

Organisation
du temps soignant en **SSIAD**
Rapport de capitalisation



Table des matières

Introduction.....	4
Glossaire.....	6
Chapitre 1 : Rappels réglementaires.....	7
1. LES MISSIONS D'UN SSIAD.....	7
2. LES PROFESSIONNELS COMPOSANT L'EQUIPE D'UN SSIAD.....	8
3. LES BENEFICIAIRES DU SSIAD.....	8
4. LES SOINS DELIVRES PAR UN SSIAD.....	9
Chapitre 2 – Etat des lieux des SSIAD en Région de Franche-Comté.....	11
1. ACTIVITE DES SSIAD.....	11
2. PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNEES.....	11
3. ORGANISATION ET MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES AU SEIN D'UN SSIAD.....	11
4. PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS.....	13
4.1. Admission – Accueil.....	13
4.2. Organisation des tournées.....	13
4.3. Transmissions.....	15
4.4. Gestion des dossiers.....	15
5. LA COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES ET L'ENVIRONNEMENT.....	16
6. LE PILOTAGE DE L'ACTIVITE ET DES RESSOURCES.....	16
Chapitre 3 : Analyser des forces et ses faiblesses.....	18
1. DISPOSER D'INFORMATIONS SUR LE SSIAD (SA POPULATION ET SES RESSOURCES).....	18
1.1. Caractérisation du SSIAD.....	18
1.2. Données relatives à la population prise en charge.....	18
1.3. Données relatives aux ressources humaines.....	19
2. LES INDICATEURS A METTRE EN PLACE, LEURS VALEURS CIBLES.....	20
3. OUTIL D'AUTO-EVALUATION D'UN SSIAD (POPULATION / ACTIVITE / RH).....	21
4. ARBRE DE PRIORISATION DES AXES DE PROGRES.....	22
Chapitre 4 : Positionner chaque acteur au sein du SSIAD.....	25
1. LE ROLE DE LA DIRECTION DANS LA GESTION DU SSIAD.....	25
2. LE ROLE ET LE POSITIONNEMENT DE L'IDEC.....	27
3. LA GESTION DES TEMPS DE TRANSMISSION (QUOTIDIENNE ET HEBDOMADAIRE AU TRAVERS DES REUNIONS D'EQUIPES).....	28
4. LES MODALITES DE COORDINATION (INTERNE ET EXTERNE) AVEC LES PARTENAIRES.....	31
Chapitre 5 : Gérer les bonnes pratiques pour son activité.....	32
1. OPTIMISER LE RECRUTEMENT.....	32
1.1. Communiquer auprès des partenaires du SSIAD pour augmenter sa visibilité.....	32
1.2. Améliorer la couverture du territoire.....	34
1.3. Optimiser la proportion de personnes en GIR 1 et 2.....	34
2. OPTIMISER LA GESTION DES PLACES DU SSIAD.....	35
2.1. Optimiser la liste d'attente.....	35
2.2. Mettre en œuvre la « Sur Occupation » par l'anticipation des admissions.....	36
Chapitre 6 : Optimiser l'organisation du travail.....	41
1. DEFINIR LES EFFECTIFS NECESSAIRES.....	41
La notion de base : l'effectif théorique nécessaire (ETN).....	43
2. ORGANISER LA PLANIFICATION DES TOURNEES.....	46
3. DEFINIR DES CYCLES DE TOURNEES ET DES CYCLES DE TRAVAIL.....	47
3.1. Cycle de travail.....	48
3.2. Planning.....	51
4. PROTOCOLISER LES INTERVENTIONS CHEZ LES USAGERS.....	53

Chapitre 7 – Optimiser les temps de prise en charge.....	55
1. DEFINIR LES TEMPS MOYENS DE PRISE EN CHARGE SELON LES GIR	55
2. OPTIMISER L’EFFICIENCE DES TOURNEES	55
2.1. <i>La charge inhérente à chaque tournée</i>	55
2.2. <i>Dispensation des soins, en lien avec les besoins des usagers</i>	57
2.3. <i>Obtention d’un taux de remplissage optimal de la tournée</i>	57
2.4. <i>La prise en compte du temps de trajet au sein des tournées</i>	58
3. AMELIORER LA FREQUENCE D’INTERVENTION CHEZ UN USAGER	58
Chapitre 8 – Piloter son activité à l'aide des tableaux de bord.....	60
8.1. QUELS INDICATEURS D’EFFICIENCE ?	60
8.2. TABLEAU DE BORD	60
Remerciements.....	64
Coordonnées des expérimentateurs	65
Références bibliographiques et réglementaires	66

Introduction

L'organisation du temps de travail des soignants en SSIAD, par son impact sur la qualité de la prise en soins des usagers, sur le niveau de satisfaction des personnels et sur l'attractivité de ces structures, est un enjeu central pour le fonctionnement de celles-ci.

La gestion des ressources humaines est un des piliers du management de ces structures car elle a un retentissement immédiat sur :

- la qualité des soins ;
- la satisfaction des bénéficiaires ;
- la sérénité des personnels ;
- et, bien sûr, l'efficacité globale de la structure.

La partie la plus délicate du management revient à cette gestion quotidienne de la présence, 7 jours sur 7, auprès des usagers, de personnels adaptés à leurs besoins ; cette responsabilité repose largement sur les Infirmières Coordinatrices (IDEC).

Par ailleurs, les IDEC sont confrontées à une difficulté majeure : comment adopter une organisation, mais aussi un mode de fonctionnement, qui leur donne la capacité d'absorber l'incertitude quasi permanente liée à l'activité non programmée, aux absences inopinées ou à tout événement découlant de la structure dans laquelle les professionnels évoluent ?

A ces enjeux qualitatifs s'ajoute un besoin de maîtrise budgétaire, les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s comptant pour la plus grande part de la masse salariale d'un SSIAD. L'organisation des tâches et des plannings a aussi un impact non négligeable sur l'évolution des frais de transport et peut donc constituer un levier intéressant pour mieux les maîtriser.

Il ressort donc que des enjeux majeurs accompagnent l'organisation du temps de travail des agents en SSIAD :

- enjeux de qualité de prise en charge des usagers, les présences des professionnels étant indispensables à la bonne organisation des soins, au fil des jours de la semaine ou les mois de l'année et ce en relation avec la variation de l'activité,
- enjeux financiers, au travers de la gestion de l'effectif des soignants au sein du SSIAD,
- enjeux sociaux, en particulier en termes de conditions de vie des agents.

Menée au sein de 6 services infirmiers de soins à domicile, la mission confiée au Cabinet ABAQ Conseil par l'ARS de Franche-Comté visait les objectifs suivants :

- 🔧 Evaluer les organisations mises en place et comparer les résultats atteints dans des services au contexte, à la taille et à l'environnement différents.
- 🔧 Répondre au besoin d'accompagnement de chacun des SSIAD retenus. Après analyse des organisations du temps de travail, des tâches et de leur gestion au quotidien, l'accompagnement a consisté à faire évoluer les pratiques en fonction de leur situation propre.
- 🔧 Participer au travail de formalisation et de capitalisation pour l'ARS de Franche-Comté, au travers de l'élaboration de ce guide de bonnes pratiques organisationnelles.

Le travail conduit sur l'organisation du temps « soignants » a porté notamment sur les éléments suivants :

- ✓ l'organisation des horaires et le mode de décompte du temps de travail,
- ✓ la gestion des temps partiels,
- ✓ la coopération entre les différentes catégories professionnelles,
- ✓ l'articulation entre les actes infirmiers en rôle propre et les tâches effectuées en collaboration (aides-soignants, AMP, Auxiliaires de Vie Sociale, etc.),
- ✓ le positionnement de l'infirmière coordinatrice du SSIAD au sein de la structure et vis-à-vis de ses partenaires (prescripteurs, infirmiers libéraux et autres professionnels de santé libéraux, autres structures d'intervention à domicile).

Le projet s'est déroulé autour de 4 phases sur une période de 15 mois, de juin 2014 à septembre 2015.

La première phase du projet avait pour vocation, à la fois de lancer le projet dans les 6 SSIAD et de réaliser un diagnostic de leur situation initiale avec une analyse des points faibles et des points forts de leur organisation et, d'identifier des leviers d'action potentiels.

La deuxième phase portait sur la définition d'un plan d'actions individualisé, sur la base des axes de progrès et des leviers d'actions diagnostiqués en phase 1.

Lors de la troisième phase, il s'est agi d'accompagner les SSIAD dans la mise en œuvre des différentes actions et de lever certaines difficultés rencontrées.

La dernière phase avait pour but de capitaliser sur l'ensemble des bonnes pratiques et outils utilisés, afin de pouvoir diffuser les éléments pertinents à l'ensemble des SSIAD de la région Franche-Comté. C'est l'objet de ce présent rapport.

Cependant, il n'a pas vocation à être considéré comme un guide exhaustif des actions à conduire pour améliorer le fonctionnement et l'organisation des SSIAD et ne doit pas non plus être appliqué de façon stricte : chacune des actions référencées mérite d'être adaptée et recontextualisée.

Il a donc pour objectif de permettre aux différents acteurs de bénéficier d'un retour sur les différentes expérimentations mises en œuvre par les 6 SSIAD partenaires de cette mission.

Glossaire

AIS : Actes Infirmiers en Soins
AMI : Actes Médico-Infirmiers
AS : Aide-Soignante
ARS : Agence Régionale de Santé
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CME : Commission Médicale d'établissement
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DRH : Direction des Ressources Humaines
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ETN : Effectif Théorique Nécessaire
ETP : Equivalent Temps Plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IDEC : Infirmier coordonnateur
IDEL : Infirmier(e) libéral(e)
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Chapitre 1 : Rappels réglementaires

Vivre le plus longtemps possible à son domicile est un souhait partagé par le plus grand nombre. Ce souhait est rendu possible grâce à l'aide et aux soins apportés par les services intervenant au domicile des personnes fragiles.

Les 2200 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) participent à cet objectif : ils sont acteurs clés de la politique de maintien à domicile.

1. Les missions d'un SSIAD

Dans le cadre de la politique du libre choix qui vise à offrir aux personnes âgées, aux adultes en situation de handicap et aux adultes atteints de maladies chroniques l'ensemble des prestations nécessaires pour leur permettre de choisir de rester à leur domicile tout en bénéficiant des soins et de l'aide nécessaires pour préserver des conditions de vie de qualité, les services de soins infirmiers à domicile constituent le maillon indispensable à la chaîne des interventions auprès de ces personnes, notamment du fait de la coordination qu'ils assurent auprès de la personne.

Ils ont pour vocation, tant d'éviter l'hospitalisation, notamment lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l'hospitalisation, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation. Ils visent également à prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les SSIAD mettent en œuvre, par leurs missions et leur organisation, une prise en charge globale et coordonnée des soins qui relèvent de leur compétence. Cette prise en charge repose sur une évaluation des besoins de la personne, ainsi que sur l'élaboration d'un plan individualisé de soins. L'intervention réalisée par le SSIAD contribue à prévenir la perte d'autonomie, à limiter les incapacités et à lutter contre l'isolement.

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.

Les services de soins infirmiers à domicile 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 médico-sociaux, auxquels s'ajoutent des dispositions réglementaires spécifiques.

Les services de soins infirmiers assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques et/ou de soins de base et relationnels. Les premiers, dispensés par des infirmiers, participent au traitement et à la surveillance des pathologies présentées par les personnes. Les seconds, préférentiellement dispensés par des aides-soignants, participent à l'entretien et à la qualité de vie en concourant, entre autre, à l'hygiène, la mobilisation, la locomotion et le confort des bénéficiaires.

Ainsi, ces services ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou en différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des personnes soignées, ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux non médicalisés, prenant en charge des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes présentant une affection de longue durée.

2. Les professionnels composant l'équipe d'un SSIAD

Pour assurer ces missions, les SSIAD ont recours aux professionnels suivants :

- au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins ;
- des aides-soignants assurant, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et apportant le concours nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ;
- des aides médico-psychologiques ;
- et, en tant que de besoin, d'autres auxiliaires médicaux.

Les infirmiers intervenant au sein d'un SSIAD sont, soit salariés du service, soit infirmiers libéraux ou infirmiers en centre de soins infirmiers. Ils facturent alors leurs interventions au SSIAD.

3. Les bénéficiaires du SSIAD

Le cadre réglementaire d'exercice des SSIAD a fait l'objet d'une profonde réforme par le biais du décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Ce texte a, notamment, modifié les catégories de bénéficiaires auprès desquels les SSIAD pouvaient intervenir. Cet élargissement des publics éligibles à l'intervention des SSIAD anticipait les dispositions de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui, dans son article 63, prévoit que « la prise en charge des soins par l'assurance maladie est assurée sans distinction liée à l'âge ou au handicap, conformément aux principes de solidarité nationale et d'universalité ».

Cet élargissement du champ de compétence des SSIAD induit de profondes modifications de fonctionnement de ces services, la prise en charge d'une personne adulte handicapée, éventuellement insérée dans le monde du travail, présentant beaucoup plus de contraintes que la prise en charge d'une personne âgée lourdement dépendante, notamment au regard des horaires d'intervention et donc du planning des soignants.

Enfin, il convient de noter que, dans le cadre du plan Alzheimer présenté à la fin de l'année 2007, la place des SSIAD dans la prise en charge des malades a été mise en avant, en proposant la création de places « renforcées », pour permettre de recruter du personnel formé spécifiquement aux soins quotidiens et l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives.

Ainsi, l'article D. 312-1 du CASF fixe les critères d'admission, sur prescription médicale et dans la limite des places autorisées, sont ainsi admises en SSIAD :

- les personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections de longue durée.

Sont considérées comme des personnes adultes en situation de handicap :

- les personnes qui bénéficient d'une prestation ou d'une reconnaissance de handicap attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).
- les personnes bénéficiant d'une pension relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, d'une carte d'invalidité prévue à l'article R. 389-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les personnes titulaires d'une pension d'invalidité d'un régime de sécurité sociale ou bénéficiant d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle.

Sont considérées comme des personnes présentant certains types d'affections au sens du code de la sécurité sociale (3° et 4° de l'art L. 322-3) :

- les personnes présentant une affection qui comporte un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrite sur une liste établie par décret après avis de la HAS (Haute Autorité de Santé).
- les personnes reconnues par le service du contrôle médical comme étant atteintes, soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Il pourra s'agir, par exemple, de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque grave, d'hépatites chroniques virales B, d'hépatites virales C, de personnes présentant un diabète de type 1 ou de type 2 ou de personnes atteintes de maladies neurologiques (Sclérose en plaques, maladies de Charcot, maladie de Parkinson, maladies d'Alzheimer et apparentée ...).

4. Les soins délivrés par un SSIAD

Les services de soins infirmiers assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques et/ou de soins de base et relationnels.

Les soins techniques

Les soins techniques correspondent notamment aux actes infirmiers cotés en AMI (actes médicaux-infirmiers). Ils ne peuvent être effectués que par des infirmiers salariés du service, des infirmiers libéraux ou des centres de santé infirmiers ayant passé convention avec le service.

Les soins de base

Les soins de base et relationnels correspondent notamment aux actes cotés en AIS (actes infirmiers de soins).

Ils sont définis comme des soins d'entretien et de continuité de la vie, c'est-à-dire l'ensemble des « interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement les incapacités fonctionnelles, afin de maintenir les fonctions vitales et permettre de recouvrer de l'autonomie ». Ces soins tiennent compte des habitudes de vie, des coutumes et valeurs de la personne soignée. Ils sont le plus souvent désignés par le terme de « soins d'entretien de la vie », terme usité de nursing.

Les soins de base comprennent, en particulier : les soins d'hygiène, de confort, mais aussi les « interventions qui consistent à assurer à la personne soignée la propreté corporelle et à lui procurer un environnement sain et agréable ».

Les soins de base sont des soins répondant à une technicité bien précise. Ceci est particulièrement important pour la prévention de la survenue d'escarres.

Cette prévention repose en partie sur les soins locaux des divers points d'appui cutanés, mais aussi, sur une surveillance d'une hydratation et d'une alimentation équilibrée, sur la surveillance de signes cliniques alarmants (poids, tension, pouls, température), et sur la prévention des situations de maltraitance. C'est également important pour la prévention de la douleur, notamment dans le cadre de la mobilisation et de l'installation de la personne ; pour la prévention de la dénutrition et de la déshydratation permettant de prévenir les chutes et ayant une incidence sur les facultés cognitives ; pour la surveillance cutanée; pour la surveillance de l'état des pieds pour les personnes diabétiques.

Chapitre 2 – Etat des lieux des SSIAD en Région de Franche-Comté

1. Activité des SSIAD

L'activité globale des SSIAD étudiés dans le cadre de l'expérimentation (de 37 à 84 places dont, pour certains, des places dédiées aux personnes handicapées) était assez hétérogène, tant en termes de taux d'occupation, que de profil de personnes accueillies. En effet, le taux d'occupation variait de 85 à 95%, avec un GIR Moyen Pondéré (GMP) compris entre 568 et 799.

2. Profil des personnes accompagnées

Les personnes prises en charge dans les SSIAD de cette étude rejoignent les données disponibles au niveau national. En effet, la part des personnes âgées de plus de 80 ans représente les 2/3 des usagers (61 à 73 % selon les SSIAD).

La population prise en charge est majoritairement féminine (58 à 73 %).

Les facteurs de variabilité entre SSIAD les plus importants portent sur les critères suivants :

- Le GIR moyen pondéré (GMP) était en moyenne de 675 dans notre échantillon lors de notre étude, avec un minimum de 568 et un maximum de 799.
- Au-delà du GMP, la proportion de « personnes GIR1 et GIR2 » pris en charge variait de 26 à 67 %, montrant une prise en charge de la dépendance hétérogène. Certains services accueillant une population et offrant des prestations se rapprochant davantage de celles d'un SAAD que d'un SSIAD.
- Le pourcentage d'usagers pris en charge quotidiennement variait, selon les structures, de 36 % à 79 %.

3. Organisation et Management des Ressources Humaines au sein d'un SSIAD

3.1. Le (la), les IDEC

Les missions identifiées dans les fiches de poste se structuraient principalement autour des activités suivantes :

- *Activités techniques - Organisation des soins*
 - Evaluation de la dépendance (grille AGGIR), formulation du diagnostic infirmier et établissement d'un plan d'aide personnalisé
 - Planification des interventions des aides-soignant(e)s
 - Prévision du matériel adapté (lit médicalisé, fauteuil roulant, matelas, etc.)
 - Coordination des actions du SSIAD avec les autres intervenants
- *Activités relationnelles et de communication avec la personne soignée* (1ère prise de contact), avec la famille, avec les pouvoirs publics

- *Activités administratives et d'encadrement*

- Management de l'équipe
- Elaboration, mise en place avec l'équipe, réajustement et respect de l'organisation du service
- Participation aux sélections d'embauche
- Etablissement des plannings hebdomadaires et des roulements des aides-soignant(e)s et des stagiaires
- Evaluation de l'équipe
- Gestion administrative et financière (rapport d'activités, gestion du matériel, suivi de la facturation des IDE libéral(e)s
- Encadrement des aides-soignants, animation des réunions d'équipe

Si chacun des SSIAD étudié était animé par une, voire deux IDEC (Infirmier-ère Coordinateur-trice), leur rôle était hétérogène selon les SSIAD.

Les niveaux de formations dispensées aux IDEC en matière de techniques de management étaient plus ou moins « poussées » selon les SSIAD (en termes de gestion des réunions, d'interface usagers/équipes...).

On pouvait observer que certaines IDEC « sortaient » de leur missions d'encadrement pour participer, toute ou partie à la réalisation de tournées et à la prise en charge des bénéficiaires (jusqu'à 15 % de leur temps de travail pour certaines).

3.2. Les autres agents

Les agents des SSIAD étudiés avaient une durée annuelle de travail comprise entre 1530 et 1582 heures, selon les accords locaux existants.

Le taux d'encadrement moyen, pour la population professionnelle AS, variait de 0,17 ETP/place à 0,21 ETP/place (autrement dit, chaque ETP, globalement, prenait en charge environ entre 4,76 et 5,71 usagers).

3.3 L'organisation

Les SSIAD étudiés avaient souvent mis en place des organisations (planning, nombre de tournées par jour et par semaine, nombre d'usagers par tournée, etc.) qui apparaissent sur-consommatrices du temps de travail des professionnels, au regard des effectifs disponibles. Ceci a entraîné, dans un SSIAD sur deux, une dégradation progressive de l'organisation (suppressions régulières de tournées, sur-remplissage des tournées l'été pour permettre les prises effectives de congés annuels, etc.).

Les plannings de travail étaient élaborés et gérés selon différentes modalités :

- auto géré : il est élaboré par l'équipe elle-même, un agent se chargeant de la mise en forme finale
- élaboré par l'IDEC du SSIAD
- élaboré par une personne ressource de la structure (DRH,...)

Même si le planning était élaboré plusieurs semaines à l'avance, son affichage pouvait varier d'hebdomadaire à mensuel. Les agents pouvant, dans le premier cas, découvrir leur planning seulement une semaine à l'avance, y compris durant la période estivale.

Aucun des SSIAD étudiés n'avait mis en place un dispositif de réels cycles de travail et de roulements pour élaborer ses plannings. Un seul SSIAD parmi ceux faisant l'objet de l'étude avait toutefois mis en place un embryon de cycles, avec cependant la seule notion de cycles de repos et non de cycles de travail.

Dans l'ensemble des SSIAD on observait une déconnexion entre la gestion des plannings et l'affectation des tournées aux agents. Cela s'explique souvent par la volonté de certains agents de ne réaliser qu'un seul type de tournée, indépendamment du planning.

Globalement, les SSIAD remplacent peu leurs agents, compte tenu de la spécificité des services. Trois cas de figure sont mis en œuvre pour remplacer un agent absent, de façon inopinée :

- l'IDEC réalise des tournées à sa place,
- un agent en repos est rappelé,
- ou les usagers sont réaffectés sur les autres tournées.

4. Processus de prise en charge des usagers

4.1. Admission – Accueil

En général l'intégration d'un nouvel usager dans une tournée est réfléchi et concertée au sein de l'équipe.

Toutefois, selon les SSIAD étudiés, l'IDEC ne voit pas systématiquement le nouveau patient avec un(e) AS : il, elle peut le voir seul(e). Cela peut générer des difficultés lors de la prise en charge (problèmes matériels, désorganisation d'une tournée, etc.). Il peut s'ensuivre des difficultés entre l'IDEC et son équipe, du fait de la non prise en compte de toutes les contraintes de l'équipe, avec comme conséquence des tensions avec la famille.

Au sein des SSIAD étudiés, de manière indifférenciée, les principaux critères d'admission étaient les suivants :

- ✓ ancienneté de l'inscription sur la liste d'attente,
- ✓ degré de dépendance de la personne âgée ou handicapée,
- ✓ localisation géographique de l'utilisateur,
- ✓ mais également, à un degré moindre, la charge en soins infirmiers requise et les acteurs concernés (IDE libérale, centre de soins infirmiers associé...)

4.2. Organisation des tournées

Nombre d'usagers par tournée

Pour les différents SSIAD étudiés, il a été observé que le nombre d'usagers pris en charge sur une tournée était variable. Le nombre de bénéficiaires variant, par tournée, entre 5 et 7 personnes le matin et entre 3 et 6 le soir.

Les raisons de ces variations sont multiples : proportion de personnes lourds, mais également, hétérogénéité de la durée des tournées et durée même des prises en charge individuelles qui diffère également pour un même type d'usager (en particulier le soir).

Organisation des tournées dans la semaine

Au sein des 6 SSIAD, l'organisation des tournées était variable, surtout en fonction des personnes vues 3 fois par semaine (cf. tableau ci-dessous).

SSIAD	SSIAD N°1	SSIAD N°2	SSIAD N°3	SSIAD N°4	SSIAD N°5	SSIAD N°6
Semaine matin	6 tournées les lundi, mercredi, vendredi 5 tournées les mardi et jeudi	7 tournées du lundi au samedi	7 tournées du lundi au jeudi 8 tournées le vendredi	12 tournées du lundi au vendredi	7 tournées du lundi au samedi	9 tournées les lundi, mercredi, vendredi 8 tournées les mardi et jeudi
Semaine après midi	2 tournées du lundi au dimanche	3 tournées du lundi au dimanche	2 tournées du lundi au dimanche	5 tournées du lundi au vendredi 4 tournées le samedi et dimanche	4 tournées du lundi au dimanche	3 tournées du lundi au dimanche
Week end matin	3 tournées le samedi et le dimanche	4 tournées le dimanche	4 tournées le samedi 3 tournées le dimanche	9 tournées le samedi 7 tournées le dimanche	5 tournées le dimanche	6 tournées le samedi 3 tournées le dimanche

Il est ainsi observé que les durées des tournées le soir et l'heure de fin de celles-ci sont hétérogènes selon les SSIAD (la tournée dure de 1h30 à 3h, avec une fin de tournée oscillant entre 18h30mn et 20h). Les heures de tournée de fin de journée peuvent ainsi, selon les SSIAD considérés, poser des difficultés de qualité de vie pour certains bénéficiaires couchés dès 16 h30 !

Affectation des tournées aux agents

En fonction des SSIAD, la tournée pouvait être fixe dans son affectation pendant un mois (l'agent garde la même tournée sur un mois), ou variable tout au long du mois (l'agent change de tournée quotidiennement). Cette dernière situation est moins confortable pour les agents mais permet, d'après les SSIAD qui le pratiquent, une plus grande polyvalence et une meilleure connaissance des usagers.

Certains SSIAD définissent l'affectation des tournées aux agents le matin même pour réaliser la tournée du matin, ou l'après-midi pour réaliser la tournée du soir.

Ces modes de gestion des tournées posent la question régulièrement évoquée au sein des SSIAD de l'équité de l'affectation des tournées entre agents, certains se voyant attribués fréquemment les tournées les plus lourdes ou les plus lointaines.

Notre étude a montré, en la matière, des fonctionnements divers et variés, allant d'une planification murale avec des fiches en T pour chaque usager, où le principal indicateur présent était le nombre de personnes par tournée (pour une question d'équilibre), jusqu'à l'utilisation de logiciels spécifiques permettant d'optimiser la planification des tournées.

Temps de prise en charge

Les temps de prise en charge de chacun des bénéficiaires sont rarement connus et mesurés au sein des SSIAD. De fait, certaines tournées apparaissent peu optimisées, certains agents pouvant, par exemple, terminer leur tournée à 11h30 au lieu de midi (voire plus tôt).

L'analyse réalisée a montré, par ailleurs, que pour une même population d'utilisateurs, des durées de prise en charge hebdomadaires variaient du simple au double selon les SSIAD, en particulier pour les GIR 1 et GIR 2. Ces disparités s'estompaient avec un écart moindre entre SSIAD pour les GIR 3 et les GIR 4.

A titre d'exemple, le temps moyen de prise en charge hebdomadaire variait pour un GIR 1 de 300 à 450 minutes/semaine, de 240 à 430 minutes pour un GIR 2 et, de 140 à 180 minutes pour un GIR 4.

De fortes variations ont également été constatées dans les durées d'intervention quotidiennes des professionnels au domicile des usagers, avec des temps de prise en charge généralement inférieurs de moitié entre SSIAD (temps quotidien d'intervention variant de 30 à 60 minutes pour un GIR 2). De même, dans certains SSIAD les temps de prise en charge mis en œuvre le soir étaient équivalents à ceux du matin pour d'autres SSIAD.

Fin de tournée

Les modalités de fin de tournée étaient hétérogènes selon les SSIAD : pour certains, les agents repassaient par le local du SSIAD à la fin de la tournée, tandis que pour d'autres, les agents rentraient directement chez eux en fin de tournée.

Temps de déplacement des agents

L'étude réalisée a montré que le temps de déplacement cumulé des AS représentait, selon les SSIAD, entre 10 et 15 % du temps total de travail des agents, sans qu'il y ait une corrélation entre le lieu d'implantation du SSIAD et l'importance du temps de trajet. Autrement dit, les SSIAD implantés en milieu rural n'ont pas nécessairement les temps de transports les plus importants, et inversement, les SSIAD situés en milieu urbain n'ont pas systématiquement les temps de déplacement les plus faibles.

Les temps de déplacement apparaissent généralement optimisés et ce facteur, contrairement à ce qu'il est généralement admis, ne représente pas un levier très important d'efficacité.

4.3. Transmissions

Des temps de transmission oraux étaient généralement organisés, mais avec des modalités variées :

- le matin avant la prise de poste,
- le midi au retour des tournées,
- ou l'absence de toute transmission orale (réalisées par téléphone ou SMS, si les informations sont urgentes).

Chaque SSIAD organise généralement, par ailleurs, une réunion hebdomadaire ou mensuelle avec toute l'équipe.

4.4. Gestion des dossiers

Il a été observé que, dans 5 SSIAD sur 6, le dossier de l'utilisateur reste au domicile de ce dernier, ce qui génère des questionnements en termes de confidentialité et d'information des agents devant assurer la tournée.

D'autres SSIAD conservent les dossiers dans le service, avec constitution d'un classeur de tournée permettant de disposer d'une information complémentaire à la transmission orale. La prise de connaissance de ces informations se fait alors avant de commencer la tournée.

De manière générale, le niveau d'informatisation du dossier de l'utilisateur en SSIAD est faible.

5. La coordination avec les partenaires et l'environnement

Différentes situations ont pu être observées.

- Le SSIAD est seul dans son environnement, avec souvent peu de liens avec les prescripteurs, les services d'hébergement, les SAAD, le(s) cabinet(s) d'infirmiers libéraux ou l'HAD.
- Certains SSIAD sont adossés à un centre de soins infirmiers
- ou à un SAAD. Cela facilite souvent les transmissions d'information concernant la prise en charge efficiente des usagers.

Toutefois, quelle que soit la situation, les SSIAD sont peu connus et reconnus dans leur environnement de soins, en raison d'une absence réelle de communication du SSIAD auprès des acteurs de son territoire.

Notre étude a pu démontrer combien les SSIAD peuvent être vus sous un angle caricatural de la part même des prescripteurs. A titre d'exemple, l'idée même que le SSIAD pourrait réaliser du « Papy-Sitting » nous a été relatée !

Par ailleurs, l'analyse du territoire couvert par chacun des SSIAD de l'expérimentation a montré un taux de couverture variant de 30 à 63 % (taux de communes couvertes par le SSIAD selon son agrément, ayant au moins un usager pris en charge sur la période donnée). Nous avons également analysé le pourcentage d'usagers pris en charge résidant dans la commune d'implantation géographique du SSIAD : ce dernier variait de 4% à 55%.

En corrélation, la prise en compte du nombre total de kilomètres parcourus par les équipes du SSIAD donne une indication de l'effort qui peut peser sur l'offre proposée, compte tenu des caractéristiques géographiques d'un territoire.

Même si des études (notamment celle réalisée par la CNSA en 2012) montrent les différences existantes entre les SSIAD ruraux et urbains, en termes de kilomètres globaux parcourus, le temps de trajet ne représente, en moyenne, que 10 à 15 % du temps de travail des aides-soignant(e)s, quel que soit le SSIAD.

6. Le pilotage de l'activité et des ressources

Les SSIAD étudiés disposaient souvent de peu d'outils de pilotage et de tableaux de bord de leur activité. Ainsi, les IDEC ne possèdent pas ou n'utilisent pas régulièrement les données leur permettant de :

- réactualiser les GIR des bénéficiaires,
- connaître les durées moyennes d'intervention par patient,
- mesurer la charge des différentes tournées (permettant une équité des tournées)

SYNTHESE

Les principales disparités observées entre SSIAD étaient les suivantes :

- Une population accueillie très différente d'un SSIAD à un autre (GIR)
- Des durées de travail hétérogènes avec, souvent, une absence de cycle dans les plannings
- Un positionnement de l'IDEC variable et une valeur ajoutée différente :
 - Soit positionnée plutôt sur le volet organisation du travail
 - Ou, à l'extrême, avec un rôle direct dans la prise en charge
- Une implantation rurale ou urbaine dont l'impact est au final peu important (le temps de travail correspondant aux déplacements est relativement homogène)
- Peu d'outils et d'indicateurs disponibles
- Des temps de prise en charge hétérogènes à usager identique :
 - Temps de prise en charge hebdomadaire
 - Temps de prise en charge quotidien
- Des modes d'organisation de la prise en charge très différents :
 - Nombre de prises en charge hebdomadaires pour un patient (allant de 2 à 14)
 - Départs des agents depuis le SSIAD ou depuis le domicile
 - Des modalités de coordination (transmissions) différentes : regroupement quotidien ou non, impactant sur le contenu des réunions
- Une variabilité sur l'organisation du nombre de tournées par semaine :
 - 2 organisations : semaine/week-end
 - Jusqu'à une organisation comprenant 4 modalités de tournées sur la semaine
 - Des heures de fin de prise en charge ne répondant pas toujours au besoin des usagers.

En synthèse, il ressort de l'analyse des SSIAD étudiés la nécessité de :

- Repositionner chaque acteur au sein du SSIAD
- Gérer réellement l'activité du SSIAD (optimiser le recrutement, le taux d'occupation,...)
- Optimiser l'organisation du travail (définir les effectifs nécessaires, organiser de façon objective les tournées, revoir la construction des plannings, etc.
- Optimiser les temps de prise en charge
- Piloter globalement son activité

Chapitre 3 : Analyser des forces et ses faiblesses

1. Disposer d'informations sur le SSIAD (sa population et ses ressources)

Optimiser son activité, le recrutement de la population accompagnée ou, plus globalement, son organisation nécessite au préalable de disposer d'informations fiables, afin de répondre à un certain nombre d'interrogations que peut se poser un gestionnaire de SSIAD :

- les usagers pris en charge présentent-ils un profil répondant aux missions attendues d'un SSIAD ?
- quelles sont les durées moyennes d'accompagnement ?
- le SSIAD est-il visible sur son territoire ?
- les tournées sont-elles équilibrées entre les agents, tant en termes de charge que de remplissage ?
- est-il possible d'améliorer mon organisation, tout en renforçant la qualité des soins pour les résidents et la qualité de vie au travail des agents ?

1.1. Caractérisation du SSIAD

Pour répondre à ces questions il est donc nécessaire de disposer, à minima, des données indispensables caractérisant la structure, lesquelles serviront ensuite à calculer différents indicateurs.

Il s'agit notamment :

- du nombre de places,
- de la liste et du nombre de communes définies dans l'agrément,
- de l'effectif alloué par catégorie professionnelle (en ETP),
- du nombre de tournées quotidiennes du matin, du soir et de leurs amplitudes horaires

1.2. Données relatives à la population prise en charge

En premier lieu, il faut pouvoir caractériser la population des bénéficiaires et disposer, pour cela, des informations suivantes :

- *Date d'entrée de chaque usager*

Sa connaissance permet de connaître la durée de prise en charge moyenne des usagers au sein du SSIAD.

- *Commune de chaque usager*

Cette information, répercutée au regard de l'agrément, donne une idée de la couverture effective du SSIAD sur une période donnée.

- *Nombre d'usagers pris charge quotidiennement*

Cette information permet, par la suite, d'optimiser le taux d'occupation et de calculer le nombre de journées réalisées. Elle permet aussi de calculer le nombre moyen de places vacantes.

- *GIR actualisé des usagers pris en charge*

Cette donnée permet de visualiser le pourcentage d'usagers GIR1 et GIR 2 pris en charge et de vérifier que la population accompagnée répond à la population censée être prise en charge en SSIAD.

- *La fréquence de prise en charge par usager*

Il s'agit du nombre de prises en charge hebdomadaires pour chaque usager (ex.14 pour un usager vu 2 fois par jour, 7 jour sur 7, 3 pour un usager vu seulement 3 fois par semaine le matin).

Cette information sera utile pour visualiser le pourcentage d'usagers pris en charge au moins quotidiennement.

- *Le temps moyen d'intervention par usager*

Il correspond au temps quotidien d'intervention de l'aide-soignant(e) au domicile de l'usager, en distinguant, un temps matinal et un temps de prise en charge le soir. Il correspond à un temps global depuis l'entrée au domicile de l'usager jusqu'au franchissement de la porte de celui-ci, à la sortie.

Cette donnée permet d'optimiser les tournées et de juger du nombre et de l'efficacité du remplissage de celles-ci (avec le temps de trajet).

1.3. Données relatives aux ressources humaines

Pour améliorer la qualité de vie au travail des agents, il importe de disposer, à minima, des informations suivantes.

- *Quotité de temps de travail des agents*

Cette information permet de calculer l'effectif réellement présent (en ETP) dans le SSIAD et de construire des cycles et roulements adaptés à chacune des quotités.

- *Durée annuelle de travail*

Il s'agira de préciser la durée annuelle de travail, afin de calculer l'effectif théorique nécessaire au regard de l'organisation mise en œuvre dans le SSIAD.

Toutes ces informations vont permettre de calculer et de suivre un certain nombre d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

2. Les indicateurs à mettre en place, leurs valeurs cibles

Les différents indicateurs suivants, dont le nombre est limité, permettent de caractériser et de piloter un SSIAD, dans une première vision macroscopique, mais suffisante.

Les seuils indiqués correspondent à un SSIAD que l'on pourrait considérer comme efficient.

Indicateur	Modalités de calcul	Valeur cible	observations
Taux d'occupation	(nombre de places occupées * nombre de jours de la période considérée) / (nombre de places du SSIAD * nombre de jours de la période considérée)	Au moins 95 %	Il est nécessaire de le corrélérer à l'absentéisme au sein de l'équipe, un fort absentéisme impactant les possibilités de prise en charge. L'anticipation des admissions permet d'augmenter ce taux d'occupation. A calculer au moins une fois par mois.
GMP (GIR Moyen pondéré)	$((\text{Nombre de GIR 1} * 1000) + (\text{nombre de GIR2} * 840) + (\text{nombre de GIR 3} * 660) + (\text{nombre de GIR 4} * 420) + (\text{nombre de GIR 5} * 250) + (\text{nombre de GIR 6} * 70)) / \text{nombre d'usagers}$	700-750	Le GMP doit être actualisé au moins une fois par mois, en tenant compte de l'actualisation des GIR des usagers.
Taux de couverture du territoire	Nombre de communes ayant au moins un usager pris en charge / nombre total de communes correspondant à l'agrément		Sans notion de seuil, cet indicateur, dans son évolution, permet de relever l'investissement en termes de communication au sein du territoire. A calculer au moins une fois par an
Durée de prise en charge des personnes âgées	Moyenne des durées de prise en charge à une date donnée	Inférieur à 12 mois	Une durée très supérieure peut suggérer des prises en charges se rapprochant de celles d'un SAAD. A calculer au moins une fois par an
Pourcentage de (GIR1 + GIR2)	Somme du nombre de personnes GIR1 ou GIR 2 / nombre total de personnes accompagnées	Au moins 60 %	Un taux très inférieur peut suggérer des populations et prises en charge se rapprochant de celles d'un SAAD. A calculer au moins une fois par mois
Pourcentage d'usagers pris en charge au moins quotidiennement (7j/7)	Nombre d'usagers pris en charge au moins une fois par jour, tous les jours de la semaine / nombre total d'usagers	Au moins 60 %	Un taux très inférieur peut suggérer des populations et prises en charges se rapprochant de celles d'un SAAD. Cet indicateur est fortement corrélé au précédent.
Temps moyens de prise en charge par GIR	Total des durées de prises en charge hebdomadaires pour un GIR donné / nombre d'usagers pour ce GIR donné		Cet indicateur interne permet de situer les temps relatifs de prise en charge entre les différents GIR. Il est spécifique à chaque structure.

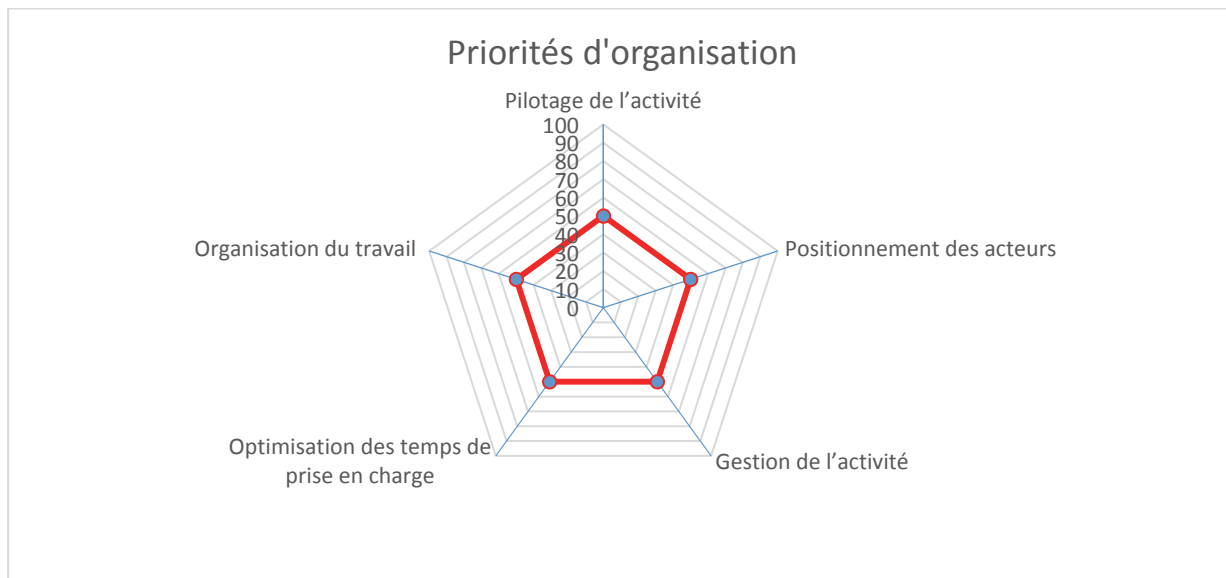
Le calcul de ces différents indicateurs permet de réaliser un premier état des lieux de la situation du SSIAD.

3. Outil d'auto-évaluation d'un SSIAD (Population / Activité / RH)

Le questionnaire synthétique suivant permet de positionner son SSIAD et définir ses priorités d'actions.

Axe de progrès	Question	Oui	Non	Score sur cet axe
Pilotage de l'activité	Le SSIAD dispose des indicateurs définis ci-dessus			Nombre de oui *100 /2= %
	Le SSIAD dispose de tableaux de bords de synthèse			
Positionnement des acteurs	La direction du SSIAD rencontre régulièrement l'IDEC			Nombre de oui *100 /4= %
	Les rôles et missions de l'IDEC sont définis			
	Le SSIAD a mis en place des temps de transmission quotidiens et hebdomadaires			
	Les modalités de coordination avec les partenaires sont définies précisément			
Gestion de l'activité	Le SSIAD communique auprès des acteurs du territoire (prescripteurs, SSR,...)			Nombre de oui *100 /6= %
	Le taux de GIR 1 + GIR 2 est supérieur ou égal à 60 % ((si donnée non calculée, cocher non)			
	Il existe une liste d'attente			
	Le SSIAD anticipe les admissions en prenant des usagers supplémentaires au regard de l'absentéisme des bénéficiaires actuels (pour hospitalisation,...)			
	Le taux d'occupation est supérieur à 95 %			
	Le GMP est supérieur ou égal à 700			
Optimisation des temps de prise en charge	Un temps d'intervention moyen par GIR est calculé			Nombre de oui *100 /3= %
	Le taux d'usagers vus une fois par jour, 7 jour sur 7, est supérieur à 60 % (si donnée non calculée, cocher non)			
	La durée moyenne de prise en charge est inférieure à 12 mois (si donnée non calculée, cocher non)			
Organisation du travail	Les effectifs nécessaires à l'activité sont définis			Nombre de oui *100 /5= %
	Chaque tournée est construite à partir du temps moyen des prises en charge des usagers			
	L'équilibre des tournées est calculé de façon objective (en lien avec les temps de trajet et le temps de prise en charge)			
	Les plannings sont élaborés sur la base de cycles et roulements			
	Les interventions chez les usagers sont décrites dans des protocoles			
Positionnement du SSIAD				Nombre de oui *100 /20= %

Score à reporter ci-dessous pour chacune des thématiques



Si le score est inférieur à 50 % sur l'un ou l'autre des axes, des actions d'amélioration doivent être mises en place sur la thématique correspondante.

Vous trouverez dans les parties suivantes la liste des actions à entreprendre.

4. Arbre de priorisation des axes de progrès

Le schéma suivant vise à aider le SSIAD à prioriser les actions à entreprendre

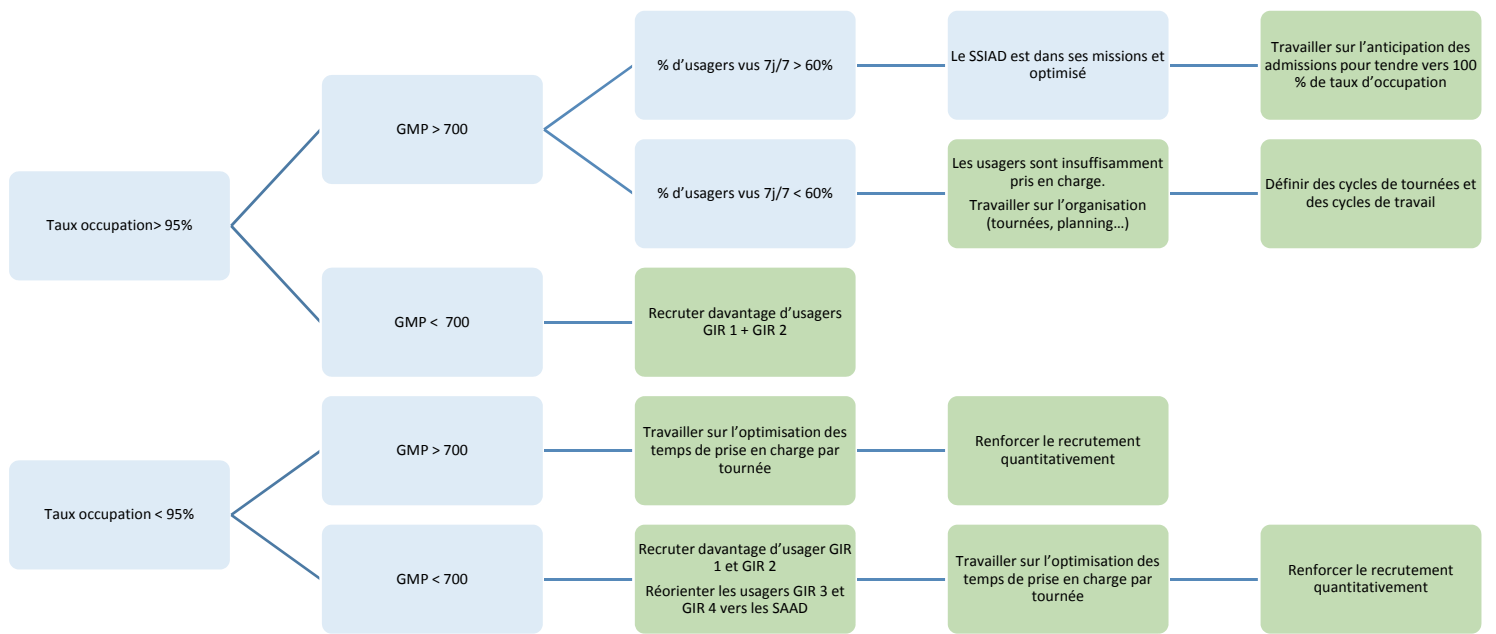
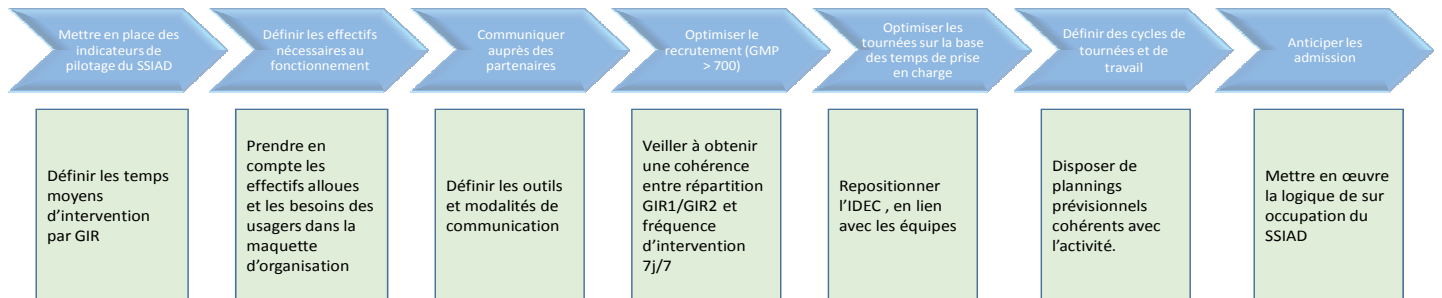


Schéma décisionnel

Dans ce schéma, sont positionnées les étapes de mise en œuvre d'un projet de réorganisation, en s'attachant à la problématique de la chronologie de ces différentes étapes.



Chapitre 4 : Positionner chaque acteur au sein du SSIAD

Il est nécessaire, avant de démarrer un projet, de s'interroger sur les points de vue des acteurs concernés, pour apprécier, en particulier, s'il existe un relatif consensus sur l'existence de problèmes et donc, l'utilité de lancer un projet d'amélioration de la prise en charge des usagers au sein du SSIAD.

1. Le rôle de la Direction dans la gestion du SSIAD

Au travers du fonctionnement et de la gestion des SSIAD, le rôle de la direction est primordial, puisqu'il est de porter et d'impulser la vision projet et conduite du changement pour faire face aux améliorations nécessaires et s'assurer du suivi en interface directe avec l'IDEC.

Parmi les actions concrètes attendues dans la conduite d'un tel projet du changement et de l'amélioration, sont noter les axes suivants :

- Impulser, dans une logique d'efficacité, le projet d'amélioration de l'organisation et du fonctionnement du SSIAD et être en appui et en soutien dans la mise en œuvre d'une telle démarche
- Prévoir des tableaux d'avancement réguliers sur les changements obtenus (réunion mensuelle IDEC et direction), sur le reporting et la mise en œuvre du plan d'action
- S'assurer et mettre en place une communication à l'intention des salariés pour favoriser leur adhésion, mobiliser les équipes au travers de groupes de travail participatifs
- Avoir un rôle d'échange avec les instances représentatives du personnel pour montrer également l'intérêt pour les professionnels du SSIAD
- Utiliser des outils informatiques pour faciliter la mise en œuvre de la démarche

Retour d'expérience - Témoignage de Mme Aude MALLAISY, Directrice du CH Ornans, SSIAD Ornans.

Appréhension de la thématique

Il s'agissait là de trouver un juste équilibre entre un soutien et une présence forte de la direction autour d'objectifs clairs de changement, tout en laissant la liberté et l'autonomie à l'infirmier coordonnateur et à l'équipe de s'emparer du projet, de se l'approprier et de se fixer eux-mêmes des objectifs cohérents avec la ligne directrice annoncée.

Au départ, une certaine réticence de l'IDEC existait en raison d'une crainte de la dégradation des conditions de travail de l'équipe et de la réalisation concomitante de l'évaluation externe.

Méthodologie mise en place

- Présence active de la direction au sein du groupe projet à chaque réunion
- Implication de la Direction dans les échanges avec l'ARS, preuve d'un intérêt fort pour le sujet
- Points réguliers de la direction avec l'IDEC, et soutien par rapport aux propositions formulées
- Présentation dans les instances par l'IDEC du projet à chaque phase (CME, CTE, CHSCT)
- Ecoute et attention de la direction au regard des freins soulevés

Résultats obtenus

L'IDEC a pu être positionné comme promoteur du changement, dans le respect des conditions de travail de l'équipe.

Les résultats suivants ont pu être obtenus au travers de nos réflexions sur notre réorganisation :

- Adhésion des membres du SSIAD, acteurs du changement
- Rédaction d'un projet de service auquel chaque membre du SSIAD a apporté sa contribution
- Gains sur chacun des indicateurs d'efficience, conformément aux objectifs annoncés notamment sur le taux d'occupation

2. Le rôle et le positionnement de l'IDEC

L'infirmier coordonnateur constitue la clé de voûte du SSIAD.

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur sont définies réglementairement autour, notamment, de l'évaluation des besoins des personnes, de la coordination des professionnels salariés du service et de la collaboration avec les infirmiers libéraux dans le cadre d'une convention passée entre le libéral et le SSIAD, avant toute intervention. Elles peuvent comprendre :

Au titre de suivi de la prise en charge :

- visite initiale de l'utilisateur et identification de ses besoins
- visites évaluatives de la situation de l'utilisateur, au moins deux fois par an
- rencontre des usagers, familles et partenaires

Au titre de l'encadrement :

- l'encadrement du personnel soignant
- l'animation des réunions de service et/ou de synthèse
- la conduite des entretiens annuels d'évaluation et l'accompagnement sur site des aides-soignant(e)s, dans le cadre de cette évaluation professionnelle
- l'élaboration du programme annuel de formation du personnel soignant
- la participation au recrutement du personnel soignant

Au titre des activités administratives :

- les activités d'administration et de gestion du service
- l'élaboration du rapport d'activité
- le renseignement et la transmission du tableau des effectifs trimestriels
- l'élaboration, avec l'utilisateur, du document individuel de prise en charge
- la tenue du dossier de soins infirmiers et des transmissions écrites
- le contrôle des factures des soins infirmiers réalisés par les infirmiers libéraux et les centres de santé infirmiers ayant conventionnés avec le SSIAD

L'infirmier coordonnateur peut, suivant l'organisation du service, être amené à assurer la gestion budgétaire et financière.

Retour d'expérience - Témoignage de Mme Céline VIDAMAN, IDEC du SSIAD de Quingey

Ce projet a permis à l'ensemble de l'équipe de comprendre les missions de chacune au sein du SSIAD

- 1) les missions AS pour le maintien à domicile (moins de dépassements de tâches)
- 2) Le rôle de l'IDEC : assurer la coordination entre les différents intervenants, anticiper les mouvements de personnes pour optimiser le taux d'occupation et répondre à la demande dans les meilleurs délais, organiser le service de façon optimale

Ce travail a débuté après la réalisation du diagnostic sur site (au travers du recueil de la charge de travail des différents professionnels sur une semaine de référence). En parallèle, un rappel à la réglementation a été fait à l'équipe en réunion hebdomadaire.

A ce jour, l'IDEC n'est sur le terrain que pour les visites d'entrée, de suivi, de coordination avec d'autres intervenants ou, pour les évaluations des pratiques professionnelles. L'IDEC ne remplace plus les AS absentes et son positionnement est devenu plus clair.

3. La gestion des temps de transmission (quotidienne et hebdomadaire au travers des réunions d'équipes)

Chaque outil de transmission a son utilité : les transmissions orales, les transmissions ciblées et le diagramme de soins. La bonne tenue des dossiers de soins infirmiers permet d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des personnes. Cela concerne, notamment, les missions des aides-soignant(e)s au sein du SSIAD.

L'objectif, au travers de ces différents outils, est d'une part de permettre à l'équipe de partager le même niveau d'information et, d'autre part de permettre à l'IDEC de bénéficier de la synthèse et de la vue globale des prises en charge, aux fins de réajustement, le cas échéant.

En effet, il faut veiller à ce que l'IDEC soit toujours informée de l'évolution de l'état de santé de chaque personne prise en charge grâce à des transmissions quotidiennes et des réunions hebdomadaires avec le personnel soignant.

Enfin, il est possible de noter également une idée de montée en charge progressive de ces différents outils de transmission permettant leur appropriation par les équipes opérationnelles.

En termes de transmissions orales, deux vecteurs sont possibles :

- les temps de transmissions orales qui, généralement, ont tout leur intérêt dans la quotidienneté. Ces temps (en fin de tournée du matin) gérés par l'IDEC, lui permettent de réajuster, au jour le jour, la prise en charge, les rencontres à prévoir, etc.
- les réunions de service, généralement hebdomadaires, doivent trouver leur place dans la prise en charge globale proposée par le SSIAD. Il est préférable d'y associer l'ensemble des AS du SSIAD. De plus, face aux absences des agents, il est nécessaire de rédiger un compte rendu succinct et de le rendre disponibles auprès de chaque professionnel. La durée de cette réunion ne doit pas excéder 2 heures.

Par la suite, il est nécessaire de renforcer cette dimension orale par une dimension écrite.

La mise en place de dossiers individuels, pour chaque usager, permet d'assurer et de garantir la continuité des soins

Le projet individuel contient, dans la plupart des cas, les informations techniques nécessaires à l'organisation des soins : les besoins de la personne et la liste des intervenants professionnels qui contribuent à les prendre en charge y sont clairement identifiés. On se reportera notamment sur ces aspects aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

L'action de transmettre, par écrit, les informations relatives aux personnes engage la responsabilité de chaque soignant.

Deux autres outils ont toute leur place dans ces échanges d'information.

- *Les transmissions ciblées, dont les objectifs sont :*

- d'identifier les problèmes nouveaux de la personne prise en soins, au moment où ils apparaissent,
- de réajuster le projet de soins en fonction de l'évolution de la personne,
- de permettre aux soignants de se centrer sur l'usager, plutôt que sur sa pathologie,
- d'éviter les retranscriptions répétitives,
- d'assurer la continuité des soins, dans une logique commune.

- *Le diagramme de soins* :

Le diagramme de soins est un document standardisé permettant d'enregistrer les actes de soins par l'équipe soignante. Les rubriques du diagramme sont déterminées en fonction des soins les plus couramment effectués dans le service. Le diagramme de soins sert à planifier, organiser, réaliser les soins et à contrôler leur exécution. Il permet de contresigner les actes effectués, en complément des observations notées dans les transmissions.

Il présente l'avantage de :

- limiter les écrits,
- assurer une traçabilité des soins,
- repérer rapidement l'essentiel des soins,
- resituer chacun dans sa fonction,
- mettre en évidence l'activité du service,
- participer au recueil des durées de prise en charge et d'intervention chez les usagers.

Le diagramme de soins est élaboré par les équipes, en fonction de la spécificité des services.

Au regard des évolutions des systèmes d'information actuels, on ne peut qu'inciter les SSIAD à engager une réflexion poussée sur l'utilisation de supports informatiques permettant, en temps « réel », de transmettre les informations à chaque acteur de la prise en charge (AS et IDEC).

Retour d'expérience - Témoignage de Mme Marie Noelle BAUMANN, IDEC du SSIAD de Vauvillers

Appréhension de la thématique :

La présentation du projet à l'équipe a induit auprès des salariées :

- **de l'inquiétude :**

les échanges et le dialogue ont permis une compréhension des outils et du système (roulement de travail avec projection) permettant une anticipation, une organisation par rapport à leur vie personnelle. Le fait de poser le cadre a apporté de la clarté.

- **pour certaines, une opposition persistante :**

en lien aux « acquis » allant à l'encontre d'un travail en équipe Il n'y a pas toujours eu de remise en questions, le tout en lien avec l'historique de l'équipe dont une partie est présente de plus de 20 ans.

Méthodologie mise en place :

- Organisation très positive, formation de 3 groupes de travail sur les différentes thématiques, 2 groupes ont participé, 1 en échec du fait du refus personnel de coopérer de la part des salariées de ce groupe.
- Prise en compte de tous les salariés, dirigeants, et bénévoles. Etape théorique avec demande d'implication sur le terrain (renseignement temps de soins, qualité, GIR.) Implication demandé quant à la réflexion et à la construction des outils.
- Méthodologie adaptée au site, à la situation, spécificité de l'activité, typologie du public, au personnel ; sollicitation des salariées et écoute de leurs attentes et besoin en lien à leurs missions.

Résultats obtenus :

- Positifs par rapport à l'activité de service au bout de 3 mois, avec un démarrage immédiat en mars en lien avec l'outil « sur occupation » et « optimisation des tournées ».
- Roulement de travail sur 8 semaines mis en place au 1 juin 2015, positif, mais pas de recul suffisant pour apporter quelque chose de fiable sur les 3 mois suivants, et ceux à venir (nombreux arrêts maladie de courtes durée avec prolongation à la semaine, démission, manque de personnel, difficultés de recrutement par manque de candidature)
- Point de vue technique, l'outil de simulation des tournées permet de vérifier le travail de terrain, et d'optimiser les tournées.

4. Les modalités de coordination (interne et externe) avec les partenaires

Le SSIAD doit identifier les modalités de coordination avec ses différents partenaires, qu'il s'agisse des partenaires amont ou aval.

Il s'agit, en particulier, de définir les relations que doit entretenir le SSIAD avec ceux-ci, dans tous les aspects liés à la prise en charge : comment l'entrée en SSIAD est préparée, comment sa sortie est anticipée ?

Parmi les principaux partenaires avec lesquels le SSIAD travaille, sont notamment cités :

- L'HAD
- Les infirmier(e)s libéraux
- Les SAAD

Ceux-ci doivent être rencontrés régulièrement et une convention de partenariat doit être établie entre eux.

Cette coordination est assurée par l'infirmier coordonnateur, elle consiste à coordonner :

- les interventions relevant du SSIAD, auprès de la personne prise en charge,
- les professionnels du service,
- les interventions du service avec les différents acteurs du secteur.

Retour d'expérience- Témoignage de Mme Céline VIDAMAN, IDEC du SSIAD de Quingey

Les prises en charges, à ce jour, correspondent plus aux attentes d'un SSIAD en terme de dépendance, mais aussi de nombre d'intervention/ semaine.

L'IDEC ayant plus de temps pour la coordination, le suivi des prises en charge se fait dans les meilleures conditions et permet aux différents intervenants d'échanger plus facilement pour optimiser la prise en soins.

Le travail en collaboration avec les autres services de maintien à domicile est effectif (IDEL, AVS, Médecins généralistes etc.....).

Les plans de soins et le suivi des synthèses est plus régulier, les dossiers sont réévalués dès que nécessaire, avec des visites à domicile, si besoin.

SYNTHESE

- Positionner la direction du SSIAD dans un rôle d'impulsion d'un projet d'amélioration de l'organisation
- Prévoir des tableaux d'avancement réguliers des améliorations obtenues
- Positionner l'IDEC du SSIAD dans son rôle réglementaire de « Manager »
- Disposer d'outils de transmission oraux et écrits pertinents, utilisés et appropriés par les équipes
- Définir les modalités de coordination avec ses différents partenaires

Chapitre 5 : Gérer les bonnes pratiques pour son activité

1. Optimiser le recrutement

1.1. Communiquer auprès des partenaires du SSIAD pour augmenter sa visibilité

Le SSIAD doit communiquer sur son territoire pour se faire (re) connaître, au regard des prestations réalisées par d'autres acteurs de la prise en charge.

Le SSIAD est un intervenant majeur dans un réseau de prise en charge globale des personnes sur un territoire, en lien avec les établissements de santé, les EHPAD, les médecins libéraux, les cabinets d'IDE libérales, les acteurs de l'aide à domicile (associatifs ou privés) etc.

Il est important pour le SSIAD de développer une véritable culture « publicitaire ».

Au travers des accompagnements réalisés, plusieurs axes de communication ont pu être abordés.

a) Communication à destination de l'ensemble de la population sur un territoire donné

- Les annuaires téléphoniques

Il paraît important de faire valoir ce 1^{er} mode de communication sur la présence des coordonnées mises à jour dans les annuaires et d'avoir une ligne directe du SSIAD auprès de l'IDEC.

- Les articles généraux dans la presse locale
- Les véhicules de service clairement identifiés

Le flochage des véhicules avec un logo, ou une identification claire et précise du SSIAD est un outil intéressant du renforcement de sa visibilité. Ces véhicules, en nombre, qui sillonnent le territoire tous les jours de l'année, sont autant de vecteurs de l'image du SSIAD.

b) Communication à destination de l'ensemble des personnes âgées et leur entourage sur un territoire donné (sensibilisation)

- Les plaquettes décrivant l'offre de service

Ces outils, sous forme de dépliant, décrivant l'activité et les missions du SSIAD, sont les principaux alliés d'une communication de proximité, ils doivent être mis à disposition dans les différents lieux où les personnes âgées se rendent (pharmacies, etc.).

Ces dépliants décrivant l'activité des SSIAD sont largement distribués auprès des partenaires pour les rendre disponibles au public.

- Les articles sur les opérations ponctuelles et/ou récurrentes sur l'offre de service avec, par exemple, des articles (plan grand froid, plan canicule) dans la presse locale.
- Le Site Internet pour des « Personnes Agées Connectées »

Certains SSIAD disposent de sites Internet qui peuvent faire partie de la palette des outils utilisés et gérés par les structures intéressées. Ces sites donnent toutes les informations nécessaires et utiles aux bénéficiaires et aux partenaires :

- présentation des actions des services du SSIAD
- coordonnées du SSIAD
- liens vers les sites Internet de certains partenaires

- La Signalétique extérieure des locaux du SSIAD

c) Communication à destination des professionnels (principaux prescripteurs d'une prise en charge en SSIAD, ou futurs partenaires de la prise en charge)

- Rencontres avec les municipalités

Il est important pour le SSIAD de communiquer réellement (écrit + oral) auprès des municipalités, notamment sur ses modalités de fonctionnement, ses prestations, etc.

- Participation à des commissions d'admission dans les EHPAD.

Une telle participation donne un réel intérêt à un développement en réseau, en favorisant les interactions entre structures. Une personne âgée n'étant pas admise en EHPAD, pourra se voir proposer une prise en charge alternative en SSIAD.

- Participation aux Commissions Médicales des établissements (établissements SSR, etc.).
- Rencontres avec les médecins libéraux du territoire.
- Rencontre avec l'ensemble des cabinets d'IDE libéraux du territoire.

A travers notre accompagnement, nous avons constaté, sur cette thématique, que les bénéficiaires se sont fait ressentir rapidement au sein des différents SSIAD, par une présence effective et participative des différents acteurs aux temps de rencontres proposés, avec des échanges enrichissants et des prises de conscience réciproques qui ont été permis par la présentation des missions et des attentes des uns et des autres.

Retour d'expérience- Témoignage de M. Guy DECREUZE, IDEC du SSIAD d'Ornans

Appréhension de la thématique

Au début de l'année 2014, le SSIAD a étendu son territoire pour couvrir une zone blanche voisine. Le service est alors passé d'une capacité de 25 à 37 places. Ce sont les IDE libérales, ainsi que les services d'aide à domicile, qui prenaient entièrement en charge la partie nursing. Un nouveau territoire était donc à couvrir avec de nouveaux partenaires.

Notre service a aussi la particularité de disposer de 5 places dédiées aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une pathologie entraînant une notion de dépendance. Ces places ne sont jamais occupées entièrement, car les acteurs professionnels n'ont pas la connaissance du fait que ce public peut être accueilli en SSIAD.

Méthodologie mise en place

- Prise de contact avec tous les acteurs professionnels positionnés sur le territoire (médecins, cabinets des infirmières libérales, services d'aide à domicile, HAD, etc.). Diffusion des plaquettes, flocage des véhicules, participation de l'IDEC à la Commission d'admission EHPAD.
- Collaboration plus étroite avec l'assistante sociale du CH d'Ornans visant à positionner le SSIAD lors des sorties d'hospitalisation.
- Renouvellement des conventions avec les cabinets d'IDE.

Résultats obtenus

- Conventions signées avec presque tous les cabinets IDE du secteur.
- Travail en partenariat plus étroit.
- Le pourcentage de communes couvertes est passé de 32% à 50%
- Une liste d'attente plus conséquente qu'auparavant, tout en restant conscient que le positionnement sur le nouveau territoire ne peut se faire que sur le long cours.

1.2. Améliorer la couverture du territoire

Nous venons de voir que la communication est un levier pour améliorer la couverture du territoire déterminé par l'agrément du SSIAD. Elle doit être valorisée, en lien avec les acteurs du territoire.

Le SSIAD a donc tout un intérêt à suivre les indicateurs que sont :

- le taux de couverture de son territoire
- le pourcentage d'usagers du SSIAD provenant de sa commune d'implantation

Par ailleurs, il est préconisé, comme nous le verrons plus loin, en lien avec l'optimisation des tournées, de prendre en charge des usagers dans l'ensemble des communes de son territoire.

Cette volonté clairement affichée permet, d'une part de rendre visible sa structure et, d'autre part, de démontrer le rôle du SSIAD dans une prise en charge coordonnée avec les acteurs du territoire.

Sur un des SSIAD pilote, la mise en œuvre d'un ensemble d'actions de communication a permis de faire passer son taux de couverture géographique moyen de 45% à 50%, sans que cela ne se fasse au détriment de la proportion des usagers provenant de la commune d'implantation du SSIAD (taux moyen de 24%).

1.3. Optimiser la proportion de personnes en GIR 1 et 2

Le niveau de dépendance global de la population prise en charge par un SSIAD peut être évalué à partir du GIR moyen pondéré (GMP).

Pour répondre aux besoins de la population, mais également à ses missions la proportion de personnes âgées de dépendance GIR 1 et GIR 2 au sein d'un SSIAD doit être d'environ 60%.

Face à une situation existante où ce pourcentage serait nettement inférieur, il convient donc de s'interroger sur les admissions et de prioriser les futurs usagers présentant une dépendance conséquente. Bien entendu, celles-ci ne doivent, ni entraîner une totale désorganisation du SSIAD, ni se faire au détriment des prises en charge existantes et des conditions de travail des professionnels.

Cependant, une réflexion participative avec l'équipe pourra conduire celle-ci à s'interroger sur les prises en charge actuelles et leur efficacité, libérant ainsi, dans l'organisation, des créneaux permettant l'accueil d'usagers au profil de dépendance plus accentué.

Certains SSIAD participant à l'étude ont pu, sur une période de 6 mois, réaliser des changements notables sur ce point en faisant évoluer le pourcentage d'usagers GIR 1 et 2 pris en charge de 45% à 49%, faisant ainsi passer leur GMP de 676 à 720. Ce qui correspond davantage à la population éligible en SSIAD et aux missions attendues.

2. Optimiser la gestion des places du SSIAD

Au regard des éléments décrits précédemment, nous avons mis en évidence, en termes de bonnes pratiques organisationnelles :

- le fait de communiquer largement sur son activité
- le fait d'admettre des usagers plus dépendants
- le fait d'élargir sa couverture territoriale, dans le respect de l'agrément

En filigrane de ces actions, l'objectif très clairement affiché est également d'améliorer le taux d'occupation du SSIAD (en tout état de cause, de ne pas le dégrader et donc de le maintenir à un niveau élevé).

Face à un afflux de demandes d'usagers présentant des profils différents, l'optique est donc de pouvoir donner quelques pistes pour optimiser la gestion des places au sein d'un SSIAD.

2.1. Optimiser la liste d'attente

Les SSIAD fonctionnent dans le cadre d'une capacité autorisée qui fait l'objet d'un arrêté de l'ARS. Cette capacité limite le nombre de personnes susceptibles d'être prises en charge.

La prise en charge d'une personne par un SSIAD nécessite une analyse préalable de sa demande d'admission, ainsi qu'une évaluation de ses attentes et de ses besoins.

Les critères d'admission sont définis par le SSIAD en tenant compte de la sortie d'hospitalisation, de la fin de vie, des urgences médico-sociales, des réadmissions après sortie, de la présence d'une problématique sociale, etc. Il convient d'aller vers une grande cohérence dans l'utilisation de ces critères et une formalisation de ces derniers au travers d'une procédure interne.

Lorsqu'une demande ne s'inscrit pas dans les critères d'admission le SSIAD, grâce à sa connaissance des acteurs et des structures de son territoire, doit aider la personne à trouver des solutions alternatives.

Le traitement de la demande d'admission doit se faire par l'IDEC, en tenant compte de l'ensemble des critères, selon les situations. La liste d'attente sera donc gérée par l'IDEC chronologiquement et, en fonction des critères de priorisation.

La liste d'attente doit comporter, à minima :

- la date de réception de la demande,
- le nom de la personne ou du professionnel à l'origine de la demande,
- les coordonnées et renseignements concernant l'utilisateur,
- les solutions de prise en charge, dans l'attente de l'intervention du SSIAD,
- la date d'admission ou de sortie de la liste d'attente avec ses motifs,
- les critères de priorisation liés à la demande.

Il est impératif de pratiquer une réactualisation des demandes, 4 fois par an au minimum, ou plus rapidement si une place se libère.

Il convient également de développer l'utilisation des outils de suivi de cette liste, pour une mise en attente de manière formelle.

Une admission progressive, c'est-à-dire inférieure en nombre de passages par rapport aux besoins réels du patient peut être envisagée, le cas échéant.

2.2. Mettre en œuvre la « Sur Occupation » par l'anticipation des admissions

Le SSIAD dispose d'une dotation financière globale annuelle liée au nombre de places autorisées en fonctionnement (ou installées). Cette dotation lui permet de financer les personnels intervenant auprès des personnes prises en charge, mais aussi le fonctionnement global de la structure.

Le respect du nombre de places autorisées conditionne, non seulement l'état de l'offre, mais aussi, le taux d'encadrement en personnel, par place.

Les sorties provisoires liées, par exemple, aux hospitalisations, aux séjours de répit ou aux vacances en famille, ont une incidence non négligeable sur le taux d'occupation. Le SSIAD peut alors se trouver en situation de sur-occupation passagère ou de sous-occupation temporaire. Elles sont cependant à éviter, autant que possible, de manière régulière et prolongée.

Une persistance de places vacantes au sein d'un SSIAD, visualisable dès lors que le taux d'occupation se situe en dessous de 90 %, peut résulter :

- d'une offre insuffisamment proportionnée sur le territoire,
- d'un SSIAD qui n'utilise pas l'ensemble des places disponibles prévues dans son agrément,
- d'un manque de visibilité sur son territoire (cf. intérêt du développement du plan de communication précédemment cité).

L'objet de l'axe d'amélioration développé ci-après vise à pointer la moindre efficacité présente au sein du SSIAD, via l'utilisation de l'ensemble des places disponibles à un instant donné, en particulier lors d'hospitalisations des usagers.

Les objectifs sont d'assurer, d'une part, une continuité des soins pour la personne faisant l'objet d'une sortie provisoire ou d'une hospitalisation et, la continuité de l'activité du service, d'autre part. Ainsi la personne hospitalisée ou en sortie provisoire est assurée de pouvoir bénéficier de soins lors de son retour à domicile, dans l'hypothèse d'une hospitalisation de courte durée et le SSIAD est en capacité de prendre en charge d'autres personnes, dans l'hypothèse d'une hospitalisation plus longue.

L'hospitalisation en établissement de santé d'une personne entraîne généralement la fin de la prise en charge par le SSIAD. Le service peut cependant conserver la place de la personne, en fonction du temps d'hospitalisation que la structure évaluera avec l'établissement de santé.

Si l'hospitalisation est de courte durée, il y a interruption de la prise en charge par le SSIAD, mais la personne conserve sa place. Si l'hospitalisation est d'une durée plus importante, le SSIAD pourra mettre fin à la prise en charge et choisir d'inscrire une personne faisant partie de sa liste d'attente, avec une priorité d'admission.

Un séjour de 3 semaines à un mois en établissement de santé peut constituer un délai raisonnable au-delà duquel la personne hospitalisée ne pourra plus disposer de sa place au sein du SSIAD.

Le travail conduit avec les SSIAD pilotes a permis d'échanger avec les équipes sur plusieurs notions, allant de celle de mise en œuvre du « surbooking », en passant par la « sur-occupation », pour finalement, très concrètement, aborder cette thématique sous l'angle d'un processus de travail lié à l'anticipation des admissions.

Il s'agit de fixer un pourcentage de places vacantes, au-delà duquel le SSIAD doit mettre en œuvre le processus « **d'anticipation des admissions** » au regard du nombre de places disponibles, ceci afin de limiter la perte de journées d'activité consécutives du fait d'hospitalisation d'usagers.

Le seuil maximum de places vacantes préconisé est de 5%
(appelé taux de disponibilité des places des SSIAD)

*Exemple d'un SSIAD d'une capacité de **50 places** avec **50 usagers** pris en charge.*

*Si l'on applique ce seuil de **5%**, lorsque **3 usagers** (2,5 places) sont absents, en même temps, pour sortie provisoire ou hospitalisation, il est fortement conseillé d'anticiper l'**entrée** d'un usager.*

L'objectif étant très clairement d'occuper et d'optimiser les places libérées temporairement par la prise en charge d'usagers issus de la liste d'attente.

La mise en place de cette pratique permet :

- d'une part, d'augmenter le taux d'occupation du SSIAD. En effet avec un taux de 5% de disponibilité de places au-delà duquel une admission doit être programmée, la cible du taux d'occupation visé est de 95 %,
- d'autre part, de lisser les prises en charge et d'éviter les fluctuations en termes d'occupation.

Retour d'expérience - Témoignage de M. Guy DECREUZE, IDEC du SSIAD d'Ornans

Appréhension de la thématique

Le sujet suscitait beaucoup d'inquiétudes de la part des soignantes et de moi-même car il était perçu comme une remise en question la qualité de notre travail à domicile. En effet, prendre en charge plus de personnes pour compenser les absences dues aux hospitalisations risquait de confronter le service à une surcharge de travail au moment de la réintégration des personnes hospitalisées.

Méthodologie mise en place

- Le nombre de journées d'hospitalisations a été évalué sur une année pour dégager une moyenne de personnes hospitalisées par jour de 3 personnes pour une capacité de 37 places.
- Elaboration d'un tableau de suivi des usagers avec un dispositif d'alerte indiquant que le SSIAD peut prendre en charge une nouvelle personne ou pas.
- Réorganisation des tournées en tenant compte des trajets et de la dépendance des personnes. Réévaluation régulière à l'aide d'outils spécifiques.
- Communication avec les familles sur l'organisation du service.
- Elaboration de cycles de travail visant à une approche plus objective des plannings et permettant une meilleure anticipation face à l'absentéisme.

Résultats obtenus

- Le taux d'occupation du service est passé de 85% en 2014 à, 98% en juillet 2015
- Jusqu'à présent, notre service ne s'est pas trouvé débordé par une charge de travail trop importante
- Les inquiétudes des soignantes se sont dissipées peu à peu car leur avis a été pris en compte dans cette démarche

A titre indicatif figure, ci-après, un tableau de suivi des places vacantes.

Suivi des places occupées et Anticipation des admissions

Mois :

Jour du mois	Place 1 (initiales usager)	Place 2 (initiales usager)	Place 3 (initiales usager)	Place 4 (initiales usager)	Place 5 (initiales usager)	Place 6 (initiales usager)	Place 7 (initiales usager)	Place 8 (initiales usager)	Place n-2 (initiales usager)	Place n-1 (initiales usager)	Place n (initiales usager)	Nombre de places disponibles (sur 50)	Observation
1	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	X	2	
2	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	X	2	
3	X	-	X	-	X	-	X	X	X	X	X	3	
4	X	-	X	X	X	-	X	X	X	X	X	3	Déclenchement du processus d'admission pour un nouvel usager
5	X	-	X	X	X	-	X	X	X	X	X	2	
6	X	-	X	X	X	-	X	X	X	X	X	2	
7	X	-	X	X	X	-	X	X	X	X	X	2	
8	X	-	X	X	X	-	X	X	X	-	X	3	
9	X	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X	3	Déclenchement du processus d'admission pour un nouvel usager
10	X	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X	2	
....													
27													
28													
29													
30													
31													

Chapitre 6 : Optimiser l'organisation du travail

Dans ce chapitre, seront développées les modalités de conception d'une organisation efficiente du temps de travail au niveau d'un SSIAD.

Pour cela, nous proposons un cheminement en quatre étapes :

- ✓ formalisation d'une organisation hebdomadaire de référence que nous appellerons « maquette d'organisation ». Cette étape constitue le « socle » indispensable à partir duquel s'organisent les étapes suivantes, elle sera développée en détail.
- ✓ examen des adaptations souhaitables de cette maquette en cours d'année, en fonction de variations structurelles pouvant être anticipées.
- ✓ approche des effectifs, pour concilier les besoins issus de l'organisation et la réalité des ressources humaines disponibles dans le service.
- ✓ approche organisationnelle de la variabilité.

1. Définir les effectifs nécessaires

La détermination des effectifs nécessite deux étapes successives :

- la définition du nombre de postes (en quantité et en fonction des qualifications)
- le calcul des effectifs en équivalent temps plein (ETP), en fonction du nombre de postes définis

Pour ce faire, les principaux paramètres à prendre en compte s'appuient sur la réglementation, qui précise :

- le temps de travail et sa définition, notamment au travers du Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail,
- la durée quotidienne et annuelle du temps de travail, dont la base légale est de :
 - 1600 h /an pour les personnels en repos fixes travaillant de jour (hors journées hors saison et fractionnement), ce qui correspond au personnel administratif du SSIAD
 - 1575 h /an (hors journées hors saison et fractionnement) et 1547 h/an (avec journées hors saison et fractionnement) pour un agent travaillant le jour en repos variables qui effectue au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile

Ces durées peuvent éventuellement être modifiées en fonction d'accords locaux.

Les effectifs nécessaires au fonctionnement d'un SSIAD peuvent être calculés selon plusieurs méthodes qui donnent sensiblement les mêmes résultats. Bien que différentes, elles privilégient des modes de calcul permettant des ajustements, en fonction de la réglementation générale et des accords locaux.

Les chiffres obtenus peuvent être ajustés en fonction de l'appréciation du contexte et des projets d'évolution (aménagement, nouvelles organisations...).

Nous reprendrons ici une de ces méthodes, facilement utilisable.

Il s'agira de définir une maquette hebdomadaire d'organisation comme la formalisation de la répartition de différents postes de travail au cours d'une semaine considérée comme « standard » (c'est-à-dire correspondant au niveau d'activité le plus fréquemment observé).

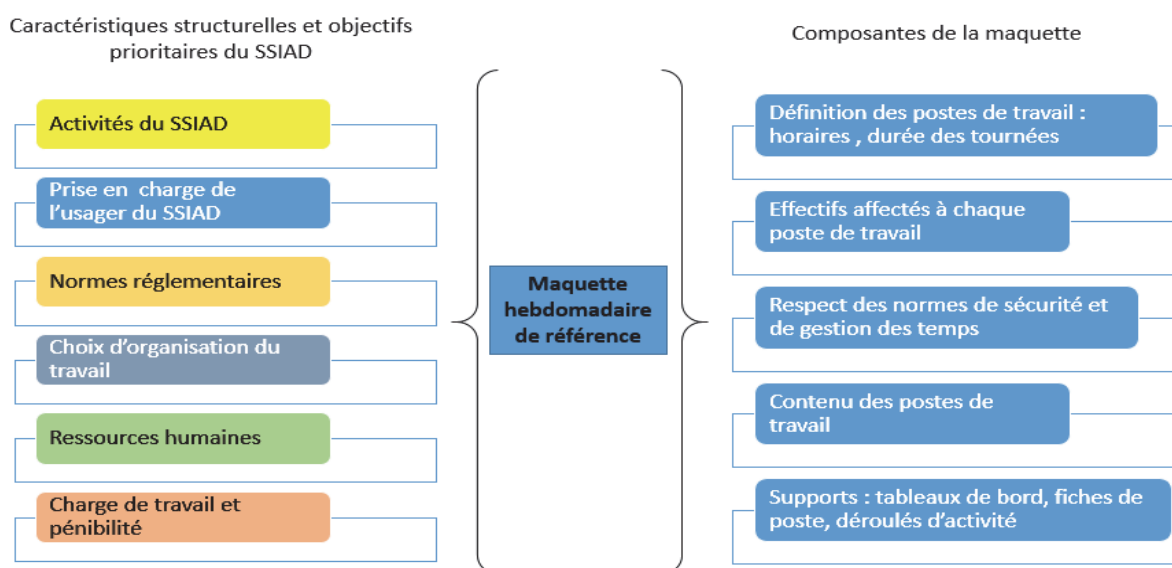
Un poste de travail est défini par :

- un horaire de début et de fin de travail (amplitude de la journée de travail) ;
- une durée de travail effectif associée (qui peut être différente de l'amplitude de la journée ; par exemple, en poste coupé, quand le temps de repas n'est pas inclus dans le temps de travail effectif ou du fait de pauses décomptées) ;
- des activités à réaliser ;
- le lieu, ou les lieux, où se réalise l'activité (le service lui-même ou, de façon plus fine, un secteur ou un espace déterminé du service).

Le poste de travail est associé, en général, à une qualification et des compétences précises (IDE, AS, etc.). Il peut se décliner en :

- une fiche de poste, précisant les objectifs et les activités à réaliser ;
- un « déroulé-type » d'activité pour les postes ayant une répétitivité d'un jour à l'autre.

Le processus d'élaboration d'une maquette organisationnelle est schématisé ci-dessous :



L'aménagement de la maquette d'organisation de référence dépend de la nature des variations auxquelles on souhaite s'adapter :

- en période de forte activité, on sera conduit à créer de nouveaux postes de travail, à allonger la durée de certains postes ou à renforcer en effectifs des tranches horaires ou des jours particuliers ;
- en période de faible activité ou de congés, on pourra au contraire alléger le nombre de présences sur certains postes de travail, réduire leur durée ou en supprimer certains.

La définition de cette maquette doit rester compatible avec les objectifs de qualité de prise en charge des usagers et un niveau de charge de travail acceptable pour les soignants.

Cette démarche procure une base de travail pour calculer un effectif nécessaire correspondant à la maquette d'organisation et à ses adaptations éventuelles en cours d'année.

L'unité de décompte commune aux approches rencontrées est l'équivalent temps plein (ETP). Le recours à cette notion est rendu nécessaire par la prise en compte des temps partiels, dans l'évaluation des ressources effectivement disponibles.

Par ailleurs, le calcul d'un effectif en ETP suppose d'être au clair sur la référence annuelle horaire correspondant à un salarié à temps plein.

La notion de base : l'effectif théorique nécessaire (ETN)

C'est l'effectif qui découle mathématiquement de la maquette d'organisation définie, par la durée et la répartition des postes de travail et les effectifs prévus sur chaque poste.

Le principe du calcul est le suivant :

- pour chaque période pendant laquelle une maquette a été définie, on calcule le volume horaire hebdomadaire en additionnant les heures correspondant à tous les postes de travail nécessaires pour faire fonctionner l'organisation ;
- en multipliant ces volumes hebdomadaires par le nombre de semaines de chaque période, on déduit un volume d'heures annuel nécessaire (V) pour faire fonctionner cette maquette pendant une année entière ;
- la division de ce volume d'heures par la durée annuelle de travail de référence d'un temps plein donne le nombre d'ETP nécessaires.

Si D est la durée annuelle de référence qui découle de l'accord local ou de la convention collective, l'effectif théorique nécessaire est obtenu par **le ratio V/D**.

Exemple pour un SSIAD alternant :

- le matin : des tournées de 4 heures 45 min, à raison de 12 tournées du lundi au vendredi, 9 tournées le samedi et 7 tournées le dimanche
- le soir : des tournées de 3 heures, à raison de 5 tournées du lundi au vendredi, 4 tournées le samedi et le dimanche
- des temps de réunion 2 heures associant en moyenne 20 agents.

Calcul de l'effectif théorique nécessaire (ETN) pour la prise en charge des usagers :

- 12 tournées du matin du lundi au vendredi : $4,75 \times 12 \times 5 = 285h$ nécessaires par semaine
- 9 tournées du matin le samedi : $4,75 \times 9 \times 1 = 42,75h$ nécessaires par semaine
- 7 tournées du matin le dimanche : $4,75 \times 7 \times 1 = 33,25h$ nécessaires par semaine
- 5 tournées du soir du lundi au vendredi : $3 \times 5 \times 5 = 75h$ nécessaires par semaine
- 4 tournées du soir du samedi au dimanche : $3 \times 4 \times 2 = 24h$ nécessaires par semaine
- 1 réunion par mois de 2h avec 20 agents = $20 \times 2 = 40h$ mensuel (divisé par 4 pour 1 semaine).

*Le total d'heures requis est de 470 h/semaine, soit un nombre total de 24 440 heures pour une année (470h * 52 semaines). Si, au sein de ce SSIAD, le temps de travail effectif est de 1 582 h par an, l'ETN est de 15,45 ETP (24 440 /1582).*

Cette notion d'effectif est qualifiée de théorique pour deux raisons :

- tout d'abord, on ne tient pas compte de l'absentéisme. Il s'agit de la ressource globale nécessaire pour faire fonctionner l'organisation, indépendamment de la réalité des temps travaillés et de la nécessité éventuelle de ressources de remplacement. Ce serait l'effectif nécessaire si le service ne connaissait aucun absentéisme ;
- ensuite, une hypothèse implicite de ce calcul est que, dans l'organisation du temps de travail, on peut « lisser » totalement la prise des congés payés, jours de RTT et autres récupérations (tous les droits à absence inclus dans le calcul de la durée annuelle) puisque l'on raisonne en moyenne en s'appuyant sur la durée annuelle du travail. Dans la pratique, la répartition des absences n'est pas totalement équilibrée sur l'année (avec notamment les prises de congés en été ou pendant les congés scolaires) et l'adéquation entre le schéma d'organisation et les effectifs présents n'est jamais parfaite.

Premier avantage de cette méthode de calcul

Elle constitue une mesure de l'effectif plancher incompressible pour faire fonctionner le schéma d'organisation retenu par le SSIAD.

Il est établi que si cet effectif théorique calculé se révèle supérieur à l'effectif réellement disponible dans le service, l'organisation projetée est mathématiquement irréaliste. Il convient donc, soit de revoir la maquette, soit de revoir l'effectif alloué. En définitive, on dispose ici d'un signal d'alerte sur les situations de déséquilibre structurel.

Évoquer de telles situations peut paraître incongru, tant il semble naturel que les principes d'organisation retenus soient compatibles avec les effectifs alloués. Pourtant, dans certaines situations, coexistent encore une organisation affichée et une réalité d'effectifs incompatibles entre elles. Cet état de fait conduit nécessairement à une multiplication de situations où le SSIAD se retrouve en déficit d'effectifs par rapport au niveau théoriquement prévu, avec des conséquences négatives induites sur les personnels (charge de travail, tensions, baisse de qualité de la prise en charge, etc.).

Second avantage de cette méthode de calcul

Au moment de la conception d'une organisation, ce calcul permet de comparer, simplement, des scénarios différents, en termes d'impacts sur les effectifs, sans entrer dans des considérations plus détaillées sur la gestion de la variabilité.

Il est ainsi rapidement possible d'évaluer si les alternatives étudiées sont significativement différentes entre elles, sur le plan des ressources nécessaires.

Du point de vue global de l'établissement, il est important de ne pas affecter tous les effectifs budgétés pour répondre aux besoins qui découlent des organisations des services (autrement dit la somme des ETN), sans quoi il n'existe plus de moyens de régulation pour gérer les absences. Le risque existe alors de générer, d'une part des tensions sociales (dues au personnel non, ou en partie, remplacé) et, d'autre part, des déficits ou des reports de charge car qu'il est nécessaire, à un moment donné, de gérer les situations tendues de sous-effectif (mais alors le budget n'est plus disponible pour financer ces emplois).

L'expérience montre que les effectifs de régulation, dont la gestion reste assurée de façon transversale, sont souvent de l'ordre de 10 %.

Exemple

Dans le précédent exemple l'ETN était de 15,45 ETP, pour un effectif réellement présent de 16,4 ETP, soit 6 % d'effectif de régulation.

Afin d'atteindre un effectif de régulation approchant de 10 %, la maquette d'organisation de ce SSIAD a été revue de la façon suivante :

- *11 tournées de 5 heures le matin du lundi au vendredi : $5 \times 11 \times 5 = 275$ h nécessaires par semaine*
- *9 tournées de 5 heures le matin le samedi et le dimanche : $5 \times 2 \times 9 = 90$ h nécessaires par semaine*
- *5 tournées du soir de 2h30 minutes du lundi au dimanche : $2,5 \times 5 \times 7 = 87,5$ heures nécessaires par semaine*
- *1 réunion par mois de 2h avec 20 agents = $20 \times 2 = 40$ h mensuel, soit 10 heures par semaine*

Le total en heures requis est alors de 462,5 h sur une semaine, soit un total de 24 050 heures sur une année ($462,5 \text{ h} \times 52 \text{ semaines}$). Ce qui correspond à 15,2 ETP en effectif théorique nécessaire, pour 16,4 ETP effectivement présents, soit un effectif de régulation correspondant à 9,26 %.

La mise en place de cette nouvelle maquette organisationnelle, passage de 12 tournées/jour à 11 tournées/jour, a conduit à augmenter le nombre de personnes par tournée (en pratique chaque tournée s'est vue dotée d'un demi-usager supplémentaire, en moyenne). Ceci a pu être réalisé en augmentant l'amplitude des tournées (passage de 4h45mn à 5h pour la tournée du matin) et en menant, en parallèle, une réflexion sur l'amélioration de l'efficacité des tournées.

La mise en place de cette nouvelle maquette organisationnelle a permis ainsi de donner une visibilité sur les mensualités de remplacement (le nombre de mensualités de remplacement estival a pu être divisé par 2).

Retour d'expérience - Témoignage de Mme Priscilla VUILLOT, IDEC du SSIAD du Val d'Orain

« Le SSIAD avait besoin de définir plus précisément les bornes de début et de fin de tournées ».

Nous avons commencé l'accompagnement en déterminant l'EPN en place au sein du SSIAD, trop consommateur.

Nous sommes arrivés à définir un scénario, optimisant nos effectifs, qui convienne le mieux à notre organisation. Le scénario choisi reste une base et peut être évolutif.

Par la suite, cela a découlé sur la mise en place des cycles et roulements : un outil indispensable et facilitant pour les salariés, avec une vision de leur travail sur plusieurs semaines.

L'ensemble de l'équipe est informé des cycles et est au courant que le cycle est une base de travail pour le planning.

Ces deux éléments peuvent évoluer constamment en fonction des aléas du quotidien.

Le roulement d'un salarié plusieurs jours sur la même tournée a été testé sans grand succès, tant du côté des personnes que de celui des aides-soignant(e)s. Le principe d'un maximum de 2 jours sur la même tournée a été retenu.

2. Organiser la planification des tournées

L'organisation de la planification des tournées est le point crucial de l'optimisation du fonctionnement du SSIAD.

Précédemment nous avons vu comment définir, concrètement, les durées des tournées, mais également, comment mener une réflexion fine sur les heures de début et de fin de tournée.

Sur la base des informations exploitées dans la détermination de l'effectif théorique nécessaire, il va s'agir d'organiser le remplissage des différentes tournées programmées. La planification des tournées s'organise de façon hebdomadaire, en fonction des mouvements du service.

C'est l'IDEC du SSIAD qui doit mener à bien cette tâche, pour ce faire plusieurs informations vont lui être utiles.

- Les temps de prise en charge des usagers (durée moyenne quotidienne de prise en charge). Selon les cas de fonctionnement et d'organisation du SSIAD, il est possible de distinguer et d'utiliser 3 durées moyennes quotidiennes suivantes :
 - sur une tournée de matin en semaine
 - sur une tournée de matin le week-end
 - sur une tournée en soirée (éventuellement semaine et week-end)

- Pour chaque usager, il sera utile de connaître, sur la base du plan d'intervention défini par l'IDEC, son GIR et la fréquence de sa prise en charge. Ce plan devra contenir au minimum les déterminations suivantes :
 - actes effectués par les aides-soignant(e)s
 - fréquence d'intervention (3 fois par semaine, 2 fois par jour 7jours/7, etc.)
 - matériel médicalisé nécessaire
 - aménagements nécessaires : lieu de soins défini, accessible, propre et préservant l'intimité de la personne
 - petit matériel d'hygiène nécessaire, selon une liste à définir et fournir à l'utilisateur et ses proches

Ce plan, arrêté lors de l'admission de l'utilisateur, est révisable en fonction de l'évolution de son état.

En termes de garde-fous à cette planification des tournées, il convient d'être vigilant dans les informations données à l'utilisateur ou à son représentant :

- d'une part, sur les horaires d'intervention, il est préférable de fixer une plage horaire, compte-tenu des conditions organisationnelles (trajet, météo, priorités de soins, urgences, mouvements du service, etc.)
 - d'autre part, il convient de bien préciser et de rappeler que les soignants interviennent à domicile, par roulement et qu'il n'est donc pas possible d'accorder le choix du personnel intervenant.
-
- Il est également indispensable de collecter les informations liées au temps de trajet (et pas seulement les kilomètres), paramètre important dans la planification des tournées. Ce dernier pourra être recensé sous forme de tableau à double entrée, comprenant l'ensemble des communes du territoire d'intervention et les durées de trajet entre celles-ci.

Exemple de tableau de collecte

	Annoire	Asnans-Beauvoisin	Balaiseaux	Bretenières
Annoire	0:01:00	0:18:00	0:24:00	0:34:00
Asnans-Beauvoisin	0:18:00	0:01:00	0:08:00	0:18:00
Balaiseaux	0:24:00	0:08:00	0:01:00	0:12:00
Bretenières	0:34:00	0:18:00	0:12:00	0:01:00

Ces différentes informations, une fois collectées, permettront de planifier les tournées dans un souci d'efficacité, en additionnant les temps de prises en charge de chaque usager de la tournée et les temps de déplacements nécessaires à la liaison entre chaque domicile.

En synthèse de bonnes pratiques sur cette thématique, le choix du SSIAD doit s'orienter préférentiellement sur les paramètres suivants :

- des tournées du matin sur une amplitude horaire de 5 heures
- des tournées du soir sur une amplitude horaire de 3 heures
- un nombre de tournées identique au moins du lundi au vendredi et, si possible, du lundi au samedi
- un nombre identique de tournées pour les week-ends
- une proportion entre le nombre de tournées de week-end et le nombre de tournées de semaine qui ne soit pas inférieure à 50%
- une proportion entre le nombre de tournées du soir et le nombre de tournées du matin qui ne soit pas inférieure en proportion de 33%

3. Définir des cycles de tournées et des cycles de travail

La question des plannings est au cœur de l'organisation du temps de travail des aides soignant(e)s : elle cristallise des enjeux importants, aussi bien pour ces derniers, que pour les IDEC.

La gestion des plannings constitue toujours un point d'équilibre, un compromis, entre deux ensembles de contraintes/objectifs, organisationnels et sociaux.

- D'une part, il s'agit d'obtenir une répartition dans le temps (par jour, par tranche horaire, par période de l'année) des ressources humaines disponibles qui corresponde aux besoins incontournables de la prise en charge des usagers (en termes de sécurité et de qualité des soins) ;
- D'autre part, il s'agit de prendre en compte, au mieux, les souhaits des personnels en matière de répartition de postes et de rythmes de travail, des repos, de souplesse face aux aléas, etc. et, de respect des règles générales en matière de temps de travail (taux de week-ends libres, durées maximales des postes de travail).

De nombreux termes différents sont utilisés dans les structures, sans qu'il existe une définition commune incontestable.

3.1. Cycle de travail

C'est une notion réglementaire. Dans la Fonction Publique Hospitalière, le décret n°2002-9 précise que : « le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions [...]. Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine, ni supérieure à 12 semaines. Le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier. »

Ce texte n'évoque que la répétitivité de la durée du travail d'un cycle à l'autre, mais la notion de cycle intègre aussi, en général, la répétitivité d'un rythme de travail prédéfini.

Pour le secteur privé, le Code du travail prévoit également la possibilité d'organiser le travail par cycle. L'article L. 212-7-1 prévoit que : « la durée du travail [...] peut être organisée sous forme de cycle de travail dès lors que sa répartition à l'intérieur d'un cycle se répète à l'identique d'un cycle à l'autre. » La durée du cycle est « de quelques semaines » et doit être définie par un accord de branche ou d'entreprise.

Cette notion juridique est importante dans la mesure où elle détermine le cadre de référence pour le calcul des heures supplémentaires et qu'elle est centrée sur l'agent ou le salarié, considéré individuellement.

Deux aspects importants de cette définition sont à retenir pour la conception des plannings :

- la notion de répétitivité d'un cycle à l'autre
- la limitation de la durée du cycle à 12 semaines maximum

Au-delà de son aspect strictement juridique, le cycle constitue, en quelque sorte, sur le plan organisationnel, la « brique élémentaire » qui sert à construire ensuite le « mur » que constitue l'organisation générale du temps de travail d'un service.

Il décrit, pour un salarié donné, son rythme de travail « théorique » (c'est-à-dire sans absence pour cause de congés payés, récupération, RTT non programmée, etc.), soit une succession de postes de travail et de repos programmés sur un nombre donné de semaines.

Naturellement, ce cycle doit respecter les différentes obligations réglementaires : durées maximales de travail, durées minimales de repos, fréquence des week-ends libres.

Sauf cas particuliers, il est souhaitable de concevoir les organisations du temps de travail à partir de cycles. La construction de ces cycles oblige en effet à mettre à plat les données de base de l'organisation du service (notamment les besoins en effectifs), à clarifier les différents critères de présence (efficacité du fonctionnement, charge de travail, conditions de travail et de vie, attentes sociales) et à expliciter les compromis effectués. Cette démarche construit aussi un langage commun et met en place des outils de gestion du temps visibles.

Il peut y avoir coexistence de plusieurs cycles différents dans un même service, selon :

- la quotité de temps de travail (les temps partiels peuvent avoir un cycle différent, selon la façon dont est répartie leur durée du travail) ;
- la qualification ;
- la répartition des postes de différentes natures ;
- éventuellement les durées du travail pratiquées. On peut parfois observer des organisations où coexistent des postes de durées quotidiennes différentes, avec des postes de 5h (postes de matin) ou de 8h (postes coupées, tournées matin et soir).

Exemple de 2 roulements pour un SSIAD dont l'équipe se compose d'agents travaillant à 80 % (en haut du tableau) et à 60% (pour la partie inférieure)

TOTAL POSTES	TOTAL HEURES
32	179
32	179
32	179
32	179
32	179
32	179
32	179

N°	AGENTS	L	M	Mer	J	V	S	D	Total heures	7
1	Agent 1	RH	M	C	C	M	RH	RH	23	Semaine 1
2	Agent 2	TP	C	M	M	RH	M	CD	27,75	Semaine 2
3	Agent 3	C	M	RH	C	M	RH	RH	23	Semaine 3
4	Agent 4	C	M	TP	RH	M	C	CD	30,75	Semaine 4
5	Agent 5	M	RH	M	M	C	RH	RH	20	Semaine 5
6	Agent 6	M	C	M	TP	RH	C	M	27,25	Semaine 6
7	Agent 7	M	RH	C	M	C	M	RH	27,25	Semaine 7
AGENTS TEMPS PARTIEL										
1	Agent 8	RH	M	M	C	M	RH	RH	20	Semaine 1
2	Agent 9	M	M	M	TP	RH	C	M	24,25	Semaine 2
3	Agent 10	C	M	RH	M	M	RH	RH	20	Semaine 3
4	Agent 11	M	M	M	RH	TP	M	C	24,25	Semaine 4
5	Agent 12	M	RH	M	M	M	RH	RH	17	Semaine 5
6	Agent x	M	C	M	M	RH	TP	TP	20	Semaine 6
7	Agent y	TP	RH	C	M	C	M	RH	23	Semaine 7
	Nbre Postes 100%	5	5	5	5	5	4	3		
	Nbre Postes 80%	5	5	6	5	4	3	2		
	Effectif présent									
	TOTAL POSTES	10	10	11	10	9	7	5		

30	148,5
30	148,5
30	148,5
30	148,5
30	148,5
30	148,5
30	148,5

Le tableau ci-dessous présente le déroulé individuel pour quatre des agents du tableau précédent

		Semaine 1							Semaine 2							Semaine 3							Semaine 4						
		1		2		3		4		5		6		7		1		2		3		4		5		6		7	
TOTAL HEURES	NOMS	L	M	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	J	V	S	D
179	XXX 80%	C	M	TP	RH	M	C	CD	M	RH	M	M	C	RH	RH	M	C	M	TP	RH	C	M	M	C	M	TP	RH	C	M
179	XXX 80%	M	RH	M	M	C	RH	RH	M	C	M	TP	RH	C	M	M	RH	C	M	C	M	RH	M	RH	C	M	RH	RH	RH
144,25	XX 60%	RH	M	M	C	M	RH	RH	M	M	M	TP	RH	C	M	M	C	M	TP	RH	C	M	M	M	M	RH	TP	C	M
144,25	XX 60%	M	M	M	TP	RH	C	M	C	M	RH	M	M	RH	RH	C	M	M	RH	M	M	TP	C	M	M	RH	M	RH	RH

		Semaine 5							Semaine 6							Semaine 7													
		4		5		6		7		1		2		3		4		5		6		7		1		2		3	
TOTAL HEURES	NOMS	L	M	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	J	V	S	D
179	XXX 80%	RH	M	C	C	M	RH	RH	TP	C	M	M	RH	M	CD	C	M	M	RH	C	M	CD	C	M	M	RH	C	M	RH
179	XXX 80%	TP	C	M	M	RH	M	CD	C	M	RH	C	M	RH	RH	C	M	TP	RH	M	C	CD	C	M	TP	RH	M	C	CD
144,25	XX 60%	M	RH	TP	M	M	RH	RH	M	C	M	M	RH	TP	TP	M	C	M	TP	RH	C	RH	TP	RH	C	M	C	M	RH
144,25	XX 60%	M	C	M	M	RH	TP	TP	M	RH	C	M	C	M	RH	RH	M	C	M	C	M	RH	RH	M	M	C	M	RH	RH

3.2. Planning

Le terme de planning désigne le document informatif à l'attention des agents ou salariés. Il correspond à la mise en œuvre concrète, sur une période donnée (4 semaines, mois civil, trimestre, etc.), du roulement prédéfini. Il prend en compte les réalités particulières qui caractérisent la période considérée : congés payés, récupérations, formations, jours RTT au choix des salariés, absences maladies, etc.

C'est pourquoi, le planning n'est jamais identique d'une période à l'autre. Lorsqu'une trame est utilisée, le planning va être construit à travers ses modifications.

Il convient de distinguer deux versions du planning :

- **le planning prévisionnel** qui établit la répartition des postes de travail. Il permet de s'assurer la présence d'effectifs quotidiens suffisants par rapport à l'organisation des tournées, en tenant compte des absences programmées au moment de son élaboration
- **le planning réalisé** qui tient compte des absences imprévues et des aléas survenus en cours de période, tels qu'échanges de postes entre salariés, rappels de salariés en repos, etc.

Dans l'élaboration des roulements, cycles et planning, les critères les plus souvent pris en considération concernent :

- la longueur des séquences de travail, exprimées en nombre de postes successifs de même nature ;
- la fréquence de repos isolés (les salariés souhaitant souvent avoir un maximum de jours de repos groupés) ;
- la fréquence des week-ends, exprimée en nombre moyen sur la durée d'un cycle ;
- la répartition des week-ends, selon leur durée en heures ou en jours.

Extrait d'un planning prévisionnel du début du mois d'avril 2015

Année 2015		Semaine 2														Semaine 3		
		Semaine 1							Semaine 2							Semaine 3		
NOMS	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	J	V	S	D	L	M	Mer	15-avr		
	01-avr	02-avr	03-avr	04-avr	05-avr	06-avr	07-avr	08-avr	09-avr	10-avr	11-avr	12-avr	13-avr	14-avr	15-avr			
XXX 80%	TP	RH	M	M	CD	M	RH	M	M	C	RH	RH	M	C	M			
XXX 80%	C	M	C	RH	RH	TP	C	M	RH	M	C	M	M	RH	C			
XXX 60%	M	C	M	RH	RH	TP	M	M	C	RH	C	M	C	M	RH			
XXX 60%	M	TP	RH	C	M	CD	M	RH	M	M	RH	RH	CP	CP	CP			
Nbre Postes M	5	5	5	3	2	2	5	5	5	5	3	2	5	5	5	5		
Nbre Postes C	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Nbre Postes TP ou F potentiel	1	2	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1		
TOTAL POSTES pourvus	7	7	7	5	4	4	7	7	7	7	5	4	7	7	7	7		
Nbre de M satisfaisant	OK	OK	OK	OK	OK	Pb	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK		
Nbre de C satisfaisant	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK		
Nbre global satisfaisant	OK	OK	OK	OK	OK	Pb	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK		

Il prend en compte les cycles de base des agents, en incorporant les variables propres à la gestion de planning, à savoir, les périodes d'arrêts de travail connues pour le mois suivant, les congés, les récupérations d'heures.

Toute gestion de planning nécessite, de la part de l'IDEC, de mettre en place des compteurs utiles au suivi des ressources humaines internes, en permettant de s'assurer de l'équité des cycles mis en place.

Ces principaux compteurs sont les :

- nombre d'heures mensuelles réalisé
- nombre de tournées du matin réalisé
- nombre de tournées matin et soir (coupées) sur la période définie réalisé
- nombre de week-end travaillé

4. Protocoliser les interventions chez les usagers

Les prestations fournies par un SSIAD peuvent être globalement répertoriées en 5 catégories de soins.

On note, par ordre de fréquence décroissante :

- les soins d'hygiène et de confort (toilette et soins des pieds), qui concernent presque tous les usagers
- la mobilisation des personnes et l'aide aux transferts
- les soins relationnels (soutien psychologique) et éducatifs (stimulation intellectuelle, éducation de la personne et de son entourage)
- la prise en charge des problèmes d'élimination
- la réalisation ou le suivi des traitements (préparation et aide à la prise des médicaments, soins dermatologiques, pansements et prévention d'escarres)

La surveillance nutritionnelle et l'aide à l'alimentation ne concernent en revanche que partiellement les usagers pris en charge en SSIAD, ainsi que l'accompagnement en fin de vie.

Tous ces types de soins sont d'autant plus fréquents que la perte d'autonomie est importante, à l'exception des soins d'hygiène et de confort, quasi-systématiques chez les usagers dès le GIR 4 et, des soins relationnels et éducatifs, dont la fréquence décline chez les personnes en GIR 1.

Les interventions possibles des aides-soignant(e)s au domicile des usagers sont donc de nature multiple et variée, sauf à privilégier une organisation où chacun d'entre eux n'effectuerait qu'une ou deux tournées et ne connaîtrait donc qu'une proportion réduite d'usagers.

Pour favoriser une meilleure connaissance de ces derniers, nous préconisons d'établir, au-delà du plan d'intervention défini par l'IDEC, **un protocole précis d'intervention au domicile de chaque personne**. Ce mémo technique permettra à chaque aide-soignant(e) de tendre vers une reproductibilité de la pratique mise en œuvre.

Les éléments inclus dans une telle fiche technique porteront autant sur des aspects logistiques très pratiques (localisation des clés par exemple) que sur des aspects matériels (localisation des objets utiles à la réalisation des soins de nursing : serviettes, gants, etc.).

La chronologie du déroulement de l'intervention est également importante pour rythmer le temps d'intervention du professionnel.

La mise en place de cette pratique, ainsi que les échanges entre les membres de l'équipe du SSIAD pour élaborer la fiche technique, permet de percevoir, le cas échéant, des écarts de pratiques et de les recentrer ou de les adapter. Elle permet également d'identifier les dérives pouvant se produire au domicile d'un usager lorsqu'il est pris en charge depuis de très nombreux mois par la même personne, telles que : réalisation de tâches qui ne relèvent pas des activités d'un SSIAD mais d'un SAAD (préparation de petit déjeuner, vaisselle, petites courses, etc.).

SYNTHESE

- Calculer et construire une maquette organisationnelle efficiente un effectif théorique nécessaire (ETN) se situant dans les mêmes proportions que l'effectif alloué.

- Orienter préférentiellement les choix organisationnels du SSIAD sur les paramètres suivants :
 - des tournées du matin sur une amplitude horaire de 5 heures
 - des tournées du soir sur une amplitude horaire de 3 heures
 - un nombre de tournées identique au moins du lundi au vendredi et, si possible, du lundi au samedi)
 - un nombre identique de tournées pour les week-ends.
 - une proportion entre le nombre de tournées de week-end et le nombre de tournées de semaine qui ne soit pas inférieure à 50%
 - une proportion entre le nombre de tournées du soir et le nombre de tournées du matin qui ne soit pas inférieure à 33%

- Définir des cycles de travail et des roulements pour les professionnels

Chapitre 7 – Optimiser les temps de prise en charge

Au travers du chapitre précédent, un certain nombre de principes organisationnels ont été définis. Dans ce chapitre, des notions identiques pourront être abordées, mais sous l'angle de l'optimisation de la pratique elle-même.

1. Définir les temps moyens de prise en charge selon les GIR

Le propos n'est pas ici de préconiser une durée moyenne de prise en charge, mais de renvoyer cette question au sein même de chaque SSIAD.

Dans un premier temps, il est nécessaire de mesurer et d'analyser régulièrement les temps d'intervention chez les usagers. Cette mesure doit découler des outils utilisés dans le cadre des transmissions et des supports d'information, en particulier, le diagramme de soins. Sans mesure, aucune analyse n'est possible et l'efficacité des tournées ne peut être mise en œuvre.

Le rôle du secrétariat dans la collecte et le suivi de ces informations, pour les proposer ensuite à l'IDEC afin qu'elle partage ces indicateurs avec l'équipe, s'en trouve valorisé.

Cette durée, quotidienne ou hebdomadaire, devra surtout être questionnée par les membres de l'équipe. En effet, une variabilité entre les pratiques des professionnels est très souvent observée. C'est le travail de l'IDEC de valoriser le rôle des évaluations des pratiques professionnelles, sur le terrain, après une phase d'analyse réalisée en amont.

Face aux divergences observées, le recadrage des professionnels sera peut-être nécessaire afin de faire évoluer les pratiques, au bénéfice d'une organisation globale optimisée.

Enfin, cette question des durées de prise en charge devra également être questionnée au regard de l'adéquation entre les pratiques de l'équipe et la typologie d'intervention chez l'utilisateur.

2. Optimiser l'efficacité des tournées

Les échanges avec les équipes des SSIAD font apparaître qu'au-delà d'un nombre d'utilisateurs défini par tournée, la lourdeur de prise en charge rentre en ligne de compte.

Cependant, l'appréciation de la charge de travail est un sujet très complexe qui, en tout état de cause, ne se limite pas au seul GIR de l'utilisateur.

Il est ainsi possible d'évoquer plusieurs aspects qui sont à prendre en compte si on traite de l'efficacité des tournées.

2.1. La charge inhérente à chaque tournée

Cette charge de travail comprend plusieurs composantes :

- la charge physique, souvent importante dans un SSIAD (port de charges, manutentions, postures difficiles, déplacements...), dépend notamment du nombre de personnes prises en charge, de leur profil plus ou moins « lourd » et de leur répartition géographique sur le territoire ;
- la charge cognitive, liée au traitement d'informations (gestion du dossier de l'utilisateur, transmissions, etc.), aux contraintes de mémorisation (consignes, protocoles, etc.) ;
- la charge psychique, engendrée par la gestion des relations avec les utilisateurs et leurs proches, ainsi qu'avec les autres collègues du SSIAD, la confrontation à la souffrance et la mort, le stress, l'anxiété face à des risques d'erreurs, etc.

Elle est éminemment variable, en fonction de l'état de santé des bénéficiaires, lequel peut connaître des évolutions d'un jour sur l'autre, du renouvellement de ces derniers ou de la composition de l'équipe un jour donné (par exemple, si l'équipe comprend un remplaçant qui n'est pas habitué au service, un stagiaire qu'il faut former et suivre, etc.).

Dans un souci d'équilibre, certains SSIAD ont développé des outils permettant d'objectiver la charge de chaque tournée afin de pouvoir les équilibrer (cf. tableau ci-dessous).

Exemple d'outil de mesure de la charge de travail de chaque usager

Grille d'évaluation de la dépendance des usagers du SSIAD pour optimiser les tournées au bénéfice des professionnels et des usagers.

Tournée : Nom - Prénom de l'AS :

Liste des usagers	A mon avis, ce patient se situe dans le GIR suivant : indiquer de 1 à 6	Est ce que je dispose d'un aidant au domicile de l'usager ? Oui ou Non	J'ai un aidant au domicile de l'usager, il est :				L'environnement est :				Quand je sors de chez cet usager, je me sens physiquement :				Et psychologiquement, je suis :				
			Est une charge	Peu aidante	Aidante	Très aidante	Inadapté	Peu adapté	Adapté	Facilitant	Épuisé	Fatigué	Peu fatigué	Bien physiquement	Irrité	En difficulté	Serein	Epanoui	

2.2. Dispensation des soins, en lien avec les besoins des usagers

Toutes les personnes prises en charge en SSIAD doivent bénéficier de soins dispensés selon une amplitude horaire adaptée.

Dans ce cadre, le SSIAD doit d'être à l'écoute des attentes et des besoins des usagers : l'amélioration de l'efficacité des tournées et son organisation en dépendent.

Une réflexion devra nécessairement être engagée sur l'adaptation des horaires et des amplitudes de tournées, au regard des besoins de la population accompagnée.

En termes méthodologiques, ceci consistera à reprendre les éléments du chapitre développé sur l'organisation. Mais, si des horaires doivent être revus sur des amplitudes plus larges, il conviendra de tenir compte de la réglementation qui s'impose aux professionnels (durée de repos entre 2 postes de travail, amplitude des coupés, etc.).

L'objectif est de pouvoir favoriser une évolution des modalités d'action du SSIAD, pour une meilleure réponse aux besoins : amplitude des horaires d'intervention en soirée et en fin de semaine, etc. Ceci implique que l'organisation ne soit pas gravée dans le marbre, sous peine d'avoir un décalage croissant entre besoins et réponses apportées aux usagers.

2.3. Obtention d'un taux de remplissage optimal de la tournée

Les tournées doivent être jugées sur un paramètre de remplissage à 100 %.

Si les bornes de début et de fin de tournée sont fixées, si les temps de transmissions - en début ou fin de tournée - sont déterminés, l'enchaînement des prises en charge des personnes et les temps de trajets doivent permettre d'obtenir une tournée efficace à 100%.

Un outil de suivi doit permettre de juger de cette efficacité.

L'expérimentation conduite permet d'indiquer qu'une prise en compte d'une marge de l'ordre de 3 à 5 %, correspondant aux aléas normaux de l'accompagnement en SSIAD, est cependant nécessaire. Ainsi, sur une tournée de 5 heures, si l'écart entre l'heure théorique et l'heure réelle de fin de tournée est de l'ordre de plus ou en moins 15 à 20 minutes, la tournée est équilibrée.

En revanche, si la tournée finit avant, elle doit être optimisée, soit par l'ajout d'un usager pour rééquilibrage ou, par une nouvelle admission.

Par contre, si la tournée finit après, celle-ci est considérée comme « lourde » et doit être revue, en lien avec l'IDEC et l'équipe.

Exemple de tournée non efficace (il reste 1h15 de temps disponible avant midi)

				Lieu de départ de la tournée :		Heure de début de tournée	07:00
Lundi						Transmissions du matin	00:00
Tournée 1	Fréquence de prise en charge	GIR Usager	Temps de prise en charge	Commune Départ	Commune Arrivée	Temps de trajet	
Usager 1	1 fois par jour - 6 fois par semaine	3	00:30		Tassenières	00:00	07:30
Usager 2	1 fois par jour - 3 fois par semaine	2	00:30	Tassenières	Mont-sous-Vaudrey	00:14	08:14
Usager 3	1 fois par jour - 7 fois par semaine	1	00:45	Mont-sous-Vaudrey	Vaudrey	00:03	09:02
Usager 4	1 fois par jour - 7 fois par semaine	1	00:45	Vaudrey	Parcey	00:18	10:05
Usager 5	1 fois par jour - 7 fois par semaine	3	00:40	Parcey	Villette-les-Dole	00:04	10:49
Usager 6			00:00	Villette-les-Dole		00:00	10:49
				Lieu d'arrivée de la tournée :		Transmissions du midi	00:00
						Heure de fin de tournée	10:49
						Perception :	Tournée légère

2.4. La prise en compte du temps de trajet au sein des tournées

Lors de la construction des tournées, il faut analyser la part du temps de trajet, au regard de l'ensemble du temps de la tournée.

Rappelons que la proportion du temps de trajet ne doit pas excéder 15%, en moyenne, de la durée totale de la tournée, soit 45 minutes de trajet pour une tournée de 5 heures, environ.

Au-delà de ce pourcentage, la tournée doit être revue et optimisée.

Exemple de tournée à optimiser, le temps de trajet représente près de 25% du temps total de la tournée.

Lundi							Transmissions du matin	00:15
Tournée 5	Fréquence de prise en charge	GIR Usager	Temps de prise en charge	Commune Départ	Commune Arrivée	Temps de trajet		
Usager 1	1 fois par jour - 3 fois par semaine	3	00:22	Ornans	ORNANS	00:05	07:42	
Usager 2	1 fois par jour - 7 fois par semaine	3	00:32	ORNANS	CLERON	00:15	08:29	
Usager 3	2 fois par jour - 7 fois par semaine	2	00:30	CLERON	FLAGEY	00:19	09:18	
Usager 4	1 fois par jour - 7 fois par semaine	2	00:35	FLAGEY	BOLANDOZ	00:04	09:57	
Usager 5	1 fois par jour - 5 fois par semaine	2	00:40	BOLANDOZ	BOLANDOZ	00:02	10:39	
Usager 6	2 fois par jour - 7 fois par semaine	2	00:45	BOLANDOZ	AMANCEY	00:05	11:29	
Usager 7	1 fois par jour - 7 fois par semaine	2	00:30	AMANCEY	SCEY-MAISIERES	00:31	12:30	
			Lieu d'arrivée de la tournée :		Ornans	Transmissions du midi	00:20	
						Heure de fin de tournée	13:00	
						Perception :	Tournée lourde	

3. Améliorer la fréquence d'intervention chez un usager

Dans le cadre de l'optimisation des temps de prise en charge, il convient également de s'interroger sur les fréquences d'intervention chez les différents usagers du SSIAD.

Dans un contexte d'optimisation, la grille de lecture suivante peut-être proposée :

- pour un usager GIR 1 : proposition d'une prise en charge 7 jours / 7 et 2 fois par jour
- pour un usager GIR 2 : proposition d'une prise en charge 7 jours / 7 et 1 fois par jour
- pour un usager GIR 3 : proposition d'une prise en charge 5 jours / 7 et 1 fois par jour
- pour un usager GIR 4 : proposition d'une prise en charge 3 jours / 7 et 1 fois par jour

Néanmoins, chaque cas est singulier et chaque usager doit pouvoir être pris en charge dans le cadre d'une personnalisation : la prise en compte du nombre d'interventions, au regard de son GIR doit être étudiée et sa situation examinée.

Une proportion trop importante d'usagers en GIR 1 pris en charge 3 ou 5 fois par semaine doit interroger l'équipe sur l'organisation proposée, au regard des besoins de ces personnes dépendantes.

Inversement, une proportion importante d'usagers en GIR 3 ou 4 bénéficiant d'une prise en charge quotidienne 7 jours sur 7, doit également conduire à une interrogation des plans d'intervention chez ces derniers, voire conduire à une réorientation vers un SAAD.

SYNTHESE

- Mesurer et analyser régulièrement les temps d'intervention chez les usagers.
- Dans un contexte d'optimisation, proposer la grille de lecture suivante :
 - o pour un usager GIR 1 : proposition d'une prise en charge 7 jours / 7 et 2 fois par jour
 - o pour un usager GIR 2 : proposition d'une prise en charge 7 jours / 7 et 1 fois par jour
 - o pour un usager GIR 3 : proposition d'une prise en charge 5 jours / 7 et 1 fois par jour
 - o pour un usager GIR 4 : proposition d'une prise en charge 3 jours / 7 et 1 fois par jour
 - o
- Optimiser les tournées (tant en termes de remplissage que de gestion du temps de trajet sur l'ensemble du temps de la tournée)

Chapitre 8 – Piloter son activité à l'aide d'un tableau de bord

8.1. Quels indicateurs d'efficience ?

Au regard de l'ensemble du contenu de ce « guide » quelques facteurs clefs doivent être retenus comme marqueurs d'un SSIAD efficient :

- **un taux d'occupation compris entre 95% et 100%, avec une réelle prise en compte de l'anticipation des admissions**
- **la présence d'une liste d'attente, suite aux actions de communication engagées**
- **une répartition des usagers comprenant environ 60% de personnes en GIR 1 et 2 et 60% de personnes prises en charge au minimum 1 fois par jour, 7 jours sur 7**
- **Un GMP compris entre 700 et 750**

8.2. Tableau de bord

Nous avons abordé, dans les chapitres précédents, quels étaient les leviers qui pouvaient être utilisés par le SSIAD pour renforcer son efficience. Il ne s'agit pas, bien sûr, de les mettre tous en œuvre de façon simultanée, au risque de désorganiser les prises en charges effectuées.

L'ensemble des progrès réalisés pourront utilement être suivis et pilotés par l'IDEC et la Direction du SSIAD, au travers de la mise en place de tableaux de bords construits en fonction des actions prévues.

Ces tableaux de bords et les informations qu'ils contiennent pourront utilement être communiqués aux équipes, à la fois pour les associer pleinement aux actions conduites et leur montrer que celles-ci le sont dans un esprit d'équité entre agents, d'amélioration de la qualité de vie au travail et de qualité du service rendu.

Ci-après, quelques exemples de tableaux de bord qui peuvent également être présentés sous forme graphique, pour une meilleure lisibilité.

Tableau de bord Mensuel/Annuel : Activité et population

Indicateurs	Valeur cible recommandée	Valeur cible Retenue par le SSIAD	janvier	février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Taux d'occupation	Au moins 95 %													
GMP (GIR Moyen pondéré)	700-750													
Taux de couverture du territoire														
Durée de prise en charge des personnes âgées	Inférieur à 12 mois													
Pourcentage de (GIR1 + GIR2)	Au moins 60 %													
Pourcentage d'usagers pris en charge au moins quotidiennement (7j/7)	Au moins 60 %													

Suivi des temps de prise en charge par GIR

Tournées du matin :

Indicateurs	Temps moyens de prise en charge par GIR (minutes)											
	janvier	février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
GIR 1												
GIR 2												
GIR 3												
GIR 4												

Tournées du soir :

Indicateurs	Temps moyens de prise en charge par GIR (minutes)											
	janvier	février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
GIR 1												
GIR 2												
GIR 3												
GIR 4												

Tableau de bord Quotidien - Suivi des places occupées - Anticipation des admissions

Mois :

Seuil de déclenchement des admissions : %, soit places disponibles

Jour	Nombre de places disponibles	Décision d'anticipation d'une admission O/N	Observation
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Taux moyen d'occupation sur le mois :

$$\frac{(\text{Nbre de places du SSIAD} \times \text{Nbre de jours du mois}) - \text{Nbre total de places libres sur le mois}}{\text{.....}} = \text{.....}\%$$

(Nombre de places du SSIAD x nombre de jours du mois)

Remerciements

La Direction de la Performance de l'ARS et l'équipe d'ABAQ Conseil tiennent à remercier l'ensemble des acteurs ayant participé à cette expérimentation, tant pour leur disponibilité que pour la motivation avec laquelle ils ont mis en œuvre ce projet.

Nous tenons en particulier à remercier les six SSIAD ayant participé au projet, leurs directions et leurs équipes pour leur accueil :

- *Le SSIAD ADMR du Val d'Orain (39)*
- *Le SSIAD Audincourt (25)*
- *Le SSIAD de l'ADMR Vesoul (70)*
- *Le SSIAD de Quingey (25)*
- *Le SSIAD de Pont de Roide(25)*
- *Le SSIAD d'Ornans (25)*

Leur travail et leur implication ont été les éléments indispensables du succès de ce projet.

Nous remercions également vivement les membres du Comité de Pilotage dont les discussions et retours au cours des différentes réunions tout au long de ce projet témoignent de l'intérêt porté à cette expérimentation et dont la participation a permis de faire avancer les différentes actions :

- *Aude Mallais (Directrice du Centre Hospitalier d'Ornans)*
- *Philippe Meyer (Directeur du Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée de Belfort)*
- *Valérie Diatchok (Direction de la performance, ARS de Franche-Comté)*
- *Marylin Tessier et Renée Wittmann (Conseillères Techniques en soins, ARS de Franche-Comté)*
- *Jérôme Malfroy (Direction de la performance, ARS de Franche-Comté)*

*Les auteurs du rapport
Olivier Barthélémy, Lionel Jary, ABAQ Conseil*

Coordonnées des expérimentateurs

SSIAD Audincourt (25)

SSIAD pour Personnes Agées
CSI D'Audincourt et des environs
8, rue de la Mairie
25400 AUDINCURT

Directeur : Bruno Palandre
(bruno.palandre@solis-cités.fr)

SSIAD de Pont de Roide (25)

ASS Centre de Soins et SSIAD
Pont de Roide – Sancey
3 A rue de la Résistance
25150 PONT DE ROIDE – SANCEY

Directeur : Eric Vernier
(cdsi.eric@wanadoo.fr)

SSIAD Quingey (25)

SSIAD Personnes âgées
Route de Lyon
BP 5
25440 QUINGEY

Directrice : Monique Declerc
(direction-quiringey@wanadoo.fr)

SSIAD ADMR (70)

ADMR Vesoul
4, Cours François Villon
BP 40449
70000 VESOUL Cedex

IDEC Fédération de Haute-Saône
Marylène Fix
(mfix@fede70.admr.org)

SSIAD ADMR (39)

SSIAD ADMR du Val d'Orain
25 Impasse des Platanes
39120 CHAUSSIN

IDEC SSIAD Val d'Orain-Chaussin
Priscilla Vuillot
(admr22@valdorain.fede39.admr.org)

SSIAD Ornans (25)

SSIAD HL Ornans
14, rue Jean Pierre Banque
25840 VUILLAFANS

Directrice : Aude Mallaisy
(direction@ch-ornans.fr)

ARS Franche-Comté

ARS Franche-Comté
Avenue Louise Michel
25 000 BESANCON
Tél : 03 81 47 82 30

Département Appui à la performance
Valérie Diatchok (diatchok.valerie@ars.sante.fr)
Direction Offre de Santé et Médico- sociale
Marylin Tessier (marylin.tessier@ars.sante.fr)

Références bibliographiques et réglementaires

- ✓ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, relatif au temps de travail et à l'organisation du travail,
- ✓ Décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- ✓ 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.
- ✓ Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000
- ✓ Circulaire 2004-44 du 4 février 2004
- ✓ Circulaire 2006-506 du 1^{er} décembre 2006
- ✓ Optimiser les plannings et horaires du personnel soignant. Cahiers pratiques Tissot, n°14, novembre 2003
- ✓ Conseil international des infirmières. Effectifs suffisants = vies sauvées. CII, 2006
- ✓ DHOS. Diagnostic flash hospitalier. Bases de comparaison. Version 2007
- ✓ Cadre, pistes sur les ratios de personnel dans la fonction publique hospitalière, Isambart G., mai 2007
- ✓ Le temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques. Laborie H., Moisdon J-C., Tonneau D. Ministère de la santé, MeaH, Rapport final, mai 2008

