



Lyon, le 5 août 2015

La présidente

N° D 152696

Recommandée avec A.R.

Réf. : ma lettre n° D151883 du 5 juin 2015

P.J. : 1

Monsieur le Président,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du service des soins infirmiers à domicile du centre communal d'action sociale de Clermont-Ferrand au cours des exercices 2008 à 2013. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui le concerne, à votre prédécesseur.

A l'issue du délai d'un mois fixé par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport, accompagné de votre réponse écrite.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, auquel doit être jointe votre réponse écrite, à votre assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, je vous serais obligé de me faire connaître à quelle date ladite réunion aura lieu et de me communiquer, en temps utile, copie de son ordre du jour.

En application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur régional des finances publiques de la région Auvergne.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Monsieur Olivier BIANCHI

Président du centre communal
d'action sociale de Clermont-Ferrand
1 rue Saint Vincent
CS 51478
63013 CLERMONT-FERRAND Cedex 01

Pour la présidente empêchée,
le vice-président,

Michel Provost

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE**

**Le Service de Soins
Infirmiers à Domicile (SSIAD)
du CCAS de Clermont-Ferrand
(Puy-de-Dôme)**

Exercices 2008 à 2013

**Observations définitives
délibérées le 9 avril 2015**

SOMMAIRE

<u>1-</u>	<u>LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE- SSIAD.....</u>	<u>7</u>
1.1-	Présentation des SSIAD	7
1.2-	Les caractéristiques générales du SSIAD du CCAS de Clermont-Ferrand	7
1.2.1-	Sa capacité autorisée	7
1.2.2-	L'effectif de son personnel et la structure de son budget	10
1.3-	Le financement du SSIAD	13
1.4-	L'activité du SSIAD.....	14
1.5-	Les personnes bénéficiaires du SSIAD.....	14
1.5.1-	L'origine des patients	14
1.5.2-	La répartition des patients par sexe	15
1.5.3-	La répartition des patients par âge et catégorie	15
1.5.4-	La répartition des personnes âgées prises en charge par le SSIAD.....	15
1.5.5-	La durée de séjour des patients de plus de 60 ans	16
1.6-	Les interventions du SSIAD auprès des patients.....	16
1.6.1-	La permanence des soins ou l'amplitude des interventions du SSIAD	16
1.6.2-	La coordination autour du patient.....	17
1.6.3-	Le suivi des dossiers des patients.....	18
1.6.4-	Le contrôle de l'activité des intervenants auprès des patients du service.	19
<u>2-</u>	<u>L'ARTICULATION DU SSIAD AVEC LES AUTRES ACTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX</u>	<u>19</u>
2.1-	Les différents partenariats.....	19
2.2-	L'intervention des infirmiers libéraux	20
<u>3-</u>	<u>LE PERSONNEL DU SSIAD</u>	<u>21</u>
3.1-	Le recrutement.....	21
3.2-	L'absentéisme.....	21
3.3-	Les formations.....	22
3.4-	Les frais de déplacement.....	22
3.5-	L'évaluation du service	22
<u>4-</u>	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>23</u>
<u>5-</u>	<u>GLOSSAIRE</u>	<u>25</u>

SYNTHESE

La chambre a examiné la gestion du service de soins à domicile (SSIAD) du centre communal d'action sociale (CCAS) de Clermont-Ferrand, autorisé par l'agence régionale de santé et financé par des crédits relevant des caisses de sécurité sociale, pour une capacité de 79 places, dont 64 pour les personnes âgées, et 10 places en équipe spécialisée (ESA) au titre de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Sa zone d'intervention recouvre la ville de Clermont-Ferrand, pour la partie SSIAD et l'agglomération clermontoise, pour l'ESA.

Il a pour mission d'intervenir à domicile auprès des personnes âgées, sur prescription médicale, pour des soins infirmiers et d'hygiène, qui permettent d'éviter une hospitalisation et favorisent leur maintien à domicile.

Ses interventions sont réalisées essentiellement par des infirmières et des aides-soignantes, personnels sous statut libéral ou salarié du service.

Le SSIAD prend en charge, à domicile, des personnes de plus en plus dépendantes. Le nombre de patients de plus de 85 ans a augmenté entre 2008 (47) et 2012 (63), pour s'établir à 55 en 2013, pour 37 patients de 75 à 84 ans et 21 patients de 60 à 74 ans.

Le GIR moyen pondéré, qui est un marqueur du degré de la perte d'autonomie, est passé de 628 en 2008 à 724 en 2013.

Le SSIAD rencontre des difficultés croissantes, liées à l'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées prises en charge, facteur pris en compte dans son financement, alors que les soins infirmiers notamment pèsent plus lourdement dans son budget.

Or, la dotation allouée par l'Agence régionale de santé d'Auvergne ne tient pas compte de l'état de plus ou moins grande dépendance et des besoins en soins correspondants des différents patients du SSIAD.

Le recrutement de personnels qualifiés devient également plus problématique, en raison d'une pénurie d'aides-soignantes et de l'attraction exercée sur ces postes par les établissements hospitaliers.

Une refonte des modalités de tarification, prenant davantage en compte les profils des usagers, en termes de dépendance et d'intensité des soins infirmiers et techniques, paraît, dès lors, pour le CCAS, l'une des solutions à mettre en œuvre pour continuer d'assurer, dans des conditions préservées d'équilibre financier, une prise en charge de qualité des personnes âgées par son service de soins à domicile.

RECOMMANDATION

1. Assurer la mise en œuvre d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

La chambre régionale des comptes d'Auvergne, Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail 2014, à l'examen de la gestion du Centre communal d'action sociale (CCAS) de Clermont-Ferrand, sur la période 2007 à 2014.

Cet examen organique a été couplé avec l'enquête commune de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans ce cadre, le présent rapport d'observations définitives traite du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sur la période 2008 à 2013 et ne présentera que brièvement les caractéristiques de l'établissement public communal, dont le fonctionnement, l'ensemble des activités et la situation financière, notamment, ont été examinés dans le cadre de l'examen classique de sa gestion.

La politique gérontologique du CCAS et le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), budget annexe du CCAS, ont fait l'objet d'examens spécifiques et de rapports particuliers.

Le contrôle a été engagé par lettre en date du 13 février 2014 adressée à M. Serge GODARD alors maire en fonction de la commune de Clermont-Ferrand et président du CCAS sur la période contrôlée.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ les actions développées par le CCAS ;
- ♦ le service de soins infirmiers à domicile du CCAS ;
- ♦ l'articulation du SSIAD avec les autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- ♦ le personnel du SSIAD.

Les entretiens préalables prévus par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières ont eu lieu le 2 octobre 2014 avec Mme Françoise NOUHEN, ancienne vice-présidente du CCAS de Clermont-Ferrand représentant M. Serge GODARD, ancien maire, ancien ordonnateur du CCAS de Clermont-Ferrand, ainsi qu'avec Mme Nicaise JOSEPH, vice-présidente actuelle du CCAS, représentant M. Olivier BIANCHI, président du CCAS et ordonnateur en fonctions.

Lors de sa séance du 30 octobre 2014, la chambre a formulé des observations provisoires, qui ont été adressées à M. Olivier BIANCHI, ordonnateur en fonction, président du conseil d'administration du CCAS depuis le 4 avril 2014, et à M. Serge GODARD, ancien maire de la commune de Clermont-Ferrand, ancien ordonnateur jusqu'au 3 avril 2014, pour ce qui concerne sa gestion.

Des extraits ont également été envoyés le 12 décembre 2014 à M. Jean-Yves GOUTTEBEL, président du conseil général du Puy-de-Dôme, au titre de l'article R. 241-12 du code des juridictions financières (CJF).

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 9 avril 2015, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE- SSIAD

1.1- Présentation des SSIAD

Les SSIAD¹ assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers.

Les personnes prises en charge par les SSIAD sont des « *personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes, personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques invalidantes.* ».

Ses organismes de contrôle sont l'Assurance maladie et l'Etat, représentés par les Agences régionales de santé (ARS).

Créée dès mai 1981, cette catégorie de service a évolué notamment avec le décret du 25 juin 2004 qui prévoit également la possibilité de créer des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), exerçant à la fois les missions dévolues à un service de soins infirmiers à domicile SSIAD et celles dévolues à un service d'aide à domicile SAAD (Cf. article D. 312-7 du CASF).

Le SSIAD est un service médico-social qui apporte à domicile, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers aux personnes âgées et handicapées ; l'objectif est de prévenir et retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et d'éviter leur hospitalisation

Son statut est défini aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et de la famille (CASF) et précisé aux articles D 312-1 et suivants.

Les SSIAD sont des services qui nécessitent une autorisation (Cf. article L. 313-3 du CASF) de l'ARS, qui définit le nombre de places créées, et sont intégralement financés par les crédits de l'Assurance-maladie sous la forme d'une dotation globale (Cf. article R. 314-105 CASF).

Leurs interventions sont réalisées par des infirmières (qui représentent 15 % de leurs effectifs), des aides-soignants (75 % des effectifs), et des aides médico-psychologiques, personnels, qui sont soit des salariés des SSIAD, soit des infirmiers du secteur libéral avec lesquels les SSIAD établissent un conventionnement

1.2- Les caractéristiques générales du SSIAD du CCAS de Clermont-Ferrand

1.2.1- Sa capacité autorisée

Le SSIAD a été autorisé par arrêté préfectoral le 17 juin 1982 pour 30 places.

Le projet de service du SSIAD en relate l'évolution : « *ce service a ensuite bénéficié de deux autorisations successives d'extension : le 26 Septembre 1990 (5 places) et le 1^{er} Juin 1996*

¹ - Le décret n° 8-448 du 8 mai 1981 décrit les missions et les conditions techniques de fonctionnement des SSIAD « *l'intervention de ces services a pour objectif d'éviter une hospitalisation lors d'une affection aiguë pouvant être traitée à domicile, de faciliter le retour au domicile après une hospitalisation, de prévenir ou de retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission en établissement.* »

- Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 régit actuellement les SSIAD. Il est relatif aux « *conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.* »

- La circulaire DGAS n°2005-11 du 28 février 2005 précise le rôle de chaque catégorie d'intervenants.

(5 places). Après avis favorable du Comité régional d'organisation sanitaire et social (CROSS) en date du 6 Octobre 2003, il a obtenu une autorisation d'extension de 20 places mise en œuvre en 2004. Dans le cadre de l'accompagnement des personnes en situation de handicap 5 places lui ont été accordées en 2008 ».

Le nombre de places autorisées en 2008, soit 65 dont 60 pour personnes âgées, étendu à 69 places par arrêté du directeur général de l'ARS d'Auvergne en date du 26 décembre 2011, est passé à 79 en 2012, soit 64 pour les personnes âgées, 10 au titre de l'ESA et 5 places pour les personnes handicapées (Cf. arrêté de l'ARS du 30 octobre 2012).

La zone d'intervention de ce service de soins à domicile correspond exclusivement à la commune de Clermont-Ferrand (142 449 habitants) qui comprend 18 810 personnes âgées de 60 et 74 ans, 7 910 personnes âgées de 75 à 84 personnes et 4 510 personnes âgées de 85 ans et plus, selon les informations recueillies en cours d'instruction. En revanche, à la demande de l'ARS, l'ESA couvre le territoire de l'agglomération clermontoise (Cf. infra).

Les représentants du CCAS ont précisé que « le territoire couvert par le SSIAD est une zone urbaine, relativement étendue, présentant des difficultés de circulation à certaines heures en particulier dans le secteur du centre historique. La couverture de la ville n'est pas très importante en ce qui concerne les cabinets infirmiers qui sont souvent saturés et qui sont quelquefois très réticents à intervenir en particulier pour des soins d'hygiène chez les personnes âgées.

Les objectifs définis dans le projet de service du SSIAD de Clermont-Ferrand sont d'une part, de favoriser le maintien à domicile des personnes qui, en raison de leur état de santé, devraient en l'absence d'un tel service, recourir au placement dans un établissement spécialisé ou un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), mais aussi de rendre possible ou de faciliter le retour à domicile des personnes âgées après une période d'hospitalisation. Le service dispense des soins infirmiers, de nursing et d'hygiène, de rééducation et de réhabilitation dans le cadre de l'ESA.

Ce service assure l'exécution des soins infirmiers prescrits par le médecin traitant ainsi que les soins d'hygiène générale, de nursing et, éventuellement, de pédicurie et d'ergothérapie. Il permet également le suivi global de la personne avec le souci de la continuité des soins et de la coordination des différents intervenants, en privilégiant l'accompagnement de la personne dans son environnement. Le SSIAD s'engage à évaluer et à réajuster le service rendu à l'utilisateur par différents moyens : visites et contacts téléphoniques réguliers par les infirmières coordinatrices ».

Le SSIAD a répondu à un appel à projet de l'Agence régionale de santé ARS d'Auvergne lancé en mars 2012 et a obtenu le label ESA², le 30 octobre 2012, pour une capacité de 10 places (Cf. arrêté de l'ARS du 30 octobre 2012).

La création d'équipes spécialisées pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées constituait la mesure n° 6 du plan Alzheimer 2008-2012. Ces équipes spécifiquement formées, afin de prendre en charge les patients atteints de maladies neurovégétatives ont été intégrées au sein de SSIAD.

Pour l'ESA intégrée au SSIAD de Clermont-Ferrand, la montée en charge de l'activité a été retardée par les difficultés de recrutement de l'ergothérapeute, référent de ce dispositif, qui

² Il s'agit de prescriptions médicales de soins pour une durée de trois mois, afin d'améliorer l'autonomie de ces patients dans les activités de la vie quotidienne. L'objectif était d'atteindre 500 ESA fin 2012, et des appels à projets ont été lancés par les ARS sur le territoire national. En 2011, 159 ESA étaient installées et 236 ESA étaient ouvertes en 2012.

n'a pris ces fonctions qu'en septembre 2013, ce qui explique le petit nombre de patients pris en charge en 2013.

L'ESA intervient sur Clermont-Ferrand et son agglomération, soit au-delà du seul périmètre communal. Mais ce ressort territorial extra-communal n'a pas d'impact sur le budget du CCAS, notamment pour les ressources en provenance de la ville, sous forme de subvention, puisque le financement est assuré intégralement par des crédits d'Etat.

En 2013, 26 personnes ont bénéficié de la prise en charge par l'ESA, ce qui peut paraître peu en regard des indicateurs indiqués par la CNSA, dans son rapport d'activités 2011, (publié en octobre 2012), qui donne une moyenne de 52 patients en année pleine, pour une durée moyenne de prise en charge d'environ 13 semaines mais qui s'explique par un démarrage réel de l'activité en 2013 lié au recrutement d'une psychomotricienne seulement en septembre 2012.

Comme cela est précisé dans le projet de service du SSIAD, *« rattachée au SSIAD, l'activité de l'équipe spécialisée sera à terme basée sur une file active de 30 personnes bénéficiant, sous prescription médicale, de soins de réhabilitation »*.

Ces prises en charge ont lieu en semaine et sont réparties sur 1,5 ETP d'assistants de soins en gérontologie, 0,75 ETP de rééducateur et 0,50 ETP d'IDE. Les interventions se déroulent sur 12 à 15 séances avec une fréquence de une à deux fois par semaine. Les personnels travaillent sur un horaire de journée de type 9h00-12h30 / 13h30-17h, les horaires pouvant être revus suivant les besoins du service.

Ce dispositif s'inscrit dans la volonté du SSIAD à soutenir et valoriser les capacités restantes des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées à un stade léger ou modéré de la maladie par des activités de réhabilitation de façon à préserver leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne mais aussi, apporter un soutien aux aidants ».

Le budget de l'ESA pour 2013 a été de 150 170 €, soit un montant alloué de 15 000 € à la place. Celui du SSIAD pour 2014 a été de 874 997,10 € pour la prise en charge des personnes âgées et de 151 732,15 € pour les 10 places ESA.

A la date du 1^{er} septembre 2014, 69 patients étaient pris en charge par le SSIAD, pour une durée moyenne de 290 jours, soit 9 mois, et 29 usagers pour l'ESA.

A la date du 20 mai 2014, le CCAS indiquait une liste d'attente de 20 personnes pour l'ESA. En septembre 2014, cette liste d'attente se serait limitée à 9 personnes.

L'effectif global des personnes prises en charge par le SSIAD, entre 2008 et 2013, est passé, de 112 à 148 personnes, toutes catégories confondues, équipe spécialisée Alzheimer ESA incluse pour l'année 2013, et a connu une augmentation de 32 %, due en grande partie à cette extension de capacité liée à l'ESA.

Concernant les seules personnes âgées, en 2008, 99 patients ont bénéficié des prestations du SSIAD (soit un taux d'activité de 93,24 %). Elles ont été 118 en 2009 (120 usagers au total soit une activité sur l'année de 95,62 %), et 113 en 2013 (sur un total de 122 prises en charge, 9 personnes ayant moins de 60 ans), soit un taux d'activité de 95,83 %, et 26 en ESA, soit 259 interventions au domicile de ces patients. (Cf. Rapports d'activité 2009 à 2013 du SSIAD).

En 2013 le SSIAD a pris des patients de plus de 60 ans beaucoup plus dépendants, le GIR³ moyen pondéré pour l'année 2013 s'établissant à 724,92 (contre 715 en 2012, et 728 en 2011). Le GIR moyen pondéré indique le niveau moyen de dépendance. Plus il est élevé, plus la dépendance est elle-même élevée.

De ce fait, les prises en charge sont plus précaires, selon le SSIAD, car de très courte durée parfois, compte tenu de l'état de santé des patients, qui contraint à mettre fin à l'accompagnement du SSIAD en raison d'une hospitalisation, d'un décès ou d'une entrée en établissement d'hébergement (EHPAD).

Les soins sont dispensés 7 jours sur 7, dimanche et jours fériés compris, de 1 à 3 fois par jour, selon les besoins de la personne. La durée moyenne de prise en charge ne serait pas spécifiée, lors de la prescription médicale, sauf soins techniques infirmiers spécifiques.

Le SSIAD a indiqué, à titre d'illustration, que la durée moyenne de la prise en charge des patients sortis entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} septembre 2014 a été de 290 jours, soit 9 mois.

Deux autres services de ce type interviennent sur ce secteur urbain clermontois : celui de la Mutualité et celui du service social de l'entreprise Michelin (à noter que 32 services d'aide à domicile, SAAD, tous statuts confondus, interviennent également en matière de soutien au maintien à domicile).

Le CCAS a précisé que la couverture du territoire clermontois en cabinets infirmiers paraissait insuffisante, ces cabinets étant souvent saturés.

Le CCAS estime à 100 le nombre de demandes qu'il n'a pu satisfaire en 2013, contre 129 en 2008, 168 en 2010 et 123 en 2012.

Enfin, le CCAS a précisé que *« compte tenu des demandes non satisfaites enregistrées chaque année par le CCAS on peut considérer que le nombre de places n'est pas suffisant pour répondre aux besoins du territoire. Par ailleurs, la dotation octroyée au service par l'ARS, en particulier en ce qui concerne les soins techniques, ne permettent pas toujours de répondre aux demandes de personnes nécessitant des soins infirmiers réguliers (par exemple les personnes diabétiques). La question du financement des SSIAD est au cœur de cette problématique »*.

1.2.2- L'effectif de son personnel et la structure de son budget

Le personnel du SSIAD du CCAS comprenait 17 salariés en 2008, soit 15,83 équivalent temps plein (dont 13 personnel soignant), contre 21 en 2013, soit 19,60 ETP (dont 16,50 personnel soignant).

³ Cf. les définitions dans le glossaire en fin de rapport.

Personnel du SSIAD y compris l'ESA (nombre de postes aux cadres d'emploi)

	Effectif salariés				Intervenants extérieurs			
	2008		2013		2008		2013	
Catégorie professionnelle	nbre	ETP	nb	ETP	nbre	ETP	nbre	ETP
Directeur								
secrétaire	1	1	1	1				
comptable								
infirmier coordonnateur	2	1,50	1	(0,7+0,3)				
Autres (responsable + cadre santé)	1	0,33	2	1,10				
TOTAL I personnel administratif	4	2,83	4	3,10				
Infirmier DE								
Aide-soignant	13	13	16	15,50				
Aide médico-psychologique								
Ergothérapeute (rééducateur)			1	1	vacation		vacation	
Psychologue							vacations	
Pédicure-podologue								
Autres								
TOTAL II personnel soignant	13	13	17	16,50				
TOTAL SSIAD	17	15,83	21	19,60				

Personnel dédié à l'ESA (Nombre de postes aux cadres d'emploi)

	Effectif salariés				Intervenants extérieurs			
	2008		2013		2008		2013	
Catégorie professionnelle	Nbre	ETP	Nbre	ETP	Nbre	ETP	Nbre	ETP
Directeur								
Secrétaire								
Comptable								
infirmier coordonnateur			1	0,30				
Autres								
TOTAL I personnel administratif			1	0,30				
Infirmier DE								
Aide-soignant			2	1,50				
Aide médico-psychologique								
Ergothérapeute (psychomotricien)			1	1				
Psychologue							vacations	
Pédicure-podologue								
Autres								
TOTAL II personnel soignant			3	2,50				
TOTAL ESA			4	2,80				

Le CCAS a précisé que l'activité déployée par l'ESA repose sur un véritable travail d'équipe pluridisciplinaire au service de l'usager. Les compétences particulières développées par les ASG (assistantes de soins en gérontologie) en matière de soins de réhabilitation sont complémentaires des compétences des IDE dans le cadre d'une prise en charge globale des usagers.

Il convient de noter que la quotité de travail des agents est en principe de 80 %, avec possibilité de travailler à la hauteur d'un temps complet à 100 %, les heures dites « complémentaires » étant rémunérées au tarif horaire standard, sans majoration. C'est le même système qui est appliqué pour le service d'aide à domicile, où tous les agents (titulaires et non-titulaires) sont recrutés pour une quotité de temps de travail de 80 %. Les agents à 80 % disposent ainsi d'une journée libre par semaine ou travaillent à 100 % suivant leur choix et les besoins.

Les agents du SSIAD sont recrutés à 100 % mais peuvent bénéficier d'un temps partiel à leur demande.

Selon l'ordonnateur, la spécificité des prises en charges, qui conduit à un horaire « coupé » incite à préférer avoir plus de salariés à 80% que de personnel à 100 % de temps de travail dans le but de faciliter l'organisation du service.

En effet, le SSIAD est un service où tout le personnel est mobilisé aux mêmes heures (pour le lever, la toilette, le coucher...), alors que durant l'après-midi, l'activité est réduite.

Disposer de personnes à 80 % permet de recourir à une ou deux personnes supplémentaires, afin de pallier les urgences.

Le montant du forfait journalier alloué au SSIAD s'élève à 36,12 € en 2013, pour un budget de 909 721 € (dont une masse salariale de 839 208 €).

Le projet de budget pour 2014 retenait une activité de 69 places sur 365 jours, soit 25 185 journées et un montant de dépenses de 927 113,00 €, ainsi répartis :

- ♦ groupe I : dépenses afférentes à l'exploitation (carburant, fournitures médicales, blanchissage, remboursements de frais), soit 45 260,00 € ;
- ♦ groupe II : dépenses afférentes au personnel (intervenants médicaux, infirmiers), soit 839 855 € pour les effectifs suivants : 0,10 ETP responsable du service ; 1,70 ETP d'infirmières ; 14 ETP auxiliaires de soins et 1 ETP rédacteur territorial.

Le CCAS a précisé que, dans le cadre de l'élaboration de ce budget, il a souhaité obtenir « une somme de 130 000 € pour la prise en charge des patients nécessitant des soins réalisés par les infirmiers libéraux, qui correspondent à des personnes souffrant de maladies chroniques, de lourdes pathologies ou en fin de vie » et qui tient compte également « du surcoût dû à l'augmentation des tarifs : actes médico-infirmiers, coût des prises de sang et du coût des déplacements »

Il estimait également à 20 017,40 € le coût lié aux remplacements.

- ♦ groupe III : dépenses afférentes à la structure (locations immobilières, entretien matériel et outillage, assurances, études et recherches, dotations aux amortissements) : 41 998 €, en augmentation de 20,82 % par rapport à 2013, notamment en raison de la réalisation de l'évaluation externe du SSIAD.

Pour financer l'ensemble de ces dépenses, le SSIAD a demandé une dotation de 927 113,00 €, dont 3 920 € de crédits non reconductibles pour la réalisation de l'évaluation externe.

Le budget sollicité pour 2014, pour 69 places, conduisait ainsi à un montant de 36,81 € par jour, soit 13 436,42 € par place (927 113 € pour 25 185 journées).

En section d'investissement, le budget prévisionnel 2014, commun au SSIAD et à l'ESA, a été proposé pour un montant de 16 300,00 €, comprenant notamment l'acquisition d'un véhicule et des travaux pour 3 000 €.

Un parc automobile de 12 véhicules de service est alloué à l'équipe du SSIAD pour faciliter les déplacements des professionnels. Un véhicule de service est alloué à l'équipe de l'ESA, un deuxième devait être alloué en 2014.

La dotation obtenue de l'ARS pour 2014 (Cf. la décision n° 202 du 11 août 2014) a été de 874 997,10 € pour les personnes âgées (63 990,23 € pour les personnes handicapées), et de 151 732,15 € pour l'ESA. Etant précisé que des crédits non reconductibles ont été accordés pour compléter la dotation annuelle, et que l'ARS a accédé aux demandes de crédits supplémentaires pour la prise en charge de patients, dont l'état exige des soins techniques plus exceptionnels.

1.3- Le financement du SSIAD

Le forfait journalier était :

- ♦ en 2009, de 33,11 €, pour un budget exécutoire de 787 665 € et une masse salariale de 609 553 € ;
- ♦ en 2010, de 33,48 € (budget exécutoire : 796 445 € ; masse salariale : 648 090 €) ;
- ♦ en 2011 de 34,86 € (budget exécutoire : 829 165 € ; masse salariale : 662 384 €) ;
- ♦ en 2012, de 34,73 € (budget de 874 824 € ; masse salariale : 818 847 €).

Entre 2009 et 2013, le forfait journalier est donc passé de 33,11 € à 36,12 €, soit une croissance de 9 %, la masse salariale a progressé de 37,67 % et les dotations de l'ARS de 6,7 %. Mais la hausse de ces dotations est liée surtout aux extensions de capacité successives.

Au compte administratif 2013, les dépenses réalisées se sont élevées à 999 982,94 €, pour des recettes légèrement supérieures, de 1 078 605,84 €, soit un excédent de recettes de 2 886,48 €.

Selon l'ordonnateur, la situation financière du SSIAD est très contrainte et oblige à une gestion rigoureuse des prises en charge, laquelle ne correspond pas toujours aux besoins des usagers et à ses missions, dans le cadre du maintien à domicile. Il semblerait que le mode de financement (dotation globale et un seul et même forfait journalier par patient) constitue un frein à l'expansion du SSIAD, dans la mesure où il ne tient pas compte du profil des usagers et en particulier de leurs besoins en soins techniques.

Les difficultés sont surtout liées aux actes infirmiers. L'infirmière coordinatrice (IDEC) suit le coût des actes infirmiers tout au long de l'année, afin de répondre au mieux aux demandes formulées, tout en restant dans l'enveloppe budgétaire allouée.

L'équilibre financier est atteint par une gestion des prises en charge, selon un tableau de bord établi à partir des exercices précédents et de la dotation obtenue. Mais des dotations complémentaires non reconductibles sont souvent notifiées trop tardivement et ne permettent pas véritablement d'ajuster les entrées en évitant de dégager des excédents.

Le SSIAD effectue un suivi mensuel de la facturation des actes infirmiers, avec une projection estimée au 31 décembre de l'année, afin de rester dans les limites de l'enveloppe budgétaire allouée. Cela induit une régulation des entrées en fonction du coût projeté des soins infirmiers. Cela contraint donc le service à ajuster les prises en charge avec les possibilités budgétaires.

Un suivi du personnel est assuré au quotidien, afin d'optimiser le temps de travail disponible. Le personnel IDEC, la responsable de service et la collaboratrice administrative sont mutualisés entre le SSIAD et l'ESA.

Le CCAS a précisé qu'il négociait le coût des actes avec les IDE libéraux, dans la mesure où la cotation n'est pas inscrite dans la nomenclature (préparation des médicaments, etc.) et indiqué qu'il lui « *paraîtrait intéressant d'avoir une dérogation afin que les facturations IDEL soient réglées directement par les caisses d'assurance maladie, dans le cadre des patients pris en charge conjointement avec PALLIADÔM. Cela nous permettrait de répondre plus favorablement à ces demandes spécifiques liées à des fins de vie à domicile et notamment au cours du 2^{ème} semestre (lorsque l'enveloppe de soins IDEL est en grande partie consommée)*⁴ ».

⁴ Cf. Rapport d'activité du SSIAD exercice 2013, page 7.

Pour le financement de l'équipe spécialisée ESA (10 places), le budget 2013 du SSIAD a été abondé de 150 170 €, dont 75 850 € pour le montant de la masse salariale effective.

1.4- L'activité du SSIAD

L'activité en 2012 et 2013 est stable et le taux d'occupation est supérieur à 95 %. Le nombre de sorties est en diminution, ce qui naturellement limite en contrepartie le nombre d'entrées dans le service, ce qui laisse supposer une durée de prise en charge des patients qui s'allonge.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de journées réalisées	21 044	22 687	23 069	22 014	24 381	24 135
Nombre de journées théoriques	22 570	23 725	23 725	23 725	25 254	25 185
Nombre d'entrées	45	65	58	67	79	56
Nombre de sorties	108	105	116	145	136	114
Taux d'occupation prévisionnel	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Taux d'occupation réalisé	93,24 %	95,62 %	97,23 %	92,79 %	96,54 %	95,83 %

Le SSIAD a précisé que jusqu'à présent, l'ARS lui a versé des crédits non reconductibles pour la prise en charge de « cas lourds ».

Traitement des demandes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de demandes non satisfaites	129	137	168	108	123	100
- par manque de places	79	42	54	11	4	46
- charge de soins insuffisante	4	0	6	22	7	6
- soins trop importants	25	15	19	16	8	1
- autres motifs	21	80	89	59	104	47

Le nombre de demandes non satisfaites diminue, mais en 2013, 46 personnes n'ont pas pu être prises en charge en raison de la saturation du service.

1.5- Les personnes bénéficiaires du SSIAD

1.5.1- L'origine des patients

Dans la grande majorité des cas, ce sont les familles elles-mêmes qui prennent contact avec les services de maintien à domicile du CCAS, voire directement avec le SSIAD.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
HAD					7	6
SSR/MCO						
USLD/EHPAD						
Médecin de ville					1	
Autre						

Le plus souvent, l'IDEC est saisie d'une demande d'intervention du SSIAD par la famille ; elle procède à l'évaluation du besoin au domicile de la personne et demande ensuite l'accord du médecin traitant, toujours favorable à la mise en place du service auprès de son patient.

Ce tableau n'a pas pu être renseigné en détail par le CCAS, qui a fait valoir que peu de médecins généralistes sont à l'origine de la 1^{ère} demande en SSIAD, ceci malgré les mailings réguliers qu'il leur adresse portant sur les services à domicile du CCAS.

Les hospitalisations à domicile sont, selon l'ordonnateur, trop lourdes pour le SSIAD.

Provenance des patients de l'ESA	2012	2013
HAD		0
SSR/MCO		0
USLD/EHPAD		0
Médecin de ville		3
Autre		50

La majorité des patients sont orientés par la MAIA, les EHPAD, les accueils de jour, le dispositif Escalé, comme le montre la rubrique « *autre* » du tableau ci-dessus.

1.5.2- La répartition des patients par sexe

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Femmes	72	90	83	87	81	78
Hommes	27	30	42	39	56	44
Total	99	120	125	126	137	122

La prise en charge de patients de sexe masculin a eu tendance à croître, celle des patientes accusant un mouvement inverse : en 2008, elles représentaient 72 % de ces prises en charge contre 27 % pour les hommes. En 2013, elles représentent 64 % contre 36 %.

1.5.3- La répartition des patients par âge et catégorie

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation 2008/2013
Personnes âgées > 60 ans	98	118	119	121	128	113	+ 15 %
Personnes handicapées < 60 ans	1	2	4	4	4	5	
Personnes adultes < 60 ans	0	0	2	1	5	4	
Total patients année N	99	120	125	126	137	122	+ 23 %

Une augmentation du nombre de patients âgés de 60 à 74 ans, depuis 2012, peut être constatée. Le nombre de patients âgés de plus de 85 ans commence à décroître en 2013, après avoir augmenté régulièrement entre 2009 et 2011 et s'être stabilisé en 2012 (Cf. tableau ci-dessous).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation 2008/2013
Nombre de patients de 60 à 74 ans	13	13	16	12	24	21	+ 61 %
Nombre de patients de 75 à 84 ans	38	46	42	46	41	37	-2 %
Nombre de patients de plus de 85 ans	47	59	61	63	63	55	+17 %

1.5.4- La répartition des personnes âgées prises en charge par le SSIAD

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation
GIR 1	8	5	3	12	9	10	+ 25 %
GIR 2	29	32	24	46	42	36	+ 24 %
GIR 3	15	18	38	46	62	56	+ 273 %
GIR 4	46	62	53	17	15	11	-76 %
GIR 5	0	1	1	0	0	0	
GIR 6	0	0	0	0	0	0	
Personnes âgées de + de 60 ans (PA)	98	118	119	121	128	113	+ 15 %

Le nombre de patients classés en GIR 3 connaît depuis 2011 une forte augmentation. A un moindre degré, il en va de même pour les patients classés en GIR 2.

Corrélativement, moins de places sont dès lors disponibles pour des patients classés en GIR 4, moins dépendants, dont le nombre décroît fortement. Cela traduit un alourdissement des charges de soins assurées par le SSIAD.

Le classement en GIR est réévalué, d'une part, lors des visites à domicile des IDEC et, d'autre part, chaque fois que la situation du patient évolue. L'évolution du GIR moyen pondéré (GMP) est retracée dans le tableau ci-dessous.

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013
GMP	628	594	595	728	715	724

Le SSIAD prend des patients beaucoup plus dépendants ; ces prises en charge s'avèrent très précaires, note-t-il, car elles peuvent être de courte durée, compte tenu de l'état de santé des patients, ce qui conduit à la fin de l'accompagnement à domicile avec entrée en EHPAD, hospitalisations, décès. Cela entraîne donc un turn-over important pour le service. Mais comme le montre le tableau suivant, cela entraîne aussi une durée de prise en charge des patients plus longue.

1.5.5- La durée de séjour des patients de plus de 60 ans

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Moins de 3 mois	17	25	30	33	37	32
De 3 à 6 mois	21	28	19	22	19	13
de 6 mois à un an	11	20	14	17	33	17
de 1 an à moins de 2 ans	23	16	27	17	16	24
Plus de 2 ans	26	29	29	32	23	27

Lorsqu'un usager est hospitalisé, le service lui garde sa place, si sa sortie d'hôpital est prévisible dans les 15 jours/3 semaines. Au-delà, la place est réaffectée tout en gardant un lien avec le service hospitalier, le patient et la famille, afin de pouvoir ajuster la sortie de la personne avec les disponibilités du service. Ce tableau montre que les prises en charges par le SSIAD durent plus longtemps.

1.6- Les interventions du SSIAD auprès des patients

1.6.1- La permanence des soins ou l'amplitude des interventions du SSIAD

Le service intervient pour l'essentiel à domicile. Le SSIAD n'intervient en établissement que dans le cadre de logements-foyers ou de résidence services. Cette activité est très marginale par rapport à l'activité générale du service.

La part des bénéficiaires à domicile aidés et non aidés ne fait pas l'objet d'un suivi et d'un indicateur particulier.

Comme rapporté *supra*, le SSIAD intervient 365 jours/an et les plages horaires journalières d'intervention vont de 7h à 21h en semaine et le week-end de 8h00 à 20 h.

Il assure des soins de nursing avec prévention d'escarres, mise au fauteuil, etc., à des personnes très dépendantes ou grabataires. Il assure des couchers plus tardifs, assure des soins de confort et d'accompagnement pour le patient et son aidant dans le cadre des soins palliatifs.

Le service intervient de 1 à 3 fois par jour, selon les besoins de la personne, ses souhaits et les possibilités de son entourage et du service lui-même.

Le rythme de travail s'organise avec une coupure quotidienne pour les aides-soignants de 12h à 17h, du lundi au vendredi, et de 12h à 16h30 le week-end.

Le SSIAD a mis en place 3 tournées : l'une, de 7h à 12h et de 17h à 19h ; la seconde de 8h à 12h et de 17h à 20 h, et enfin une tournée est effectuée en continu du lundi au vendredi de 14h à 21h.

Le SSIAD travaille en lien avec les infirmiers libéraux, avec lesquels il a signé une convention.

Il n'y a pas d'équipe affectée aux remplacements, ceux-ci sont gérés le plus possible en interne. Le CCAS a précisé qu'un poste mobile d'aide-soignant avait été créé et affecté à 50 % sur le SSIAD, afin de pallier les absences éventuelles ; toutefois, le titulaire de ce poste est actuellement en arrêt maladie et n'a pas jusque-là pu être remplacé, faute de candidatures d'aide-soignant.

Le SSIAD veille à prévenir et à déceler les situations de maltraitance, par une vigilance de ses équipes, l'observation sur le terrain et la transmission des informations.

Il participe à la prévention en matière de risques climatiques (canicule, alertes), nutritionnels, mais veille aussi liés à la prévention des risques de manutention pour les auxiliaires de soins, avec l'intervention de l'ergothérapeute du service.

1.6.2- La coordination autour du patient

Pour préserver la qualité et l'efficacité du service rendu, le SSIAD, qui fait partie d'un réseau de soins, joue un rôle de coordination et de conseils auprès des personnes âgées, qui s'adressent à lui, veillant à ne pas laisser sans réponse des personnes en situation fragile. Lorsque l'évaluation de l'état de la personne est faite par l'IDEC, suite à la demande d'intervention, les besoins sont évalués par rapport à une prise en charge globale. L'infirmière peut ainsi être amenée à préconiser ou coordonner l'intervention d'aides à domicile. Le service n'a cependant pas d'outil permettant de suivre cet indicateur.

Concernant les personnes prises en charge, une évaluation des interventions est faite très régulièrement et le service est réajusté en fonction de l'évolution des besoins des usagers.

Pour les personnes en sortie d'hôpital, le service prépare cette sortie en amont avec le personnel hospitalier et tout particulièrement les assistantes sociales (date de sortie, état de santé du patient, point sur les besoins d'autres services que le SSIAD, etc.) pour assurer une prise en charge globale de la personne. Il s'agit de demandes traitées en urgence et prioritaires.

« Le SSIAD s'efforce d'avoir une intervention concertée lorsque l'utilisateur bénéficie d'autres services à domicile ; cette concertation est facilitée lorsque c'est le SSAD du CCAS qui intervient, dans le cadre d'une réunion hebdomadaire de coordination. Il s'agit de concilier à la fois les horaires d'intervention (quelquefois horaires communs pour permettre un travail en binôme), les tâches réalisées, les jours afin d'assurer la continuité... La transmission d'informations entre les services permet également d'avoir un langage commun avec les aidants. Le SSIAD peut s'appuyer sur les structures de répit du CCAS (accueils de jour, Escalé), ainsi que les actions de formation des aidants. Le cahier de liaison mis en place à titre expérimental auprès des bénéficiaires du SSIAD et du SSAD du CCAS en lien avec le Conseil Général est aussi un bon outil de coordination ».

Chaque fois que cela est nécessaire le SSIAD demande la mise en place d'un équipement spécifique, tel un lit médicalisé, un lève-malade. La mise en place de l'équipement est souvent le préalable à l'intervention du service.

Le SSIAD est aidé dans cette tâche par l'intervention régulière dans le service d'un ergothérapeute.

La coordination et la prévention sanitaire chez les patients est effectuée par les IDEC. Elle se fait dès l'évaluation des besoins dans le souci d'une prise en charge globale de la personne aidée et se poursuit tout au long de l'intervention.

1.6.3- Le suivi des dossiers des patients

Les aides-soignants ont l'habitude de tracer les informations, aussi bien sur les documents internes que sur ceux qui se trouvent au domicile.

Les transmissions se font donc par écrit, à domicile, sur le dossier de soins, qui est un outil commun aux différents intervenants du domicile : SSIAD, médecin, IDE, kinésithérapeute, aide à domicile, famille.

Une procédure est également prévue pour les signalements concernant l'évolution de l'état de santé du patient.

Il existe 2 dossiers pour les patients du service de soins :

- ♦ Un dossier au domicile de la personne, sur lequel sont notées les transmissions des aides-soignants et des autres intervenants : médecin, IDEL, aide à domicile, familles pour lesquelles il sert de lien ;
- ♦ Un dossier conservé dans le service avec toutes les informations utiles concernant l'usager :
 - une partie informations générales et de santé : état civil, âge, informations médicales connues, fréquence d'intervention, prise en charge globale avec le nom des différents intervenants, les traitements – qui les prépare, qui les donne – le matériel mis en place ;
 - une partie indiquant les soins personnalisés, la mobilité de la personne, les objectifs de prise en charge, les feuilles de transmission (AS, IDEC, ergothérapeute), la fiche de suivi du poids relevé 1 fois/mois, les prescriptions médicamenteuses.

L'IDEC référente de l'usager prend en compte l'évolution de son état de santé à travers les transmissions quotidiennes des aides-soignants et les informations partagées lors de la réunion hebdomadaire de synthèse avec l'ensemble de l'équipe.

L'IDEC intervient auprès de la famille et du médecin traitant. C'est le professionnel qui permet de réajuster la fréquence des interventions et de revoir, le cas échéant, la prise en charge dans sa globalité.

Dans son rapport d'activités 2013, le SSIAD mentionne l'existence d'un dossier de liaison initié par le département du Puy-de-Dôme, mis en place à compter de novembre 2012 et jusqu'à juin 2013, dans le cadre d'une expérimentation en collaboration avec plusieurs fédérations de services à domicile. Le SSIAD y a participé pour les patients qu'il a en commun avec le SAAD : 27 dossiers ont été mis en place à domicile pour 2013, dans ce cadre expérimental.

1.6.4- Le contrôle de l'activité des intervenants auprès des patients du service

L'activité des aides-soignants est contrôlée par les IDEC de plusieurs façons :

- ♦ par le suivi d'une tournée sur le terrain 1 fois/mois ;
- ♦ par l'intermédiaire des transmissions écrites et orales quotidiennement ;
- ♦ par le contact régulier avec les familles.

L'activité des infirmières libérales (IDEL), avec lesquelles le SSIAD a signé une convention, est suivie à travers les transmissions des aides-soignants.

Les plannings sont élaborés avec l'aide d'un logiciel spécifique au SSIAD et à l'ESA distribué par la société DICSIT.

2- L'ARTICULATION DU SSIAD AVEC LES AUTRES ACTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

2.1- Les différents partenariats

Comme cela a déjà été évoqué *supra*, le SSIAD travaille en étroite collaboration avec le CLIC, la MAIA, les structures d'hospitalisation à domicile HAD, de soins palliatifs, ainsi que les assistantes sociales des équipes APA du département et de l'hôpital, chaque fois que cette collaboration s'avère nécessaire pour la qualité de prise en charge de l'usager. Les interventions du SSIAD se réalisent aussi en lien avec les autres acteurs du maintien à domicile (SAAD, EHPAD, médecine libérale, réseau de santé).

En premier lieu, le service travaille en partenariat étroit avec le médecin traitant par rapport au suivi de l'état du patient et ses modalités de prise en charge. Mais Il intervient également en transversalité avec les différents services de maintien à domicile : les SSAD, le service de portage de repas et celui de téléalarme, la garde du soir, l'aire urbaine couverte facilitant cette coordination.

Le CCAS a précisé sur ce point que « *Le SSIAD communique largement sur ses activités auprès du réseau de santé. Il participe au réseau UNA et, à ce titre, côtoie un certain nombre de services à domicile. Dans le cadre de l'activité de l'ESA, il participe à des réunions de coordination avec le CLIC et la MAIA ainsi que les autres ESA du département dans le cadre d'un partage d'expériences. Le SSIAD est en lien avec la MAIA dans le cadre de l'activité de l'ESA pour la mise en place de soins de réhabilitation auprès de personnes déjà suivies par la MAIA ou en relais suite à une prise en charge ESA. Il peut également faire un signalement à la MAIA sur des situations problématiques rencontrées dans le cadre du SSIAD.*

Il est en lien permanent avec les médecins libéraux des usagers du service et participe à leur information concernant le dispositif ESA. Il suit également ses usagers dans leur parcours de vie, en particulier lorsque l'entrée en EHPAD s'avère nécessaire, accompagnant souvent les aidants dans cette nouvelle étape ».

Le SSIAD a signé une convention de partenariat avec PALLIADOM, réseau de soins palliatifs intervenant à domicile et participe actuellement, avec d'autres SSIAD, à une réflexion sur les possibilités de rapprochement avec l' HAD.

Le SSIAD collabore en priorité avec le SSAD du CCAS ; ces deux services n'ont cependant pas été réunis de façon formalisée dans le cadre d'un SPASAD, mais tendent de plus en plus à fonctionner comme tel. Le CCAS a demandé récemment de façon plus officielle aux

autorités compétentes concernées (ARS et département), les formalités à accomplir précisément pour créer le label SPASAD pour ses deux services.

Enfin, il travaille en lien avec les autres SSIAD à travers l'ARIC, association régionale des infirmières coordinatrices, avec les instituts de formation d'aides-soignants, par l'accueil de stagiaires.

2.2- L'intervention des infirmiers libéraux

Tous les infirmiers libéraux (62) qui interviennent dans le cadre du SSIAD ont préalablement signé une convention avec le service.

En effet, le SSIAD ne dispose pas d'infirmiers (ères) salarié(e)s pour effectuer les soins techniques à domicile, qui sont donc dispensés par des IDE libéraux. L'intervention des infirmiers (ères), comme celle des aides-soignantes du SSIAD, se fait sur prescription médicale.

L'utilisateur a le libre choix du cabinet libéral qui intervient chez lui. Le service travaille uniquement avec des cabinets libéraux qui acceptent de signer une convention (en conformité avec l'article 7 du décret n° 2004-613 du 25 juin 2004). Cette réglementation est par ailleurs précisée dans le contrat d'admission. Si le cabinet refuse de signer cette convention, le SSIAD ne peut plus prendre en charge l'utilisateur (ce qui est un cas rare).

L'infirmier libéral organise librement son travail en fonction des besoins des malades, des prescriptions du médecin et du plan de prise en charge.

La convention précise qu'il n'a en aucun cas à encadrer ou contrôler les aides-soignantes employées par le service, mais qu'il peut informer l'infirmier responsable du SSIAD de la qualité de leurs interventions. En cas de congés, c'est à lui de prendre toutes les mesures nécessaires à son remplacement, de proposer en temps utile au service le choix de son remplaçant, qui est alors investi de plein droit de ses droits et obligations. L'infirmier libéral s'engage à assurer la continuité des soins la nuit, les samedis et dimanches, et les jours fériés.

Il doit indiquer par écrit le nombre d'actes effectués auprès de chaque personne âgée, leur cotation, selon la nomenclature des actes professionnels et les frais accessoires y afférents, le document devant porter sa signature. Le SSIAD s'engage à mandater sous 30 jours à compter de la réception de ce relevé, les honoraires correspondants aux actes effectués, ainsi que des indemnités de déplacement.

Le règlement des factures des actes infirmiers est effectué par le service comptable du CCAS, suite à la validation des factures par le SSIAD. Le contrôle des actes effectués par les infirmiers (ères) libéraux (ales) est réalisé lors de la facturation avec la vérification de la concordance des actes avec la prescription médicale.

La responsable du service suit toute l'année l'enveloppe financière allouée pour la réalisation des soins infirmiers, afin de la maîtriser au mieux (par le biais des entrées et sorties de patients). Le SSIAD avait souhaité un crédit supplémentaire de 130 000 € au budget 2014, afin de payer les actes infirmiers réalisés par les IDEL auprès de l'ensemble des usagers du SSIAD. Ce montant n'a pas été accordé dans la dotation globale, mais l'ARS a accordé 36 204 € de crédits supplémentaires non reconductibles pour couvrir des frais de remplacement de personnel.

En septembre 2014, le SSIAD a demandé à l'ARS l'octroi de 12 000 € supplémentaires, au titre des crédits non reconductibles, pour les soins infirmiers.

D'après le CCAS, cette somme équivaut à la rémunération de 3,5 à 4 infirmières IDE pour assurer les soins auprès d'environ 150 personnes. Selon l'ordonnateur, si cette mission était assurée par du personnel salarié par le SSIAD il faudrait couvrir en plus les coûts supplémentaires liés aux remplacements pour absences diverses, à la formation, à l'évolution de carrière, à l'organisation du travail, au management, ce qui ne représenterait pas forcément un avantage financier pour le service par rapport au système actuel.

Par rapport aux infirmiers libéraux, le SSIAD a précisé être dans une relation de partenariat « d'ajustement » avec les IDEL, dans un climat de confiance réciproque et de coordination, afin d'offrir un service de qualité aux usagers et à leur entourage. Le service dit être vigilant à maintenir des liens de bonne collaboration avec les IDEL.

3- LE PERSONNEL DU SSIAD

3.1- Le recrutement

Les recrutements se font en fonction des besoins du service, afin de pourvoir des postes statutaires, ou ponctuellement pour des remplacements, dans le cadre d'absences programmées ou non.

Le SSIAD rencontre des difficultés constantes à pourvoir de façon ponctuelle ou pérenne les postes d'aides-soignants, malgré les modalités mises en œuvre pour recruter : des annonces sont diffusées dans le réseau professionnel, les Ecoles de formation, auprès de Pôle Emploi, et si besoin est dans la presse locale voire professionnelle.

Le SSIAD de Clermont-Ferrand fait partie du GRAPA (Groupe de réflexion Auvergne sur les Personnes Agées) qui s'interroge et essaie de trouver des solutions, notamment à ces problèmes de recrutement.

En situation extrême de vacances de postes, le service peut faire appel à l'intérim ou réduire les tournées.

Il a été précisé, lors de l'entretien préalable, que sous l'impulsion du CCAS et des autres associations et acteurs du secteur médico-social, la Région Auvergne avait mis en place une action spécifique de formation de 50 à 60 aides-soignantes, afin de répondre aux besoins en recrutement des services médico-sociaux et établissements de soins du département.

3.2- L'absentéisme

L'absentéisme est relativement important, certains personnels recrutés étant dans une classe d'âge où les maternités et les absences pour enfants malades ont des incidences négatives sur cet indicateur.

Cet absentéisme croît fortement certaines années. Ainsi, en 2008, le CCAS a recensé 637 jours d'absence ; en 2009, 496 jours d'absence, puis en 2010, ce sont 609 jours d'absence pour le SSIAD, tous personnels confondus (titulaires, non titulaires, personnel administratif et d'intervention).

En 2011, l'absentéisme retombe à 294 jours, il continue de baisser à 242 en 2012.

En 2013, l'absentéisme correspond à 610 jours calendaires, à nouveau en hausse.

Ces variations à la hausse s'expliquent notamment par la survenue d'un ou plusieurs congés longue maladie. Le SSIAD a signalé le cas d'une aide-soignante placée en congé de longue maladie en 2013, qui a eu une incidence à la hausse des indicateurs d'absentéisme.

Les remplacements s'effectuent en fonction de la nature de l'absence, programmée ou non ; le SSIAD pourvoit aux remplacements, dans le cadre de contrats à durée déterminée ou par le biais de l'intérim en situation d'extrême urgence.

L'ancienneté moyenne des agents s'établit à 9 ans 6 mois au 31 décembre 2013, l'ancienneté médiane à 5 ans au 31/12/13.

3.3- Les formations

Le CCAS établit un plan annuel de formation pour l'ensemble de ses personnels, par services et établissements. Pour le SSIAD, des formations spécifiques aux missions de ce service sont donc programmées, leur financement étant inclus dans la dotation globale.

Les formations des personnels sont devenues plus nombreuses depuis 2012.

Ainsi, il y a eu :

- ♦ 15 départs en formation (management, sécurité-prévention, gérontologie) en 2008 ;
- ♦ seulement 5 en 2009, essentiellement axées sur le management des équipes (coordinateur de soins (spécial SSIAD) ; coordonner et animer son équipe ; négociation, régulation des conflits) ;
- ♦ 21 en 2010, dont 6 en gérontologie, 2 en sécurité et prévention ;
- ♦ 16 en 2011, ayant pour thèmes essentiellement la gérontologie (suicide des personnes âgées, mieux comprendre pour mieux gérer l'agressivité des personnes âgées, manutention des personnes âgées : ergonomie, - par exemple) et la sécurité-prévention (sauveteur-secouriste du travail) ;
- ♦ 30 départs en 2012, avec également des thématiques de management, d'informatique, des formations certifiantes (assistant de soins en gérontologie, préparation au concours d'auxiliaire de soins) ;
- ♦ et 48 départs en 2013, plus axés sur le management, l'informatique (dont paramétrage du logiciel Ultrasoins), la sécurité –prévention, avec bien sûr toujours des thèmes de gérontologie et de la formation certifiante (assistant de soins gérontologie).

En 2014, des formations spécifiques ont été menées, notamment sur l'hospitalisation à domicile (HAD : deux formations organisées par l'HAD 63 ont été suivies par les IDEC : « Plaies et cicatrisations » (2 IDEC) et « Prise en charge des usagers en fin de vie » (1 IDEC).

3.4- Les frais de déplacement

Les agents intervenant au SSIAD bénéficient de 12 véhicules de service ou de titres de transport collectif gratuits pour leurs déplacements professionnels.

Le budget 2014 a prévu l'acquisition d'un second véhicule pour l'ESA.

3.5- L'évaluation du service

Le CCAS procède à des enquêtes de satisfaction, portant sur la qualité du service et les prestations de soins : accueil du service (interlocuteurs, boîte vocale pendant les heures de fermeture), déroulement des soins à domicile (en termes de disponibilité, d'écoute, de

punctualité, d'amabilité, d'efficacité) et aborde le thème de l'aménagement du domicile (conseils prodigués ou non).

Le questionnaire aborde la question du respect de la personne, de son intimité, de ses habitudes de vie, celle de l'isolement et du ressenti.

La dernière partie du questionnaire conduit la personne à s'interroger sur les informations dont elle dispose sur les autres services que propose le CCAS, tant en matière d'aide et de soutien à domicile que d'établissements d'hébergement.

Enfin, le questionnaire propose une rubrique libre, sur les suggestions d'améliorations à apporter. Il peut être remis soit à l'aide-soignant, soit envoyé au directeur du CCAS.

Le questionnaire de 2013 présente un indice de satisfaction de 95 à 97 %. Ce sont 69 % des personnes consultées qui ont répondu.

Un courrier est ensuite adressé à chaque usager pour lui communiquer les résultats de l'enquête de satisfaction et pour indiquer les engagements pris par le SSIAD, à la suite de l'enquête, pour améliorer le service.

Ainsi, un courrier du 12 novembre 2013 adressé aux patients évoque l'engagement de *« maintenir et développer la qualité de nos prestations en menant notamment une réflexion quant aux fluctuations des horaires d'intervention des aides-soignants ; améliorer les points faibles : la connaissance que nos usagers ont du livret d'accueil, du contrat de prestation et du règlement de fonctionnement, la connaissance que nos usagers ont des services proposés par le CCAS, notamment du service animation à domicile »*.

Au-delà de cette démarche qualité, le CCAS a élaboré un projet de service du SSIAD. Celui-ci a été réalisé après la démarche d'évaluation interne menée de septembre 2012 à mars 2013, avec 8 thèmes de travail réunissant les membres du SSIAD, mais aussi, suivant les thèmes abordés, certains partenaires et des aidants des personnes âgées usagers du service. L'évaluation interne a permis, à partir de rencontres pluridisciplinaires, d'évaluer la qualité des prestations fournies et de dégager les actions d'amélioration prioritaires, objectifs de service.

L'évaluation externe du SSIAD a été faite par le cabinet KPMG. Le rapport définitif a été établi en juillet 2014. Le document a été produit en cours d'instruction. Le résultat de cette évaluation externe de la qualité et des prestations délivrées est plutôt satisfaisant.

4- CONCLUSION

Le SSIAD du CCAS de Clermont-Ferrand est un service de soins à domicile dédié essentiellement aux personnes âgées, qui remplit efficacement sa fonction dans une réelle démarche de qualité.

Toutefois, il rencontre des difficultés croissantes, liées à l'aggravation de la perte d'autonomie des personnes prises en charge et à un financement contraint, qui ne tient pas suffisamment compte de ce facteur, le coût de la prise en charge étant uniforme quel que soit l'état de dépendance du patient, la nature ou la charge de ses soins pour le service.

Selon les représentants du CCAS, cette situation peut conduire, selon l'état de consommation des crédits alloués, à filtrer les admissions, pour ne plus prendre en charge des cas plus lourds, ce qui va à l'encontre même des objectifs d'un SSIAD, qui a pour

objectif d'éviter les hospitalisations et de faciliter le vieillissement à domicile. Selon lui, la dotation octroyée par l'ARS, notamment pour ce qui concerne les soins techniques, ne permettent pas toujours de répondre aux attentes et demandes de certains patients nécessitant des soins infirmiers réguliers, telles les personnes diabétiques.

Le SSIAD a exprimé le souhait que la tarification évolue et soit liée à la gravité des cas pris en charge, donc au classement en GIR des personnes.

Le SSIAD est confronté également à des difficultés de recrutement, et peine à engager des aides-soignantes.

En matière de formation professionnelle des aides-soignants, des actions sont à poursuivre en lien avec les services de la Région, les établissements hospitaliers, les écoles de formation des personnels soignants, afin de prévoir un vivier de personnels qualifiés pouvant assurer à la fois les besoins de recrutement du SSIAD et des autres structures de soins de l'agglomération.

Son rapprochement avec le service de soutien à domicile SAAD de Clermont, autre budget annexe du CCAS, avec lequel il travaille en étroite liaison déjà, en un SPASAD, service polyvalent d'aide et de soins à domicile, lui permettrait de mutualiser certaines fonctions d'encadrement et d'intervention sur le terrain et de pouvoir mieux répondre aux situations engendrées par les absences des personnels.

Cette création d'un SPASAD est envisagée depuis plusieurs années, mais n'a pu se concrétiser à ce jour.

Les perspectives liées à une éventuelle refonte des modalités de tarification, prenant mieux en compte les profils des bénéficiaires, en termes de gravité de la dépendance et de soins techniques à prodiguer, pourrait constituer pour ce SSIAD, dont le GIR moyen pondéré tend à s'accroître (traduisant ainsi la prise en charge de cas plus dépendants et plus lourds en termes de soins), des modalités de fonctionnement moins astreignantes en termes de gestion et d'accueil des patients.

5- GLOSSAIRE

APA : Allocation personnalisée d'autonomie destinée à couvrir, dans le cadre d'un plan d'aide, les dépenses de toute nature concourant à l'autonomie des personnes âgées, attribuée, sous certaines conditions, par les conseils généraux (en établissement et à domicile)

ARS : Agence régionale de santé

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CROSS : Comité régional d'organisation sanitaire et social

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : Equipe spécialisée Alzheimer– Mesure n°6 du Plan Alzheimer prévoyant un renforcement de l'offre de soins adaptés par la possibilité de recourir à des professionnels pour des interventions à domicile (dans le cadre des SSIAD).

GIR : Groupe iso-ressources – Permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée, calculé à partir de la grille AGGIR (Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources), qui distingue 6 niveaux, de 1 (personne très dépendante) à 6 (personne autonome), l'APA étant attribuée à partir d'un classement en GIR 4.

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile – Structure de soins alternative à l'hospitalisation en établissement, permettant les soins à domicile du patient.

IDE : Infirmier (ère) diplômé (e) d'Etat.

IDEC : infirmier(ère) coordinateur (coordinatrice)

IDEL : infirmier diplômé d'Etat libéral

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, destinées à planifier un parcours personnalisé de prise en soin à domicile. Les MAIA font l'objet de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012 instituant sur tout le territoire des structures, *portes d'entrée unique*, les MAIA qui développent un processus d'intégration permettant de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile.

PASA : pôle d'activités et de soins adaptés, qui est un accueil en journée dans les établissements d'hébergement des personnes âgées

SAAD : Service d'aide à domicile – structure publique ou privée de soutien à domicile destinée à accompagner la personne âgée dans les actes de la vie quotidienne, grâce à l'intervention de personnel à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie).

SSR : service de soins de suite et de réadaptation.

USLD : unité de soins de longue durée