

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile en Pays de la Loire : Moyens humains et financiers, évaluation et perspectives de fonctionnement

Janvier 2007

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile constituent un maillon important de la politique de maintien à domicile et seront, dans ce cadre, amenés à se développer dans les prochaines années. Le plan "Solidarité – Grand Âge" présenté en juin 2006, prévoit en effet l'augmentation de 40 % du nombre de places en 5 ans.

L'Assurance Maladie apporte un soutien financier déterminant aux Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) : ainsi, **le financement exclusif de l'Assurance Maladie à ces services a fortement évolué, en doublant pratiquement au cours des dernières années**, pour passer de 28,26 millions d'euros en 1995 à près de 55 millions d'euros en 2005.

La réglementation relative à ces services s'est considérablement étoffée ces dernières années.

La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a tout d'abord posé les fondements de l'action sociale et médico-sociale et énoncé les principes de respect des droits et libertés individuels garantis à toute personne prise en charge.

Créés à l'origine au bénéfice exclusif des personnes âgées, les SSIAD ont vu, suite à la parution du décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 (*article D.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles*), leur champ de compétences élargi à la prise en charge des personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques invalidantes.

Ce texte a précisé les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD et prévu la reconnaissance juridique de Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) destinés à assurer une prise en charge globale des besoins de la personne.

Ces services polyvalents sont amenés à mettre en place les structures d'accompagnement et de répit (*accueil de jour, garde itinérante, accueil de nuit, autres formules innovantes*) prévues dans le plan Alzheimer et maladies apparentées 2004/2007.

Objectif de l'étude

Celui-ci est double :

- faciliter la gestion de l'offre de soins et de l'allocation de ressources par l'autorité de tarification. Il est réalisé, à cet effet, une comparaison et une analyse des coûts de fonctionnement des SSIAD de la région ainsi que des conditions de gestion des personnels ;

- mieux appréhender le fonctionnement et le rôle des SSIAD dans le dispositif de maintien à domicile en réalisant une évaluation de leur positionnement face aux changements à opérer au regard de la réglementation.

PRÉSENTATION DES SSIAD DE LA RÉGION

La région des Pays de la Loire compte 113 SSIAD pour 5 121 places dont 80 sont destinées aux personnes handicapées.

On note, entre 2000 et 2006, une augmentation de 1 016 places pour personnes âgées, représentant un taux d'évolution de + 25,24 %.

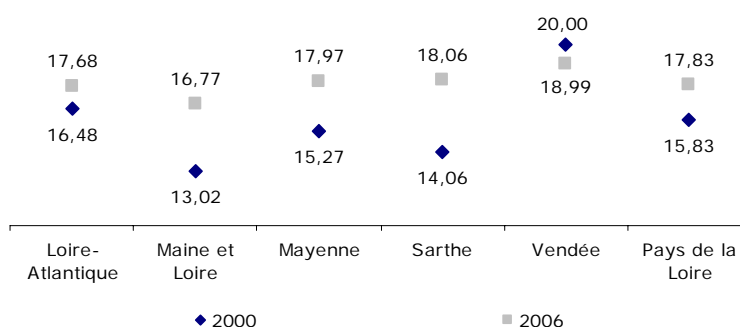
Départements	Nombre de services	Capacités autorisées et financées au 1 ^{er} juillet 2006			Taux d'évolution 2006/2000 du nombre de places
		Personnes Agées	Personnes Handicapées	TOTAL	
Loire-Atlantique	32	1 581	28	1 609	23,01%
Maine et Loire	22	1 026	0	1 026	39,40%
Mayenne	11	488	5	493	30,77%
Sarthe	18	900	7	907	41,28%
Vendée	30	1 046	40	1 086	12,89%
Pays de la Loire	113	5 041	80	5 121	27,23%

Une étude de la CRAM réalisée en 2002 présentait des taux d'équipement par rapport à la population âgée de la région très hétérogènes (*de - 15 % à + 25 % par rapport au taux moyen régional*).

En 2006, on observe une nette harmonisation de ces taux qui se situent à plus ou moins 5 % autour de la moyenne.

Cependant, deux départements restent moins bien pourvus en places de SSIAD (*la Loire-Atlantique et le Maine et Loire*).

Evolution des taux d'équipement en places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans



ANALYSE DES COÛTS DE FONCTIONNEMENT

L'analyse des coûts de fonctionnement des SSIAD de la région, réalisée à partir des dépenses figurant au compte administratif 2004, met en avant des coûts à la place relativement similaires pour quatre départements.

Il est constaté, pour la Vendée, un coût moyen inférieur à la moyenne régionale de près de 7 %.

Départements	Coût à la place en euros	
	Moyen	Extrêmes
Loire-Atlantique	11 259,57	9 410,69 - 12 947,35
Maine et Loire	10 929,96	9 622,40 - 13 313,33
Mayenne	11 147,49	9 365,95 - 13 182,34
Sarthe	11 112,60	9 654,20 - 13 222,54
Vendée	10 199,77	7 117,21 - 12 283,72
Pays de la Loire	10 929,44	7 117,21 - 13 313,33

Le contenu de ce coût à la place peut être scindé en quatre rubriques : les frais de personnel qui à eux seuls représentent en moyenne 80 % de la dotation, les dépenses d'infirmiers libéraux, les frais de déplacements et l'ensemble des autres charges qui représentent chacun plus ou moins un tiers des dépenses restantes.

La Loire-Atlantique est le département pour lequel les frais de personnel sont les plus importants (83 %).

Pour la Sarthe, a contrario, ils ne représentent que 77 % des dépenses, mais le poste des infirmiers libéraux est quant à lui le plus élevé (9 %).

Le Maine et Loire et la Vendée se caractérisent par des dépenses plus importantes en frais de déplacements.

Les frais de personnel dépendent du ratio d'encadrement présent dans la structure ainsi que du statut ou de la convention collective dont relève le personnel salarié.

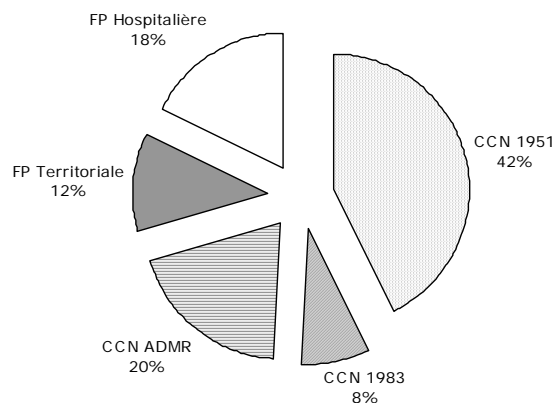
Pour les Pays de la Loire, le ratio global moyen s'établit à hauteur de 0,234 ETP/place avec un maximum à 0,245 pour la Mayenne et deux départements en deçà, la Sarthe (0,227) et la Vendée (0,224).

La répartition des effectifs par catégorie de personnel (*administratif, soins et autres...*) peut varier d'un service ou d'un département à l'autre.

	Ratios d'encadrement (Equivalent temps plein par place)			Extrêmes
	Global moyen	dont		
		Aide-soignant	IDE soins	
Loire-Atlantique	0,241	0,186	0,012	0,211 - 0,274
Maine et Loire	0,235	0,180	0,012	0,206 - 0,294
Mayenne	0,245	0,194	0,008	0,184 - 0,340
Sarthe	0,227	0,180	0,003	0,197 - 0,274
Vendée	0,224	0,182	0,002	0,182 - 0,302
Pays de la Loire	0,234	0,184	0,008	0,182 - 0,340

Au niveau des bases de rémunération, la répartition des conventions collectives ou des statuts, est différente d'un département à l'autre. Toutefois, la convention collective de 1951 reste la plus utilisée.

Répartition régionale des statuts du personnel



Concernant **les dépenses relatives aux infirmiers libéraux**, il convient de préciser que ce poste est entièrement lié aux prescriptions médicales établies par les médecins traitants. De ce fait, cette dépense est difficilement maîtrisable.

On constate que le coût à la place varie de 586 € en Loire-Atlantique à 1 010 € en Sarthe (*moyenne régionale à 718 €*) et que 96 % des actes effectués sont des actes dits "techniques". Les soins de nursing sont, en conséquence, effectués majoritairement par les aides-soignants salariés.

Les frais de déplacements regroupent les frais liés à l'utilisation de véhicules de service ou l'indemnisation des personnels pour l'utilisation de leur propre véhicule.

Une grande majorité des structures utilise des véhicules de service (*plus de 80 % sur la région*), l'association de deux modes de transport (*véhicules personnel et de service*) étant toutefois souvent rencontrée. Seulement un tiers des services n'a pas recours aux véhicules personnels dont 90 % des services qui sont régis par le statut de la fonction publique hospitalière. Le coût à la place de ce poste oscille entre 577 € en Loire-Atlantique et 784 € en Maine et Loire sachant que trois départements sont proches de la moyenne régionale établie à 666 €.

Evolution 2000-2004

Au regard de l'évolution des dépenses observées entre 2000 et 2004, le coût global moyen à la place affiche une augmentation de 12,37 % avec une hausse importante des dépenses d'infirmiers libéraux de plus de 43 %.

Les frais de déplacements ont quant à eux enregistré une baisse sensible de 0,54 %.

L'impact de la réduction du temps de travail sur les dépenses de personnel se concrétise par une augmentation du coût par poste aux environs de 3 %.

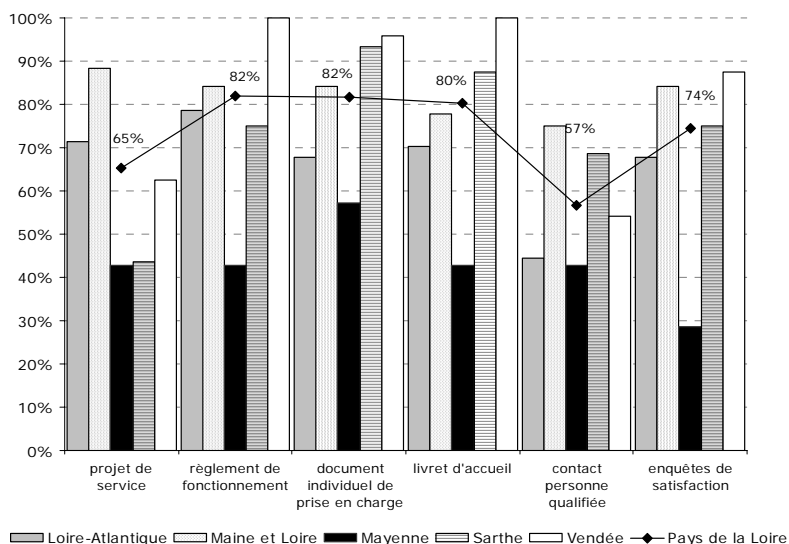
POSITIONNEMENT DES SSIAD AU REGARD DE LA RÉGLEMENTATION

Documents mis en place

Depuis la Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002, les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent élaborer un certain nombre de documents permettant de garantir, à toute personne prise en charge, l'exercice de ses droits et libertés individuels.

Ces documents sont : le projet de service, le règlement de fonctionnement, le document individuel de prise en charge, le livret d'accueil, le contact d'une personne qualifiée et l'enquête de satisfaction.

Au regard des réponses apportées par les services quant à la mise en place effective de ces documents, il s'avère que les SSIAD de la région respectent globalement assez bien la réglementation avec une moyenne de réalisation à 73 %. Toutefois, le degré de mise en place est variable d'un document ou d'un département à l'autre.



Le document individuel de prise en charge et le règlement de fonctionnement sont les items les plus répandus (82 %) contrairement à l'information sur la possibilité de contacter une personne qualifiée qui est le critère le moins bien respecté (57 %) sur la région. Une analyse plus fine du nombre de documents formalisés par chaque service montre que 30 % d'entre eux ont répondu positivement aux 6 items.

Organisation des services

Le rapport d'activité des SSIAD comprend 7 questions ouvertes qui permettent d'appréhender le fonctionnement et l'organisation des services. L'analyse de ces questions conduit au constat suivant :

- l'évaluation de la situation individuelle du bénéficiaire est souvent établie par l'infirmier coordonnateur lors de la première visite au domicile de la personne.

L'évaluation réalisée est généralement globale (*dépendance, soins, environnement...*) et certains documents peuvent être formalisés (*projet de soins, document individuel de prise en charge...*). Les documents réglementaires existants sont alors remis à la personne (*livret d'accueil, règlement de fonctionnement...*) ;

- la continuité de la prise en charge est assurée en fonction des besoins des personnes âgées ; certaines d'entre elles peuvent être suivies 7 jours/7. En dehors des heures d'ouverture, il est généralement mis en place des relais avec les autres intervenants à domicile ou des astreintes. Des procédures écrites à suivre en cas d'urgence peuvent également être remises aux personnes prises en charge ;
- les dispositifs prévus pour la prise en charge suite à des sorties d'hospitalisation se font majoritairement par des contacts avec la personne et l'hôpital, préalablement au retour à domicile. Dans la plupart des services, les admissions se font au regard des listes d'attente. Certains services indiquent conserver la place lors d'une hospitalisation de courte durée ;
- la prise en compte des situations à risque potentiel se fait principalement sur deux thèmes : la maltraitance et le risque climatique. Dans le premier cas, les signalements émanent des personnels soignants suite au passage au domicile des personnes. En fonction de la gravité, le coordonnateur informe les personnes intéressées ou établit des signalements auprès des services compétents. Pour le risque climatique, une sensibilisation des personnels, des personnes âgées et de leur famille est réalisée. Des protocoles et procédures sont également mis en place ;
- la formation du personnel est majoritairement axée sur la prise en charge et les problématiques liées à la personne âgée (*fin de vie et soins palliatifs, manutention gestes et postures, Alzheimer...*). Une partie porte également sur la gestion des services (*budget, réglementation, gestion du personnel...*). Les formations sont souvent choisies pour répondre aux besoins, aux évolutions des services et elles sont souvent en lien avec le projet de service ;
- les modalités de communication et de collaboration entre les salariés sont principalement l'institution de réunions d'équipe hebdomadaires. Les passages quotidiens au service donnent lieu également à des transmissions écrites ou orales. Au domicile des personnes, le cahier de transmission est l'outil le plus utilisé ;
- la coordination avec d'autres services est variée. Elle est fréquente avec les autres services d'aide à domicile, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les autres SSIAD, les établissements sanitaires et les infirmiers libéraux.

Evolution des services

La réglementation des SSIAD a évolué, notamment avec la parution du décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 et la circulaire ministérielle du 30 mars 2005 relative au plan Alzheimer 2004-2007.

Les SSIAD peuvent accueillir des personnes de moins de 60 ans présentant un handicap.

Ils peuvent créer des Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (*SPASAD*) qui ont, ensuite, la possibilité d'étendre leurs missions et de créer des structures d'accompagnement et de répit.

Dans la région, 14 services disposent déjà d'une autorisation d'accueil de personnes handicapées dont un service départemental de 40 places en Vendée.

55 % des SSIAD souhaitent développer leur activité par la création de places dédiées aux personnes en situation de handicap, d'une part pour faire face au besoin croissant de ce type de prises en charge, et d'autre part pour régulariser des situations déjà existantes. Le Maine et Loire et la Sarthe sont les départements les plus demandeurs.

En ce qui concerne la création de Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (*SPASAD*), aucune création n'a été sollicitée au 31 décembre 2006 dans la région.

Seulement 22 % des services souhaitent s'orienter vers la création de ce type de structure avec une forte demande de la Sarthe (47 %) et faible demande de la Loire-Atlantique (8 %).

Au regard des services proposés par les entités juridiques, on peut cependant penser qu'un certain nombre de services fonctionnent d'ores et déjà comme des *SPASAD* (50 % des structures gèrent plusieurs activités).

Pour les services intéressés par la création de structures d'accompagnement et de répit, le choix porterait principalement sur de l'accueil de jour (74 %), de la garde itinérante (31 %) et de l'accueil de nuit (11 %).

CONCLUSION - PRÉCONISATIONS

Le volet de l'étude relatif aux coûts de fonctionnement met en avant un certain nombre de différences entre les départements et entre les services. Celles-ci peuvent s'expliquer par des choix de gestion différents selon les services ou un contexte environnemental spécifique :

- le choix de la convention collective utilisée par le service a un impact sur les coûts de personnel salarié et sur les remboursements de frais de déplacements lors de l'utilisation du véhicule personnel ;

- la réalisation des soins infirmiers par des infirmiers salariés ou par des infirmiers libéraux a des répercussions sur les ratios de personnel et sur les coûts de personnel salarié. Le recours à ces deux types de personnel peut être un choix du service mais peut également dépendre des prescriptions médicales, des pathologies prises en charge, du niveau de dépendance de la population ou du contrôle effectué par les services médicaux de l'Assurance Maladie ;
- l'étendue du secteur géographique des services ainsi que la répartition des bénéficiaires sur celui-ci engendrent des coûts de transports différents.

Ces constats nous amènent à ne pas formuler de préconisations sur cette partie de l'étude qui a donc uniquement pour objet de réaliser un état des lieux des coûts de fonctionnement des services de la région des Pays de la Loire, en vue d'apporter une aide à l'autorité de tarification.

La description de l'organisation des services au travers des questions ouvertes des rapports d'activité met en évidence des modes de fonctionnement relativement similaires quel que soit le service interrogé. Une étude plus fine, au travers de questions plus ciblées, permettrait de mieux pointer les différences d'organisation et de formuler d'éventuelles préconisations sur ce point.

Pour les éléments présentés sur le positionnement des services au regard de la réglementation, certaines préconisations peuvent être dégagées :

- veiller à ce que les services appliquent les textes réglementaires quant à la mise en place des documents prévus par la loi du 2 janvier 2002 ;
- renforcer le partenariat avec les établissements de santé et les autres établissements médico-sociaux ;
- favoriser la création de places pour personnes handicapées. Pour ce faire il conviendrait de prévoir une allocation de ressources adaptée aux besoins de cette nouvelle population et de privilégier les formations spécifiques du personnel ;
- inciter à la création de *SPASAD* et de structures d'accompagnement et de répit : il faudra passer par une meilleure information du rôle de ces structures et une appropriation des textes par les services.

L'étude complète et cette synthèse peuvent être téléchargées sur le site internet : [www.cram-pl.fr/les affaires sanitaires/les publications](http://www.cram-pl.fr/les-affaires-sanitaires/les-publications)

CRAM des Pays de la Loire
2 place de Bretagne
44932 Nantes cedex 9