# DIAGNOSTIC RÉGIONAL des SSIAD et SPASAD

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

## VOLET 1 : ÉTAT DES LIEUX

Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté

la santé pour territoire

# Contexte

La politique de maintien à domicile est un enjeu majeur notamment depuis l'amorce du virage ambulatoire.

Les services de soins infirmiers à domicile ont été créés dans les années 70. D'abord destinés à la prise en charge des personnes âgées, ils s'adressent depuis 2004 aux adultes de moins de 60 ans en situation de handicap ou présentant une pathologie chronique. Les soins dispensés à domicile par le personnel soignant des SSIAD font l'objet d'une prescription médicale et sont intégralement financés par l'Assurance Maladie. Ils comportent des soins relationnels et de base ainsi que des soins techniques.

Le décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques et de fonctionnement des SSIAD abrogé par le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005, la circulaire du 28 février 2005 et les articles R. 314-137, R. 314-138, D. 312-1 à D. 312-5-1 du CASF constituent le socle des dispositions spécifiques aux SSIAD.

Crées en 2004, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont, au sens des 6° et 7° de l'art L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des services médico-sociaux. Ils sont soumis aux droits et aux obligations de l'ensemble des établissements et services sociaux et médicosociaux, auxquels s'ajoutent des dispositions règlementaires spécifiques.

Les politiques nationales ont cherché en 2009-2010 à aller plus loin en proposant un nouveau modèle de tarification pour ces structures afin qu'elles puissent répondre aux enjeux de l'augmentation croissante des maladies chroniques et des besoins liés au virage ambulatoire. A l'heure actuelle, le projet malgré une seconde enquête en 2012, n'a pas vu le jour. Néanmoins en 2017 la DGCS a relancé une étude sur la mesure des coûts en SSIAD en partenariat avec l'ATIH, son objectif est d'aboutir à une nouvelle forme de tarification de ces services à l'horizon 2020.

Dans le même temps la société n'a de cesse d'évoluer et les projections INSEE des patients âgées de plus de 75 ans d'ici à 2030 nous engagent à devoir préparer l'avenir en restructurant notamment l'offre de soins en SSIAD/SPASAD à l'échelle régionale.

Les structures en faveur du soutien à domicile doivent faire face à de nouvelles problématiques, s'adapter à une demande de plus en plus croissante et des caractéristiques de prise en charge des patients en évolution.

Par ailleurs, dans le cadre de la politique d'accompagnement en faveur des personnes âgées, la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA) a alloué entre 2012 et 2016 des crédits qui ont permis la création de places supplémentaires. Cela s'est traduit sur les territoires et notamment en Bourgogne Franche-Comté (BFC) davantage par une augmentation des capacités d'accueil de certains SSIAD autorisés que par la création de nouveaux SSIAD/SPASAD. Cependant, le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) BFC 2016-2020 ne prévoit pas la création de nouvelles places en SSIAD/SPASAD (aucuns crédits nationaux supplémentaires).

Fin 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement par son article 49 donne une impulsion nouvelle aux SSIAD puisqu'il promeut le développement des expérimentations de services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD).

Les gestionnaires uniques de SSIAD et de SAAD qui pouvaient depuis 2004 être autorisés en SPASAD ainsi que les gestionnaires indépendants de SSIAD et de SAAD ont eu la possibilité de s'inscrire dans cette expérimentation avec pour objectif la mise en place d'une organisation et d'un fonctionnement totalement intégré. Suite à l'appel à candidature régional lancé par l'ARS BFC et les Conseils Départementaux (CD) en juin 2016, 36 SPASAD sont entrés en expérimentation.

L'une des clés de réussite au développement des SPASAD repose sur la responsabilité des politiques publiques à identifier précisément les problématiques des services dont ils ont la tutelle, de façon à structurer les niveaux de prise en charge des patients au sein de ces structures.

La politique de soins pilotée par l'ARS (offre en SSIAD) doit donc être clairement définie et pouvoir s'articuler avec la politique de l'aide et de l'accompagnement de chaque département (offre en SAAD) de façon à préfigurer l'offre SPASAD à venir.

Dans ce contexte, il est donc apparu comme nécessaire pour l'ARS BFC de procéder en tout premier lieu à un diagnostic régional de l'offre en SSIAD / SPASAD autorisés. Cette étape préalable doit permettre la construction d'un plan d'actions concerté, pour les 5 années à venir, venant appuyer les orientations stratégiques du projet régional de santé 2 qui démarrera au 1er janvier 2018.

**A noter que l'offre de services en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) rattachés aux SSIAD/SPASAD fait l'objet d'un traitement à part dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Maladies Neurodégénératives (PMND).**

# Missions et enjeux

Le diagnostic régional, par la vision qu'il apporte doit permettre :

- De décrire l'offre actuelle en SSIAD / SPASAD autorisés selon différents critères tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif (*cf. Volet 1 : ETAT DES LIEUX*)

- D'identifier parmi les constats opérés dans l'état des lieux, les problématiques et de proposer pour chacune d'elles des leviers d'actions devant être mis en place (*cf. Volet 2 : ANALYSE ET PERSPECTIVES*)

Les problématiques portées à la connaissance de l'ARS par les gestionnaires de SSIAD / SPASAD sont les suivantes :

- Embolisation des services : liste d'attente, difficulté à répondre rapidement aux sorties d'hospitalisation…
- Augmentation significative du coût des soins infirmiers (augmentation des actes médicaux infirmiers) ayant un impact important sur l'équilibre financier de la structure (ex : patient dont le coût des soins infirmiers s'élèvent à 2 à 3 fois le coût place du SSIAD / SPASAD
- Augmentation de la dépendance des patients pris en charge : actes de nursing de plus en plus lourds…
- Défaut de structuration dans l'articulation avec les autres acteurs de santé de l'offre ambulatoire et plus particulièrement du domicile pour une prise en charge coordonnée garante d'un parcours de soins efficace du patient
- Absence de création possible de nouvelles places : pas de crédits CNSA (PRIAC 2016-2020)
- Disparités parfois importantes dans les taux d'occupation entre les SSIAD / SPASAD et entre les départements
- Découpage territorial ancien, et pas toujours pertinent tant au regard de l'adaptation de l'offre aux besoins locaux qu'au regard des objectifs de suivi et de pilotage régional poursuivis par l'ARS
- Manque de connaissance sur les besoins des publics PH pour une adaptation de l'offre en SSIAD / SPASAD en complémentarité des autres services de maintien à domicile de ces publics

Le diagnostic régional doit pouvoir valider ou invalider l'existence de ces problématiques, les quantifier à l'échelon régional, départemental voire parfois infra territorial de façon à identifier si elles constituent une priorité dans la structuration régionale efficiente de l'offre.

Le diagnostic doit pouvoir apporter les éléments nécessaire à :

- **l'analyse de la répartition de l'offre sur le territoire** : est-elle adaptée aux besoins ? est-elle facilement évaluable ?
- **l'analyse des modalités de partenariat des SSIAD / SPASAD avec le reste de l'offre sanitaire et ambulatoire** : sont-elles garantes d'un parcours de soins coordonné du patient ?
- **l'analyse des organisations internes des SSIAD / SPASAD** : sont-elles efficientes et au service de la qualité de la PEC des patients?

Le diagnostic est complété d'un travail de recommandations de bonnes pratiques de ce que pourrait être un « SSIAD efficient type » : nombre de places théorique, périmètre d'intervention optimal, temps soignant type, modalités d'organisation des soins médico-infirmiers… L'étude complémentaire est réalisé en parallèle par le Cabinet ABAQ, en lien avec l'ARS BFC.

**Le volet 1 du diagnostic régional (état des lieux) vise à présenter ci-dessous les constats et photographies de l'offre en SSIAD/SPASAD. Ils ont pu être réalisés par le biais :**

- **des comptes administratifs 2015 déposés par les 84 gestionnaires et analysés par l'ARS BFC**

- **d'une enquête envoyée à chaque site ou secteur SSIAD (146) de la région (données[1] au 31.12.2016).**

[1] Ces données sont déclaratives.

# Sommaire

En Bourgogne-Franche-Comté ..... 13

Partie I : ..... 15

Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur les territoires ..... 15

1. Grandes données nationales, régionales et départementales ..... 16
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 22
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 33
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 36
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 41
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 45

Partie II : ..... 49

Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 49

1. Les grandes données régionales ..... 51
2. Partenariat avec l'HAD ..... 55
3. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 57

Partie III : ..... 61

Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 61

1. Qualité de la Prise en charge ..... 62
2. L'efficience de la prise en charge ..... 68

Conclusion ..... 71

Département de la Côte d'Or ..... 73

Partie I : ..... 75

Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 75

1. Grandes données départementales ..... 76
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 78
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 85
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 87
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 89
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 90

Partie II : ..... 93

Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 93

1. Partenariat avec l'HAD ..... 94
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 95

Partie III : ..... 97
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 97
1. Qualité de la Prise en charge ..... 98
2. L'efficience de la prise en charge ..... 101
Conclusion ..... 103
Département du Doubs ..... 105
Partie I : ..... 107
Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 107
1. Grandes données départementales ..... 108
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 110
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 117
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 120
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 122
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 124
Partie II : ..... 125
Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 125
1. Partenariat avec l'HAD ..... 126
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 127
Partie III : ..... 129
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 129
1. Qualité de la Prise en charge ..... 130
2. L'efficience de la prise en charge ..... 133
Conclusion ..... 135
Département du Jura ..... 137
Partie I : ..... 139
Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 139
1. Grandes données départementales ..... 140
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 142
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 147
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 149
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 151
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 152
Partie II : ..... 153
Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 153

1. Partenariat avec l'HAD ..... 154
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 155
Partie III : ..... 157
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 157
1. Qualité de la Prise en charge ..... 158
2. L'efficience de la prise en charge ..... 160
Conclusion ..... 162
Département de la Nièvre ..... 163
Partie I : ..... 165
Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 165
1. Grandes données départementales ..... 166
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 168
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 176
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 178
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 180
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 182
Partie II : ..... 183
Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 183
1. Partenariat avec l'HAD ..... 184
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 185
Partie III : ..... 187
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 187
1. Qualité de la Prise en charge ..... 188
2. L'efficience de la prise en charge ..... 191
Conclusion ..... 193
Département de la Haute-Saône ..... 195
Partie I : ..... 197
Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 197
1. Grandes données départementales ..... 198
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 200
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 207
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 209
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 211
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 213
Partie II : ..... 215

Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 215
1. Partenariat avec l'HAD ..... 216
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 217
Partie III : ..... 219
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 219
1. Qualité de la Prise en charge ..... 220
2. L'efficience de la prise en charge ..... 223
Conclusion ..... 225
Département de la Saône-et-Loire ..... 227
Partie I : ..... 229
Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 229
1. Grandes données départementales ..... 230
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 232
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 237
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 239
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 241
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 243
Partie II : ..... 245
Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 245
1. Partenariat avec l'HAD ..... 246
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 247
Partie III : ..... 249
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 249
1. Qualité de la Prise en charge ..... 250
2. L'efficience de la prise en charge ..... 253
Conclusion ..... 255
Département de l'Yonne ..... 257
Partie I : ..... 259
Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 259
1. Grandes données départementales ..... 260
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 262
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 267
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 269
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 271

6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 273
Partie II : ..... 275
Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 275
1. Partenariat avec l'HAD ..... 276
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 277
Partie III : ..... 279
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 279
1. Qualité de la Prise en charge ..... 280
2. L'efficience de la prise en charge ..... 282
Conclusion ..... 284
Département du Territoire de Belfort ..... 285
Partie I : ..... 287
Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire ..... 287
1. Grandes données départementales ..... 288
2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteint de maladie chronique) ..... 290
3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD ..... 294
4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge ..... 295
5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC) ..... 297
6. Accès aux soins des personnes handicapées ..... 299
Partie II : ..... 301
Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers) ..... 301
1. Partenariat avec l'HAD ..... 302
2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers ..... 303
Partie III : ..... 305
Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD) ..... 305
1. Qualité de la Prise en charge ..... 306
2. L'efficience de la prise en charge ..... 308
Conclusion ..... 310
ANNEXES ..... 311
Annexe 1 : ..... 313
Annexe 2 : ..... 315
SYNTHESE PAR DEPARTEMENT DES MOTIFS D'INSATISFACTION EXPRIMES PAR LES SITES REPONDANTS ..... 315

ÉTAT DES LIEUX

# BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Diagnostic régional des SSIAD et SPASAD

Partie I

# Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur les territoires

# 1. Grandes données nationales, régionales et départementales

Ces données visent à apporter de manière macroscopique une vision de l'offre actuelle en SSIAD / SPASAD sur le territoire BFC. L'ensemble de ces dernières constituent le socle à partir duquel ont été construits les différents champs d'investigation.

## ○ *Les données liées aux publics cibles*

En France, la moyenne d'âge des personnes accompagnées en SSIAD pour Personnes Agées est de 82 ans [8].

### ➢ Les personnes âgées de 75 ans et plus

En 2015[2], la Bourgogne-Franche-Comté compte sur son territoire 296 316 personnes âgées de 75 ans et plus, dont :

- 50,5% vivent en couple ou avec leurs enfants ou autres,
- 39,1% vivent seuls,
- 10,5% en institution.

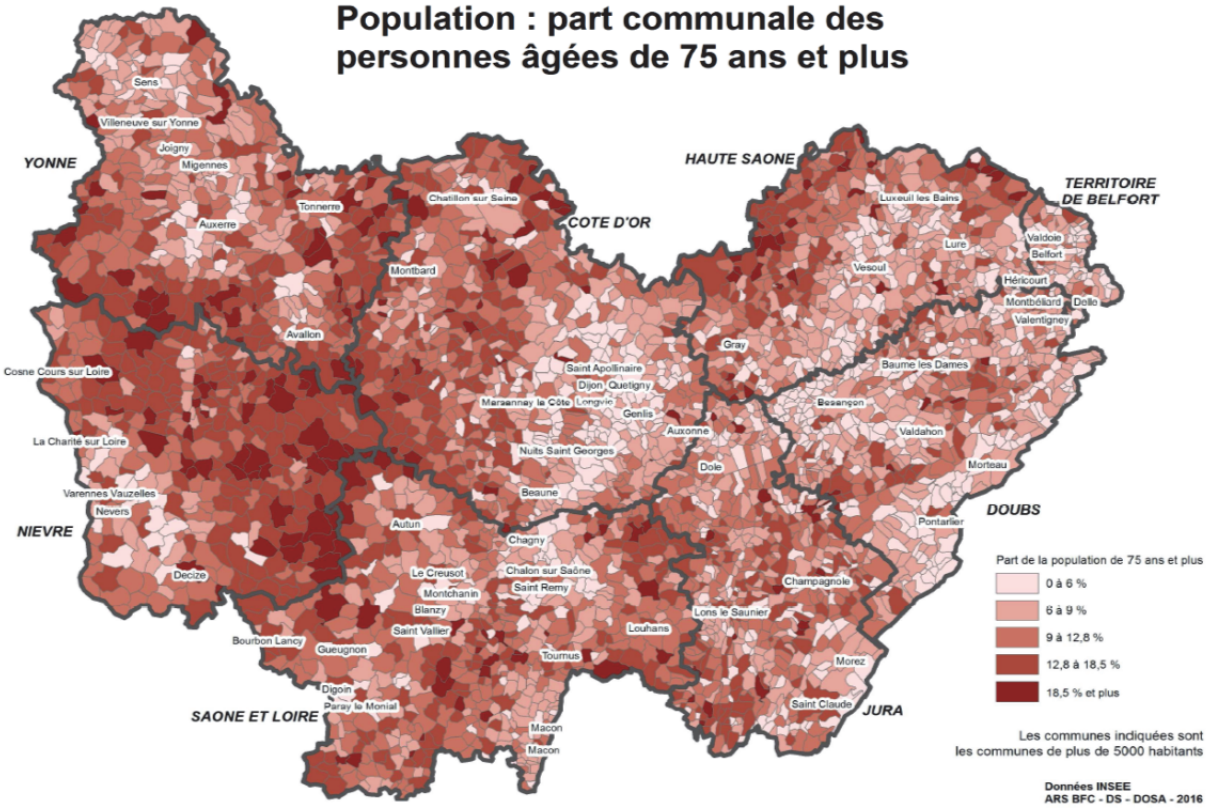
Sur le territoire, **en 2016**, on dénombre **309 790 personnes âgées de plus de 75 ans.** Elles sont réparties de la manière suivante :

- **19% en Côte d'Or**,
- **17% dans le Doubs**,
- 9% dans le Jura,
- 10% dans la Nièvre,
- 8% en Haute-Saône,
- **22% en Saône-et-Loire**,
- 12% dans l'Yonne,
- 4% sur le Territoire de Belfort.

Ainsi, les personnes âgées habitent majoritairement en Saône-et-Loire, en Côte d'Or et dans le Doubs. Ce sont des départements dans lesquels il faudra prêté attention aussi bien sur l'offre actuelle que sur les besoins identifiables via l'enquête.

De plus, lorsque l'on compare la population âgée entre 60 et 75 ans (453 421) et celle âgée de 75 ans et plus (309 790), nous relevons une différence de 143 532 personnes. Ainsi si nous raisonnons à données constantes, ceci traduit que dans les années à venir les besoins en service de soins à domicile ne feront qu'augmenter et que des moyens devront être mis en œuvre afin de répondre à cette demande de plus en plus croissante.

[2] Données issues de STATISS, DOSA, Direction de la stratégie, ARS BFC




## ➢ Prévalences régionales et départementales des ALD[3]

- **ALD Toutes causes**

**En 2014, près de 649 180 Bourguignons-Francs-Comtois** relevant d'un des trois principaux régimes d'assurance maladie sont bénéficiaires du dispositif d'ALD. Le taux d'ALD, toutes causes confondues, est **significativement inférieur au taux national**. À l'échelle des départements, l'Yonne, la Haute-Saône et la Nièvre présentent des taux significativement plus élevés que le taux régional. Au niveau infra-départemental les taux peuvent varier du simple au double (1 328,3 à 2 497,5 pour 10 000 habitants) selon les territoires.

Sur la période 2012-2014, près de 65 071 personnes ont été nouvellement admises en ALD en moyenne chaque année, soit un taux standardisé (201,5 pour 10 000 habitants) significativement inférieur au taux national (214,3.pour 10 000 habitants). La Haute-Saône et l'Yonne présentent les taux d'admission les plus importants. A l'échelle infra-départementale on observe de fortes variations, allant de 142,7 à 242,4 pour 10 000 habitants, selon les territoires.

- **ALD Maladies de l'appareil circulatoire**

**En 2014, plus de 173 600 Bourguignons-Francs-Comtois** sont bénéficiaires d'une affection de longue durée pour maladies de l'appareil circulatoire. Le taux d'ALD (503,5 pour 10 000 habitants) est **significativement plus élevé que le taux national** (496,9 pour 10 000). La Haute-Saône, le Doubs et la Nièvre présentent des taux d'ALD pour maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieurs au taux régional. A l'échelle infra-départementale, les taux varient de plus de 300 points selon les territoires (404,8 à 721,8 pour 10 000 habitants).

[3] Tirés du diagnostic établi par l'ORS : source SNIIRAM 2014 et 2015

Sur la période 2012-2014, près de 19 800 personnes en moyenne chaque année ont été nouvellement admises en ALD pour maladie de l'appareil circulatoire, soit un taux standardisé de 58,4 pour 10 000 (significativement inférieur au taux national). Au niveau départemental, on observe des taux d'admissions élevés en Haute-Saône, dans le Doubs et dans une moindre mesure en Côte-d'Or. Au niveau infra-départemental, on observe de fortes variations allant de 41,4 à 96,8 pour 10 000 habitants selon les territoires.

- **ALD Cancers**

**En 2014, 113 312 Bourguignons-Francs-Comtois** présentent une affection de longue durée pour cancers. Le taux d'ALD (342,7 pour 10 000 habitants) est **significativement supérieur au taux national** (337,3 pour 10 000 habitants). A l'échelle des départements le Doubs, le Territoire-de-Belfort, et le Jura affichent des taux significativement plus élevés que le taux régional. Au niveau infra-départemental les taux varient fortement (264,7 à 414,1 pour 10 000 habitants) selon les territoires.

Sur la période 2012-2014, on dénombre près de 15 400 nouvelles admissions annuelles, en moyenne, en ALD pour cancers. La région (47,6 pour 10 000 habitants) présente un taux d'admission inférieur au taux national (48,8 pour 10 000 habitants). A l'échelle départementale la Saône-et-Loire, le Territoire de Belfort et la Côte-d'Or présentent des taux supérieurs aux taux régional. Au niveau infra-départemental, on observe des taux de nouvelles admissions variant de 35,7 à 58,1 pour 10 000 habitants selon les territoires.

- **ALD Diabète**

**En 2014, près de 128 870 Bourguignons-Francs-Comtois** sont bénéficiaires d'une affection longue durée pour diabète. La région (390,3 pour 10 000 habitants) présente un **taux supérieur au taux national** (374,4 pour 10 000 habitants). À l'échelle départementale l'Yonne, le Territoire-de-Belfort, et dans une moindre mesure la Nièvre, présentent les taux d'ALD pour diabète les plus importants. Au niveau infra-départemental, les taux varient du simple au double (201,3 à 507,9 pour 10 000 habitants) selon les territoires.

Sur la période 2012-2014, on dénombre 11 335 nouvelles admissions annuelles, en moyenne, de personnes en ALD pour diabète. Le taux d'admission est comparable à celui de la France et s'élève à 35,6 pour 10 000 habitants. Les taux les plus élevés s'observent dans l'Yonne, la Haute-Saône et dans une moindre mesure la Saône-et-Loire. Au niveau infra-départemental, on observe des taux d'admissions en ALD pour diabète allant de 21,8 à 48,3 pour 10 000 habitants selon les territoires.

- **ALD Démences dont maladie d'Alzheimer**

**En 2015, on dénombre 532 900 personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) sur le territoire national** dont 69% de femmes. Les âges moyens et médians ont respectivement de 84 ans et 85 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 88 %, dont 72% sont des femmes. Dans l'ensemble, 61% des personnes sont prises en charge pour ALD en rapport avec les démences (dont maladie d'Alzheimer).

- **ALD Autres affections neurologiques**

**En 2015, on dénombre sur le territoire national 138 200 personnes** prises en charge pour autres affections neurologiques, dont 50% de femmes. Les âges moyens et médians ont respectivement de 49 ans et 51ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 14%, dont 58% sont des femmes.

- **ALD maladie de Parkinson**

**En 2015, on dénombre 206 700 personnes sur le territoire national** prises en charge pour maladie de Parkinson, dont 52% de femmes. Les âges moyens et médians ont respectivement de 76 ans et 78 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans et de 63%, dont 55% sont des femmes. Dans l'ensemble, 56% des personnes sont prises en charge pour ALD en rapport avec la maladie de Parkinson.

### ➢ Les personnes en situation de handicap

En 2016, **le taux d'allocataires de l'AAH pour 100 personnes de 20 à 64 ans** en Bourgogne Franche-Comté s'élève à **3.3** (taux national à 2.8). Les départements dont le taux est supérieur au taux régional sont la Nièvre, la Saône et Loire, l'Yonne et la Haute-Saône.

**Le taux d'allocataires de la prestation de compensation du handicap (PCH) cumulé à ceux de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) pour 1000 personnes sur la population générale est de 6.3** (4.8 en France). Les départements dont le taux est supérieur au taux régional sont la Côte d'or, la Nièvre et le Doubs.

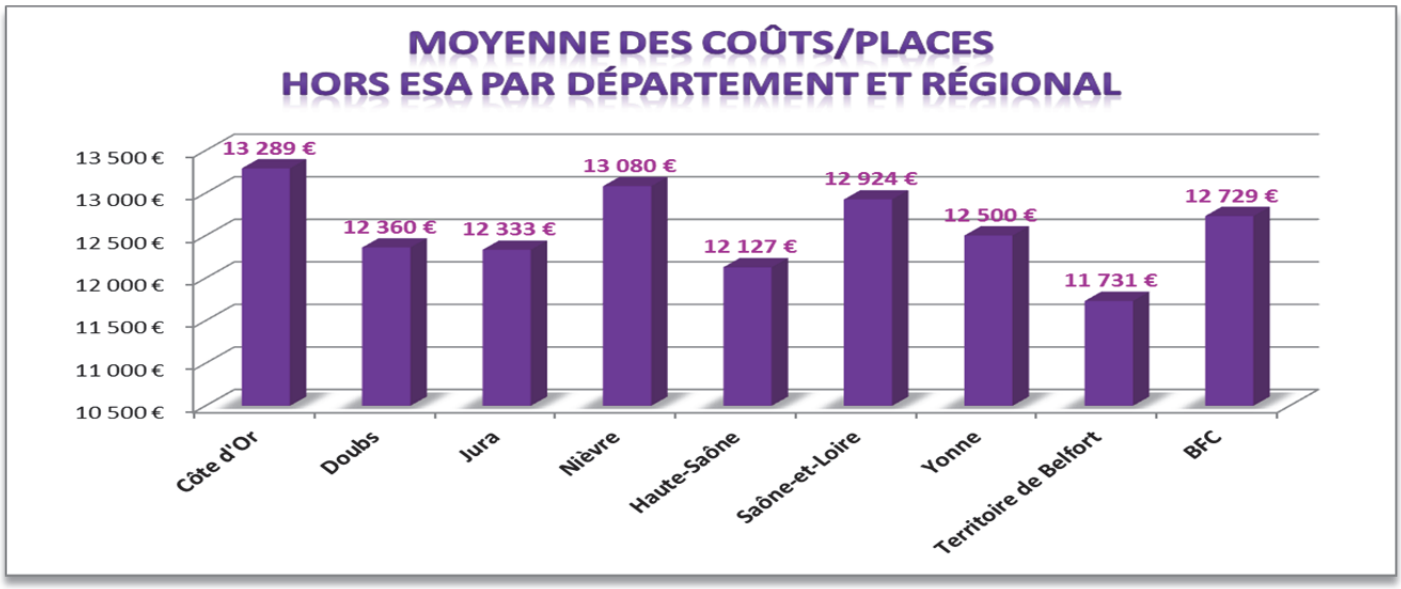
## ○ *Les données liées à l'offre et à la tarification des SSIAD-SPASAD*

**Sur le territoire Bourgogne-Franche-Comté (BFC), 84 gestionnaires** sont en charge de diriger les sites principaux et secondaires des SSIAD/SPASAD de la région. A ce sujet, il existe à l'heure actuelle **146 sites SSIAD/SPASAD autorisés (sites principaux et secondaires) dont 94 sites principaux**, tous types d'autorisations confondues. L'ensemble de ces structures permettent d'**accueillir 6 455 personnes âgées et handicapées confondues hors ESA**. **6 108 places sont dévolues aux personnes âgées et 347 aux personnes handicapées.**
**Un coût place pour chacun est établi, il est calculé à partir de la dotation allouée / nombre places.**

| Département | Nombre de places SSIAD/SPASAD totale (PA, PH, et ESA) | Nombre de places SSIAD/SPASAD totale (PA, PH, hors ESA) | Coût/place alloué moyen 2015 (hors ESA) | Nombre de places dont le coût/place est inférieur à la moyenne régionale hors ESA (12 729 €) | Nombre de places dont le coût/place est inférieur à la médiane régionale hors ESA (12 662 €) | Moyenne départementale des coûts/places hors ESA | Médiane départementale des coûts/places hors ESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Côte d'Or*** | 1076 | 1036 | **14 245 €** | 201 | 176 | **13 289 €** | **13 064 €** |
| ***Doubs*** | 1395 | 1355 | 12 285 € | 1164 | 1112 | 12 360 € | 12 318 € |
| ***Jura*** | 728 | 708 | 12 335 € | 353 | 353 | 12 333 € | 12 333 € |
| ***Nièvre*** | 688 | 658 | **13 058 €** | 150 | 150 | **13 080 €** | **12 963 €** |
| ***Haute-Saône*** | 377 | 367 | 12 188 € | 367 | 328 | 12 127 € | 12 222 € |
| ***Saône-et-Loire*** | 1315 | 1275 | **12 923 €** | 529 | 210 | **12 924 €** | **12 830 €** |
| ***Yonne*** | 791 | 761 | 12 507 € | 670 | 594 | 12 500 € | 12 264 € |
| ***Territoire de Belfort*** | 305 | 295 | 11 619 € | 295 | 295 | 11 731 € | 11 715 € |
| **BFC** | **6675** | **6455** | **12 729 €** | **3729** | **3218** | **12 543 €** | **12 662 €** |

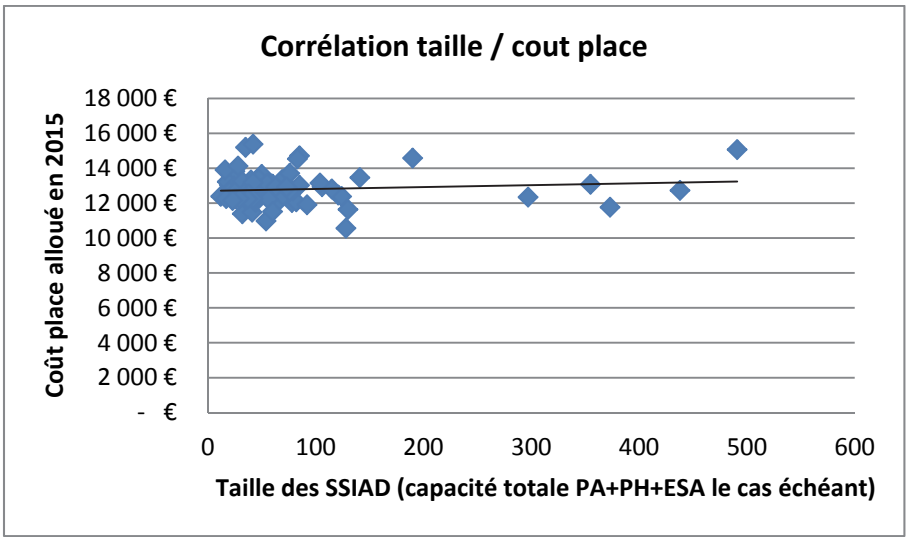
**Concernant le coût/ place alloué moyen en 2015,** le Doubs, la Haute-Saône, le Territoire de Belfort et le Jura sont des départements dans lesquels près de 50% (voire la quasi-totalité) des places SSIAD/SPASAD ont un coût/place inférieur à la moyenne régionale. Le même constat peut être fait si on s'intéresse, non pas à la moyenne, mais à la médiane. A l'inverse, en Côte d'Or, dans la Nièvre et en Saône-et-Loire, la majeure partie des places tous publics confondus hors ESA ont un coût/place supérieur à la moyenne comme à la médiane régionale.

**Concernant la moyenne coût/place,** toujours en 2015, les 3 départements pour lesquels la moyenne et médiane départementale est supérieure à la moyenne et médiane régionale sont par ordre d'importance la Côte d'Or, la Nièvre et la Saône-et-Loire.



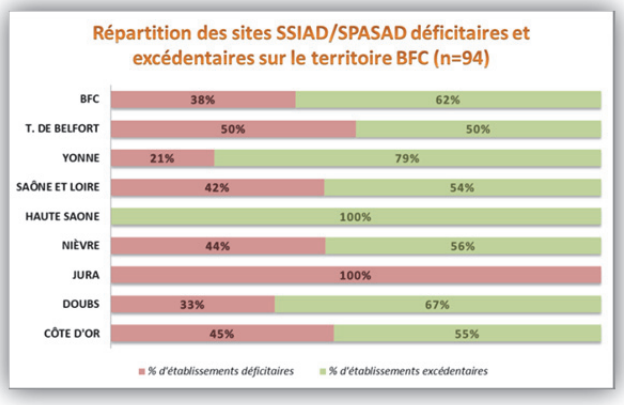

### ➢ Corrélation taille coût/place

Il n'apparait pas de corrélation statistique entre le coût place et la taille des SSIAD.



## ➢ Sites principaux SSIAD/SPASAD excédentaires et déficitaires[4]

| Département | Nombre de sites SSIAD/SPASAD déficitaires | Nombre de sites SSIAD/SPASAD excédentaires |
|---|---|---|
| **Côte d'Or** | 5 | 6 |
| **Doubs** | 5 | 10 |
| **Jura** | 2 | 0 |
| **Nièvre** | 7 | 9 |
| **Haute-Saône** | 0 | 3 |
| **Saône-et-Loire** | 10 | 13 |
| **Yonne** | 4 | 15 |
| **T. de Belfort** | 2 | 2 |
| **BFC** | **35** | **58** |




### Au niveau régional,

En 2015, 62% des sites SSIAD/SPASAD principaux sont excédentaires, 38% sont déficitaires. On relève un déficit de 1 376 368,79€ et un excédent de 2 810 199,46€. L'excédent comble le déficit et présente une plus-value de 1 433 830,67€. En valeur absolue, l'excédent est 2,05 fois plus important que le déficit, ce qui conforte l'idée que globalement, les sites SSIAD/SPASAD sont bien gérés.

### Au niveau départemental,

| Département | Montant total déficitaire | Montant total excédentaire | Montant brut |
|---|---|---|---|
| **Côte d'Or** | - 87 806,66 € | 370 996,25 € | 283 189,59 € |
| **Doubs** | - 371 189,02 € | 415 150,25 € | 43 961,23 € |
| **Jura** | - 44 502,23 € | - € | - 44 502,23 € |
| **Nièvre** | - 335 494,42 € | 322 830,69 € | - 12 663,73 € |
| **Haute-Saône** | - € | 276 721,67 € | 276 721,67 € |
| **Saône-et-Loire** | - 259 074,62 € | 530 265,20 € | 271 190,58 € |
| **Yonne** | - 61 988,86 € | 829 733,19 € | 767 744,33 € |
| **T. de Belfort** | - 216 312,98 € | 64 502,21 € | - 151 810,77 € |
| BFC | - 1 376 368,79 € | 2 810 199,46 € | 1 433 830,67 € |

A majorité, les sites SSIAD/SPASAD sont excédentaires dans les différents départements. Cependant on constate deux cas extrêmes : le Jura où 100% des sites SSIAD/SPASAD sont déficitaires et, à l'inverse la Haute Saône où la totalité des sites SSIAD/SPASAD sont excédentaires. Certains départements présentent un pourcentage de sites SSIAD/SPASAD compris entre 50 et 56% excédentaire, ainsi en moyenne dans ces derniers, un site sur deux est excédentaire.

La Haute-Saône, l'Yonne, et le Doubs sont les départements dans lesquels les sites SSIAD/SPASAD sont excédentaires. En valeur absolue, la Nièvre, le Jura et le Territoire de Belfort montrent un déficit supérieur à leur excédent. Dans les autres départements, les gestionnaires dégagent plutôt une plus-value.

[4] Sources des données : Analyse du DAR (département Allocation des Ressources de l'ARS)

## 2. La capacité : nombre de places autorisées par public (Personnes âgées (PA), Personnes handicapées (PH), Personnes atteintes de maladie chronique (MC))

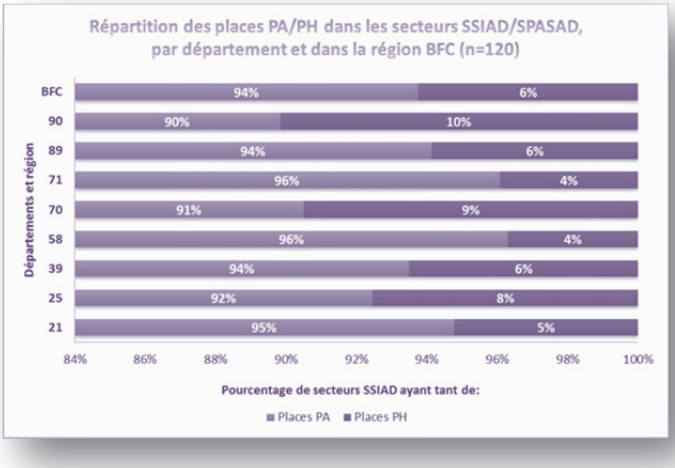
Un des objectifs du diagnostic dans sa phase d'état des lieux, est d'identifier précisément les capacités actuelles pour tous les types d'autorisations hors ESA et d'avoir une vision de l'offre disponible sur les territoires.

Ainsi, nous avons cherché à identifier:

- la répartition des places PA/PH sur le territoire,
- le nombre de SSIAD/SPASAD n'ayant aucune place autorisée PH,
- les taux d'équipement,
- les euros par habitant,
- le taux d'occupation,
- les listes d'attente.

### *Répartition de l'offre en places PA et PH (places occupées)*

#### Vision globale

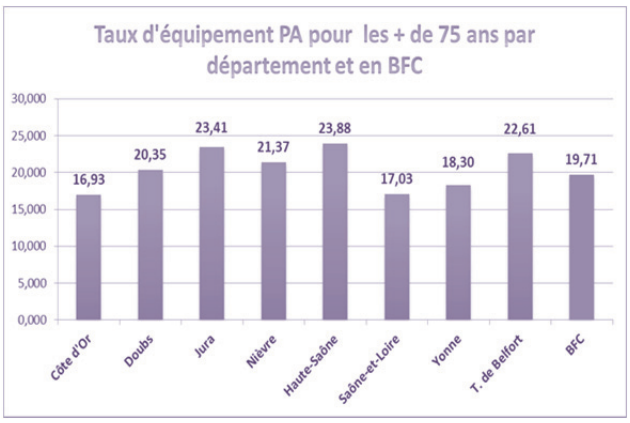



La part des places PA au niveau régional est de 94% avec des différences entre les départements qui varient entre 90% (Territoire de Belfort) et 96% (Saône-et-Loire et Nièvre).

On ne constate donc pas de disparités importantes entre les départements et l'analyse des besoins exprimés ci-dessous par les sites permettra de définir un taux cible corrélé avec une vigilance autour du développement de l'offre PH dans les SSIAD n'ayant aucune place autorisée actuellement. (cf. accès aux soins PH).

### *Taux d'équipement*

#### *POUR LES PERSONNES AGEES (PA)*

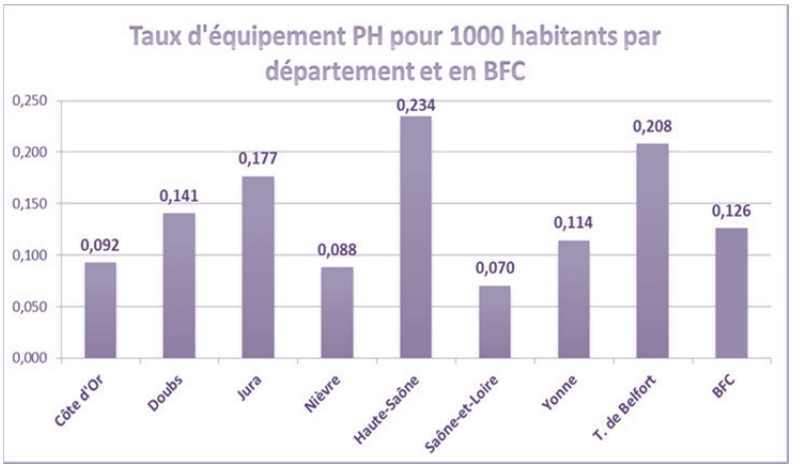



**Le taux d'équipement pour les personnes âgées est de 19,71 pour 1000 habitants en 2016 en Bourgogne-Franche-Comté (BFC) ; il est de 20,5 au niveau national.**

**3 départements présentent un taux d'équipement pour ce public inférieur à celui de la région.** Sont concernés la Côte d'Or, la Saône-et-Loire, et l'Yonne.

Les 5 autres départements ont un taux d'équipement compris entre 20,35 et 23,88 pour 1000 habitants en 2016, tous supérieurs au TE régional.

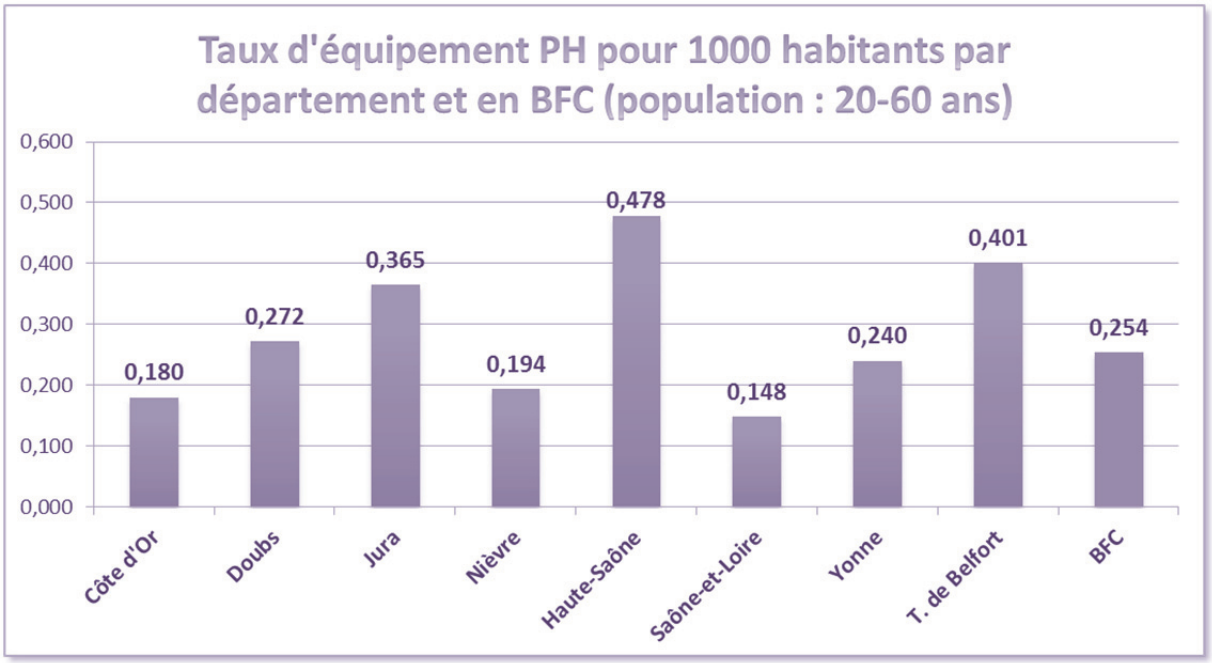
### ➢ *POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)*




**En Bourgogne-Franche-Comté, le taux d'équipement pour les personnes handicapées (calculé sur population générale) est de 0,126 pour 1000 habitants en 2016.**

**4 départements ont un TE PH inférieur à celui de la région.** Cela concerne la Côte d'Or, la Nièvre, la Saône-et-Loire et l'Yonne dans une moindre mesure.

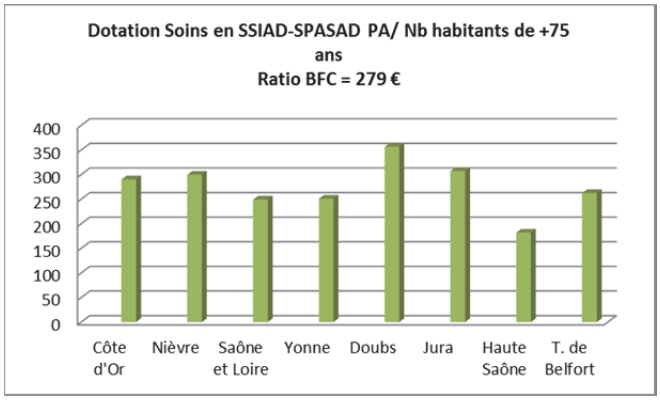
**Les 4 autres départements ont un TE PH supérieur à 0,126.** Ils oscillent entre 0,141 et 0,234 pour 1000 habitants.

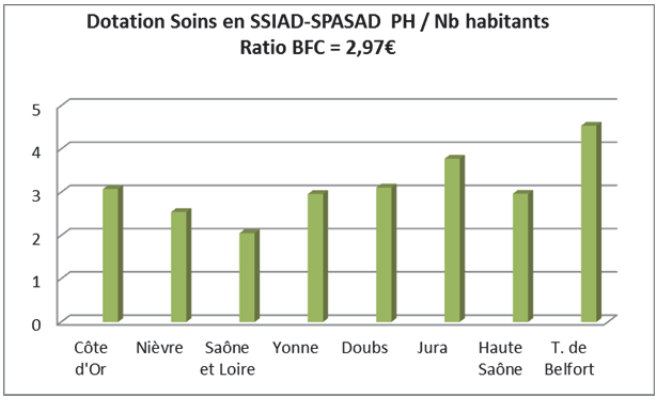



**Le taux d'équipement des personnes handicapées calculé sur la tranche de population des 20-60 ans montre les mêmes niveaux entre les départements que lorsqu'il est calculé en population générale.**

**Ainsi, pour le calcul des taux d'équipement PH pour chaque secteur d'intervention SSIAD, ne disposant pas des données des 20-60 ans à l'échelon communal, nous garderons un taux d'équipement calculé sur population générale.**

## Euros par habitant (PA) et (PH)




**En Bourgogne Franche-Comté, en moyenne 279€ de dotation soins** sont consacrés **à chaque habitant de plus de 75 ans** dans les SSIAD et SPASAD autorisés et **2.97€ pour les personnes en situation de handicap**.

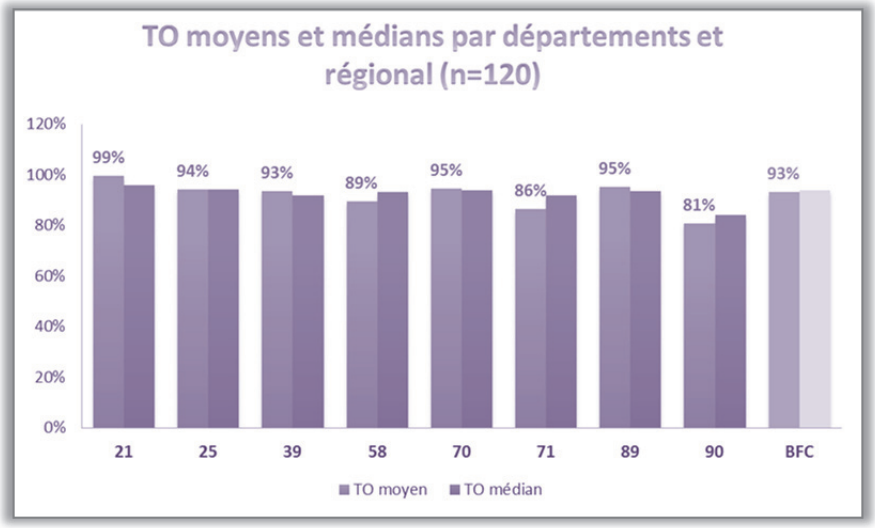
Pour les personnes âgées, 4 départements sont au-dessous de cette moyenne et 4 en dessous. Cette situation est à mettre en corrélation avec les dotations soins allouées en établissement. En effet, un département comme le Doubs montre une dotation soins par habitant de plus de 75 ans dans les SSIAD supérieur aux autres départements. Notons cependant que sa dotation soins est inférieure à la moyenne régionale dans les établissements de type EHPAD, ce qui traduit une politique du département du Doubs à promouvoir le soutien à domicile.

Le même constat peut être fait concernant les dotations soins allouées pour les personnes handicapées dans les SSIAD-SPASAD : 4 départements se situent au-dessus de la moyenne régionale et 4 en dessous ou très proche de cette moyenne.

## Taux d'occupation

*TO= (nombre de places occupées*nombre de jours de la période considérée) / (nombre de places du SSIAD*nombre de jours de la période considérée)*

Ainsi le total des informations suivantes est réalisé sur les 120 sites répondants sur 146 autorisés (qui comptent des sites principaux et parfois des sites secondaires).

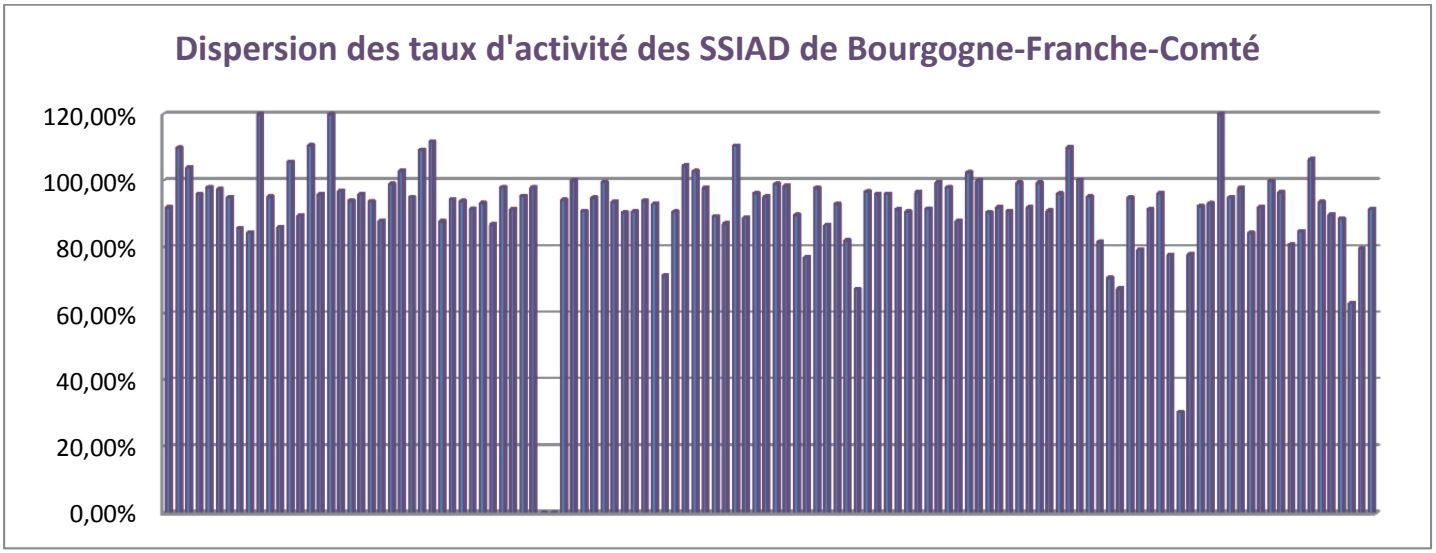


***Au niveau régional,***

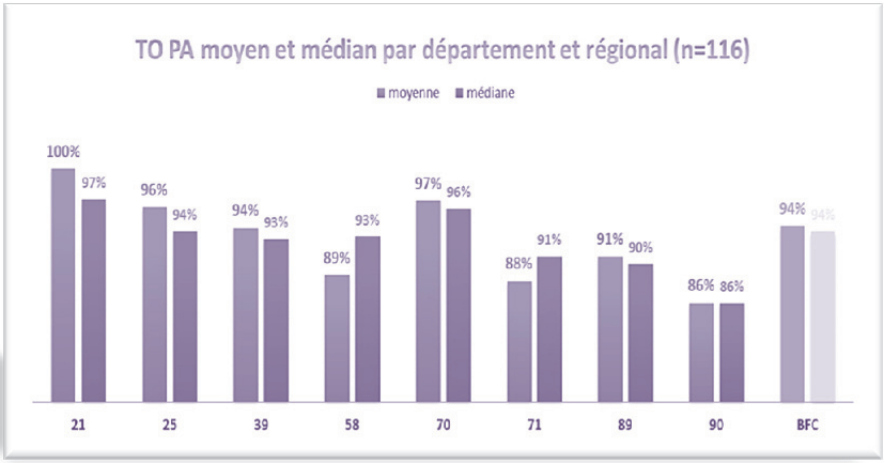
Le TO global moyen est égal au TO global médian, ce qui signifie que l'on a une bonne estimation de la moyenne, il n'y a pas de valeurs hautes ni de valeurs basses qui viennent « biaiser » la représentativité de l'échantillon.

***Au niveau départemental,***

3 départements tels que la Nièvre, la Saône-et-Loire, et le Territoire de Belfort sont des zones dans lesquelles le taux d'occupation global moyen n'atteint pas les 90%. Cependant, il faut noter que la moyenne dans ces départements est inférieure à la médiane, ce qui met en évidence une sous-estimation des taux d'occupation globaux. Ceci peut être expliqué par des taux globaux pour certains sites SSIAD/SPASAD nettement inférieurs aux autres. Concernant, la Côte d'Or, la Doubs, le Jura, la Haute-Saône, et l'Yonne, les TO globaux ont tendance à se situer entre 93 et 99%. Ainsi les places autorisées et financées sont en majeure partie occupées par la population concernée (PA ou PH).




## ➢ ***POUR LES PERSONNES AGEES (PA)***




### Vision globale

***Au niveau régional,***

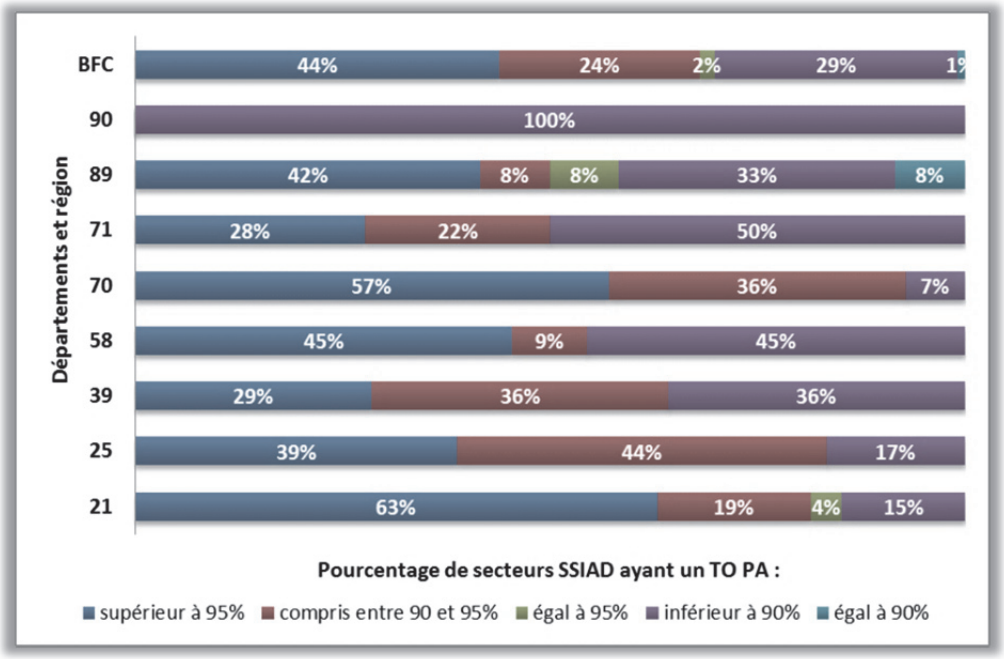
Les taux d'occupation PA moyen et médian se confondent. Ainsi en Bourgogne Franche-Comté, en moyenne, le taux d'occupation PA est de 94%.

***Au niveau départemental,***

Lorsque l'on compare la moyenne et la médiane, on constate que, pour la plupart des départements, la moyenne a tendance à surévaluer le taux d'occupation des PA dans les secteurs SSIAD/SPASAD. En effet, en **Côte d'Or** par exemple, **en moyenne le taux d'occupation PA** est de **100%**, **cependant 50% des sites SSIAD/SPASAD ont un TO PA inférieur à 97% et 50% au-dessus de 97%**. Il en est de même pour le Doubs, le Jura, la Haute-Saône, l'Yonne, avec des TO PA différents. La Nièvre, quant à elle, tout comme la Saône-et-Loire ont un TO PA moyen qui sous-estime les TO PA réels, observés dans les secteurs SSIAD/SPASAD.

Ces effets mis en évidence peuvent venir soit des secteurs SSIAD/SPASAD ayant un TO PA important, c'est à dire supérieur à 100% venant alors contrebalancer les sites SSIAD/SPASAD ayant un TO inférieur à 80%, ou dans le sens inverse. Si le nombre de sites SSIAD/SPASAD ayant un TO supérieur à 100% est plus grand que celui des secteurs SSIAD/SPASAD ayant un TO inférieur à 80%, alors la moyenne aura tendance à surestimer le TO PA moyen.

### Focus : Taux d'occupation PA par tranche




| *Tranche* | *Nombre de SSIAD* |
|---|---|
| **TO PA>95%** | 51 |
| **90%<TO PA<95%** | 29 |
| **TO PA=95%** | 2 |
| **TO PA<90%** | 35 |
| **TO PA=90%** | 1 |
| ***BFC*** | ***118*** |

***Au niveau régional,***

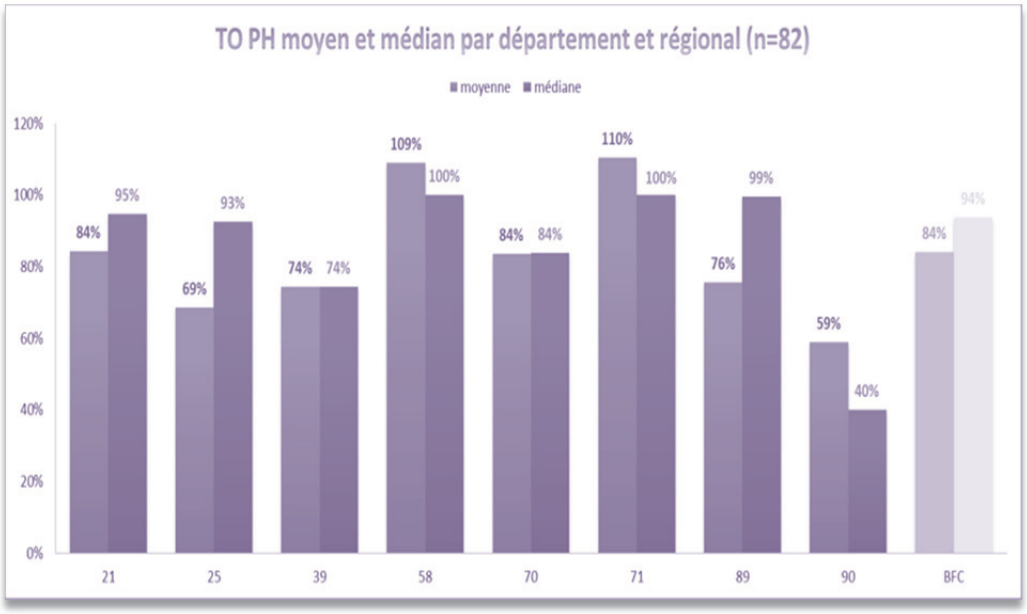
Les taux d'occupation sont majoritairement supérieurs à 95%, à hauteur de 44% des secteurs SSIAD/SPASAD répondants, soit 51 sites SSIAD/SPASAD effectifs. Cependant, il est intéressant de noter que lorsque l'on regarde les répartitions suivantes, on retrouve en deuxième position 34 secteurs SSIAD/SPASAD ayant un taux d'occupation inférieur à 90%. Ainsi, de par cette première analyse, on relève une hétérogénéité des taux d'occupation globaux des sites SSIAD/SPASAD au sein du territoire régional.

***Au niveau départemental,***

**Les sites SSIAD/SPASAD de Côte d'Or ont un taux d'occupation global, pour la plupart (63%), supérieur à 95%.** Si on s'attache aux autres départements, on constate que la part des sites SSIAD/SPASAD ayant un taux d'occupation global supérieur à 95% est égale, voire inférieure à celle régionale. **A noter que le Territoire de Belfort ne contient que des sites SSIAD/SPASAD avec un taux d'occupation global inférieur à 90%,** ce qui peut traduire plusieurs hypothèses dont un manque de demande de la part de la population de ce département. **La Saône-et-Loire est également un territoire sur lequel les taux d'occupation des SSIAD/SPASAD sont plutôt inférieurs à 90%. Le Doubs, quant à lui, regroupe des sites SSIAD/SPASAD ayant soit un taux d'occupation supérieur à 95%, soit compris entre 90 et 95%.**

## ➢ POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)

### Vision globale



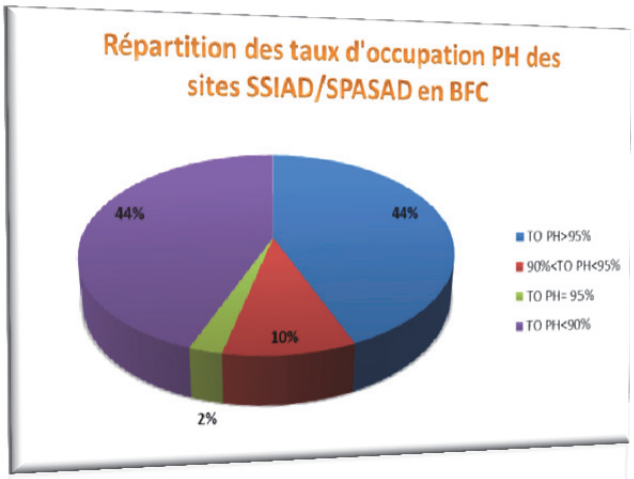

***Au niveau régional,***

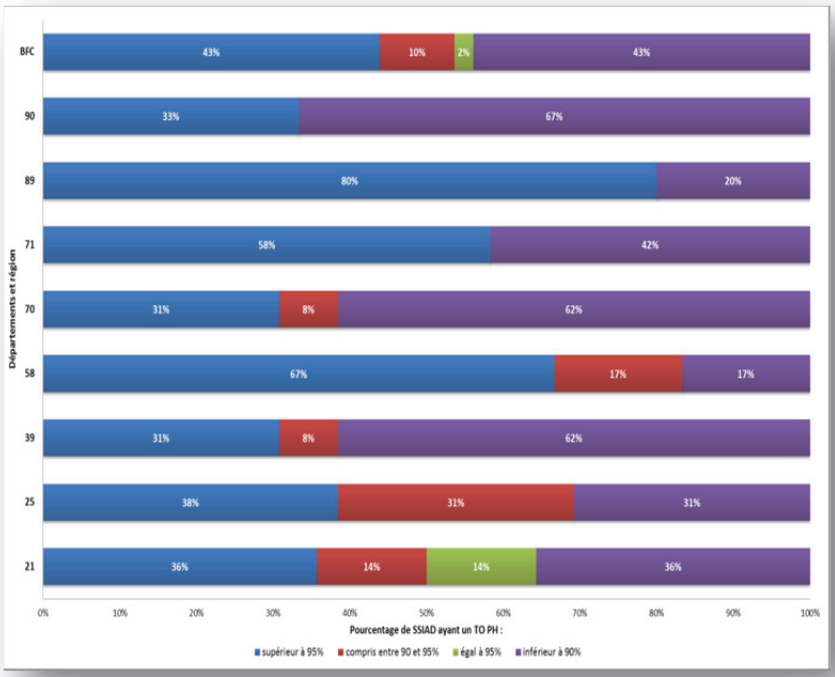
On constate une différence de 10 points entre la médiane et la moyenne. A priori, la moyenne a tendance à sous-estimer le TO PH. Ainsi si on prend la médiane, 50% des sites SSIAD/SPASAD ont un TO PH inférieur ou égal à 94% et 50% au-dessus. A préciser que dans cet échantillon nous n'avons pris que les sites SSIAD/SPASAD ayant un nombre de places PH autorisées et un TO PH déclaré dans le questionnaire de l'enquête.

***Au niveau départemental,***

Pour la Côte d'Or, le Doubs, et l'Yonne, la moyenne est inférieure à la médiane, ce qui signifie qu'on sous-estime en moyenne le TO PH, notamment pour l'Yonne. En effet, il apparait qu'en moyenne le TO PH est de 79%, or pour 50% des sites SSIAD/SPASAD il est de 99%. Ceci montre une forte hétérogénéité dans l'occupation des places PH, sans doute à mettre en corrélation avec le taux d'équipement. On remarque l'effet inverse dans la Nièvre, la Haute-Saône, et le Territoire de Belfort. A noter qu'en Haute-Saône, un site SSIAD/SPASAD a déclaré un TO PH proche de 400%, dans la mesure où il dispose d'une place autorisée alors que par dérogation, il accompagne quatre personnes.

### Focus : Taux d'occupation PH par tranche



*Au niveau régional,*

Les sites SSIAD/SPASAD ont soit un taux d'occupation supérieur à 95%, soit inférieur à 90%, à hauteur de 44% chacun respectivement. A minima, des sites SSIAD/SPASAD ont un taux d'occupation compris entre 90 et 95% inclus. Au vu de ces constatations, **la région comporte de très grandes disparités en termes de taux d'occupation des places autorisées PH**.

*Au niveau départemental,*

**L'Yonne est le département dans lequel les taux d'occupation des places autorisées PH sont, à majorité, supérieurs à 95%**. A contrario, les autres départements n'ont qu'un tiers de leurs places autorisées PH réellement occupées dans les sites SSIAD/SPASAD (avec un taux d'occupation supérieur à 95%). **Le Territoire de Belfort est à l'inverse de l'Yonne**, une zone sur laquelle les sites SSIAD/SPASAD ne remplissent que partiellement leurs places PH autorisées, **avec un taux d'occupation inférieur à 90%**.

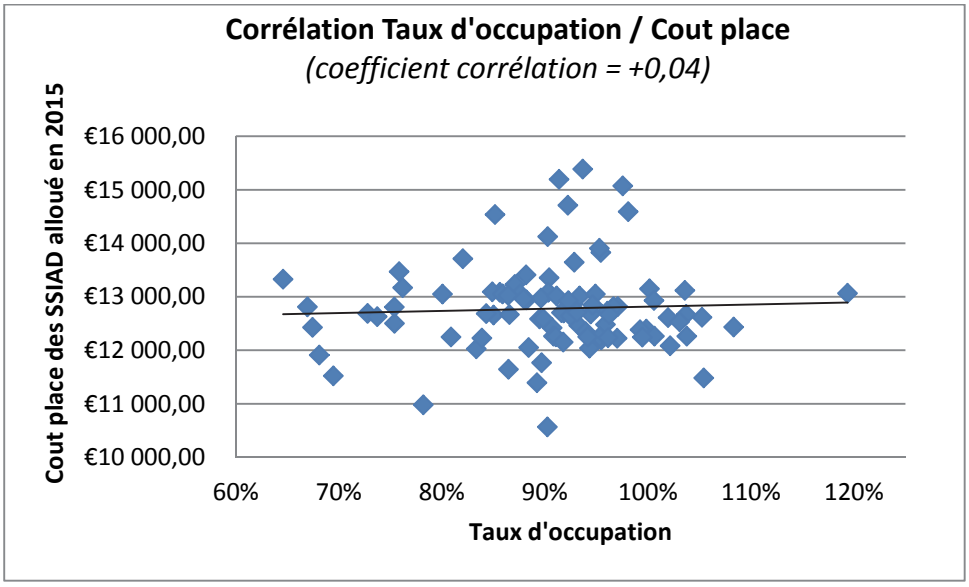
**La Saône-et-Loire comporte une hétérogénéité dans les taux d'occupation des places autorisées PH**.

**Dans la Nièvre, 67% des sites SSIAD/SPASAD ont un taux d'occupation au-dessus de 95%, contrairement au Doubs où ce sont 62% des secteurs SSIAD/SPASAD qui ont un taux d'occupation inférieur à 90%**.

Ainsi de manière globale lorsque l'on regarde département par département, certains comportent de grandes disparités en termes d'occupation des places autorisées PH, et d'autres, pour lesquels la répartition des sites SSIAD/SPASAD est proportionnelle, voire quasi proportionnelle entre les tranches posées.

## *Hypothèse de la corrélation Taux d'occupation / coût place*

L'hypothèse de corrélation coût place/taux d'occupation ne peut être démontrée, car **il n'existe pas de corrélation statistique entre les deux indicateurs.**
***Note : Une corrélation entre deux séries de données est montrée si le coefficient de corrélation est proche de +0,5 (corrélation positive : les deux séries de données évoluent de la manière simultanée) ou -0,5 (corrélation négative : les deux séries de données évoluent de manière opposée).***

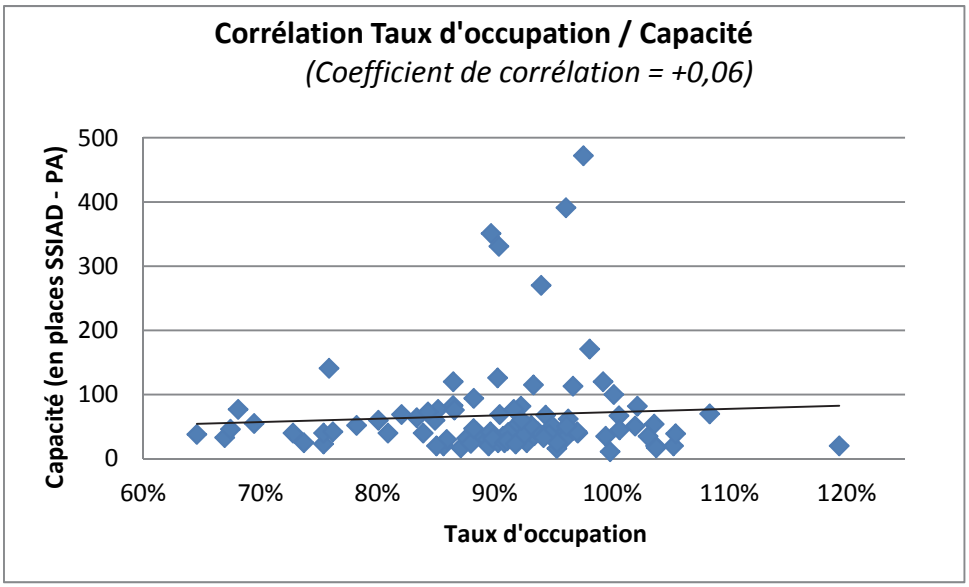


***Au niveau départemental***, nous observons que la Côté d'Or avec un coût place moyen le plus haut, montre aussi les meilleurs taux d'occupation alors que le Territoire de Belfort montre une situation inverse puisque sa moyenne départementale coût place est la plus faible ainsi que son TO global (échantillon très faible).

### ○ *Hypothèse de la corrélation Taux d'occupation / Capacité*

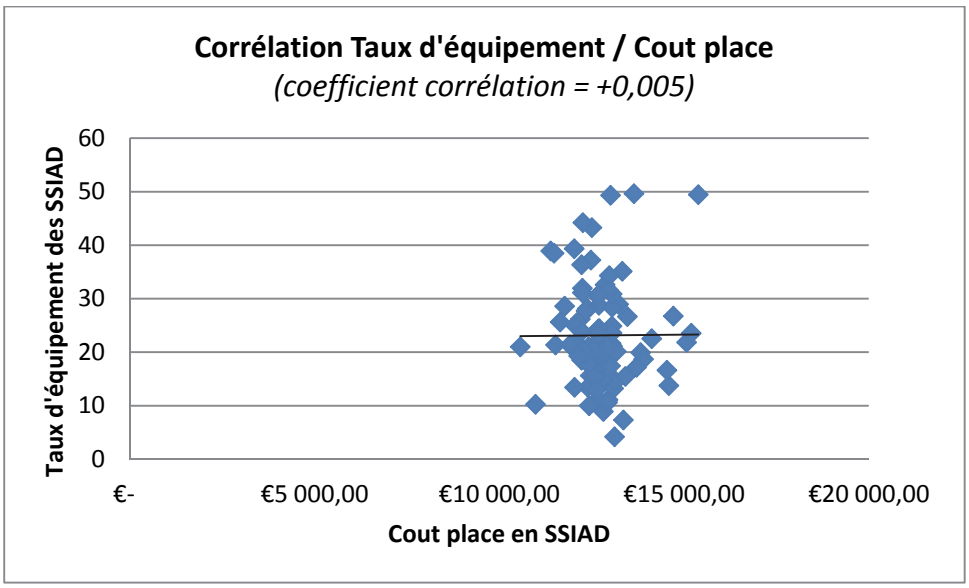
**Il n'existe pas de corrélation statistique entre le taux d'occupation et la capacité (taille des SSIAD).**

On peut cependant observer que tous les SSIAD de grande capacité stabilisent leur activité ente 90% et 100% et que les SSIAD de moins de 100 places montrent une plus grande variabilité des taux d'occupation.




### ○ *Hypothèse de la corrélation Taux d'équipement (par gestionnaire)/ coût place*

**Il n'existe pas de corrélation statistique entre le taux d'équipement du gestionnaire et son cout moyen à la place.**



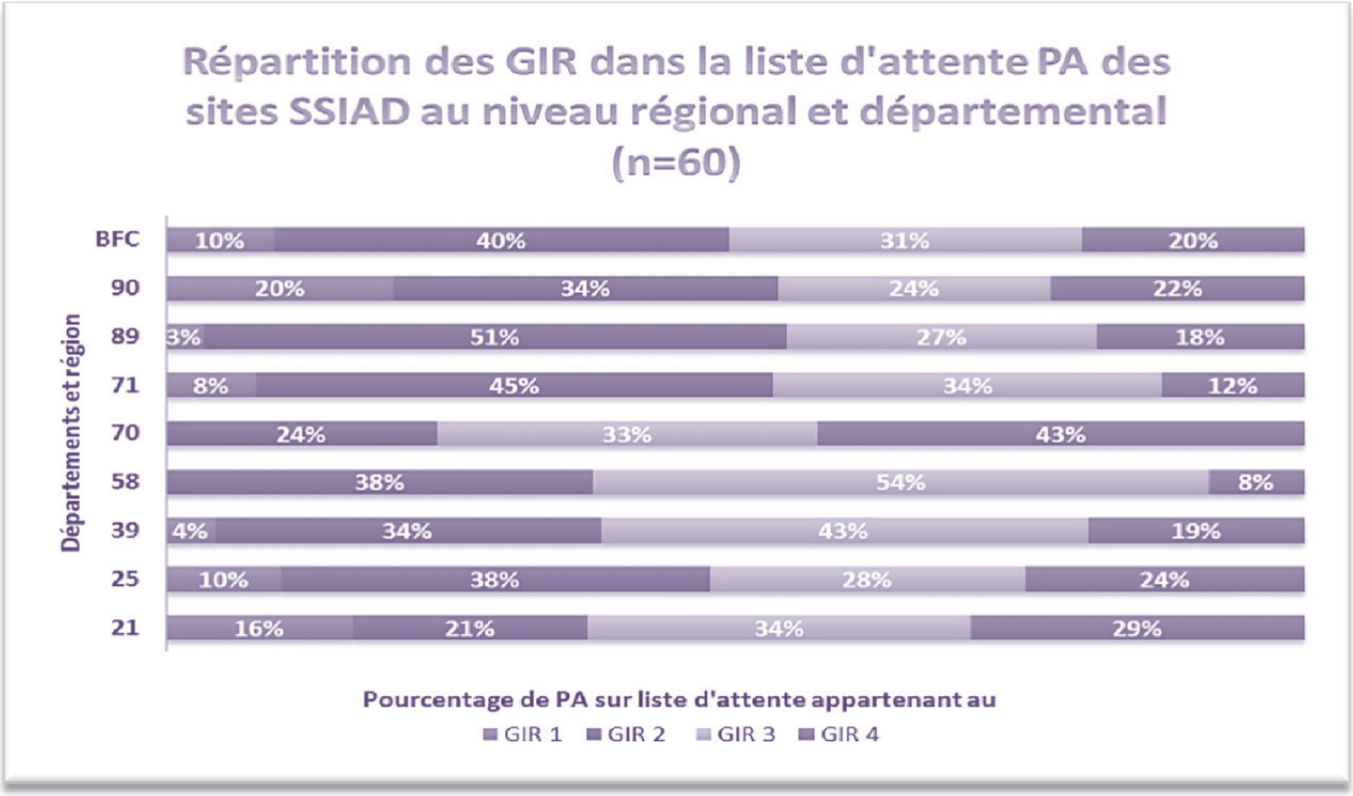
## ○ *Traçabilité et répartition des listes d'attente en fonction des GIR*

### *Pour les PA (n=120)*

| Département | Nombre total de "Personnes âgées" sur liste d'attente | Nombre moyen de "Personnes âgées" sur liste d'attente | Nombre de sites SSIAD/SPASAD ayant une liste d'attente PA |
|---|---|---|---|
| Côte d'Or | 758 | 30 | 25 |
| Doubs | 572 | 32 | 18 |
| Jura | 121 | 11 | 11 |
| Nièvre | 108 | 18 | 6 |
| Haute-Saône | 310 | 22 | 14 |
| Saône-et-Loire | 805 | 47 | 17 |
| Yonne | 428 | 33 | 13 |
| T. de Belfort | 155 | 39 | 4 |
| **BFC** | **3257** | **30** | **108** |

***Au niveau régional,***

**108 sites ont une liste d'attente PA. Au total, cela représente 3 257 personnes âgées en attente de prise en charge.** Soit en moyenne, 30 individus âgés de plus de 75 ans sur liste d'attente par site, disposant de cette dernière. On constate que la Côte d'Or (n=27) est un département dans lequel 56% des sites SSIAD/SPASAD n'évaluent pas la dépendance des personnes âgées inscrites sur leurs listes d'attente, cela concerne également 50% des sites de la Haute-Saône (n=14). Contrairement à ces deux départements, on relève que 61% des sites SSIAD/SPASAD du Doubs (n=19) évaluent la dépendance des personnes âgées inscrites sur liste d'attente, tout comme sur le Territoire de Belfort (n=4).



Note ❶ : Seuls 60 secteurs SSIAD (principaux et secondaires confondus) ont été pris en compte pour réaliser ce graphique car soit certains n'avaient pas réalisé d'évaluation de la dépendance, ou partiellement, de leur liste d'attente, soit il n'y avait pas de demande.
Note ❷ : Dans la mesure où les besoins des patients en GIR 5 et GIR 6 n'incluent pas d'actes relevant de prestations en SSIAD/SPASAD, ce public n'a été pris en compte dans l'enquête.

| *Département* | *Nombre de PA sur liste d'attente* | *Nombre moyen de PA sur liste d'attente par SSIAD* | *Nombre médian de PA sur liste d'attente par SSIAD* |
|---|---|---|---|
| *Côte d'Or* | 92 | 9 | 8 |
| *Doubs* | 380 | 26 | 15 |
| *Jura* | 63 | 10 | 10 |
| *Nièvre* | 12 | 3 | 2 |
| *Haute-Saône* | 21 | 5 | 2 |
| *Saône-et-Loire* | 473 | 47 | 42 |
| *Yonne* | 150 | 18 | 13 |
| *T. de Belfort* | 137 | 46 | 15 |
| **BFC** | **1328** | **23** | **11** |

L'échantillon se compose ainsi de 1328 personnes âgées sur liste d'attente, dans 60 sites SSIAD/SPASAD de la région, assurant la représentativité de la moitié des listes des sites SSIAD/SPASAD. Globalement, les listes d'attente en personnes âgées des sites SSIAD/SPASAD **comptent essentiellement des personnes âgées de GIR 2 et GIR 3 (71%).**

***Au niveau départemental,***

La Saône-et-Loire et la Côte d'Or sont les départements pour lesquels la demande de prise en charge émanant des personnes âgées est la plus importante. En effet, sur ces territoires, on constate une population de plus en plus vieillissante et nécessitant d'aides extérieures pour la réalisation de soins de base et relationnels tout comme de soins techniques. Ensuite, ce sont le Doubs et l'Yonne, pouvant s'ajouter la Haute-Saône, où les listes d'attente sont conséquentes également mais de manière moindre (2 voire 3 fois moins de demande que les 2 départements cités ci-dessus).

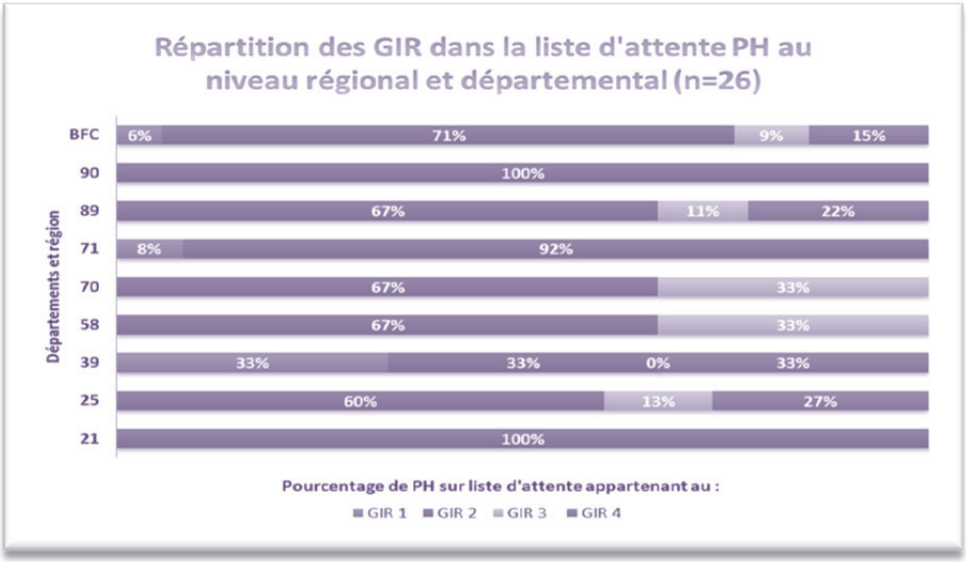
Le même constat qu'au niveau régional peut être fait, excepté pour la Côte d'Or, pour laquelle les GIR 3 et 4 sont les plus représentés dans les listes d'attente PA des 60 sites SSIAD/SPASAD. La Haute-Saône est le territoire sur lequel la liste d'attente PA en GIR 4 est la plus importante, ce qui signifie qu'une prise en charge légère est à prévoir pour les mois à venir. Le Territoire de Belfort, quant à lui, dénombre 20% de PA sur liste d'attente relevant du GIR 1.

***Pour les PH (n=119)***

| Département | Nombre total de "Personnes handicapées" sur liste d'attente | Nombre moyen de "Personnes handicapées" sur liste d'attente | Nombre de sites SSIAD/SPASAD ayant une liste d'attente PH |
|---|---|---|---|
| Côte d'Or | 16 | 2,3 | 7 |
| Doubs | 16 | 2,7 | 6 |
| Jura | 7 | 1,4 | 5 |
| Nièvre | 6 | 2,0 | 3 |
| Haute-Saône | 11 | 2,2 | 5 |
| Saône-et-Loire | 23 | 2,6 | 9 |
| Yonne | 12 | 2,0 | 6 |
| T. de Belfort | 5 | 2,5 | 2 |
| **BFC** | **96** | **17,6** | **43** |

### *Au niveau régional,*

76 sites SSIAD/SPASAD ne possèdent aucune liste d'attente, soit 64% des sites répondants ; 43 sites présentent une liste d'attente en 2016. **Au total, pour l'ensemble de ces 43 sites SSIAD/SPASAD, 96 personnes handicapées sont en attente de prise en charge dans la région.** Ce chiffre est très faible, et semble minorer les besoins en places handicapées. En moyenne, 17,6 personnes, soit 18, sont en attente de prise en charge dans chaque site disposant d'une liste d'attente PH en 2016.




| Département | Nombre de PH sur liste d'attente |
|---|---|
| Côte d'Or | 1 |
| Doubs | 15 |
| Jura | 6 |
| Nièvre | 3 |
| Haute-Saône | 3 |
| Saône-et-Loire | 13 |
| Yonne | 9 |
| T. de Belfort | 5 |
| **BFC** | **55** |

Note : Seulement 26 SSIAD ont permis l'élaboration de ce graphique car soit les autres ne disposaient pas de places PH dans leur autorisation, soit leur liste d'attente PH ne disposait pas d'une évaluation de la dépendance. Ainsi nous avons un taux de retour légèrement inférieur à 50%.

Ce dernier n'est donc pas représentatif de la demande territoriale régionale. Cependant, certains constats peuvent être faits.

Sur les listes d'attente PH des sites SSIAD/SPASAD interrogés, 55 personnes handicapées sont répertoriées en fonction des GIR dans ces dernières, **la majorité des PH appartiennent au GIR 2 (71%).**

### *Au niveau départemental,*

**Les listes d'attente PH sont assez faibles dans les départements,** notamment en Côte d'Or, dans la Nièvre et la Haute-Saône**.**

La Côte d'Or, comme le Doubs et la Saône-et-Loire sont des départements dans lesquels plus de 50% des sites SSIAD/SPASAD ne disposent d'aucune liste d'attente. A noter qu'en Côte d'Or, ceux détenant une liste d'attente PH n'ont pas forcément évalué le GIR des personnes concernées.

Tout comme au niveau régional, **les GIR 2 sont surreprésentées** dans toutes les listes d'attente PH départementales.

## 3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD

L'objectif du diagnostic est d'identifier précisément les zones d'interventions actuelles et de recenser les besoins éventuels de modification (tant pour les gestionnaires que pour l'ARS). En effet, cette année, l'ARS a renouvelé les autorisations des SSIAD autorisés avant 2002. A cette occasion, elle a adressé à chaque SSIAD une annexe des communes de leur territoire d'intervention. Cette étape a permis d'effectuer un premier travail de suppression de doublons de communes. L'enquête auprès des SSIAD/SPASAD permet d'affiner l'identification des besoins possibles de modifications exprimés par les gestionnaires ou identifiés par l'ARS, grâce à une meilleure appréhension du territoire. La phase d'analyse tiendra compte parallèlement de critères complémentaires tels que les taux d'équipement, les difficultés de couverture géographique, la forte densité ou non en infirmiers libéraux…ceci dans un souci d'affectation des communes plus adéquate.

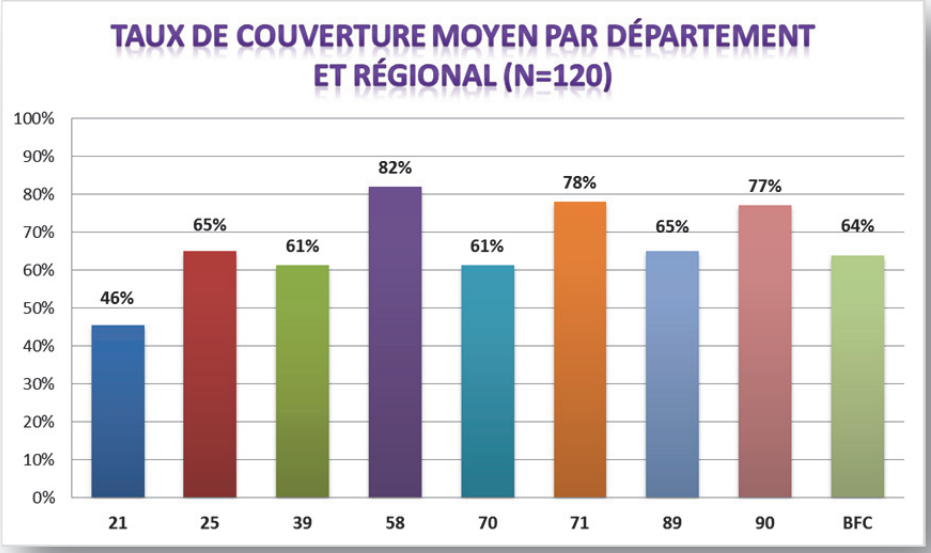
C'est pourquoi, dans cette sous-partie nous traiterons tout d'abord l'état actuel de la sectorisation des SSIAD/SPASAD, leur taux de couverture du territoire Bourgogne-Franche-Comté, pour ensuite analyser la satisfaction des sites SSIAD/SPASAD vis-à-vis de leur zone d'intervention et de voir quels sites souhaiteraient une réadaptation de cette dernière.

### ***Sectorisation actuelle***

## ○ *Couverture du territoire BFC*

***(Taux de couverture = nombre de communes dans lesquelles au moins un usager a été pris en charge en 2016 / nombre total de communes inscrites dans l'autorisation)***

- **Vision globale**




***Au niveau régional,***

On constate que la moyenne est de 63,79%, très proche de la médiane qui est de 64,08%. Le mode est à 100% (valeur la plus fréquente dans l'échantillon), ce qui traduit le fait que pour un grand nombre de sites SSIAD/SPASAD, la zone territoriale couverte par ces derniers l'est totalement. Cependant, cela reflète également une très grande hétérogénéité entre les secteurs d'intervention. L'hypothèse est posée d'une possible corrélation avec la taille (périmètre géographique) du secteur.

***Au niveau départemental,***

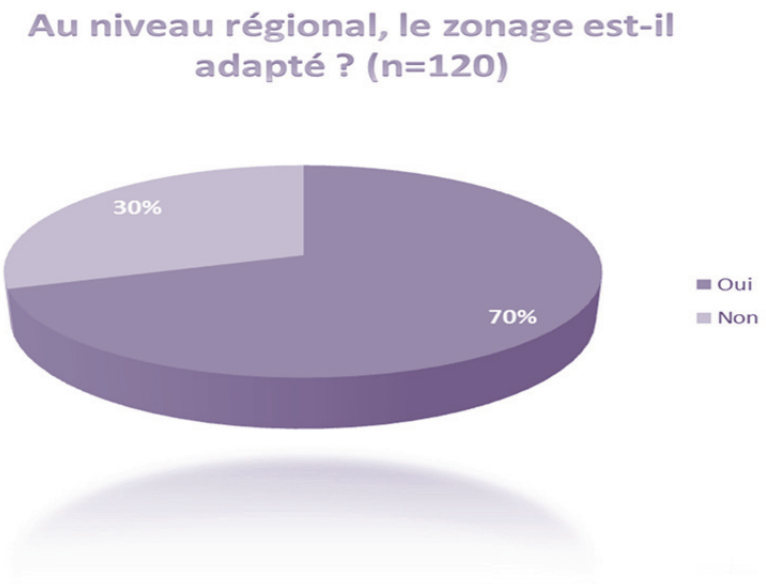
La Côte d'Or présente le taux de couverture le plus faible de la région. A contrario, la Nièvre, la Saône-et-Loire et le Territoire de Belfort, ont un taux de couverture supérieur à la moyenne régionale.

Le département du Doubs est dans la moyenne régionale, tout comme l'Yonne. Le Jura et la Haute-Saône sont légèrement en-dessous.

## ○ *Demandes de modification des zones d'intervention actuelles des SSIAD/ SPASAD*

***Au niveau régional,***

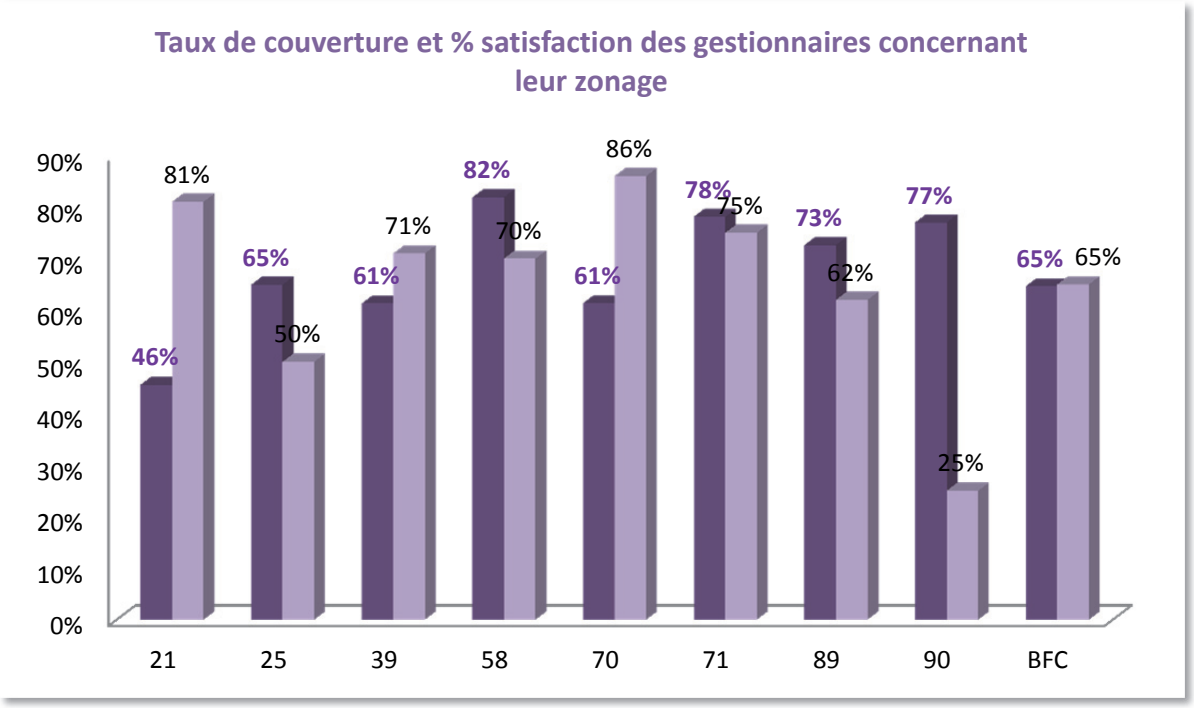
Près d'1/3 des sites, ne sont pas satisfaits de leur zonage territorial (soit près de 2/3 de sites satisfaits).




***Au niveau départemental[5],***

Les départements les moins satisfaits sont le Doubs et le Territoire de Belfort (≤ à 50 %). A l'inverse, les autres départements sont majoritairement satisfaits notamment la Côte d'Or et la Haute-Saône.

A la lecture des graphiques, on constate qu'il n'y a pas dans certains départements (ex : Côte d'Or) d'insatisfaction majeure exprimée par les gestionnaires sur le fait qu'ils ne couvrent pas en partie leurs communes d'intervention théorique, qu'ils soient dans la moyenne régionale du taux de couverture ou en-dessous de 50%.




[5] Cf. annexe 2 :.synthèse par département des motifs d'insatisfaction exprimés par les sites répondants

## 4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge

L'objectif du diagnostic est d'avoir une représentation par SSIAD / SPASAD, au niveau départemental et au niveau régional de la typologie de patients pris en charge selon les GIR (Pourcentage de GIR 1 à 4 et GMP moyen) et ce afin d'avoir une visibilité sur la charge en soins de nursing générés.

Il doit permettre d'identifier également :

- la proportion de patients pour lesquels la mobilisation de plusieurs soignants pour les soins de nursing s'avère nécessaire,
- La part des sites SSIAD/SPASAD pour lesquels la grille AGGIR a été complétée au moins une fois depuis l'entrée des patients,
- s'il existe des différences de GMP moyen entre celui réalisé par les gestionnaires de SSIAD / SPASAD et celui réalisé par les conseils départementaux (CD) et les motifs justifiant ces différences (question de temporalité, de manque de concertation / collaboration…).

### ○ *Prise en charge nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels (au sein du SSIAD et entre le SSIAD et le SAAD)*

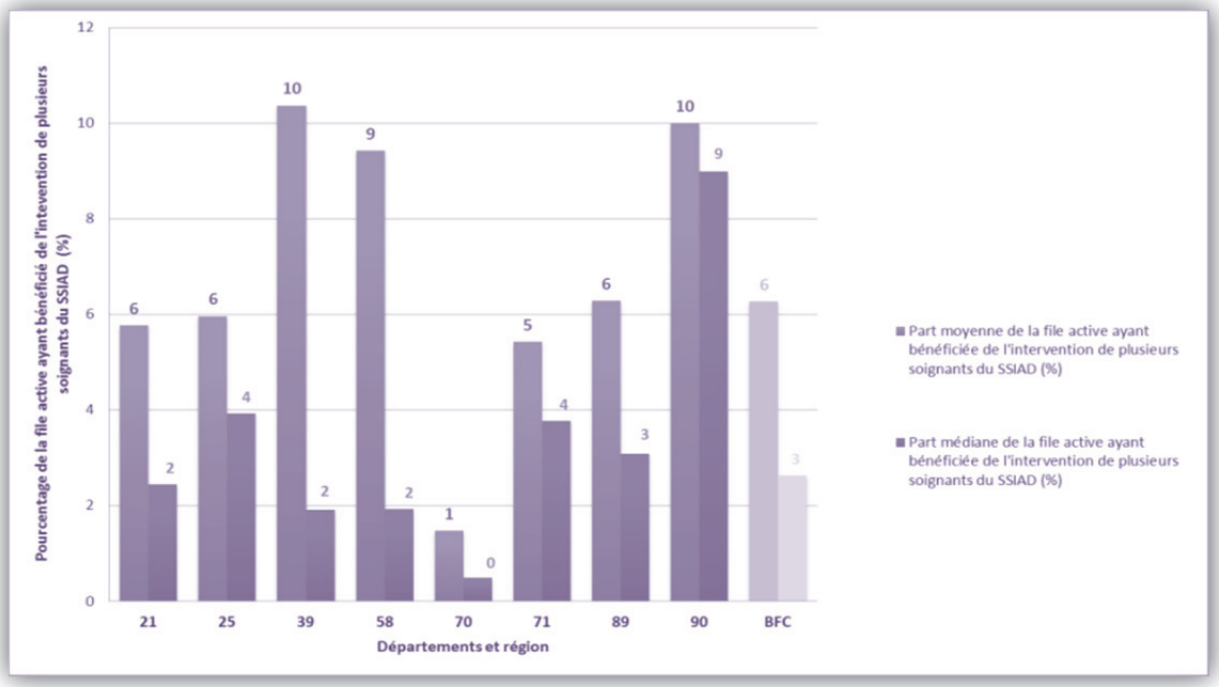
| Département | Part moyenne de la file active ayant bénéficiée de l'intervention de plusieurs soignants du SSIAD (%) | Part médiane de la file active ayant bénéficiée de l'intervention de plusieurs soignants du SSIAD (%) | Part moyenne de la file active ayant nécessité l'intervention d'un soignant du SSIAD et d'un personnel du SAAD (%) | Part médiane de la file active ayant nécessité l'intervention d'un soignant du SSIAD et d'un personnel du SAAD (%) |
|---|---|---|---|---|
| Côte d'Or | 6 | 2 | 8 | 3 |
| Doubs | 6 | 4 | 4 | 3 |
| Jura | 10 | 2 | 2 | 1 |
| Nièvre | 9 | 2 | 6 | 3 |
| Haute-Saône | 1 | 0 | 5 | 4 |
| Saône-et-Loire | 5 | 4 | 5 | 3 |
| Yonne | 6 | 3 | 2 | 0 |
| T. de Belfort | 10 | 9 | 22 | 18 |
| BFC | 6 | 3 | 5 | 3 |

A partir de ce tableau, un constat général aussi bien au niveau régional, qu'au niveau départemental, peut être fait : **la moyenne n'est pas représentative de la médiane, ce qui reflète une hétérogénéité importante dans la gestion des patients.**

#### • Intervention simultanée de plusieurs soignants du SSIAD (n=120)

***Au niveau régional,***

La moyenne est très nettement supérieure à la médiane (2 fois plus importante). Ceci reflète une surestimation, en moyenne, de la part de la file active ayant bénéficié de l'intervention de plusieurs soignants du SSIAD. Ainsi, en prenant la médiane, on note que pour 50% des sites SSIAD/SPASAD, plus ou moins 3% de la file active a bénéficié de l'intervention de plusieurs soignants du SSIAD.



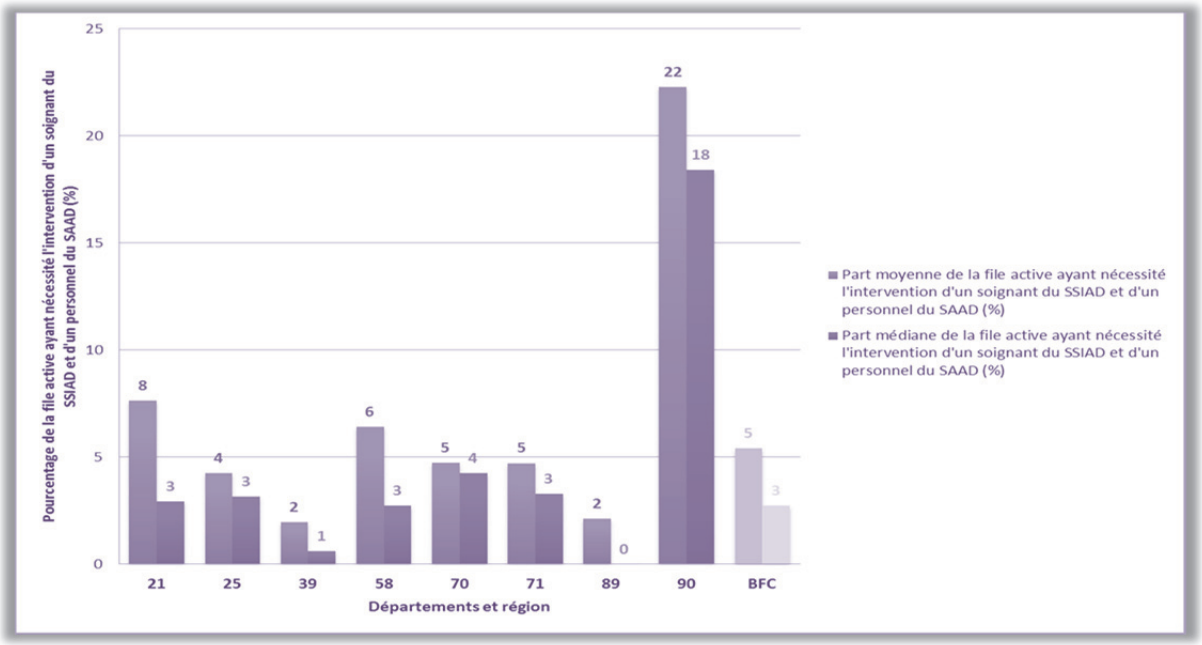

***Au niveau départemental,***

Tout comme pour l'échelle régionale, la moyenne surestime la part de la file active ayant nécessité l'intervention de plusieurs soignants du SSIAD, particulièrement pour le Jura, la Nièvre, et l'Yonne. Cependant, si on s'intéresse à la médiane, on voit que globalement, entre 2 et 4% de la file active a bénéficié de l'intervention de plusieurs soignants. Le Territoire de Belfort est le département pour lequel la part de la file active ayant bénéficié des services du SSIAD est la plus importante, à hauteur de 9%.

- **Intervention simultanée d'un soignant du SSIAD et d'un personnel du SAAD (n=120)**

***Au niveau régional,***

Une différence de 2 points peut être constatée entre la moyenne et la médiane. En effet, en moyenne, 5% de la file active régionale a bénéficié de l'intervention d'un soignant du SSIAD et d'un personnel du SAAD. Sur les 120 sites SSIAD/SPASAD, plus ou moins 3% de la file active a bénéficié des interventions des deux services.



***Au niveau départemental,***

En moyenne, on surestime la part de la file active ayant nécessité l'intervention du SSIAD et SAAD. Si on ne s'intéresse qu'à la médiane, on remarque que 3 ou 4% de la file active a été bénéficiaire de l'intervention des deux services, excepté dans le Jura, l'Yonne et le Territoire de Belfort. Pour ce dernier, on observe que pour les 4 sites SSIAD, plus ou moins 18% de la file active a nécessité l'intervention du SSIAD et du SAAD, dont 2 ont un GMP moyen par patient important (≥ 750).

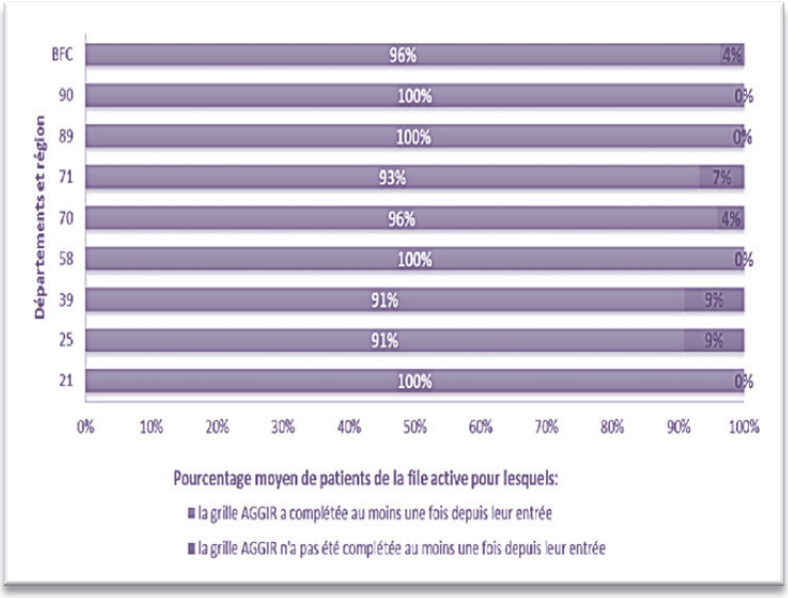
L'enquête auprès des sites n'a pas permis de pouvoir définir un coût moyen annuel par patient des soins relationnels et de base. En effet, en raison des systèmes d'information différents et non adaptés au calcul de ce coût, ainsi que de précisions manquantes dans les modalités de calcul, les données recueillies se sont avérées inexploitables.

## ***Utilisation de la grille AGGIR[6]***

### Complétude de la grille AGGIR (n=120)

***Au niveau régional,***

En moyenne, 96% des patients de la file active des sites SSIAD/SPASAD interrogés ont été évalués au moins une fois via la grille AGGIR depuis leur entrée.




***Au niveau départemental,***

Dans la moitié des départements (Côte d'Or, Nièvre, Yonne, et Territoire de Belfort), en moyenne, tous les sites SSIAD/SPASAD ont complétés au moins une fois la grille AGGIR de leurs patients depuis leur entrée.

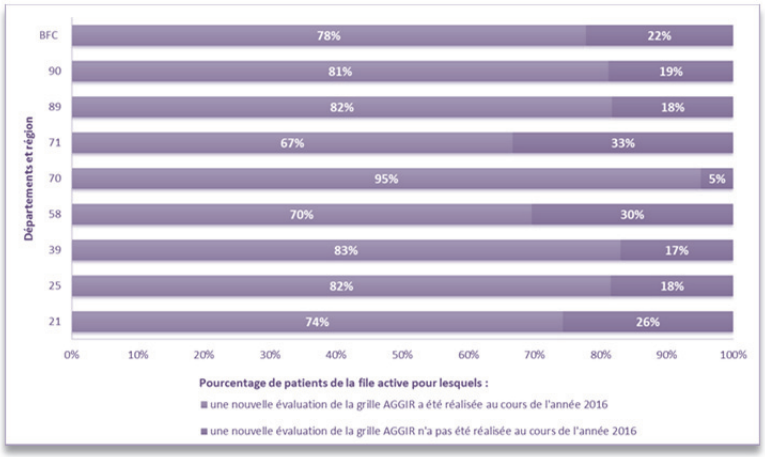
Les 4 autres territoires comportent en moyenne une faible part de la file active des sites SSIAD/SPASAD qui n'a pas été évaluée au moins une fois depuis son entrée via la grille AGGIR. En effet, entre 91 et 96% de la file active des sites SSIAD/SPASAD de ces territoires a été évaluée au moins une fois via la grille AGGIR depuis son entrée.

[6] Cf. décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR

### • Réévaluation de la grille AGGIR (n=120)

***Au niveau régional,***

En moyenne, 78% des patients de la file active ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation au moyen de la grille AGGIR au cours de l'année 2016.




***Au niveau départemental,***

Seuls 3 départements (Côte d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire) ont moins de 78% des patients de la file active des SSIAD/SPASAD qui ont été réévalués en terme de dépendance au moyen de la grille AGGIR. Dans les autres départements, cette réévaluation est quasi systématique, notamment pour les sites SSIAD/SPASAD de la Haute-Saône.

## ○ *GMP établis par les sites SSIAD / SPASAD et répartition des GIR dans la file active*

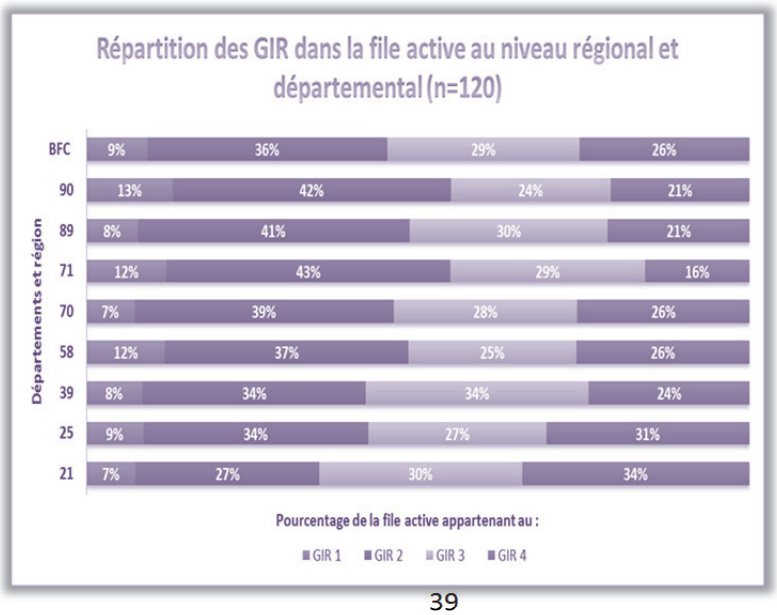
### • Vision globale

A noter que le **GMP établi par les conseils départementaux n'est pas connu des SSIAD** : seulement 6 réponses recueillies sur les 120 répondants dans le 25, 21, 89, 58,71 ce qui montre une absence de transmission formalisée entre les SSIAD/SPASAD et les conseils départementaux.

***Au niveau régional,***

La moyenne et la médiane se confondent, **le GMP moyen/ médian est de 690**, ce qui peut être mis en parallèle avec le fait que la majeure partie de la file active régionale appartient soit au GIR 2, soit au GIR 3.

**La moyenne régionale de la file active 2016 est de 73 patients.**



*Au niveau départemental,*

**La Côte d'Or, tout comme le Doubs, sont des départements pour lesquels le GMP moyen est inférieur à celui régional**. A contrario, des départements tels que **la Nièvre, le Territoire de Belfort ont un GMP moyen plus important**. Ceci traduit une prise en charge importante des patients en GIR 1 et 2, ce que l'on retrouve notamment dans le 90, dans la part de la file active pour laquelle une prise en charge en binôme au sein du SSIAD est nécessaire.

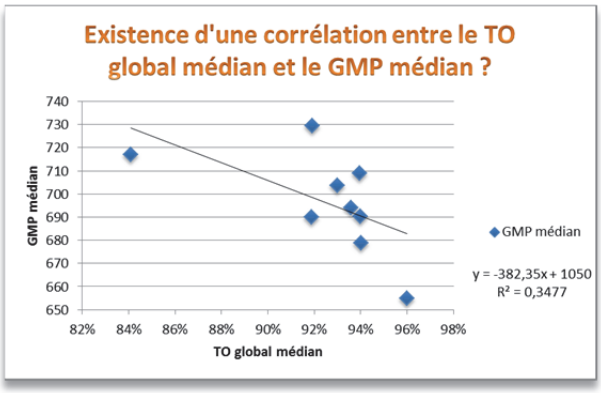
| Département | File active totale |
|---|---|
| Côte d'Or | 1548 |
| Doubs | 1630 |
| Jura | 1145 |
| Nièvre | 682 |
| Haute-Saône | 999 |
| Saône-et-Loire | 1556 |
| Yonne | 835 |
| T. de Belfort | 380 |
| **BFC** | **8775** |

Quatre départements (la Côte d'Or, le Doubs, le Jura, et la Saône-et-Loire) ont une file active dépassant les 1 000 personnes. Et dans une moindre mesure, nous pouvons rajouter la Haute-Saône.

Au total, 8 775 personnes ont été recensées dans la file active des sites SSIAD /SPASAD de Bourgogne-Franche-Comté.

## *Existence de corrélation entre le taux d'occupation et le GMP ?*

| Département | TO moyen | TO médian | GMP moyen | GMP médian |
|---|---|---|---|---|
| *Côte d'Or* | 99% | 96% | 648 | 655 |
| *Doubs* | 94% | 94% | 685 | 679 |
| *Jura* | 93% | 92% | 694 | 690 |
| *Nièvre* | 89% | 93% | 708 | 704 |
| *Haute-Saône* | 95% | 94% | 702 | 709 |
| *Saône-et-Loire* | 86% | 92% | 728 | 729 |
| *Yonne* | 95% | 94% | 693 | 694 |
| *T. de Belfort* | 81% | 84% | 717 | 717 |
| **BFC** | **93%** | **94%** | **690** | **690** |




Deux constats peuvent être faits :

- les départements pour lesquels les GMP moyens et médians sont dans la tranche cible (700-750) ont un taux d'occupation global, moyen ou médian, inférieur ou égal à 93%;
- les départements dont les taux globaux, moyens et médians se rapprochent de 95% et plus ont un GMP moyen ou médian inférieur à 700.

Le nuage de points présenté ci-dessus à droite esquisse une relation inverse entre le taux d'occupation global et le GMP soit établie. L'échantillon (9 points) reste cependant trop faible pour certifier de cette corrélation.

## 5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC)

L'objectif du diagnostic est de pouvoir identifier au sein de chaque SSIAD / SPASAD, au niveau départemental et au niveau régional les différents profils pathologiques des publics accueillis (tant pour les publics PA, PH ou maladie chronique (MC)).

Il s'agit également d'identifier par type de public les coûts moyens relatifs à la médicalisation pour chaque bénéficiaire, au niveau de chaque SSIAD / SPASAD, par département et au niveau régional et mettre ainsi en évidence les profils pathologiques dont les coûts relatifs à la médicalisation (coût des soins techniques), sont les plus importants et doivent faire l'objet d'une réflexion sur un autre mode de tarification.

### ○ *Profils pathologiques des patients accueillis*[7]

| En Bourgogne-Franche-Comté | Diabète | Maladies de l'appareil circulatoire | Tumeurs malignes | Affections neurologiques | Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées | Maladie de Parkinson | Affections psychiatriques de longue durée | Insuffisance respiratoire grave | Incontinence urinaire | Incontinence fécale | Déficience des membres supérieurs |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de personnes atteintes dans la file active | 712 | 1502 | 512 | 1392 | 1120 | 242 | 307 | 413 | 1834 | 1048 | 1097 |
| Nombre de sites SSIAD/SPASAD ayant donné l'information | 102 | 103 | 105 | 104 | 104 | 100 | 107 | 102 | 94 | 95 | 97 |
| % de SSIAD ayant tracé la pathologie | 85% | 86% | 88% | 87% | 87% | 83% | 89% | 85% | 78% | 79% | 81% |
| File active totale des sites SSIAD/SPASAD ayant donné l'information | 7194 | 7260 | 7352 | 7388 | 7420 | 7145 | 7557 | 7153 | 6761 | 6685 | 6922 |
| Nombre moyen de personnes atteintes par site | 7 | 15 | 5 | 13 | 11 | 2 | 3 | 4 | 20 | 11 | 11 |
| % de personnes atteintes dans la file active totale | 10% | 21% | 7% | 19% | 15% | 3% | 4% | 6% | 27% | 16% | 16% |

La construction de ce tableau s'est appuyée sur la totalité des pathologies rencontrées (notons que certains patients peuvent être polypathologiques). Ainsi les personnes souffrant d'incontinences urinaires, de maladies de l'appareil respiratoire ainsi que d'affections neurologiques sont les plus représentées.

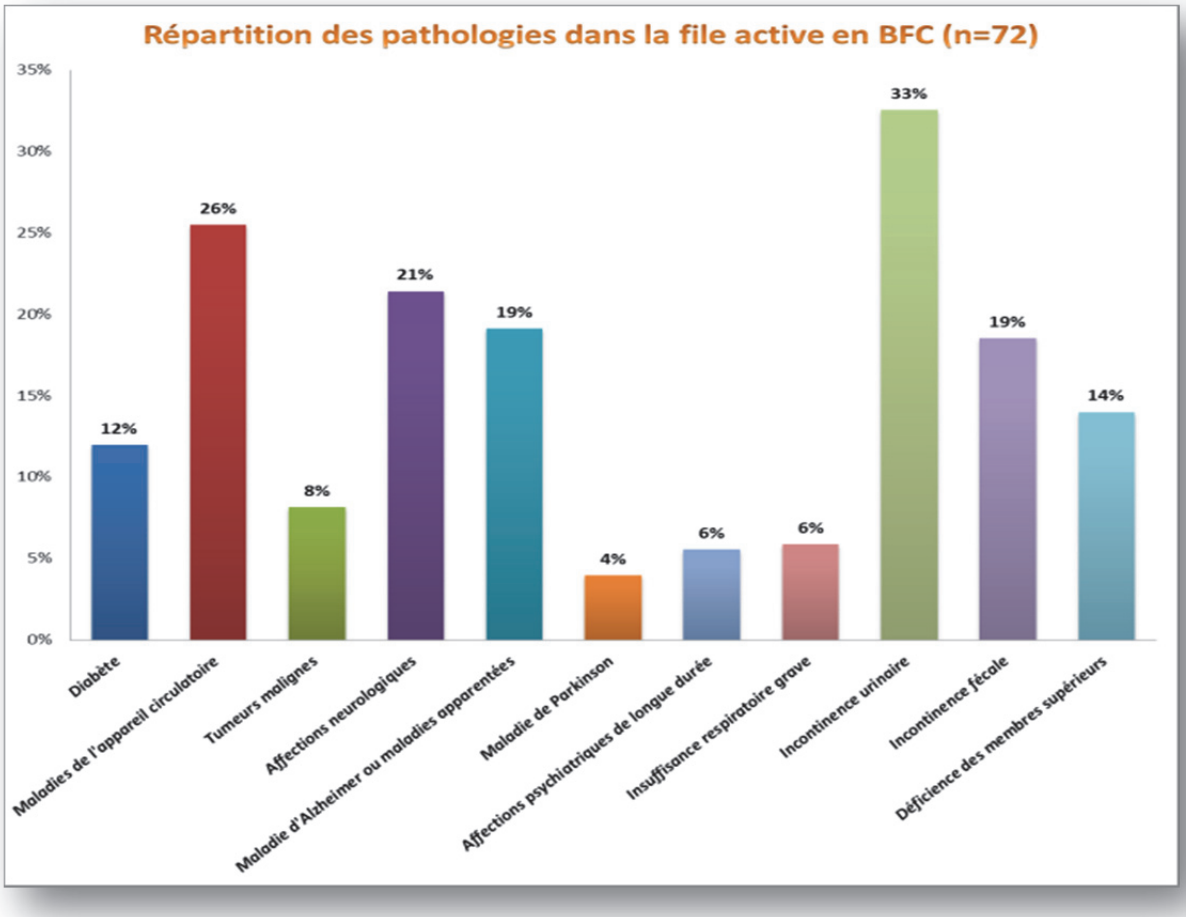
***Au niveau régional,***

Dans la file active de l'échantillon observé, 33% des patients sont concernés par l'incontinence urinaire, 26% sont atteints de maladies de l'appareil circulatoire, environ 20% des individus pris en charge sont atteints de maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, affections neurologiques) ou d'incontinence fécale. Dans une plus faible proportion, les déficiences des membres supérieurs représentent 14% et les diabétiques 12%.

Les autres pathologies citées selon les logiciels utilisés par les sites SSIAD/SPASAD ont été :

[7] En référence au **« rapport à la DGAS sur la tarification des services de soins infirmiers à domicile : Un Modèle innovant »** (URC-ECO IDF) avril 2009

- Affection de l'appareil locomoteur
- Affection cardiaque
- Affection dermatologique
- Affection endocrinienne
- Affection sensorielle
- Obésité
- Affection digestive
- Affection endocrinienne
- Maladie de l'appareil digestif et hépatique
- Cachexie
- Affection uro-genitale
- Démence sénile
- Etats depressifs
- Insuffisance renale chronique
- Cancer
- Affection neurodegenerative et vasculaire
- Handicap
-Liées au vieillissement, syndrome de glissement, altération de l'état général
- Maladie gastro entero…



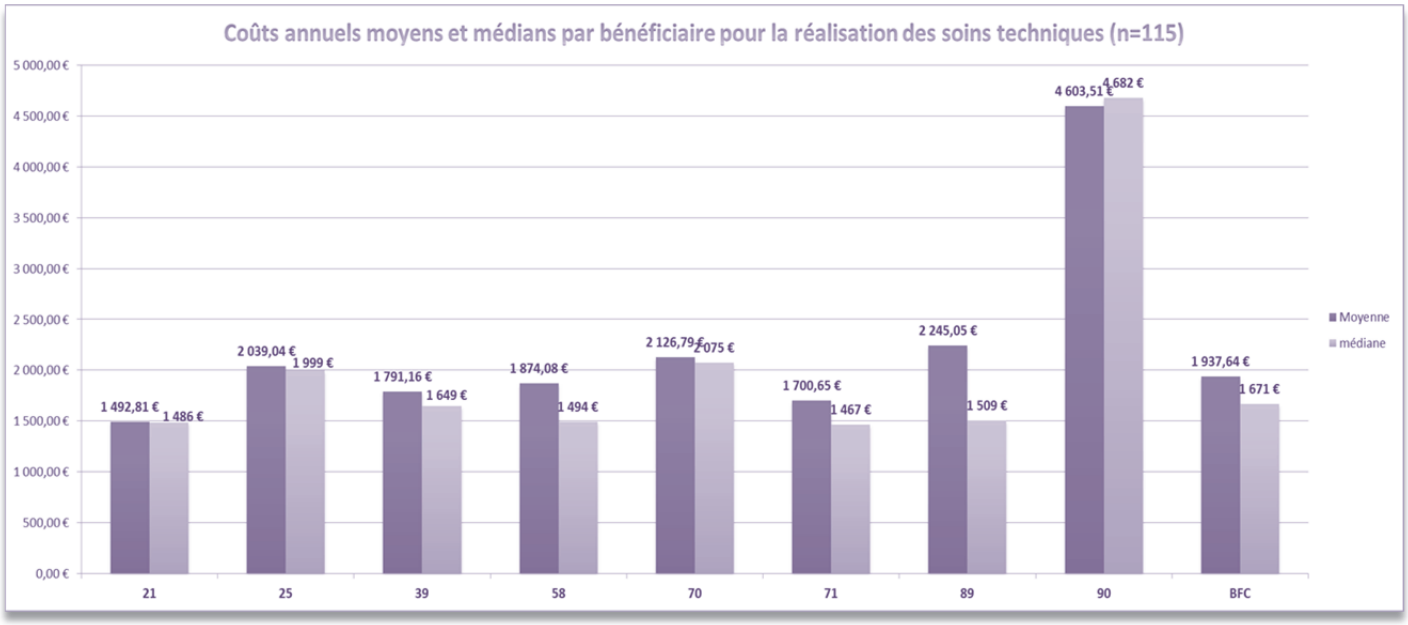

- ***Coûts moyens par bénéficiaire pour la réalisation des soins techniques[8](actes médic-infirmiers)***

Le coût moyen intègre le coût de déplacement et le coût de soins au domicile. Il n'intègre pas le temps de vérification des actes côtés par les IDEL. Ce coût est donc à minorer dans son interprétation.

[8] En référence à l'étude réalisée par Urc Eco IDF en 2009 : **« Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) « Le coût de leur prise en charge et ses déterminants »** Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Paris 2009

***Au niveau régional,***

La moyenne du coût annuel moyen des soins techniques est supérieure à la médiane. Ainsi en moyenne, les soins techniques par patient coûtent 1 938€. Cependant, 50% des sites SSIAD/SPASAD ont un coût médian annuel pour les soins techniques inférieur ou égal à 1 671€ et 50% au-dessus. A noter qu'il existe à ce niveau, une grande hétérogénéité des couts annuels moyens déclarés par les gestionnaires, pouvant aller de 188 € à 7 000€ et qui peut être expliquée par les méthodes de calcul (non prise en compte de certains frais tels que la vérification des actes cotés par les IDEL, frais de déplacements…).




***Au niveau départemental,***

Pour le Jura, la Nièvre, la Saône-et-Loire, et l'Yonne, le différentiel existant entre la moyenne et la médiane se situe entre 142€ et 736€. Ceci permet de constater une disparité importante des coûts annuels moyens par bénéficiaire dans ces départements, entre les différents sites SSIAD/SPASAD, sans doute lié au type de patients pris en charge par ces structures. La Côte d'Or est le territoire sur lequel les coûts annuels moyens sont les moins élevés (1469€). A l'inverse, d'après les déclarations des gestionnaires du Territoire de Belfort, les coûts annuels moyens des soins techniques sont conséquents, s'élevant en moyenne à 4 603 €.

- **Focus sur le contrôle des facturations des IDEL**

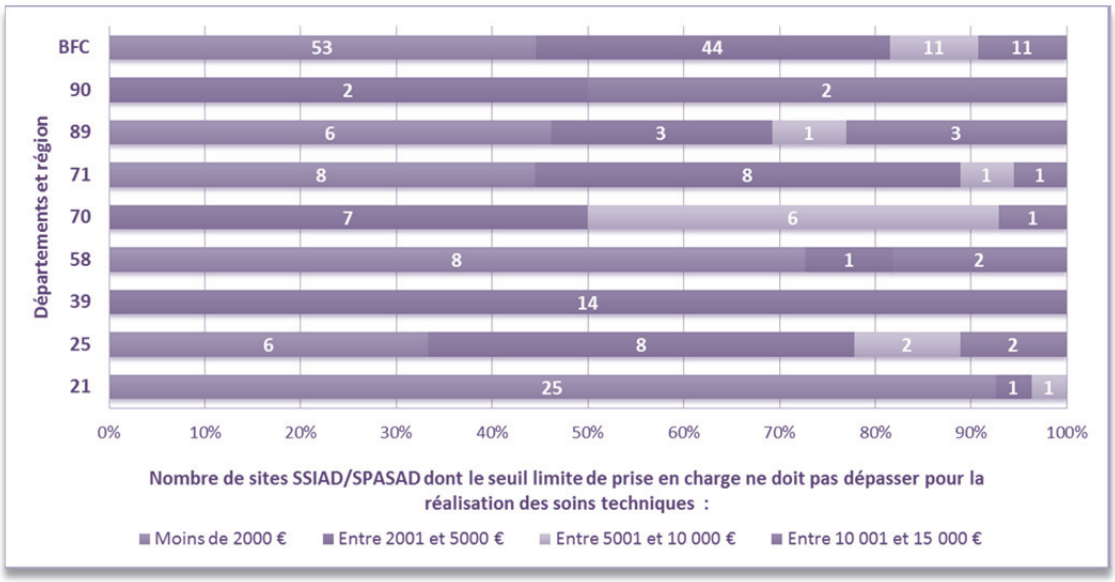
Dans 90,83% des sites SSIAD/SPASAD de BFC, l'IDEC intervient dans le contrôle de la facturation IDEL. Dans 47,5% des cas, elle travaille en collaboration d'un personnel administratif (secrétaire, assistante, comptable). Le contrôle effectué directement par un cadre administratif est plus rare (selon la taille et l'organisation de la structure).

Le temps destiné au contrôle n'a pas pu être évalué précisément compte tenu :

- De chiffres assez faibles pour certains pouvant hypothétiquement être dus au fait que les sites ont raisonné en termes de mois et non en termes d'ETP à l'année.
- Que le temps effectif travaillé par l'IDEC n'est pas connu et peut être différent selon la taille du SSIAD,
- Que les réponses ont été données parfois en heures et non en ETP.

A titre indicatif, les réponses données en ETP varient de 0,02 à 5,4 ETP.

## ○ *Coût seuil limite pour la réalisation des soins techniques aux regards du coût place moyen alloué (à partir de quel montant annuel par bénéficiaire pour les soins techniques la prise en charge crée-t-il un déséquilibre budgétaire ?)*




***Au niveau régional,***

53 sites SSIAD/SPASAD considèrent que le *seuil limite* de prise en charge pour la réalisation des soins techniques ne doit pas dépasser les 2 000 €. 44 sites admettent un seuil compris entre 2 001 € et 5 000 € et 22 pour lequel le seuil est compris entre 5 001 € et 15 000 €.

***Au niveau départemental,***

En Côte d'Or, près de 93% des sites SSIAD/SPASAD considèrent que le *seuil limite* de prise en charge pour la réalisation des soins techniques ne doit pas dépasser les 2 000 €, dans la Nièvre on est à 72% des sites.

Dans l'Yonne, pour 54% des sites SSIAD/SPASAD, le *seuil limite* peut excéder les 2 000€.

Dans le Jura, les deux structures fixent un seuil de prise en charge entre 2 001 € et 5 000 €.

En Haute-Saône, 50% des sites SSIAD/SPASAD considèrent que le montant de la réalisation des soins techniques doit être compris entre 2 001 € et 5 000 €. Les autres sites admettent qu'il peut dépasser les 5 000 €.

Sur le Territoire de Belfort, on note que, pour 2 sites, le seuil limite de prise en charge de la réalisation des soins techniques se situe entre 2 001 € et 5 000 €. Alors que pour les 2 autres, le seuil est compris entre 10 001 € et 15 000€.

## 6. Accès aux soins des personnes handicapées

Dans le cadre du parcours des personnes handicapées piloté par l'ARS, une étude régionale d'accès aux soins des publics PH est menée. Un diagnostic a été présenté le 18 mai 2016. De cette présentation est né un groupe de travail interne puis ouvert à l'externe dont la mission est de définir plus précisément un plan d'action relatif à l'amélioration des soins des personnes handicapées **vivant à domicile** : comment les acteurs du maintien à domicile (SSIAD, SPASAD, IDEL, SAAD, SAMSAH, SAVS…) peuvent-ils chacun trouver une place garante d'une meilleure complémentarité et d'un accès aux soins facilité pour les bénéficiaires ?

Les thématiques issues des échanges sont :

- La continuité des soins
- La sensibilisation/formation des intervenants auprès des personnes en situation de handicap
- La place de l'aidant dans l'accès aux soins
- La place de la personne handicapée dans l'acte de soins
- Les modalités pratiques d'accès aux soins
- La problématique financière (la rémunération des soins)

Les propositions issues de ce groupe de travail figurent dans le volet 2 du diagnostic régional « Analyse et perspectives ».

- ***Nombre et pourcentage de sites SSIAD / SPASAD autorisés n'ayant pas d'autorisation PH***

| Département | Total général de sites SSIAD/SPASAD autorisés (principaux uniquement) | Total de sites SSIAD/SPASAD autorisés (principaux uniquement) sans autorisations PH | % de sites SSIAD/SPASAD autorisés (principaux uniquement) n'ayant pas d'activité auprès des PH |
|---|---|---|---|
| *Côte d'Or* | 11 | 5 | 45,45% |
| *Doubs* | 15 | 5 | 33,33% |
| *Jura* | 2 | 0 | 0% |
| *Nièvre* | 16 | 9 | 56,25% |
| *Haute-Saône* | 3 | 1 | 33,33% |
| *Saône-et-Loire* | 24 | 11 | 45,83% |
| *Yonne* | 19 | 5 | 26,31% |
| *T. de Belfort* | 4 | 1 | 25% |
| BFC | 94 | 37 | 39,36% |

Trois départements atteignent quasiment les 50% de sites SSIAD/SPASAD sans d'activité auprès des personnes handicapées, il s'agit de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de la Côte d'Or.

Le département de la Nièvre dépasse les 50%, atteignant 56,25% des sites SSIAD/SPASAD présents sur son territoire sans aucune activité PH.

Les autres départements ont un peu moins de 35% des sites SSIAD/SPASAD sans activité PH.

## ○ *Enquête auprès des SSIAD / SPASAD sur leurs besoins en places PH*

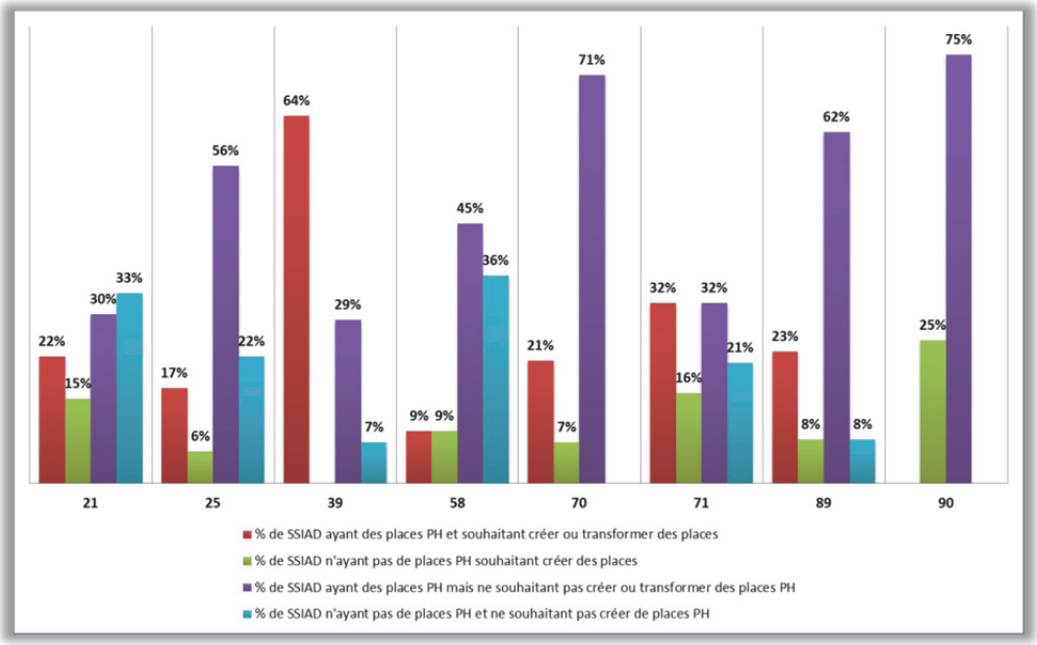
| Département | Sites SSIAD/SPASAD disposant de places PH | | Sites SSIAD/SPASAD ne disposant pas de places PH | |
|---|---|---|---|---|
| | Souhaitant créer ou transformer des places PH | Ne souhaitant pas créer ou transformer des places PH | Souhaitant créer ou transformer des places PH | Ne souhaitant pas créer ou transformer des places PH |
| ***Côte d'Or*** | 6 | 2 | 0 | 4 |
| ***Doubs*** | 1 | 1 | 0 | 1 |
| ***Jura*** | 9 | 9 | 0 | 0 |
| ***Nièvre*** | 1 | 0 | 1 | 1 |
| ***Haute-Saône*** | 3 | 3 | 0 | 1 |
| ***Saône-et-Loire*** | 6 | 5 | 1 | 3 |
| ***Yonne*** | 3 | 2 | 1 | 1 |
| ***T. de Belfort*** | 0 | 0 | 0 | 1 |
| **BFC** | **29** | **22** | **3** | **12** |

*Note : La Mutualité Bourguignonne a formulé un besoin de places PH pour l'ensemble de ses sites : la création de 5 places. Ainsi, elle n'a été compté qu'une fois lors de la dissociation entre « création » et « transformation ».*

### Au niveau régional,

Sur les 120 sites SSIAD/SPASAD, 45% d'entre eux disposent de places PH et ne souhaitent pas modifier leur capacité en places autorisées PH.

**Seuls10% des secteurs SSIAD/SPASAD sans places PH actuellement demandent la création de ces dernières**.

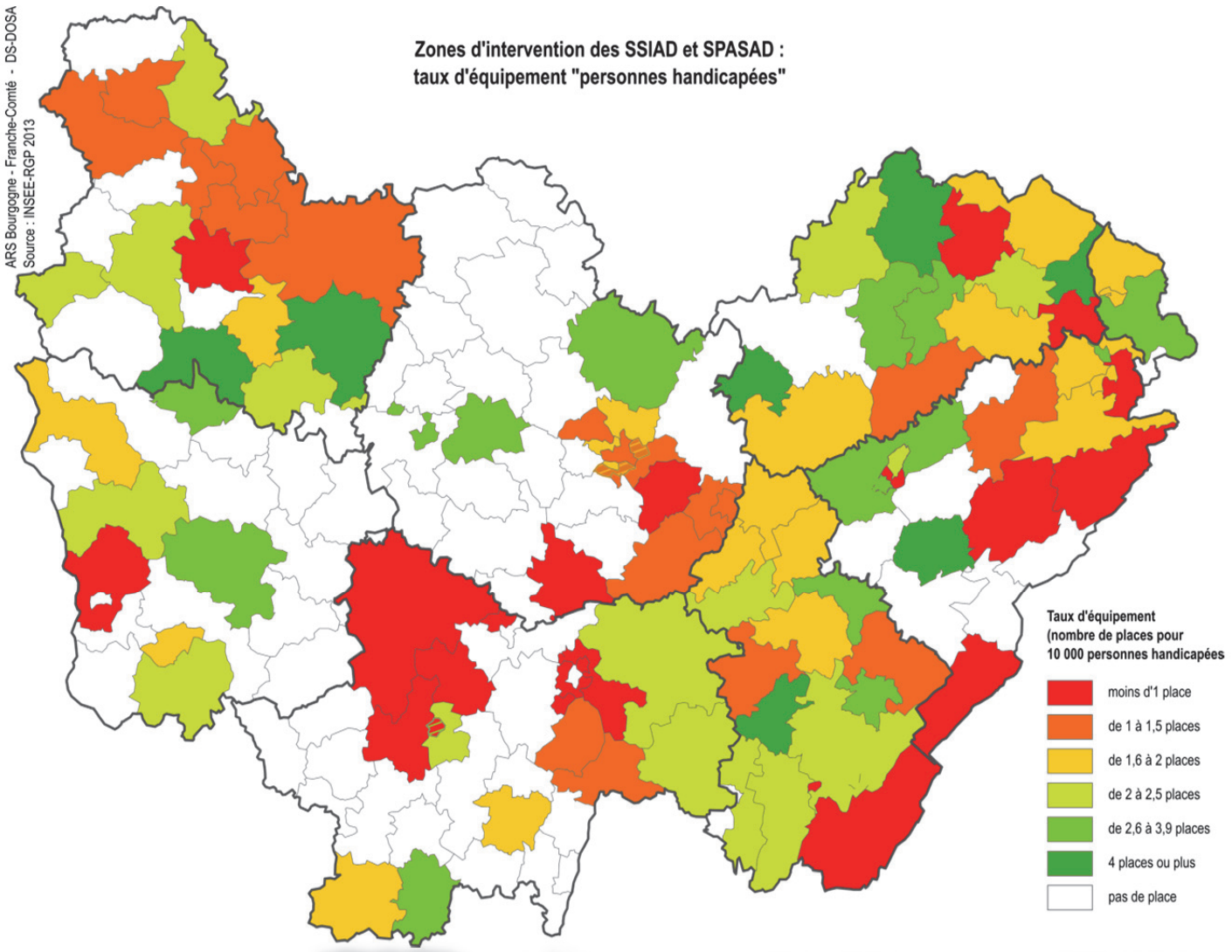



### Au niveau départemental,

Le Doubs est le département dans lequel 64% des sites SSIAD/SPASAD ont des places PH et souhaitent créer ou transformer ces dernières. Dans le Jura, la Haute-Saône, l'Yonne et le Territoire de Belfort, entre 56% et 75% des sites SSIAD/SPASAD disposent des places PH mais ne souhaitent pas en créer ou transformer. En Côte d'Or, 63% des sites SSIAD/SPASAD ne souhaitent pas créer ou transformer des places PH dans leur structure. Pour autant, ce département est celui où de nombreuses zones blanches en taux d'équipement PH existent.

La carte régionale présentant les taux d'équipement e SSIAD/SPASAD pour les personnes en situation de handicap montre que :

- le Jura, l'Yonne, la partie Nord de la Haute-Saône ainsi que le Territoire de Belfort et le Haut-Doubs sont des territoires dans lesquels les taux d'équipement sont les plus élevés avec une absence de zones blanches,
- à l'inverse, la Côte d'Or, la Saône-et-Loire, la Nièvre sont des départements dans lesquels il existe beaucoup de zones blanches et pour lesquels des efforts de développement de l'offre PH seront à réaliser.



## ○ *Offre complémentaire pour les publics PH (SAMSAH, foyers de vie et SAVS)*

### ➢ Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH)

**28 SAMSAH** sont autorisés dans la région pour un volume global de **546 places autorisées.**

Les éléments d'activité transmis en routine à l'ARS pour ces structures ne sont pas exhaustifs ce qui n'a pas permis de pouvoir présenter une vision claire et détaillée de l'offre actuelle au sein de ces services.

La mise en place à compter de 2018 du tableau de bord de la performance des ESMS constituera une opportunité de poursuivre ce travail. En effet, l'offre existante à destination des personnes handicapées en SAMSAH est un élément important à prendre en compte dans les besoins en SSIAD pour ces mêmes publics. Notons qu'ils sont actuellement 86% à participer aux campagnes annuelles du tableau de bord de la performance des ESMS.

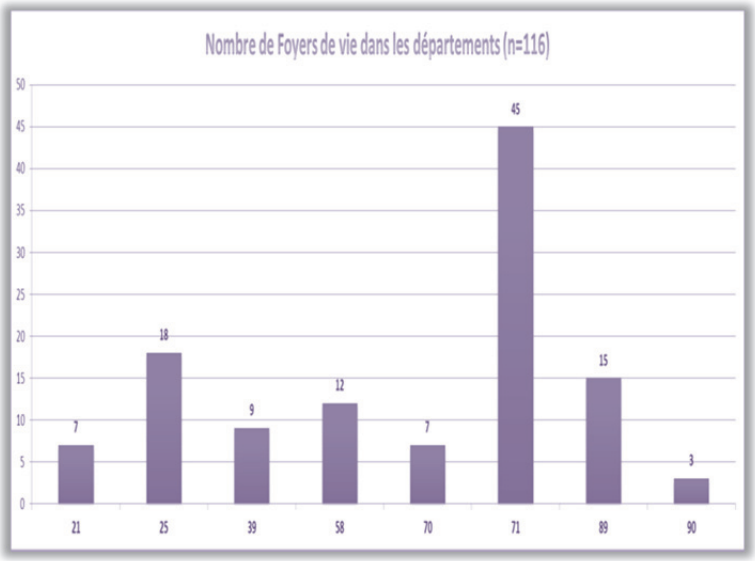
Ainsi, à l'échelon régional et départemental le nombre de journées réalisées, le nombre de journées théoriques, le taux d'occupation, le type de prise en charge (soins/accompagnement), la classification par type seront autant d'informations disponibles.

### ➢ Foyers de vie

Selon les données FINESS au 30 juin 2017, en cours de réactualisation dans le cadre des travaux sur l'élaboration du schéma régional de santé 2018-2022, on dénombre **116 foyers de vie en BFC.**

**Capacités**

La répartition des capacités autorisées, tout comme le nombre de foyers de vie installés sur la région sont répartis de la même manière. Ainsi, on remarque que les foyers de vie sont majoritairement implantés en Saône-et-Loire, dans le Doubs, l'Yonne et dans la Nièvre.




Les constats précédemment faits sont confirmés par ce graphique. De plus, par comparaison, il apparait clairement que la Saône-et-Loire présente deux fois plus de foyers de vie que la Nièvre et l'Yonne. La Côte d'Or, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort sont des départements dans lesquels il existe peu de foyers de vie.

La base FINESS utilisée mériterait cependant d'être fiabilisée par les conseils départementaux, ainsi il n'a pas été calculé de taux d'équipement qui préciseraient ces informations.

Partie II

# Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers)

## 1. Les grandes données régionales

L'objectif de l'état des lieux est de pouvoir identifier sur les territoires :

- les autres offres disponibles en matière de soins infirmiers : IDEL, centre de soins infirmiers. Le volet 2 du diagnostic s'attachera à croiser ces informations avec celles des SSIAD-SPASAD en matière de zonage et de taux d'équipement

- les offres complémentaires à domicile : HAD avec lesquelles le SSIAD / SPASAD a à construire un partenariat garant d'un parcours de soins coordonné des patients sur son territoire d'intervention

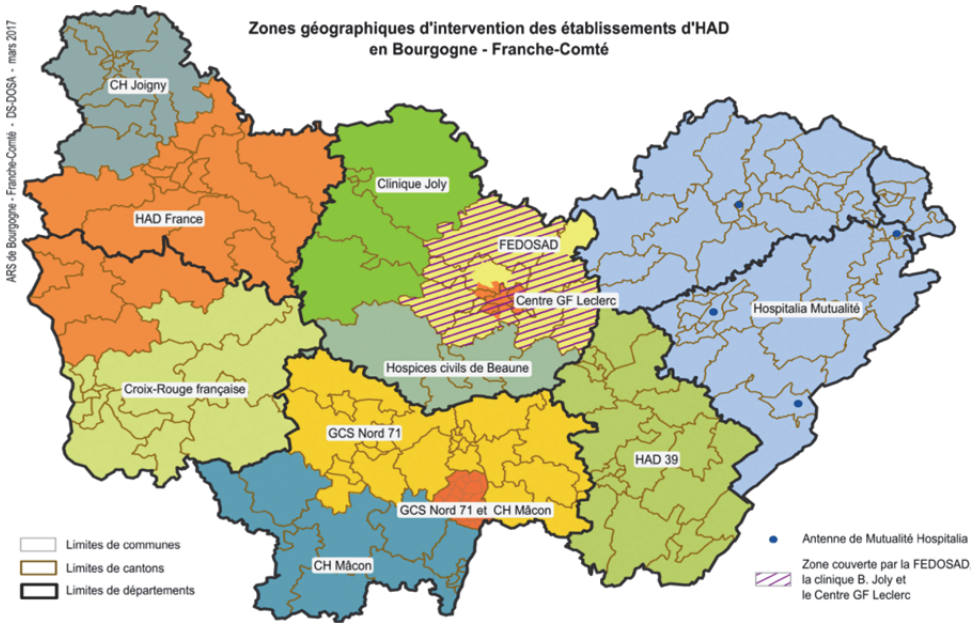
### ○ *L'offre en Hospitalisation à domicile (HAD)*

**En 2015, l'activité réalisée en HAD**, en Bourgogne-Franche Comté**, correspond en moyenne à la prise en charge de 15,4 patients/jour/100 000 hab (en France : 19,3 patients/jour/hab)**, encore loin derrière l'objectif de prise en charge de 30 à 35 patients/jour/100 000 hab, fixé par la circulaire n°2013/398 du 4 décembre 2013.
La progression est toutefois notable, puisqu'**en 2015, 158 597 journées d'HAD** ont été **réalisées** en Bourgogne-Franche-Comté (140 459 journées en 2014), soit **une augmentation de près de 13 %** de 2014 à 2015 et de 43% par rapport à 2009 (111 135 journées)[9].

En 2015, dans la région, 72,5 % des admissions en HAD font suite à une hospitalisation complète à temps plein (médecine chirurgie obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR)), **24,2 % des séjours sont réalisés à partir du domicile** (en France : 29,3 %), et 5 % des séjours concernent des résidents d'établissements médico-sociaux (France : 5,1 %)[9].

Le volet HAD du SROS Bourgogne a été révisé en 2015, conduisant à une réorganisation des implantations, avec une mise en œuvre en 2016 (nouvelles autorisations).

Depuis cette réorganisation, **9 établissements d'HAD en ex Bourgogne** et **2 établissements d'HAD en ex Franche-Comté** (avec 3 antennes) sont autorisées.



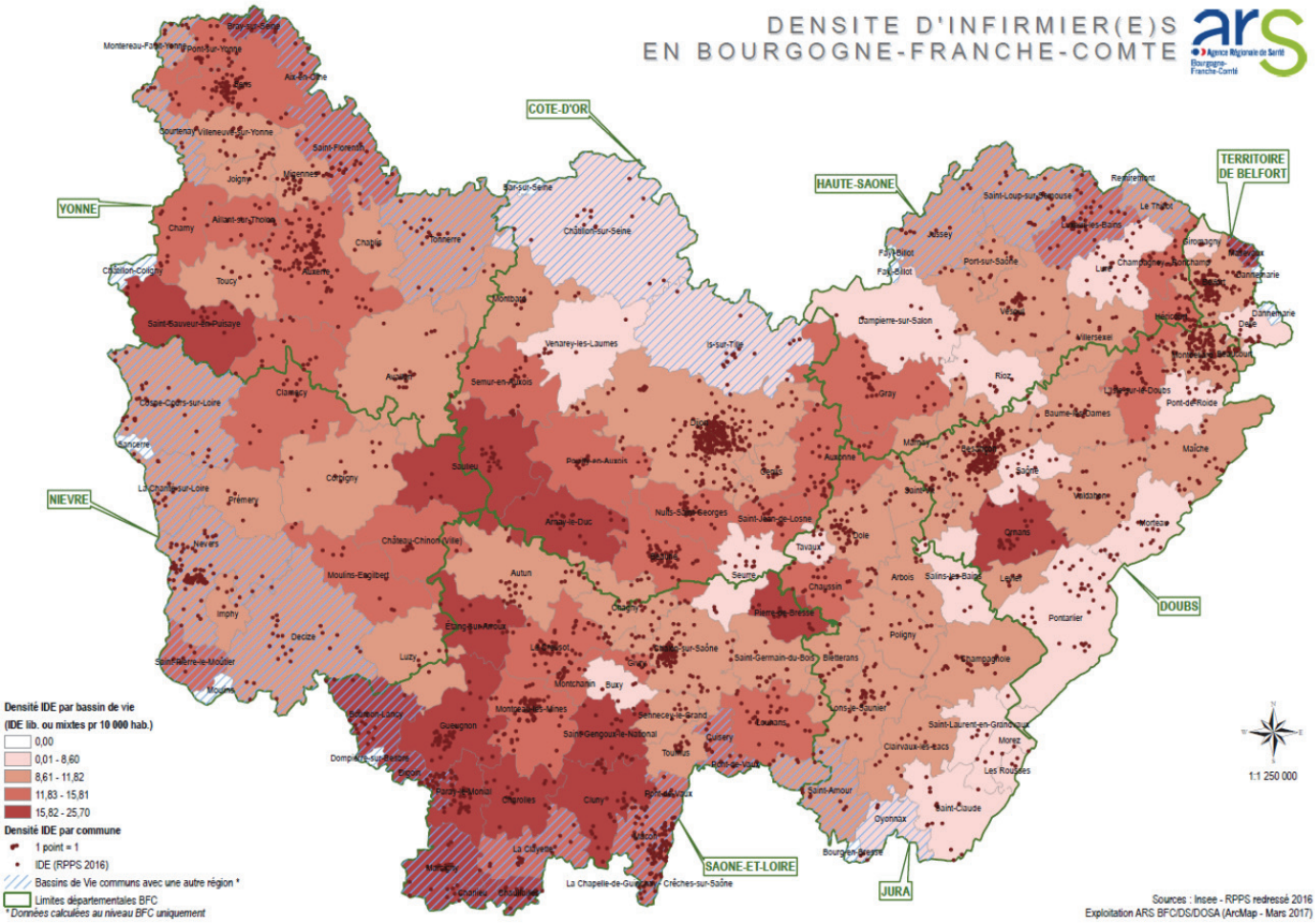

[9] Source : Scansanté

## L'offre ambulatoire en soins infirmiers (IDEL et centres de soins infirmiers)

On compte 3 937 infirmier(e)s en activité (libérale ou mixte) sur le territoire régional.

### Densité des infirmier(e)s

**En 2015, La densité régionale (140) était inférieure à la densité nationale (163) selon les sources DRESS**. A noter que la cartographie ci-dessous concernant la densité des professionnels de santé infirmier(e)s inclus les données des professionnels des centres de soins infirmiers. Il s'agit d'une densité par bassin de vie.




On peut relever des zones moins bien dotées notamment :

- dans les bassins de vie du **nord de la Côte d'Or** (Is/Tille, Chatillon sur Seine, Venarey les Laumes),
- dans les bassins de vie de **Dampierre sur Salon, Rioz et Lure en Haute-Saône**,
- ceux de Giromagny, Delle et Dannemarie en Territoire de Belfort
- ceux de **Pont de Roide, Saône, Morteau et Pontarlier dans le Doubs** (ces 2 derniers étant frontaliers avec la Suisse),
- ceux du Sud Jura (Oyonnax, Saint Claude, Les Rousses, Morez, et Saint Laurent en Grandvaux : zone également frontalière), mais également les bassins de vie de Tavaux et de Salins les Bains
- le bassin de vie de Seurre, situé dans le sud de la Côte d'or et le Nord de la Saône et Loire

Et plus particulièrement :

- celui de Buxy en Saône et Loire,
- celui de Dompierre sur Besbre au sud-ouest de la Saône et Loire,
- ceux de Moulins et Sancerre dans la Nièvre,
- celui de Châtillon-Coligny dans l'Yonne.

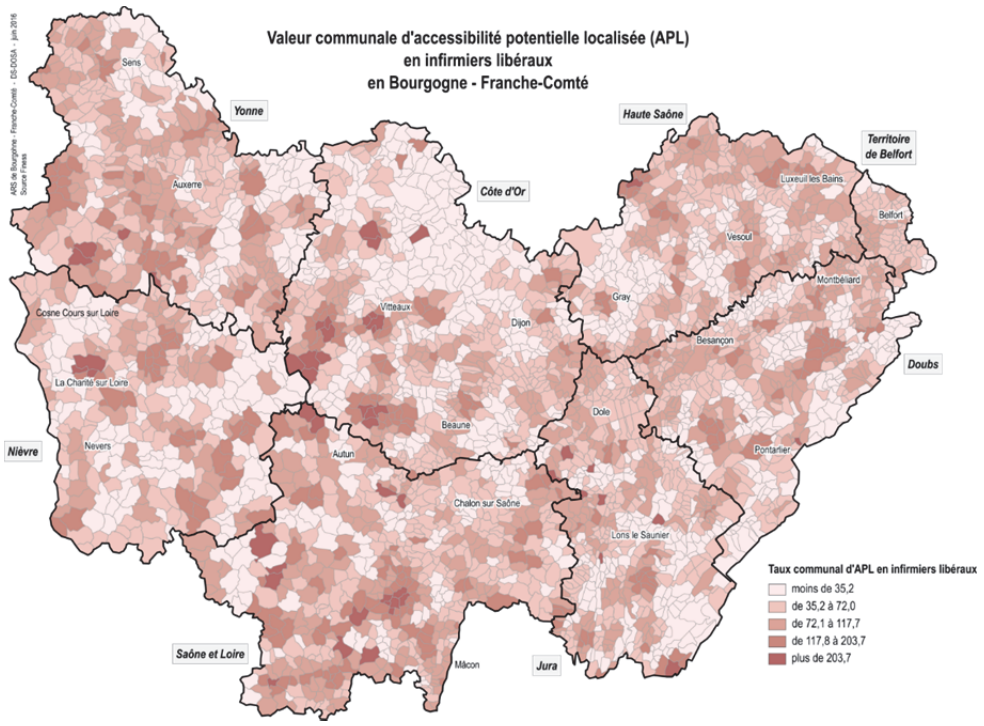
## ➢ L'accessibilité potentielle localisée des infirmier(e)s (APL IDE)

De la même façon que pour la densité si dessus, l'indicateur « APL IDE » inclus les professionnels des centres de soins infirmiers**.** Cet indicateur développé par la **DREES qui permet de calculer une densité « améliorée » qui prend en compte le niveau d'activité des professionnels**, le temps d'accès aux professionnels (une pondération est appliquée en fonction de l'éloignement) et la structure d'âge de la population.

**Les objectifs de l'APL** sont les suivants :

- **Calculer la densité à l'échelle de la commune comparable à n'importe quelle échelle** (nationale, régionale, bassin de vie…)
- **S'affranchir des effets de frontières administratives en calculant la densité sur des secteurs autour des communes avec un rayon de notre choix.**
- **Pondérer la densité en fonction de l'éloignement de la population par rapport à l'offre**.
- **Une standardisation de la population (niveau de consommation de soins et tranche d'âge)** : 2 communes avec un même nombre d'habitants peuvent avoir des besoins très différents au regard de la proportion de personnes âgées.

➢ L'APL calcule un **ratio qui rapporte l'offre en infirmier(e)s d'une commune à la population située dans une aire d'attraction de rayon de 15 km, centrée sur la même commune** (zone de patientèle) et fait le rapport à une moyenne nationale.



Il sera intéressant dans la partie « analyse et perspectives » du second volet du diagnostic de croiser ces données avec celles des taux d'équipement des secteurs de SSIAD, afin de définir des secteurs dits :

- « Sous dotés » au regard de l'offre ambulatoire complémentaire en soins infirmiers,
- « Sur dotés » au regard de l'offre ambulatoire complémentaire en soins infirmiers,
- Dont la dotation en places est cohérente avec l'offre ambulatoire complémentaire en soins infirmiers.

## 2. Partenariat avec l'HAD

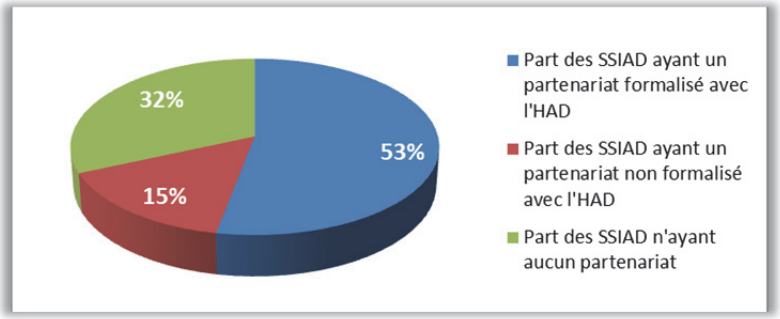
L'objectif est d'avoir en premier lieu une visibilité sur les partenariats existants entre SSIAD / SPASAD et établissements d'HAD et les différentes modalités qui peuvent régir actuellement ces partenariats tant du point de vue de l'activité que du point de vue du financement.

### ○ *Formalisé ou non*

- **Vision globale**

| *Département* | *Nombre de sites SSIAD/SPASAD ayant un partenariat formalisé avec l'HAD* | *Nombre de sites SSIAD/SPASAD ayant un partenariat non formalisé avec l'HAD* | *Nombre de sites SSIAD/SPASAD n'ayant aucun partenariat* | *Total* |
|---|---|---|---|---|
| *Côte d'Or* | 11 | 3 | 13 | 27 |
| *Doubs* | 7 | 3 | 8 | 18 |
| *Jura* | 14 | 0 | 0 | 14 |
| *Nièvre* | 9 | 1 | 1 | 11 |
| *Haute-Saône* | 12 | 0 | 2 | 14 |
| *Saône-et-Loire* | 4 | 6 | 9 | 19 |
| *Yonne* | 2 | 5 | 6 | 13 |
| *T. de Belfort* | 3 | 0 | 1 | 4 |
| **BFC** | **62** | **18** | **40** | **120** |

**Au niveau régional,**




Pour un peu plus de la moitié des sites SSIAD/SPASAD répondants (soit 62), il existe un partenariat formalisé avec un établissement d' HAD. 32% des SSIAD/SPASAD n'ont aucun partenariat. 15% disposent d'un partenariat non formalisé, c'est à dire qu'aucune convention n'existe mais qu'un accord à l'amiable a été entendu.

Ainsi les sites SSIAD/SPASAD tentent de se coordonner avec l'établissement d'HAD le plus proche de leur secteur d'intervention ou intervenant sur la même zone. Etablissement d'HAD et SSIAD/SPASAD se relayent dès lors qu'une des deux structures ne peut pas/plus prendre en charge certains patients. C'est pourquoi divers motifs ont été évoqués pour la mise en place d'un partenariat avec un établissement d'HAD, formalisé ou non. La synthèse de ces derniers se trouve ci-dessous :

**Le SSIAD oriente vers l'établissement d'HAD en cas de :**

- ✓ **Prise en charge trop « lourde »** (ex : soins palliatifs, nursing lourd) **financièrement et physiquement** : le relais vers l'HAD est surtout en lien avec la nature et l'importance des soins infirmiers estimées par le SSIAD.
- ✓ **Prise de relais/éviter la rupture du parcours de soins du patient** (maintien à domicile pour éviter la réadmission hospitalière)

**L'établissement d'HAD s'appuie sur le SSIAD en cas de :**

- ✓ Manque de place en HAD
- ✓ Absence de personnel aide-soignant
- ✓ Sortie du patient de l'établissement d'HAD car les critères d'admission et de prise en charge (cotation T2A) ne sont plus remplis (amélioration de l'état de santé de la personne)
- ✓ Difficulté de couverture de son territoire d'intervention (ex de SSIAD qui conventionnent avec un établissement d' HAD : SSIAD du CH Ornans, SSIAD ADMR Baumes les Dames. l'HAD NIEVRE géré par la Croix Rouge conventionne avec les SSIAD de la Croix Rouge pour les soins de base et relationnels, et avec les IDEL et kinés libéraux pour les soins techniques) : si le territoire du service d'HAD est très vaste, il préfère parfois s'appuyer sur les acteurs de proximité (SSIAD et professionnels de santé libéraux) pour réaliser partiellement ou intégralement les soins qui lui sont dévolus dans le cadre de sa prise en charge globale. Le SSIAD et les professionnels libéraux deviennent des « prestataires externalisés » de la prise en charge par le service d' HAD. Cette solution permet de réduire les frais de déplacements de l'HAD.

## ○ *Avec quelles modalités de financement ?*

***Au niveau régional,***

Les modalités de financement les plus rencontrées sont :

1. **Le forfait journalier calculé sur la base de** :

➢ du coût reversé par l'ARS au SSIAD

**ou**

➢ de la somme du coût horaire de l'AS, des indemnités kilométriques et du forfait de coordination réalisé par l'IDEC

2. **la facturation au coût réel** selon un relevé des heures effectuées au domicile (application du nombre d'heures réalisées par les AS + indemnités kilométriques + forfait de coordination et de temps administratif

Ce taux de partenariat ne permet cependant pas de définir plus précisément les modalités de coopération :

- Interventions simultanées (intervention du SSIAD et de l'HAD) – pour rappel, ces interventions simultanées n'ont, pour l'heure aucune sécurisation juridique au regard des cadres réglementaires régissant le fonctionnement des SSIAD-SPASAD et de l'HAD –

- Ou interventions dissociées (interventions du SSIAD ou de l'HAD) afin de s'inscrire dans une démarche de fluidification du parcours de soins des personnes vivant à domicile

## 3. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers

L'objectif est d'apporter une visibilité sur l'organisation actuelle de l'offre en soins techniques, identifiés par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) comme les actes médico infirmiers (AMI) pour lesquels seule une infirmière est habilitée à les réaliser (cf. décret de compétences des infirmières).

Il s'agit de pouvoir savoir si cette réalisation passe par un partenariat formalisé ou non formalisé avec les IDEL et/ ou centre de soins infirmiers (CSI) du secteur d'intervention du SSIAD / SPASAD ou si cette offre est internalisée.

Plus finement, l'objectif visé est d'identifier les motifs justifiant les choix opérés par les structures (internalisation ou externalisation) et en cas d'externalisation, les différentes modalités de partenariats existantes avec les IDEL et /ou CSI tant du point de vue de l'activité (quelle coordination interne avec les autres intervenants du SSIAD / SPASAD ?) que du point de vue du financement (quelle application de la NGAP pour les rétributions financières ?).

### ○ *Externalisation des soins techniques (actes médico-infirmers)*

| *Département* | *Nombre de sites SSIAD/SPASAD ayant un partenariat formalisé avec des IDEL* | *Nombre de sites SSIAD/SPASAD externalisant totalement les soins techniques* | *Nombre de sites SSIAD/SPASAD externalisant partiellement les soins techniques* |
|---|---|---|---|
| ***Côte d'Or*** | 27 | 22 | 5 |
| ***Doubs*** | 18 | 16 | 2 |
| ***Jura*** | 14 | 14 | 0 |
| ***Nièvre*** | 11 | 10 | 1 |
| ***Haute-Saône*** | 14 | 14 | 0 |
| ***Saône-et-Loire*** | 19 | 18 | 1 |
| ***Yonne*** | 13 | 12 | 1 |
| ***T. de Belfort*** | 4 | 4 | 0 |
| **BFC** | **120** | **110** | **10** |

***Au niveau régional, comme départemental,***

Tous les SSIAD/SPASAD ayant répondu à l'enquête ont un partenariat formalisé avec les IDEL. Sur les 120 répondants, 110 externalisent totalement les soins techniques ce qui représente 92% des sites. Lorsque les soins techniques ne sont pas réalisés totalement par les IDEL, des infirmières salariées complètent la prise en charge. Cette option est justifiée par les SSIAD comme un moyen de réduire les coûts liés aux soins techniques.

A noter que pour la Côte d'Or, le Doubs, la Nièvre et l'Yonne, le pourcentage de sites SSIAD/SPASAD externalisant les soins techniques ne dépasse pas la moyenne régionale qui est de 92%.

Tous les sites SSIAD/SPASAD de la BFC appliquent la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels), excepté un site de Côte d'Or.

De nombreux motifs ont été évoqués pour l'externalisation de l'offre de soins techniques.

**Les motifs les plus fréquemment retrouvés justifiant le recours à une IDEL :**

- ✓ Taille du SSIAD et nombre de kilomètres à parcourir trop important si emploi d'IDE salariées au sein du SSIAD
- ✓ Le coût salarial trop élevé et contraignant en terme d'organisation : remplacements lors des arrêts maladie, congés annuels…
- ✓ Maintien d'un choix politique de départ (à la création du SSIAD)
- ✓ Difficulté de recrutement des IDE
- ✓ Maintien des mêmes professionnels en amont et aval de la prise en charge par le SSIAD (continuité de la prise en charge par les professionnels de territoire)
- ✓ Eviter les conflits d'activité (complémentarité plutôt que services concurrentiels : « détournement de clientèle »)
- ✓ Respect de la législation concernant le fonctionnement d'un SSIAD : argument erroné car l'emploi d'un ou une IDE salarié(e) est tout à fait autorisé par la circulaire du 28 février 2005.

**Les SSIAD qui emploient des IDE salariés évoquent :**

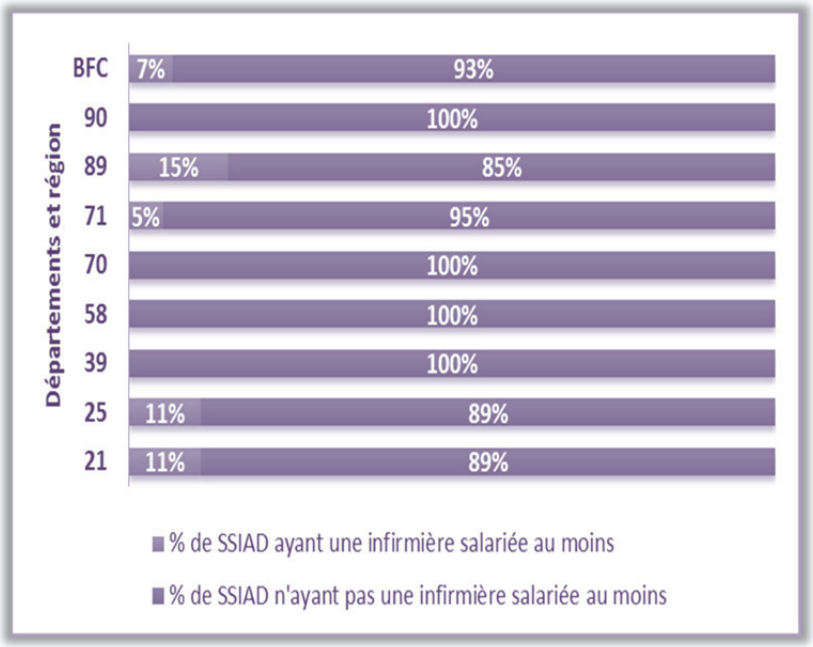
- ✓ Une recherche d'optimisation budgétaire devant l'augmentation croissante des actes infirmiers.

## ○ *Emploi d'une infirmière salariée*

***Au niveau régional,***

93% des sites SSIAD/SPASAD interrogés ne disposent pas d'infirmière salariée.

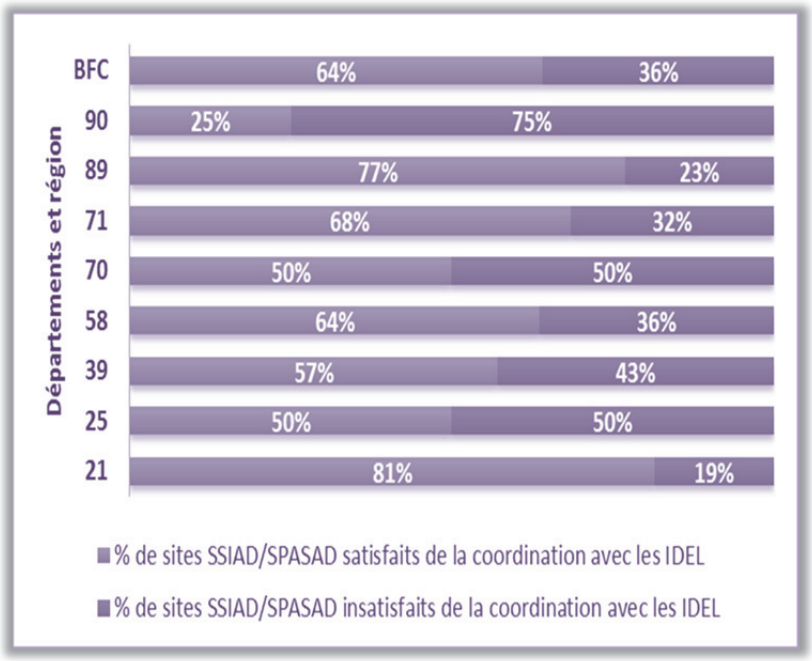
A noter que 2 gestionnaires externalisent partiellement la prise en charge des soins techniques par les IDEL sans pour autant disposer d'infirmières salariées, ce qui pose la question de la couverture par ces gestionnaires de l'ensemble des soins techniques ce qui est contraire à la réglementation. L'hypothèse qui peut être posée est celle de soins techniques non-inscrits à la NGAP qui ne sont pas pris en charge par le SSIAD. Cela représente 1 % des sites.




***Au niveau départemental,***

Les sites SSIAD/SPASAD du Jura, de la Nièvre, de la Haute-Saône, et du Territoire de Belfort n'emploient aucune IDE salariées. Contrairement, à la Côte d'Or, le Doubs, la Saône-et-Loire et l'Yonne, où entre 5 et 15% des sites SSIAD/SPASAD comptent parmi leur effectif salarié des IDE.

## Satisfaction et insatisfaction de la coordination avec les IDEL




***Au niveau régional,***

Près de 2/3 des sites SSIAD/SPASAD sont satisfaits de la coordination avec les IDEL.

***Au niveau départemental,***

Entre 50 et 81% des sites SSIAD/SPASAD sont satisfaits de la coordination avec les IDEL. Dans le Doubs et la Haute-Saône comme dans le Jura, il y a autant de sites SSIAD/SPASAD satisfaits que de non-satisfaits *a priori*. La Côte d'Or est le département dans lequel 81% des sites SSIAD/SPASAD sont majoritairement satisfaits de leur coordination avec les IDEL.

**Les motifs d'insatisfaction sont nombreux et divers :**

- Facturation non conforme à la nomenclature, souvent retournée avec retard
- Refus des IDEL d'intervenir pour les SSIAD environnants
- Actes non-prescrits réalisés en supplément pour augmenter la facture / Actes hors nomenclature
- Refus de faire des soins de base
- Tarification non conforme (NGAP non utilisée)
- Manque de transmission et de coordination avec le SSIAD
- Problème de coordination pour les horaires de soins IDEL/AS
- Transmissions des honoraires infirmiers des IDEL directement à la CPAM malgré la signature de conventions et la mise en place de modalités de transmissions des factures au SSIAD
- Revendication des IDEL pour les DSI (Démarche de Soins Infirmiers) et MCI (Majoration de Coordination Infirmière) quand les SSIAD ne les appliquent pas
- Peu de temps consacré aux patients

Partie III

# Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD/SPASAD)

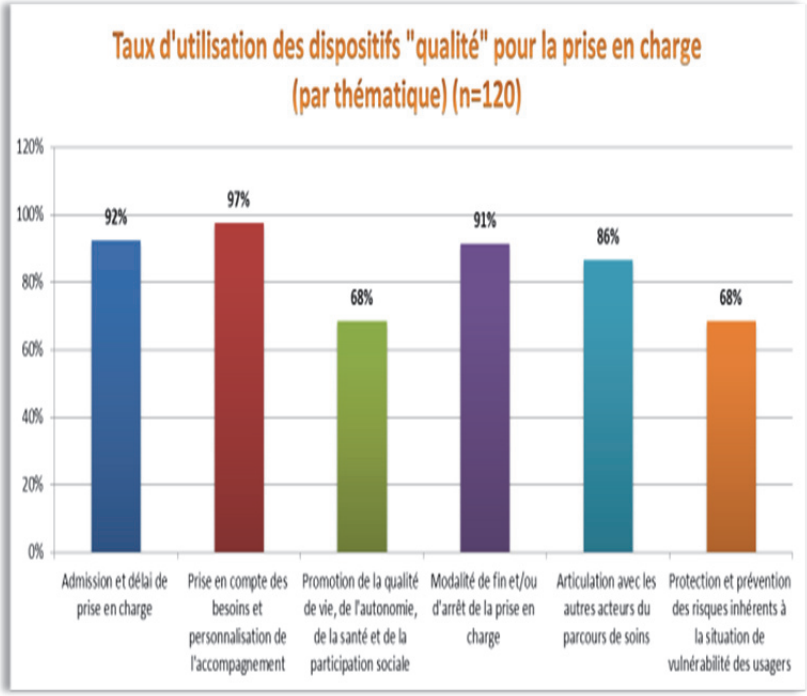
## 1. Qualité de la Prise en charge

L'objectif du diagnostic est de pouvoir identifier les pratiques d'organisation interne en matière de qualité de la prise en charge tant du point de vue du bénéficiaire que du point de vue de la structure et d'identifier les différences et limites constatées en fonction du statut des gestionnaires.

### ***La prise en charge***

Les sites interrogés ont déclaré les critères qualité pour lesquels un dispositif de prise en charge a été mis en place selon les thématiques suivantes :

- **admission et délai de prise en charge** (ex : liste d'attente critérisée et suivie),
- **prise en compte des besoins et personnalisation de l'accompagnement** (ex : existence d'un dossier individuel de prise en charge (DIPEC), contrat de prise en charge qui précise le nombre et les horaires de passages journaliers ainsi que la durée de prise en charge, …),
- **promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale** :
- **modalités de fin et/ou d'arrêt de la prise en charge** (ex : garantie des droits et de la participation de l'usager),
- **articulation avec les autres acteurs du parcours de soin**, ouverture du service sur son environnement et interactions opérantes (ex : courrier de suivi, réunions de coordination, …),
- **protection et prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers** (ex : protocole sur le repérage des situations à risque : repérage, alerte et signalement des situations d'isolement, de fragilités, de perte d'autonomie ou d'aggravation de celle-ci).




***Au niveau régional,***

Les critères qualité les plus utilisés par les SSIAD /SPASAD sont :

- Admission et délai de prise en charge
- Prise en compte des besoins et personnalisation de l'accompagnement
- Modalité de fin et/ou d'arrêt de la prise en charge

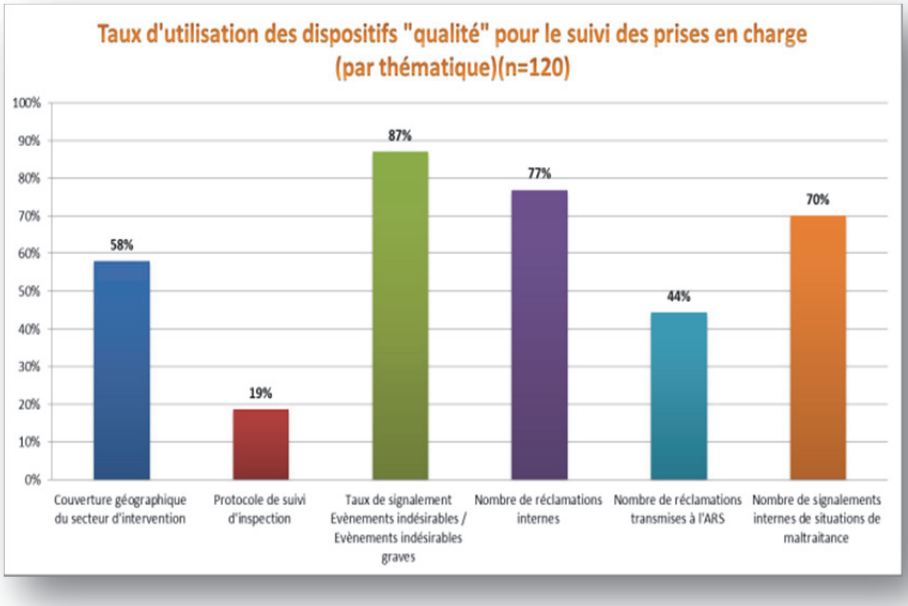
Un quatrième critère pourrait être cité, proche d'un taux d'utilisation de 90%, le critère « Articulation avec les autres professionnel du parcours de soins ».

Ainsi, les sites SSIAD/SPASAD se montrent du parcours de soins des patients.

## ○ *Le suivi des prises en charge*

Les SSIAD/SPASAD indiquent également les critères qualité pour lesquels un outil de traçabilité a été mis en place. **L**es thématiques proposées dans l'enquête étaient les suivantes (cf. outils issues de la loi 2002, rapport de capitalisation du temps soignant en SSIAD) :

- **Couverture géographique du secteur d'intervention** du SSIAD / SPASAD (taux de communes couvertes, nombre de patients pris en charge sur une certaine période dans chaque commune),
- **Protocole de suivi d'inspection,**
- **Taux de signalement évènement indésirable** (EI) / **évènement indésirable grave** (EIG),
- **Nombre de réclamations internes,**
- **Nombre de réclamations transmises à l'ARS,**
- **Nombre de signalement interne de situations de maltraitance.**




***Au niveau régional,***

87% des sites SSIAD/SPASAD s'intéressent aux taux de signalements des événements indésirables graves ou non.

77% utilisent le critère « Nombre de réclamations internes ».

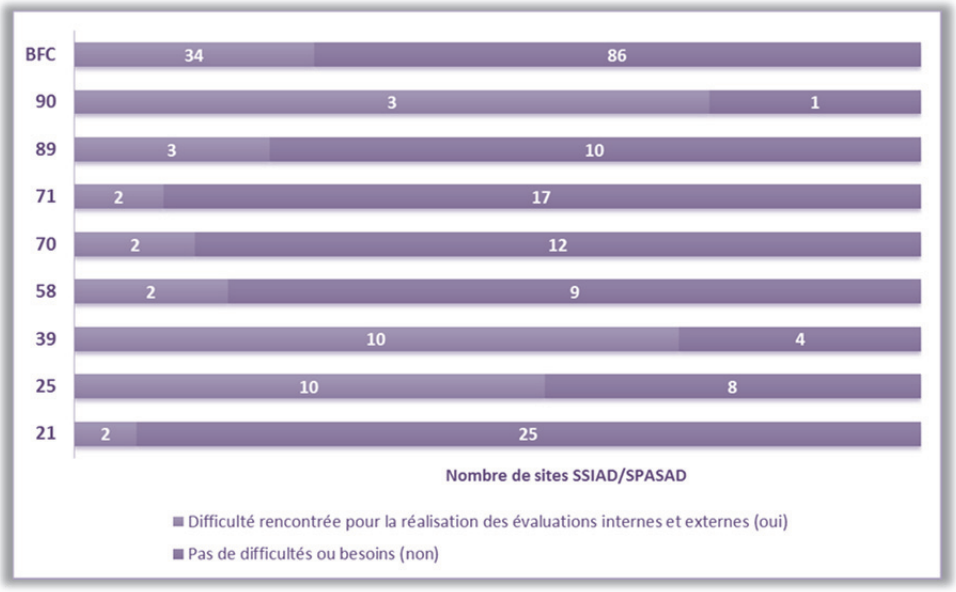
70% prennent en compte le nombre de signalements internes des situations de maltraitance.

## ○ *Evaluations internes et externes*

**99,3% des SSIAD / SPASAD ont réalisé une évaluation interne depuis moins de 5 ans.**

**98,6% des SSIAD / SPASAD ont réalisé une évaluation externe depuis moins de 7 ans.**

## ➢ *Difficultés et besoins éventuels rencontrés pour la réalisation des évaluations internes et externes*




***Au niveau régional,***

34 sites soit 28% ont exprimé des difficultés lors de la réalisation des évaluations internes et externes.

***Au niveau départemental,***

On relève que dans le Doubs, le Jura et le Territoire de Belfort, les taux départementaux dépassent largement le taux régional avec une majorité des sites SSIAD/SPASAD rencontrant des difficultés.

**Les difficultés majeures rencontrées pour les évaluations internes et externes sont liées** :

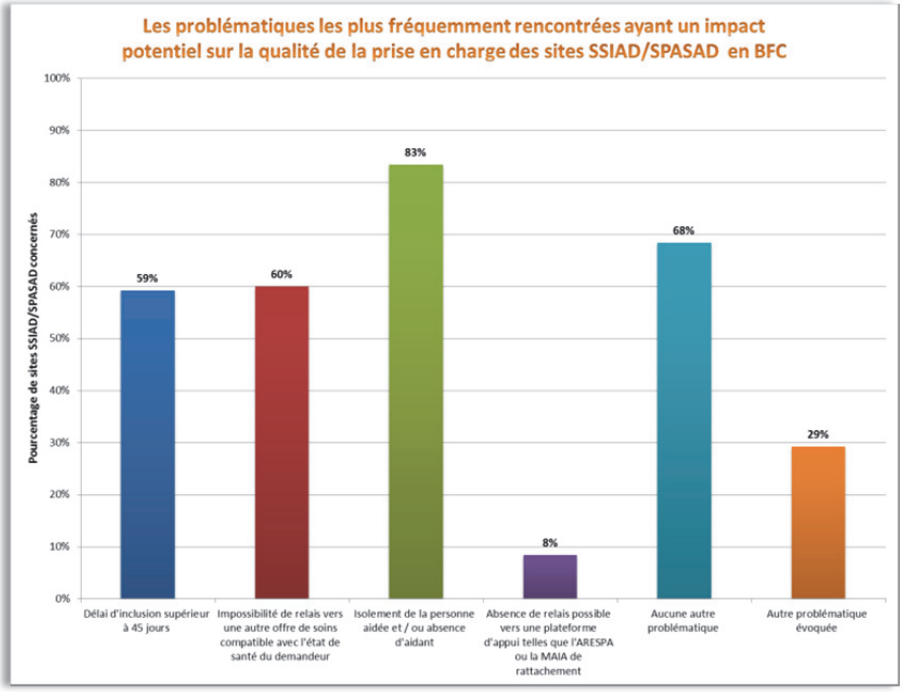
- au caractère chronophage de la démarche,
- à la mobilisation d'un certain nombre de salariés

Les plans d'action pour la réalisation de ces dernières sont différents d'un gestionnaire à l'autre mais des points similaires apparaissent, tels que :

- la mise en place de groupe de travail,
- la mise en place de formations,
- l'implication du personnel dans les structures,
- le suivi d'indicateurs.

**La qualité, d'une manière plus globale, reste au cœur de leurs préoccupations.**

## Types de problématiques rencontrées ayant altérées la qualité de la prise en charge et leur niveau de fréquence



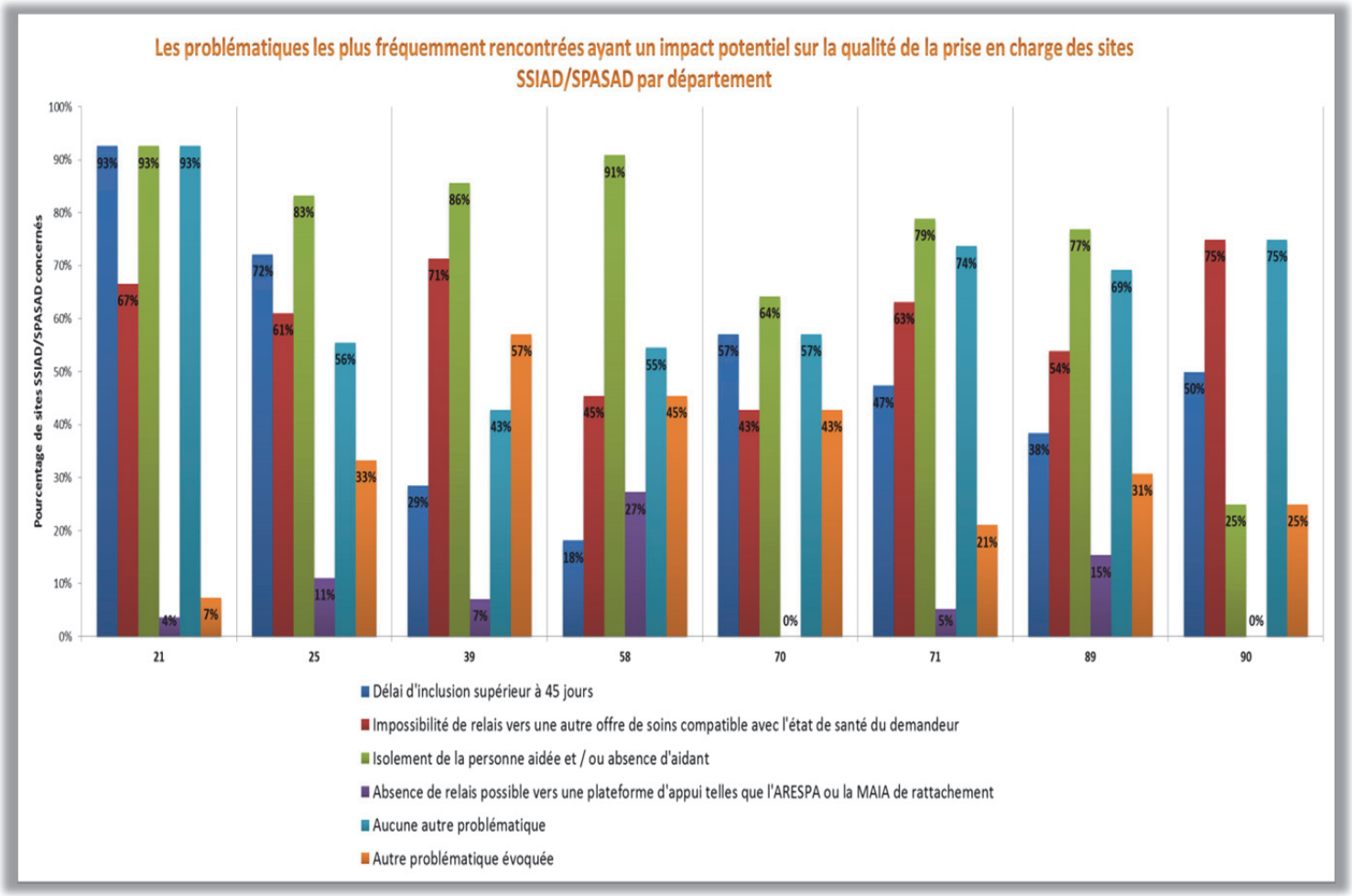

***Au niveau régional,***

82% des sites SSIAD/SPASAD sont confrontés à l'isolement de la personne aidée et/ou l'absence d'aidant.

60% rencontrent une impossibilité de relais vers une autre offre de soins compatible avec l'état de santé du demandeur.

59% ont un délai d'inclusion supérieur à 45 jours.

Seulement 8% ont une absence de relais possible vers une plateforme d'appuis telle que l'ARESPA ou la MAIA de rattachement.



***Au niveau départemental,***

On relève que pour 7 départements, entre 64% et 93 % des sites SSIAD/SPASAD sont confrontés à la problématique de l'isolement de la personne aidée et/ou absence d'aidant.

Entre 54 et 75% des sites ne peuvent pas relayer les patients vers une autre offre de soins compatible avec leur état de santé.

Dans le Doubs, 72% des sites SSIAD/SPASAD de ce département ont un délai d'inclusion supérieur à 45 jours. En Côte d'Or, cela concerne 93% des sites, ce qui montre un délai d'attente très conséquent sur ce département.

Pour 6 départements (Côte d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne), entre 4 et 27% des sites SSIAD/SPASAD n'ont aucun relais possible avec une plateforme d'appui. A contrario, en Haute-Saône et sur le Territoire de Belfort, il existe un relais.

Par ailleurs, **d'autres problématiques ont été évoquées par les sites SSIAD/SPASAD telles que** :

- Des soins techniques trop importants
- Des problèmes de ressources humaines (manque de salariés, absentéisme, congés)
- La couverture géographique (zone blanche, territoire vaste)
- Des problèmes relationnels avec les aidants ou proches des patients (refus de soins, refus d'intrusion de personnes externes)
- Des difficultés de coordination avec les autres acteurs du parcours de soins (hôpitaux, médecins traitants, HAD, IDEL)
- Des difficultés de financement
- Des patients lourds, fortement dépendants
- Le manque d'hygiène et d'insalubrité des logements des usagers
- Des capacités limitées (demande de places SSIAD)
- Les pathologies des patients.

### *Besoins en formation des personnels intervenants et non pris en charge par les OPCA ou les crédits CNSA pour l'appui au développement des SPASAD (pour les structures concernées)*

**A partir des données de l'enquête, le montant total demandé par département (hors OPCA) et les demandes de Crédits Non Reconductibles (CNR) pour formation montrent qu'un financement complémentaire à celui des OPCA est nécessaire pour satisfaire aux besoins des structures.**

| Département | Montant des besoins en formation |
|---|---|
| Côte d'Or | 62 200,00 € |
| Doubs | 46 414,00 € |
| Jura | 22 500,00 € |
| Nièvre | 23 555,55 € |
| Haute-Saône | 31 140,00 € |
| Saône-et-Loire | 66 798,00 € |
| Yonne | - € |
| T. de Belfort | 32 599,68 € |
| **BFC** | **285 207,23 €** |

***Au niveau régional,***

Pour un montant total estimé et à prendre avec précaution de 285 207,23€, les besoins en formation seraient :

- Analyse de la pratique,
- Prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer,
- Sécurité routière,
- Manutention,
- Prévention,
- Accompagnement fin de vie,

- Prise en charge des personnes handicapées,
- Gestes et postures.

***Au niveau départemental,***

On relève que des sites SSIAD/SPASAD de certains départements comme la Côte d'Or et la Saône-et-Loire, nécessiteraient un montant en formation supérieur à 60 000€.

## 2. L'efficience de la prise en charge et sa mesure

L'objectif du diagnostic est d'identifier les pratiques d'organisation interne en matière d'efficience et d'identifier les différences et limites constatées en fonction du statut des gestionnaires.

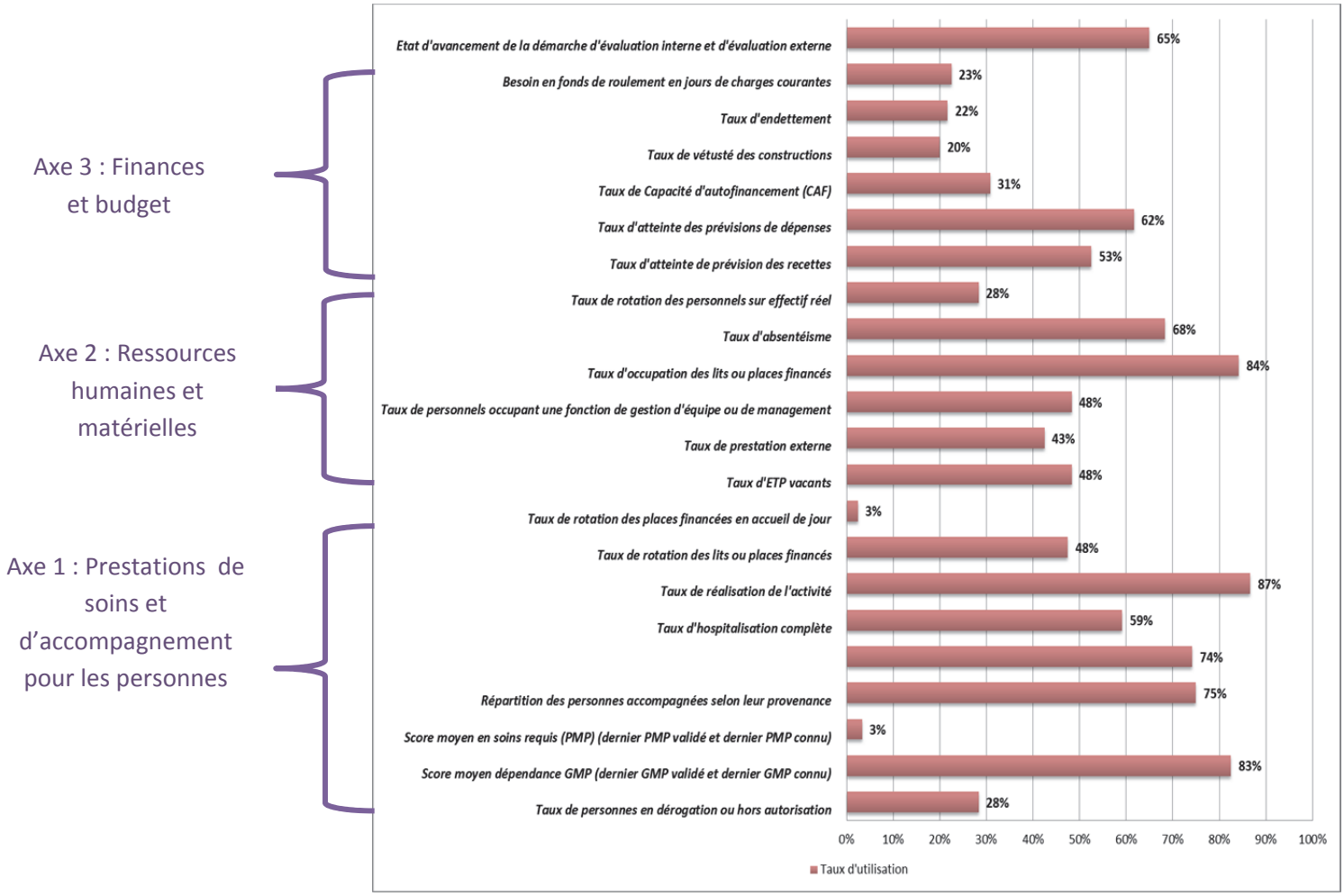
Les indicateurs du tableau de bord de la performance déployé en région depuis 2014 intègre 64% des SSIAD/SPASAD bourguignons-francs-comtois.

### ○ *Les indicateurs de dialogue, d'analyse et de pilotage interne pour lesquels un outil de suivi a été mis en place*

#### ➢ Vision globale

*Les indicateurs de dialogue*

***Pourcentage de sites utilisant chaque indicateur de dialogue***



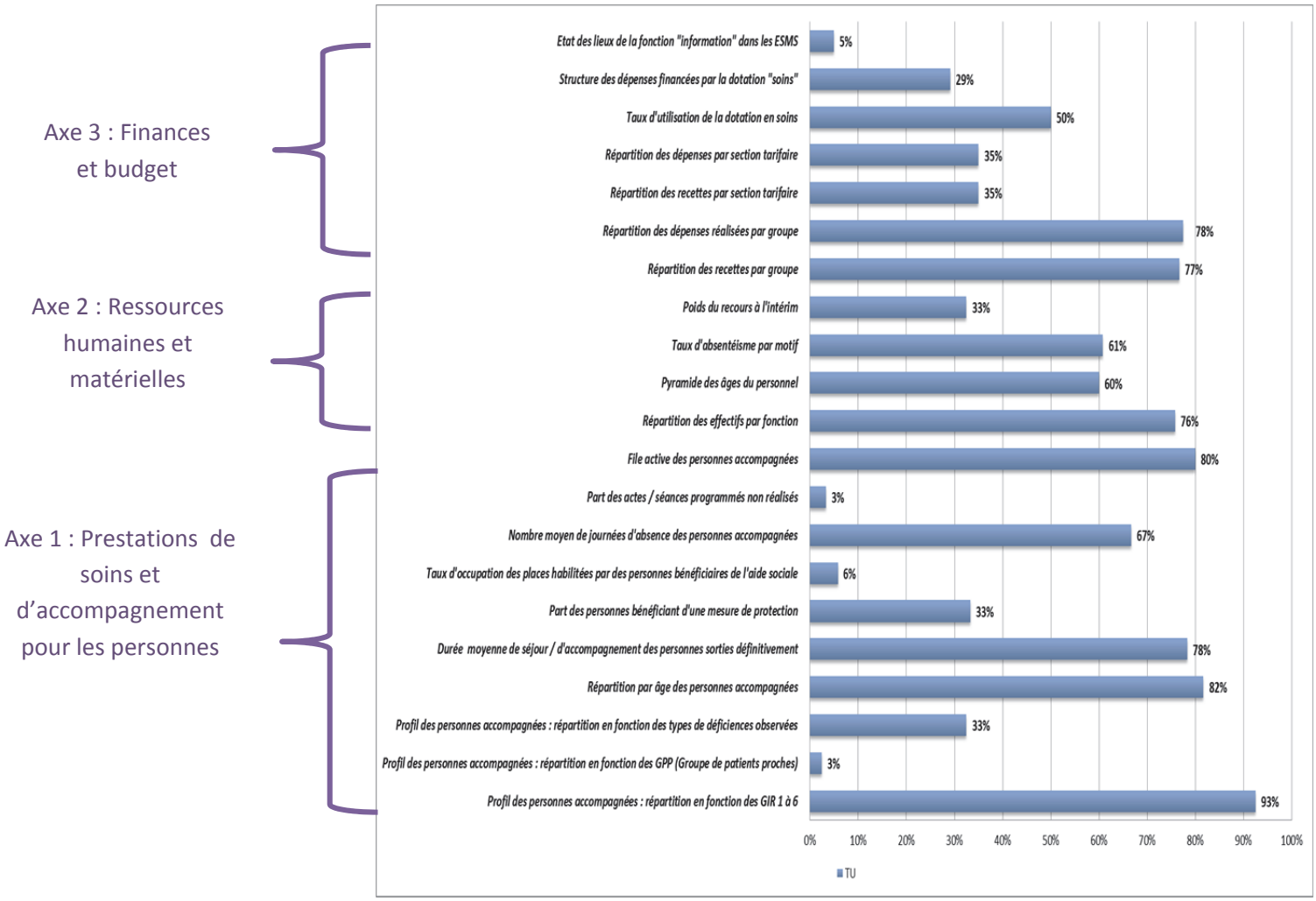
***Au niveau régional,***

Les **indicateurs de dialogue** les plus utilisés sont :

- Le score moyen de dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu), par 83% des sites,
- Le taux de réalisation de l'activité, à hauteur de 87%,
- Les taux d'occupation des lits ou places financés, pour 84% des sites.

### *Les indicateurs d'analyse et de pilotage interne*

***Pourcentage de sites utilisant chaque indicateur d'analyse et de pilotage interne***

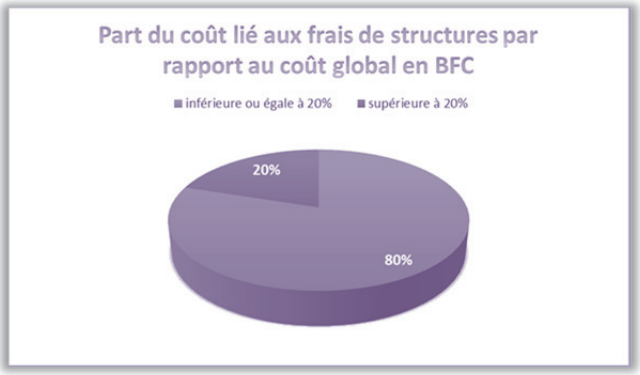



Concernant les **indicateurs d'analyse et de pilotage**,

Les plus utilisés sont :

- Le profil des personnes accompagnées (répartition en fonction des GIR 1 à 6), par 93% des sites SSIAD/SPASAD, et leur répartition par âge (82%),
- La file active des personnes accompagnées, à hauteur de 80%,
- La répartition des dépenses réalisées par groupe, pour 78% des sites.

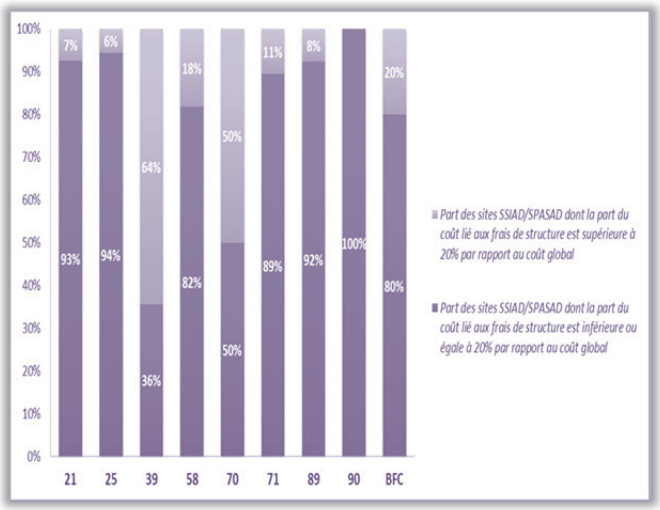
## Coûts de structure




***Au niveau régional,***

Pour 80% des sites SSIAD/SPASAD, les frais de structure ont une part inférieure ou égale à 20% dans le coût global (les frais de transport ne sont pas comptabilisés au sein de ces frais de structure).

20% des sites ont des coûts de structures représentant une part supérieure à 20% dans le coût global[10].




| Département | Nombre de sites SSIAD/SPASAD dont la part liée aux coûts de structures est inférieure ou égal à 20% dans le coût global | Nombre de sites SSIAD/SPASAD dont la part liée aux coûts de structures est supérieur à 20% dans le coût global |
|---|---|---|
| Côte d'Or | 25 | 2 |
| Doubs | 17 | 1 |
| Jura | 5 | 9 |
| Nièvre | 9 | 2 |
| Haute-Saône | 7 | 7 |
| Saône-et-Loire | 17 | 2 |
| Yonne | 12 | 1 |
| T. de Belfort | 4 | 0 |
| BFC | 96 | 24 |

***Au niveau départemental,***

Sur le Territoire de Belfort, l'ensemble des sites SSIAD/SPASAD ont une part liée aux coûts de structure inférieure ou égale à 20% dans le coût global.

Cinq départements présentent une grande majorité de SSIAD dont les couts de structures représentent moins de 20% du coût global :

- en Côte d'Or, dans le Doubs, et l'Yonne, cet indicateur est retrouvé pour 92 et 94% des sites SSIAD/SPASAD,
- Dans la Nièvre et la Saône-et-Loire ce sont respectivement 82% et 89% de sites SSIAD/SPASAD.

Dans le Jura, 64% des sites SSIAD/SPASAD ont des couts de structure qui représentent plus de 20% dans le coût global. En Haute-Saône, 50% ont des couts de structure qui représentent moins de 20% dans le coût global.

[10] Cf. Annexe 9 : liste des sites SSIAD/SPASAD dont le coût lié aux frais de structure est supérieur à 20%.

# Conclusion

Les services type SSIAD et SPSAD couvrent plutôt bien (64% du territoire) les territoires pour lesquels ils sont autorisés et les taux d'équipement sont légèrement inférieurs aux moyennes nationales (TE PA : 19,7 et TE PH : 0 ,12 pour 1000 habitants vs 20,5 et 0,2 sur le territoire national).

Les taux d'occupation des sites SSIAD/SPASAD sont importants même si une optimisation reste possible. Les SSIAD-SPASAD sont pour la majorité satisfaits de leur zone d'intervention. Ils accompagnent une forte proportion de personnes âgées, et peu de personnes handicapées. Les places en faveur des personnes en situation de handicap sont très minoritaires, à hauteur de quelques places par site, et les listes d'attente les concernant sont peu suivies. Des questions sur les besoins de ce public dans la région se posent, notamment dans le cadre de la démarche RAPT (réponse accompagnée pour tous), qui connait un fort déploiement.

Par ailleurs, le GMP moyen de la région se situe à 690, corrélé de fait à une proportion de GIR 3 et 4 aussi importante que celle des GIR 1 et 2. Ce constat amène à questionner le niveau de dépendance attendu des SSIAD-SPASAD dans un contexte de forte augmentation des prévalences pour les sujets de plus de 75 ans dans les années à venir et l'annonce d'un virage ambulatoire fortement accentué.

Le niveau et le coût des soins techniques quant à eux montrent une représentation polymorphe des profils pathologiques des personnes accueillis en SSIAD, et un coût moyen régional par patient pour ces soins proche de 15% de la dotation globale allouée par patient. Ce constat amène à considérer la probabilité d'une sélection des patients à l'entrée en raison des profils pathologiques présentés et des soins techniques infirmiers qui y sont associés. Les sites SSIAD/SPASAD procèdent en quasi-systématique à l'évaluation de la dépendance des patients entrés dans la file active, existence ou non d'un GIR effectué par le Conseil départemental dans le cadre d'une demande d'allocations pour la perte d'autonomie (APA).

Dans la deuxième partie, les résultats de l'enquête montrent que les partenariats avec les services permettant une offre similaire ou complémentaire à l'offre en SSIAD-SPASAD, amenant à plusieurs constats :

- les sites SSIAD/SPASAD orientent dans une moindre mesure vers les services d'HAD en sortie d'hospitalisation lorsque la situation le nécessite
- Ces modalités d'adressage entre les SSIAD-SPASAD et les services d'HAD sont précisées dans le cadre d'un partenariat formalisé largement majoritaire dans la région
- Le partenariat avec les IDEL, quant à lui est quasi systématique. La majorité des sites SSIAD/SPASAD externalise totalement les soins techniques afin d'optimiser les coûts, les temps de déplacements, et de couvrir un territoire vaste où la demande est importante, et en constante évolution croissante. Les sites sont plus ou moins satisfaits de cette coordination, rencontrant régulièrement des problèmes de coordinations et de facturations avec les IDEL.

Dans la troisième et dernière partie, l'organisation interne de la qualité et de l'efficience des prises en charge a été analysée. Cette partie visait à savoir comment les sites SSIAD/SPASAD prenaient en compte la démarche qualité au sein de leur organisation.

Notons que les sites sont pour la plupart soucieux de l'admission et du délai de prise en charge, même si la moyenne des délais d'admission reste supérieure à 45 jours. Les modalités d'arrêt de prise en charge sont communiquées sans que l'on puisse connaitre le niveau d'harmonisation des outils de suivi entre les SSIAD-SPASAD.

En termes de suivi de la qualité, le nombre de réclamations internes, ou du nombre de situations internes de maltraitance font majoritairement partie des indicateurs suivis au sein des SSIAD. La conduite des évaluations internes et externes a été particulièrement difficile pour les SSIAD, avec des difficultés organisationnelles et financières dans leur mise en œuvre.

Les couts de structure sont globalement contenus, même si certains SSIAD/SPASAD montrent des couts supérieurs à 20% de leur dotation.

Enfin, la politique de développement les systèmes d'information reste naissante et mérite d'être amplifiée et sécurisée.

ÉTAT DES LIEUX

# CÔTE D'OR

Diagnostic régional des SSIAD et SPASAD

Partie I

# Répartition de l'offre en SSIAD / SPASAD sur le territoire

## 1. Données départementales

### ○ *Les données liées à l'offre et à la tarification*[11]

En Côte d'Or, **10 gestionnaires** sont en charge de la direction des sites principaux[12] (et secondaires le cas échéant). Il existe **28 sites** SSIAD/SPASAD sur ce territoire, **principaux et secondaires confondus**[13]. 1036 places tous publics confondus (personnes âgées, personnes handicapées) sont autorisées dans ce département hors ESA. Nous dénombrons **983 places dévolues aux personnes âgées** et **53 sont adressées aux publics personnes handicapées.**

Concernant le coût/place alloué moyen, lorsque nous nous basons sur la base reconductible, celui-ci est de **14 245€ en 2015**, hors ESA.

Parmi les **1036 places autorisées en Côte d'Or**, 201 places ont un coût/place alloué moyen inférieur à la moyenne régionale (12 729€, hors ESA) et 176 ont un coût/place médian inférieur à la médiane régionale (12 662€). Ceci permet d'en déduire que **pour près de 75% des places autorisées, le coût place alloué moyen** (calculé sur la base reconductible ici) **est supérieur à la moyenne comme à la médiane régionale**.

En parallèle, **40 % des sites principaux de Côte d'Or sont déficitaires** au regard de l'étude par l'ARS en 2015 de leurs comptes administratifs. Cela concerne 5 gestionnaires. **60% des sites principaux ont donc été excédentaires** (5 gestionnaires concernés également).

Le montant global 2015 du déficit en Côte d'Or est établi à – 87 806,66€ soit **6% du montant total des déficits constatés dans la région BFC**. Le montant des excédents, quant à lui, est de 370 996,25€, soit 13% du montant des excédents comptabilisés en BFC.

### ○ *Les données liées aux publics cibles*

**18,5% de la population des personnes âgées de plus de 75 ans** résident en Côte d'Or. C'est le **deuxième département** dans lequel cette population est la plus représentée.

57 488 personnes sont âgées de plus de 75 ans sur ce territoire.

En page suivante, un tableau récapitulant la population âgée entre 60 et 75 ans par site est présenté.

---

[11] Données issues de l'analyse du DAR (comptes administratifs 2015)

[12] Pour rappel, un site principal est celui désigné comme siège du gestionnaire et référencé en tant que tel dans l'autorisation. Cependant cela n'empêche pas que pour certains gestionnaires, d'autres sites y soient rattachés. Ces derniers apparaitront en tant que sites « secondaires ».

[13] Le taux de réponse à l'enquête est de 97%. Seul un site n'a pas répondu, le SIVU de St-Marc/Seine.

| | Pop. Entre 60 et 75 ans |
|---|---|
| 21 | 73943 |
| CH HCO SSIAD ALISE SAINTE REINE | 1340 |
| CH HCO SSIAD SAULIEU | 1085 |
| CH HCO SSIAD VITTEAUX | 785 |
| SPASAD BEAUNE PAYS BEAUNOIS | 6150 |
| SPASAD CHATILLON SUR SEINE | 2456 |
| SPASAD FEDOSAD | 12317 |
| SPASAD GEVREY LA CÔTE | 2433 |
| SPASAD MIREBEAU LA VINGEANNE | 3162 |
| SPASAD MONTBARD L'AUXOIS-NORD | 1797 |
| SPASAD QUETIGNY GRAND DIJON | 11192 |
| SPASAD SEMUR EN AUXOIS | 1138 |
| SPASAD SOMBERNON | 975 |
| SSIAD ARNAY-LE-DUC CH | 1585 |
| SSIAD AUXONNE ADMR | 1016 |
| SSIAD AUXONNE CH | 1090 |
| SSIAD DIJON LAC CSI | 8221 |
| SSIAD GENLIS ADMR | 3197 |
| SSIAD IS-SUR-TILLE CH | 2678 |
| SSIAD MONTBARD ADMR | 669 |
| SSIAD MONTIGNY SUR AUBE ADMR | 479 |
| SSIAD NOLAY EHPAD | 1023 |
| SSIAD NUITS ST GEORGES CH | 2357 |
| SSIAD POUILLY EN AUXOIS ADMR | 993 |
| SSIAD RECEY SUR OURCE ADMR | 424 |
| SSIAD SAINT MARC SUR SEINE SIVU | 771 |
| SSIAD SAINT SEINE L ABBAYE ADMR | 503 |
| SSIAD SAULIEU ADMR | 912 |
| SSIAD SEURRE ADMR | 3195 |

Ainsi, au regard de ce tableau, **73 943 personnes ont entre 60 et 75 ans à l'heure actuelle**, ce qui traduit pour partie la demande de demain. On constate une différence de 16 454 personnes. A terme, **cela signifie que l'offre proposée à l'heure actuelle ne pourra plus satisfaire tous les besoins de la population concernée**. A noter que même aujourd'hui, les structures ne sont pas en capacité, ni en mesure de répondre à toutes les demandes de prise en charge (les listes d'attente peuvent en attester).

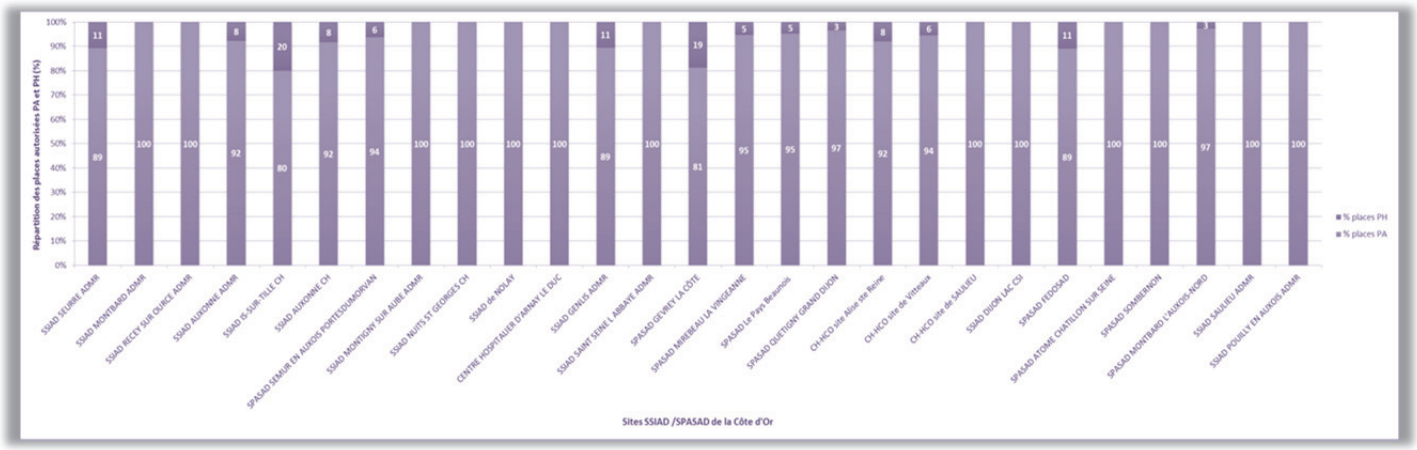
Lorsque l'on compare la population des personnes âgées entre 60 et 75 ans et celle des personnes âgées de plus de 75 ans, on constate que certains sites, comme le SSIAD du Pays Beaunois, le SSIAD de Sombernon et celui de Genlis par exemple, devront être en capacité d'accueillir près du double de ce qu'ils peuvent accueillir aujourd'hui, si nous raisonnons à données constantes.

**Concernant les personnes handicapées**, le taux d'allocataires de la prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'allocation Compensatrice Tierce personne (ACTP) pour 1000 personnes sur la population générale est de 6.1 (6 au niveau régional).
Le taux d'allocataires de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) /100 personnes de 20 à 64 ans est de 2.4 (3 au niveau régional).

## 2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteintes de maladie chronique)

Dans cette partie, les données sont tirées de l'enquête auprès des gestionnaires des sites SSIAD/SPASAD principaux et secondaires, mais aussi de la base de suivi et de pilotage des SSIAD de l'ARS. Les échantillons seront précisés dans les différentes parties.

- ***Répartition des places PA et PH dans le département par site (principal ou secondaire)(n=27)***




En Côte d'Or, **95% des places occupées sont dévolues aux personnes âgées** et **5% aux personnes handicapées.**

**Près de la moitié des sites SSIAD/SPASAD (13) n'ont que des places dévolues aux personnes âgées**. 14 sites SSIAD/SPASAD disposent de **places personnes handicapées** mais elles sont très minoritaires dans les différentes structures, **au minimum** cela représente **3% des places totales PA/PH** confondues et **au maximum** cela concerne **20% des places allouées**.

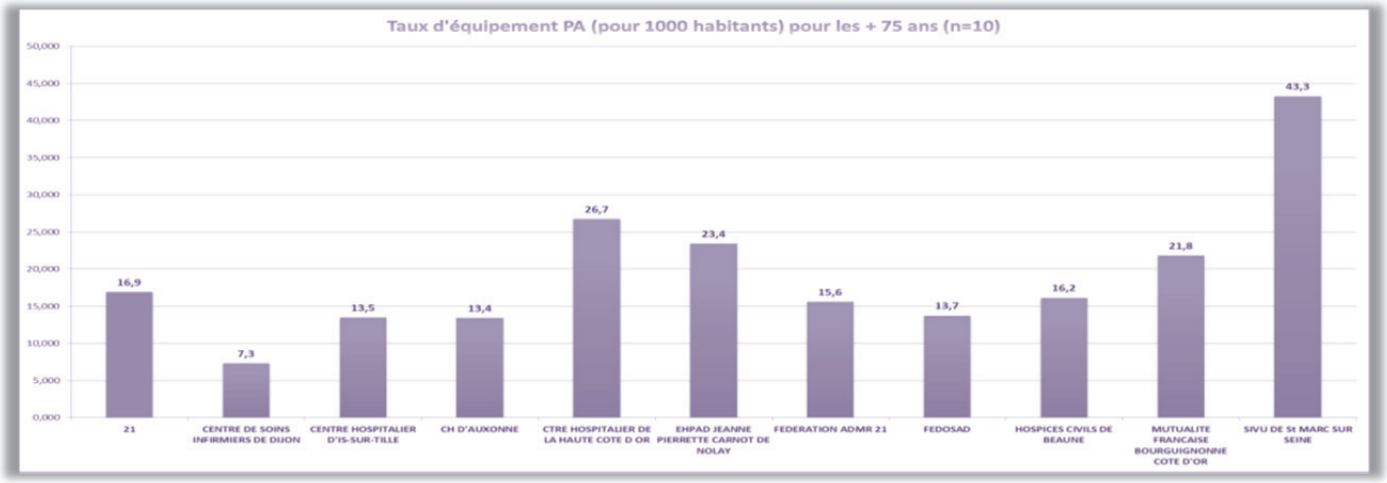
- ***Taux d'équipement dans chaque secteur d'intervention actuel des SSIAD / SPASAD autorisés***[14]

  - ***POUR LES PERSONNES AGEES (PA)***

En Côte d'Or, **le taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans pour 1000 habitants est de 16,9.** Pour rappel, en BFC, il est de 19,7.

[14] Données tirées de la base de suivi et de pilotage des SSIAD de l'ARS.

**Par gestionnaire :**



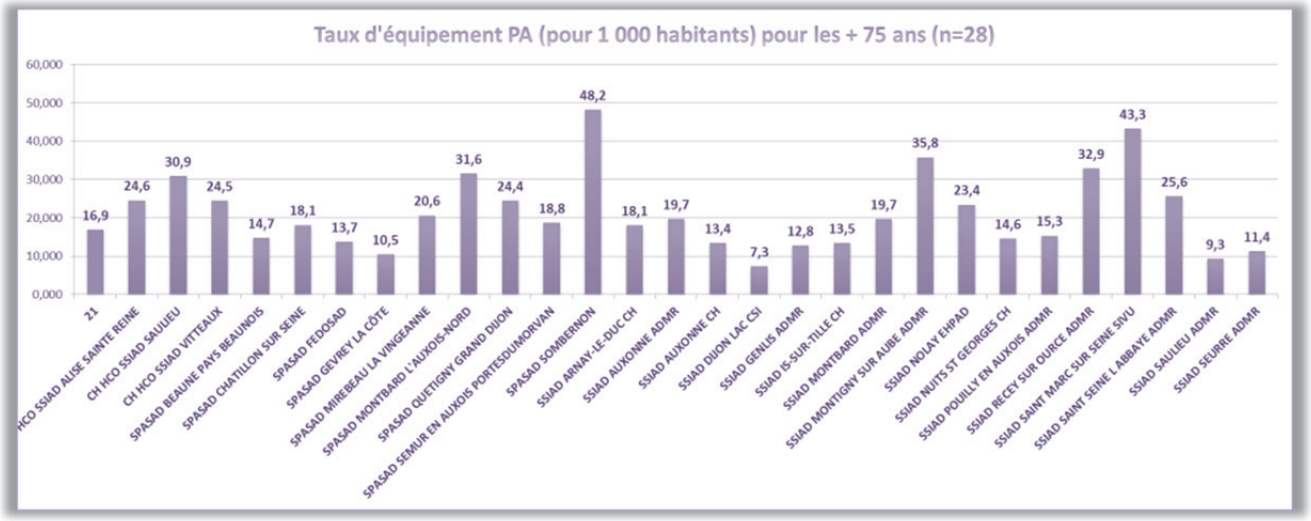

Les taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans sont compris **entre 7,3** pour le Centre de Soins Infirmiers Dijon Lac **et 43,3** pour le SIVU de St-Marc/Seine **pour 1000 habitants en 2016**.

Nous remarquons que **6 gestionnaires ont un taux d'équipement inférieur**, voire légèrement inférieur **à celui du département**. Cela concerne le Centre de Soins Infirmiers de Dijon Lac, le CH d'Is-Sur-Tille, le CH d'Auxonne, la Fédération ADMR 21, la FEDOSAD et les Hospices de Beaune dans une moindre mesure.

**4 gestionnaires ont un taux d'équipement supérieur** à celui de la Côte d'Or. Il s'agit du CH HCO, de l'EHPAD de Jeanne Pierrette Carnot de Nolay, de la Mutualité Française Bourguignonne et du SIVU de St-Marc/Seine.

Des rééquilibrages entre gestionnaires pourraient être possibles.

**Par site :**



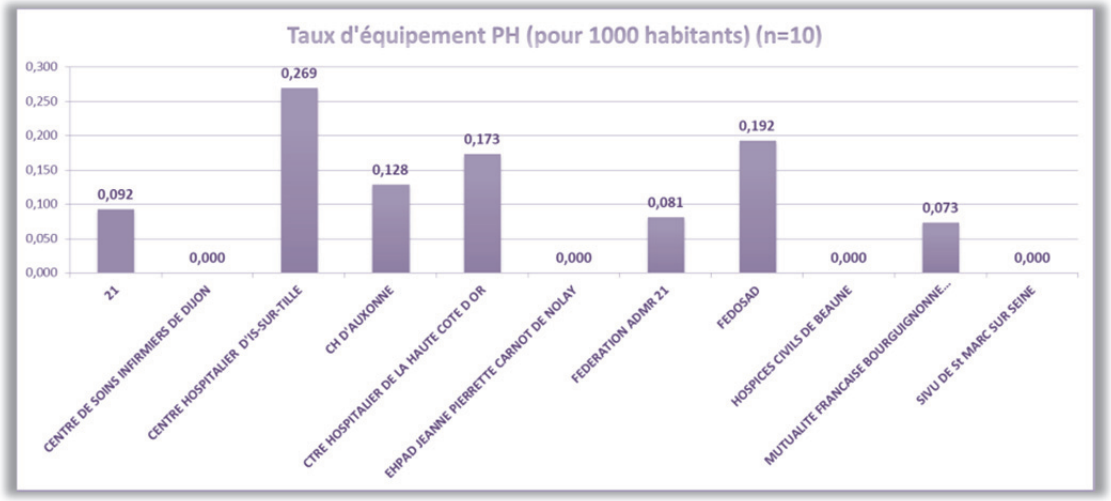

Les **taux d'équipement** pour les personnes âgées de plus de 75 ans **sont compris entre 7,3** (pour le SSIAD de Dijon Lac CSI) **et 48,2** (pour le SPASAD de Sombernon) **pour 1000 habitants**. De grandes disparités apparaissent sur le graphique ci-dessus. Ainsi **une meilleure répartition des taux d'équipement sur ce territoire est à envisager**.

**11 sites ont un taux d'équipement inférieur à celui du département. Soit 16 sites ont un TE supérieur à 16,9 pour 1000 habitants, dont 6 ont un taux d'équipement supérieur à 30 pour 1000 habitants.** Il s'agit du SSIAD du CH HCO de Saulieu, du SSIAD de Montbard L'Auxois Nord, du SSIAD de Sombernon, du SSIAD de Montigny/Aube, du SSIAD de Recey/Ource et du SSIAD de St-Marc/Seine.

### ➢ *POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)*

En Côte d'Or, le **taux d'équipement** pour les personnes handicapées **est de 0,09 pour 1000 habitants en 2016**. Pour rappel, au niveau régional, il est de 0,12.

**Par gestionnaire (ayant une autorisation ou non)[15] :**



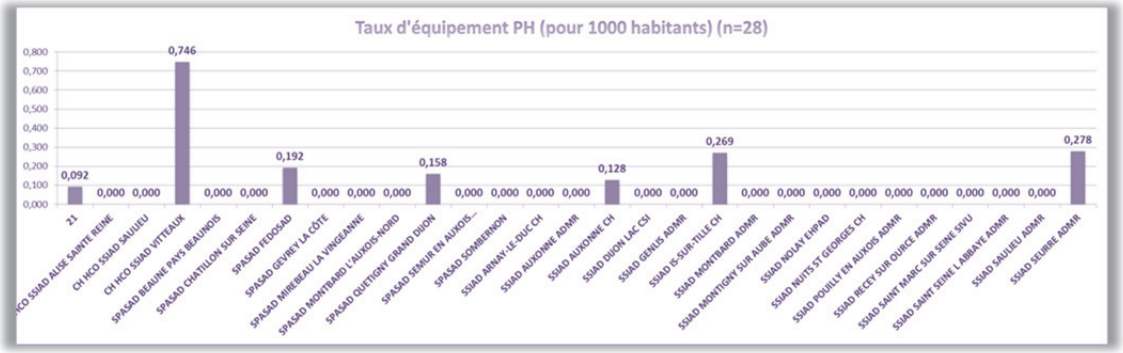

**4 gestionnaires** (le Centre de Soins Infirmiers de Dijon Lac, l'EHPAD de Jeanne Pierrette Carnot de Nolay, les Hospices de Beaune et le SIVU de St-Marc/Seine) **ne disposent pas de places handicapées**, d'où un taux d'équipement **égal à 0**.

**Les taux d'équipement pour personnes handicapées oscillent entre 0,073** pour la Mutualité Française Bourguignonne **et 0,269** pour le CH d'Is-Sur-Tille **pour 1000 habitants en 2016**.

Concernant les gestionnaires ayant une autorisation d'activité auprès des personnes handicapées, nous constatons que **2 d'entre eux ont un taux d'équipement inférieur à celui du département**, ce sont la Fédération ADMR 21 ainsi que la Mutualité Française Bourguignonne. **3 gestionnaires ont, quant à eux, un taux d'équipement supérieur à celui du département**. Cela concerne le CH d'Is-Sur-Tille, le CH de la Haute-Côte d'Or et la FEDOSAD. Ces mêmes constats peuvent être faits lorsque l'on compare les taux d'équipement des gestionnaires à celui de la région BFC.

[15] Attention à la lecture, les taux d'équipement par gestionnaire sont calculés sur le nombre de places autorisées totales pour l'ensemble des sites gérés par un même gestionnaire. Par exemple, le CH HCO a un taux d'équipement PH de 0,173, or seul un de ses sites dispose de places PH, le site SSIAD de Vitteaux dont le taux d'équipement est de 0,746 (nous ne sommes pas sur le même nombre de personnes).

**Par site (ayant une autorisation ou non) :**




**Les taux d'équipement pour personnes handicapées sont compris entre 0,128** pour le SSIAD du CH d'Auxonne **et 0,746** pour le SSIAD du CH HCO de Vitteaux **pour 1000 habitants en 2016**.

**Tous les sites principaux, ou secondaires ayant des places PH ont un taux d'équipement PH qui est supérieur au taux d'équipement moyen départemental et régional**.

**Les points à retenir sont :**

- **Une grande disparité dans les taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans au sein d'un même gestionnaire**
- **Une légère différence entre les gestionnaires au niveau de leur taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans**
- **Que les sites SSIAD/SPASAD principaux et secondaires, ayant des places PH sont plutôt bien dotés en équipement,**
- **Que des zones blanches pour la prise en charge de personnes handicapées doivent sans doute exister sur ce département compte tenu du nombre important de sites n'ayant pas de places PH.**

Nous verrons dans l'un des points suivants si une corrélation peut être mise en évidence entre les taux d'équipement et les taux d'occupation (par site).

### ○ *Euros par habitant (PA) et (PH)*

**Pour les personnes âgées de plus de 75 ans**, 290€ de dotation soins sont consacrés par habitant dans les SSIAD-SPASAD du département soit légèrement supérieur à la moyenne régionale (279 €)

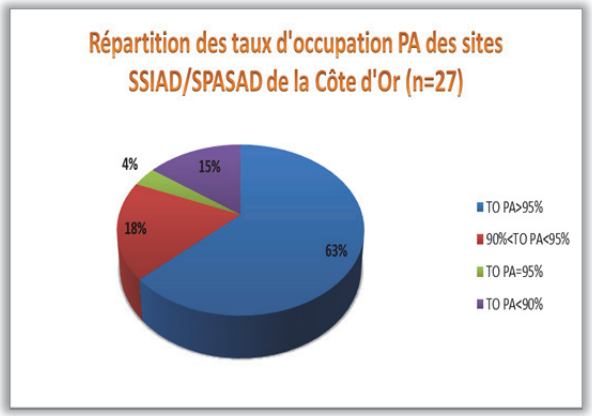
**Pour les personnes handicapées**, on observe le même constat avec 3.07 € de dotations soins par habitant dédiés à ce public (2.97 € au niveau régional)

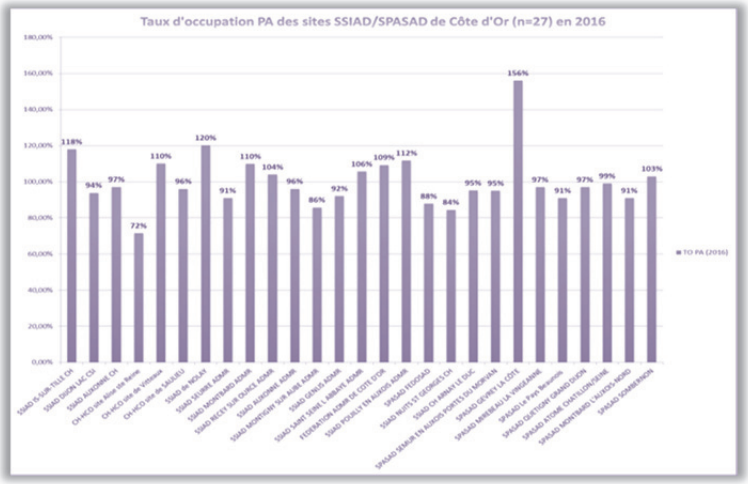
### ○ *Taux d'occupation (2016)*[16]

Le **taux d'occupation global** en moyenne dans ce département est de **99%** et le **taux d'occupation médian** est de **96%.** En région, il est plutôt à 93% en moyenne et 94% en médiane.

[16] Données issues de l'enquête auprès des gestionnaires SSIAD/SPASAD (données déclaratives à prendre avec précaution).

## ➢ *POUR LES PERSONNES AGEES (PA)*



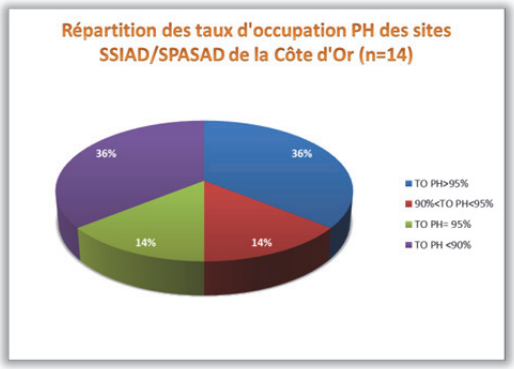

En Côte d'Or, en 2016, **en moyenne**, le **TO PA** est égal à **100%** et la médiane à 97% (TO PA moyen/médian régional : 94%), compte tenu des nombreux sites dont le taux d'occupation PA est supérieur à 100%.

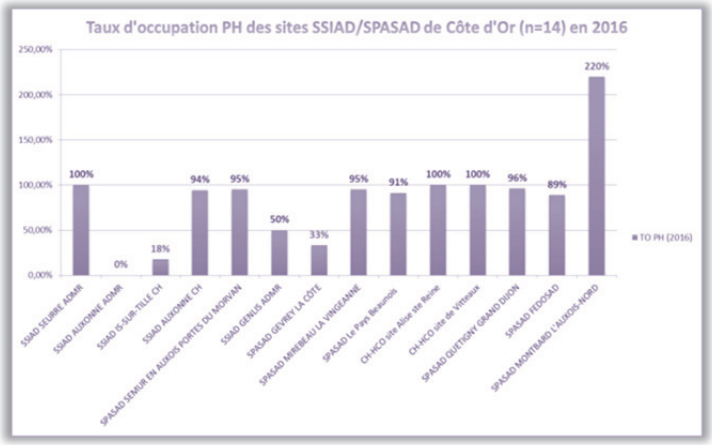
Or lorsqu'on regarde par tranche, nous pouvons faire les constats suivants :

- **22% des sites SSIAD/SPASAD ont un taux d'occupation PA compris entre 90 et 95% inclus**. Il s'agit du SSIAD du CSI Dijon Lac, du site SSIAD ADMR de Seurre, du site SSIAD ADMR de Genlis, du SSIAD du CH d'Arnay-Le-Duc, du SSIAD de Semur-En-Auxois, du site SPASAD du Pays Beaunois et le site SPASAD de Montbard L'Auxois Nord.
- **15% ont un taux d'occupation PA inférieur à 90%.** Cela concerne le site SSIAD du CH HCO Alise-Sainte-Reine, le site SSIAD ADMR de Montigny/Aube, le SPASAD de la FEDOSAD et le SSIAD du CH de Nuits-St-Georges.

**Ainsi 2/3 des sites SSIAD/SPASAD ont un taux d'occupation PA supérieur à 95%, voire supérieur à 100%, ce qui témoigne d'une occupation optimisée des places PA sur ce département.**

## ➢ *POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)*



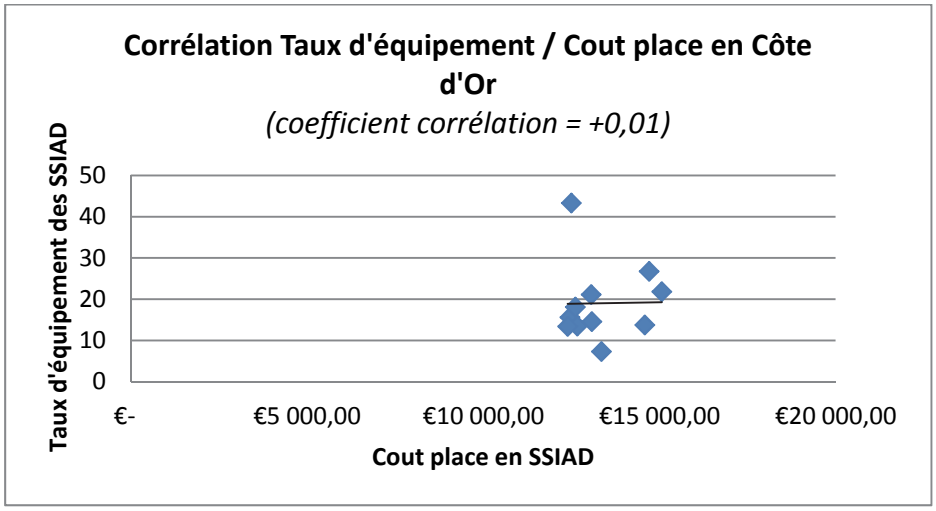




En moyenne, sur les 14 sites ayant répondu à l'enquête, le **TO PH est égal à 84%** (TO PH moyen au niveau régional : 86,1%). Seulement, **50% des sites SSIAD/SPASAD ont un TO PH supérieur à 95%** et 50% en ont un inférieur.

**36% des sites SSIAD/SPASAD ayant des places PH ont un TO PH supérieur à 95%** et **autant ont un TO PH inférieur à 90%**. **28% des sites SSIAD/SPASAD disposant de places PH autorisées ont entre 90 et 95% inclus** de places PH occupées à l'année, ce qui témoigne d'une optimisation des places PH à rechercher pour les sites concernés.

A noter que certains sites comme le site SSIAD ADMR d'Auxonne (1 place), le site SSIAD du CH d'Is-Sur-Tille (5 places) ou encore le site SPASAD de Gevrey La Côte (3 places) ne parviennet pas à atteindre les 50% de TO PH. A contrario, le site SPASAD de Montbard L'Auxois Nord a un TO PH de 220%, ce qui signifie qu'il accueille 2 fois plus que sa capacité autorisée PH.

### ○ *Corrélation possible entre les taux d'équipement et le coût place*




Il n'existe pas de corrélation statistique entre le taux d'équipement et le cout à la place en Côte d'Or.

***Note : Une corrélation entre deux séries de données est montrée si le coefficient de corrélation est proche de +0,5 (corrélation positive : les deux séries de données évoluent de la manière simultanée) ou -0,5 (corrélation négative : les deux séries de données évoluent de manière opposée).***

### ○ *Traçabilité et répartition des listes d'attente en fonction des GIR*

#### ➢ *POUR LES PERSONNES AGEES (PA)*

**2 sites ne disposent pas de liste d'attente**, le SSIAD de Recey-Sur-Ource et le SPASAD de la FEDOSAD. Les autres sites SSIAD/SPASAD ont déclaré avoir une liste d'attente. Au total, **pour les 25 sites concernés**, nous arrivons à une **liste d'attente globale de 758 personnes âgées**, en 2016. Soit **30 personnes âgées en moyenne par site** (n=25). Si on s'intéresse à la **médiane**, pour 50% des sites SSIAD/SPASAD ayant une liste d'attente, nous avons plus ou moins **14 personnes âgées sur liste d'attente pour chaque site**.

Concernant la **répartition des GIR dans la liste d'attente**, seulement **10 sites SSIAD/SPASAD ont établi un suivi** des GIR des personnes âgées sur liste d'attente**, soit 40% des sites ayant déclaré avoir une liste d'attente dans l'enquête** (n=25). Ainsi sur 92 personnes âgées en attente de prise en charge dans ces 10 sites SSIAD/SPASAD :

- **16% appartenaient au GIR 1,**
- **21% au GIR 2,**
- **34% au GIR 3,**
- **29% au GIR 4.**

Ce sont donc des personnes âgées relevant **principalement du GIR 3 et du GIR 4 qui sont sur liste d'attente** dans les sites SSIAD/SPASAD concernés.

**Ces données sont à prendre avec précaution vu que nous n'avons pas au moins un taux de réponse égal à 50% et que seulement les GIR de 92 PA sur liste d'attente sont pris en compte sur les 758, soit 12,1% de la liste d'attente totale PA.** Cet échantillon est peu réprésentatif de la réalité.

### ➢ *POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)*

**20 sites SSIAD/SPASAD ayant répondu à l'enquête déclarent ne pas avoir de liste d'attente PH, soit 74% des sites**. A noter que pour certains, ils ne disposent pas à l'heure actuelle de places autorisées personnes handicapées (cela concerne 13 sites d'entre eux).

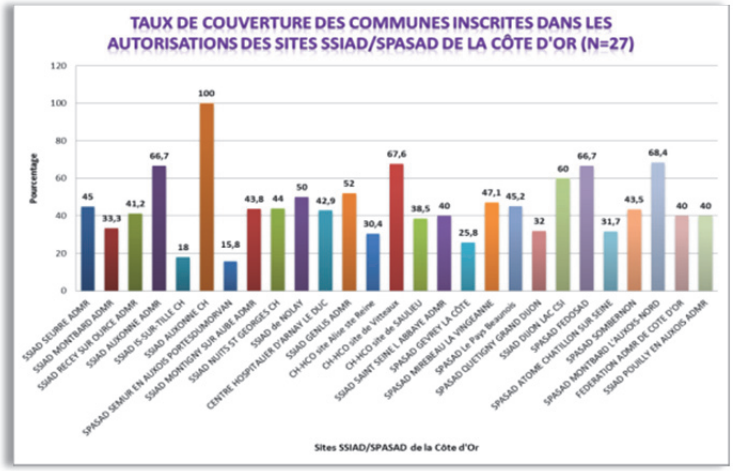
**16 personnes handicapées ont été comptabilisées sur liste d'attente dans ce département**. Ceci montre que la traçabilité des demandes de prise en charge n'est pas correctement effectuée ce qui empêche une évaluation claire des besoins et demandes en SSIAD/SPASAD pour ce public

Concernant la répartition des GIR, elle ne sera pas traitée, étant donné les réponses peu exhaustives relatives à l'enquête.

## 3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD

Dans ce chapitre, nous nous appuierons sur des éléments liés à l'enquête réalisée durant le premier semestre 2017 et donc, sur des données datant au plus tard du 31 décembre 2016. Dans notre échantillon de sites SSIAD/SPASAD, nous avons un taux de réponse de 96,4%, soit 27 sites principaux et secondaires répondants. Pour cette partie, l'échantillon est complet : n=27.

### ○ *Couverture départementale*




En Côte d'Or,

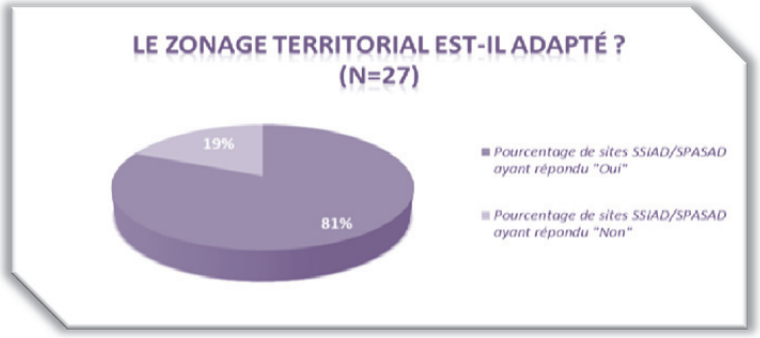
20 sites SSIAD/SPASAD ont un taux de couverture des communes inscrites dans leur autorisation inférieur ou égal à 50%. Ce qui reflète bien **la moyenne départementale du taux de couverture** qui est de **46%** (au niveau régional elle est de 64%), avec 12 sites SSIAD/SPASAD ayant un taux de couverture compris entre 39 et 50 % inclus. 6 secteurs SSIAD se distinguent des autres, en effet, ils couvrent un peu plus de 65% de leur territoire, voire même l'intégralité des communes inscrites dans leur autorisation. Pour le site SSIAD du CH d'Auxonne, cela s'explique par le fait que le site ne couvre que la ville d'Auxonne. Quant au site SPASAD Montbard-L'Auxois Nord, 13 communes sont couvertes sur les 19 effectives dans l'arrêté. Pour ceux dont le taux de couverture ne dépasse pas les 20% (2 sites concernés), cela peut s'expliquer soit par un manque de demande, soit par un éloignement géographique trop important.

Compte tenu du fait qu'il s'agit de données déclaratives, il faut prendre en compte ces résultats avec précaution. En effet, avoir un taux de couverture aussi bas pour un si grand département est étonnant : nous pouvons émettre l'hypothèse que les sites ont eu une compréhension inversée de la question qui était « Dans combien de communes votre service n'est pas intervenu ? ». Le cas échéant, ceci conduirait à interpréter les résultats ci-dessus de manière contraire, c'est à dire un taux de couverture de 54% et non de 46%, des taux compris entre 50 et 61% par exemple, et non entre 39 et 50%. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée dans le cadre du diagnostic.

Une seconde hypothèse de corrélation avec la faiblesse du taux d'équipement départemental peut être également formulée.

### ○ *Demandes de modification des zones d'intervention actuelles des SSIAD/ SPASAD (n=27)*

En Côte d'Or, **81% des sites SSIAD/SPASAD trouvent que le zonage territorial est adapté, soit 22 sites**, et 19% non.




**Ainsi, sur les 27 secteurs SSIAD/SPASAD interrogés, 5 ont répondu que le zonage n'était pas adapté à leur zone d'intervention. Deux motifs principaux ont été évoqués : tout d'abord, la révision du périmètre pour limiter les trajets, et d'autre part augmenter le nombre de places autorisées ce qui peut être objectivé par le taux d'équipement.**

***= Efficience (réduction frais de déplacement) et offre (accès aux soins insuffisant)***

**Les sites n'étant pas satisfaits de leur périmètre actuel sont les suivants :**

- SSIAD ADMR de Seurre
- SSIAD ADMR de Saulieu
- SSIAD ADMR d'Auxonne
- SSIAD du CH d'Is-Sur-Tille
- SSIAD du CH de Nuits-st-Georges

En effet, les demandes sont :

- **Pour le SSIAD ADMR de Seurre**, il s'agirait d'enlever de son autorisation la commune de Corberon car cette dernière est jugée trop éloignée du périmètre d'intervention (St Jean de Losne/Seurre). Le gestionnaire propose de donner cette commune au Pays beaunois.
- **Pour le SSIAD ADMR de Saulieu**, cela ne concerne pas le zonage territorial, mais plutôt la demande de création de places autorisées.
- **Pour le SSIAD ADMR d'Auxonne**, un rattachement du site à la ville d'Auxonne, et non pas que la périphérie est souhaité.
- **Pour le SSIAD du CH d'Is-Sur-Tille**, une extension du nombre de places autorisées est demandée, sur l'ex-canton d'Is-Sur-Tille.
- **Pour le SSIAD du CH de Nuits-st-Georges**, il est question de revoir le périmètre d'intervention pour limiter les trajets.

Pour indication, lors de l'enquête, il a été demandé de justifier leur insatisfaction au regard de leur zonage territorial.

## 4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge

### ○ *Prise en charge nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels (au sein du SSIAD et entre le SSIAD et le SAAD)*

#### ➢ Concernant l'intervention simultanée de plusieurs soignants du SSIAD (n=27)

En moyenne, 6% de la file active a nécessité l'intervention d'un binôme SSIAD. Si l'on s'intéresse à la médiane, pour 50% des sites, plus ou moins 2% de la file active en bénéficié.

Notes : *Au niveau régional, 6% de la file active a bénéficié en moyenne de l'intervention d'un binôme SSIAD et la médiane se situe à 3%.*

#### ➢ Concernant l'intervention simultanée d'un soignant du SSIAD et d'un personnel du SAAD (n=27)

En moyenne, 8% de la file active a nécessité l'intervention d'un binôme SSIAD/SAAD. La médiane, quant à elle, est de 3%, ce qui signifie que 50% des sites SSIAD/SPASAD ont mis en place un binôme SSIAD/SAAD pour près de 3% de la file active.

Notes : *Au niveau régional, 5% de la file active a bénéficié en moyenne de l'intervention d'un binôme SSIAD/SAAD et la médiane se situe à 3%.*

### ○ *Utilisation de la grille AGGIR*[17]

#### ➢ Complétude de la grille AGGIR (n=27)

**Dans le département, en moyenne, l'intégralité de la file active a été évaluée au moyen de la grille AGGIR au moins une fois depuis son entrée dans les sites SSIAD/SPASAD**.

Notes : *Au niveau régional, 96% de la file active a été évaluée au moins une fois depuis son entrée dans les sites SSIAD/SPASAD sans que pour autant il ne soit possible de déterminer quelle est la durée de prise en charge moyenne de la file active.*

#### ➢ Réévaluation de la grille AGGIR (n=27)

**En moyenne, 74% de la file active des sites SSIAD/SPASAD de Côte d'Or a été réévaluée au moyen de la grille AGGIR au cours de l'année 2016**.

Plusieurs hypothèses peuvent être imaginées :

- Soit les patients sont sortis de la file active au cours de l'année,
- Soit il n'est pas systématique que les sites SSIAD/SPASAD réévaluent au moyen de la grille AGGIR au moins 1 fois par an chaque bénéficiaire
- Soit l'IDEC manque de temps pour réévaluer.

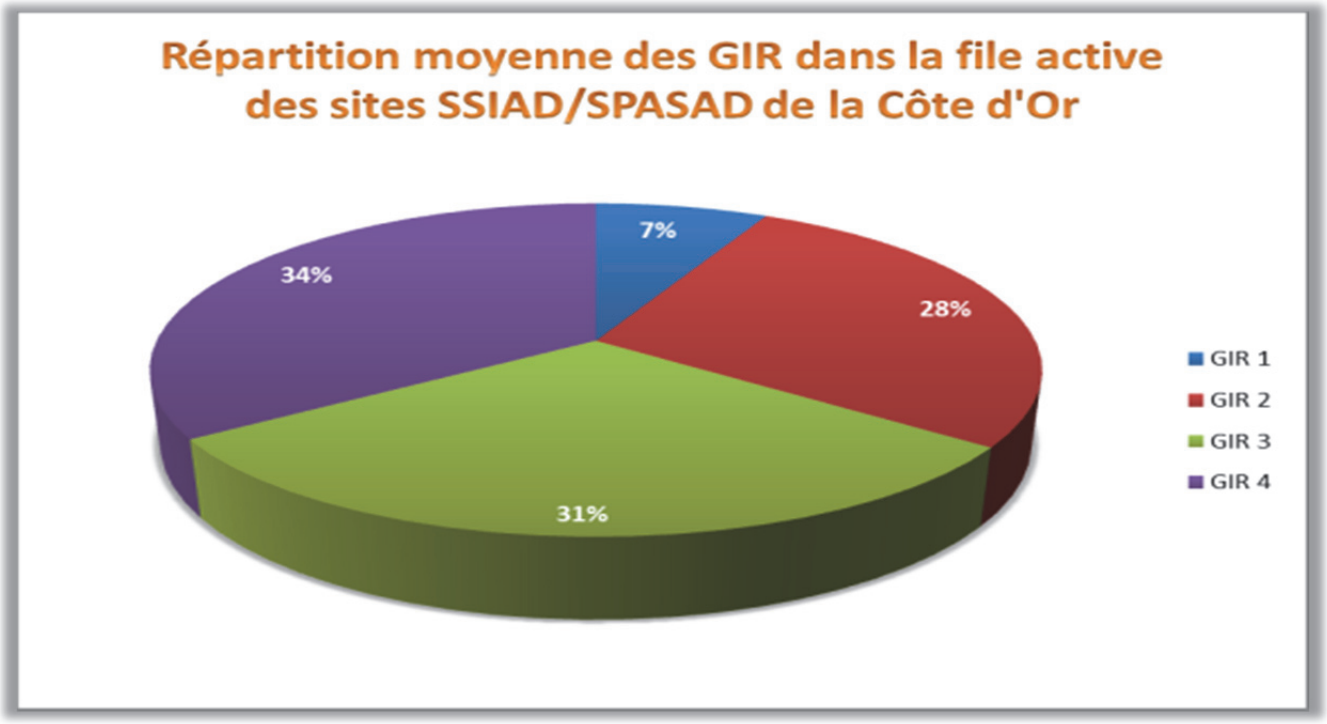
Notes : *Au niveau régional (n=120),* ***78% de la file active des sites SSIAD/SPASAD a été réévaluée au moyen de la grille AGGIR au cours de l'année****.*

[17] **Cf. décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR**

### ○ *GMP établis par les sites SSIAD / SPASAD et répartition des GIR dans la file active*

En moyenne, le **GMP moyen en Côte d'Or** (n=27) est de **648**. **Au niveau régional** (n=120), nous sommes plutôt à un **GMP moyen à 690**. La médiane est à 655, et en région elle se situe également à 690.

**En 2016, 1 548 personnes âgées et/ou handicapées ont été comptabilisées dans la file active départementale**, soit **18% de la file active régionale**, qui est égale à 8 775 personnes (n=120).
Ainsi ce département est un territoire sur lequel le GMP moyen est relativement faible par rapport aux autres départements, quand la cible fixée est de 700-750. **Dans une moindre mesure, il est inférieur à celui de la région**. Ce GMP moyen amène à s'interroger sur les critères d'admission utilisés au sein des SSIAD/SPASAD : choix délibéré, absence de traçabilité des GIR lors de l'inscription en liste d'attente… ?




Pour la Côte d'Or,

**Les répartitions moyennes et médianes des GIR dans la file active sont quasi-similaires** excepté pour les GIR 4 où l'on note une différence de 11 points entre la moyenne et la médiane (médiane= 23%), ce qui implique **une surestimation des personnes classées en GIR 4** dans la file active des sites SSIAD/SPASAD de Côte d'Or.

Ainsi, en moyenne **34% de la file active est classée en GIR 4** (prendre ce chiffre avec précaution), **31% appartiennent au GIR 3, 28% au GIR 2 et seulement 7% au GIR 1**.

## 5. Le niveau et le coût de la médicalisation des personnes prises en charge

### ○ *Profils pathologiques des patients accueillis*[18]

| Part des pathologies suivantes dans le département | Côte d'Or | BFC |
|---|---|---|
| *Diabète* | 10% | 12% |
| *Maladies de l'appareil circulatoire* | 19% | 26% |
| *Tumeurs malignes* | 6% | 8% |
| *Affections neurologiques* | 24% | 21% |
| *Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées* | 26% | 19% |
| *Maladie de Parkinson* | 6% | 4% |
| *Affections psychiatriques de longue durée* | 4% | 6% |
| *Insuffisance respiratoire grave* | 1% | 6% |
| *Incontinence urinaire* | 40% | 33% |
| *Incontinence fécale* | 24% | 19% |
| *Déficience des membres supérieurs* | 31% | 14% |

Lorsque l'on compare les profils pathologiques de la Côte d' Or (n=19) aux données régionales issues de l'enquête (n=73), on ne constate que la part des profils suivants :

- Les affections neurologiques
- La maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées
- La maladie de Parkinson
- Des incontinences urinaires
- Des incontinences fécales
- Une déficience des membres supérieurs,

est plus importante au niveau départemental qu'au niveau régional.

Les maladies les plus coûteuses telles que les tumeurs malignes, les affections psychiatriques de longue durée, ou encore les insuffisances respiratoires, et dans une moindre mesure le diabète sont peu représentées dans la prise en charge des sites SSIAD/SPASAD.

### ○ *Coûts moyens par bénéficiaire pour la réalisation des soins techniques* [19]*(n=26) (actes médico-infirmers)*

En moyenne, le **coût moyen par bénéficiaire pour la réalisation des soins techniques est de 1 492,81€.** Le coût médian est de 1 486,26€.
C'est le département dans lequel **le coût moyen par bénéficiaire est le moins élevé**. Ce qui est à mettre **en lien avec le GMP moyen faible** et la répartition des GIR dans la file active de ce territoire.

Notes : *Au niveau régional, ce coût moyen est de 1 937, 64 € et le coût médian 1 670, 71 €.*

### ○ *Seuil du coût pour la réalisation des soins techniques (actes médico-infirmiers) au regard du coût place moyen alloué (à partir de quel montant annuel par bénéficiaire pour les soins techniques la prise en charge crée un déséquilibre budgétaire pour la structure)*

**En Côte d'Or, près de 93% des sites SSIAD/SPASAD considèrent que le seuil limite de prise en charge pour la réalisation des soins techniques ne doit pas dépasser les 2 000 €, soit 25 sites sur les 27 répondants.** Alors que pour la FEDOSAD, ce seuil se situe entre 2 001 et 5 000€. Les Hospices de Beaune ont un niveau de seuil plus important, situé entre 5 001€ et 10 000€.

---

[18] En référence au **« rapport à la DGAS sur la tarification des services de soins infirmiers à domicile : Un Modèle innovant »** (URC-ECO IDF) avril 2009

[19] En référence à l'étude réalisée par Urc Eco IDF en 2009 : **« Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) « Le coût de leur prise en charge et ses déterminants »** Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Paris 2009

## 6. Accès aux soins des personnes handicapées

Pour ce point, diverses sources de données ont été utilisées telles que :

- L'analyse financière du Département Allocations des Ressources de l'ARS BFC
- L'enquête auprès des gestionnaires réalisée en 2017
- La base de de suivi des SSIAD/SPASAD du département Appui au Pilotage et à la Performance de l'ARS.

### ○ *Nombre et pourcentage de sites SSIAD / SPASAD autorisés n'ayant pas d'autorisation PH*[20]

**Sur les 10 sites principaux, 4 sites (40%) n'ont pas d'activité auprès des personnes handicapées**, ce qui signifie qu'ils n'interviennent pas dans la prise en charge de ce type de public. Il s'agit du Centre de Soins Infirmiers de Dijon, de l'EHPAD Jeanne Pierrette Carnot de Nolay, des Hospices Civils de Beaune, et du SIVU de St-Marc/Seine.

Notes : *Au niveau régional, 39,39% des sites principaux n'ont pas d'activité auprès des personnes handicapées.*

### ○ *Enquête auprès des SSIAD / SPASAD sur leurs besoins en places PH (n=27)*

22% des sites SSIAD/SPASAD ont des places PH autorisées et souhaitent en créer ou transformer. 15% n'en ont pas et souhaiteraient en créer. 30% ont des places PH et ne demandent aucune modification de leur capacité d'accueil PH. Enfin, 33% des sites n'en ont pas et ne souhaitent pas en créer.

Ainsi, dans ce département, au regard des répondants de l'enquête (n=27), **63% des sites SSIAD/SPASAD n'ont pas la volonté de développer ou d'agrandir leur offre auprès des personnes handicapées**. Une étude complémentaire sur les besoins de ce type de public serait à envisager, afin de déterminer si oui ou non, il est nécessaire de déployer des places sur certaines zones d'interventions.

Les sites SSIAD/SPASAD ayant demandé une création(C) ou une transformation (T) de places sont :

- Le SSIAD du CSI Dijon Lac (C : 1 place)
- Le SSIAD du CH HCO de Saulieu (C : 1 place)

Cas particulier : La MFB (Mutualité Française Bourguignonne) a formulé un besoin de places PH pour l'ensemble de ses sites : la création de 5 places supplémentaires.

### ○ *Offre complémentaire pour les publics PH (SAMSAH, foyers de vie et SAVS)*

Etant donné la non-exhaustivité des données sur les SAMSAH et les SAVS, cette sous-partie n'est abordée que dans le focus régional. Seules les données sur les foyers de vie sont présentées ci-après.

[20] Données issues de l'analyse du DAR (comptes administratifs 2015)

### ➢ Foyers de vie

**7 foyers de vie sont installés sur ce territoire**. Ce qui fait de ce département, **un des moins biens dotés en nombre de foyers de vie ce qui, en l'absence de taux d'équipement, ne traduit pas nécessairement la sous représentativité de cette offre sur ce territoire.**

Partie II

# Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers)

## 1. Partenariat avec l'HAD

4 Gestionnaires d'établissements d'HAD interviennent sur le département : FEDOSAD, Hospices civils de Beaune, la Clinique Joly, et le centre GF Leclerc.

Parmi eux, 3 gestionnaires interviennent sur une même zone qui représente une partie importante du territoire de Côte d'or.

### ○ *Formalisé ou non*

En Côte d'Or, **14 sites ont un partenariat** (dont 3 non formalisé) avec un service d'HAD, **soit 51.85%** des secteurs sur l'ensemble du département. Les sites concernés sont

- *Partenariat formalisé :*
  - Le SSIAD du CH d'Is-Sur-Tille,
  - Le SPASAD de Semur-En-Auxois,
  - Le SSIAD du CH de Nuits-St-Georges,
  - Le SPASAD de Gevrey La Côte,
  - Le SPASAD de Mirebeau La Vingeanne,
  - Le SPASAD de Quetigny Grand Dijon,
  - Le SSIAD de Dijon Lac CSI,
  - Le SPASAD de la FEDOSAD,
  - Le SPASAD ATOME Chatillon-Sur-Seine,
  - Le SPASAD Sombernon,
  - Le SPASAD Montbard L'Auxois-Nord,

- *Partenariat non formalisé :*
  - Le SSIAD de Seurre (ADMR)
  - Le SSIAD du CH d'Auxonne
  - Le SPASAD du Pays Beaunois

13 n'ont aucun partenariat. **Sur ce territoire, la majeure partie des sites SSIAD/SPASAD ont soit un partenariat formalisé ou non soit n'en disposent pas**.

Le motif ayant été cité par plusieurs sites pour la mise en place d'un partenariat avec un établissement d'HAD, est simplement la signature d'une convention entre les deux parties afin de faciliter les relais de prise en charge des patients.

### ○ *Avec quelles modalités de financement ?*

**Les gestionnaires de SSIAD/SPASAD ayant un partenariat formalisé facturent au coût réel**.

**Lorsque le partenariat est non formalisé, il n'existe pas de modalités de financement prédéfinies** (relais vers l'un comme vers l'autre sans avoir forcément de compensations financières).

## 2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers

### ○ *Externalisation des soins techniques*

**Tous les sites SSIAD/SPASAD (n=27) de Côte d'Or externalisent les soins techniques**, en se coordonnant avec des IDEL du secteur d'intervention. **81% des structures confient l'intégralité des soins aux IDEL**. 19% (5 sites) n'externalisent que partiellement.

Les différents motifs principaux ayant conduit à l'externalisation des soins techniques sont :

- Le coût des prestations d'une infirmière salariée
- L'organisation
- La couverture géographique importante

Notes : *En Bourgogne Franche-Comté (n=120), 92% des sites SSIAD/SPASAD externalisent totalement les soins techniques, 8% ne le font que partiellement.*

### ○ *Emploi d'une infirmière salariée*

89% des sites ne disposent pas d'une infirmière salariée. **11% en ont une**. Cela concerne 3 sites, le SSIAD du CH HCO Alise-Sainte-Reine, le SSIAD du CSI Dijon Lac et le SPASAD de la FEDOSAD.

Puisque 19% des sites n'externalisent que partiellement leurs soins infirmiers et que parmi ceux-ci 2d'entre eux ne disposent pas d'IDE salariée, nous nous interrogeons sur les autres modalités possibles d'internalisation des soins infirmiers : intervention de l'IDEC sur le terrain ?

Au niveau régional, **93% des sites SSIAD/SPASAD ne disposent pas d'infirmière salariée.**

### ○ *Satisfaction et insatisfaction de la coordination avec les IDEL*

**81% des structures SSIAD/SPASAD sont satisfaites de la coordination avec les IDEL dans ce département**, contrairement au niveau régional où le taux de satisfaction se situe à 64%. **19% ne le sont pas**. Cela concerne le SSIAD d'Auxonne (ADMR), le SSIAD de Nuits-St-Georges, le SSIAD de Nolay, le SSIAD de Dijon Lac, le SSIAD de Pouilly-en-Auxois.

Les motifs d'insatisfaction sont les suivants :

- Des problèmes de facturation (délais non respecté, soins trop importants),
- Des difficultés de coordination,
- Des prises en charges partielles (soins d'hygiène et de confort non assurés).

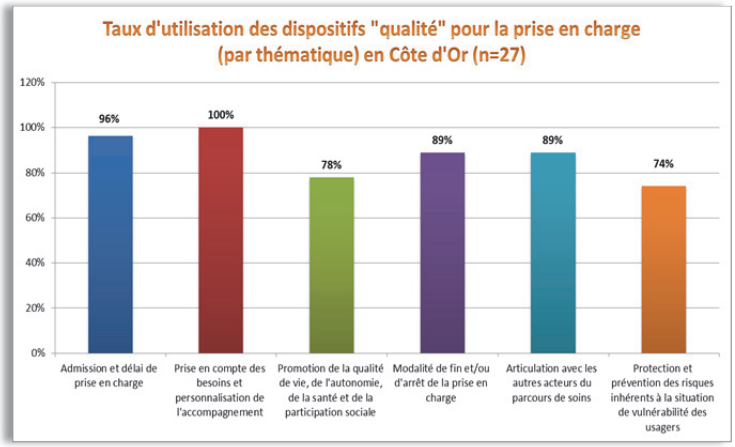
-

Partie III

# Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD)

## 1. Qualité de la Prise en charge

### ○ *La prise en charge*

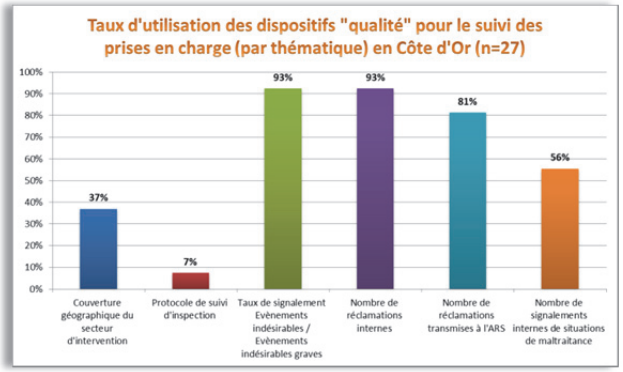



En Côte d'Or, 4 thématiques dominantes donnant lieu à la production d'outils ou de dispositifs qualité :

- **Admission et délai de prise en charge**, avec un taux d'utilisation (TU) égal à 96%
- **Prise en compte des besoins et personnalisation de l'accompagnement**, TU à 100%
- **Modalité de fin et/ou d'arrêt de la prise en charge**, TU 89%, tout comme **Articulation avec les autres acteurs du parcours de soins.**

Notes : *Au niveau régional, ce sont les mêmes critères qui sont les plus employés.*

### ○ *Le suivi des prises en charge*




Dans le département, 93% des sites SSIAD/SPASAD ont recours aux indicateurs suivants :

- **Taux de signalements des événements indésirables graves ou non**
- **Nombre de réclamations internes**

81% quantifient le nombre de réclamations transmises à l'ARS.

Ces indicateurs sont également très utilisés au niveau régional.

### ○ *Evaluations internes et externes*

#### ➢ *Difficultés et besoins éventuels rencontrés pour la réalisation des évaluations internes et externes*

**93% des sites SSIAD/SPASAD de la Côte d'Or n'ont eu aucune difficulté à les mener. 7**% en ont eu.

Les difficultés rencontrées seront énumérées, le cas échéant dans les paragraphes suivants. De plus, des plans d'action ont été mis en place suite à ces évaluations (nous n'avons pas l'exhaustivité des plans d'action menés, cependant nous avons pu en synthétiser quelques-uns).

**La MFB** prévoit d'aborder 5 grands thèmes dans son plan d'action qui sont :

- Améliorer la qualité du service rendu
- Diversifier et structurer l'offre de service
- Améliorer la gestion du personnel
- Développer la communication interne et externe
- Renforcer l'animation de la démarche qualité.

**Le CSI Dijon Lac** rencontre des difficultés financières dans la mise en place des évaluations, s'expliquant par le coût que cela engendre (réunions, compte-rendu). Le plan d'action qui a été mis en place pour la réalisation de ces dernières est :

- Un accompagnement par REQUA
- Des réunions régulières
- Un plan d'avancement des actions mises en place avec un échéancier de mise en œuvre
- Une prévision budgétaire

**La FEDOSAD** met en place et suit une démarche d'amélioration de la qualité pour tous ses sites (mutualisation du service qualité).

### ○ *Types de problématiques rencontrées ayant altérées la qualité de la prise en charge et leur niveau de fréquence*

**93% des sites SSIAD/SPASAD ont un délai d'inclusion supérieur à 45 jours** et relèvent **un isolement de la personne aidée ainsi que parfois une absence d'aidant**. 67% des structures ne peuvent pas faire appel à une autre offre de soins compatible avec l'état de santé du demandeur. 4% seulement relèvent une absence de relais possible avec une plateforme d'appui type MAIA, ARESPA.

2 gestionnaires, l'ADMR 21 (SSIAD de Montbard) et le CH d'Is-Sur-Tille évoquent des soins IDEL trop lourds pour l'un et un territoire trop important à couvrir pour une demande concentrée sur une petite zone, pour l'autre.

Notes : *Au niveau régional,*

- *82% des sites SSIAD/SPASAD sont confrontés à l'isolement de la personne aidée et/ou l'absence d'aidant.*
- *60% rencontrent une impossibilité de relais vers une autre offre de soins compatible avec l'état de santé du demandeur.*
- *59% ont un délai d'inclusion supérieur à 45 jours.*
- *Seulement 8% ont une absence de relais possible vers une plateforme d'appuis telle que l'ARESPA ou la MAIA de rattachement.*

### ○ *Besoins en formation des personnels intervenants et non pris en charge par les OPCA ou les crédits CNSA pour l'appui au développement des SPASAD (pour les structures concernées)*

Le montant total demandé pour les besoins en formation s'élève à 62 200€. Au niveau régional, cela représente un budget global 285 207,23€. Ces chiffres sont à prendre avec précaution, car certains besoins ont pu être omis, ou bien les besoins ont mal été quantifiés en termes de montant.

**Les thématiques de formation souhaitées sont :**

- Analyse de la pratique
- Utilisation du SI en place
- Maladies neurodégénératives
- Connaissances des métiers du secteur de l'aide à domicile
- Techniques d'animation en prévention.

- ***Quelques exemples de besoins en formation :***

**L'ADMR** demande la formation de tous ses agents à l'analyse de la pratique, pour un coût égal à *21 500€ pour l'ensemble de ces sites*.

**Le Centre Hospitalier de Haute-Côte d'Or** souhaite que ses agents aient une formation concernant l'utilisation du logiciel de soins Philia-Santé (*3 900 € par site*).

**Les Hospices de Beaune**, plus précisément le site de Nuits-St-Georges, a un besoin en formation sur la maladie d'Alzheimer, à hauteur de *5 000€.*

**Le Centre de Soins Infirmiers Dijon Lac (CSI)** demande pour ses agents des formations se rapportant à la connaissance des métiers du secteur d'aide à domicile, aux techniques d'animation (prévention) et à la cohésion. Le coût de ces besoins n'a pas été évalué par leurs soins.

## 2. L'efficience de la prise en charge

### ○ *Les indicateurs de dialogue, d'analyse et de pilotage interne pour lesquels un outil de suivi a été mis en place*

#### ➢ *Les indicateurs de dialogue*

| *Indicateur de dialogue* | *Côte d'Or* |
|---|---|
| Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation | 33% |
| Score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu) | 74% |
| Score moyen en soins requis (PMP) (dernier PMP validé et dernier PMP connu) | 4% |
| Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance | 78% |
| Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination | 78% |
| Taux d'hospitalisation complète | 67% |
| Taux de réalisation de l'activité | 93% |
| Taux de rotation des lits ou places financés | 30% |
| Taux de rotation des places financées en accueil de jour | 4% |
| Taux d'ETP vacants | 44% |
| Taux de prestation externe | 33% |
| Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management | 41% |
| Taux d'occupation des lits ou places financés | 93% |
| Taux d'absentéisme | 59% |
| Taux de rotation des personnels sur effectif réel | 30% |
| Taux d'atteinte de prévision des recettes | 37% |
| Taux d'atteinte des prévisions de dépenses | 48% |
| Taux de Capacité d'autofinancement (CAF) | 48% |
| Taux de vétusté des constructions | 33% |
| Taux d'endettement | 30% |
| Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes | 41% |
| Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe | 52% |

**4 indicateurs de dialogues sont fortement utilisés par les sites SSIAD/SPASAD de Côte d'Or :**

- La répartition des personnes accompagnées selon leur provenance,
- La répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination,
- Le taux de réalisation de l'activité,
- Le taux d'occupation des lits ou places financées.

**2 indicateurs sont beaucoup moins utilisés :**

- Le score moyen en soins requis (PMP),
- Le taux de rotation des places financées en accueil de jour.

### ➢ *Les indicateurs d'analyse et de pilotage*

| Indicateurs d'analyse et de pilotage | Côte d'Or |
|---|---|
| Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GIR 1 à 6 | 85% |
| Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (Groupe de patients proches) | 0% |
| Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées | 33% |
| Répartition par âge des personnes accompagnées | 81% |
| Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement | 70% |
| Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection | 37% |
| Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale | 4% |
| Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées | 78% |
| Part des actes / séances programmés non réalisés | 4% |
| File active des personnes accompagnées | 85% |
| Répartition des effectifs par fonction | 78% |
| Pyramide des âges du personnel | 37% |
| Taux d'absentéisme par motif | 37% |
| Poids du recours à l'intérim | 30% |
| Répartition des recettes par groupe | 81% |
| Répartition des dépenses réalisées par groupe | 85% |
| Répartition des recettes par section tarifaire | 48% |
| Répartition des dépenses par section tarifaire | 44% |
| Taux d'utilisation de la dotation en soins | 52% |
| Structure des dépenses financées par la dotation "soins" | 33% |
| Etat des lieux de la fonction "information" dans les ESMS | 0% |

**85% des sites de Côte d'Or s'appuient particulièrement sur :**

- Le profil des personnes accompagnées (répartition en fonction des GIR 1 à 6),
- La répartition par âge des personnes accompagnées
- La file active des personnes accompagnées
- La répartition des dépenses réalisées par groupe

**Aucun site n'utilise les indicateurs suivants :**

- Le profil des personnes accompagnées (répartition en fonction des Groupes de Patients Proches),
- L'état des lieux de la fonction « information » dans les ESMS.

## ○ *Coûts de structure*

**93% des sites SSIAD/SPASAD ont un coût de structure ne dépassant pas les 20% du coût global**. Les 7% restants correspondent au SSIAD du CH d'Is-Sur-Tille et au SPASAD de la FEDOSAD, qui ont un coût de structure dépassant les 20% dans le coût global.

# Conclusion

Sur la base de ce premier état des lieux départemental, un groupe de travail avec le Conseil Départemental de la Côte d'Or, la délégation départementale de Côte d'Or de l'ARS, ainsi que les chargés de missions de l'offre pour personnes âgées et personnes handicapées de l'ARS a été constitué.

Les échanges autour de ces données ont permis de dégager plusieurs points d'analyse et de s'entendre sur les principales orientations stratégiques à proposer.

L'ensemble de ces éléments figure dans le volet 2, « Analyse et perspectives ».

ÉTAT DES LIEUX

# DOUBS

Diagnostic régional des SSIAD et SPASAD

Partie I

# Répartition de l'offre en SSIAD/SPASAD sur le territoire

## 1. Données départementales[21]

### ○ *Les données liées à l'offre et à la tarification*

**Dans le Doubs, 15 gestionnaires** sont en charge de la direction des sites principaux (et secondaires le cas échéant) du département. Nous dénombrons **20 sites** SSIAD/SPASAD sur ce territoire, **principaux et secondaires confondus[22]. 1 355 places tous publics confondus** (personnes âgées, personnes handicapées) sont autorisées hors places d'ESA. Parmi ces places, **1 269** d'entre elles sont assignées aux **personnes âgées** et **86 aux personnes handicapées**.

Concernant **le coût/place alloué moyen**, lorsque nous nous basons sur la base reconductible, celui-ci est de **12 285€ en 2015, hors ESA.**

Parmi les 1 355 places autorisées dans le Doubs, 1 164 places ont un coût/place alloué inférieur à la moyenne régionale (12 729€ hors ESA) et 1 112 places ont un coût/place alloué inférieur à la médiane départementale (12 662€ hors ESA). **Ainsi, 86% des places autorisées dans ce département ont un coût/place alloué inférieur au coût/place alloué moyen et médian de la région**.

En parallèle, **67% des sites principaux apparaissent excédentaires** et 33% déficitaires (cela concerne 5 gestionnaires) au regard de l'étude de leurs comptes administratifs 2015 réalisée par l'ARS. **86% des sites principaux sont en dessous du coût/place alloué moyen régional sans que pour autant leurs situations budgétaires n'apparaissent systématiquement comme déficitaires**. Une **sélection des profils des patients** est-elle mise en place par les **structures** leur permettant ainsi de ne pas augmenter les coûts de prise en charge et de maintenir leur stabilité financière?

Le montant global des excédents dans le Doubs s'élève à 415 150,25€, soit **15% du montant total des excédents constatés en Bourgogne Franche-Comté (BFC) en 2015**. Le montant des déficits est, quant à lui, de 371 189,02€, soit **27% du montant global des déficits comptabilisés en BFC en 2015.**

### ○ *Les données liées aux publics cibles*

| | Pop. Entre 60 et 75 ans |
|---|---|
| 25 | 72979 |
| SPASAD DE STE SUZANNE | 4465 |
| SPASAD ELIAD DOUBS | 15039 |
| SPASAD GRAND CHARMONT | 4321 |
| SSIAD AUDINCOURT ET ENVIRONS | 7361 |
| SSIAD BAUME LES DAMES | 3162 |
| SSIAD CH ORNANS | 1818 |
| SSIAD DE BELLEVAUX | 3254 |
| SSIAD DE MAMIROLLE | 2838 |
| SSIAD DE MORTEAU | 3060 |
| SSIAD DU CCAS BESANCON | 3254 |
| SSIAD DU PAYS DE MOUTHE | 1381 |
| SSIAD FLANGEBOUCHE | 2541 |
| SSIAD LEVIER | 1618 |
| SSIAD MONTBELIARD | 3985 |
| SSIAD PAYS DE MAICHE ET ENVIRONS | 2982 |
| SSIAD PONT DE ROIDE | 2932 |
| SSIAD PONTARLIER | 4262 |
| SSIAD QUINGEY | 1763 |
| SSIAD ROUGEMONT | 690 |
| SSIAD VALENTIGNEY | 2251 |

16,7% de la population des personnes âgées de plus de 75 ans résident dans le Doubs ce qui représente **51 641 personnes en 2016.**
**Aujourd'hui, 72 979 personnes ont entre 60 et 75 ans.** Lorsque l'on compare cette population à celle des personnes âgées de plus de 75 ans, on relève une différence de 21 338 personnes. **Ainsi, dans les années à venir, les besoins ou tout du moins les demandes d'accompagnement à domicile, au sein des SSIAD, seront de plus en plus conséquentes.** A l'heure actuelle, le manque de places existe déjà (les listes d'attentes peuvent en témoigner) et ce phénomène risque de s'amplifier dans quelques années si une augmentation des capacités n'est pas mise en œuvre.

[21] Données issues de l'analyse du DAR (Département Allocation des Ressources) et la base de suivi et de pilotage des SSIAD de l'ARS
[22] Le taux de réponse à l'enquête est de 90%. Les SSIAD de Pont de Roide et de Pays de Maiche n'ont pas répondu.

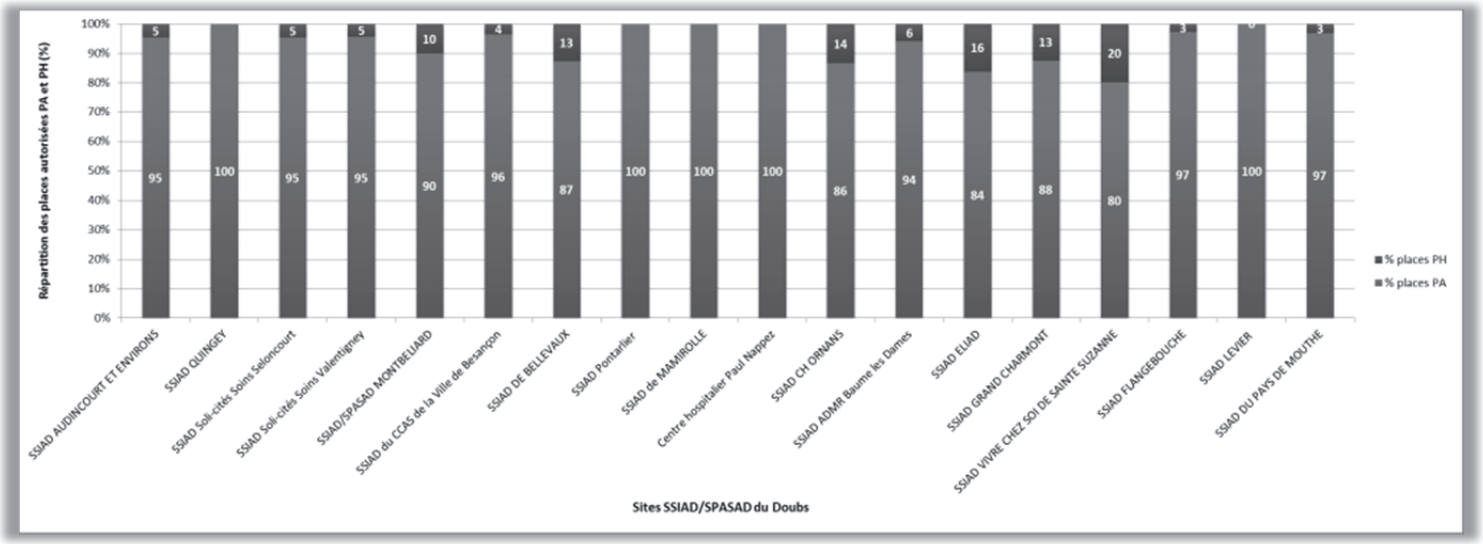
Plus particulièrement, au regard de la population ayant entre 60 et 75 ans, et celle ayant plus de 75 ans, il serait intéressant d'augmenter les capacités **des sites ayant aujourd'hui un taux d'équipement personnes âgées faible**, c'est –à dire inférieur au TE PA régional (ex : site du SSIAD d'Audincourt et de ses environs).

**Concernant les personnes handicapées**, le taux d'allocataires de l'AAH/100 personnes de 20 à 64 ans est de 3, tout comme le taux régional. Le taux d'allocataires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'Allocation Compensatrice Tierce personne (ACTP) pour 1000 personnes sur la population générale est de 6.8 (6 au niveau régional)

## 2. La capacité : nombre de places autorisées quel que soit le public (Personnes âgées, Personnes handicapées, atteintes de maladie chronique)

Dans cette partie, les données sont tirées de l'enquête auprès des gestionnaires des sites SSIAD/SPASAD principaux et secondaires, mais aussi de la base de suivi et de pilotage des SSIAD de l'ARS. Les échantillons seront précisés dans les différentes parties.

- ***Répartition des places occupées PA et PH dans le département par site (principal ou secondaire)(n=18)***



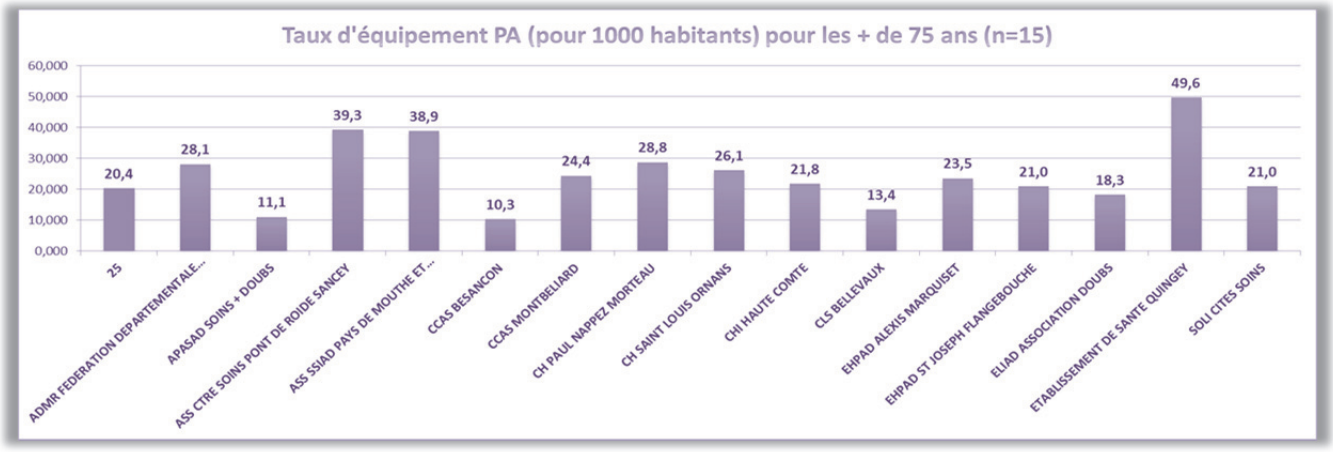

Dans le Doubs, **92% des places autorisées sont dédiées aux personnes âgées (PA) et 8% aux personnes handicapées (PH).**
Près d'1/3 des sites SSIAD/SPASAD ne sont dévolus qu'à accueillir et accompagner des PA. Le reste compte entre 3 et 20% de places PH dans l'ensemble de leurs places autorisées confondues.

- ***Taux d'équipement dans chaque secteur d'intervention actuel des SSIAD / SPASAD autorisés***

  - ***POUR LES PERSONNES AGEES (PA)***

**Dans le Doubs, le taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans est de 20,4 pour 1000 habitants en 2016**. Il est supérieur à celui de la région, qui est de 19,7 pour 1000 habitants.

**Par gestionnaire :**



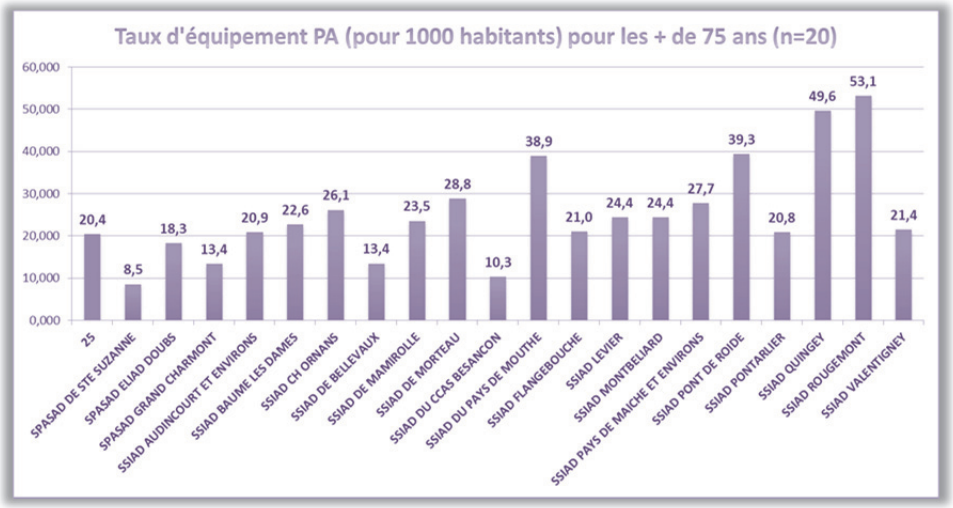

**Les taux d'équipement, par gestionnaire, pour les personnes âgées de plus de 75 ans sont compris entre 10,3** pour le CCAS de Besançon **et 49,6** pour l'établissement de santé de Quingey **pour 1000 habitants en 2016**.

Nous constatons que **4 gestionnaires ont un taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans inférieur à celui du département** mais aussi comparativement à celui de la région. Il s'agit d'APASAD Soins +, du CCAS de Besançon, du CLS de Bellevaux, et d'ELIAD.

**Pour les 11 autres gestionnaires ils sont clairement au-dessus du taux d'équipement départemental, même régional.**

Des rééquilibrages entre gestionnaires du département semblent une piste à explorer : 73% des gestionnaires sont plutôt bien dotés, mais ils devront également faire face à des demandes croissantes dans les années à venir.

**Par site :**




**Les taux d'équipement, par site, pour les personnes âgées de plus de 75 ans sont compris entre 8,5** pour le site SPASAD Ste-Suzanne **et 53,1** pour le site SSIAD de Rougemont **pour 1000 habitants en 2016**.

**5 sites ont un taux d'équipement PA inférieur à celui du département**. Il s'agit du SPASAD Vivre chez Soi de Ste-Suzanne, du SPASAD ELIAD, du SPASAD Grand Charmont, du SSIAD de Bellevaux, et du CCAS de Besançon.

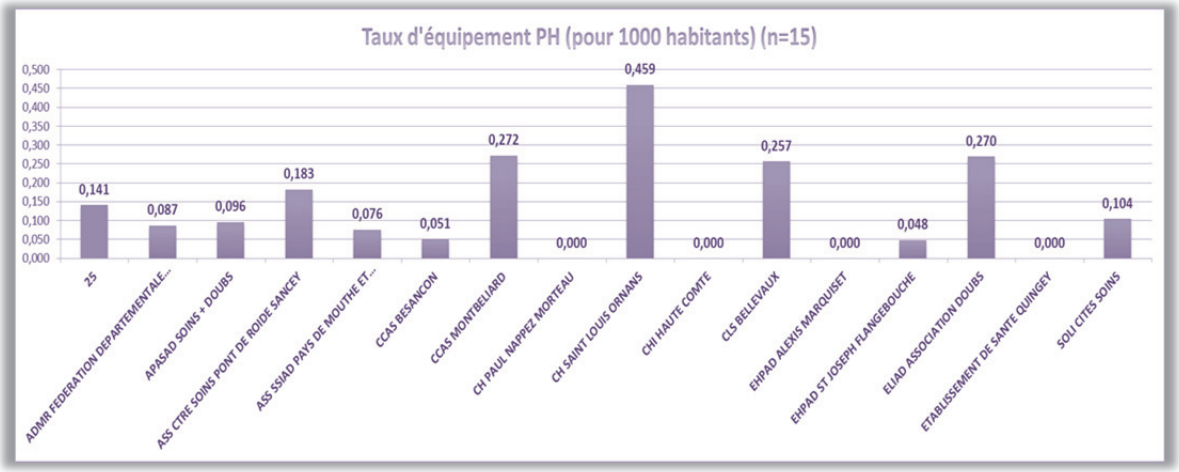
**4 sites SSIAD/SPASAD ont un taux d'équipement supérieur à 30**. Cela concerne le site SSIAD du Pays de Mouthe, le site SSIAD de Pont de Roide, le site SSIAD de Quingey et celui de Rougemont.

- ⇨ Ainsi, de grandes disparités apparaissent sur ces graphiques. C'est pourquoi des rééquilibrages des taux d'équipement peuvent être envisagés au sein d'un même gestionnaire dès lors que ce dernier a au moins 2 sites, ou bien entre gestionnaires, lorsque ces derniers sont monosites.

### ➢ *POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)*

**Dans le Doubs, le taux d'équipement pour les personnes handicapées est de 0,141 pour 1000 habitants en 2016.** En BFC, il est de 0,12.

**Par gestionnaire (ayant ou non une autorisation) :**



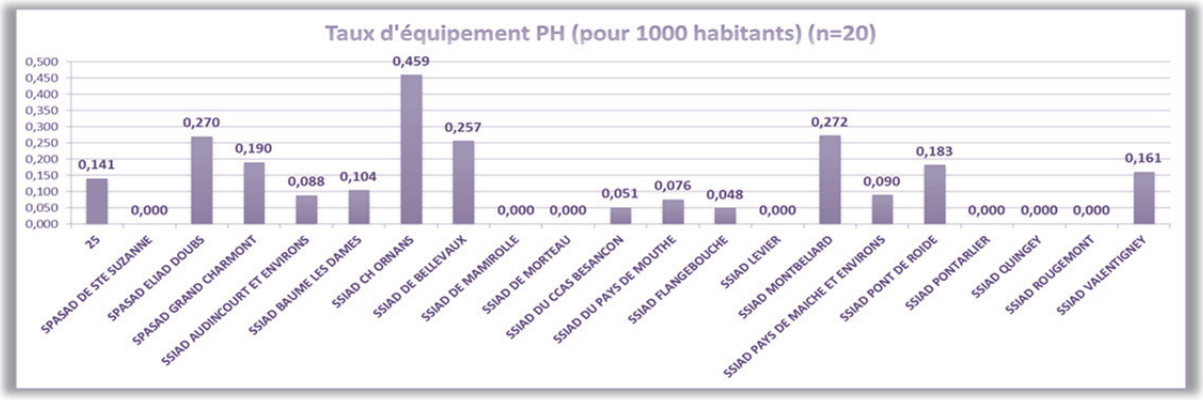

**4 gestionnaires ne disposent pas de places autorisées personnes handicapées.** Il s'agit du CH Paul Nappez, CHI Haute-Comté, de l'EHPAD Alexis Marquiset, et de l'établissement de santé de Quingey.

**Les taux d'équipement, par gestionnaire, pour les personnes handicapées sont compris entre 0,048** pour l'EHPAD de Flangebouche **et 0,459** pour le CH St-Louis d'Ornans.

Concernant les gestionnaires ayant une activité auprès des personnes handicapées, nous constatons que **6 gestionnaires ont un taux d'équipement inférieur, voire très inférieur à celui du département, ou même de la région.** Cela concerne l'ADMR 25, APASAD Soins +, l'association Pays de Mouthe et environs, le CCAS de Besançon, l'EHPAD St-Joseph de Flangebouche, et Soli Cité Soins.

**5 gestionnaires disposant d'une autorisation PH ont un taux d'équipement supérieur à celui du département, voire de la région.** Il s'agit du centre de soins de Pont-de-Roide, le CCAS de Montbéliard, le CH St-Louis d'Ornans, le CLS de Bellevaux et ELIAD.

**Par site (ayant ou non une autorisation) :**




**Les taux d'équipements, par site disposant de places PH, sont compris entre 0,048** pour le SSIAD de Flangebouche **et 0,459** pour le SSIAD du CH d'Ornans. Notons que 7 sites n'ont aucune place PH.

Les mêmes constats faits précédemment à propos des taux d'équipement par gestionnaire peuvent être faits ici. Notons également que 6 sites SSIAD/SPASAD ont un taux d'équipement inférieur à celui du Doubs.

**Les points à retenir sont :**

- **De faibles disparités dans les taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans au sein d'un même gestionnaire**
- **Une différence significative entre les gestionnaires au niveau de leur taux d'équipement pour les personnes âgées de plus de 75 ans**
- **Que les sites SSIAD/SPASAD principaux et secondaires, ayant des places PH sont plutôt bien dotés en équipement,**
- **Que des zones blanches pour la prise en charge de personnes handicapées existent au sein du département.**

## ○ *Euros par habitant (PA) et (PH)*

**Pour les personnes âgées + de 75 ans, 356 € de dotation de soins** sont consacrés par habitant dans les SSIAD-SPASAD du département, soit nettement supérieur à la moyenne régionale (279 €). La tendance est inverse concernant la dotation soins dans les EHPAD ce qui témoigne d'une politique en faveur du soutien à domicile.

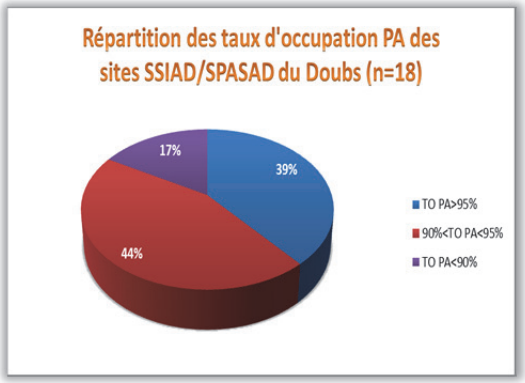
**Pour les personnes handicapées,** on observe la même tendance mais dans une moindre mesure, avec **3.11 € de dotations de soins** par habitant dédiés à ce public (2.97 € au niveau régional).

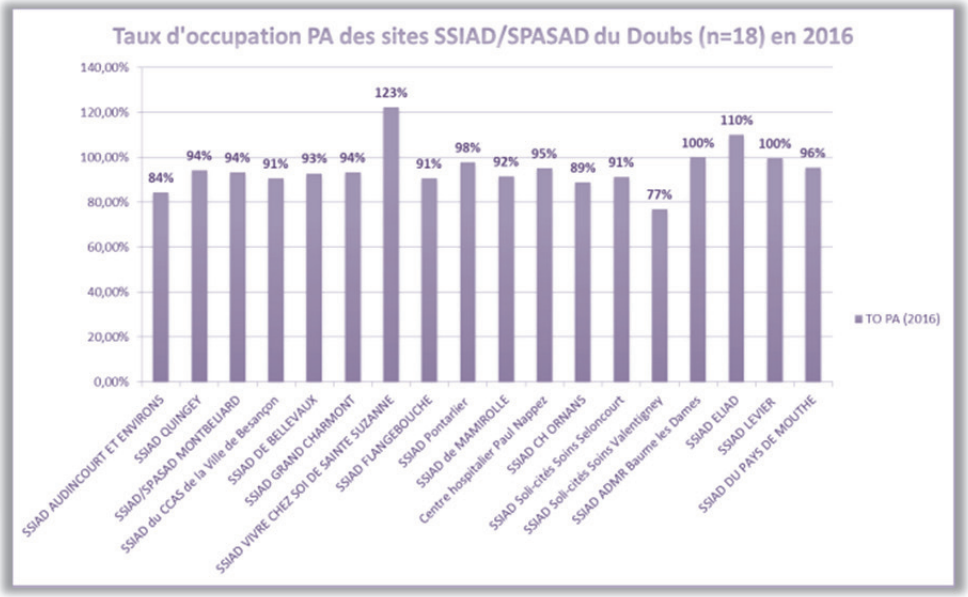
## ○ *Taux d'occupation*

**Le taux d'occupation global moyen dans le département du Doubs est de 94%** , tout comme au niveau régional.

### ➢ *POUR LES PERSONNES AGEES (PA)*

Dans le Doubs, le **taux d'occupation moyen PA déclaré par les gestonnaires est de 95%** et le TO médian est à 94%. Au niveau régional, il est de 94% en moyenne et de 93% en médiane.



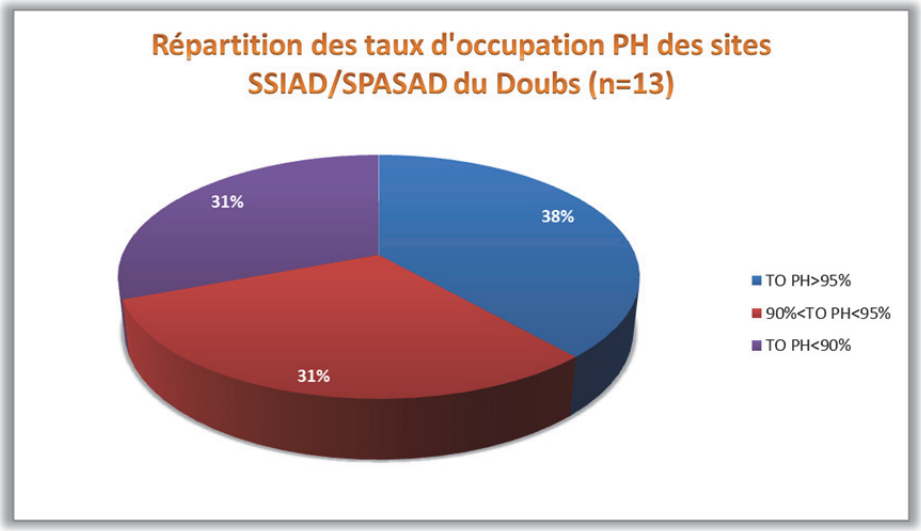

**Les taux d'occupation PA déclarés par les sites en 2016 sont compris entre 77%** pour le site SSIAD de Valentigney **et 123%** pour le site SSIAD de Vivre chez Soi de Ste-Suzanne.

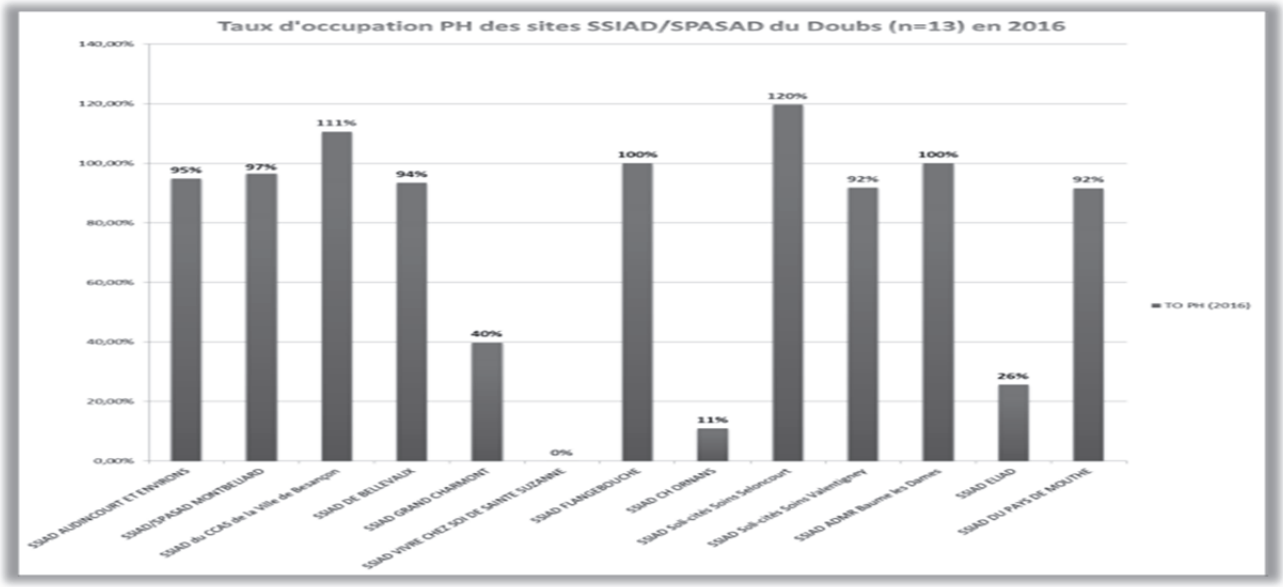
44% des sites SSIAD/SPASAD ont un TO compris entre 90 et 95%. **39% ont un TO supérieur à 95%.** Ces deux données permettent d'en déduire que **globalement les sites SSIAD/SPASAD parviennent à occuper convenablement leurs places dédiées aux PA**. Seulement 17% arrivent difficilement à avoir un TO supérieur ou égal à 90%.

**2 sites ont un taux d'occupation PA supérieur à 100%**, ce qui induit que ces derniers ont accueilli plus de public PA que prévu par l'autorisation. Il s'agit du SSIAD Vivre Chez Soi de Ste-Suzanne, et le site SSIAD ADMR de Baume-Les-Dames.

### ➢ *POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)*

**Le taux d'occupation moyen PH est de 75,03%, alors que le taux d'occupation PH médian est de 93,51% pour le département du Doubs**. Au niveau régional, le taux d'occupation moyen PH est de 86,1% et le taux d'occupation médian est de 94,1%. Ainsi la médiane départementale est assez proche de la médiane régionale.




**Les taux d'occupation PH sont compris entre 0%** pour le site SSIAD de Ste-Suzanne **et 120%** pour le site SSIAD de Seloncourt.

**31% des sites SSIAD/SPASAD étant autorisés à accueillir des PH ont un TO PH inférieur à 90%.** 38% ont un TO PH supérieur à 95% et 31% se situent entre 90 et 95%.

On relève que pour 3 sites SSIAD/SPASAD (Vivre chez Soi Sainte Suzanne, celui du CH d'Ornans et ELIAD), le TO PH peine à atteindre les 30%. Cependant, à l'inverse, 2 sites SSIAD/SPASAD (le SSIAD du CCAS de Besançon et le SSIAD de Seloncourt) surutilisent leurs places PH avec des TO atteignant 111% pour l'un et 120% pour l'autre.

## ○ *Traçabilité et répartition des listes d'attente en fonction des GIR*

### ➢ *POUR LES PERSONNES AGEES (PA)*

**Tous les sites ayant répondu à l'enquête (n=18) ont une liste d'attente PA. Au total, 572 personnes** sont comptabilisées **sur la liste d'attente des sites SSIAD/SPASAD**, en 2016. Soit en moyenne 32 personnes par site. Si on s'intéresse à la médiane, pour 50% des sites SSIAD/SPASAD, plus ou moins 15 personnes sont en attente de prise en charge.

**Concernant la répartition des GIR dans la liste d'attente**, **3 sites SSIAD/SPASAD n'ont pas établi un suivi des GIR de leur liste d'attente.** Il s'agit du SSIAD de Grand Charmont (APASAD Soins +), le SSIAD de Vivre Chez Soi de Ste-Suzanne (APASAD Soins +), et le SSIAD d'ELIAD. Ainsi, **sur les 380 personnes inscrites sur liste d'attente dans les 15 sites SSIAD/SPASAD concernés, nous avons :**

- **10% de GIR 1,**
- **38% de GIR 2,**
- **28% de GIR 3,**
- **24% de GIR 4.**

**Ce sont donc des personnes âgées relevant principalement du GIR 2 et du GIR 3 qui sont sur les listes d'attente des sites SSIAD/SPASAD concernés.**

Compte tenu du taux de réponse (75%, soit 15 sites sur 20), nous pouvons considéré que cet échantillon est représentatif des sites SSIAD/SPASAD intervenant sur le territoire du Doubs. De plus, on remarque que les sites tracent en majeure partie les GIR des personnes en attente de prise en charge.

### ➢ *POUR LES PERSONNES HANDICAPEES (PH)*

Sur les 18 sites ayant répondu à l'enquête, **13 sites possèdent une autorisation pour ce public**. **Seulement 6 sites d'entre eux ont une liste d'attente PH. A total,** 16 personnes handicapées sont inscrites comme étant en attente de prise en charge. A noter que le SSIAD du CCAS de Montbéliard, totalise à lui seul 11 personnes inscrites sur liste d'attente.

Ceci permet de constater que la traçabilité des GIR des personnes handicapées sur liste d'attente, voire tout simplement la liste d'attente sont peu suivies.

Concernant la répartition des GIR, on dénombre :

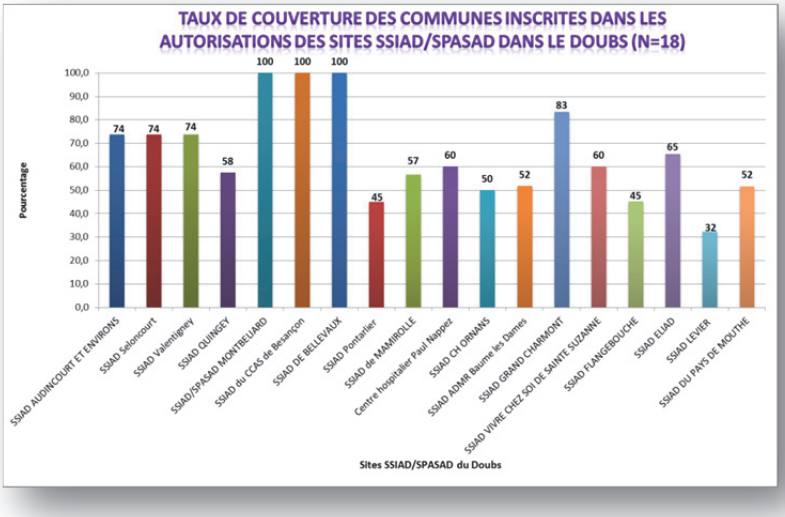
- 60% de GIR 2,
- 13% de GIR 3,
- 27% de GIR 4.

Ces données sont à interpréter avec précaution, étant donné que le taux de réponse n'est pas tout à fait de 50%.

## 3. Le zonage territorial : périmètre d'intervention du SSIAD / SPASAD

### ○ *Couverture départementale*

**En moyenne, le taux de couverture du Doubs est de 65%**. Au niveau régional, il se situe à 64%.

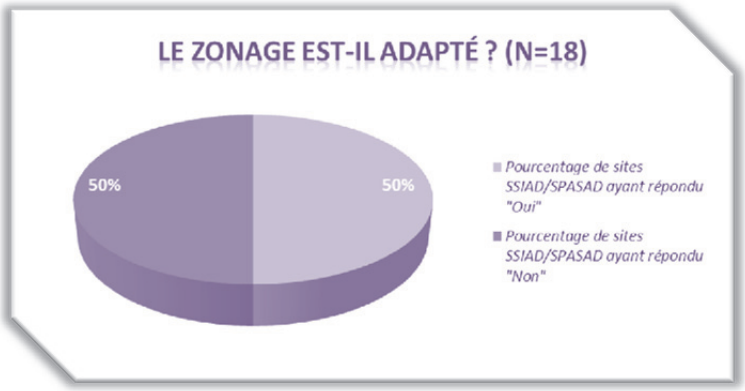



**14 sites SSIAD/SPASAD ont un taux de couverture supérieur à 50%**, d'où une couverture départementale de 65%. Parmi ces derniers, les sites SSIAD/SPASAD du CCAS de Montbéliard, de Besançon et de CLS de Bellevaux à Besançon recouvrent l'intégralité de leur zone d'intervention, étant tous 3 limités à la seule ville où ils sont implantés. Le site SSIAD Grand Charmont compte, quant à lui, 83% de communes desservies par le personnel du site SSIAD.

3 secteurs SSIAD/SPASAD ont un taux de couverture particulièrement bas, compris entre 30 et 50% inclus. Il s'agit du site de Pontarlier et de Levier, tous deux situés en zone rurale du Haut-Doubs.

### ○ *Demandes de modification des zones d'intervention actuelles des SSIAD/ SPASAD*

Dans le Doubs, les avis sont partagés, puisque la même proportion (50%) de sites SSIAD/SPASAD ont répondu « oui » ou « non » à la question « Selon vous, le zonage territorial est-il adapté ? ».




Sur les 18 sites SSIAD/SPASAD répondants, la moitié a signalé un zonage inadapté. Ces derniers aimeraient soit **étendre leur zone d'intervention** (Soli-cités Soins par exemple en proposant non plus une offre SSIAD uniquement mais SPASAD), **soit la réduire** (CHI HC) en lien avec leur faible taux de couverture territoriale évoqué en amont. Enfin, il est intéressant de noter **que le découpage de la ville de Besançon en quartiers d'intervention pose problème pour les gestionnaires** (CCAS de Besançon et ELIAD).

**Les demandes de modification de territoire pour certains d'entre eux sont en lien avec la politique SPASAD qui doit viser à terme une synergie des territoires SSIAD et SAAD. Les autres motifs invoqués sont des motifs d'efficience et de qualité (coordination.**

**Les sites n'étant pas satisfaits[5] de leur périmètre actuel sont les suivants :**

- SSIAD Audincourt et environs
- SSIAD du CCAS de Besançon
- SSIAD Levier
- SSIAD Pontarlier
- SSIAD du CH de P.Nappez
- SSIAD Flangebouche
- SSIAD ELIAD

Les demandes plus détaillées par site sont les suivantes:

- **Pour le SSIAD Audincourt et environs** : étendre le zonage territorial au niveau des communes prises en charge par Soli-cités Aides pour travailler en SPASAD.
- **Pour le SSIAD du CCAS de Besançon** : pouvoir faire intervenir le SSIAD du CCAS là où le SAAD intervient afin de faciliter la coordination entre les deux services de cette structure. De plus, une révision du découpage de la ville de Besançon entre les 3 gestionnaires est souhaitée.
- **Pour le SSIAD Levier et le SSIAD Pontarlier,** réduire la zone d'intervention car les temps de déplacement sont trop longs et les intempéries (neige- verglas) sont des facteurs à prendre en compte.
- **Pour le SSIAD du CH P.Nappez de Morteau**, il a été demandé une réévaluation du zonage d'intervention du SSIAD, à partir de la prise en compte des données du terrain (notamment les frontières Est et Ouest). En effet, une demande de rattachement de la ville du Russey, ainsi que des communes alentours comprises entre le Russey et Morteau est formulée afin d'établir une cohérence entre la zone d'influence du centre hospitalier et le terrain d'action

du SSIAD, et ainsi faciliter l'organisation des sorties d'hospitalisation. De plus, le SSIAD n'intervient pas ou peu sur la commune de Montbenoît (située à 20min du site SSIAD).

- **Pour le SSIAD Flangebouche :** réduire la zone d'intervention dans un périmètre ne dépassant pas les 20 min de déplacement entre le site du SSIAD et le domicile du patient.
- **Pour le SSIAD ELIAD :** revoir le découpage de la ville de Besançon, tout comme le SSIAD du CCAS de Besançon.

## 4. Le niveau de dépendance des personnes prises en charge

### ○ *Prise en charge nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels (au sein du SSIAD et entre le SSIAD et le SAAD)*

#### ➢ Intervention simultanée de plusieurs soignants du SSIAD (n=18)

**En moyenne, 6% de la file active a bénéficié de l'intervention d'un binôme SSIAD au cours de l'année 2016.** Si l'on s'intéresse à la médiane, on note que pour 50% des sites SSIAD/SPASAD, 4% a nécessité cette intervention.

Au niveau régional, 6% en moyenne a eu l'intervention d'un binôme SSIAD et 3% en médiane.

En comparant ces deux niveaux, le départemental et le régional, on se rend compte qu'ils sont tous deux assez similaires.

#### ➢ Intervention simultanée d'un soignant du SSIAD et d'un personnel du SAAD (n=18)

**4% de la file active a nécessité l'intervention binôme SSIAD/SAAD en moyenne en 2016.** La médiane est quant à elle à 3%.

Au niveau régional, en moyenne 5% et en médiane 3%.

Ainsi la médiane des sites SSIAD/SPASAD est égale à la médiane régionale. La moyenne des sites SSIAD/SPASAD est légèrement au-dessus.

### ○ *Utilisation de la grille AGGIR*[23]

#### ➢ Complétude de la grille AGGIR (n=17)

**En moyenne, l'ensemble de la file active des sites SSIAD/SPASAD du Doubs, ayant répondu à l'enquête, a été évaluée au moins une fois depuis son entrée au moyen de la grille AGGIR.**

Notes : *Au niveau régional, en moyenne, 96% de la file active des sites SSIAD/SPASAD a été évaluée au moins une fois depuis son entrée au moyen de la grille AGGIR.*

#### ➢ Réévaluation de la grille AGGIR (n=15)

**En moyenne, 85% de la file active des sites SSIAD/SPASAD ont bénéficié d' une réévaluation de leur niveau de dépendance au moyen de la grille AGGIR, au cours de l'année 2016.**

---

[23] **Cf. décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR**

Notes : *Au niveau régional, en moyenne, 78% de la file actives des sites SSIAD/SPASAD a été réévaluée au moyen de la grille AGGIR en 2016.*

**Ainsi les sites SSIAD/SPASAD du Doubs ont une meilleure pratique de la réévaluation de la dépendance qu'en moyenne au sein des sites de la région.**

### ***GMP établis par les sites SSIAD / SPASAD et répartition des GIR dans la file active (n=18)***

**En moyenne, dans ce département, le GMP moyen est de 685.** La médiane se situe à 679.

Au niveau régional, le GMP moyen est de 690 (que l'on parle de la moyenne ou de la médiane).

**Ainsi le GMP moyen du Doubs est légèrement inférieur à celui de la région.**

**1 630 personnes, tous publics confondus (PA/PH) ont été comptabilisées dans la file active départementale en 2016.**

Au regard de la répartition des GIR sur ce département, nous constatons, en moyenne, que :

- 8% des patients pris en charge sont des GIR 1,
- 34% des GIR 2,
- 27% des GIR 3,
- 31% des GIR 4.

Ceci montre que 58% des patients pris en charge sont de GIR 3 et GIR 4 (soit une large proportion de la file active) et que le niveau de dépendance n'est pas faveur des plus dépendants.

## 5. Le niveau et le coût de médicalisation des personnes prises en charge (public PA/PH/MC)

### ○ *Profils pathologiques des patients accueillis*[24]

| Part de personnes de la file active atteintes | Doubs | BFC |
|---|---|---|
| Diabète | 20% | 12% |
| Maladies de l'appareil circulatoire | 32% | 26% |
| Tumeurs malignes | 8% | 8% |
| Affections neurologiques | 23% | 21% |
| Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées | 22% | 19% |
| Maladie de Parkinson | 4% | 4% |
| Affections psychiatriques de longue durée | 6% | 6% |
| Insuffisance respiratoire grave | 10% | 6% |
| Incontinence urinaire | 30% | 33% |
| Incontinence fécale | 20% | 19% |
| Déficience des membres supérieurs | 9% | 14% |

Lorsque l'on compare les profils pathologiques du Doubs aux données régionales tirées de l'enquête, on constate que pour les profils suivants :

- Les tumeurs malignes
- Les affections neurologiques
- La maladie d'Alzheimer
- La maladie de Parkinson
- Des incontinences urinaires
- Des incontinences fécales

La part des personnes atteintes par ces pathologies est quasi-similaire, voire identique à celle relevée au niveau régional.

Notes : *13 répondants sur 18 ont permis d'établir ce tableau.*

### ○ *Coûts moyens par bénéficiaire pour la réalisation des soins techniques*[25] *(actes médico-infirmiers)*

**En moyenne, le coût moyen par bénéficiaire pour la réalisation des soins techniques (actes médicotechniques) est de 2 039,04€ (n=18).** La médiane se situe à 1 998,59€. On constate donc une légère différence (peu significative) entre la moyenne et la médiane de ce coût.

Notes : *Au niveau régional, en moyenne le coût par bénéficiaire pour la réalisation des soins techniques est de 1 937,64€. La médiane est de 1 670,71€.*

[24] En référence au **« rapport à la DGAS sur la tarification des services de soins infirmiers à domicile : Un Modèle innovant »** (URC-ECO IDF) avril 2009

[25] En référence à l'étude réalisée par Urc Eco IDF en 2009 : **« Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) « Le coût de leur prise en charge et ses déterminants »** Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Paris 2009

- ***Coût seuil limite pour la réalisation des soins techniques aux regards du coût place moyen alloué***

*(À partir de quel montant annuel par bénéficiaire pour les soins techniques la prise en charge crée un déséquilibre budgétaire)*

**Dans le Doubs, 33% (soit 6 sites sur 18 répondants) des sites SSIAD/SPASAD considèrent que le seuil limite de prise en charge pour la réalisation des soins techniques ne doit pas dépasser les 2 000 €.**

**45% (soit 8 sites) déclarent que le seuil se situe entre 2 001 et 5 000€.** Il s'agit des SSIAD gérés par Soli Cités Soins, du SSIAD du Grand Charmont, du SSIAD de Mamirolle, du SSIAD de Vivre Chez Soi Ste-Suzanne, du SSIAD d'ELIAD et du SSIAD de Baumes-Les-Dames.

**22% (soit 4 sites) déclarent que ce dernier doit être compris entre 5 001 et 15 000€.** Cela concerne le site SSIAD du CLS de Bellevaux, celui du Pays de Mouthe, celui de Pontarlier et Levier.

## 6. Accès aux soins des personnes handicapées

### ○ *Nombre et pourcentage de sites SSIAD / SPASAD autorisés n'ayant pas d'autorisation PH*

**33,33% des sites SSIAD/SPASAD principaux autorisés n'ont pas d'activités PH dans le département**, soit 1/3 des structures principales. Il s'agit du CH P.Nappez de Morteau, de l'EHPAD Alexis Marquiset, du CHI Haute-Comté, de l'établissement de santé de Quingey et du Centre de Soins de Pont de Roide.

Notes : *Au niveau régional, 39,39% des sites n'en ont pas.*

### ○ *Enquête auprès des SSIAD / SPASAD sur leurs besoins en places PH*

**17% des sites SSIAD/SPASAD ont des places PH autorisées et souhaitent en créer ou transformer.** Il s'agit des sites SSIAD/SPASAD de Soli cité Soins : le SSIAD d'Audincourt (12 places dans le cadre de la politique SPASAD), le SSIAD de Seloncourt (8 places en cas d'agrandissement de la zone de couverture territoriale), le SSIAD de Valentigney ( 4 places).

**A noter que le SSIAD du CH Paul Nappez de Morteau n'en a pas et souhaiterait en créer.**

56% ont des places PH et ne demandent aucune modification de leur capacité d'accueil PH. Enfin, 22% des sites n'en ont pas et ne souhaitent pas en créer.

**Ainsi, plus de la moitié des sites ont des places PH mais n'en veulent pas davantage**, y-a-t-il un manque de demande auprès de ces sites ? A la vue des listes d'attente, comme celle du site SSIAD de Montbéliard, on constate l'existence de personnes handicapées en attente de prise en charge sans qu'elle ne donne lieu à une demande, de la part du gestionnaire via le formulaire d'enquête, d'augmentation du nombre de places autorisées PH. Une étude complémentaire sur les besoins de ce public dans le cadre du soutien à domicile serait également à mener.

### ○ *Offre complémentaire pour les publics PH (SAMSAH, foyers de vie et SAVS)*

Etant donné la non-exhaustivité des données sur les SAMSAH et les SAVS, cette sous-partie ne sera abordée, le cas échéant, que dans le focus régional. Nous avons tout de même eu des données sur les foyers de vie.

- Foyers de vie

**18 foyers de vie sont installés sur ce territoire.**

Partie II

# Partenariat avec l'offre sanitaire (Hospitalisation à domicile) et ambulatoire (Infirmiers libéraux et centres de soins infirmiers)

## 1. Partenariat avec l'HAD

1 gestionnaire d'établissement d'hospitalisation à domicile couvre l'ensemble du territoire du Doubs. Il dispose de 3 antennes situées à Besançon, l'aire urbaine et le Haut-Doubs.

### ○ *Formalisé ou non*

**7 sites** ont un **partenariat formalisé** avec un établissement d'HAD, **soit 39%** des secteurs sur l'ensemble du département. Le motif principal ayant conduit à ce partenariat est des soins trop lourds à la sortie d'hospitalisation. **44% des sites, soient 8 sites, n'ont aucun partenariat**. 17% ont un partenariat non formalisé, afin pallier à un éloignement géographique important et permettre un relai de prise en charge. **Sur ce territoire, la majeure partie des sites SSIAD/SPASAD ont un partenariat formalisé ou n'en ont aucun**.

Les sites ayant un partenariat sont :

- *Formalisé :*
  - Le SSIAD de Quingey
  - Le SSIAD de Montbéliard
  - Le SSIAD du Grand Charmont
  - Le SSIAD de Morteau
  - Le SSIAD de Vivre chez Soi- Ste-Suzanne
  - Le SSIAD de Flangebouche
  - Le SSIAD du Pays de Mouthe et environs

- *Non formalisé :*
  - Le SSIAD de Bellevaux
  - Le SSIAD du CH d'Ornans
  - Le SSIAD de Baumes-Les-Dames

### ○ *Avec quelles modalités de financement ?*

Les sites dont le partenariat est formalisé avec un service d'HAD appliquent le calcul suivant dès lors que le service d'HAD a besoin du SSIAD : **somme du cout horaire d'intervention AS, des coûts liés aux frais de déplacement, ajoutés au coût horaire forfaitaire d'une intervention IDEC**. Ceci est appliqué par 2 gestionnaires.

**Autre modalité de financement possible : facturation du prix de journée versé par l'ARS au SSIAD avec ajout d'indemnités kilométriques.** Le service d'HAD fournit le matériel nécessaire à la prise en charge.

## 2. Partenariat avec les IDEL et les centres de soins infirmiers

### *Externalisation des soins techniques/ Emploi d'une infirmière salariée*

**89% des sites SSIAD/SPASAD du Doubs externalisent les soins techniques**, en se coordonnant avec des IDEL du secteur d'intervention et confient l'intégralité des soins aux IDEL. 11% externalisent partiellement les soins techniques et disposent d'une infirmière salariée. Cela concerne le SSIAD du CCAS de Montbéliard et celui du CH P.Nappez (Morteau).

Les différents motifs principaux ayant conduit à l'externalisation des soins techniques sont :

- Le coût des prestations d'une infirmière salariée
- L'organisation
- La couverture géographique importante

Notes : *En Bourgogne Franche-Comté (n=120), 92% des sites SSIAD/SPASAD externalisent totalement les soins techniques, 8% ne le font que partiellement*.

2 motifs ont été évoqués pour l'emploi d'une infirmière salariée :

- La non-connaissance des besoins à la création du SSIAD,
- Une offre majoritairement internalisée (exception si un éloignement géographique trop important est constaté entre le SSIAD et le domicile du patient).

### *Satisfaction et insatisfaction de la coordination avec les IDEL*

**50% des structures SSIAD/SPASAD sont satisfaites de la coordination avec les IDEL dans ce département**, tout comme au niveau régional où le taux de satisfaction est identique. **50% ne le sont pas**. Les avis semblent mitigés entre les sites.

Les motifs principalement cités sont :

- Un problème de facturation (lié aux envois effectués par les IDEL directement auprès des caisses, aux indus, aux actes hors nomenclatures),
- Une absence de convention signée entre le SSIAD et les IDEL rattachées au secteur d'intervention,
- Des difficultés de transmission, de coordination, voire de communication,
- Une absence de relais de la part des IDEL si jamais les soins sont trop importants.

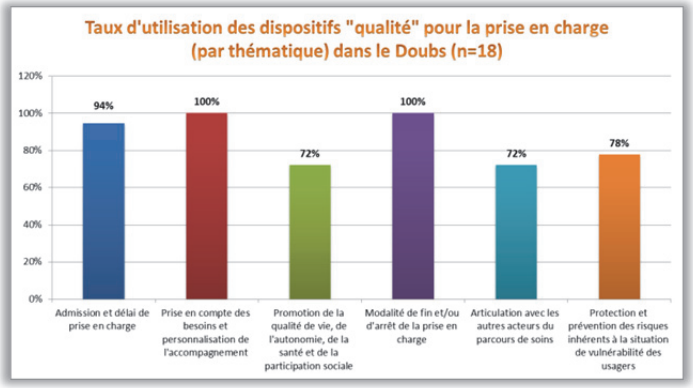
Cela concerne notamment les SSIAD de Soli cité Soins, le SSIAD de Montbéliard, le SSIAD du CCAS de Besançon, du SSIAD de Pontarlier, du SSIAD de Baume-Les-Dames, du SSIAD de Flangebouche et du SSIAD de Levier.

Partie III

# Organisation interne de la prise en charge (Offre de services du SSIAD)

## 1. Qualité de la Prise en charge

### ○ *La prise en charge*



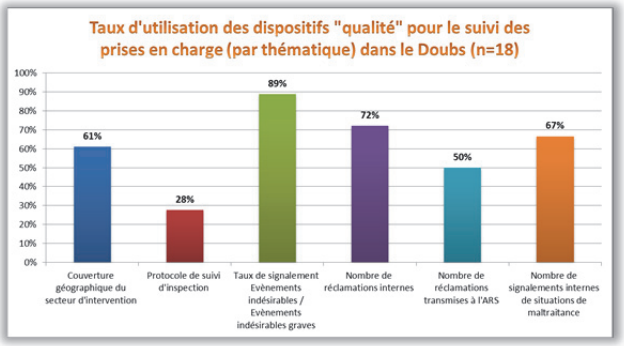

**Dans le Doubs,**

3 thématiques dominantes ont donné lieu à la mise en place d'un outil ou dispositif « qualité » par les 18 sites SSIAD/SPASAD :

- **Admission et délai de prise en charge**
- **Prise en compte des besoins et personnalisation de l'accompagnement**
- **Modalité de fin et/ou d'arrêt de la prise en charge.**

Notes : *Au niveau régional, les mêmes thématiques sont les plus fréquemment rencontrées.*

### ○ *Le suivi des prises en charge*




**89% des sites SSIAD/SPASAD suivent via un outil « qualité » les taux de signalements des événements indésirables graves ou non.**

**72% ont mis en place un dispositif « qualité » pour les réclamations internes** et 67% pour les signalements internes des situations de maltraitance.

Notes : *Au niveau régional, les proportions pour ces 3 thématiques sont quasiment identiques.*

### ○ *Evaluations internes et externes*

#### ➢ *Difficultés et besoins éventuels rencontrés pour la réalisation des évaluations internes et externes*

45% des sites SSIAD/SPASAD du Doubs n'ont eu aucune difficulté à les mener. Soit **55% des sites ont éprouvé des difficultés à réaliser les évaluations.**

**L'établissement social de Quingey** rencontre des difficultés de financement et de temps qualiticien, ce qui l'induit à regrouper le SSIAD avec le centre social pour établir au final un plan d'action global. Nous n'avons pas plus d'information sur le plan d'action mis en place par ce dernier.

Le **CCAS de Montbéliard** met en avant un manque de temps pour réaliser l'évaluation interne et le suivi du plan d'action. Cependant, en ce qui concerne le plan d'action, plusieurs éléments ont été instaurés :

- Un changement d'outil informatique
- L'élaboration du plan de soin individuel (en phase de test et à mutualiser à l'avenir avec le SAAD)
- Un travail sur les risques psychosociaux

Le **CCAS de Besançon** constate que les évaluations interne et externe coûtent chères aussi bien en temps (l'IDEC est fortement mobilisée pendant l'évaluation interne) qu'en termes financiers (l'appel à un cabinet extérieur représente une dépense importante pour le CCAS). Le plan d'action défini par cette structure est une demande de financement pour l'acquisition d'un logiciel de suivi et/ou pour le recours à un cabinet.

Le **CHI Haute Comté** relève un investissement important de l'équipe au moment de l'évaluation interne mais aussi une compréhension difficile de l'outil de travail institué par l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

**L'EHPAD de Marquiset** (site SSIAD de Mamirolle) a rencontré des difficultés lors de la réalisation des évaluations interne et/ou externe telles que :

- Le manque de participation et de réunion de toutes les personnes concernées
- Le temps passé pour l'analyse des critères qualités et la réalisation de la synthèse écrite (charge de travail conséquente)
- Le déroulement de l'évaluation externe sur une journée (trop rapide et stressant)

Un plan d'action a été mis en place pour la réalisation de ces dernières :

- Mise en place d'un calendrier annuel pour la réalisation des objectifs avec des actions précises
- Mise en place d'un comité de suivi (réunions)

Le **CH Paul Nappez** prévoit une amélioration de la qualité, notamment en partenariat avec le qualiticien.

Le **CH St Louis d'Ornans** trouve que les évaluations interne et externe sont chronophages et qu'il manque un référentiel national, même si réalisé par le REQUA ainsi que le suivi. Un plan d'action institutionnel a été créé, notamment avec la mise en place d'un PAQ suivi tous les 2 mois par un équipier mobile qualité du REQUA.

**L'ADMR du Doubs** a défini un plan d'action de la manière suivante :

1. Coordination des services
2. Elaboration de documents type procédure/protocole en équipe
3. Validation en CA, suivi d'une mise en place avec datation
4. Informations auprès des personnels concernés avec présentation des documents
5. Evaluation au bout de 6 mois après la mise en place du dispositif
6. Réécriture si besoin GED à uniformiser pour l'ensemble des structures ADMR

### ○ *Types de problématiques rencontrées ayant altérées la qualité de la prise en charge et leur niveau de fréquence*

**72% des sites SSIAD/SPASAD ont un délai d'inclusion supérieur à 45 jours. 83% relèvent un isolement de la personne aidée ainsi que parfois une absence d'aidant**. **61% des structures ne peuvent pas faire à une autre offre de soins compatible avec l'état de santé du demandeur.** 11% relèvent une absence de relais possible avec une plateforme d'appui type MAIA, ARESPA. 33% ont fait face à d'autres problématiques non citées dans l'enquête et sont les suivantes :

- Un manque de personnel,
- L'absentéisme des salariés,
- La pénibilité du travail,
- Le refus des familles à l'intrusion du personnel dans la vie de l'usager,

- Les soins techniques,
- L'environnement plus ou moins adapté.

Sont concernés : le SSIAD d'Audincourt, le SSIAD de Quingey, le SSIAD de Montbéliard, le SSIAD du Grand Charmont, le SSIAD de Mamirolle, et le SSIAD de Vivre chez Soi de Ste-Suzanne.

### ○ *Besoins en formation des personnels intervenants et non pris en charge par les OPCA ou les crédits CNSA pour l'appui au développement des SPASAD (pour les structures concernées)*

**Les sites SSIAD/SPASAD ont demandé un financement total de 46 414€ pour leurs besoins en formation (soit 14% du montant total de 285 207,23€ demandé en BFC).**

*Quelques exemples de besoins en formation :*

**Sollicité Soins** souhaite que ses agents soient formés sur la **sécurité routière**. La formation associée à ce thème coûte ***5 520€ pour 2 jours de formation et par groupe de 10 personnes***.

**L'établissement de santé de Quingey** demande pour son personnel SSIAD une formation sur **l'analyse de la pratique**, budgétisée à ***1 200€***. S'ajoute à cela une demande particulière, l'emploi à temps partiel, en tiers temps, d'une psychologue, à hauteur de 12 000€.

Le **CCAS de Montbéliard** a besoin que ses agents du site SSIAD aient une formation sur la **prise en charge de soins des SEP, de la douleur, ainsi que d'une formation sur les outils d'évaluation/indicateurs de suivi**. Ceci représente un coût total de ***5 000€ par an***.

Le SSIAD du **CLS de Bellevaux** à Besançon veut former son personnel à la **coordination des équipes AS-AVS-AAD**. Ce besoin s'élève à ***15 000€.***

Le **site SSIAD du CH d'Ornans** souhaite former ses agents à **l'amélioration de la place des usagers et de la famille de ce dernier, à la conduite sur sol glissant et à l'éducation thérapeutique du patient**, ainsi que faire passer pour certains le **DE d'IDE**, et ce pour un montant total de ***5 056€.***

## 2. L'efficience de la prise en charge

- ***Les indicateurs de dialogue, d'analyse et de pilotage interne pour lesquels un outil de suivi a été mis en place***

| *Indicateur de dialogue* | *Doubs* |
|---|---|
| Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation | 28% |
| Score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé et dernier GMP connu) | 78% |
| Score moyen en soins requis (PMP) (dernier PMP validé et dernier PMP connu) | 0% |
| Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance | 67% |
| Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination | 78% |
| Taux d'hospitalisation complète | 72% |
| Taux de réalisation de l'activité | 100% |
| Taux de rotation des lits ou places financés | 78% |
| Taux de rotation des places financées en accueil de jour | 6% |
| Taux d'ETP vacants | 61% |
| Taux de prestation externe | 44% |
| Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management | 61% |
| Taux d'occupation des lits ou places financés | 89% |
| Taux d'absentéisme | 83% |
| Taux de rotation des personnels sur effectif réel | 44% |
| Taux d'atteinte de prévision des recettes | 56% |
| Taux d'atteinte des prévisions de dépenses | 72% |
| Taux de Capacité d'autofinancement (CAF) | 44% |
| Taux de vétusté des constructions | 17% |
| Taux d'endettement | 39% |
| Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes | 28% |
| Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe | 72% |

**4 indicateurs de dialogue sont fortement utilisés par les sites SSIAD/SPASAD du Doubs :**

- **Le taux de réalisation de l'activité,**
- **Le taux d'occupation des lits ou places financées**
- **La répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année pour motif ou destination,**
- **Le score moyen de dépendance GMP.**

2 indicateurs sont beaucoup moins utilisés :

- Le score moyen en soins requis (PMP), ce qui est justifié par l'absence de médecin au sein de ces structures
- Le taux de rotation des places financées en accueil de jour.

| *Indicateurs d'analyse et de pilotage* | *Doubs* |
|---|---|
| Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GIR 1 à 6 | 89% |
| Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des GPP (Groupe de patients proches) | **0%** |
| Profil des personnes accompagnées : répartition en fonction des types de déficiences observées | 33% |
| Répartition par âge des personnes accompagnées | 94% |
| Durée moyenne de séjour / d'accompagnement des personnes sorties définitivement | 94% |
| Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection | 17% |
| Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale | 11% |
| Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées | 89% |
| Part des actes / séances programmés non réalisés | **11%** |
| File active des personnes accompagnées | 94% |
| Répartition des effectifs par fonction | 72% |
| Pyramide des âges du personnel | 72% |
| Taux d'absentéisme par motif | 78% |
| Poids du recours à l'intérim | 44% |
| Répartition des recettes par groupe | 78% |
| Répartition des dépenses réalisées par groupe | 78% |
| Répartition des recettes par section tarifaire | 28% |
| Répartition des dépenses par section tarifaire | 28% |
| Taux d'utilisation de la dotation en soins | 67% |
| Structure des dépenses financées par la dotation "soins" | 44% |
| Etat des lieux de la fonction "information" dans les ESMS | 17% |

**Concernant les indicateurs d'analyse et de pilotage, 89% des sites, voire plus, du Doubs s'appuient particulièrement sur :**

- **Le profil des personnes accompagnées (répartition en fonction des GIR 1 à 6),**
- **La répartition par âge des personnes accompagnées**
- **La durée moyenne de séjour/ d'accompagnement des personnes sorties définitivement**
- **La file active des personnes accompagnées**

Aucun site n'utilise les indicateurs suivants :

- Le profil des personnes accompagnées (répartition en fonction des Groupes de Patients Proches),

11% suivent le taux d'occupation des places habilitées pour des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

### ○ *Coûts de structure*

**94% des sites SSIAD/SPASAD ont un coût de structure ne dépassant pas les 20% du coût global**. Le SSIAD du Pays de Mouthe a un coût de structure dépassant les 20% du coût global.

# Conclusion

Sur la base de ces premiers éléments d'état des lieux départemental, un groupe de travail avec le conseil départemental du Doubs, la délégation départementale du Doubs de l'ARS, ainsi que les chargés de missions de l'offre pour personnes âgées et personnes handicapées de l'ARS a été constitué.

Les échanges autour de ces données ont permis de dégager plusieurs points d'analyse et de s'entendre sur les principales orientations stratégiques à proposer.

L'ensemble de ces éléments figure dans le volet 2, « Analyse et perspectives ».