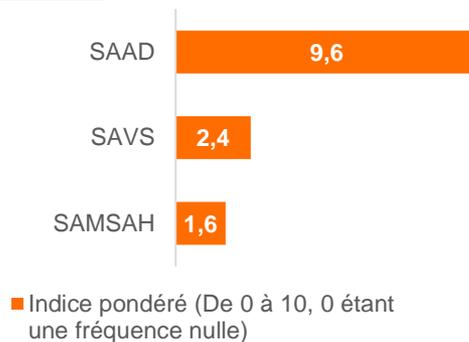
PARTENARIATS PARCOURS AVEC LES ACTEURS MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Indice pondéré de la fréquence des partenariats avec des structures médico sociales*



Indice pondéré de la fréquence des partenariats avec des services*



Constitution de l'indice : Somme des réponses pondérée par niveau de fréquence = (Très régulier + (occasionnel/2) + (Rare/3)) / (Nombre de SSIAD/10)

- Les SSIAD interviennent souvent concomitamment ou en continuité de services d'aide à domicile (SAAD), ces derniers **sont ainsi les partenaires privilégiés des SSIAD interrogés.**
- Les collaborations avec les SAVS et les SAMSAH sont plus faibles pourtant nécessaires sur la prise en charge des personnes en situation de handicap pour un accompagnement global, soins, aide et accompagnement social). En isolant les SSIAD comportant des places PH, on observe un niveau de fréquence avec les SAVS et SAMSAH très légèrement supérieur mais toujours faible, comparativement au partenariat avec les SAAD, **soit un indice de 2,6 pour les SAMSAH et de 3,3 pour les SAVS.**
- L'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les EHPAD sont également des partenaires cités par les services. Le public visé, majoritairement composé de personnes âgées, implique directement la mobilisation de ces acteurs. **Cela supposerait des investigations complémentaires sur les articulations en place et celles à renforcer entre les services et les offres d'accueil temporaires dans une logique de soutien du domicile sur les territoires de proximité.**

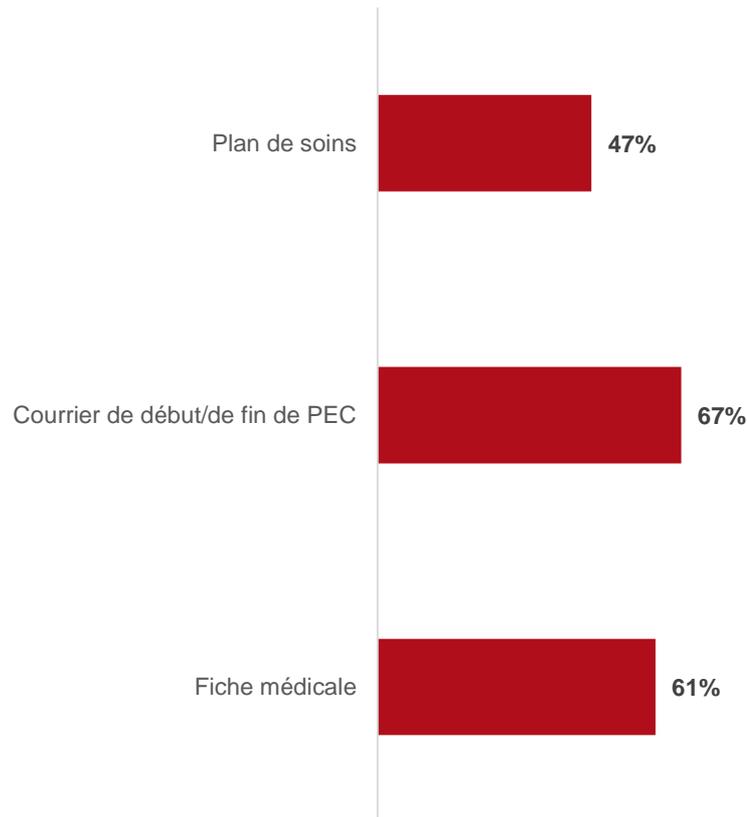
Indice pondéré de la fréquence des partenariats entre les SSIAD PH et les SAVS et SAMSAH

	SAMSAH	SAVS
Indice pondéré (De 0 à 10, 0 étant une fréquence nulle)	2,6	3,3

OUTILS DE COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse des outils utilisés avec les médecins traitants prescripteurs

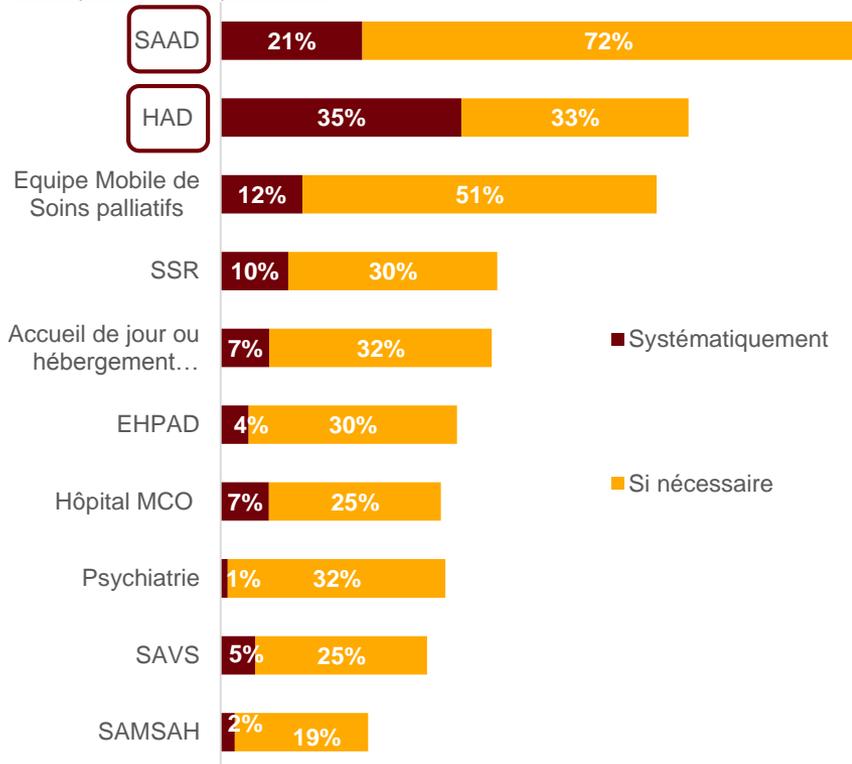


- Les échanges sur l'état de santé des patients et son évolution nécessite des transmissions d'informations entre le SSIAD et le médecin traitant permettant l'ajustement de la prise en charge, facilitant les démarches de prévention, et la juste orientation vers les services hospitaliers et le recours à l'expertise si besoin.
- Les courriers de début et/ou de fin de prise en charge **sont les outils les plus utilisés par les services (67%)** dans leurs relations avec les médecins traitants, suivis de la fiche médicale (61%). A l'inverse, **33% des SSIAD ne formalisent pas des courriers de début et de fin de prise en charge et 39% des services n'ont pas recours à la fiche médicale.**
- Le plan de soins **n'est transmis que par moins de la moitié des SSIAD interrogés (47%).**

OUTILS DE COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Proportion de SSIAD organisant des visites communes « systématiquement » ou « si nécessaire » à domicile avec leurs partenaires potentiels



Proportion de SSIAD PH organisant des visites communes « systématiquement » ou « si nécessaire » à domicile avec les SAVS ou SAMSAH

	SAMSAH	SAVS
Systématiquement	4%	7%
Si nécessaire	31%	36%

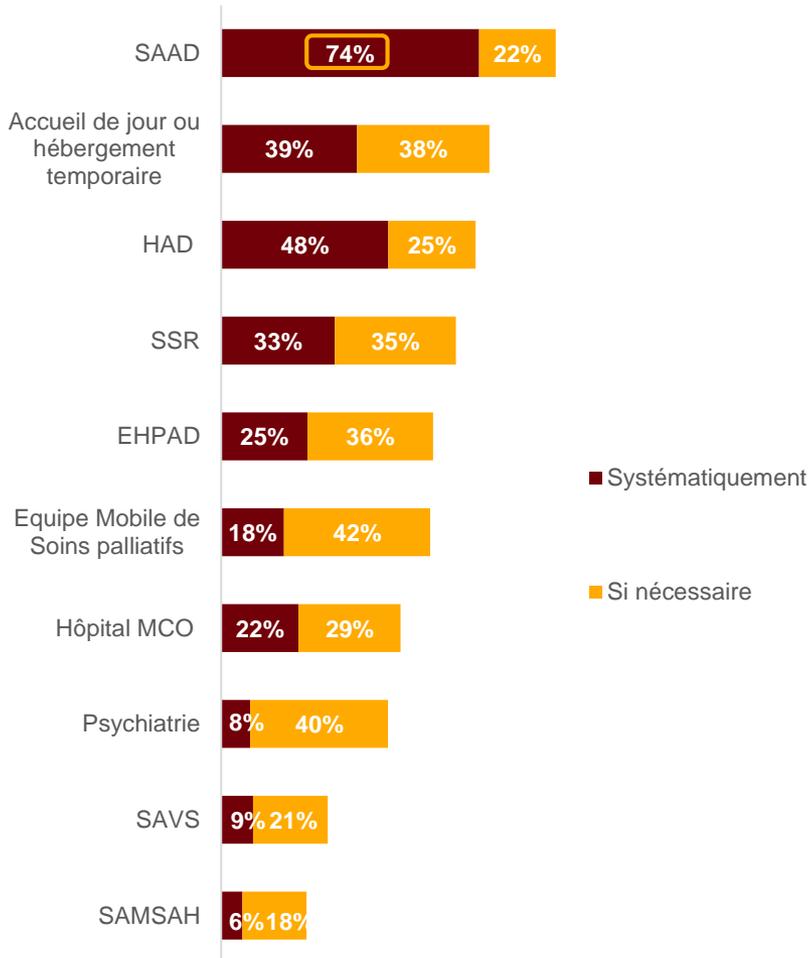
- Les SAAD (93%) et l'hospitalisation à domicile (68%) **sont les partenaires les plus souvent mobilisés pour une visite commune**, conforme au cadre d'intervention des SSIAD au côté d'autres acteurs du domicile. Elle participe des modalités d'articulation des équipes. Les équipes de soins palliatifs participent à des visites conjointes pour près de 2/3 des situations sur lesquelles elles sont sollicitées.
- Les SAVS et SAMSAH sont plus souvent sollicités par les SSIAD comportant des places PH, on note néanmoins que seuls 35% d'entre eux organisent des visites communes avec les SAMSAH « systématiquement » ou « si nécessaire » et 43% d'entre eux concernant les SAVS.
- La proportion de services interrogés organisant systématiquement des visites communes à domicile avec un partenaire ne dépasse jamais les 35%, pourcentage maximum atteint avec l'hospitalisation à domicile. **Les visites s'organisent majoritairement en fonction de besoins des patients** et se pensent donc au cas par cas.
- **On observe néanmoins une grande diversité de partenaires impliqués dans ces visites communes.** Les dix services ou établissements partenaires proposés dans l'enquête font l'objet d'une mobilisation potentielle par au moins 20% des SSIAD, et 9 sur 10 par au moins 30% d'entre eux.



OUTILS DE COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Proportion de SSIAD disposant d'une organisation coordonnée avec leurs partenaires potentiels



- Ce sont les **SAAD** qui font l'objet d'une **organisation coordonnée systématique** (coordination des plannings / relais de prise en charge) par une majorité de services (74%). **Suivent les HAD en relais de prises en charge pour près de la moitié des services.**
- La nécessité de poser un cadre d'organisation coordonnée dépend largement des accompagnements à organiser à domicile et en soutien du domicile pour faciliter les relais et les passerelles.
- **On observe en outre une gradation de la coordination avec les différents partenaires possibles.** Hormis les SAAD et les HAD, trois acteurs font l'objet d'une organisation coordonnée systématique avec plus de 25% des services interrogés : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les EHPAD (venant confirmer les niveaux de fréquence des partenariats). En revanche, les services de psychiatrie, les SAVS et les SAMSAH n'ont une organisation coordonnée qu'avec moins de 10% des SSIAD de la région.
- **Ces constats appellent à une meilleure définition des objectifs de coopération entre partenaires intervenant à domicile ou en amont du domicile.**



FOCUS SUR LA COOPÉRATION ENTRE SSIAD ET SAVS-SAMSAH EN ILLE ET VILAINE

Éléments de contexte:

- **Les SAVS-SAMSAH s'inscrivent dans un travail quotidien avec les SSIAD.**
- **L'APF fait le constat d'un manque de places de SAMSAH** (un effort sur le déploiement de places a été initié récemment en Bretagne). Les SAMSAH sont en effet régulièrement saturés.
- **Les profils d'entrée en SAMSAH sont transverses** (handicap moteur à titre principale avec de plus en plus souvent des pathologies associées (notamment psychiques). Ces publics nécessitent de disposer en interne ou en externe des compétences spécifiques.



Les pratiques de coopération

- Les SAMSAH d'Ille et Vilaine travaillent **en articulation renforcée avec les SSIAD et les SAAD à travers notamment la signature une convention inter-associative signée en 2014**. Cette convention permet de mettre en place des actions de fonds avec les différents services. Cette dynamique territoriale est renforcée à travers la formalisation d'un réseau construit grâce à la coordination départementale (comité de pilotage départemental incluant les présidents et ou directeurs des différentes associations).
- Dans le quotidien de prises en charge, cette articulation renforcée peut prendre les aspects suivants :
 - Visites communes au domicile ou échange téléphonique suite à une visite ;
 - Intervention en doublon en début de prise en charge avec le personnel des SSIAD ou des SAAD pour veiller à l'appropriation des « bons gestes » dans le cadre d'une toilette par exemple ;
 - Réunions de synthèse prévues avec les IDEC des SSIAD, les IDEL et l'IDEC du SAMSAH.
- De manière plus globale, les SAVS-SAMSAH souffrent d'un déficit de lisibilité sur l'action portée par les partenaires notamment certains SSIAD ayant des places PH.

Sur le modèle de financement

L'APF considère qu'un forfait soins permettrait aussi de libérer des places de SAMSAH en permettant à des SSIAD d'assurer certaines prises en charge.

OUTILS DE COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la mise en place et de la dématérialisation des outils de partage d'informations

	SAMSAH	SAVS	Psychiatrie	Equipe Mobile de Soins palliatifs	Hôpital MCO	Accueil de jour ou hébergement temporaire	SSR	EHPAD	HAD	SAAD
Outils existants physiques	8%	11%	12%	30%	30%	40%	37%	40%	41%	72%
Outils existants dématérialisés	1%	0%	0%	3%	4%	2%	7%	4%	3%	7%
Absence d'outils	91%	89%	88%	67%	66%	58%	57%	56%	56%	21%

- 79% des SSIAD de la région disposent d'outils de partage d'informations avec les SAAD bretons. **La grande majorité des outils utilisés sont dits « physiques », les outils dématérialisés ne sont déployés qu'au sein d'une petite minorité de services.** Seuls 7% en ont mis en place avec les SAAD et avec les services de soins de suite et de réadaptation, 4% ou moins avec les autres partenaires.
- **Plus de 50% des SSIAD ne disposent pas d'outils de partage d'informations avec leurs partenaires** (à l'exception des SAAD) alors que les enjeux d'échange et de mise en commun des informations « patients » pris en charge sont pourtant largement mis en avant par les professionnels rencontrés. Les outils ne garantissent pas pour autant l'usage et la qualité de la coordination.

FOCUS SUR LA COLLABORATION SSIAD / SAAD (1/2)

La collaboration SSIAD/SAAD a fait l'objet d'échanges auprès des fédérations et du panel de SSIAD:

- L'expérimentation SPASAD en cours a pour objet **de faciliter la coordination entre les SSIAD et les SAAD**. Indépendamment de cette expérimentation et des choix qui seront au final retenus au niveau national, la collaboration des services intervenant chacun au domicile des personnes en perte d'autonomie en raison de l'âge, du handicap ou de la maladie chronique est essentielle, avec des prises en charge évolutives et de plus en plus complexes quelle que soit la file active commune,
- La volonté des SSIAD de travailler avec les SAAD, sous la forme d'un SPASAD ou non, est bien présente. « Le cœur de métier est proche ».
- **Les dispositifs destinés à faciliter l'articulation des équipes doivent être favorisés**. Il s'agit de développer l'interconnaissance des services, de favoriser l'émergence d'une culture d'équipe via des formations et des séances d'analyse de la pratique communes et de mettre en place des protocoles partagés et des outils de partage de l'information (cahier de liaison, plateforme d'échange sécurisée).
- La constitution de binôme SSIAD-SAAD peut être adaptée à des situations de forte perte d'autonomie, mais n'est pas simple à organiser, selon les propos d'une professionnelle IDEC, au regard des niveaux de compétence mais également tenant compte des modes de tarification des SAAD par les Conseils Départementaux (arrêt du financement des binômes d'intervention dans des départements).
- L'absence **d'interopérabilité des systèmes d'information des SAAD et des SSIAD** a été soulevé lors des entretiens avec les services.
- Le rôle de coordination du SSIAD n'est pas toujours connu des services d'aide et d'accompagnement à domicile et les SAAD pâtissent d'un manque de reconnaissance avec des profils d'aide à domicile hétérogènes dont la compétence peut être contestée. **Les aides à domicile doivent être sensibilisées à l'intérêt de donner de l'information aux soignants et inversement, les soignants doivent prendre conscience de la complexité des interventions des aides à domicile.**
- Sans être SPASAD, des SSIAD ont développé des modes de fonctionnement avec des SAAD qui s'en rapprochent. A été citée la convention de partenariat signée entre un SSIAD hospitalier et des SAAD ADMR avec un programme d'actions annuel faisant l'objet d'une évaluation. Elle a permis de formaliser la collaboration existante entre les services et facilite le travail collaboratif.

FOCUS SUR LA COLLABORATION SSIAD / SAAD (2/2)

- Sur le champ du handicap, lors des échanges, le rôle de centre ressource du SSIAD pour les SAAD a été appuyé. Il se distingue du SPASAD et peut être regardé comme un dispositif intermédiaire au SPASAD.

Cette notion de SSIAD ressource pour développer de meilleures collaborations avec les SAAD a été développée en région Normandie indépendamment du public. Le service est identifié comme ressources pour un ou plusieurs SAAD. Il s'agit pour le service d'aide de pouvoir bénéficier d'une compétence « santé » par l'appui technique, logistique et/ou organisationnel ainsi qu'une aide concrète sur toutes difficultés de prise en charge.

Cette collaboration vient faciliter les passages de relais réciproques et permet de garantir :

- **Une qualité de prise en charge à l'usager**, en assurant un appui du SSIAD au SAAD et inversement à tout moment de l'accompagnement et des relais sécurisés ;
- **Le développement des compétences de AVS des SAAD et des AS des SSIAD** dans la limite de leurs fonctions avec l'échange d'informations et de formations mutualisées.

La relation de collaboration entre les SSIAD et les SAAD peut se développer dans des domaines comme **la formation, la prévention et l'identification de bonnes pratiques.**

Elle trouve une traduction dans une convention de partenariat.

Les acteurs du handicap ont mis en évidence que les SSIAD doivent jouer un rôle plus prégnant : les compétences des auxiliaires de vie sont souvent insuffisantes pour la prise en charge de certains handicaps. **La possibilité dans ce cas de doubler les interventions avec les SSIAD est valorisée (dans la limite des politiques départementales), pour assurer une réelle surveillance médicale au quotidien.** Cette présence nécessaire l'est encore davantage dans le cas de manutentions complexes telles que celles relatives aux patients ventilés ou trachéotomisés par exemple.

- L'attention a été attirée plus globalement sur le positionnement des SAAD privés commerciaux, qui proposent des prestations de soin assurés par des AVS (SAAD prestataire). Il s'agit pour les services qui en ont fait état **d'une véritable concurrence qui introduit un manque de lisibilité entre services d'aide et services de soin** auprès des usagers et auprès de professionnels.

FOCUS SUR LA COLLABORATION SSIAD/HAD

Visions comparées des SSIAD et des HAD à partir des entretiens et des groupes de travail

- Les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi que les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) pour leur partie soin interviennent au domicile des personnes **afin de prévenir, éviter, ou réduire la durée d'une hospitalisation avec hébergement et donc de favoriser le retour et le maintien à domicile**. Ils sont susceptibles de prendre en charge des populations identiques en termes d'âge et de typologie (personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ; personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ; personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection).
- Si ces structures sont toutes deux des acteurs des soins à domicile, **la complexité et l'intensité de la charge en soins les différencient**. La coopération entre ces deux structures est nécessaire pour assurer la continuité des parcours et permettre une approche globale du parcours de soin du patient à son domicile. **Elles doivent collaborer pour coordonner leurs interventions successives et la prise en charge conjointe d'un patient**.
- A la suite de la parution des textes réglementaires en 2018, **un modèle de convention régionale a été élaboré, diffusé à l'ensemble des HAD et des SSIAD de la région**. Elle définit leurs modalités de collaboration au titre des prises en charge relais et des prises en charge simultanées. Le partenariat sera évalué annuellement avec le suivi d'indicateurs. Une évaluation quantitative et qualitative de la pertinence de cette modalité d'organisation des soins sera conduite après 2 années de mise en œuvre (évaluation nationale).
- La formalisation des conventions a été accueillie favorablement par les services, qui mettent en avant **le rôle de veille assuré par les HAD et leur plus-value dans la gestion des situations d'urgence rencontrées au domicile** tout en pointant la difficulté à disposer d'un interlocuteur identifié au sein des structures et d'une lisibilité sur l'organisation interne.
- L'organisation de relais du SSIAD vers l'HAD quand la situation l'exige avec l'appui du médecin traitant **ne serait pas toujours simple pour certains services** (refus de l'HAD qui interroge directement les critères d'admission).

FOCUS SUR LA COLLABORATION SSIAD/HAD

Visions comparées des SSIAD et des HAD à partir des entretiens et des groupes de travail

I/ Sur l'identification et l'interconnaissance entre les acteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communiquer sur l'offre pour renforcer notamment l'interconnaissance avec les SSIAD (améliorer la visibilité de l'HAD, faire connaître les métiers de chacun, favoriser les bonnes sollicitations de l'HAD, éviter les mauvaises orientations, etc.).
II/ Sur la construction des parcours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper l'attribution de places en SSIAD pour des relais post-hospitalisation notamment au regard du déficit de places en SSIAD sur certains territoires. ▪ Clarifier les critères de passage de relais et les limites des prises en charge HAD notamment à travers les conventions SSIAD-HAD.
III/ Sur les prises en charge simultanées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des atouts pour les patients : continuité des professionnels, réduction des hospitalisations... ▪ Des atouts pour les professionnels : soutien, accès à l'expertise, valorisation des métiers ...
IV/ Sur les instances de régulation territoriale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des attentes fortes en ce qui concerne la mise en place de la PTA comme acteur ressource de la coordination à l'échelle territoriale.
V/ Sur l'amélioration des outils	<p>Trois enjeux ont été identifiés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjeu d'appropriation du cahier de liaison de l'HAD. ▪ Enjeu d'ouverture des systèmes d'information de l'HAD au SSIAD. ▪ Enjeu d'adaptation des grilles d'évaluation au domicile (HAD de Cornouaille)
VI/ Sur les prises en charge relais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La volonté de travailler sur les prises en charge communes se heurte parfois à une contrainte juridique en ce qui concerne les besoins de prises en charge alors que le SSIAD n'intervenait pas en amont de l'hospitalisation.

COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX:

1/ Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

2/ Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

3/ Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

1/ Les partenaires du parcours

2/ Les partenaires IDEL et CSI

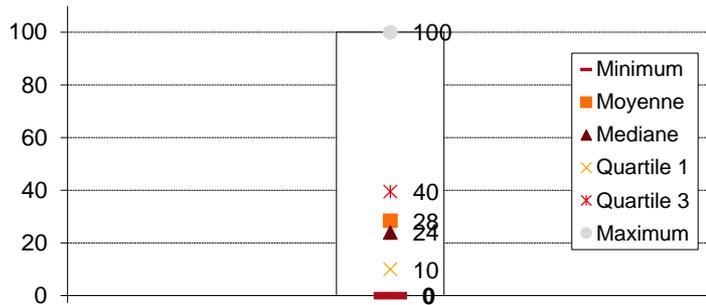
4/ Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile

5/ Projets de rapprochement

6/ Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

COOPERATION DE SOIN AVEC LES IDE LIBERAUX/CENTRES DE SANTE INFIRMIERS

Source : Données issues de l'enquête en ligne.



Analyse du nombre d'IDEL/CSI conventionnés en 2017

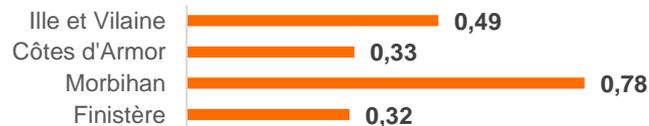
Analyse du nombre d'IDEL/CSI conventionnés en 2017 par place



Analyse du nombre d'IDEL/CSI conventionnés en 2017 par place



Analyse du nombre d'IDEL/CSI conventionnés en 2017 par place



- Pour la réalisation des actes de soins techniques, les SSIAD peuvent les faire réaliser par des infirmiers salariés du service, des infirmiers libéraux (IDEL) ou des centres de santé infirmiers (CSI) ayant passé convention avec le service.
- Le nombre de **moyen de IDEL/CSI conventionnés avec un SSIAD est de 28**. Un quart des SSIAD ont un nombre de conventionnements inférieur à 10 alors qu'un autre quart a un nombre de conventionnements supérieur à 40.
- Le nombre moyen de conventionnements par place est **de deux fois plus important dans les SSIAD de petite taille que dans les SSIAD de grande taille (0,27 contre 0,64)**. Cela s'explique en partie car les SSIAD de grande taille ont structurellement tendance à **internaliser les professionnels infirmiers** (0,64 contre 0,27).
- La nature du gestionnaire n'est pas en revanche un critère de de différenciation en termes de conventionnements.

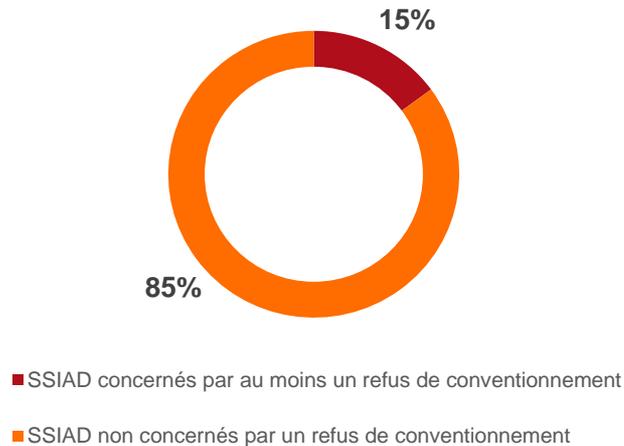
	Moyenne du nombre d'IDE salariés en total d'ETP (Hors IDEC)
SSIAD de petite taille	1,03
SSIAD de taille moyenne	1,56
SSIAD de grande taille	5,90

- Au niveau territorial, le Morbihan se caractérise par un nombre d'IDEL/CSI conventionnés par place **deux fois plus important que dans les Côtes-d'Armor et le Finistère (0,78 contre 0,33 et 0,32)**.

COOPERATION SOIN AVEC LES IDE LIBERAUX/CENTRES DE SANTE INFIRMIER

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse des refus de conventionnement

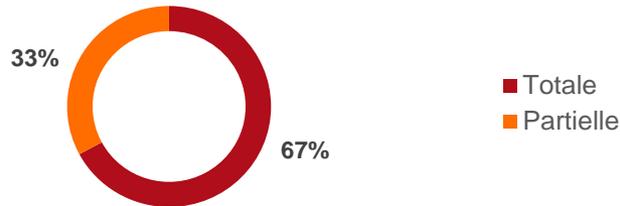


- Seuls 15% des **SSIAD ont déclaré avoir été confrontés** à des refus de conventionnement.
- Qualitativement, **les SSIAD expriment entretenir de bonnes relations avec l'offre libérale**. A de rares exceptions, les SSIAD ayant mentionné des refus de conventionnement déclarent pour autant une bonne satisfaction générale (« bonne collaboration à 80%, 20% compliquée », « bonne relation mais régulièrement, des remises en cause des cotations des soins », « Très correcte dans l'ensemble, par contre impossible sur tel secteur »).
- **Les tensions dans les relations concernent principalement la facturation et la coordination**.
- Les SSIAD évoquent aussi les difficultés pour effectuer des transmissions avec les libéraux. Les outils sont pourtant existants. Pour des services, la question de l'appropriation des outils de transmission par leurs partenaires libéraux se pose.
- La négociation des tarifs pour les actes hors NGAP est également un motif de conflit mentionné par les SSIAD. Certains services instaurent un contrôle mensuel de la facturation des actes infirmiers. **Sur ce sujet, l'UNA 22 a initié un travail d'harmonisation des cotations hors NGAP avec une instance de médiation dédiée.**

COOPERATION DE SOIN AVEC LES IDE LIBERAUX/CENTRES DE SANTE INFIRMIERS

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Mode d'externalisation aux IDEL/CSI



Mode d'externalisation aux IDEL/CSI par taille de structure

	Totale	Partielle
SSIAD de petite taille	71%	54%
SSIAD de taille moyenne	24%	25%
SSIAD de grande taille	4%	21%

Mode d'externalisation aux IDEL/CSI par département

	Totale	Partielle
Côtes d'Armor	16%	25%
Finistère	20%	25%
Ille et Vilaine	29%	38%
Morbihan	35%	13%

Mode d'externalisation aux IDEL/CSI par type de gestionnaire

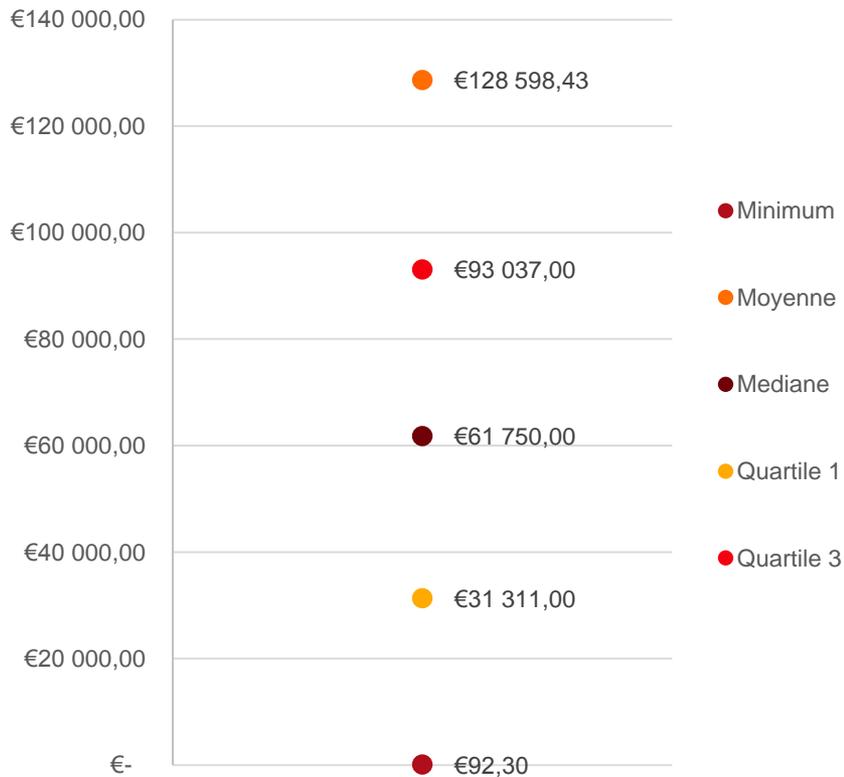
	Totale	Partielle
CCAS-CIAS	12%	17%
Mutuelle	2%	8%
Centre Hospitalier	16%	17%
EHPAD public autonome	8%	0%
Association	61%	58%

- L'ensemble des SSIAD répondants externalisent au moins partiellement leurs actes infirmiers. **67% d'entre eux externalisent la totalité de leurs actes.** La présence d'IDE salariés influence largement le mode d'externalisation privilégié par les SSIAD.
- La capacité de prise en charge des SSIAD influe directement sur le mode d'externalisation aux IDEL/CSI. On constate ainsi une relation inversement proportionnelle entre la taille d'un service et l'externalisation des actes. Les SSIAD de moins de 60 places sont 71% à externaliser la totalité des actes infirmiers réalisés, contre 24% pour les SSIAD de taille moyenne et 4% pour les SSIAD de grande taille. **Ce différentiel confirme l'importance du lien entre la présence d'IDE salariés, plus importante au sein des SSIAD de grande taille, et le volume d'actes infirmiers externalisés.**
- On observe également d'importantes disparités infrarégionales similaires à celles du nombre d'IDEL/CSI conventionnés. Le département des Côtes d'Armor **compte le moins de services mettant en place une externalisation totale** de ces actes (16%), à l'inverse du **Morbihan, au sein duquel plus du double de SSIAD externalisent la totalité des actes infirmiers réalisés** (35%).
- Les associations, qui représentent une majorité des SSIAD bretons, sont **également en proportion les gestionnaires qui regroupent le plus de services externalisant l'ensemble de leurs actes (61%)** contre 16% ou moins pour l'ensemble des autres types de gestionnaires. L'UNA attire l'attention sur les effets budgétaires inattendus mais probables du choix en faveur du salariat des IDE, les CSI risquant selon les professionnels de s'exposer à la prise en charge des actes considérés comme « non rentables » par les IDE externalisés.

COOPERATION DE SOIN AVEC LES IDE LIBERAUX/CENTRES DE SANTE INFIRMIERS

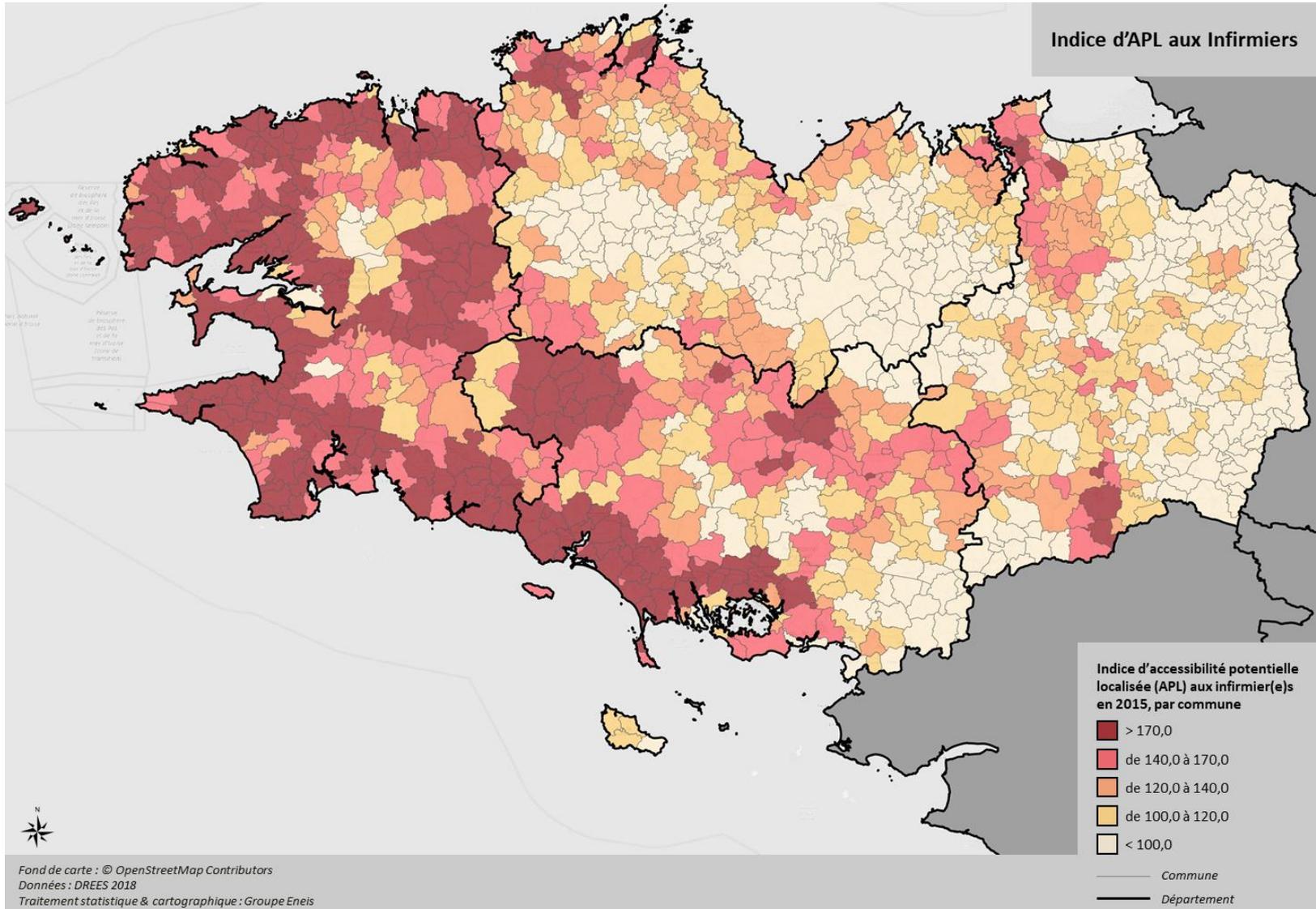
Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Coût associé en 2017 aux IDEL/CSI conventionnés

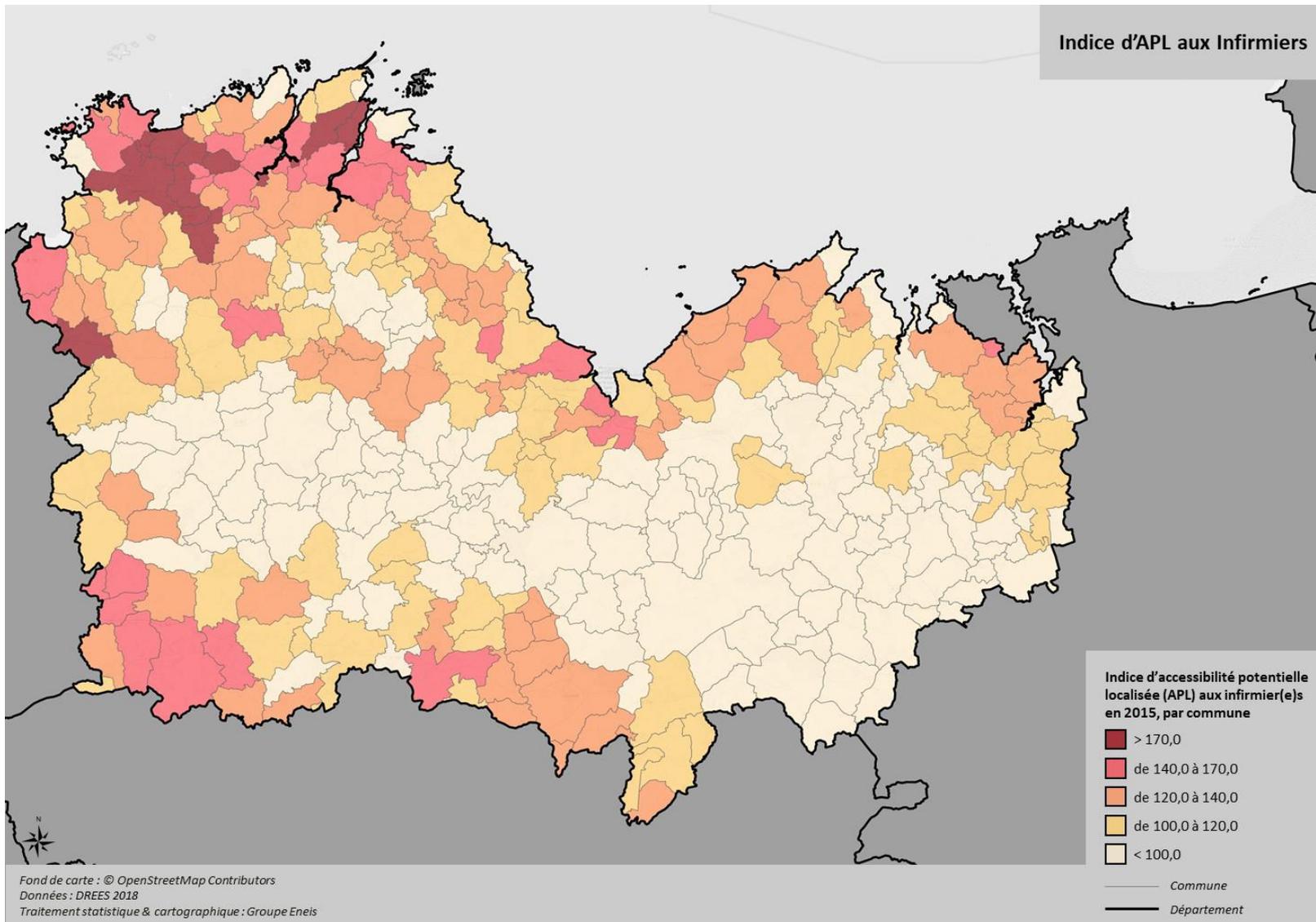


- On observe une grande variabilité du coût associé à l'externalisation vers les IDEL/CSI. **L'écart constaté entre la moyenne et la médiane (respectivement 128 600 € par an et 60 000 € par an) révèle un échelonnage important des modalités d'externalisation.**
- Ces modalités dépendent de la capacité de prise en charge des SSIAD, **de la présence ou non d'IDE salariés**, du nombre d'actes externalisés et de la revalorisation du coûts de certains actes (NGAP). On constate néanmoins que 50% des services présentent un coût associé à l'externalisation compris entre 31 311 € et 93 037 €.

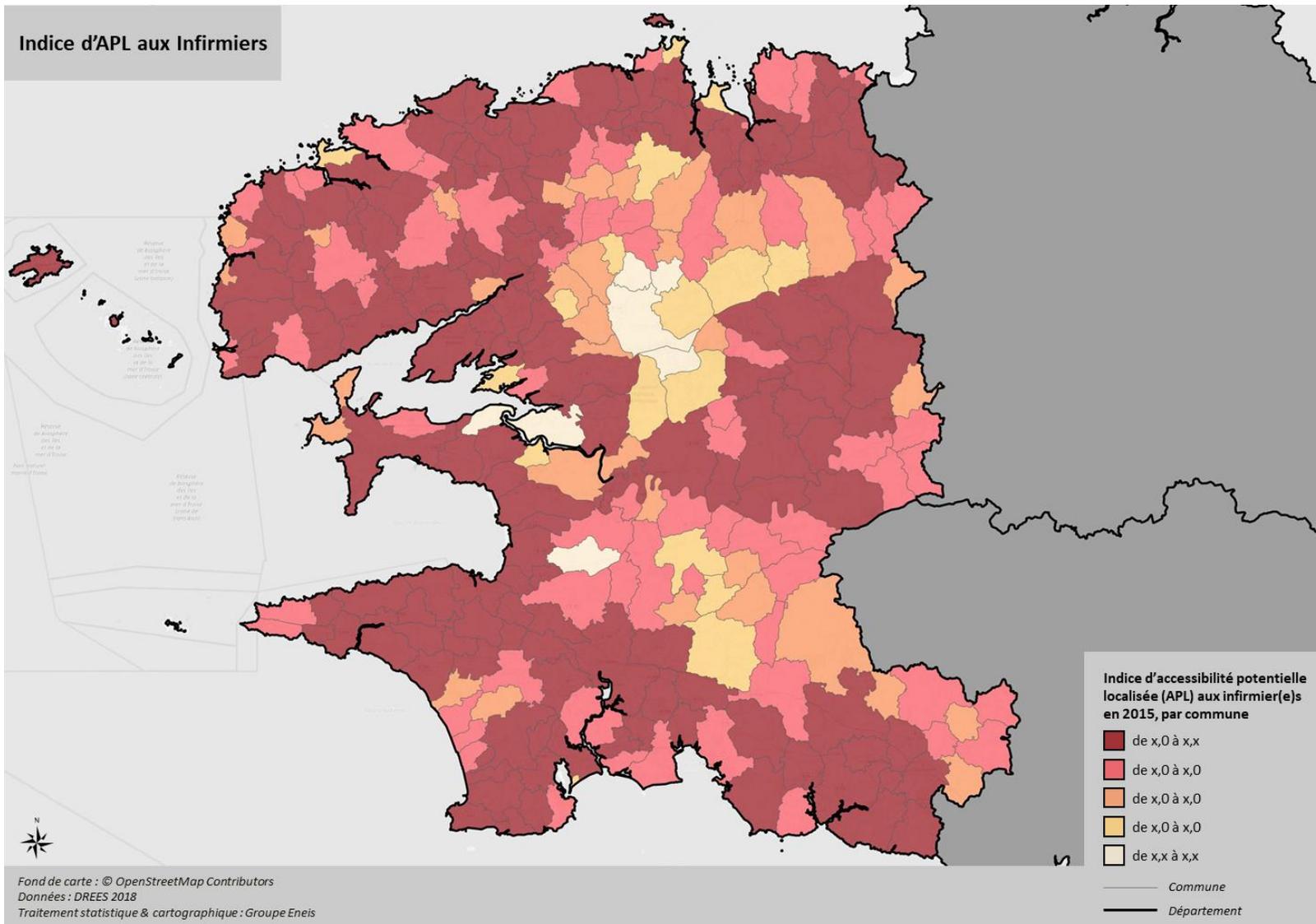
L'ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE (APL) AUX INFIRMIERS EN BRETAGNE



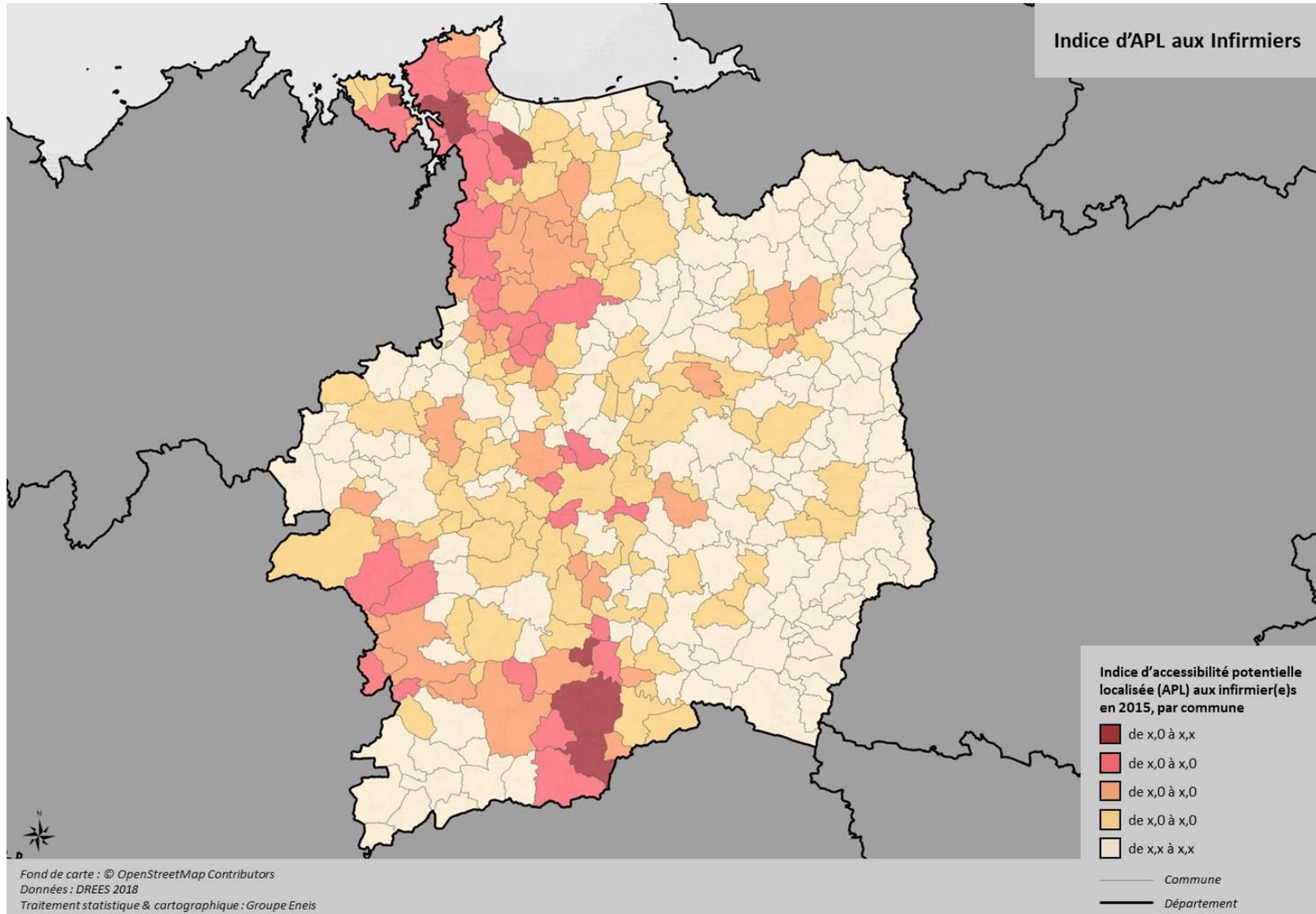
L'INDICE D'APL AUX INFIRMIERS DANS LES CÔTES D'ARMOR



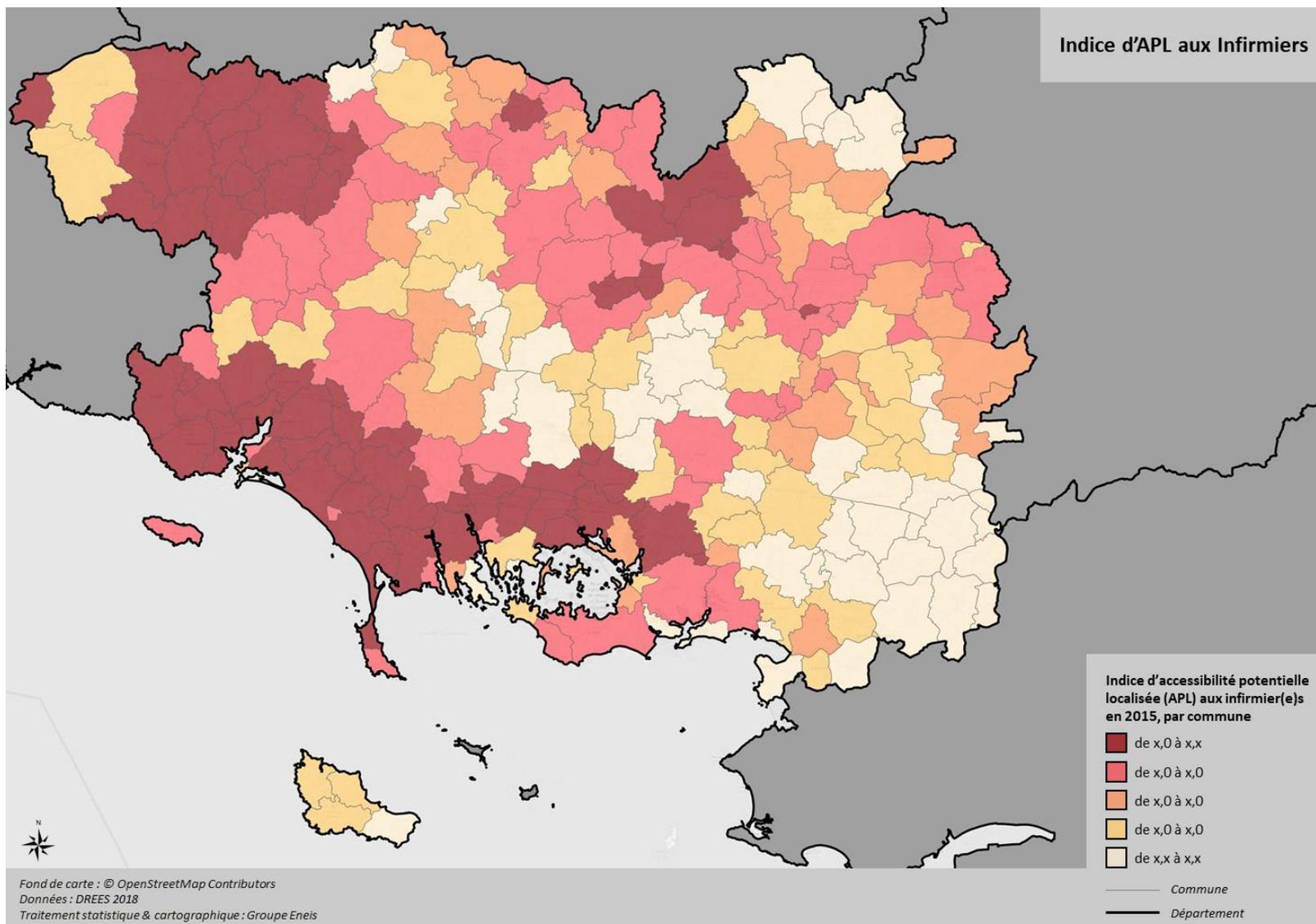
L'INDICE D'APL AUX INFIRMIERS DANS LE FINISTÈRE



L'INDICE D'APL AUX INFIRMIERS EN ILLE ET VILAINE



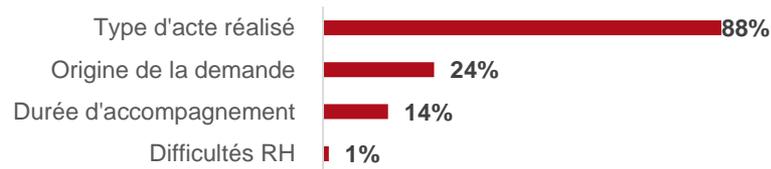
L'INDICE D'APL AUX INFIRMIERS DANS LE MORBIHAN



COOPERATION DE SOIN AVEC LES IDE LIBERAUX/CENTRES DE SANTE INFIRMIERS

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse des causes de recours aux IDEL / CSI



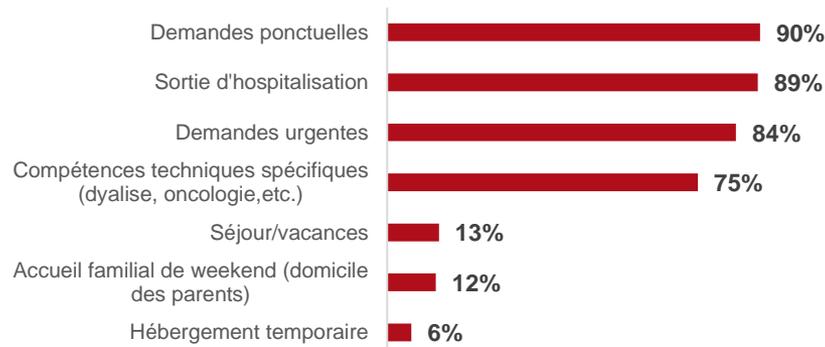
- **88% des SSIAD déclarent recourir aux IDEL/CSI en raison du type d'acte réalisé.** Les SSIAD sont en revanche seulement **1% à mentionner des difficultés RH** comme la cause d'un recours.
- On peut ainsi en déduire que les recours aux professionnels de santé infirmier s'inscrivent dans une **stratégie d'organisation territoriale de l'offre de soin à domicile.**

Analyse du recours aux IDEL / CSI selon la durée d'accompagnement



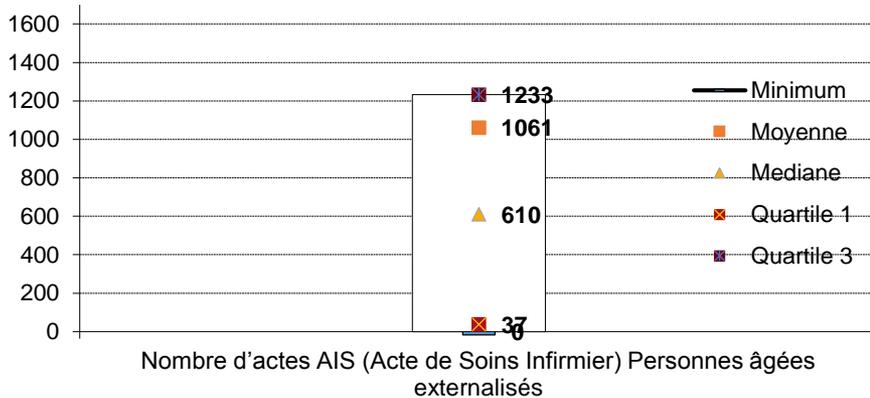
- Parmi les **14% de SSIAD ayant mentionné la durée de l'accompagnement** comme une des causes du recours aux IDEL/CSI, **les soins chroniques et la courte durée sont les deux motifs les plus mentionnés (92%).**
- Enfin, en ce qui concerne l'origine de la demande, les SSIAD mentionnent de manière privilégiée les **demandes ponctuelles (90%)** et les **sorties d'hospitalisation (89%) suivies des demandes urgentes (84%)** et pour trois quarts des services d'**un appui sur des compétences techniques spécifiques.**

Analyse des causes de recours aux IDEL / CS selon l'origine de la demande

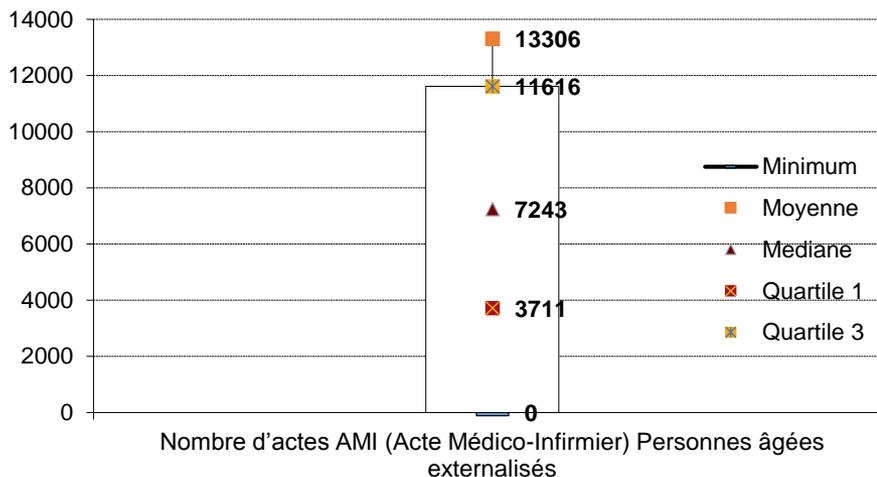


ACTES INFIRMIERS EXTERNALISES ET PUBLIC PA

Nombre d'actes AIS externalisés au titre des places PA en 2017



Nombre d'actes AMI externalisés au titre des places PA en 2017



- La majorité des SSIAD ne sont en mesure de comptabiliser que les actes AIS facturés et donc externalisés. **En moyenne, ce sont 1061 actes AIS qui ont été externalisés au titre des places PA en 2017.** L'écart notable avec la médiane, s'élevant à 610 actes, indique néanmoins une forte variabilité des situations entre les services.
- Les entretiens avec des IDEL partenaires de SSIAD ont permis de mettre en relief les motifs du différentiel entre actes AIS et actes AMI. De nombreux cabinets libéraux tendent à la réalisation d'un minimum de soins de nursing, pris en charge par les SSIAD. **A l'inverse, la faible proportion d'IDE salariés parmi les intervenants des SSIAD explique l'externalisation massive des actes plus techniques vers les IDEL.**

LES BÉNÉFICIAIRES DES ACTES INFIRMIERS EN BRETAGNE

Département	Nbre de bénéficiaires d'actes infirmiers 2017	Nbre de bénéficiaires d'actes infirmiers 2017 de 75 ans et +	Part des bénéficiaires d'actes infirmiers 2017 de 75 ans et +	Consommation moyenne d'actes infirmiers par bénéficiaire 2017	Consommation moyenne d'actes infirmiers par bénéficiaire de 75 ans et plus	Part des actes AIS 2017
Côtes-d'Armor	144 725	43 063	30%	48,2	102,9	29%
Finistère	172 813	52 452	30%	73,2	161,2	48%
Ille-et-Vilaine	179 363	48 697	27%	44,2	100,4	33%
Morbihan	157 156	47 251	30%	63,9	142,6	46%

Source : Données SNDS consultées sur CartoSanté

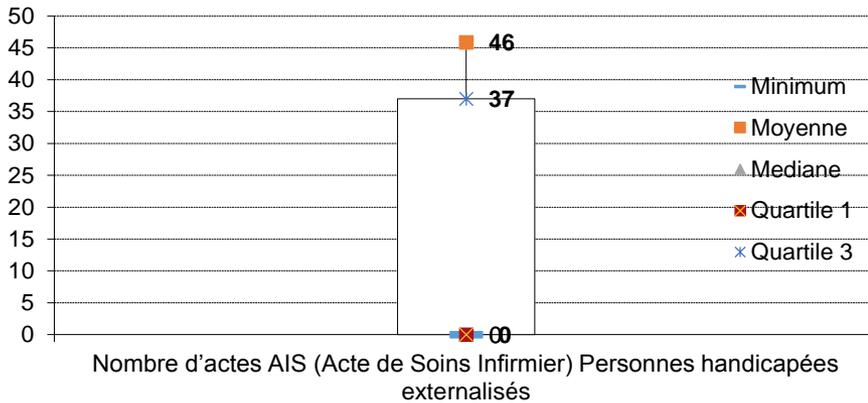
AIS: Actes Infirmiers de Soins

AMI: Actes Médicaux Infirmiers

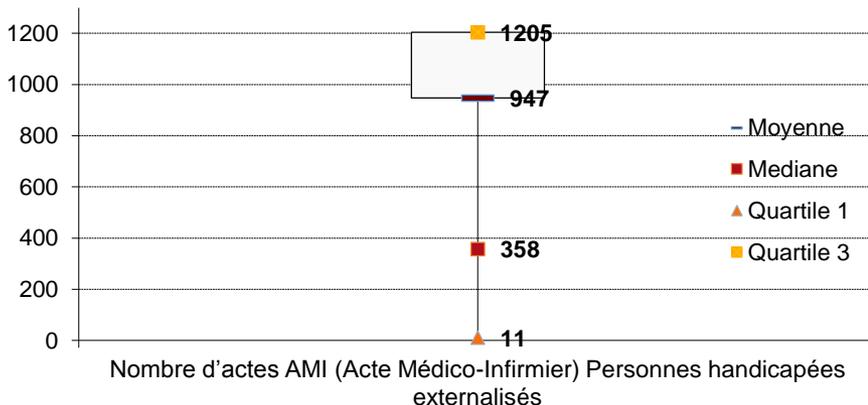
- Le Finistère et le Morbihan disposent des plus fortes consommations d'actes infirmiers par bénéficiaire de 75 ans et plus en 2017 (respectivement 161,2 et 142,6), soit environ plus de 50% de la consommation des deux autres départements. C'est également dans ces deux départements que la part des actes AIS dans le total des actes AIS + AMI est la plus élevée.
- Il serait intéressant d'identifier les causes structurelles de tels écarts dans la consommation des actes infirmiers au niveau régional notamment d'expliquer la part importante des actes AIS sur les deux départements ciblés en lien avec les conditions de fonctionnement des SSIAD et tenant compte de la révision future du zonage infirmier (conflit d'activité sur des territoires). L'appui des MAIA pourrait être mobilisé.

ACTES INFIRMIERS EXTERNALISES ET PUBLIC PH

Nombre d'actes AIS externalisés au titre des places PH en 2017



Nombre d'actes AMI externalisés au titre des places PH en 2017



- Le volume d'actes AIS externalisés dans le cadre de la prise en charge de personnes en situation de handicap est presque nul. **Le différentiel de volumétrie, à la fois pour les actes AIS et pour les actes AMI, s'explique principalement par le faible nombre de places PH au sein des services. En moyenne, les SSIAD externalisent 947 actes AMI au titre des places PH.**
- On observe néanmoins un ratio entre actes AIS et actes AMI similaire à celui mis en avant au titre des places PA. **La prise en charge des PH répond ainsi à une logique de complémentarité avec les IDEL.**
- La prise en charge des personnes en situation de handicap dépend qualitativement du niveau de formation et de compétence des professionnels. **Les acteurs du handicap ont fait remonter à la fois un manque de services d'aide et/ou de soin à domicile et un fort besoin en formation des intervenants, qu'il s'agisse des aides-soignantes ou des IDE salariés, des AVS ou des IDEL.**

FOCUS SUR LES RELATIONS DES SSIAD AVEC LES IDE LIBERAUX

Visions comparées des SSIAD et des IDE libéraux/ CSI URPS IDE à partir des entretiens et des groupes de travail

I/ L'appréciation de la synergie entre IDEL et SSIAD

- Un enjeu **d'interconnaissance des intervenants**.
- Les IDE libéraux indiquent que l'usage d'outils en commun (cahier de transmission, diagramme de soins,...) permet **une certaine traçabilité des actes effectués**.
- La convention cadre entre l'UNA 22 et la FNI est perçue comme **un moyen d'uniformisation et de clarification des relations IDEL et SSIAD**, en précisant notamment la tarification de l'ensemble des actes.
- Les choix de prise en charge effectués sont trop souvent effectués **sans l'avis du patient**.
- L'usage généralisé du dossier personnalisé permettrait **une vraie connaissance des patients**.
- Les débuts et fins de prise en charge font souvent l'objet **de doublons faute de coordination**.
- La gestion des actes **spécifiquement de la MCI** est une source de tensions croissante.
- L'intégration des IDEL en début de collaboration n'est pas suffisante, qui conduit à **une méconnaissance du fonctionnement des services**.

II/ L'impact de l'externalisation des actes sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires

- Une bonne définition des rôles entre IDEL, SSIAD, HAD et SAAD constitue **un moyen de diminuer les risques de glissement de tâches**.
- La connaissance des possibilités d'intervention des différents acteurs (zones d'intervention, horaires, liste d'attente,...) facilite l'organisation de **la continuité des soins**.
- Les IDE libéraux sont peu ou pas du tout intégrés aux **politiques et procédures de prévention** des SSIAD.
- **L'adaptation des plans de soins** lors des prises en charges communes reste marginale.
- Il convient d'éviter et de cadrer au maximum **les situations de concurrence**, parfois perçues comme du « détournement de patients » nuisible aux relations entre IDEL et SSIAD « Conflits d'activité » alors qu'ils sont complémentaires.
- L'intégration dans les **démarches et institutions d'orientation et de gestion des cas complexes** (CLIC, MAIA) est perçue comme trop faible.

III/ L'impact de l'externalisation sur la qualité de vie au travail

- La complémentarité avec les SSIAD (soins de nursing / soins complexes) est considérée comme positive au regard **d'une amélioration des conditions physiques et mentales de travail**.
- Il existe un vrai besoin « **d'un travail en équipe** » auquel répond la collaboration SSIAD/IDEL, notamment dans le cas de prises en charge longues, assurant un partage de la « charge mentale ».

FOCUS SUR LES RELATIONS DES SSIAD AVEC LES IDE LIBÉRAUX (1/2)

Visions comparées des SSIAD et des IDE libéraux/ CSI /URPS IDE à partir des entretiens et des groupes de travail

- Les relations des SSIAD avec les professionnels libéraux sont « **territoire et professionnel dépendants** ». Les collaborations avec les centres de santé infirmier sont évaluées de meilleure qualité.
- Sur certains secteurs, les libéraux se sont installés massivement ces dernières années et **concurrentent directement l'activité des SSIAD qui se posent aujourd'hui la question de leur pérennité** (ex: SSIAD PA dans le Finistère).
- Des comportements réflexes sont observés par les services de la part de libéraux quand le patient devient trop lourd, « La charge est reportée sur le SSIAD ». « Sur les territoires ruraux, **ce sont les SSIAD qui sont présents là où personne ne serait présent** ». « Les libéraux n'interviennent pas ».
- Des SSIAD mettent en avant que des professionnels ne souhaitent pas travailler avec eux - **ce qui a pour conséquence de multiplier les refus d'admission par les services sans levier véritable d'action** - et se comportent comme de véritables chefs d'entreprise mettant en avant sur les demandes d'intervention, la valorisation financière de l'intervention payée par le service pour décider ou non de réaliser les actes. Ils se diraient perdants financièrement, s'ils interviennent pour le compte d'un service de soin.
- Les IDE libéraux sont **peu mobilisés sur les prises en charge concernant les personnes en situation de handicap**.
- Le temps de vérification des actes effectués par les libéraux est mis en avant par les services, générant des lourdeurs administratives et des tensions. La facturation directe des actes par certains libéraux à l'assurance maladie via l'usage de la carte vitale est pratiquée, **générant un risque d'impayés et un coût de gestion des anomalies relevées pour les SSIAD**. La majoration de coordination infirmière est souvent facturée, alors qu'elle ne devrait pas l'être. Les actes réalisés par les professionnels libéraux et les CSI auprès des patients d'un SSIAD sont financés par la dotation allouée à tout service. Il incombe donc au SSIAD, afin d'éviter d'être confronté à des restitutions d'indus pour double paiement – ce qui est souligné par des représentants de fédérations - de se faire facturer ces actes par les professionnels directement pour son compte. Les facturations d'actes lui sont alors directement adressés par ces derniers. La convention entre le service et le professionnel doit fixer le cadre de collaboration et de paiement des actes, qui devrait s'articuler autour d'une instance de médiation locale. Des avenants sont conclus par des SSIAD (facturation au cas / cas en fonction du patient). **La proposition est faite d'une convention par patient conclue avec chaque professionnel libéral de manière à asseoir la collaboration dans un cadre objectif en relation avec le plan de soin**. Les réunions de coordination pluridisciplinaire au sein des pôles de santé permettraient également, à partir de l'expérience relatée d'un service, de mieux travailler sur les cotations d'actes.

FOCUS SUR LES RELATIONS DES SSIAD AVEC LES IDE LIBERAUX

Visions comparées des SSIAD et des IDE libéraux/ CSI URPS IDE à partir des entretiens et des groupes de travail

- L'intervention d'un infirmier ou d'un CSI ne peut se faire **que dans le cadre d'une convention signée avec le service**. Cette convention doit comporter l'engagement du professionnel à respecter le règlement de fonctionnement, le projet de service et les modalités d'exercice du professionnel au sein du SSIAD (collaboration avec l'IDEC, tenue du dossier de soin des patients, contribution au relevé qui mentionne pour chaque personne bénéficiant de soins les périodes d'intervention du service, les prescriptions et les indications thérapeutiques qui ont motivé les interventions et leur nature). **Les IDEL sont perçus comme peu disponibles pour la coordination institutionnelle et autour de l'usager** (synthèse / sortie d'hospitalisation). L'exemple de leur participation aux réunions MSP, pôle de santé ou PTA est avancé comme un levier pour favoriser leur participation.
- Il est mentionné la nécessité de **mieux travailler avec les professionnels libéraux autour de la gestion de la liste d'attente** (constitution /priorisation, actualisation).
- Il est évoqué **la difficulté de leur collaboration avec les SSIAD**, quand les services disposent d'IDE salariés.
- Sur la question posée des choix d'organisation entre externalisation/internalisation de la compétence infirmière, **les positions des services sont partagés**. Le salariat est soutenu pour les prises en charge de patients PH avec la possibilité de recourir au secteur libéral en tant que de besoin. Le salariat est vu comme plus cher pour les SSIAD de petite taille. Le modèle mixte est proposé pour les SSIAD de plus grande taille, permettant une meilleure maîtrise des dépenses. Il répondrait davantage au libre choix de l'usager. La problématique soulevée est celle toutefois d'un raisonnement uniquement financier, qui ne prend pas en compte suffisamment les besoins du patient (SSIAD PH 35).
- En complément, les représentants des fédérations mettent en **avant que l'intégration des SSIAD dans le dispositif de régulation de l'offre globale en soins infirmiers est mal comprise par les services** (confirmation dans le cadre de l'avenant 6 Assurance maladie de 2019). Les possibilités de création ou d'extension de places de SSIAD sont directement liées à la densité des professionnels libéraux sur le territoire d'intervention des services en référence au zonage infirmier réalisé en 2009 et en 2012, qui doit être réactualisé en 2020. Par ailleurs, il est soulevé **une incompréhension persistante des IDE libéraux sur le fonctionnement des SSIAD notamment sur les notions de capacité autorisée et de prise en charge**. On note donc un vrai enjeu d'interconnaissance au bénéfice d'une meilleure coordination des soins à domicile et de construction des parcours.
- L'accent est mis sur le fait que les services **subissent à la revalorisation des actes infirmiers issue de la NGAP**, sans revalorisation de la dotation globale de soins qui est historique abondée chaque année du taux d'évolution. Les coûts de soins infirmiers sont élevés et peuvent intervenir dans les arbitrages rendus sur les admissions de patients.

COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX:

1/ Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

2/ Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

3/ Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

1/ Les partenaires du parcours

2/ Les partenaires IDEL et CSI

4/ Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile

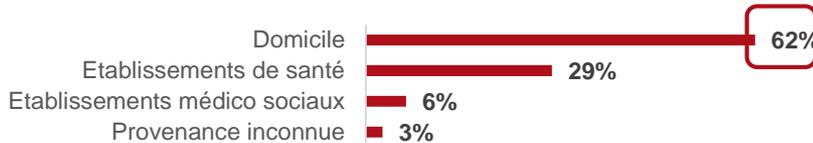
5/ Projets de rapprochement

6/ La communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

CARACTERISTIQUES DES FLUX DE PATIENTS PA PRIS EN CHARGE

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse de la provenance des personnes accompagnées PA pour l'ensemble des SSIAD



Analyse de la provenance des personnes accompagnées PA par taille de structure

	Domicile	Etablissements de santé	Etablissements médico sociaux	Provenance inconnue
SSIAD de petite taille	62%	29%	7%	2%
SSIAD de taille moyenne	61%	30%	7%	2%
SSIAD de grande taille	61%	30%	5%	4%

Analyse de la provenance des personnes accompagnées PA par département

	Domicile	Etablissements de santé	Etablissements médico sociaux	Provenance inconnue
Finistère	59%	33%	5%	3%
Morbihan	64%	26%	9%	2%
Côtes d'Armor	72%	18%	9%	1%
Ille et Vilaine	55%	37%	4%	4%

Analyse de la provenance des personnes accompagnées PA par type de gestionnaire

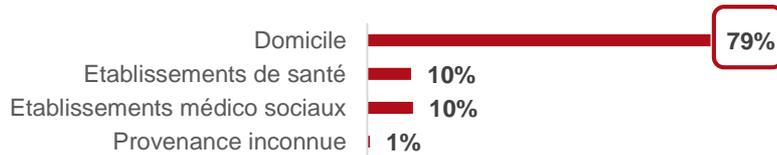
	Domicile	Etablissements de santé	Etablissements médico sociaux	Provenance inconnue
CCAS-CIAS	58%	29%	8%	4%
Mutuelle	53%	34%	9%	4%
Centre Hospitalier	58%	33%	8%	1%
EHPAD public autonome	82%	13%	1%	4%
Association	63%	29%	6%	2%

- **Les SSIAD interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées (6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF) et dans les petites unités de vie PA de moins de 25 places avec un GMP > 300 (modalité de médicalisation) Article II et III de l'article L. 313-12 II et III du CASF).**
- **62% des personnes âgées prises en charge par un SSIAD proviennent de leur domicile.** Pour près d'un tiers des patients, les services interviennent en sortie d'hospitalisation et seuls 6% sont orientés par un établissements médico-social. Le questionnaire n'apporte pas de précision sur les relais d'une HAD vers un SSIAD pour les entrées issues d'une orientation par un établissement de santé.
- **La capacité d'accueil des SSIAD n'influe pas sur la provenance des patients pris en charge,** les proportions relevées sont effectivement presque identiques quelle que soit la taille du service.
- **Des différences sur les motifs de provenance apparaissent entre départements.** Les personnes issues du domicile sont plus importantes dans les Côtes d'Armor que dans les trois autres départements, l'Ille et Vilaine et le Finistère enregistrant plus d'un tiers d'admission en suite d'hospitalisation.
- Il est à noter la proportion très majoritaire des usagers pris en charge à partir du domicile pour les services rattachés à un EHPAD public autonome, avec des entrées depuis l'hôpital plus marquées pour les SSIAD hospitaliers (filiale d'aval) et rattachées à des mutuelles.

CARACTERISTIQUES DES FLUX DE PATIENTS PH PRIS EN CHARGE

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse de la provenance des personnes accompagnées PH pour l'ensemble des SSIAD



Analyse de la provenance des personnes accompagnées PH par taille de structure

	Domicile	Etablissements de santé	Etablissements médico sociaux	Provenance inconnue
SSIAD de petite taille	82%	6%	12%	0%
SSIAD de taille moyenne	72%	18%	9%	2%
SSIAD de grande taille	79%	13%	8%	0%

Analyse de la provenance des personnes accompagnées PH par département

	Domicile	Etablissements de santé	Etablissements médico sociaux	Provenance inconnue
Finistère	68%	15%	16%	2%
Morbihan	84%	12%	5%	0%
Côtes d'Armor	73%	3%	24%	0%
Ille et Vilaine	88%	10%	3%	0%

Analyse de la provenance des personnes accompagnées PH par type de gestionnaire

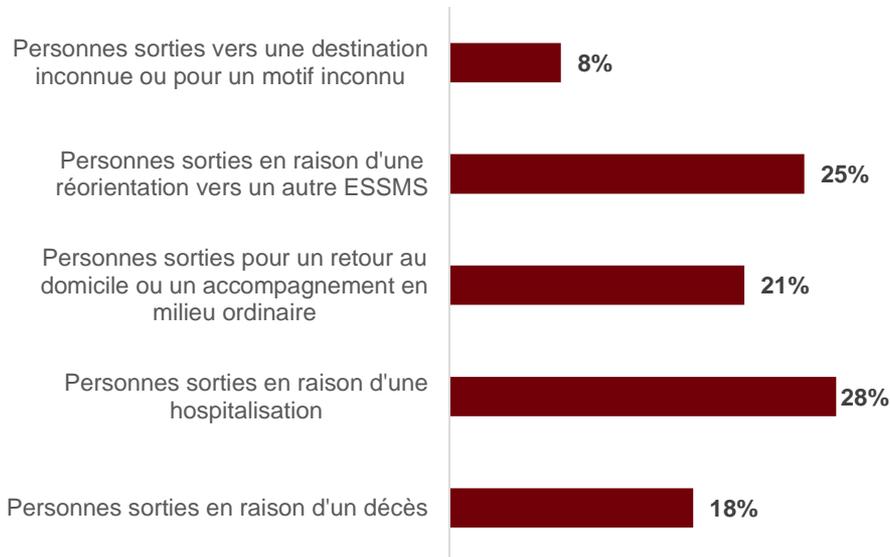
	Domicile	Etablissements de santé	Etablissements médico sociaux	Provenance inconnue
CCAS-CIAS	63%	4%	33%	0%
Mutuelle	82%	16%	3%	0%
Centre Hospitalier	91%	9%	0%	0%
EHPAD public autonome	50%	0%	50%	0%
Association	80%	12%	8%	1%

- Les personnes handicapées sont plus nombreuses que les personnes âgées à être prises en charge directement à partir de leur domicile (79%). L'intervention d'un SSIAD en sortie d'hospitalisation ne représente que 10% des orientations à l'entrée.
- La taille des services ne constitue pas non plus un critère différenciant en ce qui concerne les personnes handicapées, la répartition des personnes accompagnées restant sensiblement similaire.
- L'implantation géographique du service est en revanche ici encore déterminante. En Ille et Vilaine, 88% des patients PH proviennent du domicile, contre 68% dans le Finistère étant précisé que le domicile peut correspondre à un établissement non médicalisé.
- Les SSIAD rattachés à un EHPAD public autonome présentent une atypicité admettant à 50% des patients PH à partir du domicile et dans une même proportion des patients en relais d'établissements médico-sociaux.

CARACTERISTIQUES DES FLUX DE PATIENTS PA/PH PRIS EN CHARGE

Source : Données issues du tableau de bord de la performance

Analyse de la répartition des personnes sorties en 2017



- **L'orientation vers un autre ESSMS ou vers un centre hospitalier constitue 53% des motifs de sortie enregistrés au cours de l'année 2017.** Le tableau de bord de la performance ne permet pas de distinguer les orientations en fin de prise en charge selon le public.
- Le niveau de sortie vers l'hôpital intervient en cas de dégradation de l'état de santé du patient ou pour nouvelles admissions après un séjour hospitalier. Ce constat montre l'intérêt du travail des services avec la filière gériatrique pour les PA et avec les services hospitaliers pour les PH, **afin d'accompagner et sécuriser les sorties d'hospitalisation, éviter les ré hospitalisations et faciliter l'accès direct à certains services.**
- La proportion de personnes sorties en raison d'un retour à domicile ou d'un accompagnement en milieu ordinaire s'élève à 21% qui montre le positionnement de retour accompagné à domicile en aval d'hospitalisation, 18% des sorties sont enfin dues à un décès.
- **La déclinaison par département montre une relative homogénéité au sein de la région Bretagne.** Le critère territorial ne semble pas appuyer de différenciation réelle des motifs et destinations de sortie. A noter toutefois le poids plus marqué des orientations vers l'hôpital dans le Morbihan et en Ille et Vilaine pour près/plus d'un tiers.

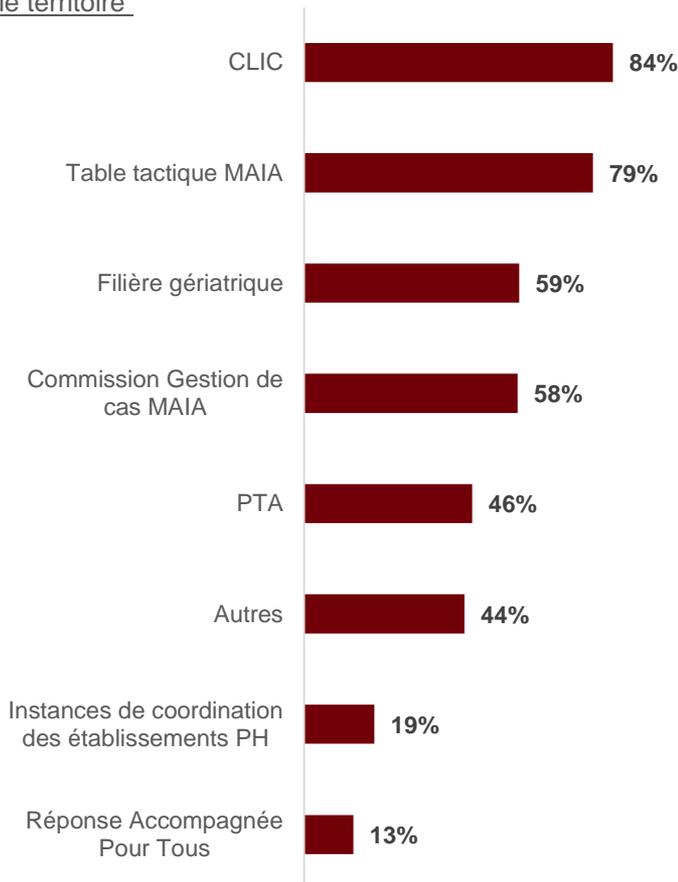
Analyse de la répartition des personnes sorties en 2017 par département

	Décès	Hospitalisation	Retour au domicile ou acc. en milieu ordinaire	Réorientation vers un autre ESSMS	Motif ou destination inconnu(e)
Finistère	21%	26%	17%	26%	10%
Morbihan	20%	30%	17%	29%	4%
Côtes-d'Armor	26%	22%	18%	28%	7%
Ille-et-Vilaine	19%	35%	17%	24%	5%

INTEGRATION DES SSIAD DANS LES DISPOSITIFS DE COORDINATION ET D'INTEGRATION

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse de la participation à des démarches relatives à la structuration des parcours sur le territoire



- Les instances de la coordination territoriale se développent. Elles permettent la structuration de l'offre par l'organisation de temps d'échange et d'intégration des différents acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement.
- **Les CLIC et les MAIA sont les deux dispositifs de coordination mis en avant par les SSIAD interrogés**, pour plus de trois quart d'entre eux. Les CLIC sont bien installés sur les territoires et constituent une porte d'entrée bien repérée pour les personnes âgées. Ils sont considérés comme de véritables acteurs facilitateurs dans l'organisation des parcours partenaires/usagers. **S'agissant des MAIA, il est souligné que les SSIAD sont intégrés à la table tactique en tant que gestionnaire et non comme acteur de soin et de coordination, ce qui ne facilite pas leur lisibilité.** La problématique non seulement de la temporalité des interventions de la MAIA et des critères mêmes d'intervention est évoquée pour la gestion de cas mais également de la disponibilité des solutions pour des situations difficiles auxquelles les services sont confrontés. Une « lassitude » à interpeller est avancée.
- **Les liens avec la filière gériatrique sont également cités par les services pour plus de 50%.**
- Le niveau de maturité des dispositifs territoriaux est directement questionné par les SSIAD, indépendamment du label donné. Les besoins d'interconnaissance des acteurs sur un territoire donné sont centraux. Il ressort de l'enquête et du groupe de travail avec les fédérations que les SSIAD sont directement impliqués dans la construction de ces dispositifs mais que ceux-ci sont à la fois **trop nombreux et mal identifiés** (décryptage à faire « du qui fait quoi »). Le rapprochement des MAIA et PTA permettrait notamment selon eux une meilleure lisibilité.
- De manière plus générale, **la prise en compte de la gestion des situations complexes gagnerait à s'ancrer dans une logique territoriale incluant l'ensemble des acteurs concernés.** La capacité des SSIAD à orienter positivement les personnes prise en charge dépend directement de cet enjeu de structuration des parcours et de l'interconnaissance entre les acteurs du territoire.

LE CONTEXTE EXPRIMÉ PAR LES ACTEURS DU HANDICAP

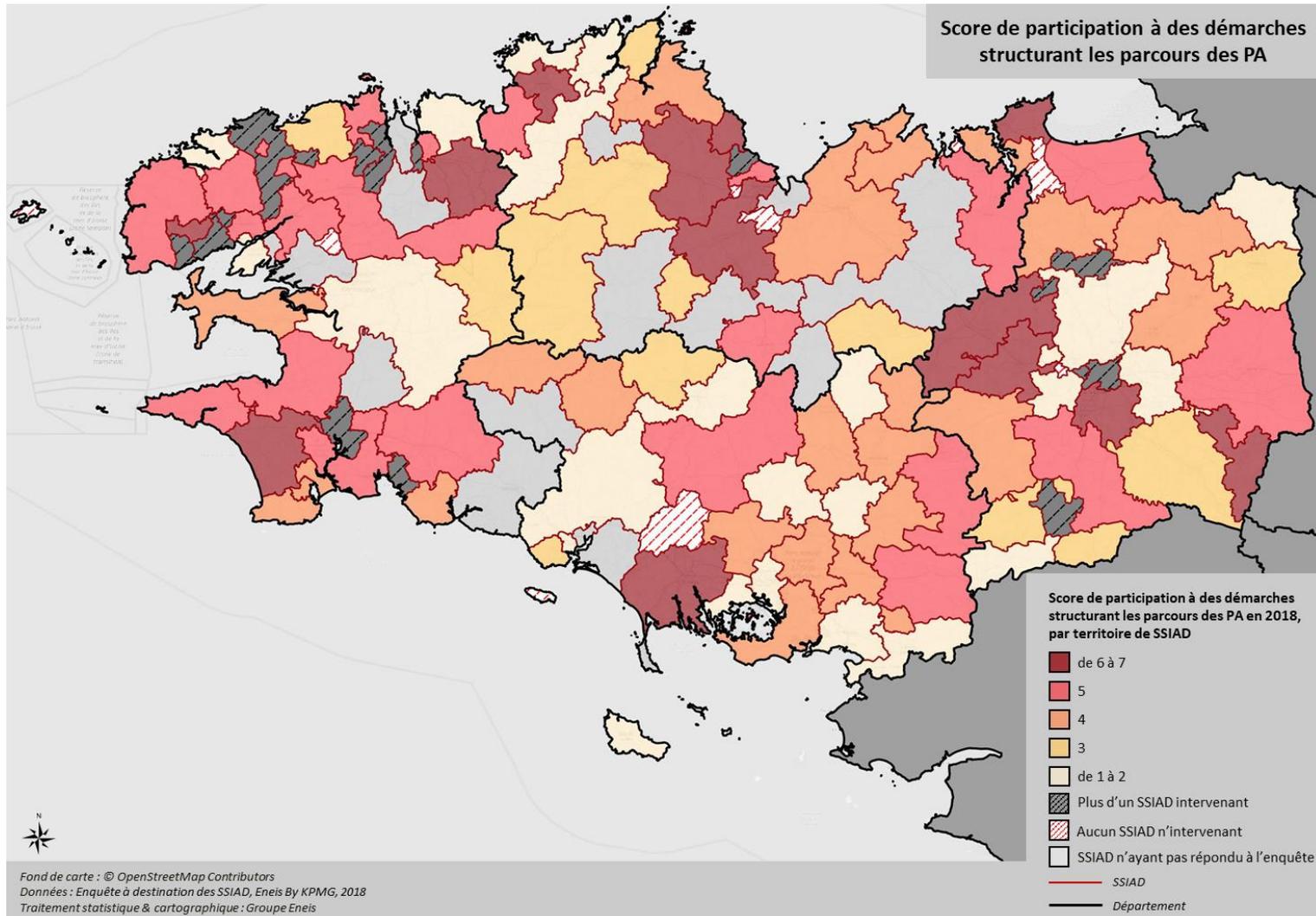
Sur la construction de parcours :

- Les acteurs PH interrogés disposent d'un bon niveau de maturité sur la question du parcours. De manière critique, certains acteurs mentionnent que l'insistance des financeurs sur le concept de parcours vise à masquer l'absence de réflexion de fonds sur le modèle économique du secteur.
- Les acteurs décrivent que le manque de places en SSIAD **se cumule avec la difficulté à trouver des places en établissement pour des personnes nécessitant des soins lourds** (trachéotomie, ventilation...). Leur prise en charge est également complexe à l'hôpital, où les services de réanimation sont parfois les seuls à disposer du matériel nécessaire au suivi.
- Enfin, les acteurs insistent sur le fait que **toute réorganisation nouvelle ou offre innovante doit s'inscrire dans le parcours de vie des personnes prises en charge**. Le concept de parcours s'entend à plusieurs échelles : à l'échelle de la journée (continuité de service) comme sur plusieurs années en prenant en compte le vieillissement.

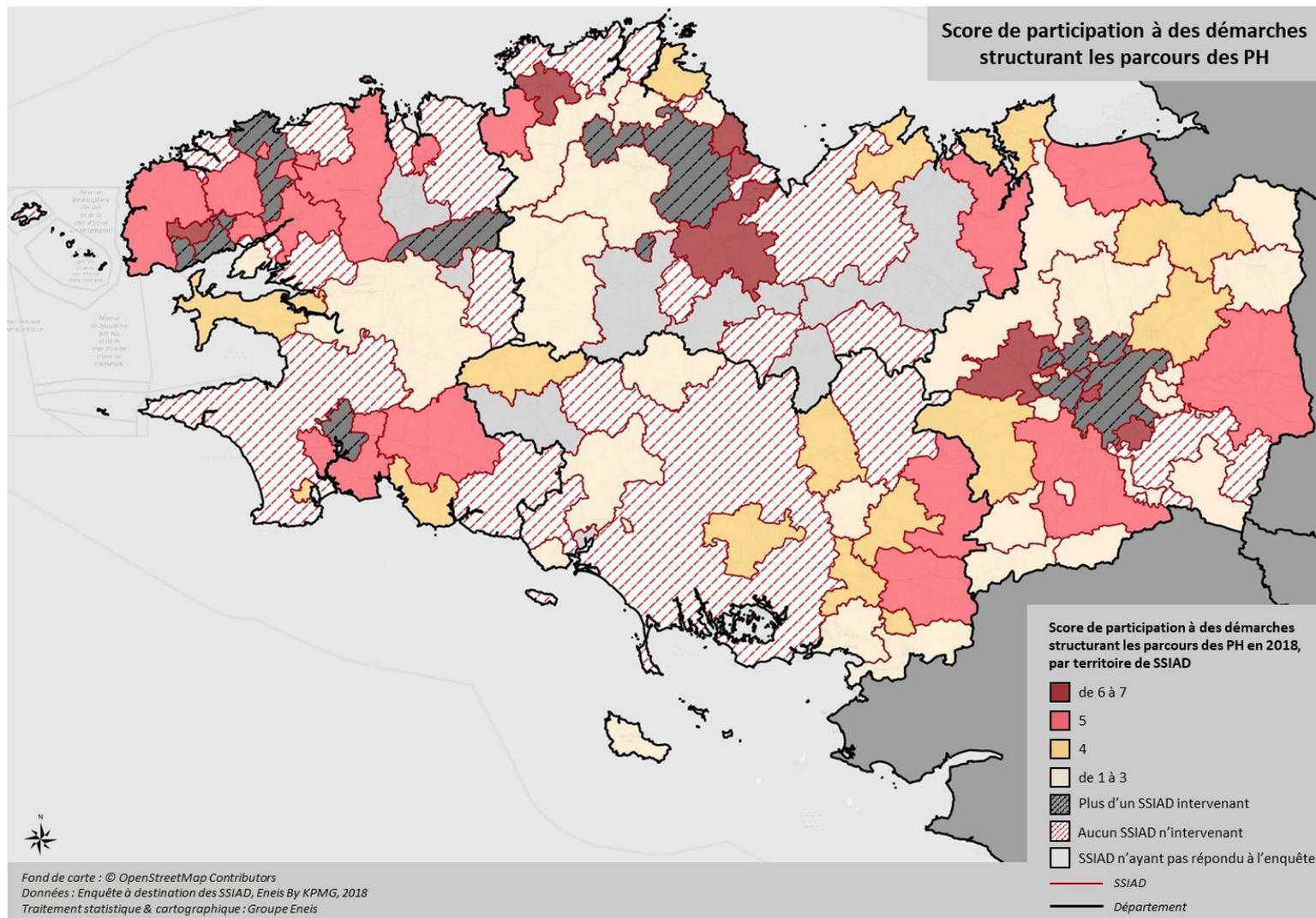
FOCUS SUR LES LIENS ENTRE LES SSIAD ET LA FILIERE GERIATRIQUE ET L'HOPITAL

- La région compte 19 filières gériatriques hospitalières, **qui se structurent progressivement dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.**
- Des échanges avec les représentants des fédérations notamment la FHF, il ressort que ces filières de soins se sont aujourd'hui déployées autour de la consolidation du segment sanitaire. La culture médico-sociale reste mal ou peu identifiée par les hôpitaux. Ce problème d'acculturation et de retard des pratiques obligent aujourd'hui à mettre en place des actions de rattrapage. Un travail doit être mené avec les ESMS et notamment les SSIAD qui est-il souligné, interviennent en amont de l'hôpital, en aval de l'hôpital mais également en marge pour des patients stabilisés pour lesquels la coordination des prises en charge est nécessaire. La coordination ville-hôpital doit être renforcée, avec l'appui des médecins traitants.
- Les enjeux pour l'hôpital consistent en une meilleure connaissance et reconnaissance des services participant du maintien à domicile et en une meilleure identification des services intervenant auprès des patients hospitalisés de manière à anticiper les sorties et organiser dans de bonnes conditions les relais.
- La qualité de la collaboration SSIAD/hôpital est aujourd'hui dépendante du service hospitalier orienteur, des outils de transmissions utilisés et de la qualité des informations renseignées qui ne sont pas exhaustives.
- Des travaux sur la formalisation d'une fiche de liaison ont pu être engagés, sans véritables effets. Les difficultés sont récurrentes et la fiche de liaison est vécue par des services comme une « arlésienne ». La fiche de retour serait uniquement remise au patient, à charge pour ce dernier de le remettre au service.
- Un SSIAD des Côtes d'Armor a insisté sur le rôle de l'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière en fonctionnement au CH de proximité, pour fluidifier les sorties et faire le lien avec le service. Une convention a été signée avec l'hôpital pour organiser ces sorties (protocoles pour des retours à domicile le vendredi et fiche de liaison en cas d'hospitalisation), qui fonctionne.
- Il est souligné le rôle du SSIAD dans la gestion des situations de crise, en ce qu'il participe à éviter les situations d'urgence à l'hôpital.

CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DE LA PARTICIPATION DES SSIAD AUX DÉMARCHES DE STRUCTURATION DES PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES PAR TERRITOIRE DE SSIAD



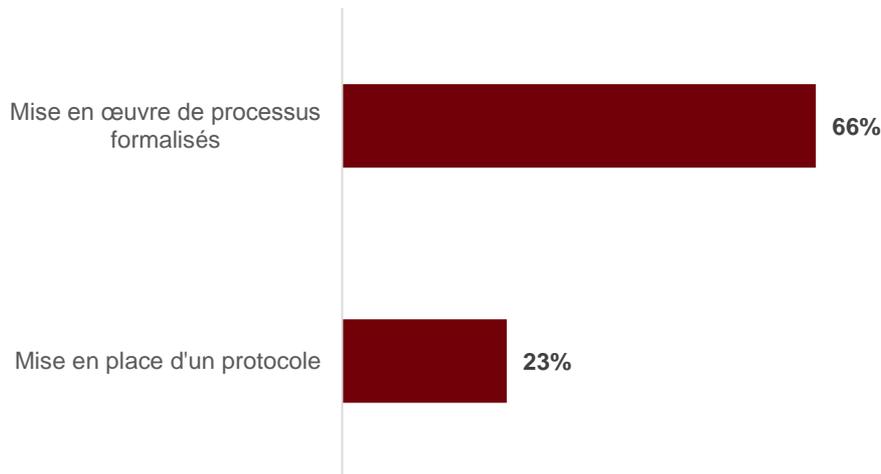
CARTOGRAPHIE RÉGIONALE DE LA PARTICIPATION DES SSIAD AUX DÉMARCHES DE STRUCTURATION DES PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PAR TERRITOIRE DE SSIAD



MODALITES DE GESTION DES SORTIES

Source : Données issues de l'enquête en ligne.

Analyse des processus de gestion des sorties provisoires ou des hospitalisations



- **66% des SSIAD interrogés ont mis en œuvre des processus formalisés** et 23% intègrent à leur organisation des protocoles, soit un total 90%.
- Les sorties provisoires liées par exemple à des séjours de répit ou des vacances et les hospitalisations ont un impact direct sur les taux d'occupation. Il s'agit pour autant d'assurer une continuité des soins pour la personne et une continuité de l'activité du service. **L'hospitalisation d'une personne entraîne normalement la fin de prise en charge par le service.** Il peut cependant conserver la place en fonction de la durée d'hospitalisation que la structure doit évaluer avec l'établissement de santé.

- **Hospitalisation de courte durée** : conservation de la place (délai raisonnable de 21 jours (cf recueil commenté SSIAD))
- **Hospitalisation de longue durée**: fin de prise en charge avec inscription sur liste d'attente avec une priorité d'admission

COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX:

1/ Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

2/ Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

3/ Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

1/ Les partenaires du parcours

2/ Les partenaires IDEL et CSI

4/ Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile

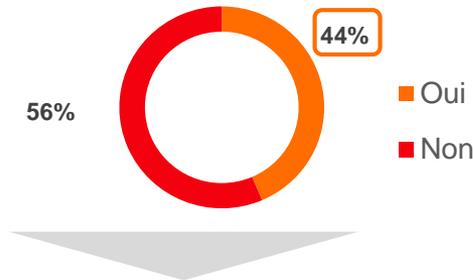
5/ Projets de rapprochement

6/ Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

DEMARCHES DE COOPERATION (REGROUPEMENT, MUTUALISATION, FUSION)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

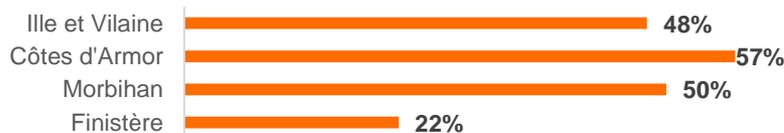
Part des structures interrogées envisageant un projet de rapprochement



Part des structures interrogées envisageant un projet de rapprochement par taille de structure



Part des structures interrogées envisageant un projet de rapprochement par département



Part des structures interrogées envisageant un projet de rapprochement par type de gestionnaire

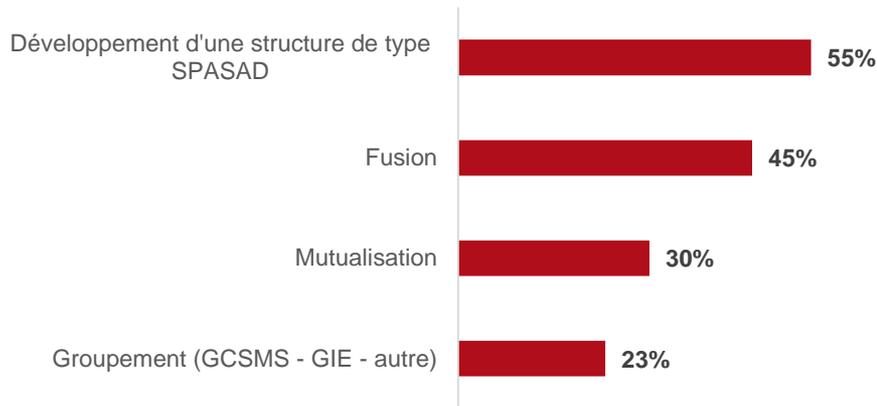


- **44% des SSIAD répondants envisagent un projet de rapprochement inter-SSIAD ou avec d'autres partenaires à la date de saisie du questionnaire (déclaration d'intention qui supposerait des investigations supplémentaires sur le stade de maturation du projet).**
- La majorité des SSIAD a indiqué ne pas envisager de se tourner vers un mode de rapprochement avec d'autres structures du même type, mais **la part de SSIAD indiquant cette possibilité apparaît néanmoins conséquente.**
- La taille des structures **n'est pas un facteur déterminant** de la volonté des SSIAD interrogés de développer une organisation commune avec d'autres structures.
- Les départements des Côtes d'Armor, du Morbihan et d'Ille et Vilaine présentent tous **une proportion supérieure** (plus de deux fois) à celui du Finistère, pour un nombre de structures équivalent.
- Parmi le peu de CCAS-CIAS gestionnaires ayant répondu à l'enquête, **seuls 23% ont indiqué envisager un rapprochement inter-SSIAD**, soit en moyenne deux fois moins que les autres types de gestionnaires.

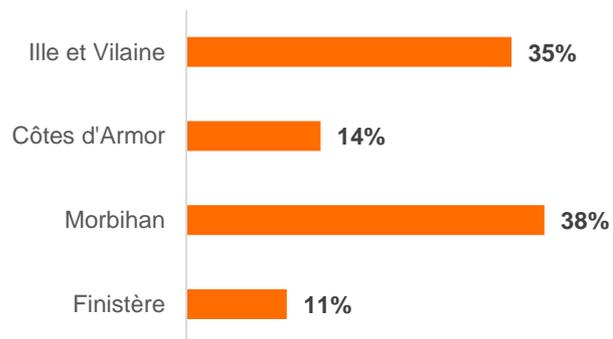
DEMARCHES DE COOPERATION (REGROUPEMENT, MUTUALISATION, FUSION)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de la nature du regroupement considéré



Part des structures envisageant le développement d'une structure de type SPASAD par département

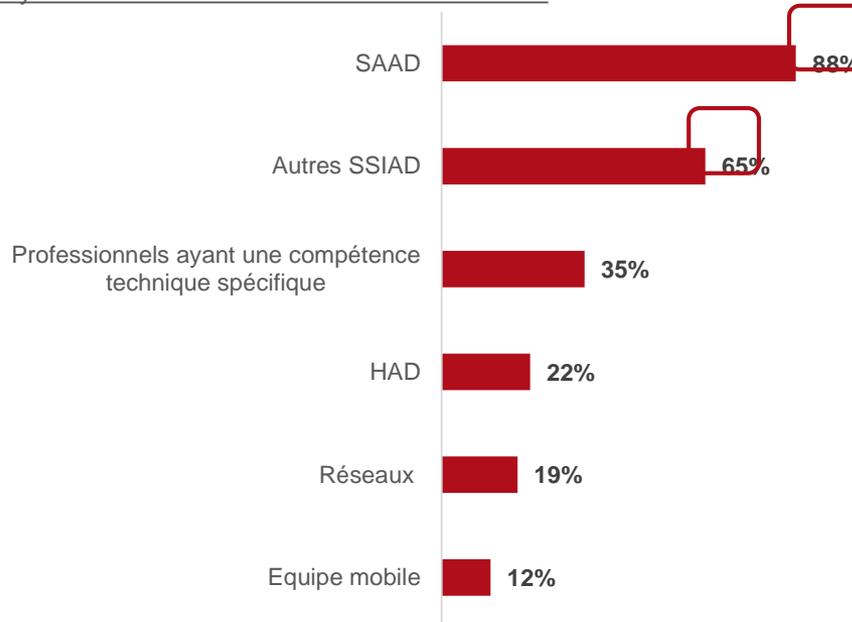


- **Les structures interrogées privilégient à 55% le développement d'une structure de type SPASAD.**
- La fusion est également un mode de regroupement privilégié des SSIAD, puisque 45% d'entre eux envisagent cette possibilité. Près d'un tiers des services mettent en avant une volonté de mutualisation qui peut intervenir sur du partage de personnel d'intervention, sur de l'organisation de fonctions support (qualité, recrutement, paie) et des politiques d'achat. Le choix d'un mode de rapprochement montre néanmoins **une incertitude pour certains services**, plus de la moitié d'entre eux ayant indiqué plusieurs options.
- Sur cette question des coopérations, pour le réseau ADMR, l'enjeu est de stabiliser des SSIAD pertinents indépendamment de la taille sur leur territoire éventuellement soutenus par un réseau ou un établissement de santé et qui rendent un service de qualité à la population de ce territoire.
- **La localisation des structures influe largement sur leur volonté à se regrouper en SPASAD.** Sur l'ensemble des structures interrogées par département, plus d'un tiers des SSIAD du Morbihan (38%) et d'Ille et Vilaine (35%) **indique envisager le développement d'une structure de type SPASAD.**
- Cette proportion est **très nettement inférieure au sein des départements des Côtes d'Armor et du Finistère**, où respectivement 14% et 11% des structures envisagent de former une structure sous forme de SPASAD.

DEMARCHES DE COOPERATION (REGROUPEMENT, MUTUALISATION, FUSION)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des acteurs mobilisés dans la démarche



- **88% des structures déclarent envisager un projet de rapprochement avec un SAAD.** Ils sont 65% à l'envisager avec d'autres SSIAD. Ces choix correspondent à la fois à **une logique de diversification de l'offre vers l'aide à domicile** (accompagnant les organisations en mode SPASAD par la recherche d'une meilleure coordination) et à **une dynamique de fusion des SSIAD** et de recherche d'efficacité.
- **Des collaborations avec des professionnels disposant de compétences spécifiques** de type ergothérapeute, psychologue, référent qualité et autres **sont avancées par plus d'un tiers des services** et interrogent à la fois les compétences à intégrer aux équipes pour assurer une prise en charge adaptée des patients mais également les compétences nécessaires à l'appui du développement des démarches qualité. Le questionnaire ne nous apporte pas de précisions. **Par ailleurs, la notion de rapprochement peut être entendue comme un simple partenariat comme pour l'HAD, l'équipe mobile et le réseau.**

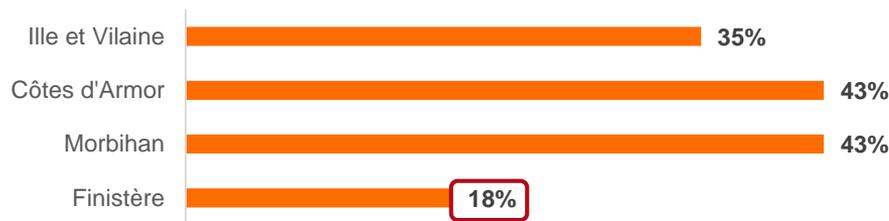
DEMARCHES DE COOPERATION (REGROUPEMENT, MUTUALISATION, FUSION)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

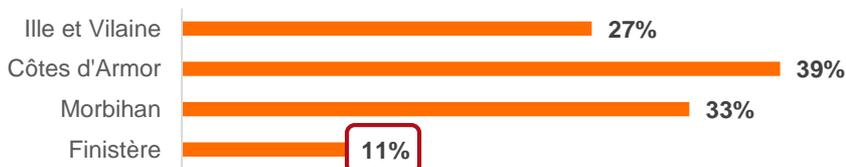
Analyse de la part des structures envisageant des rapprochements avec d'autres acteurs par taille de service

	Autres SSIAD	SAAD	HAD	Equipe mobile	Réseaux	Professionnels ayant une compétence technique spécifique
SSIAD de petite taille	25%	35%	6%	3%	4%	10%
SSIAD de taille moyenne	28%	28%	12%	4%	12%	16%
SSIAD de grande taille	36%	36%	0%	9%	0%	9%

Analyse de la part des structures envisageant des rapprochements avec des SAAD par département



Analyse de la part des structures envisageant des rapprochements avec d'autres SSIAD par département



- **Les SSIAD de grande taille sont proportionnellement plus nombreux à envisager des rapprochements avec d'autres SSIAD (36%),** contre 25% contre les SSIAD de petite taille. Le constat est plus nuancé en ce qui concerne les partenariats avec les SAAD, puisque on observe un point de différence entre les services de moins de 60 places(35%) et ceux de plus de 120 places (36%). **Les autres types d'acteurs (HAD, équipe mobile, réseaux, professionnels ayant une compétence technique) font l'objet d'un moindre intérêt de la part des SSIAD de grande taille** relativement au structures de moins de 120 places.
- **La proportion de structures mobilisant d'autres SSIAD ou des SAAD dans leurs projets de rapprochement est inférieure dans le département du Finistère.** Elle s'élève à 18% du fait d'une démarche de transformation déjà effectuée au préalable sur le territoire.
- L'Ile et Vilaine, les Côtes d'Armor et le Morbihan présentent un taux de mobilisation des SAAD (*sur l'ensemble des structures par département*) **supérieur de deux fois ou plus à celui du Finistère.** Le différentiel est encore plus important lorsqu'on s'intéresse aux rapprochements impliquant d'autres SSIAD.

FOCUS SUR LA NOTION DE SSIAD EFFICIENT

A l'occasion des entretiens, l'attention des services et des fédérations a été appelée sur **la notion de SSIAD efficient** tenant compte notamment de la taille moyenne des services et de la capacité de référence, prise en compte dans les différents appels à candidatures lancés par l'ARS pour répondre (SSIAD de 60 places).

L'efficacité des services ne peut être réduite à **la seule référence capacitaire**, il convient de prendre en compte pour les fédérations notamment l'UNA, la FHF et le réseau ADMR **la diversité des contextes territoriaux** pour la mesurer (critères pluri-factuels). L'environnement dans lequel s'inscrit le service est un critère essentiel :

- SPASAD ou SSIAD isolé ;
- adossement à un EHPAD ou non ;
- coopérations de proximité ;
- caractéristiques du territoire d'implantation (urbain, rural, semi-urbain) et démographie des professionnels de santé ;
- rattachement gestionnaire avec possibilités de mutualisation des charges communes et activités gérées.

COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX:

1/ Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

2/ Emergence des besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

3/ Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

1/ Les partenaires du parcours

2/ Les partenaires IDEL et CSI

4/ Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile

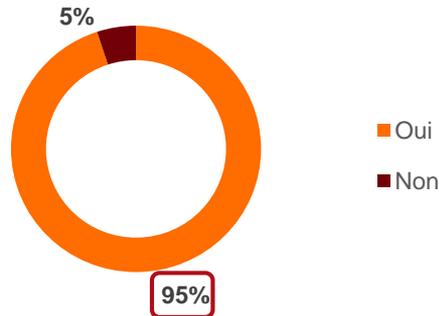
5/ Projets de rapprochement

6/ Communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

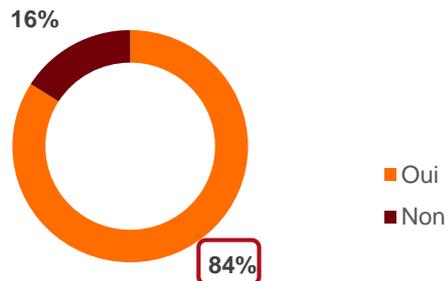
COMMUNICATION DES SSIAD

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Part des structures ayant mis en place une communication à destination des usagers



Part des structures ayant mis en place une communication à destination des professionnels



- **95% des services interrogés déclarent développer une communication à destination des usagers.**
- Le questionnaire ne sollicitait pas de précision sur les outils utilisés étant précisé que les services sont tenus au titre du respect des droits des usagers, de formaliser un livret d'accueil auquel est annexé le règlement de fonctionnement de la structure. Le tableau de bord de la performance fait état de l'existence d'un livret d'accueil dans 98% des services sur 90 répondants, qui peut faire l'objet d'une diffusion auprès des usagers en dehors de toute prise en charge. Les enjeux de communication à destination des usagers incluent aujourd'hui une lisibilité sur les prestations et leur adéquation aux besoins mais également une prise de conscience du coût réel du maintien à domicile. Le rapport LIBAULT met l'accent sur la nécessité de communiquer aux personnes âgées en perte d'autonomie le coût complet de leur accompagnement, pour les SSIAD et leur dotation par place financée par l'assurance maladie une fois par an, pour faire apparaître la prise en charge par la solidarité nationale.
- **84% des services interrogés ont développé une communication à destination des professionnels.** Elle répond à un besoin d'interconnaissance des cadres d'exercice professionnel et de collaboration sur les prises en charge.
- Des services lors des échanges mettent en avant que le SSIAD n'est en effet pas connu du grand public et des médecins du fait notamment de son intervention à domicile avec un statut soignant salarié. La communication est nécessaire et la lisibilité du service demande du temps et un vrai travail de pédagogie auprès des partenaires.

COMMUNICATION DES SSIAD

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des modalités de communication à destination des professionnels



- **Les supports de communication à destination des professionnels sont variés.** Les services privilégient la diffusion de plaquettes de présentation sur le territoire et l'organisation de rencontres. Ces deux vecteurs viennent répondre à un besoin d'explicitier le travail effectué et de reconnaître les spécificités du métier auprès des partenaires autant qu'à un besoin de collaboration sur les prises en charge.
- La participation à des colloques et à des manifestations engage également une logique d'échanges et de prise de conscience réciproques entre les participants, permettant une présentation des missions et des attentes des uns et des autres. 64% des services interrogés diffusent également des informations à travers un site internet dédié. **L'outil numérique permet plus généralement de faciliter la prise de contact avec les professionnels et constitue un relais efficace des actions portées par les SSIAD.**

PARTIE IV : QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT



SOMMAIRE DU RAPPORT

AVANT-PROPOS

MÉTHODOLOGIE

CALENDRIER DE LA DÉMARCHE

COMPOSITION ET OBJECTIFS DU COMITÉ TECHNIQUE

SOURCES DES DONNÉES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE

SYNTHÈSE GLOBALE DE L'ÉTUDE SSIAD

I PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DES SSIAD DE LA REGION

II EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

III COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX

IV QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT

V CAHIER DES ANNEXES

QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT:

1/ Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins

2/ Prévention et gestion des risques

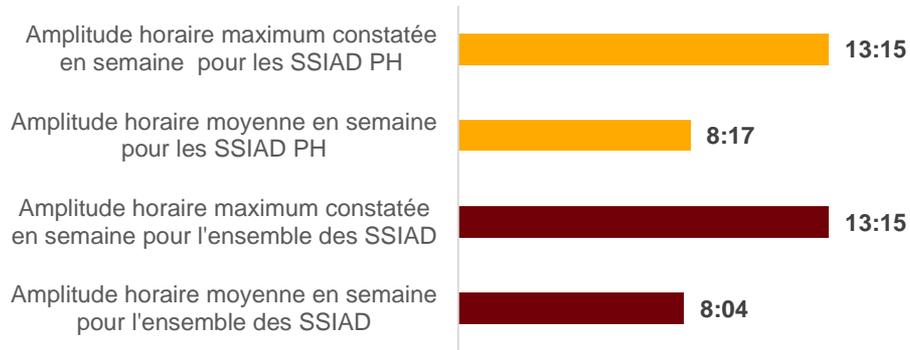
3/ Formalisation des protocoles

4/ Aide aux aidants

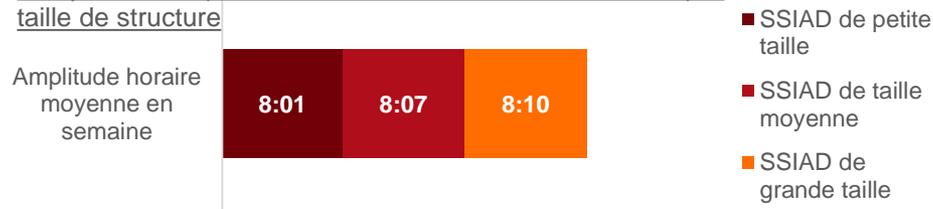
L'OUVERTURE DES SERVICES (1/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

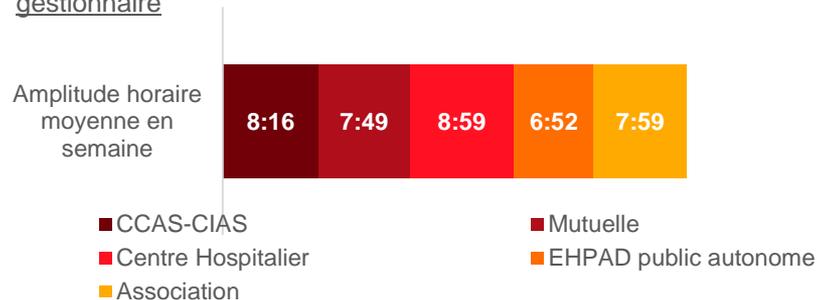
Analyse de l'amplitude horaire des services en semaine



Analyse de l'amplitude horaire des services en semaine par taille de structure



Analyse de l'amplitude horaire des services par type de gestionnaire



- Les SSIAD interviennent en principe tous les jours de l'année, en organisant la continuité directement ou avec l'appui de partenaires. **Les SSIAD répondants ont tous indiqué des horaires d'ouverture la semaine et le week-end**, et semblent ainsi intervenir tous les jours. L'amplitude horaire moyenne constatée pour les SSIAD PH tend à être légèrement plus élevée que la moyenne de l'ensemble des SSIAD de la région, pour un différentiel néanmoins limité à 13 minutes quotidiennes.
- **L'amplitude horaire moyenne de l'activité des services en semaine est de 8 heures quotidiennes. Elle est relativement stable entre les services de la région.** La différence entre SSIAD de grande taille, de taille moyenne et de petite taille est marginale, elle n'excède pas 9 minutes quotidiennes. Le maximum constaté en semaine est de 13 heures et quinze minutes. Néanmoins, **les cycles de travail et la structuration des horaires d'intervention doivent être complétés par l'analyse du nombre de professionnels intervenant sur la même plage horaire et du nombre d'utilisateurs par tournée.**
- **Le type de gestionnaire influe de manière plus importante sur l'amplitude horaire constatée en semaine, en cela que de ce critère dépendent des choix de fonctionnement divergents.** Les SSIAD dépendants d'EHPAD sont ceux qui présentent l'amplitude horaire la moins importante, qui s'élève à 6 heures 52 minutes, alors que ceux rattachés à un centre hospitalier présentent en moyenne une amplitude quotidienne de 9 heures.



L'OUVERTURE DES SERVICES (2/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Tableau de synthèse de la moyenne des horaires d'ouverture et de fermeture des SSIAD en semaine	
Moyenne de l'heure d'ouverture le matin en semaine	7:34
Moyenne de l'heure d'ouverture l'après-midi en semaine	16:07
Moyenne de l'heure de fermeture le matin en semaine	12:23
Moyenne de l'heure de fermeture le soir en semaine	19:38

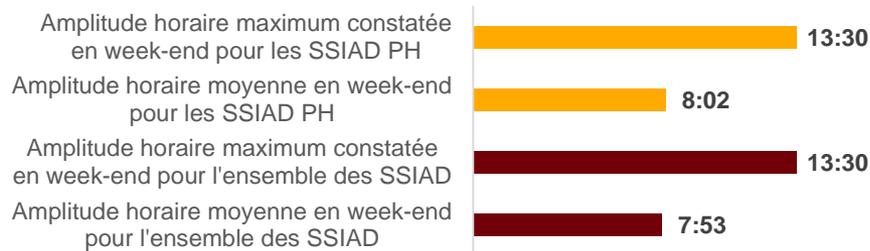
Analyse de l'adaptation horaire des services en semaine	
Part des services intervenant avant 7:30	20%
Part des services intervenant durant les plages intermédiaires (Entre 12:30 et 14:00)	12%
Part des services intervenant jusqu'à 20:00	39%
Part des services intervenant après 20:00	10%

- **Les services ouvrent en moyenne à 7h34 en semaine et terminent la matinée peu avant 12h30.** L'heure moyen d'ouverture l'après-midi, 16:07, dénote du faible nombre de services ouverts sur les plages horaires intermédiaires (12%) en semaine. Lors des entretiens, certains services ont néanmoins indiqué avoir mis en place des tournées spécifiques en début d'après-midi dédiées à un accompagnement tourné vers des activités de relaxation, très appréciées par les patients, tels que les shampoings ou les bains de pied. La moyenne de l'heure de fermeture des SSIAD le soir est à 19:38.
- **L'analyse de l'adaptation horaire des services en semaine fait également ressortir un effort plus marqué des services le soir.** Au total, 49% des services interviennent jusqu'à 20h ou au-delà, contre 20% avant 7h30 et 12% entre 12h30 et 14h00.
- L'organisation des tournées, des cycles de tournées et des cycles de travail participent de l'optimisation du fonctionnement des services et de l'organisation du travail. L'hétérogénéité des amplitudes horaires observées nécessite une démarche de mise à plat plus approfondie autour des modes d'organisation en vue d'établir des bonnes pratiques de gestion des tournées étant néanmoins relevé par l'UNA que l'équilibre entre continuité de service, intervention tardive et qualité de vie au travail, dans le contexte de tension des emplois actuels, suppose de la part des services des investissements de temps importants en matière de recherche-action qui dépasse le cadre des seules bonnes pratiques. L'amplitude horaire peut être observée au regard des questions sur l'organisation des cycles de travail et de la qualité de vie des professionnels.

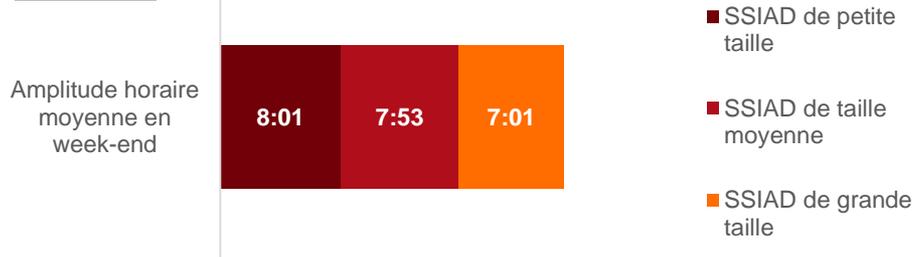
L'OUVERTURE DES SERVICES (3/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

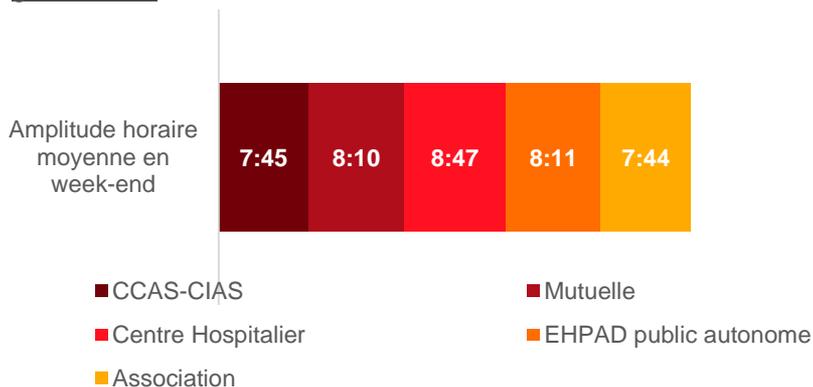
Analyse de l'amplitude horaire des services en week-end



Analyse de l'amplitude horaire des services le WE par taille de structure



Analyse de l'amplitude horaire des services par type de gestionnaire



- **L'amplitude quotidienne moyenne des services le WE est de presque 8 heures, similaire à celle observée la semaine.** Elle dépend de manière plus nette de la taille des SSIAD. **On constate en effet une heure de différence entre les services de plus de 120 places et ceux de moins de 60 places qui pourrait s'expliquer par les temps de déplacement.** Les SSIAD PH présentent là encore une tendance à intervenir sur des plages horaires plus étendues, mais pour un différentiel restreint, atteignant 9 minutes par jour.
- **En revanche, l'amplitude horaire entre types de gestionnaires est beaucoup plus rapprochée, la différence maximale constatée n'excède pas une heure.** Les SSIAD associatifs ont une amplitude moyenne de 7h45 minutes alors que les services dépendants d'un centre hospitalier présentent là encore l'amplitude la plus importante, culminant à 8h47 minutes quotidiennes.

L'OUVERTURE DES SERVICES (4/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse de l'adaptation horaire des services	
Part des services intervenant avant 7:30	26%
Part des services intervenant durant les plages intermédiaires	4%
Part des services intervenant jusqu'à 20:00	42%
Part des services intervenant après 20:00	11%

Analyse de l'adaptation horaire des services par type de gestionnaire

	CCAS-CIAS	Mutuelle	Centre Hospitalier	EHPAD public autonome	Association
Part des services intervenant avant 7:30	21%	29%	27%	25%	25%
Part des services intervenant durant les plages intermédiaires	0%	0%	0%	0%	6%
Part des services intervenant jusqu'à 20:00	29%	57%	53%	25%	40%
Part des services intervenant après 20:00	7%	14%	13%	0%	11%

Analyse de l'adaptation horaire des services par taille de service

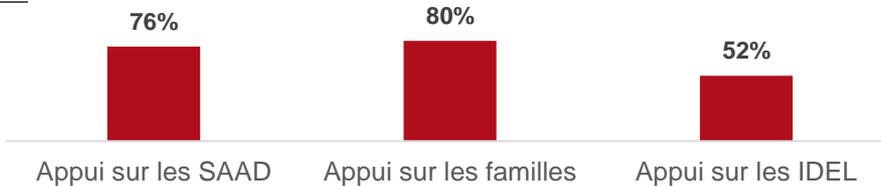
	SSIAD de petite taille	SSIAD de taille moyenne	SSIAD de grande taille
Part des services intervenant avant 7:30	29%	16%	18%
Part des services intervenant durant les plages intermédiaires	4%	4%	0%
Part des services intervenant jusqu'à 20:00	38%	40%	55%
Part des services intervenant après 20:00	13%	4%	9%

- L'analyse de l'adaptation horaire des services dénote d'une adaptation supplémentaire le soir par rapport au matin. Au total, ce sont 52% des services qui interviennent jusqu'à 20h00 ou au-delà, contre 26% avant 7h30 et 4% sur les plages intermédiaires. **Mis à part sur le créneau compris entre 12h30 et 14h00, les SSIAD interviennent sur des horaires plus élargis le week-end.**
- **Le type de gestionnaire influence principalement l'adaptation des horaires en soirée.** On constate un écart important entre les SSIAD rattachés à une mutuelle ou à un centre hospitalier, qui sont respectivement 57% et 53% à intervenir jusqu'à 20h00, les SSIAD associatif (40%) et les SSIAD liés à un CCAS-CIAS ou à une EHPAD (29% et 25%).
- **La part des services intervenant avant 7h30 tend à décroître au-delà d'un certain seuil de places autorisées.** Les services de petite taille sont ainsi 29% à intervenir sur ce créneau contre 18% pour les SSIAD de grande taille. **A l'inverse, les SSIAD de grande taille interviennent plus fréquemment jusqu'à 20h00,** pour 55% d'entre eux contre 38% pour les SSIAD de petite taille.

LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES (1/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des modalités de continuité des soins le soir et le week-end



Analyse des modalités de continuité des soins le soir et le week-end par taille de structure

	SSIAD de petite taille	SSIAD de taille moyenne	SSIAD de grande taille
Appui sur les SAAD	80%	72%	64%
Appui sur les familles	78%	76%	73%
Appui sur les IDEL	46%	56%	55%

Analyse des modalités de continuité des soins le soir et le week-end par type de gestionnaire

	CCAS-CIAS	Mutuelle	Centre Hospitalier	EHPAD public autonome	Association
Appui sur les SAAD	77%	29%	87%	100%	70%
Appui sur les familles	62%	43%	93%	100%	79%
Appui sur les IDEL	46%	29%	40%	75%	54%

Analyse des modalités de continuité des soins le soir et le week-end par département

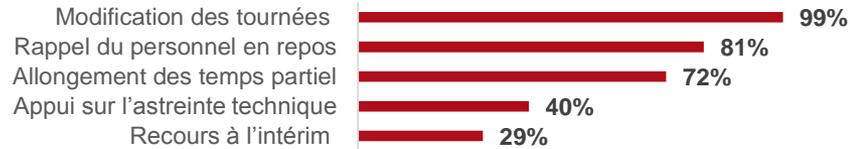
	Finistère	Côtes d'Armor	Morbihan	Ille et Vilaine
Appui sur les SAAD	61%	81%	71%	77%
Appui sur les familles	75%	71%	86%	77%
Appui sur les IDEL	46%	52%	50%	50%

- **Les SSIAD ont l'obligation d'assurer la continuité des prestations de soin. A défaut de pouvoir l'organiser, ils doivent s'assurer d'une intervention extérieure (IDEL ou CSI).** La continuité des prestations de soin est assurée pour les soins programmée. En cas d'urgence, c'est l'organisation territoriale de la permanence des soins qui doit permettre l'accès aux soins.
- **80% des SSIAD interrogés s'appuient sur les familles pour organiser la continuité des soins le soir ou le week-end,** qui peut questionner les besoins d'amélioration de l'organisation territoriale de l'offre de soins et des moyens nécessaires. Ce pourcentage est presque similaire à celui du recours aux SAAD, qui apparaissent comme des **partenaires nécessairement complémentaires des services de soins à domicile.** Près de la moitié des SSIAD répondants ont indiqué s'appuyer sur les IDEL (52%), pratique légitime cependant en tant qu'acteurs du soin. L'appui sur les IDEL et les CSI et la coordination entre ces acteurs est ainsi remontée dans les entretiens réalisés comme un enjeu potentiel de continuité des soins sur le territoire.
- **Le critère de taille n'est pas un déterminant fondamental de variabilité des moyennes régionales observées.** Les proportions de recours aux SAAD, aux familles et aux IDEL sont relativement similaires selon la taille des services. Seuls les SSIAD de grande taille ont tendance à recourir aux SAAD dans des proportions légèrement moindres. **Le critère départemental fait également ressortir une organisation similaire,** extérieure donc aux différenciations territoriales observées.
- En revanche, l'analyse des modalités de continuité des soins par type de gestionnaire montre que **les mutuelles ont moins recours à des partenaires extérieurs pour organiser la continuité des soins.**

LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES (2/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Part des structures ayant prévu des modalités d'action spécifiques en cas d'absence des intervenants



Part des structures ayant prévu des modalités d'action spécifiques en cas d'absence des intervenants par taille de structure

	SSIAD de petite taille	SSIAD de taille moyenne	SSIAD de grande taille
Modification des tournées	97%	100%	100%
Rappel du personnel en repos	82%	80%	64%
Appui sur l'astreinte technique	35%	36%	73%
Allongement des temps partiel	71%	68%	82%
Recours à l'intérim	19%	44%	55%

Part des structures ayant prévu des modalités d'action spécifiques en cas d'absence des intervenants par type de gestionnaire

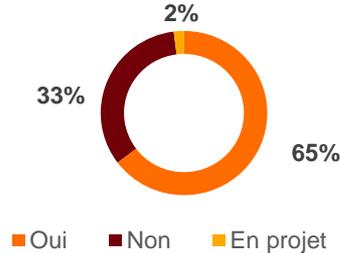
	CCAS-CIAS	Mutuelle	Centre Hospitalier	EHPAD public autonome	Association
Modification des tournées	100%	100%	100%	100%	98%
Rappel du personnel en repos	92%	71%	100%	75%	75%
Appui sur l'astreinte technique	54%	57%	7%	0%	46%
Allongement des temps partiel	92%	100%	47%	75%	71%
Recours à l'intérim	46%	29%	0%	25%	32%

- **La modification des tournées constitue le levier de gestion des absences des intervenants à domicile privilégié pour les SSIAD.**
- **99% des services répondeurs déclarent modifier les tournées pour pallier le manque d'un ou de plusieurs intervenants.** Une grande majorité fait également appel au personnel en repos (81%). L'allongement du temps partiel très largement pratiqué dans les services à domicile est également une modalité utilisée par plus des deux tiers des SSIAD (heures supplémentaires).
- L'appui sur l'astreinte technique d'intervention n'est utilisé que par 40% des services, seuls 29% des SSIAD choisissent de recourir à l'intérim.
- **Les SSIAD de grande taille ont tendance à mobiliser l'ensemble de ces leviers à un degré plus important.** Ils sont ainsi 73% à s'appuyer sur l'astreinte technique, et 55% sur le recours à l'intérim.
- **L'analyse par type de gestionnaire permet de mettre en avant des proportions similaires aux taux régionaux,** mis à part les SSIAD publics autonomes et hospitaliers qui ne mobilisent presque pas l'astreinte technique.

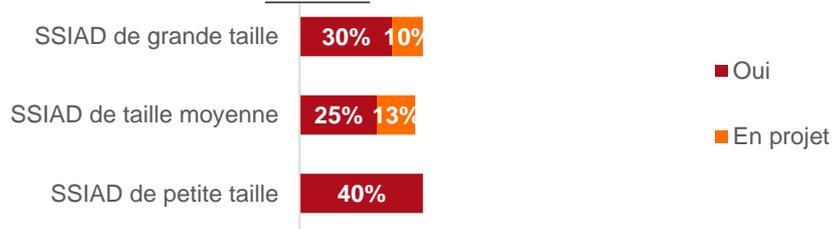
LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES (3/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

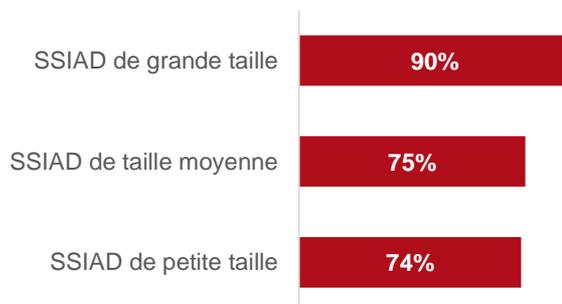
Mise en place d'une astreinte administrative



Mutualisation de l'astreinte administrative par taille de structure



Part des services dont l'astreinte administrative est perçue comme une réponse à un besoin des usagers (par taille de structure)

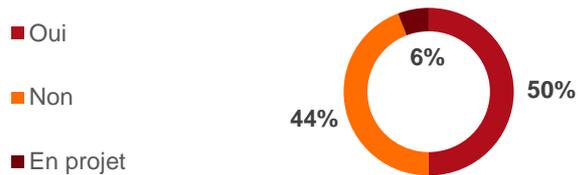


- **65% des SSIAD mettent en œuvre une procédure d'astreinte administrative.**
- L'astreinte administrative facilite la coordination des services sur certains horaires. **Elle est largement perçue par les SSIAD comme une réponse à un besoin des usagers**, pour 90% des SSIAD de grande taille, 75% des SSIAD de taille moyenne et 74% des SSIAD de petite taille.
- Seulement 2% des SSIAD ont pour projet de mettre en place cette procédure d'astreinte. On peut supposer que ce faible pourcentage est induit par la capacité des SSIAD à mettre en œuvre un tel outil. Lors des échanges, il a été mis en évidence les difficultés des SSIAD de petite taille à mettre en place individuellement un tel dispositif. **La mutualisation est parfois nécessaire à sa mise en œuvre, notamment pour ces services, qui sont 40% à mutualiser leur astreinte en collaboration avec un ou plusieurs autres services.** Mais les SSIAD de plus de 60 places, qui ressentent moins fortement le besoin d'une mutualisation, comptent pourtant plus de 10% de structures à projeter d'en organiser une. Si ces 10% concrétisaient effectivement ce projet, les proportions observées par taille seraient alors sensiblement similaires.

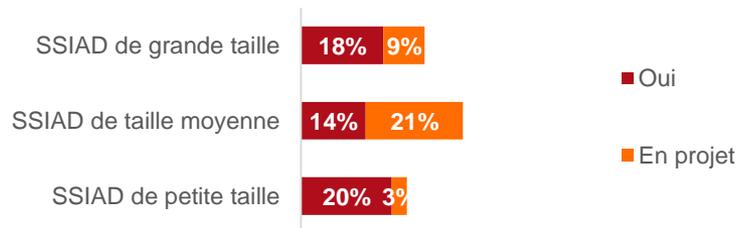
LA CONTINUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES (4/4)

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Mise en place d'une astreinte technique d'intervention



Mutualisation de l'astreinte technique par taille de structure



Part des services dont l'astreinte technique est perçue comme une réponse à un besoin des usagers (par taille de structure)



- **50% des services ont mis en œuvre une astreinte technique d'intervention.**
- **L'astreinte technique d'intervention est perçue comme une réponse à un besoin des usagers par une large majorité des services**, pour les SSIAD de grande taille à 90% contre respectivement 83% et 81% pour les SSIAD de taille moyenne et de petite taille.
- La mutualisation de ce type d'astreinte suit également une logique similaire à celle de l'astreinte administrative, **les SSIAD de petite taille ayant légèrement plus tendance à mutualiser leur astreinte**. Mais 21% des SSIAD de taille moyenne et 9% des SSIAD de grande taille ont pour projet d'engager une telle démarche, déclenchant potentiellement un renversement de situation par rapport aux SSIAD de petite taille dont seuls 3% projettent actuellement une mutualisation.
- Les échanges avec les services ont mis en évidence des difficultés en ce qui concerne l'organisation d'astreintes techniques. En effet, les déclenchements de l'équipe d'astreinte se concentrent sur des plages horaires très réduites notamment lors des premières interventions du matin. L'équipe d'astreinte ne parvient pas toujours à absorber l'ensemble des demandes d'intervention.

FOCUS SUR LE CONTEXTE EXPRIMÉ PAR LES ACTEURS DU HANDICAP

Sur la continuité de service des SSIAD :

- L'évolution des soins relative au handicap évolutif de certaines **personnes engage également le besoin d'un suivi quotidien par un SSIAD**, d'autant plus que ces patients ne disposent que trop rarement d'une alternative réelle en établissement. Or, la présence d'un SSIAD sur des plages horaires relativement longues (minimum une heure matin et/ou soir en accompagnement) est décrite comme étant tellement complexe que les acteurs observent le développement de stratégies personnelles : la personne va d'abord chercher une délégation de soins et en cas de refus, va s'engager sur la voie du gré à gré par nécessité.
- Le collectif handicap 35 a mené une enquête sur les besoins en termes d'intervention en soirée pour des couchers tardifs, la nuit pour des interventions ponctuelles et également pour des levers tôt le matin. **Ces besoins nécessiteraient une organisation en tournée complexifiée avec des interventions sur des horaires atypiques avec une mutualisation inter-acteurs des prestations de nuit**. L'absence de ce type de prestation est considérée comme une entrave majeure à l'accès à la vie sociale.
- Ces besoins sont décrits identifiés de longue date par les associations et les acteurs du handicap mais restent selon eux partiellement pris en compte par les financeurs.

QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT:

1/ Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins

2/ Prévention et gestion des risques

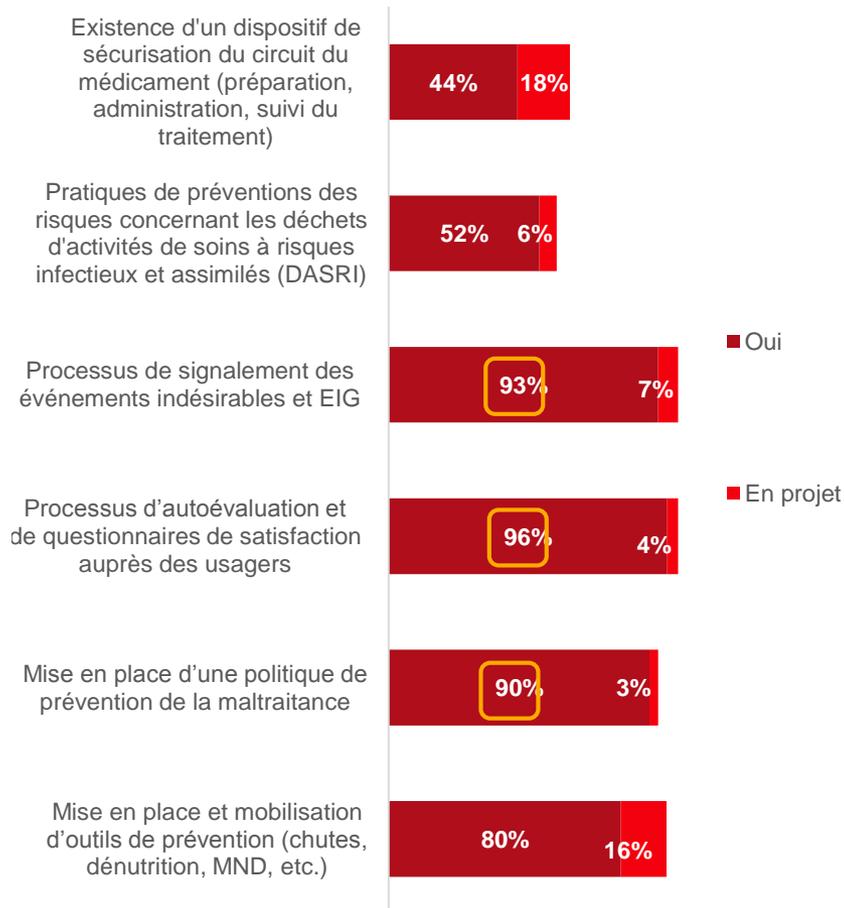
3/ Formalisation des protocoles

4/ Aide aux aidants

LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES EN SSIAD

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Modalités de prévention et de gestion des risques pour l'ensemble des SSIAD/SPASAD



- **La prévention de la maltraitance et la satisfaction des usagers sont traités par des modalités spécifiques au sein de plus de 90% des SSIAD interrogés.**
- La gestion des événements indésirables (graves ou associés aux soins) **fait l'objet d'une procédure pour 93% des services.** Elle est une composante importante de mesure de la qualité des soins et de l'accompagnement.
- La mise en place d'outils de prévention des risques liés à la condition des patients (chutes, dénutrition, maladies neurodégénératives,...) fait également l'objet d'une attention particulière **puisque 80% des services en ont déployé.**
- En revanche, **seuls 44% des services déclarent avoir développé un dispositif de sécurisation du circuit du médicament et la procédure de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI) n'est mise en place que par 52% des structures.** Ce sont les thématiques les moins bien prises en compte par les services.
- La sécurisation du circuit du médicament est un travail qui reste à réaliser pour de nombreux services et impliquent d'autres acteurs extérieurs aux services. L'appui des HAD dans le cadre des conventions de collaboration en cours de formalisation avec les services pourrait être opportun sur cette thématique importante.
- La prise en compte des risques liés aux déchets d'activités de soins à risques infectieux **est un enjeu pour les services principalement disposant d'IDE salariés ce qui représentent 35 % des services,** les IDEL/CSI étant tenus de gérer leurs DASRI.

La déclinaison des analyses par taille et gestionnaire est disponible en annexe

QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT:

1/ Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins

2/ Prévention et gestion des risques

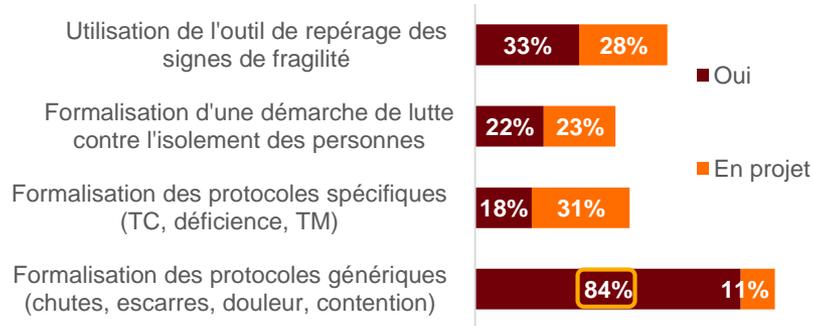
3/ Formalisation des protocoles

4/ Aide aux aidants

LA PROTOCOLISATION DES ACTIVITES

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Formalisation des protocoles



Formalisation des protocoles par taille de structure

	Formalisation des protocoles génériques	Formalisation des protocoles spécifiques	Formalisation d'une démarche de lutte contre l'isolement	Utilisation de l'outil de repérage des signes de fragilité
SSIAD de petite taille	79%	18%	21%	32%
SSIAD de taille moyenne	84%	20%	16%	32%
SSIAD de grande taille	100%	9%	36%	27%

Formalisation des protocoles par type de gestionnaire

	Formalisation des protocoles génériques	Formalisation des protocoles spécifiques	Formalisation d'une démarche de lutte contre l'isolement	Utilisation de l'outil de repérage des signes de fragilité
CCAS-CIAS	77%	31%	38%	15%
Mutuelle	86%	0%	43%	14%
Centre Hospitalier	93%	7%	7%	43%
EHPAD public autonome	75%	25%	0%	50%
Association	84%	17%	21%	35%

- Les protocoles sont nécessaires aux professionnels pour leur permettre de gérer de manière sécurisée leurs interventions et répondre aux situations de soins rencontrées. Le questionnaire identifiait des thématiques de protocoles.
- Les taux de formalisation des protocoles observent une importante variabilité selon leur nature (culture soin / culture accompagnement).
- Seule la formalisation des protocoles génériques correspondant fait l'objet d'une relative généralisation au sein des SSIAD de la région, 84% les ont élaborés et 11% ont pour projet de le faire. Les protocoles de lutte contre l'isolement et les protocoles spécifiques sont moins fréquemment développés, respectivement par 22% et 18% des SSIAD interrogés L'outil de repérage des signes de fragilité n'est utilisé que par un tiers des services.
- La lutte contre l'isolement et le repérage des signes de fragilité sont des enjeux de prévention majeurs dans le contexte d'une société vieillissante. Les SSIAD apparaissent comme des acteurs à même de soutenir l'identification de signes précurseurs L'appui à la structuration des protocoles par les services et leur mutualisation doit être accompagné au niveau régional.
- La taille et le type de gestionnaire n'influent qu'à la marge sur le taux de formalisation. Les protocoles génériques sont toujours mis en œuvre dans des proportions supérieures par rapport aux autres protocoles.

L'AIDE AUX AIDANTS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Analyse des actions d'aide aux aidants proposées par l'ensemble des SSIAD/SPASAD



Analyse des actions d'aide aux aidants proposées par type de gestionnaire

	Participation de l'aidant à l'élaboration du projet d'accompagnement	Organisation de groupes de parole pour les aidants	Organisation d'entretiens individuels	Organisation d'ateliers de prévention	Aide dans les démarches administratives
CCAS-CIAS	69%	38%	77%	46%	62%
Mutuelle	86%	0%	71%	14%	29%
Centre Hospitalier	100%	14%	79%	7%	57%
EHPAD public autonome	75%	0%	100%	25%	50%
Association	86%	11%	62%	16%	51%

Analyse des actions d'aide aux aidants proposées par département

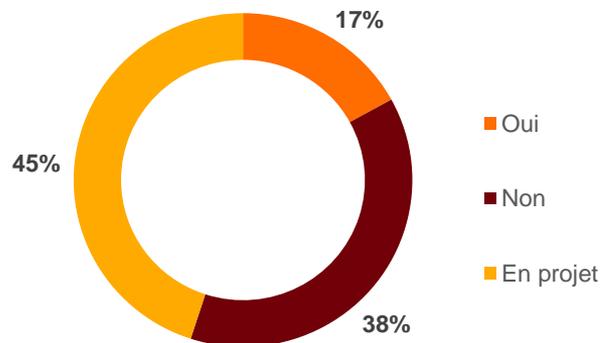
	Participation de l'aidant à l'élaboration du projet d'accompagnement	Organisation de groupes de parole pour les aidants	Organisation d'entretiens individuels	Organisation d'ateliers de prévention	Aide dans les démarches administratives
Finistère	75%	18%	61%	21%	61%
Côtes d'Armor	95%	19%	76%	19%	62%
Morbihan	93%	4%	68%	11%	46%
Ille et Vilaine	77%	15%	69%	23%	35%

- **L'accompagnement à domicile se veut global et repose sur une collaboration entre les aidants professionnels et non professionnels**, ce qui implique la prise en compte, l'écoute et le soutien de l'entourage.
- **Les actions d'aide aux aidants sont diversement déployées par les services.** La participation à l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement de la personne prise en charge est presque généralisée, 85% des SSIAD déclarent les associer. De même, l'organisation d'entretiens individuels est actée par 69% des structures, qui appuient également pour 51% d'entre elles les aidants dans leurs démarches administratives.
- A l'inverse, les actions plus chronophages et demandant un niveau d'organisation supérieur font l'objet d'une mise en œuvre minoritaire. Seuls 14% des services organisent par exemple des groupes de parole et 19% des ateliers de prévention.
- **Le type de gestionnaire et le département des SSIAD ne sont pas déterminants dans la prise en charge des aidants. Les taux d'actions proposées varient selon ces critères mais restent ancrés dans des proportions similaires** à celles observées pour l'ensemble des services.

L'AIDE AUX AIDANTS

Source : Données issues de l'enquête en ligne

Formalisation d'une démarche de repérage des signes d'épuisement des aidants



- Les professionnels des SSIAD doivent être sensibilisés au repérage des signes d'épuisement des proches aidants par le développement de l'écoute et la remontée d'informations en cas de comportement préoccupant ou d'une baisse de potentialité de l'aidant et lorsque des signes d'épuisement sont repérés, pour permettre l'adaptation des solutions à mettre en place en impliquant la personnes prise en charge, l'aidant et les partenaires (Recommandations ANESM 2014).
- **Les démarches de repérage des risques d'épuisement des aidants ne sont pour l'instant le fait que d'une minorité de services dans la région.** Les SSIAD doivent jouer un rôle de conseil pour réduire les risques d'épuisement et d'état de santé des aidants et d'orientation vers les dispositifs existants sur le territoire d'aide, de soutien et de répit. « La santé du patient passe par la santé de l'aidant ». **La proportion de services ayant pour projet de travailler sur le repérage (45%) met en avant une prise de conscience du rôle privilégié que les SSIAD peuvent jouer dans ce type de démarches.**
- Les SSIAD doivent inscrire dans leur projet de service un volet « aidants », **incluant l'évaluation de leurs besoins, de leurs potentialités et des ressources nécessaires pour accompagner la personnes prise en charge.** L'intervention d'un psychologue en SSIAD/SPASAD est un appui à l'accompagnement du proche aidant et du couple patient/aidant. Une formation au repérage des signes d'épuisement des aidants doit être incluse dans le plan de formation (possible formations croisées avec les SAAD).

FOCUS SUR LE CONTEXTE EXPRIMÉ PAR LES ACTEURS DU HANDICAP

Sur les aidants :

- Le maintien à domicile dépend fortement de la présence des aidants. Le manque de moyens pousse les services à s'appuyer sur leur rôle spécifique, **ce qui peut remettre en cause le projet de vie de la personne et induire des ruptures de parcours en cas d'épuisement de l'aidant**. Ce constat est particulièrement frappant pour les jeunes majeurs : les risques de rupture de parcours sont également exacerbés par cette situation. Les aidants sont également nécessaires en retour d'hospitalisation, pour assurer un appui au personnel médical.



Cahier des annexes

SOMMAIRE DU RAPPORT

AVANT-PROPOS

MÉTHODOLOGIE

CALENDRIER DE LA DÉMARCHE

COMPOSITION ET OBJECTIFS DU COMITÉ TECHNIQUE

SOURCES DES DONNÉES MOBILISÉES POUR L'ÉTUDE

SYNTHÈSE GLOBALE DE L'ÉTUDE SSIAD

I PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DES SSIAD DE LA REGION

II EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

III COORDINATION DU PARCOURS ET RÉPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX

IV QUALITÉ DU SERVICE RENDU AU PATIENT

V **CAHIER DES ANNEXES**

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL



ANALYSE DÉTAILLÉE DE LA PART DE LA FILE ACTIVE PA SELON LE PROFIL PATHOLOGIQUE DES PATIENTS

Classification des patients de la file active PA selon leur profil pathologique

	Pathologie neurologique invalidante	Pathologie locomotrice invalidant	Syndrome démentiel	Insuffisance cardiaque	Cancer	Pathologie neuromusculaire invalidante	Insuffisance respiratoire	Diabète insulino-dépendant	Polypathologie	Incapacité à réaliser seul 2 actes de la vie courante	Ulcères-escarres-pansements complexes	Soins palliatifs de fin de vie	Dénutrition-déshydratation	Autres
SSIAD de petite taille	12,7%	15,7%	11,3%	10,0%	3,2%	2,1%	1,9%	1,7%	12,0%	21,5%	1,6%	1,5%	0,9%	3,8%
SSIAD de taille moyenne	12,2%	13,7%	10,6%	9,2%	3,0%	3,2%	1,8%	1,8%	11,3%	18,9%	2,4%	1,3%	2,0%	8,7%
SSIAD de grande taille	16,4%	12,6%	9,9%	9,1%	3,2%	3,5%	1,6%	1,7%	1,7%	24,0%	0,9%	0,7%	1,4%	13,1%

	Pathologie neurologique invalidante	Pathologie locomotrice invalidant	Syndrome démentiel	Insuffisance cardiaque	Cancer	Pathologie neuromusculaire invalidante	Insuffisance respiratoire	Diabète insulino-dépendant	Polypathologie	Incapacité à réaliser seul 2 actes de la vie courante	Ulcères-escarres-pansements complexes	Soins palliatifs de fin de vie	Dénutrition-déshydratation	Autres
CCAS-CIAS	10,6%	16,8%	14,1%	10,6%	3,4%	2,0%	2,2%	1,6%	8,7%	18,5%	2,1%	1,2%	3,1%	5,1%
Mutuelle	14,8%	11,1%	8,0%	9,1%	2,7%	1,6%	1,5%	1,2%	10,6%	26,0%	3,5%	1,3%	2,7%	6,1%
Centre Hospitalier	12,3%	14,4%	12,0%	10,3%	4,3%	1,9%	1,7%	2,4%	10,8%	20,3%	1,8%	1,6%	0,5%	5,7%
EHPAD public autonome	29,5%	15,2%	19,0%	9,5%	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%	18,1%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%
Association	14,4%	14,9%	10,8%	9,5%	2,9%	3,6%	2,0%	1,7%	7,8%	21,4%	0,7%	1,3%	1,0%	7,9%

	Pathologie neurologique invalidante	Pathologie locomotrice invalidant	Syndrome démentiel	Insuffisance cardiaque	Cancer	Pathologie neuromusculaire invalidante	Insuffisance respiratoire	Diabète insulino-dépendant	Polypathologie	Incapacité à réaliser seul 2 actes de la vie courante	Ulcères-escarres-pansements complexes	Soins palliatifs de fin de vie	Dénutrition-déshydratation	Autres
Finistère	15,8%	14,3%	8,5%	10,7%	2,8%	3,5%	1,2%	1,5%	7,1%	21,5%	1,2%	1,2%	2,7%	8,0%
Côtes d'Armor	9,9%	10,2%	10,9%	11,2%	2,8%	3,1%	2,4%	2,1%	9,7%	27,1%	1,3%	1,4%	1,0%	7,0%
Morbihan	13,9%	19,0%	10,7%	9,5%	2,8%	2,0%	2,2%	1,3%	16,7%	14,6%	1,7%	1,5%	0,6%	3,5%
Ille et Vilaine	12,6%	14,3%	12,9%	7,6%	3,8%	2,4%	2,0%	1,9%	8,2%	20,7%	2,4%	1,2%	0,7%	9,3%

ANALYSE DÉTAILLÉE DE LA CLASSIFICATION DES PATIENTS DE LA FILE ACTIVE PH SELON LEUR PROFIL PATHOLOGIQUE

Classification des patients de la file active PH selon leur profil pathologique

	Type handicap moteur				Type pathologies associées							
	Pathologie Neurologique invalidante	Pathologie neuromusculaire invalidante	Lésions médullaires (paraplégie, tétraplégie...)	Polyhandicap	Insuffisance cardiaque	Insuffisance respiratoire (Trachéotomie, ventilation...)	Diabète (DID/DNID)	Poly pathologie	Incapacité de réaliser seul 2 actes de la vie courante	Ulcères/ escarres	Soins palliatifs, de fin de vie	Atteintes multiples
SSIAD de petite taille	21,7%	10,1%	7,1%	5,0%	0,6%	3,9%	5,3%	5,3%	17,5%	2,1%	3,3%	18,1%
SSIAD de taille moyenne	23,5%	7,1%	4,1%	12,8%	1,4%	1,4%	0,5%	2,5%	7,9%	0,5%	2,5%	35,8%
SSIAD de grande taille	7,8%	11,4%	10,9%	10,9%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	4,1%	1,0%	30,1%	15,5%

	Type handicap moteur				Type pathologies associées							
	Pathologie Neurologique invalidante	Pathologie neuromusculaire invalidante	Lésions médullaires (paraplégie, tétraplégie...)	Polyhandicap	Insuffisance cardiaque	Insuffisance respiratoire (Trachéotomie, ventilation...)	Diabète (DID/DNID)	Poly pathologie	Incapacité de réaliser seul 2 actes de la vie courante	Ulcères/ escarres	Soins palliatifs, de fin de vie	Atteintes multiples
CCAS-CIAS	20,8%	18,9%	0,0%	5,7%	1,9%	0,0%	0,0%	13,2%	1,9%	3,8%	7,5%	26,4%
Mutuelle	32,4%	8,1%	5,4%	21,6%	2,7%	0,0%	2,7%	0,0%	5,4%	2,7%	2,7%	16,2%
Centre Hospitalier	7,2%	8,7%	5,8%	11,6%	0,0%	1,4%	5,8%	14,5%	27,5%	0,0%	8,7%	8,7%
EHPAD public autonome	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Association	19,7%	8,6%	7,2%	9,0%	0,7%	2,3%	2,0%	3,5%	10,1%	1,1%	9,1%	26,7%

	Type handicap moteur				Type pathologies associées							
	Pathologie Neurologique invalidante	Pathologie neuromusculaire invalidante	Lésions médullaires (paraplégie, tétraplégie...)	Polyhandicap	Insuffisance cardiaque	Insuffisance respiratoire (Trachéotomie, ventilation...)	Diabète (DID/DNID)	Poly pathologie	Incapacité de réaliser seul 2 actes de la vie courante	Ulcères/ escarres	Soins palliatifs, de fin de vie	Atteintes multiples
Finistère	25,1%	5,6%	7,3%	13,9%	0,7%	0,0%	0,3%	4,0%	4,0%	0,7%	7,3%	31,4%
Côtes d'Armor	16,3%	2,0%	8,2%	6,1%	0,0%	2,0%	2,0%	4,1%	26,5%	2,0%	6,1%	24,5%
Morbihan	16,7%	10,4%	7,3%	8,3%	0,0%	1,0%	6,3%	7,3%	25,0%	2,1%	3,1%	12,5%
Ille et Vilaine	16,5%	12,1%	6,0%	7,1%	1,1%	3,6%	2,7%	4,9%	10,5%	1,3%	11,2%	23,0%

ANALYSE DE LA RÉPARTITION DES PERSONNES SORTIES EN 2017 PAR TAILLE, GESTIONNAIRE ET PAR DÉPARTEMENT

Analyse de la répartition des personnes sorties en 2017 par taille de structure	Personnes sorties en raison d'un décès	Personnes sorties en raison d'une hospitalisation	Personnes sorties pour un retour au domicile ou un accompagnement en milieu ordinaire	Personnes sorties en raison d'une réorientation vers un autre ESSMS	Personnes sorties vers une destination inconnue ou pour un motif inconnu
SSIAD de petite taille	19%	33%	17%	25%	5%
SSIAD de taille moyenne	14%	23%	28%	23%	12%
SSIAD de grande taille	19%	25%	18%	32%	6%

Analyse de la répartition des personnes sorties en 2017 par département	Personnes sorties en raison d'un décès	Personnes sorties en raison d'une hospitalisation	Personnes sorties pour un retour au domicile ou un accompagnement en milieu ordinaire	Personnes sorties en raison d'une réorientation vers un autre ESSMS	Personnes sorties vers une destination inconnue ou pour un motif inconnu
Finistère	18%	22%	22%	25%	14%
Côtes d'Armor	22%	18%	26%	30%	5%
Morbihan	16%	35%	17%	27%	6%
Ille et Vilaine	16%	36%	20%	23%	6%

Analyse de la répartition des personnes sorties en 2017 par type de gestionnaire	Personnes sorties en raison d'un décès	Personnes sorties en raison d'une hospitalisation	Personnes sorties pour un retour au domicile ou un accompagnement en milieu ordinaire	Personnes sorties en raison d'une réorientation vers un autre ESSMS	Personnes sorties vers une destination inconnue ou pour un motif inconnu
CCAS-CIAS	21%	32%	8%	24%	14%
Mutuelle	25%	18%	16%	33%	8%
Centre Hospitalier	17%	29%	30%	22%	1%
EHPAD public autonome	26%	13%	13%	42%	6%
Association	16%	28%	23%	25%	8%

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL

ANALYSE DÉTAILLÉE DES DÉFICIENCES DES SSIAD PH EN 2017 À TITRE PRINCIPAL

	Déficience intellectuelle	Autisme et d'autres TED	Troubles psychiques	Troubles du langage et des apprentissages	Déficiences auditives	Déficiences visuelles	Déficiences motrices	Déficiences métaboliques	Cérébro-lésées	Polyhandicapées	Troubles du comportement et de la communication (TTC)	En cours de diagnostic	Autres types des déficiences
SSIAD de petite taille	2%	0%	9%	0%	1%	2%	34%	11%	14%	3%	11%	0%	12%
SSIAD de taille moyenne	4%	0%	10%	1%	1%	3%	30%	18%	9%	2%	8%	1%	13%
SSIAD de grande taille	4%	0%	7%	0%	0%	2%	18%	31%	12%	0%	18%	7%	0%

	Déficience intellectuelle	Autisme et d'autres TED	Troubles psychiques	Troubles du langage et des apprentissages	Déficiences auditives	Déficiences visuelles	Déficiences motrices	Déficiences métaboliques	Cérébro-lésées	Polyhandicapées	Troubles du comportement et de la communication (TTC)	En cours de diagnostic	Autres types des déficiences
CCAS-CIAS	1%	0%	15%	1%	1%	2%	44%	13%	10%	0%	0%	1%	13%
Mutuelle	1%	0%	16%	2%	0%	6%	29%	5%	5%	2%	4%	0%	30%
Centre Hospitalier	4%	0%	5%	1%	4%	5%	34%	5%	9%	13%	17%	0%	2%
EHPAD public autonome	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	96%	0%	4%	0%	0%	0%
Association	3%	0%	8%	0%	0%	1%	29%	18%	13%	2%	13%	2%	9%

	Déficience intellectuelle	Autisme et d'autres TED	Troubles psychiques	Troubles du langage et des apprentissages	Déficiences auditives	Déficiences visuelles	Déficiences motrices	Déficiences métaboliques	Cérébro-lésées	Polyhandicapées	Troubles du comportement et de la communication (TTC)	En cours de diagnostic	Autres types des déficiences
Finistère	2%	0%	8%	1%	1%	4%	24%	22%	8%	2%	15%	1%	12%
Côtes-d'Armor	5%	0%	8%	0%	0%	2%	26%	22%	16%	2%	6%	5%	7%
Morbihan	3%	0%	9%	1%	0%	1%	31%	9%	14%	6%	15%	0%	10%
Ille-et-Vilaine	2%	0%	12%	0%	0%	1%	45%	7%	12%	2%	9%	0%	11%

ANALYSE DÉTAILLÉE DES INTERVENTIONS EN DOUBLON POUR LES PATIENTS PA

Analyse des interventions en doublon pour les patients PA inclus en file active 2017

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
Ensemble des SSIAD	6%	5%	5%

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
SSIAD de petite taille	5%	6%	7%
SSIAD de taille moyenne	10%	7%	6%
SSIAD de grande taille	4%	3%	2%

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
CCAS-CIAS	8%	5%	3%
Mutuelle	8%	3%	6%
Centre Hospitalier	9%	8%	6%
EHPAD public autonome	1%	5%	8%
Association	4%	5%	5%

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
Finistère	8%	3%	4%
Côtes-d'Armor	3%	5%	4%
Morbihan	3%	5%	5%
Ille-et-Vilaine	7%	8%	6%

ANALYSE DÉTAILLÉE DES INTERVENTIONS EN DOUBLON POUR LES PATIENTS PH

Analyse des interventions en doublon pour les patients PH inclus en file active 2017

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
Ensemble des SSIAD	5%	13%	6%

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
SSIAD de petite taille	8%	12%	8%
SSIAD de taille moyenne	6%	17%	8%
SSIAD de grande taille	2%	9%	2%

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
CCAS-CIAS	13%	20%	3%
Mutuelle	11%	5%	13%
Centre Hospitalier	7%	14%	5%
EHPAD public autonome	0%	0%	0%
Association	4%	13%	5%

	L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD	L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD	L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant
Finistère	4%	15%	3%
Côtes-d'Armor	5%	8%	10%
Morbihan	3%	8%	4%
Ille-et-Vilaine	6%	14%	7%

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL

ANALYSE DES CRITÈRES D'ADMISSION ET DÉCLINAISON PAR TAILLE, GESTIONNAIRE ET PAR DÉPARTEMENT

Analyse des critères d'admission prioritaires par taille de structure

	Ancienneté d'inscription sur la liste d'attente	Niveau de perte d'autonomie PA/PH	Charge en soins	Environnement social et familial	Localisation géographique	Urgences médico-sociales	Sortie d'hospitalisation	Réadmission	Autres
SSIAD de petite taille	11	17	14	1	8	20	14	-	2
SSIAD de taille moyenne	8	5	4	2	2	11	4	-	1
SSIAD de grande taille	3	3	1	1	3	1	3	-	1

Analyse des critères d'admission prioritaires par type de gestionnaire

	Ancienneté d'inscription sur la liste d'attente	Niveau de perte d'autonomie PA/PH	Charge en soins	Environnement social et familial	Localisation géographique	Urgences médico-sociales	Sortie d'hospitalisation	Réadmission	Autres
CCAS-CIAS	4	2	2	2	0	6	5	-	1
Mutuelle	-	1	2	1	1	1	1	-	-
Centre Hospitalier	3	4	2	-	1	5	3	-	1
EHPAD public autonome	1	1	2	0	3	1	-	-	-
Association	14	16	10	1	9	20	12	-	2

Analyse des critères d'admission prioritaires par département

	Ancienneté d'inscription sur la liste d'attente	Niveau de perte d'autonomie PA/PH	Charge en soins	Environnement social et familial	Localisation géographique	Urgences médico-sociales	Sortie d'hospitalisation	Réadmission	Autres
Finistère	7	4	4	2	3	5	5	-	1
Côtes d'Armor	5	8	6	0	3	6	4	-	-
Morbihan	5	6	4	1	4	12	4	-	1
Ille et Vilaine	5	6	6	2	3	10	7	-	2

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL



FRÉQUENCE DES RÉUNIONS DE SUPERVISION AVEC UN PSYCHOLOGUE ET DÉCLINAISON PAR TAILLE ET GESTIONNAIRE

Analyse de la fréquence des réunions de supervision avec un psychologue par taille de service

	Hebdomadaire	Mensuelle	Tous les deux mois	Trimestrielle	En fonction des besoins	Service disponible en continu	En projet	Autre
SSIAD de petite taille	4%	15%	11%	11%	7%	33%	7%	11%
SSIAD de taille moyenne	0%	36%	18%	9%	0%	18%	9%	9%
SSIAD de grande taille	0%	20%	0%	0%	0%	60%	0%	20%

Analyse de la fréquence des réunions de supervision avec un psychologue par type de gestionnaire

	Hebdomadaire	Mensuelle	Tous les deux mois	Trimestrielle	En fonction des besoins	Service disponible en continu	En projet	Autre
CCAS-CIAS	10%	20%	10%	10%	0%	30%	0%	20%
Mutuelle	0%	0%	20%	0%	0%	40%	40%	0%
Centre Hospitalier	0%	20%	0%	0%	40%	40%	0%	0%
EHPAD public autonome	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
Association	0%	27%	14%	14%	0%	27%	5%	14%

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL

ANALYSE DES PARTENARIATS SANITAIRES ET MÉDICO SOCIAUX PAR TAILLE, GESTIONNAIRE ET DÉPARTEMENT

Analyse des partenariats les plus réguliers des SSIAD/SPASAD par taille de structure*	HAD	SAAD	SAMSAH	SAVS	Médecin traitant	Equipe Mobile de Soins palliatifs	Hôpital MCO	SSR	EHPAD	Accueil de jour ou hébergement temporaire	Psychiatrie
SSIAD de petite taille	3,7	9,0	0,9	2,1	8,9	3,3	5,3	6,9	5,5	6,3	3,3
SSIAD de taille moyenne	4,4	9,4	2,2	2,7	9,8	4,9	6,1	8,4	4,9	7,7	4,5
SSIAD de grande taille	5,3	10,0	3,9	2,9	9,1	5,2	8,2	9,1	4,5	7,4	5,5

Analyse des partenariats les plus réguliers des SSIAD/SPASAD par type de gestionnaire*	HAD	SAAD	SAMSAH	SAVS	Médecin traitant	Equipe Mobile de Soins palliatifs	Hôpital MCO	SSR	EHPAD	Accueil de jour ou hébergement temporaire	Psychiatrie
CCAS-CIAS	4,7	10,0	1,7	2,7	9,6	4,4	5,8	8,5	6,3	7,1	5,4
Mutuelle	6,9	9,3	3,1	2,6	9,3	4,3	7,9	8,6	4,3	7,9	6,2
Centre Hospitalier	3,8	8,0	0,8	1,9	9,3	3,4	7,7	9,0	6,3	4,9	2,2
EHPAD public autonome	4,2	7,5	0,0	0,0	8,8	5,4	5,0	3,8	8,8	8,8	3,3
Association	3,7	9,6	1,6	2,5	9,2	3,8	5,3	7,2	4,7	7,0	3,7

Analyse des partenariats les plus réguliers des SSIAD/SPASAD par département	HAD	SAAD	SAMSAH	SAVS	Médecin traitant	Equipe Mobile de Soins palliatifs	Hôpital MCO	SSR	EHPAD	Accueil de jour ou hébergement temporaire	Psychiatrie
Finistère	4,6	8,8	1,5	1,8	9,3	4,0	6,8	7,3	5,1	6,3	4,3
Côtes d'Armor	4,4	10,0	1,7	2,1	9,8	5,2	7,4	8,3	6,1	7,9	4,0
Morbihan	3,5	9,3	0,6	2,6	9,2	2,3	4,5	7,3	5,1	5,6	3,1
Ille et Vilaine	3,7	9,4	2,4	2,6	8,8	4,4	5,0	7,5	5,0	7,7	4,0

* Somme des réponses pondérée par niveau de fréquence = (Très régulier + (occasionnel/2) + (Rare/3))/10

ANALYSE DE LA PARTICIPATION À DES DÉMARCHES RELATIVES À LA STRUCTURATION DES PARCOURS SUR LE TERRITOIRE

Analyse de la participation à des démarches relatives à la structuration des parcours sur le territoire par taille de structure

	CLIC	Table tactique MAIA	Commission Gestion de cas MAIA	PTA	Filière gériatrique	Réponse Accompagnée Pour Tous	Instances de coordination des établissements PH	Autres
SSIAD de petite taille	72%	72%	49%	38%	47%	7%	12%	22%
SSIAD de taille moyenne	96%	76%	56%	40%	64%	8%	20%	36%
SSIAD de grande taille	100%	82%	64%	55%	64%	45%	36%	27%

Analyse de la participation à des démarches relatives à la structuration des parcours sur le territoire par département

	CLIC	Table tactique MAIA	Commission Gestion de cas MAIA	PTA	Filière gériatrique	Réponse Accompagnée Pour Tous	Instances de coordination des établissements PH	Autres
Finistère	79%	71%	50%	46%	54%	7%	21%	18%
Morbihan	68%	86%	50%	46%	43%	0%	11%	14%
Côtes d'Armor	95%	76%	62%	24%	67%	24%	24%	19%
Ille et Vilaine	88%	65%	50%	42%	54%	19%	12%	54%

Analyse de la participation à des démarches relatives à la structuration des parcours sur le territoire par type de gestionnaire

	CLIC	Table tactique MAIA	Commission Gestion de cas MAIA	PTA	Filière gériatrique	Réponse Accompagnée Pour Tous	Instances de coordination des établissements PH	Autres
CCAS-CIAS	85%	62%	69%	38%	46%	15%	23%	23%
Mutuelle	86%	100%	86%	86%	86%	29%	14%	29%
Centre Hospitalier	87%	80%	67%	27%	80%	13%	20%	33%
EHPAD public autonome	75%	75%	50%	50%	50%	0%	0%	25%
Association	79%	73%	43%	40%	46%	10%	16%	25%

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL

PRÉVENTION ET GESTION DES RISQUES

Modalités de prévention et des gestion des risques par taille de structure

	Mise en place et mobilisation d'outils de prévention (chutes, dénutrition, MND, etc.)	Mise en place d'une politique de prévention de la maltraitance	Processus d'autoévaluation et de questionnaires de satisfaction auprès des usagers	Processus de signalement des événements indésirables et EIG	Pratiques de préventions des risques concernant les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI)	Existence d'un dispositif de sécurisation du circuit du médicament (préparation, administration, suivi du traitement)
SSIAD de petite taille	78%	90%	94%	94%	44%	37%
SSIAD de taille moyenne	72%	88%	92%	84%	56%	52%
SSIAD de grande taille	91%	73%	100%	82%	73%	55%

Modalités de prévention et des gestion des risques par type de gestionnaire

	Mise en place et mobilisation d'outils de prévention (chutes, dénutrition, MND, etc.)	Mise en place d'une politique de prévention de la maltraitance	Processus d'autoévaluation et de questionnaires de satisfaction auprès des usagers	Processus de signalement des événements indésirables et EIG	Pratiques de préventions des risques concernant les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI)	Existence d'un dispositif de sécurisation du circuit du médicament (préparation, administration, suivi du traitement)
CCAS-CIAS	54%	77%	77%	69%	46%	54%
Mutuelle	100%	100%	100%	100%	86%	86%
Centre Hospitalier	79%	107%	100%	107%	86%	43%
EHPAD public autonome	75%	100%	100%	100%	25%	25%
Association	79%	86%	98%	92%	43%	38%

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL



LISTE DES ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS RÉALISÉS

Entretiens avec les IDEL & CSI

Nom du professionnel et/ou du cabinet	Département d'intervention	Date de l'entretien
Cabinet infirmier de Corlay	Côtes d'Armor	03/04/2019
Mme PICHOT	Ille et Vilaine	04/04/2019
Mme BRAULT LE COUPANNEC	Ille et Vilaine	10/04/2019
Mme RABIN	Ille et Vilaine	03/04/2019
Mme THOMAS	Finistère	04/04/2019
M. THORAVAL (URPS)	Région Bretagne	11/04/2019
Mme ROSCOET	Finistère	10/04/2019
M. LARHANTEC	Côtes d'Armor	30/04/2019
Mme LE PRIOL	Morbihan	03/04/2019

Entretiens avec les HAD

Nom du professionnel	Date de l'entretien
HAD de Cornouaille	23/11/2018
HAD Lorient Quimperlé	22/11/2018
HAD AUB St Malo-Guingamp-St Brieuc-Pontivy-Morlaix	22/11/2018
HAD du Ponant	26/11/2018
HAD 35	26/11/2018

Entretiens avec les acteurs du secteur du Handicap

Nom du professionnel	Date de l'entretien
APF – Mme TREHEN	22/05/2019
ADAPT – Mme LARMOIRE	11/06/2019
UNAFAM – M. FAYOLLE	17/06/2019
ESPOIR 35 -	<i>En cours</i>
PCPE 22 – M. SENEAL	<i>En cours</i>

INTERVENANTS DE L'ENTRETIEN COLLECTIFS AVEC LES FÉDÉRATIONS

Nom de l'intervenant	Fonction	Fédération
Josiane BETTLER	Directrice adjointe Filière gériatrique CHU Brest	FHF
Anne-Charlotte CADE	Directrice UNA 22	UNA
David FORTUNE	Directeur Ass. Santé Nord	UNA
Claire CASTELLAN	Chargée de mission Coordination régionale ADMR	ADMR
Maïna RIOCHET	Responsable santé fédération ADMR 56	ADMR
Laurence PARTHENAY	Directrice adjointe Filière gériatrique CHU de Rennes	FHF
Anne MAZEREAU	Directrice de l'EHPAD Ker Joseph Pipriac	FHF
Valérie LORDELOT	Cadre de santé EHPAD Ker Joseph Pipriac	FHF
Nathalie DELEURME	Cadre de santé SSIAD Antrain/Maen Roch	FHF
Aline AUFFRAY	Cadre technique spécialisée Fédération ADMR d'Ille-et-Vilaine	ADMR
Virginie COIGNAC	Directrice adjointe Pôle services à domicile CIAS à l'Ouest de Rennes	UDCCAS



INTERVENANTS DE L'ATELIER INTITULÉ : « L'ORGANISATION INTERNE DES SSIAD (MODES D'EXTERNALISATION, TÉLÉGESTION, PRATIQUES DE MANAGEMENT) »

Nom de l'intervenant	Entité d'appartenance
Isabelle TURPIN	SSIAD CCAS de Grandchamp
Stéphanie MORVAN	SSIAD CH de Douarnenez
Jennifer CANEVET	SSIAD Guipavas Ass. Les Amitiés d'Armor
Magali LIEURY	SSIAD Gourin ADMR
Aurélie FONTAINE	SSIAD Dinard-Matignon ADSCE
Nathalie DELEURRE	SSIAD CHMB St Brice-Antrain
Hélène LEBON	SPASAD Handicap Services 35
Laetitia COLLAUDIN	SSIAD Combourg Ass. Joséphine Le Bris
Corine JANIN	SSIAD CCAS de Rennes
Catherine CLOAREC	SSIAD CCAS de Rennes
Gregory ABHERVE GUEGUEN	SSIAD Morlaix ADS Pays de Morlaix
Bazille COJEAN	SSIAD CHU Brest-Carhaix

INTERVENANTS DE L'ATELIER INTITULÉ : « LA RELATION DU SSIAD AVEC SON ENVIRONNEMENT EXTERNE »

Nom de l'intervenant	Entité d'appartenance
Jean-Luc FRINAULT	SPASAD Acigné Handicap services 35
Claire MADEC	SSIAD Lesneven-Landerneau Amadeus Aide et Soins
Alain FESSELIER	SSIAD Guingamp ASAD Argoat
Lyse PEYROUSET	SSIAD Janzé ADMR des Dolmens
Isabelle TURPIN	SSIAD CCAS Grandchamp
Nathalie DELEURRE	SSIAD St Brice-Antrain CHMB
Céline ROY	SSIAD Dinard-Matignon ADSCE
Sylvia LE BRAS	SSIAD CHU Brest Carhaix
Stéphanie MORVAN	SSIAD CH de Douarnenez
Alexandra BEAUFILS	SSIAD Pont Scorff ADMR
Isabelle GOVEN	SSIAD Plélan le Grand Grand-Maure de Bretagne Ass. Vivons chez nous

INTERVENANTS DE L'ENTRETIEN COLLECTIF AVEC LES ACTEURS DU HANDICAP

Nom de l'intervenant	Entité d'appartenance
M. MENUT	AFM Genethon
M. FRINAULT	Collectif Handicap Service 35
M. FERNANDEZ	Collectif Handicap Service 35
Mme GRUEL	ADAPEI 35

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL

GLOSSAIRE (1/3)

ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AIS	Acte Infirmier de Soins
AMI	Acte Médical de Soins
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARACT	Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignante
ASG	Assistant de Soins en Gériatrie
AT	Accueil Temporaire
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CAF	Capacité d'Autofinancement
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD	Conseil Départemental
CH	Centre Hospitalier
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COTECH	Comité Technique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSI	Centre de Soins Infirmiers
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DASRI	Déchet d'Activité de Soins à Risques Infectieux assimilés
DIPEC	Document Individuel de Prise En Charge
DMP	Dossier Médical Partagé
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

GLOSSAIRE (2/3)

EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIG	Événement Indésirable Grave
EM	Equipe Mobile
ETP	Equivalent Temps Plein
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
FH	Foyer d'Hébergement
FHF	Fédération Hospitalière de France
FRNG	Fond de Roulement Net Global
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIN	Garde Itinérante de Nuit
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation à Domicile
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDEC	Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
IDEL	Infirmière Diplômée d'Etat Libérale
Loi NOTRe	Loi sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MND	Maladies Neuro-Dégénératives
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PA	Personne Âgée
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PEC	Prise En Charge
PH	Personne Handicapée
PMND	Plan Maladies Neuro-Dégénératives
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui

GLOSSAIRE (3/3)

PUV	Petite Unité de Vie
RA	Résidence Autonomie
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RPS	Risque Psycho-Social
SAAD	Service d'Aide à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapées
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SNAC	Service Numérique d'Appui à la Coordination
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TED	Trouble Envahissant du Développement
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TTC	Troubles du Comportement et de la Communication
UNA	Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL



SOMMAIRE DU QUESTIONNAIRE

I. PANORAMA DES SERVICES

- A. Caractérisation du service
 - B. Projet de service
-

II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

- 1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées**
 - A. Caractéristiques des patients accompagnés
 - B. Caractéristiques des prises en charge
 - C. Analyse du coût de la médicalisation
 - 2. Cohérence du niveau et de la typologie d'activité aux missions du service**
 - A. Politique d'admission
 - B. Politique de refus d'admission
 - C. Politique de gestion des attentes
 - 3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel**
 - A. Performance de l'organisation
 - B. Performance de la GRH
 - C. Qualité de vie au travail
 - D. Efficience et modernisation de l'organisation
 - E. Evaluation des besoins de l'utilisateur
-

III. COORDINATION DU PARCOURS ET REPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX

- 1. Lisibilité et adéquation du territoire d'intervention et de la politique d'admission aux besoins des personnes à accompagner**
 - 2. Emergence de besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service**
 - 3. Partenariat et qualité des collaborations**
 - A. Les partenaires du parcours
 - B. Les partenaires IDEL&CSI
 - 4. Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile**
 - 5. Projets de rapprochement**
-

IV. QUALITE DU SERVICE RENDU AU PATIENT

- 1. Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins**
 - 2. Prévention et gestion des risques**
 - 3. Formalisation des protocoles**
 - 4. La communication du SSIAD auprès du bénéficiaire**
 - 5. L'aide aux aidants**
-



I. Panorama des services

A. Caractérisation du service

- **Nom du service :**

- **Finess géographique :**

- **Nom du répondant :**

- **Mail de la personne** répondant au questionnaire (en cas de question) :

- **Année de mise en service** du service :

- **Nature du service** (SSIAD, SPASAD) :



I. Panorama des services

A. Caractérisation du service

- **Nature du gestionnaire :**

- CCAS-CIAS
- Centre hospitalier
- Association
- MUTUELLES
- EHPAD public autonome

- **Statut juridique** du gestionnaire :

- Privé à but non lucratif
- Privé à but lucratif
- Public

- Nombre de places autorisées **PA** :

- Nombre de places autorisées **PH** :



I. Panorama des services

B. Projet de service

- Définition d'un **projet de service** :

Oui Non

- Si oui, précisez la **date d'actualisation** du projet de service :

- Le projet de service inclut-il :

La présentation des principes d'intervention du service Oui Non

La description du projet d'accompagnement des patients
(prise en charge à l'entrée, nature des soins, projet
de soins, DIPC, organisation des soins, articulation
avec les autres intervenants, évaluation de la PEC) Oui Non

L'intégration des protocoles de prise en charge Oui Non



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

A. Caractéristiques des patients accompagnés

- Nombre de **bénéficiaires personnes âgées (PA)** :
- Nombre de **bénéficiaires personnes handicapées (PH)** :
- Nombre de personnes de la file active PA 2017 **en dérogation ou hors autorisation** :

Au 31.12.2017 (incluant les sorties temporaires et suspensions temporaires)

File active globale sur l'année (au 31.12.2107+ sorties sur l'année)

- Nombre de personnes de la file active PH en dérogation ou hors autorisation

Au 31.12.2017 (incluant les sorties temporaires et suspensions temporaires)

File active globale sur l'année (au 31.12.2107+ sorties sur l'année)



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

A. Caractéristiques des patients accompagnés

- Nombre de patients PA pris en charge selon leur condition de vie en 2017

Nombre de patients PA pris en charge à domicile	
Nombre de patients PA pris en charge en résidence autonomie/EHPA	
Nombre de patients PA pris en charge en habitat regroupé/adapté/inclusif	
Nombre de patients PA pris en charge en petite unité de vie (convention SSIAD)	

- Nombre de patients PH pris en charge selon leur condition de vie en 2017

Nombre de patients PH pris en charge à domicile	
Nombre de patients PH pris en charge en résidence autonomie	
Nombre de patients PH pris en charge en foyer d'hébergement	
Nombre de patients PH pris en charge en foyer de vie	
Nombre de patients PH pris en charge en habitat regroupé/adapté/inclusif	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

A. Caractéristiques des patients accompagnés

- Nombre de patients PA pris en charge en 2017 selon leur profil pathologique

Pathologie neurologique invalidante	
Pathologie locomotrice invalidant	
Syndrome démentiel	
Insuffisance cardiaque	
Cancer	
Pathologie neuromusculaire invalidante	
Insuffisance respiratoire	
Diabète insulino-dépendant	
Polypathologie	
Incapacité à réaliser seul 2 actes de la vie courante	
Ulcères-escarres-pansements complexes	
Soins palliatifs de fin de vie	
Dénutrition-déshydratation	
Autres	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

A. Caractéristiques des patients accompagnés

- Nombre de patients PH pris en charge en 2017 selon leur profil pathologique :

Type handicap moteur :

Pathologie Neurologique invalidante	
Pathologie neuromusculaire invalidante	
Lésions médullaires (paraplégie, tétraplégie...)	
Polyhandicap	

Pathologies associées :

Insuffisance cardiaque	
Insuffisance respiratoire (Trachéotomie, ventilation...)	
Diabète (DID/DNID)	
Poly pathologie	
Ulcères/escarres	
Soins palliatifs, de fin de vie	
Incapacité de réaliser seul 2 actes de la vie courante	
Atteintes multiples (Troubles de l'appareil locomoteur, troubles des fonctions d'élimination urinaire et fécale, trouble de l'appareil digestif, appareil respiratoire...)	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

B. Caractéristiques des prises en charge

- **Nombre de soins de base** réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PA :

Toilettes	
Mobilisation du transfert	
Aide au change pour patients incontinents	
Surveillance des fonctions d'élimination	
Aide ou surveillance alimentation	
Prévention d'escarres	
Prise de médicaments	

Durée moyenne des soins d'hygiène (en min)	
Durée moyenne des interventions (en min)	
Nombre de passage moyen par jour	
Nombre de passage moyen par semaine	

Prise en compte de l'évolution aggravation dans la prise en charge :

Nombre de personnes ayant nécessité une adaptation et/ou modification du plan d'aide en 2017	
Nombre d'adaptations des plans d'aide sur l'année 2017	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

B. Caractéristiques des prises en charge

- **Nombre de soins techniques** réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PA :

Pansements légers courants	
Préparation des médicaments	
Injection intraveineuse/prélèvement sanguin, contrôle de glycémie et injection d'insuline	
Pansements lourds et complexes	
Injection sous-cutanée/intramusculaire	
Autres	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

B. Caractéristiques des prises en charge

- **Nombre de soins de base** réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PH :

Toilettes	
Mobilisation du transfert	
Aide au change pour patients incontinents	
Surveillance des fonctions d'élimination	
Aide ou surveillance alimentation	
Prévention d'escarres	
Prise de médicaments	

Durée moyenne des soins d'hygiène (en min)	
Durée moyenne des interventions (en min)	
Nombre de passage moyen par jour	
Nombre de passage moyen par semaine	

Prise en compte de l'évolution aggravation dans la prise en charge :

Nombre de personnes ayant nécessité une adaptation et/ou modification du plan d'aide en 2017	
Nombre d'adaptations des plans d'aide sur l'année 2017	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

B. Caractéristiques des prises en charge

- **Nombre de soins techniques** réalisés et pris en charge en 2017 pour les places PH :

Pansements légers courants	
Préparation des médicaments	
Injection intraveineuse/prélèvement sanguin, contrôle de glycémie et injection d'insuline	
Pansements lourds et complexes	
Injection sous-cutanée/intramusculaire	
Aide à l'élimination (lavements médicamenteux, EMS)	
Soins de trachéotomie (changement de canule, pansement,...)	
Soins de gastrostomie (vérification du ballonnet, pansement...)	
Autres	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

B. Caractéristiques des prises en charge

- **Nombre de patients PA inclus dans la file active 2017 pour lesquels la prise en charge a nécessité les interventions en binômes suivantes :**

L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD (AS, AS-IDE,)

--

L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD

--

L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant

--

- **Nombre de patients PH inclus dans la file active 2017 pour lesquels la prise en charge a nécessité les interventions en binômes suivantes :**

L'intervention de plusieurs soignants du SSIAD (ex binôme AS, AS-IDE, IDEC-AS)

--

L'intervention d'un binôme SSIAD-SAAD

--

L'intervention d'un soignant SSIAD et de l'aidant

--

- **Nombre d'hospitalisations sur l'année 2017 :**

Nombre de patients

--

Nombre de journées

--

II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

1. Adéquation des ressources au niveau et au coût de médicalisation des personnes accompagnées

C. Analyse du coût de la médicalisation

- Répartition des actes AIS / AMI PA/PH en 2017 :

Nombre d'actes AIS (Acte de Soins Infirmier) Personnes âgées	
Nombre d'actes AIM (Acte Médico-Infirmier) Personnes âgées	
Nombre d'actes AIS (Acte de Soins Infirmier) Personnes handicapées	
Nombre d'actes AIM (Acte Médico-Infirmier) Personnes handicapées	

- Décomposition coût de la structure, en 2017 au périmètre de l'activité SSIAD, en € (Données suivies dans le cadre du tableau de bord de l'ANAP)

Total des recettes	
Total des charges	
Frais de personnel	
Honoraires versés aux libéraux (IDE, pédicure-podologue)	
Frais de déplacement des personnels salariés, (C6251 et 6256)	
Frais de déplacement des intervenants libéraux	
Frais de petit matériel	

- Taux d'endettement du SSIAD (en %)

Indicateur réalisé dans le cadre du tableau de bord de l'ANAP (dette à moyen et long termes / capitaux permanents)



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

2. Cohérence du niveau et de la typologie d'activité aux missions du service

A. Politique d'admission

- **Nombre de demandes d'entrée en 2017 pour les places PA :**
- **Nombre de demandes d'entrée en 2017 pour les places PH :**
- Hiérarchiser **les critères d'admission des patients** (PA et PH) du critère le plus prioritaire au moins prioritaire :

1 étant le critère prioritaire et 9 le critère le moins prioritaire

- Ancienneté d'inscription sur la liste d'attente
- Niveau de perte d'autonomie PA/PH
- Charge en soins
- Environnement social et familial
- Localisation géographique
- Urgences médico-sociales
- Sortie d'hospitalisation
- Réadmission
- Autres
- Si « autres », veuillez préciser :

- **Quels sont les critères de priorisation appliqués ?**



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

2. Cohérence du niveau et de la typologie d'activité aux missions du service

A. Politique d'admission

- **Les critères d'admission** sont-ils formalisés dans le projet de service :

Oui Non En projet

- **Existence d'une procédure/protocoles** pour l'admission :

Oui Non En projet



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

2. Cohérence du niveau et de la typologie d'activité aux missions du service

B. Politique de refus d'admission

- Nombre de refus d'admission en 2017 **pour les places PA** :
- Nombre de refus d'admission en 2017 **pour les places PH** :
- **Nombre de refus des patients** pour des places PA :

Manque de place	
Niveau de soins insuffisant	
Coût de l'IDEL trop élevé	
Temps de soin élevé	
PEC soir et WE impossible	
Patient ne relevant pas du SSIAD	
PEC trop légère	
Refus de l'utilisateur/proches	
Changement de situation de l'utilisateur de type hospitalisation	
Maintien de l'hospitalisation	
Décès	

- Nature des **relais proposés** en cas de refus pour des places PA :

SAAD	
IDEL	
SAAD+IDEL	
HAD	
Hospitalisation	
AT EHPAD (limitrophe)	
Autres	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

2. Cohérence du niveau et de la typologie d'activité aux missions du service

B. Politique de refus d'admission

- Nombre de **refus des patients** pour des places PH :

Manque de place	
Niveau de soins insuffisant	
Coût de l'IDEL trop élevé	
Temps de soin élevé	
PEC soir et WE impossible	
Patient ne relevant pas du SSIAD	
PEC trop légère	
Refus de l'utilisateur/proches	
Changement de situation de l'utilisateur de type hospitalisation	
Maintien de l'hospitalisation	
Décès	

- Nature des **relais proposés** en cas de refus pour des places PH : :

SAAD	
IDEL	
SAAD+IDEL	
HAD	
Hospitalisation	
EHPAD	
Autres	

Si « autres », veuillez préciser :



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

2. Cohérence du niveau et de la typologie d'activité aux missions du service

C. Politique de gestion des attentes

- Modalités de **constitution de la liste d'attente** (commentaires complémentaires aux critères de priorisation des demandes)
 -
- Modalités **d'actualisation de la liste d'attente** (commentaires complémentaires aux critères de priorisation des demandes)
- Périodicité de **l'actualisation de la liste d'attente** :
 - En temps réel
 - Hebdomadaire
 - Mensuelle
 - Trimestrielle
 - Périodicité supérieure au trimestre
- Nombre de **personnes en liste d'attente** pour une place PA au 31/12/17 :
- Nombre de **personnes en liste d'attente** pour une place PH au 31/12/17 :



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

A. Performance de l'organisation

- **Taux d'occupation** des places financées PA (en %)
- **Taux d'occupation** financées PH (en %)
- Identifiez-vous des **besoins de transformation de places** ?

PA vers PH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
PH vers PA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pas de besoin identifié de transformation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- **Taux de rotation des places PA** financés dans l'année
- **Taux de rotation des places PH** financés dans l'année



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

A. Performance de l'organisation

- **Nombre patients PA sortis en 2017** selon leur durée de prise en charge :

< 6 mois	
Entre 6 mois et 1 an	
Entre 1 et 2 ans	
Entre 2 et 5 ans	
> 5 ans	

- **Nombre de patients PH sortis en 2017** selon leur durée de prise en charge :

< 6 mois	
Entre 6 mois et 1 an	
Entre 1 et 2 ans	
Entre 2 et 5 ans	
> 5 ans	



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

B. Performance de la GRH

- **Tableau des effectifs en nombre d'ETP** au 31/12/2017

Ne remplir la répartition PA et PH que si elle applicable :

	Total	Dont PA	Dont PH
IDE coordonnateur			
Infirmier soignant			
Ergothérapeute			
Psychomotricien			
Aide-soignants			
Aide médico-psychologiques			
Assistant de soins en gérontologie			
Psychologue			
Directeur			
Autre personnel administratif			
Autre personnel			



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

B. Performance de la GRH

- **Tableau des effectifs vacants en nombre d'ETP** au 31/12/2017 :

	Total	Dont PA	Dont PH
IDE coordonnateur			
Infirmier soignant			
Ergothérapeute			
Psychomotricien			
Aide-soignants			
Aide médico-psychologiques			
Assistant de soins en gériatrie			
Psychologue			
Directeur			
Autre personnel administratif			
Autre personnel			

- Motifs de vacance :
- Comment sont **gérés les remplacements de personnel en cas d'absence prévue** ?
- Comment sont gérés **les remplacements de personnel en cas d'absence imprévue** ?



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

B. Performance de la GRH

- Solutions mises en œuvre pour **améliorer le recrutement des intervenants** :

Lien direct avec les acteurs de l'emploi local	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Recours à une structure externe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Recours à une plateforme d'emploi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Appui sur un groupement d'employeur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Mutualisation des solutions avec d'autres SSIAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet

- Part du budget consacré à la formation (en %)**

Calcul : budget 2017 consacré à la formation / total des charges groupes I, II, III) :

- Concernant **la formation des professionnels intervenants en 2017** :

Mise en place d'un plan de formation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Existence d'une plateforme de formation interne pour le gestionnaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Mutualisation du recours aux formations (logistique, places, etc.) avec d'autres SSIAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet

- La difficulté d'accès aux formations sont-elles **un frein à la réalisation du plan de formation** ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

B. Performance de la GRH

- Mise en place **d'un processus d'intégration des nouveaux intervenants** :

Mise en place d'un processus d'intégration des nouveaux arrivants

Systématique Occasionnellement Jamais

Interventions en doublons avec les nouveaux arrivants

Systématique Occasionnellement Jamais

Suivi de l'intégration des nouveaux arrivants

Systématique Occasionnellement Jamais

- Des **réunions d'équipe** sont-elles organisées ?

Réunions de transmission	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fréquence de ces réunions	<input type="checkbox"/> hebdo <input type="checkbox"/> bimensuelle <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> autres

Si autres, préciser :

Réunions de service autour de thématiques diverses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fréquence de ces réunions	<input type="checkbox"/> hebdo <input type="checkbox"/> bimensuelle <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> autres

Si autres, préciser :



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

B. Performance de la GRH

- Comment sont **organisées les transmissions dans le service** ?

Passages quotidiens	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Passages hebdomadaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pas de passage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Utilisation du téléphone	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

C. Qualité de vie au travail

a. Les difficultés rencontrées

- Qualifiez **le niveau de difficulté rencontré par les intervenants** :
(Score de 1 à 3, 1 valant pour une difficulté peu présente et 3 très présente)

Usure/pénibilité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Solitude	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Difficultés psychologiques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Manque de reconnaissance	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

C. Qualité de vie au travail

b. Soutien du personnel

- **Mise en place des réunions de supervision** avec une psychologue :

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

Hebdomadaire bimensuelle mensuelle service disponible en continu autres

- **Autres dispositions de soutien au personnel :**

Mise en place d'entretien à la demande d'un professionnel Oui Non

Mise en place d'une supervision en cas de difficulté Oui Non

- Si oui, précisez le mode de supervision proposé (réunion d'équipe, appel) et la fréquence de suivi de l'intervenant :



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

C. Qualité de vie au travail

b. Soutien du personnel

- Mise en place **de dispositifs de prévention liés à la qualité de vie au travail** pour les intervenants :

Risques psycho-sociaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Risques routiers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si « Autre », préciser :

- **Ces dispositifs de prévention sont-ils mutualisés ?**

Avec d'autres SSIAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avec des SAAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avec d'autres structures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, veuillez préciser :



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

D. Efficience et modernisation de l'organisation (Outils de suivi et de pilotage, coopérations)

- **Pilotage de l'activité :**

Mise en place de tableaux de bord Oui Non En projet

- Si oui, **quelle utilisation faites-vous du tableau de bord ?**

- Mise en place **d'outils de télégestion :**

Suivi des interventions Oui Non En projet

Facturation Oui Non En projet

Transmission dématérialisée des plannings Oui Non En projet



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

D. Efficience et modernisation de l'organisation (Outils de suivi et de pilotage, coopérations)

- **Dématérialisation** de la gestion des interventions :

Suivi dématérialisé des transmissions	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Dématérialisation du dossier patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Outil de liaison à domicile sur les interventions et l'état du patient dématérialisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Accès au planning par smartphone pour les intervenants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Accès au dossier patient par smartphone pour les intervenants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet



II. EFFICIENCE DE LA GESTION ET DE LA GOUVERNANCE

3. Organisation et supervision du travail à domicile des équipes soignantes et parcours professionnel.

E. Evaluation des besoins de l'utilisateur

- **Présence de l'IDEC :**

Evaluation des besoins	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais
Suivi-du plan d'accompagnement	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais
Evolution des besoins	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais
Risque de rupture de parcours	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais

- **Prise en charge des bénéficiaires :**

Mise en place d'un système de référent bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais
Mobilisation des intervenants dans le repérage des situations à risque / de l'évolution des besoins	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais
Existence d'un dossier individuel de prise en charge (DIPEC)	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais
Elaboration d'un projet personnalisé	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais
Organisation de réunions de synthèse patient	<input type="checkbox"/> Systématique	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

1. Adéquation du territoire d'intervention aux besoins des personnes à accompagner

- **Nombre de communes du secteur** sur lesquelles le SSIAD n'est pas intervenu en 2017 au titre des places PA :

- **Nombre de communes du secteur** sur lesquelles le SSIAD n'est pas intervenu en 2017 au titre des places PH :

- Besoin de **modification de la couverture territoriale au titre des places PA** :

Oui Non

- Besoin de **modification de la couverture territoriale au titre des places PH** :

Oui Non

- Si oui, pour quels motifs :

- Suivi des déplacements :

Nombre de km effectués en 2017 avec les véhicules de service	
Nombre de km payés aux IDEL	
Nombre de km remboursés aux salariés ayant utilisé leur véhicule	



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

2. Emergence de besoins d'accompagnement nouveaux/évolutifs et stratégie d'adaptation des modes d'intervention du service

- Rencontrez-vous **des besoins de prise en charge des patients** nécessitant le développement/l'identification de places de SSIAD spécifiques suivantes ?

SSIAD de nuit jusque 1h ou jusque 7h avec téléassistance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Garde itinérante de nuit commune avec un SAAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
SSIAD Maladies neurodégénératives (autres qu'Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
SSIAD post-hospitalisation (PEC 1 mois)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
SSIAD Personnes handicapées vieillissantes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

A. Les partenaires du parcours

- **Fréquence du partenariat** avec les partenaires suivants :

HAD	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
SAAD	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
SAMSAH	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
SAVS	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
Equipe Mobile de Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
Hôpital MCO	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
SSR	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
EHPAD	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
Accueil de jour ou hébergement temporaire	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant
Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Très régulier	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Rare	<input type="checkbox"/> Inexistant



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

A. Les partenaires du parcours

- Pour les patients communs, **des visites communes à domicile sont-elles organisées ?**

HAD	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SAAD	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SAMSAH	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SAVS	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Equipe Mobile de Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Hôpital MCO	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SSR	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
EHPAD	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Accueil de jour ou hébergement temporaire	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

A. Les partenaires du parcours

- **Une organisation coordonnée de la prise en charge est-elle organisée** (coordination des plannings, des relais de prise en charge) ?

HAD	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SAAD	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SAMSAH	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SAVS	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Equipe Mobile de Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Hôpital MCO	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
SSR	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
EHPAD	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Accueil de jour ou hébergement temporaire	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné
Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Systématiquement	<input type="checkbox"/> Si nécessaire	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Non concerné



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

A. Les partenaires du parcours

- Des outils de partage d'information sont-ils mis en place et dématérialisés ?

HAD	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
SAAD	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
SAMSAH	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
SAVS	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
Equipe Mobile de Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
Hôpital MCO	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
SSR	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
EHPAD	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
Accueil de jour ou hébergement temporaire	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils
Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Outils existant	<input type="checkbox"/> Outils dématérialisés	<input type="checkbox"/> Absence d'outils



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

A. Les partenaires du parcours

- **Les outils avec les médecins traitants prescripteurs :**

Fiche médicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Courrier de début/de fin de PEC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Plan de soins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- **Appréciation de la collaboration avec les partenaires** (préciser le partenaire et la remarque associée)



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

B. Les partenaires IDEL & CSI

a. Niveau de recours

- **Nombre d'IDEL/CSI conventionnés** en 2017

- **Coût associé** en 2017, en €

- **Mode d'externalisation** aux IDEL/CSI :

Totale

Partielle



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

B. Les partenaires IDEL & CSI

b. Motifs de recours aux IDEL & CSI

- **Le recours aux IDEL / CSI est-il lié au type d'acte réalisé** (au regard de la nomenclature NGAP) ?

Oui Non

- Si oui, **décrire le type d'acte nécessitant un recours aux IDEL/CSI :**

- **Le recours aux IDEL / CSI est-il lié à la durée d'accompagnement ?**

Oui Non

Si oui,

Courte durée Oui Non

Soins chroniques Oui Non

Urgences Oui Non



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

B. Les partenaires IDEL & CSI

b. Motifs de recours aux IDEL & CSI

- **Le recours aux IDEL / CSI est-il lié à l'origine de la demande ?**

Oui Non

Si oui,

Sortie d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Demandes urgentes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Demandes ponctuelles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Compétences techniques spécifiques (dialyse, oncologie, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Séjour/vacances	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hébergement temporaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accueil familial de weekend (domicile des parents)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- **Le recours aux IDEL / CSI est-il lié au manque de RH (absentéisme ponctuel, ASL) ?**

Oui Non



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

3. Partenariat et qualité des collaborations (activité et/ou financement et/ou parcours – objectivation des difficultés)

B. Les partenaires IDEL & CSI

b. Motifs de recours aux IDEL & CSI

- **Nombre d'actes externalisés auprès des IDEL / CSI, en 2017 pour les places PA :**

Nombre d'actes AIS (Acte de Soins Infirmier) Personnes âgées externalisés	
Nombre d'actes AIM (Acte Médico-Infirmier) Personnes âgées externalisés	

- **Nombre d'actes externalisés auprès des IDEL / CSI, en 2017 pour les places PH :**

Nombre d'actes AIS (Acte de Soins Infirmier) Personnes handicapées externalisés	
Nombre d'actes AIM (Acte Médico-Infirmier) Personnes handicapées externalisés	

- **Nombre de refus de conventionnement de la part des IDEL/CSI, en 2017 :**

- **Appréciation de la collaboration avec les IDEL/CSI :**



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

4. Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile.

- Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance durant l'année 2017 pour les places PA :

Domicile,	
Etablissement de santé	
Etablissement médico-sociaux	
Provenance inconnue	

- Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance durant l'année 2017 pour les places PH :

Domicile,	
Etablissement de santé	
Etablissement médico-sociaux	
Provenance inconnue	



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

4. Positionnement et interaction du SSIAD dans le parcours du patient avec les autres intervenants au domicile.

- **Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours sur le territoire :**

CLIC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Table tactique MAIA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commission Gestion de cas MAIA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
PTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Filière gériatrique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réponse Accompagnée Pour Tous	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Instances de coordination des établissements PH	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si autre, préciser

- **Processus de gestion des sorties provisoires ou des hospitalisations :**

Mise en place d'un protocole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Application d'un processus non formalisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- **Autres démarches relatives à la structuration des parcours :**



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

5. Projets de rapprochement

- **Projet de rapprochement envisagés inter-SSIAD ou avec d'autres partenaires à la date de saisie du questionnaire :**

Oui Non

- **Nature du regroupement considéré :**

Fusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mutualisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Groupement (GCSMS - GIE - autre)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Développement d'une structure de type SPASAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- **Acteurs mobilisés dans la démarche de rapprochement :**

Autres SSIAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
SAAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
HAD	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Equipe mobile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réseaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Professionnels ayant une compétence technique spécifique (référents qualité / ergothérapeutes / psy / autre)"	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



III. Coordination du parcours et réponse aux besoins territoriaux

6. La communication du SSIAD auprès du bénéficiaire et des partenaires

- **Mise en place d'une communication à destination des usagers :**

Oui Non

- **Mise en place d'une communication à destination des professionnels sur le territoire :**

Oui Non

- **Si oui, modalités de communication à destination des professionnels :**

Diffusion de plaquettes sur le territoire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Diffusion sur site internet	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Organisation de rencontres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Participation à des colloques/manifestations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet

- Si autres, précisez :



IV. Qualité du service rendu au patient

1. Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins.

- **Modalités d'organisation de la continuité des soins le soir et le WE :**

- | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Appui sur les IDEL, | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Appui sur les SAAD | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Appui sur la Famille | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- **En cas d'absence prévue ou imprévue des intervenants :**

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Modification des tournées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Rappel du personnel en repos, | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Appui sur l'astreinte technique, | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Allongement des temps partiel, | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Recours à l'intérim | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |



IV. Qualité du service rendu au patient

1. Continuité et sécurité de l'accompagnement et des soins.

- **Mise en place d'une astreinte administrative :**

Oui Non En projet

- **Si oui, est-elle mutualisée entre plusieurs structures ?** Oui Non En projet

- **Si oui, cette astreinte répond-elle à un besoin des usagers ?** Oui Non

Si non, pourquoi ?

- **Mise en place d'une astreinte technique d'intervention (et situation d'urgence) :**

Oui Non En projet

- **Si oui, est-elle mutualisée entre plusieurs structures ?** Oui Non En projet

- **Si oui, cette astreinte répond-elle à un besoin des usagers ?** Oui Non

Si non, pourquoi ?

- **Préciser le fonctionnement des astreintes administratives et techniques ?** (en journée, après la tournée et la nuit, le dimanche et les jours fériés)

- **Fréquence des astreintes techniques mobilisées en 2017 :**

Nombre d'heures d'astreintes rémunérées



IV. Qualité du service rendu au patient

2. Prévention et gestion des risques

Mise en place et mobilisation d'outils de prévention (chutes, dénutrition, MND, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Mise en place d'une politique de prévention de la maltraitance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Processus d'autoévaluation et de questionnaires de satisfaction auprès des usagers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Processus de signalement des événements indésirables et EIG	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Pratiques de préventions des risques concernant les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet
Existence d'un dispositif de sécurisation du circuit du médicament (préparation, administration, suivi du traitement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En projet

IV. Qualité du service rendu au patient

3. Formalisation des protocoles

Formalisation des protocoles génériques (chutes, escarres, douleur, contention) Oui Non En projet

Formalisation des protocoles spécifiques (TC, déficience, TM) Oui Non En projet

Formalisation d'une démarche de lutte contre l'isolement des personnes Oui Non En projet

Utilisation de l'outil de repérage des signes de fragilité Oui Non En projet



IV. Qualité du service rendu au patient

4. Aide aux aidants

- **Actions en faveur des aidants proposées par le service :**

Participation de l'aidant à l'élaboration du projet d'accompagnement Oui Non En projet

Organisation de groupes de parole pour les aidants, Oui Non En projet

Organisation d'entretiens individuels Oui Non En projet

Organisation d'ateliers de prévention Oui Non En projet

Aide dans les démarches administratives Oui Non En projet

- **Formalisation d'une démarche de repérage des signes d'épuisement des aidants :**

Oui Non En projet

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL



SOMMAIRE

I. Territorialisation de l'offre

A. Organisation de l'offre dans l'accès aux soins

A. Structuration des parcours

II. Qualité de service

A. Volet bénéficiaire

B. Volet professionnels



I. Territorialisation de l'offre

A. Organisation de l'offre dans l'accès aux soins

1. Quels conventionnements entre l'HAD et les SSIAD ?

2. Quels outils pour la coopération avec les SSIAD ?

- Plannings
- Niveau de dématérialisation
- Zones de vigilance et bonnes pratiques observées

3. Quels outils de transmission d'information au domicile ? Sont-ils partagés ou non ?

- Niveau de dématérialisation
- Zones de vigilance et bonnes pratiques observées



I. Territorialisation de l'offre

A. Organisation de l'offre dans l'accès aux soins

4. Quels outils de transmission d'information sur les situations ?

- Niveau de dématérialisation
- Dossier médical partagé

5. Quelles pratiques de coopération et de coordination ?

- Participation à des réunions de synthèse

6. Dans le cadre des interventions conjointes SSIAD/HAD :

- Quels sont, selon vous, les avantages de telles interventions pour le bénéficiaire ? pour les professionnels,
- Quelles sont les difficultés rencontrées ?

7. Quels enjeux spécifiques lors de la mise en place d'un relai SSIAD-HAD ou HAD-SSIAD :



I. Territorialisation de l'offre

B. Structuration des parcours

8. Quelle participation commune à des démarches relatives à la structuration des parcours sur le territoire ?

- CLIC, Table tactique MAIA, Gestion de cas MAIA, PTA, Filière gériatrique
- Dans le cadre du relais vers une prise en charge en établissement



II. Qualité du service

A. Volet bénéficiaire

9. Quels sont les impacts d'une prise en charge commune SSIAD - HAD, sur la qualité du service rendu ?

10. Quels sont les impacts d'un relai de prise en charge HAD vers SSIAD ou SSIAD vers HAD sur la qualité du service rendu ?

11. Outils ou protocoles relatifs à la qualité d'intervention ?



II. Qualité du service

A. Volet professionnels

12. Quelles pratiques de passage de relai entre les deux acteurs (HAD-SSIAD ou SSIAD-HAD) ?

13. Quels impacts pour les professionnels ?

CAHIER DES ANNEXES

1/ Caractéristiques des patients accompagnés

2/ Caractéristiques des prises en charge

3/ Politique d'admission

4/ Qualité de vie au travail

5/ Partenariats et qualité de la coordination

6/ Qualité du service rendu au patient

7/ Liste des entretiens et des intervenants aux ateliers et groupes de travail

8/ Glossaire

9/ Trame de questionnaire

10/ Guide d'entretien avec l'HAD

11/ Guide d'entretien avec les IDEL



SOMMAIRE

I. Territorialisation de l'offre

A. Appréciation des synergies entre les IDEL et les SSIAD

II. Qualité de service

A. Impacts de l'externalisation sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires

B. Impacts de l'externalisation sur la qualité de vie au travail



I. Territorialisation de l'offre

A. Appréciation des synergies entre les IDEL et les SSIAD

Le mode de recours à l'externalisation des actes infirmiers auprès des IDEL :

- Quelles habitudes de partenariat avec les SSIAD ? (*Durée, fréquence, nombre de SSIAD*)
- Quelles pratiques de conventionnement avec les SSIAD ? (Convention unique avec plusieurs SSIAD ? Plusieurs conventions ?)
- Motif de recours des IDEL par les SSIAD selon les IDEL ? (Stabilité d'emploi, actes réguliers, autres) ?
- Motif de recours des SSIAD aux IDEL selon les IDEL (Coûts, compétences techniques spécifiques, absence des intervenants classiques, etc.) ?
- Typologie d'actes généralement sous-traités ? (Niveau de technicité particuliers, actes spécifiques ou non)
- Modalités de coordination des interventions par le SSIAD ? Gestion des plannings, information, intégration

Mêmes modalités de coordination des interventions qu'avec les autres employés IDE du SSIAD ?

- Bonnes pratiques observées ?
 - Zones de vigilance identifiées ?
 - Homogénéité des pratiques et des constats entre les SSIAD ?



II. Qualité de service

A. Impacts de la l'externalisation sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires

- Comment l'IDEL s'intègre-t-elle dans les politiques du SSIAD relatives à la qualité des interventions ? Implication dans les politiques de prévention de la maltraitance ; de prévention de la perte d'autonomie (chutes, dénutrition, MND, etc.)
- Accès aux outils déployés par les SSIAD ?
- Implication dans le processus de signalisation des événements indésirables et EIG ?
- Implication dans le processus d'adaptation des plans de soins à l'évolution de l'état du bénéficiaire ?
- Constats homogènes entre les SSIAD ?



II. Qualité de service

A. Impacts de l'externalisation sur la qualité du service rendu aux bénéficiaires

Continuité de services pour le bénéficiaire :

- Mobilisation des IDEL sur des horaires spécifiques, assurant une continuité de service pour l'utilisateur en dehors des heures classiques d'intervention ?
- Le recours aux IDEL est-il privilégié ou au contraire évité dans le cadre de pathologies spécifiques ? (Aides techniques spécifiques, Fin de vie, Troubles psychiques, MND)
- Mode de continuité de l'intervention de l'IDEL dans le temps pour un même bénéficiaire ?
- Quid en cas de congés ou d'empêchement de l'infirmier libéral ?
- Mode d'articulation avec les autres acteurs ? (Notamment les SAAD, l'HAD)
- Quelles pratiques de passage de relai SSIAD/IDEL en cas de poursuite de l'intervention auprès du même bénéficiaire ?
- Comment l'IDEL s'intègre dans les politiques du SSIAD relative à la structuration des parcours ? Dans le cadre des admissions ?
- Dans le cadre des transitions vers un autre mode de prise en charge ? Dans le cadre d'une fin de prise en charge ?
- Quelle participation des IDEL en cas de sous-traitance dans les instances de régulation territoriale de l'offre ? CLIC MAIA CCAS, etc.



II. Qualité de service

B. Impacts de l'externalisation sur la qualité de vie au travail

- Quel parcours d'intégration des IDEL ?
- Quel accès aux ressources internes du SSIAD ?
- Quels besoins en formation des IDEL ?
- Quels sont les impacts de la sous-traitance sur les conditions de travail des IDEL ? (Notamment sur la précarisation ou au contraire la sécurisation de l'emploi)
- Quels sont les impacts de la sous-traitance sur les conditions de travail des salariés des SSIAD ?