

# Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

---

## Le coût de leur prise en charge et ses déterminants

Sous la direction de

Karine Chevreul - URC Eco IdF

# Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

---

## Le coût de leur prise en charge et ses déterminants

Sous la direction de Karine Chevreul - URC Eco IdF  
Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France

Cette étude a été réalisée par l'URC Eco IdF avec la participation de :

Dr Karine Chevreul  
Dr Stéphane Bahrami  
Sandy Lucier  
Jean-François Lelouarne

Pour le ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité,  
Direction générale de l'action sociale  
Serge Canape  
chef du bureau des conventions collectives et de la politique salariale

Pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  
Dr Pierre Gabach  
Dr Yannick Eon

Pour l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé  
Dr Laure Com-Ruelle

Maquette, coordination éditoriale et secrétariat d'édition  
DICOM

Mise en page  
[www.lafabrique-communication.com](http://www.lafabrique-communication.com)

Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville  
Délégation à l'information et à la communication (Dicom)

En application des dispositions du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente est strictement interdite sans l'autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard, que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Paris 2009

## PRÉFACE

La prise en charge des personnes âgées doit faire face au défi que constitue l'allongement de la vie, qui augmente de 3 mois par an. En France aujourd'hui, on comptabilise 12,1 millions de personnes de plus de 60 ans et 5 millions de plus de 75 ans, ce qui représente 24 % de la population totale. Le nombre de nos concitoyens octogénaires va doubler dans les dix prochaines années et ils seront 4 millions en 2020.

Ce phénomène de vieillissement de la population s'accompagne d'une diminution des aidants naturels puisque d'après les projections démographiques de l'Insee, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui aujourd'hui constituent la majorité des aidants, devrait augmenter de 10 % environ entre 2000 et 2040 alors que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait progresser de 53 % selon le scénario central des projections du nombre de personnes âgées dépendantes.

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes nécessite de trouver des solutions en matière de prise en charge afin de rendre effective leur liberté de choix de rester chez elles si elles le souhaitent et si leur état de santé le permet.

Ainsi, le gouvernement prévoit dans le cadre du « plan de solidarité grand âge » de développer l'offre de soins infirmiers à domicile de 40 % en cinq ans. Les SSIAD constituent en effet un maillon essentiel du maintien à domicile : ils jouent un rôle de coordination gérontologique de premier plan auprès des différents professionnels intervenant dans le champ des soins ; ils contribuent à un meilleur recours aux soins hospitaliers en prévenant ou en différant les hospitalisations et en facilitant un retour précoce au domicile ; en outre, du fait de leur proximité et de leur intervention au quotidien, ils préviennent et retardent la perte d'autonomie et la dégradation progressive de l'état de santé des personnes et l'entrée en établissement.

Toutefois, il est apparu en 2007 que ni les SSIAD ni l'État ne disposaient d'études fiables et scientifiquement validées pour, à la fois, caractériser les patients de ces services et mesurer la charge en soins requis, c'est-à-dire le niveau d'intervention et la qualification des personnels soignants que réclame l'état de ces patients. Ainsi, la réalité des SSIAD, leur fonctionnement, leur patientèle et les déterminants des coûts restaient encore largement méconnus. Par ailleurs, était fait le constat des obstacles persistants à la prise en charge par les SSIAD des personnes nécessitant des soins importants, entraînant soit des refus à l'admission, soit un déséquilibre des budgets.

À la demande du cabinet de Philippe Bas, délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, la Direction générale de l'action sociale et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) ont ainsi entrepris de mener une étude sur le coût de la prise en charge des patients en SSIAD et ses déterminants, afin de mieux comprendre le contexte et l'activité de ces services. Cette étude a été conduite de mars 2007 à décembre 2008 avec le concours de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), de la Direction de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et grâce au travail d'expertise mené par URC Eco Île-de-France.

Je tiens tout particulièrement à remercier les fédérations de services de soins infirmiers à domicile : l'ADMR, À Domicile et la FEHAP, ainsi que les 36 structures qui ont participé au recueil des données, sans qui cette observation n'aurait pu être menée.

Première étude nationale sur le sujet, portant sur plus de 2 000 patients, cette enquête permet de mieux connaître la réalité des services de soins infirmiers à domicile, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, le niveau de dépendance, les déficiences et pathologies pris en charge et d'en objectiver les coûts.

Elle constitue un préalable aux réflexions en cours sur la réforme de la tarification des SSIAD et sur la mise en place de nouvelles prises en charge, qu'il s'agisse de la constitution d'équipes spécialisées pour dispenser une prestation d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore de la réalisation des soins d'accompagnement de fin de vie.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' followed by a horizontal line extending to the right.

Fabrice Heyriès  
Directeur général de l'action sociale

## SOMMAIRE

<b>LE CONTEXTE</b> .....	7
<b>Les SSIAD</b> .....	7
Définition et missions .....	7
Historique du développement .....	8
L'activité et les personnels des SSIAD.....	10
Mode de financement .....	11
<b>Une dotation fixe, des patients avec des besoins variables :   un financement non adapté aux bénéficiaires</b> .....	12
<b>UNE ÉTUDE POUR CONNAÎTRE LES PATIENTS ET LES DÉTERMINANTS DU COÛT DE LEUR PRISE EN CHARGE</b> .....	13
Une enquête par questionnaires auprès des SSIAD volontaires.....	13
Avec la participation des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des échelons régionaux du service médical (ERSM) de la CNAMTS .....	15
Contraintes méthodologiques.....	15
Déroulement du recueil.....	15
La valorisation des coûts.....	16
Valorisation des salaires : des coûts réels et des coûts standardisés.....	18
<b>LES SSIAD DE L'ÉTUDE</b> .....	21
Nombre de places et fédérations d'appartenance .....	21
Caractéristiques administratives et couverture géographique .....	23
Organisation.....	23
Activité et charge en soins des bénéficiaires.....	26
Données financières.....	29
Présents lors de l'étude et situation financière .....	29
<b>LES BÉNÉFICIAIRES DES SSIAD</b> .....	33
<b>Caractéristiques démographiques et cadre de vie</b> .....	33
Une population de personnes âgées à prédominance féminine .....	33
Des bénéficiaires qui vivent le plus souvent en famille, parfois seuls mais rarement isolés.....	34
Le domicile personnel est le lieu de vie dans neuf cas sur dix.....	34
<b>État de santé et perte d'autonomie</b> .....	35
Des patients grabataires ou déments dans plus d'un cas sur deux selon le modèle AGGIR .....	35
Les patients les plus dépendants vivent le plus souvent avec un membre de leur famille.....	36
20 % des bénéficiaires souffrent d'un déficit cognitif majeur .....	36
Presque tous les bénéficiaires souffrent d'une perte d'autonomie locomotrice à des degrés divers.....	37
Les états pathologiques repérés correspondent aux déficiences identifiées .....	39
<b>Prise en charge</b> .....	41
Aides techniques et humaines .....	41
Prise en charge par les SSIAD.....	42

<b>LE COÛT DE LA PRISE EN CHARGE</b> .....	51
Le coût total.....	51
Décomposition du coût total.....	52
Les coûts selon le recours aux soins infirmiers.....	55
Les coûts moyens par passage .....	56
Sensibilité à la vitesse de déplacement .....	56
Des coûts moyens différents en fonction des fédérations.....	56
Standardisation.....	57
Des groupes de patients chers et peu chers difficilement identifiables .....	58
<b>LES COÛTS TERRAIN</b> .....	61
Le coût terrain selon les caractéristiques des bénéficiaires.....	61
Caractéristiques démographiques et conditions de vie.....	61
État de santé et perte d'autonomie .....	63
Aides techniques et humaines .....	66
Prise en charge par les SSIAD.....	66
Autres soins concourant au maintien à domicile.....	67
Le coût terrain moyen selon les caractéristiques des SSIAD .....	67
<b>LES COÛTS DE STRUCTURE</b> .....	69
Coûts de structure selon le nombre de places installées.....	69
Coûts de structure selon le nombre d'équivalents temps plein de coordonnateurs par place installée.....	69
Coûts de structure selon la relation avec une HAD.....	69
<b>LES DÉTERMINANTS DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE</b> .....	71
Choix des caractéristiques des patients dont l'influence est testée dans la modélisation.....	71
La variation des coûts terrain est essentiellement due à une différence de besoins entre les patients et non à des différences de spécificités entre les services .....	74
Des caractéristiques des patients qui expliquent près de la moitié des variations de coût dues aux différences entre les bénéficiaires.....	74
Certaines pathologies expliquent des variations de coûts.....	77
<b>CONCLUSION</b> .....	79
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX</b> .....	81
<b>SIGLES</b> .....	83

ANNEXES : les annexes (courriers, tableaux et graphiques explicitant les étapes de l'étude) sont consultables sur le site du ministère du travail-solidarités à l'adresse suivante :

[www.travail-solidarite.gouv.fr](http://www.travail-solidarite.gouv.fr)

Espace personnes âgées

Rubriques dossiers/aide à domicile/soins infirmiers à domicile SIAD

# Le contexte

## Les SSIAD

### Définition et missions<sup>1</sup>

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont, au sens des 6° et 7° de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles des services médico-sociaux qui apportent, à domicile, aux personnes âgées et aux personnes adultes handicapées, des prestations de soins.

À ce titre, les SSIAD sont soumis aux droits et obligations de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, notamment au regard de l'autorisation de création et des modalités de tarification.

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 patients. Les seconds participent à l'entretien et à la qualité de vie des patients en concourant entre autres à l'hygiène, la mobilisation, la locomotion et le confort des bénéficiaires. Ils sont, dans le cadre des SSIAD, préférentiellement dispensés par des aides-soignants.

Ainsi, ces services ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients 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.

Pour assurer ces missions, les SSIAD ont recours à des personnels salariés du service :

- au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins<sup>2</sup> ;
- des aides-soignants qui assurent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ;
- des aides médico-psychologiques ;
- en tant que de besoin d'autres auxiliaires médicaux.

Les infirmiers intervenant sont soit salariés du service, soit des infirmiers libéraux ou de centres de soins infirmiers qui facturent leurs interventions aux SSIAD.

Dans le cadre de la politique du libre choix visant à offrir aux personnes âgées l'ensemble des prestations nécessaires pour choisir de rester à domicile en bénéficiant des soins et de l'aide nécessaires pour préserver des conditions de vie de qualité, les services de soins

1. Textes de référence : Code de l'action sociale et des familles, notamment les articles : L. 312-1, 6° et 7° du I, R. 314-105, R. 314-137, R. 314-138, R. 314-139, D. 312-1 à D. 312-7-1.

2. Le Code de l'action sociale et des familles spécifie que son rôle est d'assurer les activités de coordination telles que l'accueil des bénéficiaires et de leur entourage, l'évaluation des besoins de soins au moyen de visites au domicile des bénéficiaires, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins, la coordination des professionnels de santé du SSIAD (infirmiers, aides-soignants et autres), les activités de gestion et d'administration du service, la coordination avec les acteurs locaux intervenant dans la prise en charge des populations cibles. En tant que de besoin, l'infirmier coordonnateur peut également exercer des activités de soins auprès des usagers du service (article D. 312-3).

infirmiers à domicile constituent le maillon indispensable à la chaîne des interventions auprès des patients. Ils contribuent au maintien à domicile, dans les meilleures conditions possibles, des personnes âgées ou adultes handicapées et sont actuellement, du fait de la coordination qu'ils assurent auprès du patient, l'élément indispensable pour leur retour à domicile après une hospitalisation.

## Historique du développement

Si certains services de soins infirmiers à domicile ont été créés antérieurement (au cours des années 70), l'officialisation réglementaire de leur existence a été faite par le décret du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées qui, pour la première fois, a défini les missions de ces services, leur mode de fonctionnement ainsi que les qualifications requises pour y exercer.

Comme l'indique le titre de ce texte, l'intervention des SSIAD était réservée au bénéfice de patients âgés de plus de 60 ans avec une possibilité de prise en charge de patients de moins de 60 ans sur avis du contrôle médical de l'assurance maladie. La dérogation visait un patient *intuitu personae* et, lorsque ce patient quittait le service, la place était de nouveau affectée à la prise en charge d'un patient de plus de 60 ans.

Le texte de 1981 prévoyait également que l'autorisation de créer un SSIAD était accordée par le Préfet de département après consultation d'une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives d'infirmiers libéraux, cette autorisation prévoyait également le nombre de personnes âgées susceptibles d'être prises en charge simultanément compte tenu des besoins dans l'aire d'intervention du service qui faisait également l'objet d'une définition dans le cadre de l'autorisation préfectorale. Une personne titulaire du certificat de cadre infirmier de santé publique ou, à défaut, un autre infirmier devait assurer l'organisation des soins dispensés par le SSIAD.

La publication du décret de 1981 a permis un développement massif du nombre de services et du nombre de places autorisées : entre 1980 et 2002, le nombre de places autorisées a été multiplié par vingt passant de 3 500 en 1980 à 70 939 places en 2002 avec un pic de croissance de 61 % en 1984.

Le cadre réglementaire d'exercice des SSIAD a fait l'objet d'une profonde réforme par le 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. Dorénavant les SSIAD peuvent intervenir auprès de personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques ou d'affections de longue durée. 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, qui en 2008 ne s'est pas encore réellement traduit sur le terrain<sup>3</sup>, induira 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 de planning des soignants.

Les modifications particulièrement structurantes ont également porté sur :

- l'élargissement des qualifications des personnels susceptibles d'intervenir au sein d'un SSIAD, au-delà des infirmiers et des aides-soignants mentionnés dans le texte de 1981. Les SSIAD peuvent dorénavant rémunérer des aides médico-psychologiques, des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues. Ils ont maintenant obligation de salarier un infirmier coordonnateur sans que la qualification de cadre de santé en santé publique soit obligatoire pour exercer cette fonction. Les fonctions de l'infirmier coordonnateur sont définies dans le texte réglementaire autour, notamment, de l'évaluation des besoins des personnes, de la coordination des professionnels salariés du service ainsi que la collaboration avec les infirmiers libéraux dans le cadre d'une convention passée entre le libéral et le SSIAD avant toute intervention ;
- les conditions d'intervention du SSIAD qui peut intervenir à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées et dans les établissements pour personnes âgées. Ceux-ci, bien que recevant des personnes âgées dont le niveau de dépendance est élevé, ne sont pas tenus, du fait de leur petite taille, d'organiser la dispensation des soins en interne (établissements dont le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré est supérieur à 300 mais dont le nombre de places autorisées est inférieur à 25)<sup>4</sup>.

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 Alzheimer a été mise en avant en proposant la création de places « renforcées » pour permettre de recruter du personnel formé spécifiquement aux soins quotidiens et à l'accompagnement des patients souffrant de maladies neuro-dégénératives.

Les SSIAD sont majoritairement des services de petite taille (en moyenne 40 places) dont les deux tiers sont gérés par des organismes privés à but non lucratif (associations ou mutuelles). Environ 30 % sont de statut public, gérés par des établissements d'hospitalisation publics ou des centres communaux d'action sociale.

Actuellement, l'autorisation de créer ou d'augmenter la capacité d'un service de soins à domicile est délivrée après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

L'autorisation est accordée si le projet :

- est compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale ;
- satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement ;
- présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu, compte tenu des conditions de satisfaction des besoins, ou de l'activité et des coûts des services fournissant des prestations comparables ;

3. En septembre 2008, il existe 3 860 places de SSIAD pour les personnes de moins de 60 ans présentant un handicap alors qu'il existe plus de 93 000 places de SSIAD pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

4. Ces établissements, habituellement désignés sous les termes « petites unités de vie (PUV) » ont, du fait de leur mode de fonctionnement spécifique, des conditions réglementaires d'organisation, de fonctionnement et d'allocation des ressources, particulières.

- est compatible avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)<sup>5</sup> et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec la dotation limitative des crédits d'assurance maladie pour les personnes âgées fixée au regard de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

L'arrêté d'autorisation, pris par le préfet de département, doit mentionner de façon distincte le nombre de places autorisées pour les personnes âgées de moins de 60 ans et le nombre de places autorisées pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

## L'activité et les personnels des SSIAD

Le plan solidarité grand âge, présenté par Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le 27 juin 2006 a donné un véritable essor à la création de places de services de soins infirmiers à domicile pour répondre aux besoins sans cesse croissant d'une population dont l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre chaque année et dépasse maintenant 80 ans.

En 2006, 87 000 places de SSIAD étaient ouvertes. Le plan solidarité grand âge a fixé l'objectif d'en augmenter le nombre de 40 % en 5 ans par une création annuelle de 6 000 places jusqu'en 2009 et de 7 500 places à partir de 2010 pour atteindre l'objectif de 232 000 places en 2025 conformément aux recommandations du rapport *Personnes âgées dépendantes, bâtir le scénario du libre choix*, remis par le Centre d'analyse stratégique<sup>6</sup>. À ce jour, 2 285 services de soins infirmiers à domicile ont 93 534 places installées pour le champ des personnes âgées.

Les données de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), publiées en novembre 2004<sup>7</sup>, indiquent une répartition du personnel salarié comprenant plus de 80 % d'aides-soignants réalisant 80 % du total des visites du personnel soignant, 7 % des visites aux bénéficiaires ont été faites par des infirmiers salariés. Il convient de noter que ces données, les dernières publiées avant la présente étude, ne prennent pas en compte les modifications intervenues suite à la publication du décret de juin 2004 qui a élargi les catégories de publics bénéficiaires ainsi que les qualifications des personnels pouvant intervenir dans les SSIAD.

Les infirmiers coordonnateurs consacrent 85 % de leur temps aux tâches administratives et de coordination, les 15 % restant étant consacrés aux activités de soins. Les soignants salariés du service effectuent surtout des soins de nursing (shampooing, toilettes, pédiluves, surveillance de l'hydratation et des fonctions d'élimination...).

Le service de soins à domicile peut passer convention avec des infirmiers libéraux qui sont associés aux interventions du service. Dans ce cas le service fait l'avance des frais (rémunération à l'acte) et perçoit les remboursements de l'assurance maladie dans le cadre de la dotation globale qui lui est allouée.

En 2002, on note que 13 % des visites aux patients ont été réalisées par des infirmiers libéraux qui effectuent prioritairement des actes médicaux infirmiers (AMI) que seuls les infirmiers sont habilités à effectuer.

5. Les PRIAC sont adoptés par les préfets de région après consultation des conseils généraux, des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), ils dressent chaque année les priorités régionales prévisionnelles par département du financement de l'année en cours et à quatre ans de création ou transformation d'établissements et de services (Source CNSA).

6. Centre d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes, bâtir le scénario du libre choix*, éd. La Documentation française, collection « Rapports et documents », 415 p., 2006.

7. Sophie Bressé, « Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 » in *Études et résultats*, n° 350, novembre 2004.

Les patients pris en charge par les SSIAD ont alors pour plus de neuf sur dix au moins 70 ans et près de 4 sur 10 ont au moins 90 ans. C'est une patientèle essentiellement féminine et très lourdement dépendante. Moins de 4 % des patients sont classés dans les groupes iso-ressources 5 et 6 et plus de 42 % sont classés dans les groupes iso-ressources 1 et 2, c'est-à-dire très lourdement dépendants.

## Mode de financement

Les frais afférents aux soins à domicile dispensés par les SSIAD sont pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins qui tient compte des charges relatives :

- à la rémunération des infirmiers libéraux ;
- à la rémunération des salariés du service ;
- aux frais de déplacement de ces personnels ;
- aux charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical ;
- aux autres frais généraux du service.

Ainsi, les autres soins et services dont bénéficient les patients pris en charge par les SSIAD sont financés séparément par l'assurance maladie.

Cette tarification de type tarification à la « capitation » s'opère à travers une dotation forfaitaire par place non modulée en fonction des caractéristiques du patient. En effet, le montant alloué par patient est indépendant de son âge, de son niveau de dépendance ou d'aucune mesure de son besoin en soins.

Cependant, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales DDASS, chargées de procéder aux allocations budgétaires des SSIAD de leur département à partir de l'enveloppe médico-sociale pour les SSIAD que leur attribue la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en fonction des budgets historiques et du nombre de places créées sur leur territoire, procèdent à des ajustements selon les besoins des SSIAD.

Antérieurement à 2006<sup>8</sup> les SSIAD étaient tarifés à la journée. Lors du changement de mode d'allocation budgétaire des indicateurs d'activité ayant vocation à suivre les évolutions d'activités des services d'une année sur l'autre ont été mis en place. Ils doivent être renseignés annuellement dans un rapport d'activité remis aux DDASS et ont vocation à éclairer les ajustements budgétaires nécessaires. Cependant, si leur liste a été clairement définie, leurs objectifs ne le sont pas. Ils sont difficilement lisibles donc interprétables par les acteurs (services déconcentrés de l'État et gestionnaires de SSIAD) qui n'ont pas reçu un mode d'emploi formalisé et ont donc rendu difficile les ajustements de dotation selon les besoins des SSIAD.

8. Décret n° 2006-181 du 17 février 2006 relatif au financement par dotation globale des services de soins infirmiers à domicile.

## Une dotation fixe, des patients avec des besoins variables : un financement non adapté aux bénéficiaires

Il apparaît que le manque d'adaptation des dotations budgétaires des services aux caractéristiques des bénéficiaires est à l'origine de dysfonctionnements. Par effet de cohorte mais également à cause d'une demande croissante des personnes dépendantes de rester dans leur domicile, certains services prennent en charge des patients plus lourds qu'ils ne le faisaient lors de leur création (vieillesse, aggravation de la dépendance...). Or, la prise en charge de personnes âgées lourdement dépendantes induit de dispenser des soins qui, s'ils sont techniquement de la compétence des personnels soignants du service, impliquent un temps de présence ou une fréquence de passage incompatibles avec les ressources allouées.

Cette situation entraîne quatre types de réponses :

- le SSIAD prend en charge le patient mais équilibre son budget en admettant des patients beaucoup plus légers ;
- le SSIAD refuse la prise en charge de patients qu'il juge trop lourds et le patient est soit orienté vers une hospitalisation ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), soit demeure à domicile sans bénéficier de la prise en charge appropriée à son état ;
- le SSIAD prend en charge un nombre de patients inférieur au nombre sur la base duquel sont calculées ses ressources (places installées) afin d'équilibrer son budget ;
- le SSIAD prend en charge le patient mais génère un déficit.

Ainsi, si un patient requiert un niveau de soins trop important pour être pris en charge par un SSIAD au niveau de tarification actuelle tout en ne relevant pas des critères d'admission en hospitalisation à domicile (HAD), seule une altération du bon fonctionnement du SSIAD permet que la continuité de la prise en charge à domicile ne soit pas remise en cause.

Les pouvoirs publics, mobilisés sur ce point par les fédérations et unions de SSIAD, après échanges et réflexions au sein d'un groupe de travail<sup>9</sup>, ont envisagé une adaptation de la tarification pour éviter ces dysfonctionnements. Dans ce cadre, il fallait dans un premier temps mieux comprendre le contexte et l'activité des SSIAD c'est pourquoi l'étude dont les résultats sont présentés dans ce rapport a été mise en place.

---

9. Initialement, un groupe de travail comprenant l'ensemble des fédérations et unions de SSIAD et d'HAD avec les administrations centrales concernées et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, s'est réuni sous le pilotage du Cabinet du ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille pour examiner la question du *continuum* de la prise en charge SSIAD/HAD.

Constatant que l'admission en HAD était en fait définie par les textes réglementaires, le groupe de travail a redéfini ses objectifs en centrant sa réflexion sur la prise en charge par les SSIAD des « patients lourds » et l'adéquation de cette prise en charge avec les budgets alloués aux SSIAD.

Les fédérations et unions de SSIAD ayant indiqué qu'aucun outil n'était à leur disposition pour évaluer l'intensité de la prise en charge des patients, l'évaluation des soins requis et le coût de la prise en charge, le Cabinet du ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille a décidé de confier à la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) la mise en place d'une étude sur le coût de la prise en charge des patients en SSIAD et ses déterminants. Cette étude a été lancée par le ministre le 22 mars 2007, à Angoulême.

# Une étude pour connaître les patients et les déterminants du coût de leur prise en charge

L'étude que nous présentons ici a pour objectif d'éclairer la réflexion sur l'évolution du financement des SSIAD pour permettre une prise en charge de l'ensemble des patients dont ceux nécessitant des soins en quantité importante.

Le contexte précédemment décrit montre l'importance de connaître de façon concomitante les caractéristiques des patients, de leur environnement et le coût de leur prise en charge afin de les mettre en regard et identifier des facteurs d'explication des différences de besoin de soins entre les patients. Il explique que ce travail s'intéresse aux places réservées aux personnes âgées car ce sont celles qui rencontrent les problèmes de financement non encore décrits pour les places réservées aux personnes de moins de 60 ans, récemment créées et dont le nombre représente moins de 4 % de l'ensemble<sup>10</sup>.

Cette étude menée de façon conjointe par le ministère de la Santé et des Solidarités et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a été mise en place grâce à trois fédérations et union de SSIAD participant au groupe de travail suscité, l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR), la Fédération des établissements hospitalier et d'aide à la personne (FEHAP) et la Fédération nationale À domicile. Les autres fédérations présentes n'ont pas donné suite aux sollicitations du ministère (UNA, FHF, UNASSI, voir sigles p.83).

Afin de garantir la véracité de l'information produite et l'utilisation des données, la DGAS s'est engagée à fournir la base de données aux trois fédérations participant à l'étude et à en garantir le bon usage. Ainsi, la base de données a été confiée à l'URC Eco IdF, unité de recherche publique en économie de la santé scientifiquement indépendante qui en a exécuté l'exploitation et produit les résultats qu'elle présente dans ce rapport.

## Une enquête par questionnaires auprès de SSIAD volontaires

Afin d'obtenir l'information nécessaire, des questionnaires adaptés ont été établis. Ils résultent d'une collaboration entre l'échelon national et régional Bretagne du service médical et de la CNAMTS, de la DGAS et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) qui a participé à cette étude en tant qu'expert scientifique, caution de son bon déroulement.

Au nombre de quatre, ces questionnaires permettent de recueillir l'ensemble des données nécessaires à la caractérisation des services, des bénéficiaires et leur prise en charge (ces questionnaires sont intégralement reproduits en Annexe 2<sup>11</sup>). Ils permettent de renseigner :

1. Les caractéristiques du SSIAD grâce au questionnaire structure :
  - nombre de places ;
  - zones d'intervention ;
  - fédération d'appartenance ;

10. La recherche des déterminants des coûts s'appuie sur des hypothèses issues de réflexion d'acteurs de terrains et de personnes qualifiées. Ces derniers n'ont jusque-là pas été évoqué à propos des places pour les patients de moins de 60 ans dans le groupe de travail ministériel ayant réfléchi au problème de la prise en charge des patients présentant un coût de prise en charge élevé.

11. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

- relation avec les structures environnantes ;
- structure d'emplois ;
- qualités des personnels ;
- activité ;
- informations comptables :
  - la dotation de soins,
  - le montant des recettes,
  - les charges totales,
  - les frais de personnel,
  - les honoraires versés aux libéraux,
  - les frais de déplacement des personnels salariés,
  - les frais de déplacement des intervenants libéraux,
  - les frais de petit matériel,
  - le nombre de kilomètres parcourus par les salariés du SSIAD, en différenciant quand cela est possible, les infirmiers des aides-soignants.

2. Les caractéristiques du patient dans un questionnaire individuel et un questionnaire optionnel pour décrire l'état pathologique des bénéficiaires lorsque le SSIAD avait un personnel en mesure de renseigner ces informations médicales :

- caractéristiques sociodémographiques, conditions de vie et entourage ;
- déficiences particulières et évaluation du degré d'autonomie corporelle, mentale, domestique et sociale ;
- aides humaines et techniques dont le patient bénéficie ;
- participation de l'entourage et d'autres producteurs de soins et services à la prise en charge du bénéficiaire ;
- modalités d'admission en SSIAD ;
- pathologies présentées et score Pathos<sup>12</sup> pour un sous échantillon de SSIAD volontaires (voir fiche individuelle – annexe Pathos<sup>13</sup>).

3. La prise en charge par le SSIAD, nature et quantité des soins reçus, notée dans un cahier de recueil journalier des soins prodigués par les intervenants du SSIAD.

La méthode du micro-costing a été employée pour évaluer le coût de la prise en charge des patients pour le SSIAD. Elle a pour objectif de mesurer le coût précis des interventions. Pour cela, les intervenants du SSIAD ont noté sur un cahier d'observations (voir fiche individuelle – annexe Recueil journalier des soins<sup>14</sup>), laissé au domicile du bénéficiaire, leurs passages et le temps de leurs interventions au cours d'une semaine. Lorsque des infirmiers sont intervenus, s'ils étaient salariés du service, ils spécifiaient le type de soins qu'ils avaient dispensés (soins de base ou soins techniques), s'ils étaient libéraux, ils spécifiaient la cotation de l'acte effectué en AMI pour les soins techniques et AIS pour les soins de base<sup>15</sup>. La méthode de valorisation de ces données est détaillée plus loin.

Les données ont été dans un premier temps recueillies sur support papier puis saisies au moyen d'un outil informatique spécifique, le logiciel GALAAD développé par l'échelon régional du service médical de la région Bretagne.

12. La grille Pathos et son utilisation sont présentées en annexe 2 (voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>).

13. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

14. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

15. La nomenclature des soins infirmiers classe les soins infirmiers en deux catégories : les actes médicaux infirmiers (AMI) recouvrent les actes techniques, qui ne peuvent être effectués que par des infirmiers. Les actes infirmiers de soins (AIS) recouvrent les soins d'hygiène de base : ils peuvent aussi être effectués par les aides-soignants sous le contrôle d'un infirmier.

## Avec la participation des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des échelons régionaux du service médical (ERSM) de la CNAMTS

L'étude a bénéficié de l'appui des directions régionales du service médical de l'assurance maladie et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales. En effet, la mise en place de l'étude sur le terrain réclamait la participation des échelons locaux des services médicaux pour présenter l'étude aux salariés des SSIAD, les initier aux questionnaires et au logiciel de saisie, leur apporter une aide technique au remplissage et à la saisie des données<sup>16</sup>. D'autre part, les DDASS devaient se charger de vérifier les données financières des SSIAD et de leur verser une rétribution pour leur participation. En effet, la collecte des informations nécessaires à l'étude représentant une surcharge de travail, 100 € par dossier correctement renseigné ont été alloués aux services<sup>17</sup>.

Ainsi, 5 régions où les fédérations participantes étaient représentées et où les échelons locaux du Services médical de la CNAMTS et les DDASS étaient susceptibles d'accepter de participer à l'étude ont été sélectionnées : Aquitaine, Limousin, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Nord-Pas-de-Calais et l'étude a été menée dans 13 des 19 départements les composant (Dordogne, Gironde, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques, Creuse, Haute-Vienne, Nord, Pas-de-Calais, Maine-et-Loire, Vendée, Charente, Deux-Sèvres, Vienne). Une lettre du directeur adjoint du Cabinet du ministre délégué de la Sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la famille, Philippe Bas, a été adressée aux SSIAD de ces régions pour les inviter à participer à l'étude (voir Annexe 1<sup>18</sup>).

### Contraintes méthodologiques

L'enquête est réalisée sur la base du volontariat et ne cherche pas a priori à avoir une population de SSIAD représentative de l'ensemble des SSIAD français. Cependant, rien ne nous permet de dire que l'échantillon de patients pris en charge par les SSIAD de notre étude n'est pas représentatif de la population générale des patients soignés en SSIAD, tout comme rien ne nous permet de l'affirmer. En effet, un des SSIAD participant au recueil de données couvre un département entier et accueille donc la totalité des patients en SSIAD de cette zone, ceci nous amène à considérer pour la suite que notre échantillon reprend l'ensemble des profils de patients pris en charge.

La taille de l'échantillon nécessaire pour obtenir une analyse valide des caractéristiques des bénéficiaires déterminants de la quantité de soins délivrés par les services a été évaluée à 2 000 patients par l'IRDES.

### Déroulement du recueil

Si la phase de recueil des données a été initiée à compter du 19 mars 2007, localement la semaine précise a été fixée avec la direction régionale du service médical de l'assurance maladie et la DDASS après qu'une journée de formation eut été préalablement organisée par ces deux services pour préciser aux SSIAD les objectifs et le modus operandi de l'étude. Les SSIAD devaient observer l'ensemble des patients qu'ils prenaient en charge.

Initialement, 42 services de soins infirmiers adhérents des trois fédérations (FEHAP, UNADMR, À domicile) ont été impliqués dans cette étude, seuls 36 ont recueilli les données

16. La saisie devait se faire initialement dans les SSIAD, mais devant les difficultés de certains, trois situations ont co-existé : saisie dans les SSIAD par les personnels des SSIAD, saisie dans les SSIAD par les personnels du service médical, saisie des recueils papiers dans les services médicaux de la CNAMTS.

17. L'étude a été financée sur l'enveloppe de 5 millions d'euros créditée dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2006 pour le financement des patients lourds.

18. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

de manière satisfaisante (6 n'ont pas procédé au recueil journalier au domicile du patient). Ils accueillient au moment de l'étude 2 183 patients et font l'objet de l'analyse présentée dans ce rapport. 19 d'entre eux ont rempli la partie du questionnaire décrivant les pathologies et le besoin en soins médicaux de leurs patients (Annexe 2<sup>19</sup>). Ainsi, ces informations sont renseignées pour 1 562 patients.

Les SSIAD participants représentent 9% des services et 12% des places installées des régions dans lesquelles ils sont situés. Ce chiffre varie de 3% à 50% du nombre de services et de 3% à 100% des capacités en places selon les départements. Au total, notre échantillon représente environ 1,8% des SSIAD et 2,4% des places du territoire national.

## La valorisation des coûts

Les coûts de prise en charge des patients par les SSIAD sont calculés pour la semaine de l'étude puis extrapolés à l'année.

Le coût de prise en charge est évalué pour chaque bénéficiaire selon une méthode de reconstruction des coûts. Le coût total obtenu est la somme de deux coûts distincts : le coût de structure qui comprend la partie du coût inhérente au fonctionnement du service (locaux, matériel informatique, personnel administratif...), et le coût terrain qui concerne les coûts liés à la prise en charge du bénéficiaire à son domicile.

Le coût terrain

Le coût terrain est lui-même la somme de deux coûts : celui des soins et celui des déplacements.

Le coût des soins comprend le coût du personnel salarié au chevet du malade (aides-soignants, infirmiers et coordonnateurs), le coût de l'infirmier libéral et le coût du petit matériel.

Le coût des soins dispensés par le personnel salarié est évalué pour chaque catégorie d'intervenants du SSIAD en multipliant le temps de soins en heures au lit du patient par le salaire horaire de la catégorie concernée.

Les soins prodigués par les infirmiers libéraux ont été valorisés en comptabilisant le nombre d'AMI et d' AIS et en utilisant le tarif en vigueur (2,5 € par AIS, 3 € par AMI).

Le coût du petit matériel est calculé à partir du budget annuel du petit matériel des SSIAD. Pour chaque SSIAD, ce coût est réparti uniformément entre ses patients<sup>20</sup>.

Le coût des déplacements est estimé pour les personnels salariés en additionnant le coût salarial du déplacement et le coût du véhicule mobilisé. Pour les intervenants libéraux, il est égal à leurs indemnités de déplacement.

Cette méthode applique donc à tous les bénéficiaires d'un SSIAD donné un coût unique de déplacement par type d'intervenant (infirmiers salariés, infirmiers libéraux, aides-soignants et coordonnateurs), quelle que soit la distance réellement parcourue par les soignants pour se rendre au domicile du patient.

Pour chaque catégorie de personnels salariés, le coût salarial du déplacement est obtenu en multipliant le salaire horaire des personnels par le temps de parcours effectué.

Le temps de parcours est calculé à partir du nombre moyen de kilomètres parcourus

19. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

20. Une première estimation révèle que ce coût est de très faible valeur (entre 16,80 € et 124,50 € par place installée dans le cadre de notre étude) par rapport au coût total d'un individu, il n'a donc pas été jugé opportun d'employer une méthode de répartition plus complexe.

par les infirmiers et les aides-soignants d'un SSIAD lors de leurs déplacements auprès des bénéficiaires. Ce dernier est obtenu pour chaque type d'intervenant et pour chaque service à partir du nombre de kilomètres annuels effectués par le service, rapporté à une semaine et divisé par le nombre total de passages de la catégorie concernée pour le SSIAD considéré. Cependant, pour 10 des SSIAD de l'étude, les kilomètres parcourus ne sont pas disponibles de façon distincte pour les deux catégories de personnel. Dans ce cas le nombre annuel de kilomètres est réparti au prorata du nombre de passages de chaque catégorie la semaine de l'étude.

Après concertation avec les fédérations participant à l'étude, la vitesse moyenne de déplacement a été estimée à 50 km/h et le temps de parcours moyen est obtenu en divisant le nombre de kilomètres d'un parcours moyen par cette valeur. Cependant, dans un deuxième temps, une étude de sensibilité est conduite en utilisant les vitesses de 40 et 60 km/h.

Le coût en véhicule d'un déplacement est calculé à partir du budget annuel de transport (qui ne concerne pas les salaires) des personnels salariés. Ce budget rapporté à une semaine est réparti entre les différentes catégories de personnel au prorata du nombre total de kilomètres effectués dans l'année précédente. Enfin, pour chaque catégorie, le montant obtenu est divisé par le nombre de passages pendant la semaine de recueil, ce qui donne un coût moyen de véhicule par déplacement selon le type d'intervenant.

Le coût hebdomadaire d'un déplacement d'infirmier libéral est obtenu en rapportant à une semaine le budget annuel des déplacements libéraux puis en le divisant par le nombre de passages de cette catégorie de soignants pendant la semaine de l'étude. Lorsque le budget ne comporte pas de rubrique distincte pour les frais de déplacement des infirmiers libéraux (8 services), ou que le coût calculé par passage est très faible<sup>21</sup> (moins de 1 €), le coût d'un passage est fixé à 2,82 €, ce qui correspond à la moyenne du coût par passage dans les autres services où interviennent des infirmiers libéraux.

Le coût des déplacements pour un patient donné est égal à la somme des coûts de déplacement par catégorie de personnel obtenus en multipliant le nombre de déplacements sur la semaine d'étude par le coût du déplacement de la catégorie concernée dans le service dans lequel le patient est pris en charge.

#### Le coût de structure

Le coût de structure représente le coût de fonctionnement hors soins du service. Il inclut les frais généraux (location ou amortissement du local, frais de chauffage, entretien, dépenses de fournitures...), le salaire de l'infirmier coordonnateur lorsqu'il n'est pas sur le terrain auprès du patient, et le salaire des personnels administratifs lorsqu'ils existent (secrétaires, directeurs...). Calculé par service, le coût structure est réparti de façon homogène entre les patients d'un même SSIAD. En effet, bien que les patients les plus lourds réclament vraisemblablement plus de temps de coordination, la relation entre « l'intensité de la prise en charge », « le temps de coordination » et le coût global de structure ne sont pas connus. Il n'est donc pas possible de répartir ce dernier en fonction de la lourdeur de prise en charge sur le terrain du patient.

Le coût de structure du service est estimé à partir des charges totales du SSIAD, en y soustrayant les charges de personnel, les honoraires des intervenants libéraux, les frais de véhicule pour les déplacements des salariés, les frais de déplacement facturés par les libéraux, les

21. Dans les SSIAD concernés, les infirmiers ne facturent pas de façon distincte leurs interventions de soins et leurs indemnités de déplacement.

frais de petit matériel et y en réintégrant la part de l'infirmier coordonnateur correspondant à son activité en dehors des visites au domicile du patient et le coût des autres personnels salariés (personnels administratifs).

### Valorisation des salaires : des coûts réels et des coûts standardisés

Dans un premier temps, les salaires des personnels ont été valorisés en fonction des accords conventionnels de la fédération d'appartenance du SSIAD à partir des salaires bruts chargés pour une ancienneté moyenne de chaque catégorie de personnel de la fédération considérée et un nombre annuel d'heures de 1 582 (voir Tableau 1). Les coûts calculés sont alors les coûts réels des bénéficiaires des SSIAD de l'étude.

Tableau 1 : Salaires horaires par catégorie de personnel selon la fédération (valeur 2007)

FÉDÉRATION	FEHAP		ADMR		À DOMICILE	
	Salaires horaire chargé (€)	Ancienneté moyenne (année)	Salaires horaire chargé (€)	Ancienneté moyenne (année)	Salaires horaire chargé (€)	Ancienneté moyenne (année)
Catégorie de personnel						
Infirmier coordonnateur	36,78	18	31,96	18	31,96	18
Infirmier	26,61	11	25,47	18	25,47	11
Aide-soignant	21,67	9	19,31	18	19,31	9
Secrétaire	19,48	–	19,31	18	19,31	9*
Directeur	40	–	–	–	–	entre 11 et 18

\* comme aide-soignant

Ces coûts sont dépendants des caractéristiques des SSIAD de notre échantillon, car il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif de la distribution des SSIAD par fédération (l'ensemble des fédérations n'y est pas représenté et le poids de chacune dans l'étude est sans rapport avec son poids dans l'ensemble des SSIAD). De plus, le coût de prise en charge d'un patient varie en fonction du SSIAD dans lequel il est pris en charge pour une deuxième raison : l'étendue de la zone géographique couverte par le service. Ainsi, deux patients nécessitant la même quantité de soins auront des coûts de prise en charge différents en fonction de la configuration géographique de la zone couverte par le service et de la convention collective que le service applique.

C'est pourquoi, dans un second temps, afin d'obtenir un coût moyen par bénéficiaire qui reflète l'intensité de sa prise en charge indépendamment de son lieu d'habitation, des coûts dits standardisés ont été calculés. Ils permettent d'apprécier les variations de coût en fonction des caractéristiques des patients.

D'une part, on utilise un salaire horaire standardisé par catégorie de personnel pour l'ensemble des SSIAD qui prend en compte la diversité des salaires dans l'ensemble des fédérations, le poids de chaque convention dans la masse salariale totale des SSIAD et l'ancienneté moyenne des personnels s'y rattachant<sup>22</sup>. D'autre part, on fixe l'étendue de la zone de couverture à sa valeur moyenne dans l'étude, soit 6,8 km<sup>23</sup>.

Tableau 2 : Salaires horaires standardisés par catégorie de personnel (valeur 2007)

Catégorie de personnel	Salaires horaires standardisés (en €)
Infirmier coordonnateur	34,2
Infirmier	26,4
Aide-soignant	20,8
Directeur	43,1
Secrétaire	19,4

22. Les grilles salariales et la répartition de chaque catégorie de personnel par convention ont été fournies par le bureau des conventions collectives et de la politique salariale et le bureau des personnes âgées de la DGAS en collaboration avec la DREES.

23. Elle ne représente donc pas une valeur moyenne pour la France, mais permet une adaptation facile du coût à toute autre valeur en utilisant la formule suivante : coût terrain dans un SSIAD défini =  $(0,8173 + 0,0245 \times \text{étendue de la zone de couverture}) \times \text{coût terrain standardisé}$ .



## Les SSIAD de l'étude

Dans cette section, nous présentons les caractéristiques des 36 SSIAD retenus pour l'analyse des données.

### Nombre de places et fédération d'appartenance

Le nombre de places installées médian est de 43, la moyenne atteint 62. Trois services ont un nombre de places supérieur à 150. Ces gros SSIAD sont surreprésentés dans l'échantillon. Si on les exclut pour le calcul, le nombre moyen de places de l'échantillon est de 41, chiffre qui correspond au nombre moyen de places des SSIAD dans l'étude conduite par la DREES en 2002<sup>24</sup>.

Près de la moitié des SSIAD ont entre 30 et 49 places (voir Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de SSIAD par catégorie de taille

Nombre de places installées	Nombre de SSIAD	%
jusqu'à 20 places	1	2,8
de 20 à 29 places	7	19,4
de 30 à 49 places	16	44,4
de 50 à 69 places	7	19,4
de 70 à 99 places	2	5,6
plus de 100 places	3	8,3
Total	36	100

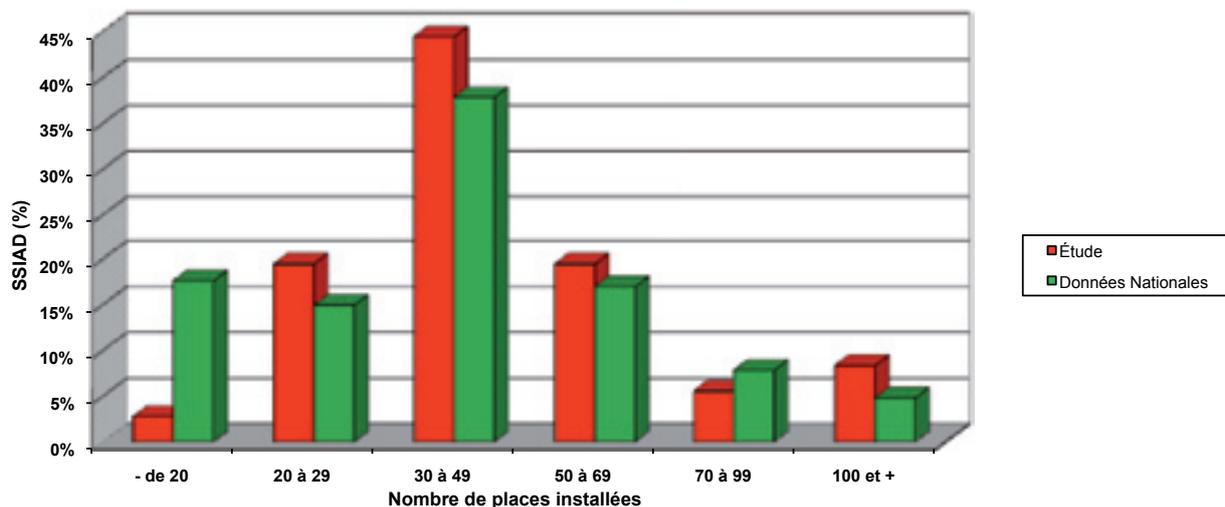
Les SSIAD adhérents de la FEHAP sont majoritaires, ils représentent 39% des services et accueillent 62% des patients de l'étude. Leur nombre de places est en moyenne plus élevé que celui des deux autres fédérations car les trois plus gros SSIAD de l'étude adhérent à cette fédération. Si on retire ces derniers de l'analyse, la taille moyenne des autres SSIAD FEHAP se rapproche de la moyenne de l'échantillon (47 places) et la médiane en est identique (43). Les SSIAD adhérents ADMR sont, quant à eux, plus nombreux dans l'étude mais, de moindre taille, ils représentent seulement 31% des places. Enfin 3 SSIAD d'une taille moyenne de 49 places adhérent à la Fédération À domicile ont participé.

Si l'on compare notre échantillon à la population totale des SSIAD, on note une nette sous représentation dans notre étude des petits SSIAD de moins de 20 places et de façon moindre des services de 70 à 99 places. En revanche, les SSIAD de 30 à 49 places et surtout les grands services de plus de 100 places sont surreprésentés. La distribution des places

24. Sophie Bressé, « Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », in *Études et résultats*, n° 350, novembre 2004.

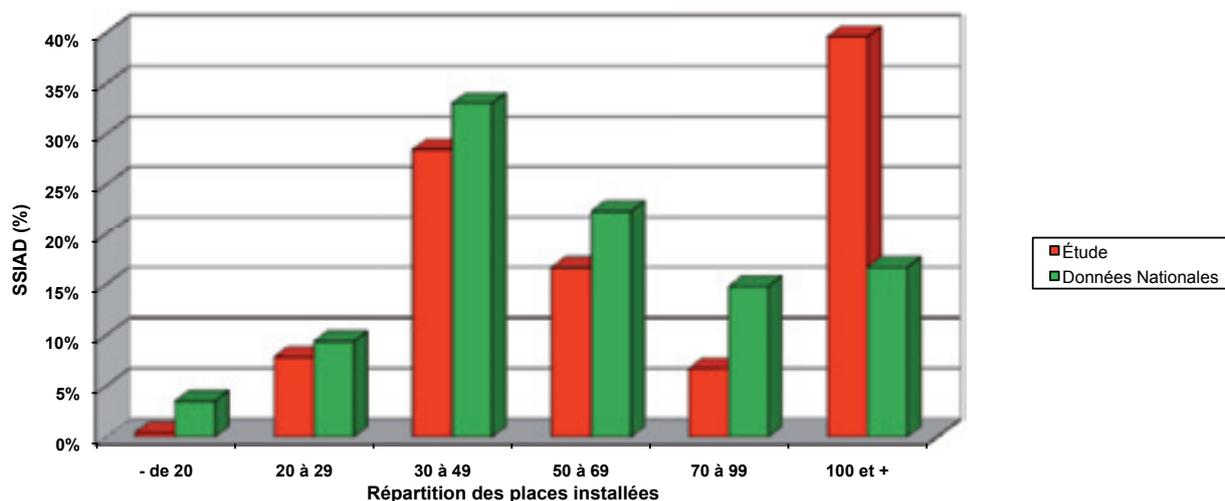
installées en fonction de la taille des SSIAD présente les mêmes caractéristiques pour les services de moins de 20 et de plus de 70 places. (voir Figure 1 et Figure 2).

Figure 1 : Répartition des SSIAD de l'étude et de la population totale par taille



Source : extraction Finess

Figure 2 : Répartition des places installées de l'étude et de la population totale par taille de SSIAD



Source : extraction Finess

## Caractéristiques administratives et couverture géographique

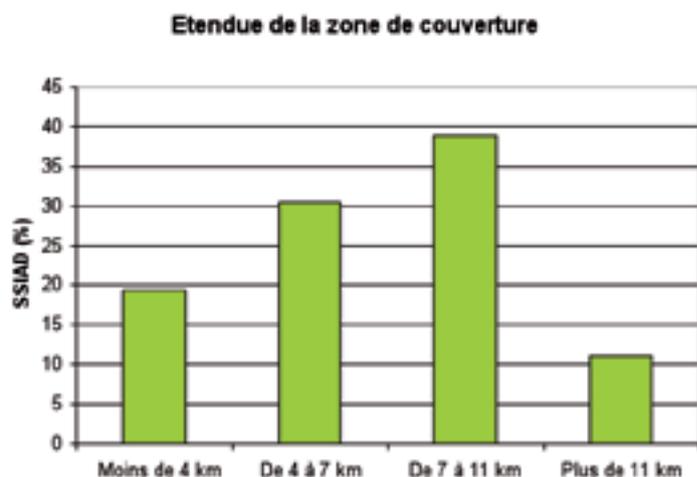
92 % des SSIAD, soit 33 d'entre eux, sont gérés par des associations. Le mode de recrutement de notre échantillon explique la sous-représentation des SSIAD publics dans notre étude. Les trois quarts d'entre eux (27) ont ouvert dans les années 1980.

La moitié des services prend en charge 30 % des patients en zone rurale. 15 SSIAD sont en zone mixte et 3 couvrent 8 % des patients en zone urbaine. Les 2 plus gros SSIAD de l'étude (734 patients, 33 % de l'échantillon) sont classés en zone mixte à cause de l'étendue de leur territoire. Ceci explique la plus grande proportion de patients dans cette catégorie.

Les SSIAD de notre échantillon offrent en moyenne 25 places installées pour 1 000 habitants de plus de 75 ans sur la zone géographique qui les concerne. La médiane est à 22,5 places. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne nationale qui était en 2006 de 19 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Nous ne disposons pas de variable mesurant exactement l'étendue de la zone de couverture des services. Cependant nous pouvons estimer un rayon de couverture moyen à partir du nombre moyen de kilomètres par passage de toutes les catégories de professionnels soignants salariés. Pour la moitié d'entre eux il est inférieur à 6,8 km. Sa valeur moyenne s'élève également à 6,8 km et varie selon les services entre 350 mètres et 15,3 km, cependant, près de 40 % des services ont une zone de couverture située entre 7 et 11 km (voir Figure 3).

Figure 3 : Répartition des SSIAD selon la zone de couverture



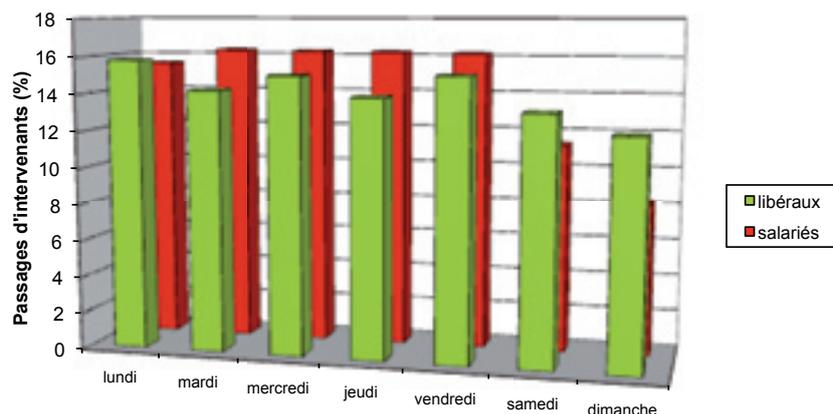
## Organisation

Tous les services fonctionnent tous les jours de la semaine comme les textes le leur imposent (Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004). Leurs horaires d'ouverture sont légèrement modifiés le week-end et seuls 2 ne fonctionnent pas le samedi après-midi et 4 les dimanches et jours fériés après-midi. Pendant les horaires de fermeture il existe soit un répondeur, soit une redirection vers un autre service dans 80 % des SSIAD.

Contrairement à une idée fréquemment avancée, dans l'ensemble des services de notre échantillon, des salariés travaillent chaque jour de la semaine. Le week-end nous ne consta-

tons pas une substitution de l'activité des salariés par des infirmiers libéraux. En effet, l'activité de ces derniers auprès des patients des SSIAD diminue de 10% le samedi par rapport aux jours de semaine et plus encore, 17%, le dimanche. L'activité des intervenants salariés des SSIAD, qui sont en grande majorité des aides soignants, diminue en plus grande proportion (voir Figure 4).

Figure 4 : Répartition des passages d'intervenants libéraux et salariés selon les jours de la semaine



Cependant, 99% des actes effectués par les infirmiers libéraux sont des actes techniques (AMI) et non des soins de base (AIS) qui pourraient se substituer à l'activité des aides-soignants. Dans moins d'un tiers des SSIAD (11), les infirmiers libéraux dispensent des soins de base et cette activité est répartie en moyenne de façon égale sur les jours de la semaine. Elle représente moins de 2% de leur activité totale dans 4 d'entre eux, moins de 12% dans 5 et plus de 30% dans 2. Parmi les 7 services dans lesquels les infirmiers dispensent des soins de base dans plus de 2% de leurs actes, 5 sont situés dans le même département. Nous nous sommes interrogés sur la relation entre ce fait et la densité en infirmiers libéraux de ce département. Nous constatons qu'il est classé parmi les 25 départements avec les densités les plus faibles de France. Si l'offre en aides-soignants y est semblable ou moindre, cette plus grande activité de soins de base des infirmiers viendrait en complément d'un manque relatif d'aides-soignants salariés dans les structures, cependant leur taux d'encadrement en soignants est proche de la moyenne et ils ne sont pas dans une situation financière déficitaire. Il pourrait alors, en supplément, s'agir d'habitudes d'organisation locale où lorsque l'infirmier passe pour des soins médicaux, il effectue également des soins de base dont a besoin le patient.

Dans près d'un tiers des services (11), les infirmiers coordonnateurs ne passent pas au chevet du patient lors de la semaine d'observation. Lorsqu'ils le font, ils effectuent des actes techniques dans 22 SSIAD et dispensent des soins de base dans 5. En moyenne, 87,5% de leurs passages au chevet du patient sont consacrés uniquement aux soins techniques, 7,8% aux 2 types de soins et 4,6% uniquement à des soins de base ou à une activité de coordination.

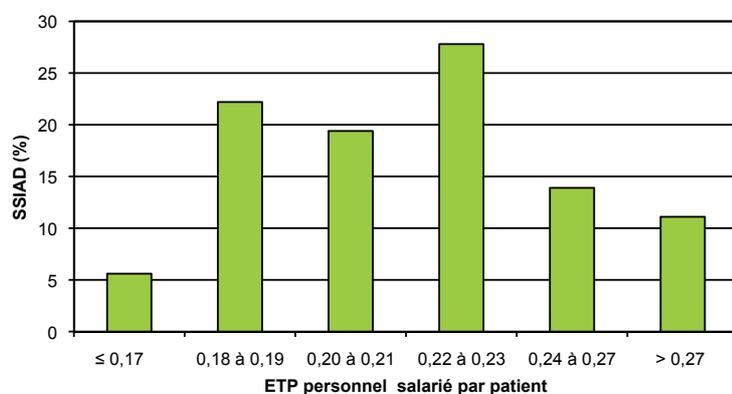
## Encadrement en soignants

Seul un SSIAD fait exclusivement appel à des infirmiers salariés. Quatre ont des infirmiers salariés mais font également appel à des libéraux (cette activité n'est pas cantonnée au week-end). L'encadrement salarié des SSIAD est donc presque exclusivement composé d'aides soignants (87,6% des salariés soignants et 82,3% de la totalité des salariés des services).

Le taux d'encadrement soignant représente le nombre d'équivalents temps plein du personnel soignant (infirmiers coordonnateurs, infirmiers salariés et aides-soignants) de chaque service rapporté au nombre d'individus présents dans l'étude.

Près des deux tiers des SSIAD (23) ont un taux d'encadrement compris entre 1 soignant pour 4 et 1 soignant pour 5 bénéficiaires. Cependant, ce chiffre varie de 0,17 à 0,35 (soit 1 soignant pour 2,9 à 6 bénéficiaires). Sa valeur médiane très proche de la moyenne est égale à 0,22 (1 pour 4,5).

Figure 5 : Distribution des SSIAD selon le taux d'encadrement en personnel soignant salarié



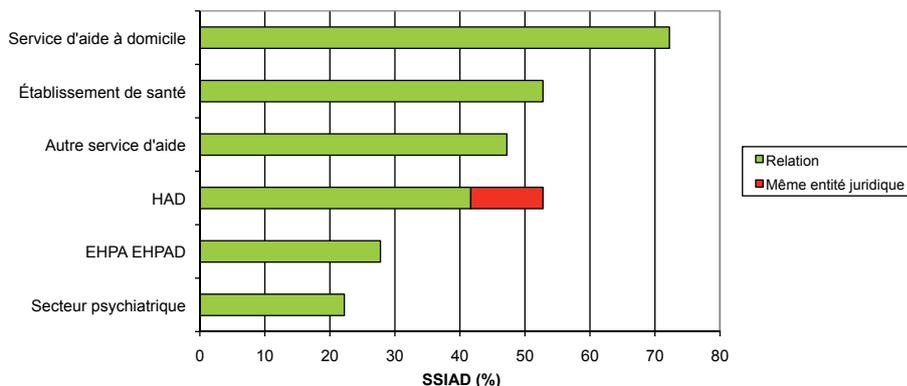
Dans plus de la moitié des services (19) il y a exactement un équivalent temps plein de coordonnateur. Cependant, ce nombre varie de 0,5 à 7,72 et est en moyenne proche de 1,5 par service. Il est fortement corrélé au nombre de places installées. Il y a en moyenne un coordonnateur pour 35 places installées mais ce taux d'encadrement présente une grande dispersion allant de 1 pour 20 à 1 pour 167 places.

## Relation avec les structures environnantes

Les relations entre les services sont souvent organisées par accords, conventions ou contrats écrits entre le SSIAD et les structures concernées. Ainsi, près des trois quarts des services ont formalisé leur relation avec un service d'aide à domicile et près de la moitié avec un autre service d'aide, un établissement de santé ou un service d'hospitalisation à domicile<sup>25</sup>. En revanche moins du quart est en relation avec un établissement d'hébergement pour personnes âgées (voir Figure 6).

25. Pour trois d'entre eux la structure juridique est la même pour le SSIAD et l'HAD.

Figure 6 : Fréquence des relations avec les structures environnantes

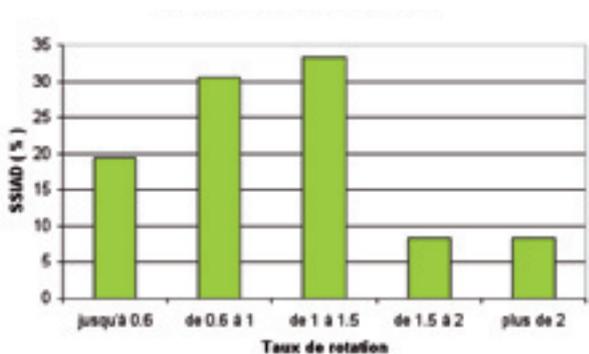


### Activité et charge en soins des bénéficiaires

L'activité varie de façon importante d'un SSIAD à l'autre. Le nombre d'entrées et sorties l'année précédant l'étude ne nous en donne qu'une image partielle, il est en effet préférable de rapporter le nombre d'entrées au nombre de places disponibles pour mieux évaluer la stabilité ou le renouvellement de la population prise en charge par une structure. Le chiffre ainsi obtenu, appelé turn-over, est proche de 1 pour sa valeur médiane et moyenne, soit une entrée pour une place en 2006.

Cependant, il varie de façon importante dans notre échantillon entre 0,034, soit 2 entrées pour 58 places et 2,57 soit plus de 5 patients pris en charge pour 2 places, seuls 16% des services ont une valeur supérieure à 1,5, soit 3 patients pour 2 places (voir Figure 7).

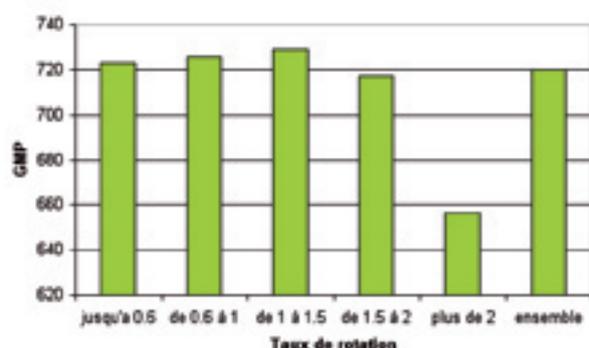
Figure 7 : Distribution des SSIAD selon leur taux de rotation



Ceci atteste d'une grande variabilité dans les types de patients accueillis et vraisemblablement dans leur lourdeur, et d'une spécialisation de certaines structures vers des catégories définies de patients. En effet, les SSIAD avec les taux de rotation les plus importants ont un GIR moyen pondéré<sup>26</sup> moins élevé et un mode de sortie vers l'hospitalisation complète ou partielle plus fréquent que les autres (voir Figure 8).

26. Le GMP est défini en annexe 2. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

Figure 8 : GMP moyen des SSIAD selon leur taux de rotation



### Niveau de dépendance et état de santé des patients

Le niveau de dépendance global de la population pris en charge par un service peut être évalué à partir du GIR moyen pondéré (GMP). Il est en moyenne de 719 dans notre échantillon et la médiane est au même niveau. Il varie de 564 à 828. Par comparaison, le GMP moyen des EHPAD est égal à 661, la population prise en charge en SSIAD est donc tout aussi dépendante et même légèrement plus que la population moyenne des EHPAD.

Le niveau pathologique global de la population prise en charge par un SSIAD peut être mesuré à l'aide du Pathos moyen pondéré<sup>27</sup> (PMP). On rappelle que 19 des SSIAD participant à l'étude ont rempli la grille Pathos qui relève les pathologies dont sont porteurs les patients. Nous pouvons donc calculer ce score pour ces 19 services. Il est en moyenne de 225, la médiane est à 154. La dispersion des valeurs est plus importante que pour le GMP, il varie entre 58 et 852. Cette dernière valeur équivaut au score Pathos d'une unité hospitalière gériatrique et illustre la fragilité de la mesure du score Pathos en dehors du cadre habituel où les informations sont recueillies par des personnels formés. Il montre entre autre la difficulté qu'il y aurait à utiliser actuellement cet outil dans cette catégorie de services. Si l'on exclut cette valeur extrême, le score moyen atteint 190, valeur proche du score moyen en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui s'élève à 174.

### Motifs de refus

34 services (94,5%) ont refusé des patients l'année précédant l'étude. Il y a en moyenne 1 refus d'admission pour 1,6 place installée. On ne retrouve pas de lien entre le nombre de refus par place installée et le nombre de places installées pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

De façon générale, le manque de place est la raison la plus fréquente de refus d'admission d'un nouveau patient (66,3%) (voir Figure 9). Il est le premier motif de refus pour 80% des services et il y a en moyenne 1 refus pour 2,4 places installées par service.

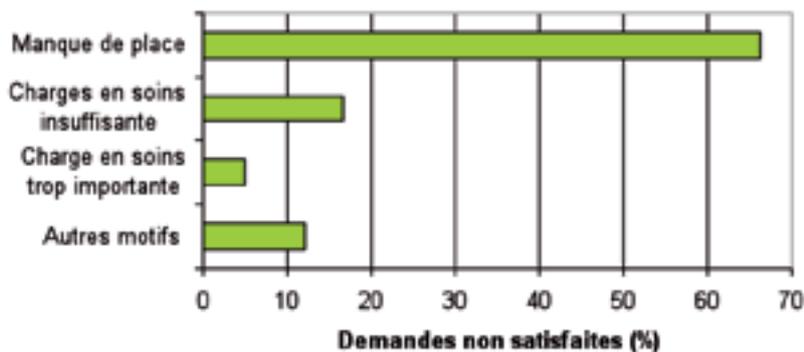
Moins de 5% des refus sont attribués à une charge en soins trop importante pour une prise en charge par le service. Il y a en moyenne 1 refus pour cause de charge en soins trop importante pour 25 places installées. Cependant, les demandes non satisfaites pour charge en soins trop importante atteignent le quart des motifs de refus pour certains services<sup>28</sup>.

27. La définition du PMP est décrite en annexe 2. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

28. À l'exception d'un SSIAD pour lequel il est égal à 100% car il n'y a eu qu'un seul refus l'année précédente et qu'il est dû à une demande non satisfaite pour cette raison.

Le refus pour cause de charge en soins insuffisante est quant à lui plus fréquent (17%). Il y a en moyenne 1 demande non satisfaite pour charge en soins insuffisante pour 11 places installées. C'est le principal motif pour 3 services. On peut dans ce cadre s'interroger sur les informations dont disposent les médecins sur les spécificités de l'offre médico-sociale et sur les indications de prescription de prise en charge des patients par un SSIAD.

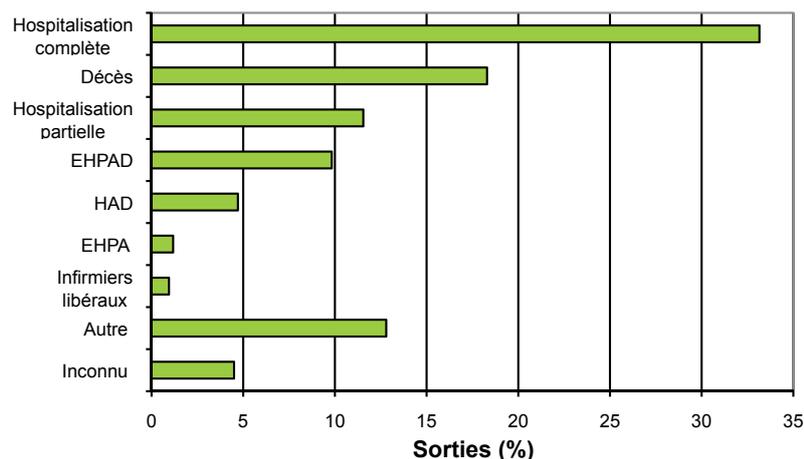
Figure 9 : Répartition des motifs de refus



### Modes de sortie par SSIAD

Le principal motif d'arrêt de prise en charge par le SSIAD est l'hospitalisation complète ou partielle du bénéficiaire (44,7% des cas) si on adjoint l'hospitalisation à domicile, on atteint alors la moitié des cas. Près de 1 sortie du SSIAD sur 5 fait suite au décès du patient et 1 sur 10 est liée à l'entrée du patient dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'intégration d'un établissement non médicalisé ou le report vers une prise en charge exclusive par des infirmiers libéraux a lieu dans les deux cas pour moins de 1 patient sur 100 (voir Figure 10).

Figure 10 : Répartition des modes de sortie



La fréquence des modes de sortie varie de façon importante en fonction des services. Le décès des patients atteint 60% des modes de sorties pour certains d'entre eux, 5 SSIAD ont plus de la moitié de leurs patients qui décèdent lors de leur prise en charge, alors que d'autres n'ont aucun patient décédé.

Pour 3 services l'hospitalisation complète représente entre 60 et 80% des modes de sortie.

## Données financières

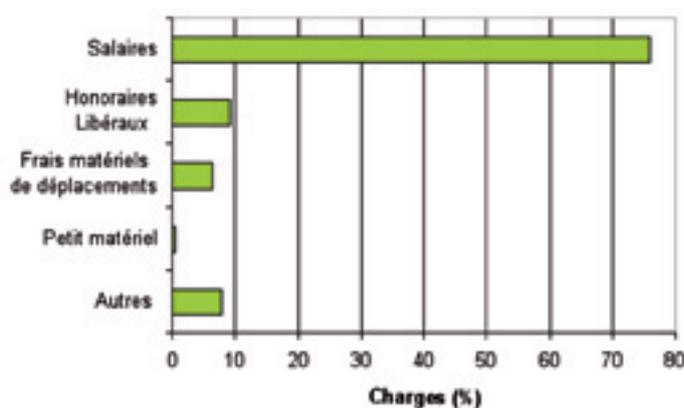
Le forfait annuel moyen des SSIAD par place installée est de 10 639€ (médiane 10 437€). Il varie de façon importante entre 8 567€ et 16 983€.

Ainsi, les charges annuelles moyennes des SSIAD s'élèvent à 10 665€ par place installée (médiane 10 443€). Elles varient entre 8 488€ et 16 091€ par place installée.

Ainsi, les charges sont en moyenne légèrement supérieures aux recettes. Cependant, 30% des services (11) étaient déficitaires, au cours de l'exercice précédant l'étude.

En moyenne, trois quarts des dépenses des services sont destinés au financement du personnel salarié, 9% à la rémunération des infirmiers libéraux, 6,4% aux frais de véhicule pour les déplacements des salariés, le petit matériel ne représente que 0,5% (voir Figure 11). Les médianes sont très proches de ces moyennes.

Figure 11 : Répartition des charges moyennes par SSIAD



## Présents lors de l'étude et situation financière

2 183 patients étaient pris en charge la semaine de l'étude. Le taux d'occupation moyen des places financées atteint 98%. Cependant, seuls 10 services ont un nombre de présents égal à leur nombre de places installées. On rappelle que pour un SSIAD, le nombre de places installées représente le nombre de places financées et le nombre de places autorisées correspond au nombre maximum de places défini par arrêté préfectoral. Places autorisées, places installées et présents peuvent donc être différents les uns des autres.

Lorsque la différence entre places installées et présents n'est que de 1 ou 2 individus, ou inférieure à 3%, on peut l'attribuer à de la gestion entre patients entrants et patients sortants. Au-delà on interroge une inadéquation de l'offre aux besoins ou un financement non approprié.

Plus de 1 SSIAD sur 5 (22%) accueillait plus de patients qu'ils n'ont de places installées. Ce qui signifie qu'ils prennent en charge plus de patients que le nombre pour lequel ils sont financés :

- 5 d'entre eux n'accueillent qu'un ou deux patients de plus (moins de 4% de plus que leur nombre de places installées) ;
- 4 SSIAD prennent en charge de 3 à 9 patients en plus du nombre pour lesquels ils sont financés. Pour l'un d'eux cela représente un surplus de 11% et pour un autre un surplus de 16,7%.

Près de la moitié, soit 17 SSIAD ont un nombre de présents inférieur à leur nombre de places installées :

- 6 ont 2 présents de moins. Pour un seul ce chiffre représente moins de 4% du nombre de places ;
- 9 ont un nombre de présents inférieur de 7%, 4 de 10% et 1 atteint 20%. La différence est de 7 pour ce SSIAD ayant 35 places installées (elle atteint jusqu'à 12 patients pour un gros SSIAD mais ne représente alors que 4,4% des places installées).

Afin de rechercher un lien entre ces situations et la situation financière des services, nous avons utilisé les données financières de l'année précédant l'étude. L'étude ayant eu lieu le troisième mois de l'année 2007, nous avons considéré que ces observations, bien que non strictement contemporaines, nous apportaient des informations suffisamment valides pour procéder à l'exercice.

Afin de mieux pouvoir évaluer l'existence d'une éventuelle adaptation du nombre de présents au budget disponible, nous avons calculé une situation budgétaire théorique. Elle correspond à la situation budgétaire dans laquelle serait le SSIAD si son nombre de présents était égal à son nombre de places installées.

- Seul le SSIAD ayant un nombre de patients supérieur de 16,7% au nombre de places installées était dans une situation financière réelle déficitaire importante l'année précédente. Ce déficit de 16,1% correspond exactement à la proportion de patients pris en sus du nombre de places autorisées et installées. Un deuxième SSIAD dans l'étude a été dans la même situation ce qui n'apparaît plus maintenant dans nos tableaux car il a bénéficié d'une dotation complémentaire. Ces deux cas (voir Tableau 4 ci-dessous) illustrent le comportement de certains services qui en dépit de l'autorisation et du budget qu'ils reçoivent répondent tout de même aux prescriptions de soins en SSIAD.

Tableau 4 : SSIAD déficitaires prenant plus de patients que le nombre pour lequel ils sont financés

Identifiant du SSIAD	Places autorisées	Places installées	Présents	Situation budgétaire (en %)	Situation budgétaire théorique (en %)
9	45	45	50	-16,1	-4,5
35	467	467	476	0,6*	2,5

\* Cette situation à l'équilibre n'est pas la situation dans laquelle serait ce service s'il avait reçu exclusivement le montant de la dotation initiale. Elle fait suite à une dotation complémentaire.

- Les 7 autres services prenant plus de patients que le nombre pour lequel ils sont rémunérés sont dans une situation financière favorable ou, pour 2 d'entre eux, proche de l'équilibre. Pour 5 d'entre eux, la prise en charge de patients supplémentaires leur permet de se rapprocher de l'équilibre (leur situation financière réelle est ainsi moins bénéficiaire que s'ils se limitaient à prendre en charge un nombre de patients égal à leur nombre de places installées) (voir Tableau 5). Il s'agit ici de services que l'on qualifie de « vertueux » : ils répondent à la demande au-delà du nombre pour lequel ils sont financés puisque leur budget le leur permet.

Tableau 5 : SSIAD bénéficiaires prenant plus de patients que le nombre pour lequel ils sont financés

Identifiant du SSIAD	Places autorisées	Places installées	Présents	Situation budgétaire (en %)	Situation budgétaire théorique (en %)
4	50	42	45	-1,6	5,1
18	65	65	67	12,7	15,3
21	46	46	47	7,2	9,2
30	30	30	35	2,4	16,4
32	25	25	26	9,5	13,0

Parmi les services prenant en charge un nombre de patients inférieur à leur nombre de places installées d'au moins 2 places et 3 % (15 SSIAD) :

- 4 SSIAD passent d'une situation théorique proche de l'équilibre ou bénéficiaire à une situation plus bénéficiaire, ils semblent donc avoir plus de places que nécessaire pour répondre aux besoins locaux (voir Tableau 6). Ceci est particulièrement vrai pour le service dont le nombre de présents est inférieur de 9 (soit 6,4%) au nombre de places installées ;

Tableau 6 : SSIAD pour lesquels l'offre paraît supérieure aux besoins

Identifiant du SSIAD	Places autorisées	Places installées	Présents	Situation budgétaire (en %)	Situation budgétaire théorique (en %)
1	140	140	131	6,3	-0,1
3	35	35	32	7,9	-0,7
6	39	39	36	11,0	3,5
13	270	270	258	4,1	-0,3

- 5 SSIAD passent d'une situation théorique déficitaire à une situation réelle inférieure ou égale à l'équilibre et à une situation bénéficiaire de moins de 2% de sa dotation budgétaire (voir Tableau 7). Ils se rapprochent de l'équilibre en prenant moins de patients ;

Tableau 7 : SSIAD déficitaires prenant moins de patients que le nombre pour lequel ils sont financés pour se rapprocher de l'équilibre

Identifiant du SSIAD	Places autorisées	Places installées	Présents	Situation budgétaire (en %)	Situation budgétaire théorique (en %)
8	50	44	42	-2,1	-6,9
10	51	51	48	-0,5	-6,7
12	83	83	79	-5,0	-10,3
15	35	35	28	-9,9	-37,4
29	27	27	25	0,0	-8,0
22	27	27	25	1,9	-5,9

- 5 SSIAD qui ont une situation théorique déficitaire ont une situation budgétaire réelle bénéficiaire (voir Tableau 8) mais auraient pu être plus proches de l'équilibre si l'ajustement auquel ils ont procédé avait donné lieu à une moindre réduction du nombre de patients. Dans ces cas, il suffirait qu'ils aient un ou deux patients de plus pour se rapprocher de l'équilibre.

Tableau 8 : SSIAD déficitaires prenant moins de patients que le nombre pour lequel ils sont financés et devenant bénéficiaires

Identifiant du SSIAD	Places autorisées	Places installées	Présents	Situation budgétaire (en %)	Situation budgétaire théorique (en %)
14	50	50	46	3,9	-4,4
16	56	56	47	6,7	-11,2
27	60	60	54	5,3	-5,2
28	46	46	44	2,2	-2,3
34	30	30	26	5,2	-9,3

Dans ces deux derniers cas, il s'agit d'une adaptation à la baisse du nombre de patients pour se rapprocher de l'équilibre budgétaire.

Ainsi, on retrouve ici une illustration de deux des situations d'ajustement décrites par les fédérations et services. Lorsque le coût moyen des patients est élevé, soit les SSIAD sont en déficit, soit ils procèdent à un ajustement à la baisse de leur nombre de patients pour se rapprocher de l'équilibre financier.

De plus, on prend connaissance d'un mécanisme d'adaptation peu décrit, lorsque les services sont dans une situation financière positive ils répondent, s'il y a lieu, à la demande locale en prenant en charge des patients en sus du nombre pour lequel ils sont financés dans la limite de leurs ressources financières.

# Les bénéficiaires des SSIAD

Qui sont-ils ? Comment vivent-ils ? Quelles sont les caractéristiques de leur perte d'autonomie ? Quelles aides reçoivent-ils ?

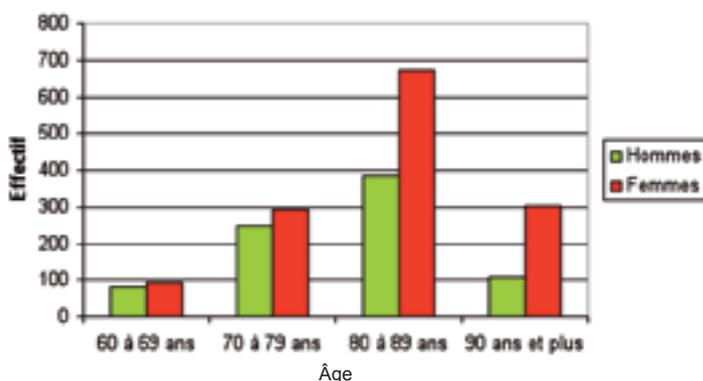
Les 36 services qui ont recueilli des données pour l'étude accueillent 2 283 patients. Le recueil de données de 5 patients présentait des incohérences et nous avons préféré les retirer de l'analyse. Les résultats que nous présentons par la suite portent donc sur 2 178 patients ; ces résultats seront autant que possible comparés aux données disponibles relatives aux SSIAD<sup>29</sup>. Les résultats décrits et commentés dans cette section du rapport sont présentés sous forme de tableaux en annexe 4<sup>30</sup>.

## Caractéristiques démographiques et cadre de vie

### Une population de personnes âgées à prédominance féminine

Le patient pris en charge est exclusivement constituée de personnes de 60 ans et plus. L'âge moyen de notre échantillon est de 82 ans 5 mois. Les patients de moins de 70 ans sont en fait très minoritaires : près de la moitié des bénéficiaires enquêtés ont entre 80 et 89 ans, et 19 % ont 90 ans ou plus. Les femmes représentent près des deux tiers des bénéficiaires (62 %), et sont en moyenne plus âgées que les bénéficiaires masculins : 22 % d'entre elles ont plus de 90 ans, contre seulement 13 % des hommes, ce qui pourrait être un reflet du différentiel de mortalité entre les deux populations (voir Figure 12).

Figure 12 : Caractéristiques démographiques des bénéficiaires



En comparaison, la population qui bénéficiait des SSIAD en 2002 comportait 42,5 % de patients âgés de 80 à 89 ans et 24,3 % de patients âgés de 90 ans et plus (en excluant les patients

29. En février 2005, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié un document de travail décrivant la population prise en charge par les SSIAD au cours de la troisième semaine d'octobre 2002, en s'appuyant sur les rapports d'activité collectés par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) auprès de 96,6 % des SSIAD en activité fin 2002 (1 700 des 1 760) ; ce rapport faisait suite à une publication plus succincte de novembre 2004 (*Études et résultats*, n° 350) résumant les mêmes données. Par ailleurs, le tableau de bord des indicateurs socio-économiques des SSIAD pour l'année 2006 fournit également quelques éléments d'informations, malgré le caractère incomplet des données recueillies (985 répondants sur les 2 197 SSIAD en activité à la fin 2006).

30. Voir sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

âgés de moins de 60 ans), soit une proportion des plus de 80 ans similaire à celle observée dans notre échantillon, mais avec une moyenne un peu plus élevée. Les femmes représentaient alors 66 % des bénéficiaires, un pourcentage proche de celui que nous observons.

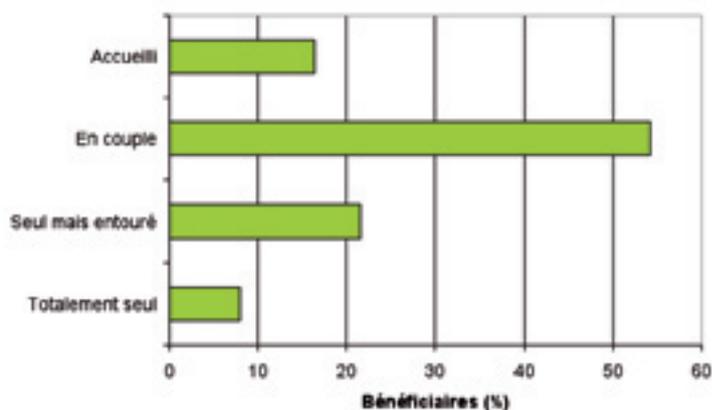
### Des bénéficiaires qui vivent le plus souvent en famille, parfois seuls, mais rarement isolés

Près de la moitié des bénéficiaires vivent seuls avec leur conjoint, sans l'aide d'une tierce personne au domicile (44 %). Cependant, si les patients formant un couple autonome représentent encore 64 % des patients de 70 à 79 ans, il ne sont plus que 16 % chez les patients de 90 ans et plus.

La plupart des autres bénéficiaires vivent seuls (24 %) ou avec un membre de leur famille (27 %) ; dans ce dernier cas, il s'agit le plus souvent de l'un de leurs descendants (19,4 %). La cohabitation avec un membre de la famille devient plus fréquente avec l'avancée en âge : elle ne représente que 16 % des cas pour les patients de 60 à 79 ans, mais concerne un quart des patients âgés de 80 à 89 ans, et devient la situation la plus fréquente, près de 1 patient sur 2 (48 %) pour les patients les plus âgés. Enfin, seuls 5 % des patients vivent en collectivité, seuls ou avec leur conjoint<sup>31</sup>.

Si le couple autonome est une situation qui devient rare parmi les bénéficiaires les plus âgés, il n'en est pas de même pour les patients vivant seuls : alors que 16 % des patients les plus jeunes sont seuls, 28 % des patients âgés de 80 à 89 ans et de 90 ans et plus sont dans cette situation. La plupart de ceux-ci ne sont cependant pas isolés : les patients seuls mais socialement entourés représentent 22 % de l'ensemble de l'échantillon, et 28 % des plus de 90 ans, soit la quasi-totalité des patients de cette classe d'âge vivant seuls. La plupart des patients vivant en compagnie de leur conjoint (54 %) ou de ceux qui les accueillent, seule une faible proportion des patients (8 %) est socialement isolée, et ce, de façon constante pour toutes les catégories d'âge (voir Figure 13).

Figure 13 : Conditions de vie



### Le domicile personnel est le lieu de vie dans neuf cas sur dix

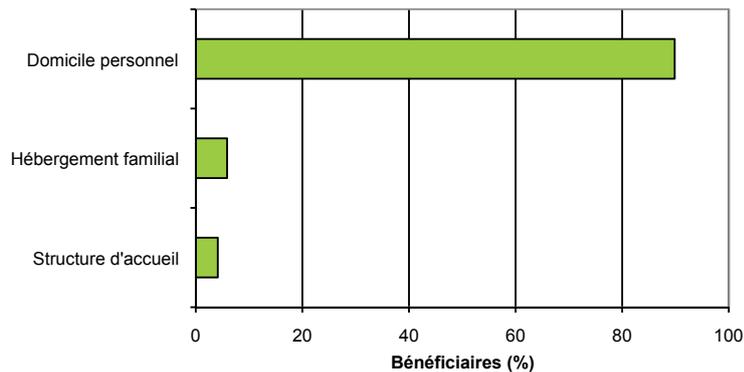
Lorsque les bénéficiaires des SSIAD – et leurs conjoints éventuels – vivent avec d'autres membres de leur famille, ce sont généralement ces derniers qui se sont installés dans le domicile personnel des patients : le lieu d'habitation des patients est dans 90 % des cas leur domicile personnel ; l'hébergement chez un membre de la famille ne concernant que 6 %

31. Le tableau de bord socio-économique des SSIAD pour l'année 2006 présente une distribution similaire des modes de cohabitation : 44 % des patients vivaient en couple ou avec un membre de la famille de la même génération (47 % pour notre étude), 31,8 % des patients vivaient seuls, et 16,7 % des patients vivaient avec un membre de la génération suivante.

des cas. La résidence en structure d'accueil (maisons de retraite, foyers-logement, pension chez des particuliers, ou établissements d'accueil temporaire) sont peu fréquents (4%) (voir Figure 14). Seul dans 58% des cas le lieu de vie du bénéficiaire est considéré comme adapté par les intervenants du SSIAD.

En 2002, on observait une distribution des lieux de vie très similaire : 87% des patients habitaient leur domicile personnel, et 6% d'entre eux étaient hébergés chez un membre de leur famille.

Figure 14 : Répartition du lieu de vie



## État de santé et perte d'autonomie

### Des patients grabataires ou déments dans plus d'un cas sur deux selon le modèle AGGIR<sup>32</sup>

Les patients indépendants (GIR 6) ou ne nécessitant au plus qu'une aide ponctuelle pour la toilette ou les activités domestiques (GIR 5) ne constituent, comme on pouvait s'y attendre, qu'une fraction très faible de la population prise en charge par les SSIAD de notre étude, avec un effectif de 18 patients (soit 0,8% de l'échantillon) pour les deux groupes réunis. La quasi-totalité des patients sont donc dépendants ; ils se répartissent à parts égales entre les deux GIR les plus lourdement dépendants (1 et 2) et les GIR intermédiaires (3 et 4). Si seuls 10,7% des patients ont été classés dans le GIR 1 regroupant les personnes ayant perdu leur autonomie physique et intellectuelle, 42,4% ont été classés dans le GIR 2 des patients soit grabataires, soit déments. Les GIR 3 et 4, qui regroupent les personnes ayant conservé leurs facultés intellectuelles mais souffrant d'une perte d'autonomie de degré variable pour les activités corporelles, concernent chacun près d'un quart de l'échantillon (23,9% et 22,2% respectivement).

Des niveaux de perte d'autonomie comparables quel que soit l'âge

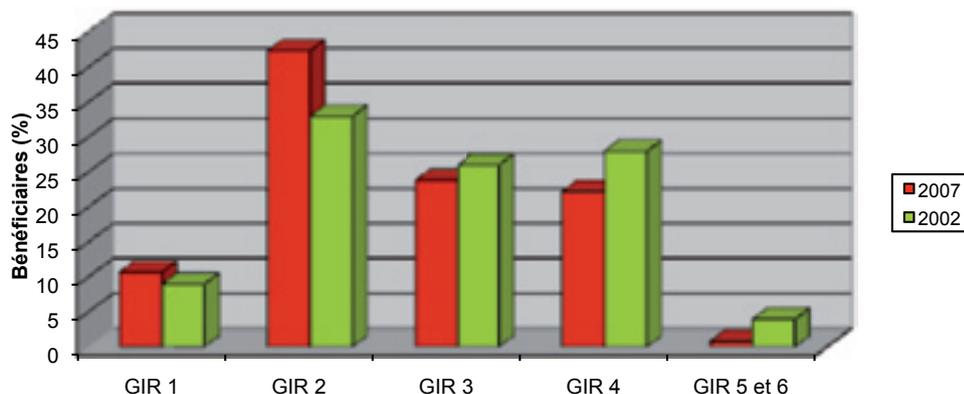
La proportion de patients lourdement dépendants est sensiblement la même dans toutes les classes d'âge des patients de notre échantillon, avec 10 à 15% de patients appartenant au GIR 1, 40 à 50% de patients appartenant au GIR 2, 18 à 28% de patients du GIR 3 et 15 à 25% de patients appartenant au GIR 4 ; les patients des GIR 5 et 6 constituent moins de 1% de l'échantillon, quelle que soit la classe d'âge.

32. La description des états de santé caractéristiques des différents groupes iso-ressources est issue du modèle *Guide d'utilisation du modèle AGGIR*, publié par la CNAMTS en janvier 2007.

### Une population de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires des SSIAD recensés en 2002 présentait un degré de perte d'autonomie un peu plus faible que dans l'enquête 2007, avec 42,4% de patients classés dans les GIR 1 et 2 (dont 8,7% dans le GIR 1), et 53,5% dans les GIR 3 et 4 (voir Figure 15).

Figure 15 : Répartition des patients selon les groupes iso-ressources en 2002 et 2007



### Les patients les plus dépendants vivent le plus souvent avec un membre de leur famille

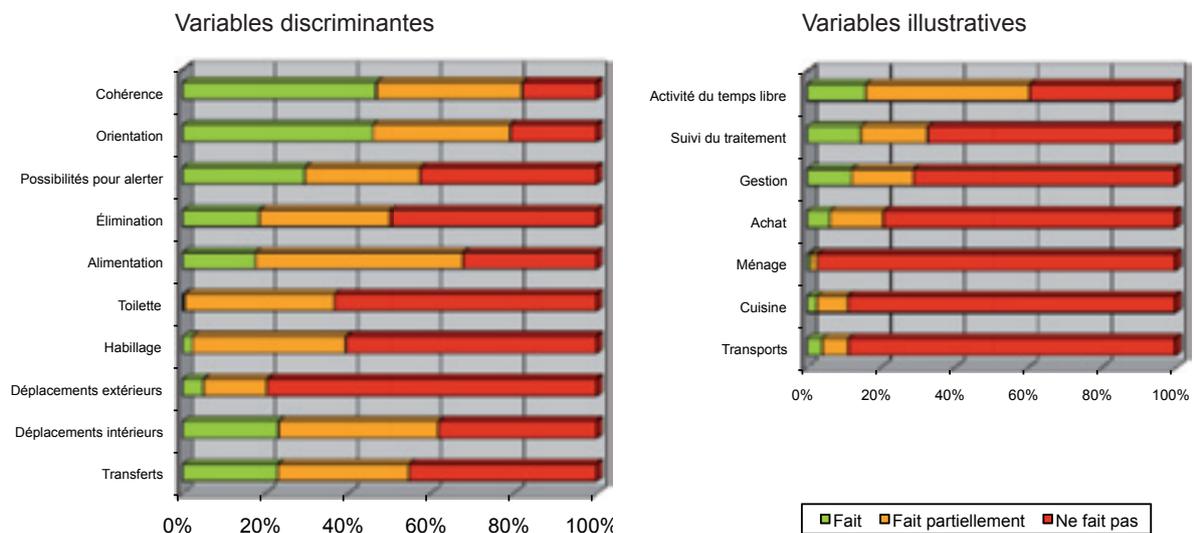
Lorsque les SSIAD prennent en charge les patients les plus dépendants (GIR 1 et 2), c'est le plus souvent avec l'aide du conjoint (51 % des patients GIR 1 et 52 % des patients GIR 2) ou avec l'aide d'un membre de la famille (38 % et 29 % respectivement). Les patients vivant seuls représentent la majorité des patients autonomes ou dont la perte d'autonomie est faible : ils représentent 50 % des patients de l'étude classés dans les GIR 5 et 6,44 % des patients classés dans le GIR 4 et près d'un tiers des patients du GIR 3 (30%). L'observation des niveaux d'autonomie des patients pris en charge selon leurs conditions de vie montre par ailleurs que les patients les plus dépendants (définis comme précédemment) constituent près des deux tiers (62%) des patients qui vivent en couple autonome ou avec un membre de leur famille, mais seulement 28,3% des patients qui vivent seuls à leur domicile. Ainsi, il apparaît que la présence de l'entourage (le couple et la famille) préserve du passage en institution.

### 20 % des bénéficiaires souffrent d'un déficit cognitif majeur

Si 45 % des patients de l'étude n'ont aucun problème de cohérence et sont parfaitement orientés sur le plan temporel et spatial (catégorie A « fait » du modèle AGGIR), 20 % environ sont très désorientés ou incohérents lors de l'enquête (catégorie C « ne fait pas ») (voir Figure 16). Ces problèmes majeurs de cohérence et d'orientation sont déjà présents chez les bénéficiaires les plus jeunes (14,9 et 16,7 % chez les 60-69 ans) et augmentent progressivement avec l'âge (21 et 24,9 % chez ceux de 90 ans et plus).

Des difficultés cognitives plus fines sont également présentes : seuls 15 % des patients sont en mesure de suivre un traitement médical, et seuls 12 % d'entre eux sont autonomes dans la gestion de leurs affaires courantes. Néanmoins, 60 % d'entre eux ont conservé quelques loisirs sans assistance extérieure, et 40 % d'entre eux sont totalement incapables de faire appel à une aide extérieure en cas de besoin.

Figure 16 : Degré de dépendance des bénéficiaires des SSIAD selon les variables du modèle AGGIR



## Presque tous les bénéficiaires souffrent d'une perte d'autonomie locomotrice à des degrés divers

Les transferts – passages entre le lit, les sièges et la position debout – et les déplacements à l'intérieur du domicile sont difficiles voire impossibles pour, respectivement, 45,2 % et 38,1 % des bénéficiaires et ne posent aucun problème qu'à moins d'un quart d'entre eux. Les déplacements hors du domicile sont bien entendu encore plus limités : même en bénéficiant de l'aide d'une tierce personne, seuls 20 % des patients sont en mesure de sortir de leur domicile, et seuls 12 % d'entre eux sont capables d'utiliser un moyen de transport.

La toilette et l'habillage sont les activités de la vie courante pour lesquelles la perte d'autonomie est la plus importante. Elles posent des difficultés à la quasi-totalité des patients de l'étude : parmi les bénéficiaires enquêtés seuls 9 (0,4%) sont en mesure de faire leur toilette de manière totalement autonome et seuls 51 d'entre eux (2,3 %) font de même pour l'habillage. Les difficultés les plus sévères concernent le bas du corps, pour lequel la toilette et l'habillage sont impossibles pour 87,9 % et 83,6 % des patients respectivement. Un patient sur deux est incapable d'assurer l'hygiène de ses éliminations.

Concernant l'alimentation, si 56 % des patients sont capables de prendre un repas de manière autonome, plus de la moitié d'entre eux est incapable de se servir et seuls 11 % d'entre eux sont capables de faire un peu de cuisine.

Enfin, la quasi-totalité des patients (97,1 %) est incapable d'assurer l'entretien quotidien du domicile.

Une population de plus en plus dépendante sur le plan locomoteur

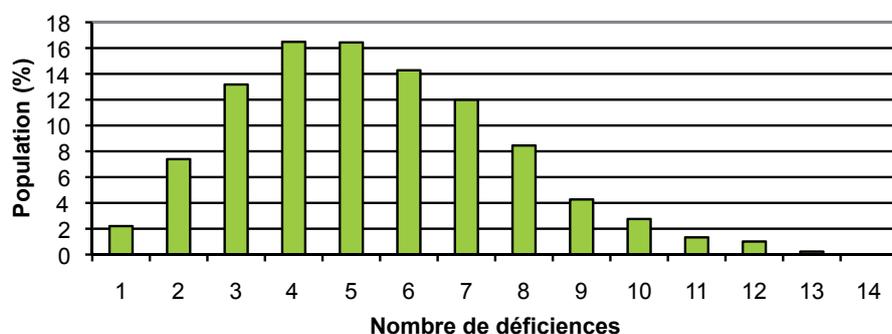
Dans l'enquête de 2002, les prévalences des déficits cognitifs étaient très similaires à celles observées en 2007 : 48 % des patients ne présentaient alors aucun problème de cohérence, 51 % d'entre eux aucun problème d'orientation ; le suivi de traitements était possible pour 17 % des patients, la gestion pour 15 % d'entre eux et 40 % d'entre eux étaient totalement

incapables de communiquer à distance. Sur le plan locomoteur, la prévalence de la perte d'autonomie était en revanche un peu moindre : les transferts et les déplacements à l'intérieur du domicile ne posaient pas de problème pour 32 % des patients, tandis que 7 % d'entre eux restaient capables de se déplacer à l'extérieur du domicile.

Des déficiences qui varient peu avec l'âge et augmentent avec la perte d'autonomie

L'étude des déficiences (pertes fonctionnelles, qu'elles soient ou non compensées) peut éclairer les causes de la perte d'autonomie. L'enquête a permis d'estimer la prévalence de 13 déficiences. Un tiers des patients présente 4 à 5 déficiences (voir Figure 17). Le nombre moyen de déficiences identifiées, qui est de 4,4 pour l'ensemble des bénéficiaires, varie très peu selon l'âge des patients (de 4,2 à 4,7 déficiences par patient selon la classe d'âge) et la médiane reste constante à 4. L'association des déficiences avec la perte d'autonomie est en revanche très nette : le nombre moyen de déficiences au sein des groupes iso-ressources est de 7,2 pour le GIR 1, et décroît progressivement pour les GIR 2 (4,9), GIR 3 (3,7) et GIR 4 (2,9) pour atteindre un minimum de 1,8 pour les GIR 5 et 6.

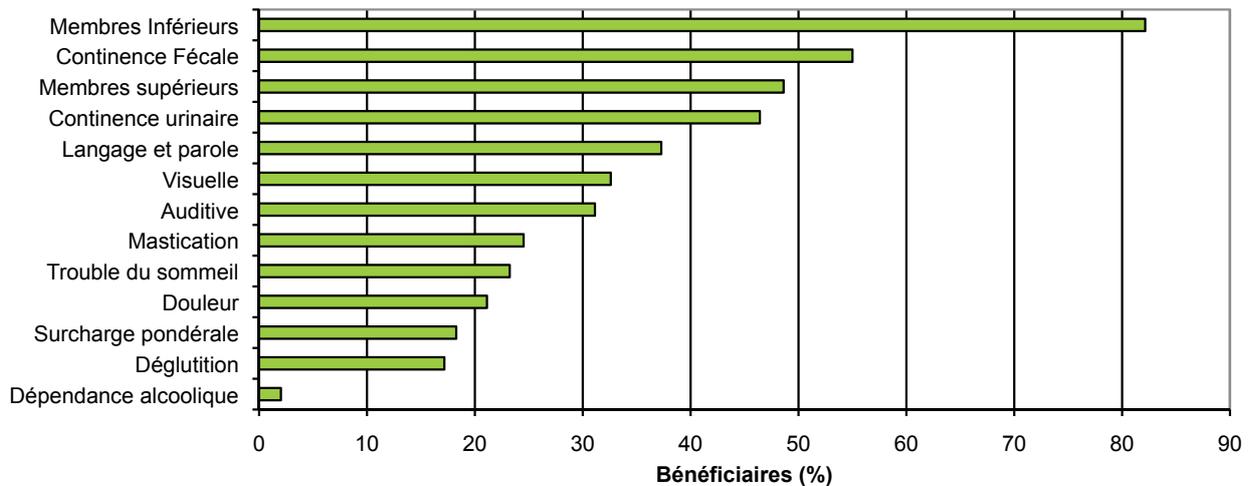
Figure 17 : Distribution du nombre de déficiences identifiées



Les déficiences locomotrices et les troubles de la continence prédominent

Les déficiences les plus fréquentes sont les déficiences des membres inférieurs, qui touchent 82 % des bénéficiaires. Viennent ensuite les déficiences des membres supérieurs (49%) et les problèmes de continence, qui concernent environ la moitié de la population enquêtée (voir Figure 18). Les déficiences liées aux fonctions de communication (vision, audition, langage et parole) touchent environ un tiers des bénéficiaires. Si l'on excepte la dépendance alcoolique, qui n'est mentionnée que pour 2% de l'échantillon, les autres déficiences recherchées (troubles de la mastication, troubles de la déglutition, douleurs, troubles du sommeil, surcharge pondérale) touchent chacune entre 17 et 25 % des bénéficiaires.

Figure 18 : Prévalence des déficiences recherchées



Les associations de déficiences les plus fréquemment retrouvées associent dans près d'un cas sur deux la déficience sévère des membres inférieurs à une incontinence fécale (48 % des cas), une incontinence urinaire (42 %) et une déficience des membres supérieurs (45 %).

Une perte d'autonomie et des déficiences plus importantes associées à des conditions de vie plus encadrées

En effet, plus les patients sont dépendants (GIR 1 et 2) moins ils vivent seuls et plus ils vivent en compagnie de leur conjoint (un GIR 1 sur 2) ou avec des personnes de la génération suivante (près de un GIR 1 sur 3 et un GIR 2 sur 4 à 5 contre un GIR 4 sur 10), et plus ils vivent dans des habitats adaptés et sont accueillis par leur famille ou par des particuliers à titre onéreux.

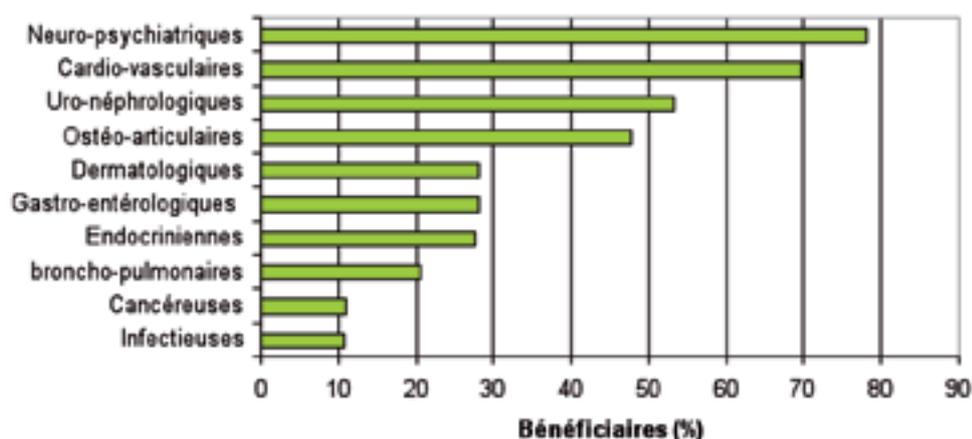
### Les états pathologiques repérés correspondent aux déficiences identifiées

Par ordre décroissant de fréquence, les 4 pathologies ou groupes de pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les états grabataires et troubles de la marche (56 %), l'incontinence urinaire (49 %), l'hypertension artérielle (43 %) et l'insuffisance cardiaque (31 %). On retrouve ensuite, avec des prévalences comprises entre 25 et 21 %, de nombreuses affections neurologiques (accidents vasculaires cérébraux, le groupe des malaises, vertiges, pertes de connaissance et chutes, syndrome démentiel) et des affections psychiatriques (états dépressifs, états anxieux et troubles du comportement). Ce groupe de pathologies est le plus représenté, près de 4 patients sur 5 en souffrent (voir Figure 19). Les pathologies vertébro-discales concernent enfin 20 % des patients enquêtés.

Par ailleurs, un patient sur 5 souffre d'escarres. Un patient sur 4 à 5 présente des troubles chroniques du comportement, un syndrome démentiel et/ou un état dépressif. À l'exception des états dépressifs, la prévalence de ces pathologies augmente avec le GIR. En effet, 2 patients GIR 1 sur 5 présentent une ou des escarres la semaine de l'étude, 62 % de cette catégorie de bénéficiaires un syndrome démentiel et 45 % des troubles chroniques du comportement.

Au prix de quelques approximations, il est par ailleurs possible de mettre en rapport certaines prévalences observées dans notre échantillon avec les données de morbidité déclarée issues de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2006<sup>33</sup>, qui porte sur un échantillon représentatif des assurés sociaux des trois principaux régimes d'assurance obligatoire. Pour la plupart des pathologies que nous avons pu apparier, les prévalences observées dans notre étude sont du même ordre de grandeur que celles observées dans l'enquête ESPS chez les plus de 65 ans. C'est le cas pour l'hypertension artérielle (43 et 51 % respectivement dans notre étude et dans ESPS), les cancers (11 % dans les deux cas), les dysthyroïdies (8 et 9 %), et les infections urinaires basses (7 et 4,6 %). On observe des écarts importants pour les troubles neuropsychiatriques potentiellement liés aux écarts de définition et de modes de recueil des données<sup>34</sup> : 5 et 1 % pour les troubles épileptiques, 25 et 10 % pour les dépressions, 22 et 17 % pour les troubles anxieux. Enfin, la prévalence de certaines maladies susceptibles d'induire une perte d'autonomie pourrait être plus forte dans notre échantillon ; on observe ainsi un écart important pour le diabète (17 et 13 %), les coronaropathies (17 et 12 %) et les accidents vasculaires cérébraux (25 et 5 %), pathologies qui sont susceptibles d'induire une perte d'autonomie.

Figure 19 : Prévalence des affections



33. C. Allonier, P. Dourgnon, T. Rochereau, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », *Rapport 1701*, IRDES 2008/04, 238 p.  
 34. Les pathologies font l'objet d'une auto-déclaration dans l'enquête ESPS, mais d'une hétéro-déclaration dans l'enquête SSIAD.

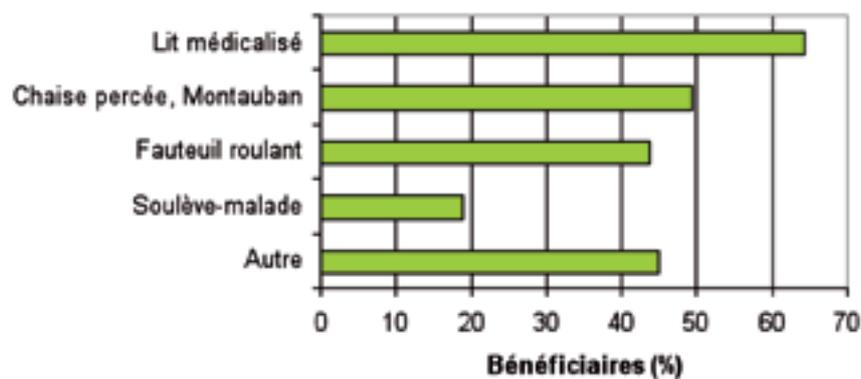
## Prise en charge

### Aides techniques et humaines

Les trois quarts des patients bénéficient d'une aide technique

76,7% des malades bénéficient d'une ou de plusieurs aides techniques permettant de compenser certaines de ces déficiences ou de faciliter les soins. Le lit médicalisé est l'appareil le plus répandu (64% des patients) (voir Figure 20) et est d'un usage assez systématique pour les patients des GIR 1 (97%) et GIR 2 (83%). Près de la moitié des bénéficiaires dispose d'un fauteuil roulant (44%), d'une chaise percée (49%), ou d'une autre aide technique (45%) (déambulateurs, aménagements de la salle de bain...); ces aides sont également plus fréquentes pour les GIR regroupant les patients les plus dépendants. Les soulève-malades ne sont retrouvés que chez ces catégories de patients et de façon assez fréquente; 1 patient GIR 1 sur 2 et près de 1 patient GIR 2 sur 3.

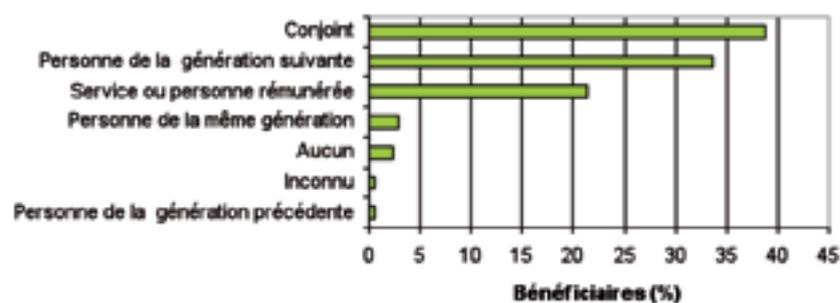
Figure 20 : Fréquences des aides techniques



La quasi-totalité des bénéficiaires des SSIAD reçoit une aide au quotidien, le plus souvent informelle

98% des patients enquêtés ont un aidant naturel pour effectuer certains actes de la vie courante. L'aide principale est dans les trois quarts des cas une aide informelle, assurée par un membre de la famille ou du voisinage : le conjoint dans 39% des cas, une personne de la génération suivante dans 34% des cas et, plus rarement, une personne de la même génération (autre que le conjoint). Exceptionnellement dans cette population de personnes âgées, l'aidant principal peut être une personne de la génération précédente (10 cas recensés dans notre enquête, soit moins de 0,5% des cas). Les services ou personnes rémunérées (notamment les familles d'accueil) assurent l'aide principale dans 21% des cas (voir Figure 21).

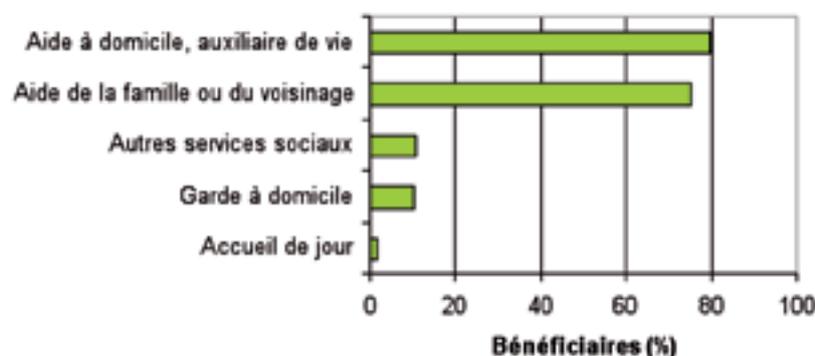
Figure 21 : Répartition des différentes catégories d'aidant principal



Pour les patients les plus jeunes, le conjoint constitue en fait un premier recours : il est l'aidant principal dans 63,2% des cas chez les patients âgés de 60 à 69 ans, et dans 59,7% des cas dans la classe d'âge suivante (70-79 ans). Les membres de la génération suivante se substituent ensuite progressivement au conjoint pour assurer l'aide principale (37% des cas la classe d'âge des 80-89 ans, et 57% des cas pour les plus de 90 ans), non pas en raison de l'intensité des soins (le degré de dépendance des bénéficiaires dépend très peu de leur âge), mais plus vraisemblablement parce que le conjoint a disparu ou n'est plus à même d'assurer cette aide.

L'aidant principal est très généralement secondé par un ou plusieurs aidants secondaires (dans 96,6% des cas). Les aides à domicile et les auxiliaires de vie interviennent dans 4 cas sur 5 environ (voir Figure 22), et ce, que l'aidant principal soit un proche ou non. La famille, en revanche, apporte plus souvent une aide secondaire lorsqu'elle assure déjà l'aide principale (79% des cas) que lorsque ce n'est pas le cas (63%).

Figure 22 : Fréquences des autres aides reçues



### Prise en charge par les SSIAD

50% des patients enquêtés étaient suivis depuis plus de 18 mois

En moyenne, les patients sont pris en charge depuis 2 ans et 3 mois.

Il existe cependant une grande hétérogénéité de l'ancienneté de la prise en charge. Si la majorité des patients se situe dans le cadre d'une prise en charge au long cours (plus de 60% étaient pris en charge depuis 1 an ou plus, 30% étaient présents depuis plus de 2 ans et 8 mois, 20% depuis plus de 3 ans et 9 mois et 10% depuis plus de 5 ans et demi), un certain nombre de prises en charge sont récentes (10% des patients environ étaient présents depuis moins d'1 mois et demi et 20% depuis moins de 4 mois).

L'ancienneté moyenne de prise en charge croît avec le niveau de dépendance, passant de 18 et 20 mois, pour les GIR 4 et les GIR 5 et 6, à 25 puis 29 et 40 mois pour les GIR 3, GIR 2 et GIR 1 respectivement.

Un peu moins de la moitié des bénéficiaires de SSIAD enquêtés a été prise en charge au cours d'une hospitalisation

Lors de l'instauration de la prise en charge par le SSIAD, dans la moitié des cas les patients sont pris en charge par la médecine de ville à leur domicile, dans l'autre moitié ils sortent d'hospitalisation.

Il s'agit d'une hospitalisation de court séjour pour près d'un quart des bénéficiaires (23 %) ou d'un séjour en soins de suite et de réadaptation pour 1 patient sur 5. La prise en charge suite à une hospitalisation en psychiatrie est en revanche très rare (0,4 % des séjours).

Ainsi, la majorité des prises en charge observées sont initiées alors que le patient séjourne dans son lieu de vie habituel, qu'il s'agisse d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (1,1 %) ou d'un domicile personnel (55,2 % des patients) – avec un suivi médical assuré par la médecine de ville dans 52,6 % des cas, et par un service d'hospitalisation à domicile dans 2,5 % des cas.

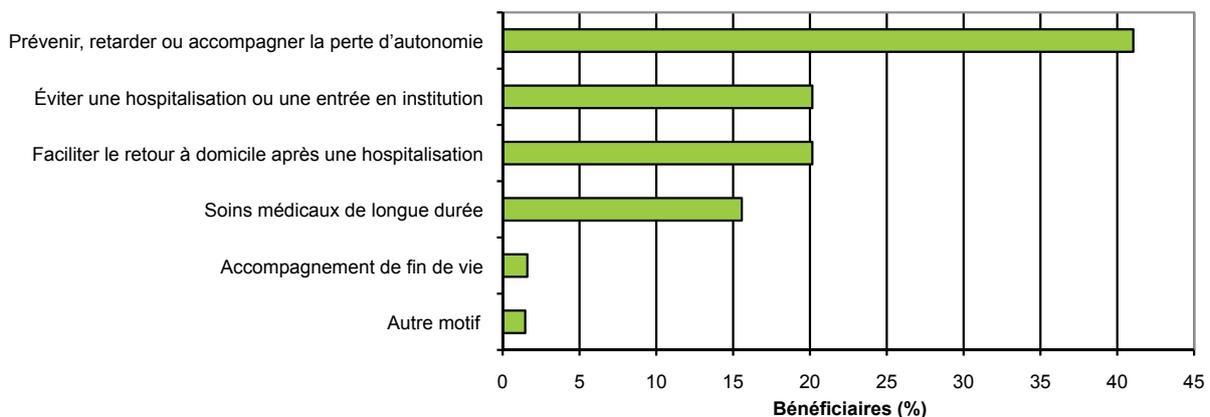
De façon plus rare, mais qui semble devenir plus fréquente, certains patients sont admis en SSIAD après avoir quitté un EHPAD (0,6 %) ou une unité de long séjour (1,1 %). On s'interroge sur l'origine de ce phénomène et sur la relation qui existerait entre le coût élevé du reste à charge pour les patients et leur entourage en institution et le retrait de ces patients des établissements dans lesquels ils étaient pris en charge. En effet, ces patients plus dépendants en moyenne que les autres (77 % en GIR 1 ou 2 contre 53 % pour les autres), vivent beaucoup moins souvent seuls (8 % contre 30 % pour les autres), sont plus souvent en couple (67 % contre 54 %), vivent moins fréquemment à leur domicile mais sont plus souvent hébergés par des membres de leur famille et vivent avec des membres de la génération suivante de façon plus fréquente (38 % contre 24 %) <sup>35</sup>.

Le principal motif de prise en charge est la perte d'autonomie

Si l'entrée en SSIAD fait suite à une hospitalisation dans plus de 4 cas sur 10, l'objectif de la prise en charge déclaré ne concerne explicitement la transition de l'établissement au domicile que dans 20 % des cas.

Bien plus souvent, il s'agit de prévenir ou d'accompagner la perte d'autonomie (41 % des cas, dont la majorité des patients est classée dans les GIR 3 à 6), ou bien de contribuer à la prise en charge d'une affection de longue durée (16 % des cas) ; enfin, dans 1 cas sur 5, la prise en charge par les SSIAD permet de prévenir une hospitalisation ou une entrée en institution. L'accompagnement de fin de vie ne concerne que 2 % des prises en charge (voir Figure 23).

Figure 23 : Répartition des motifs de prise en charge



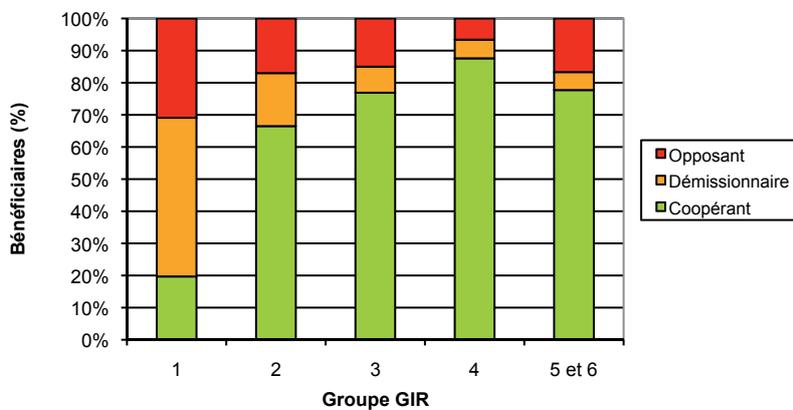
35. Ces différences bien que statistiquement significatives sont cependant à prendre avec précaution à cause de la petite taille de l'échantillon de patients concernés (39 personnes).

Si les deux tiers des patients sont coopérants, un tiers d'entre eux sont opposants ou démissionnaires

L'accueil réservé aux SSIAD par les patients est le plus souvent favorable, 69% des bénéficiaires enquêtés se montrant coopérants avec les intervenants. Les interventions avec le patient sont en revanche plus difficiles dans les autres cas, que les patients soient indifférents à leur prise en charge (16%) ou qu'ils adoptent une attitude d'opposition vis-à-vis des soignants (16% des cas également).

L'attitude des patients est fortement liée à leur niveau d'autonomie : si la proportion de patients coopératifs est de 87% pour les patients des GIR 4 à 6, celle-ci n'est plus que de 77% pour le GIR 3, de 67% pour le GIR 2, et tombe à 20% pour le GIR 1. Dans ce dernier groupe, composé de patients atteints de déficiences cognitives et motrices importantes, la moitié des patients sont démissionnaires, et 31% d'entre eux sont opposants (voir Figure 24).

Figure 24 : Répartition du profil psychologique selon le GIR

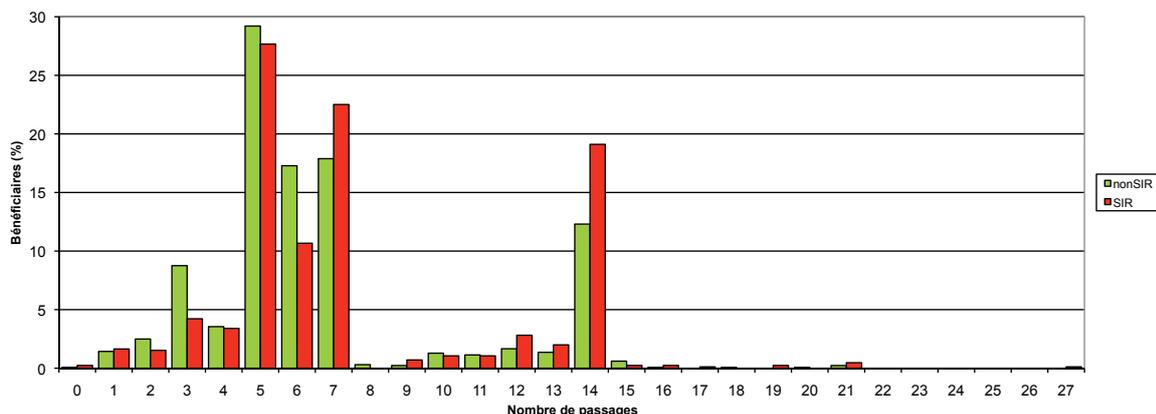


Une majorité des soins dispensés par des aides soignants qui passent en moyenne une fois par jour auprès des patients

Les intervenants du SSIAD passent en moyenne 10 fois par semaine au domicile des bénéficiaires ce qui, cumulé, représente 4 heures et 47 minutes de soins par des salariés et 5,2 AMI et 0,06 AIS d'infirmiers libéraux.

En moyenne, plus de 7 des passages sont effectués par des aides soignants qui passent 4 heures et 33 minutes, près de 2,5 passages par des infirmiers, et 0,4 passages par des infirmiers coordonnateurs pour un temps de 10 minutes. Pour la grande majorité de la population, le nombre de passages d'aides-soignants est inférieur à 7 avec un pic de fréquence égal à 5 passages par semaine pour environ 2 patients sur 7 (voir Figure 25).

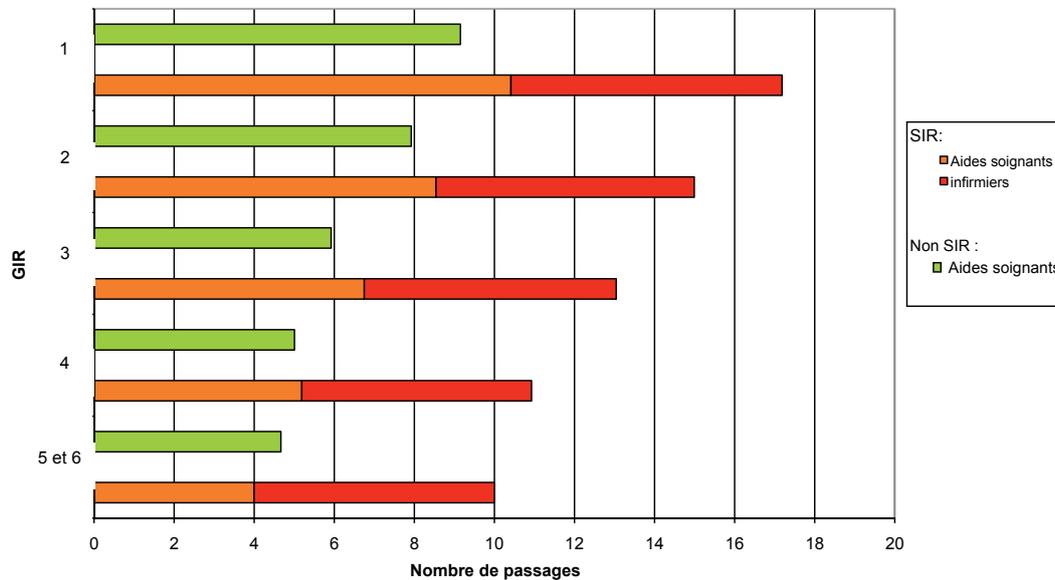
Figure 25 : Distribution du nombre de passages d'aides-soignants<sup>36</sup>



36. Dans la légende, le groupe soins infirmiers requérants (SIR) représente les patients nécessitant au moins un passage d'infirmiers par semaine et les non SIR, ceux qui n'en ont pas besoin.

La fréquence des passages augmente avec le degré de dépendance des patients. Ainsi, les patients en GIR 1 reçoivent plus de visites de soignants que ceux en GIR 4 (13,4 passages par semaine en moyenne contre 7,4) avec plus de deux fois plus de temps de soins d'aides soignants (6,7 contre 2,7 heures) et 1,6 fois plus de passages d'infirmiers (3,6 contre 2,7 en moyenne par semaine) (voir Figure 26).

Figure 26 : Nombre moyen de passages de soignants selon le GIR et selon le recours aux soins

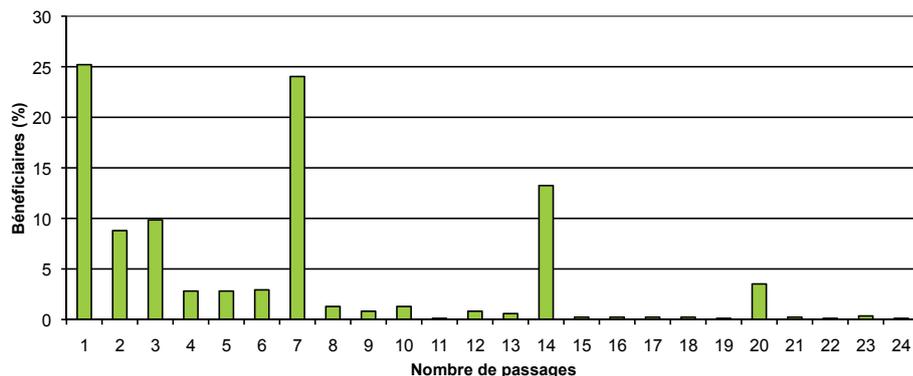


Lorsque les patients reçoivent des soins infirmiers (39,2% de la population) (patients soins infirmiers requérants, SIR), les soignants interviennent en moyenne deux fois plus souvent à leur domicile (14,5 passages contre 7,1) et ce pour un nombre de passages d'aides-soignants très proche (7,7 pour les SIR contre 6,8 pour les non SIR). Les infirmiers interviennent en moyenne près d'1 fois par jour lorsque des soins infirmiers sont requis. Ce chiffre varie de 1 fois par semaine jusqu'à 35 fois soit 5 fois par jour pour un patient. Pour un quart des patient SIR, il est égal à 1 et pour un peu moins d'un autre quart, il est égal à 7 (voir Figure 27).

La moitié des patients ne nécessitant pas de soins infirmiers reçoivent jusqu'à 6 visites d'aides-soignants par semaine (contre 7 pour les SIR), trois quart d'entre eux en reçoivent jusqu'à 1 par jour (12 pour les SIR), 95 % jusqu'à 2 par jour (comme pour les SIR) et 1 patient reçoit jusqu'à 27 passages dans la semaine.

La hausse du nombre de passages de soignants avec le degré de dépendance des patients est homogène entre les populations SIR et non SIR pour les soins délivrés par les aides-soignants. En effet, entre les GIR 1 et 4, il y a 2 fois plus de passages pour les SIR et 1,8 fois plus pour les non SIR. Le nombre de passages d'infirmiers augmente également avec le degré de dépendance mais de façon moindre puisque il n'y a que 1,3 fois plus de passages pour les GIR 1 que pour les GIR 4.

Figure 27 : Distribution du nombre de passages d’infirmiers auprès des patients SIR



Les soins et les services fournis par les SSIAD touchent de multiples domaines

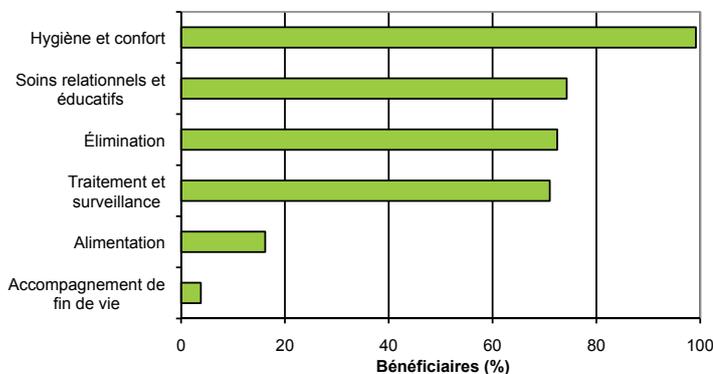
La plus grande part des soins et services dispensés par les SSIAD peut être décrit à l’aide de 5 catégories de soins, qui concernent chacune plus de 7 patients sur 10.

Par ordre de fréquence décroissante, on trouve :

- les soins d’hygiène et de confort (toilette et soins des pieds), qui concernent presque tous les patients (plus de 99 %) ;
- la mobilisation des patients et l’aide aux transferts pour 4 patients sur 5 ;
- les soins relationnels (soutien psychologique) et éducatifs (stimulation intellectuelle, éducation du patient et de son entourage) pour 3 patients sur 4 ;
- la prise en charge des problèmes d’élimination (72 %) ;
- et la réalisation ou le suivi des traitements (préparation et aide à la prise des médicaments, injections, prélèvements, soins dermatologiques, pansements et prévention d’escarres) (71 %).

La surveillance nutritionnelle et l’aide à l’alimentation ne concernent en revanche que 16 % des patients (4 patients sur 25) et l’accompagnement de la fin de vie (en complément des soins palliatifs qui peuvent s’avérer nécessaires) ne concernent que 4 % des patients (voir Figure 28). 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 dès le GIR 4 et des soins relationnels et éducatifs, dont la fréquence décline chez les patients du GIR 1.

Figure 28 : Fréquences des soins et services délivrés par le SSIAD



Le partage de l'aide entre les SSIAD et à la famille dépend du champ du besoin

Les soins suscités dispensés par le SSIAD peuvent apporter la totalité ou seulement une partie de l'aide dont a besoin le bénéficiaire. Dans ce dernier cas, d'autres intervenants peuvent apporter une aide complémentaire (la famille, l'entourage ou un autre service) ou une partie des besoins peut rester non couverte.

C'est dans les domaines où le besoin est le plus fréquent, la toilette et l'habillement, que les SSIAD apportent le plus fréquemment une aide totale (pour respectivement 44 et 36 % des bénéficiaires qui ont besoin d'une aide dans ce domaine). Par analogie, ce sont ceux où l'entourage, ou les autres services, interviennent le moins.

Les SSIAD fournissent également une aide totale à une part importante de la population pour ce qui concerne l'élimination et les transferts (respectivement 21 et 15 % des patients). Pour le reste, l'aide apportée est plus fréquemment partielle.

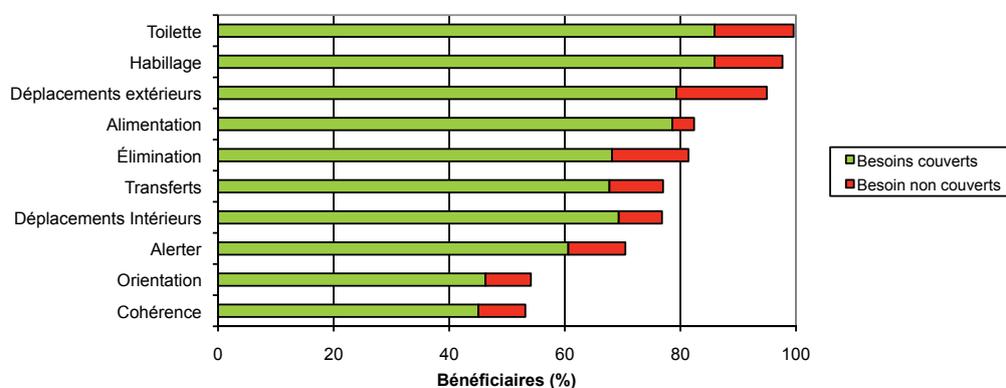
En termes de cohérence, d'orientation, d'élimination, de transferts et déplacements intérieurs, les SSIAD apportent une partie de l'aide nécessaire à plus de 70 % de ceux qui en ont besoin. Ils interviennent beaucoup moins pour l'alimentation ou les déplacements extérieurs.

L'entourage intervient quant à lui plus souvent en apportant une aide totale pour l'alimentation (32 % de ceux qui en ont besoin) et les déplacements extérieurs (23 %), domaines dans lesquels les SSIAD interviennent le moins même de façon partielle.

De façon générale, l'entourage apporte une aide complémentaire à une proportion importante des requérants dans tous les domaines. Le domaine qui reste le plus à la charge de l'entourage est celui des déplacements extérieurs, pour lequel ni les SSIAD ni d'autres services n'interviennent beaucoup. D'autres intervenants apportent une aide, le plus souvent partielle.

Tous les besoins ne sont pas couverts. En matière de cohérence, d'orientation, de toilette, d'habillement, d'élimination, de transferts, de déplacements à l'extérieur et de possibilité pour alerter, c'est chaque fois plus de 12 % de ceux qui nécessitent une aide qui ont un besoin résiduel (voir Figure 29). Au total, seulement 26 % des bénéficiaires de l'enquête n'auraient pas besoin d'une aide supplémentaire et pour 36 % d'entre eux, une aide supplémentaire serait nécessaire pour plus de 2 des actes décrits par les variables illustratives du score AGGIR.

Figure 29 : Fréquence des besoins couverts et non couverts

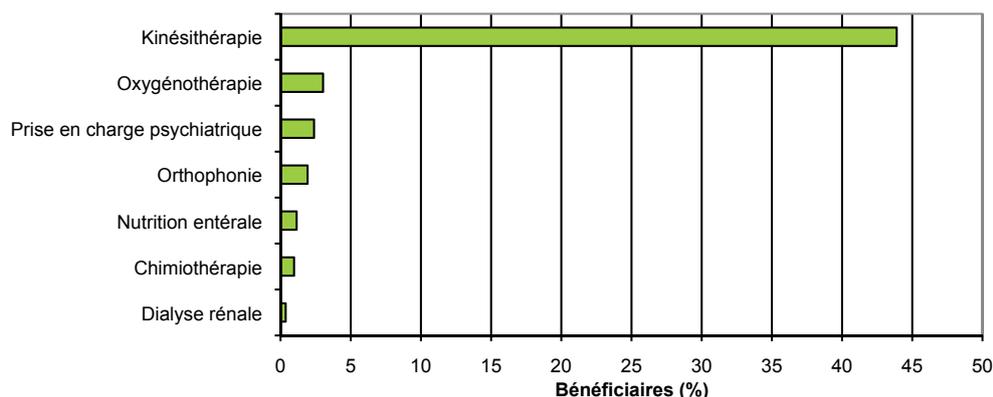


Les prises en charge par les SSIAD sont associées à des soins de kinésithérapie dans plus de quatre cas sur dix

Les patients pris en charge par les SSIAD bénéficient fréquemment d'autres types de soins dispensés par des professionnels extérieurs au service.

Ainsi, près d'un bénéficiaire sur deux (44%) des SSIAD reçoit également des soins de kinésithérapie et ce, quel que soit le niveau d'autonomie considéré. Environ 2% des patients reçoivent des soins psychiatriques et des soins d'orthophonie. L'oxygénothérapie, la nutrition entérale et les chimiothérapies sont très rares. Enfin, la dialyse à domicile concerne moins de 0,5% des patients de l'étude (voir Figure 30).

Figure 30 : Soins dispensés par les professionnels extérieurs au SSIAD



Des dossiers individuels qui permettent d'assurer la continuité des soins

L'examen des dossiers individuels des patients enquêtés montre que 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 sont clairement identifiés dans 98% des cas ; le rôle joué par l'entourage est également fréquemment mentionné (93% des cas) ainsi que les caractéristiques du lieu dans lequel se déroulent les interventions (93%). Les informations relatives aux habitudes et aux désirs de la personne prise en charge sont plus souvent absentes : l'histoire de la personne et la description de ses habitudes de vie ne sont mentionnées que dans 56% des cas, et ses désirs ne sont identifiés que dans 38% des cas.

Près d'un patient sur dix devrait être pris en charge par d'autres structures

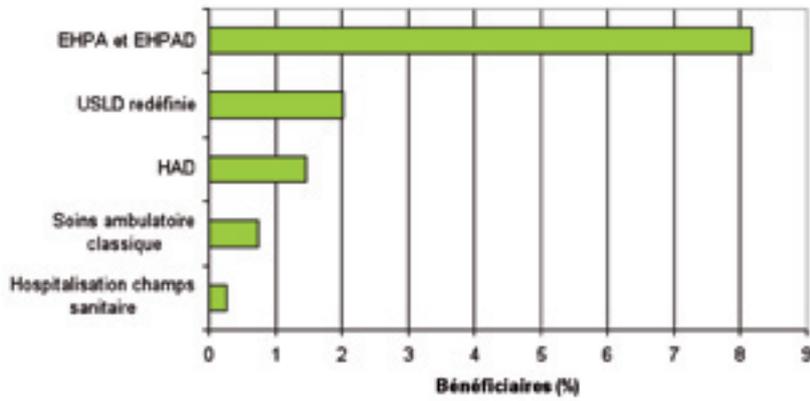
Les équipes pluridisciplinaires chargées de juger de l'adéquation de la prise en charge au cours de l'enquête (médecin conseil, médecin traitant, médecin coordonnateur de l'HAD et infirmier coordonnateur du SSIAD) ont estimé que le SSIAD constituait la réponse adaptée aux besoins de la personne pour 87,3% des bénéficiaires enquêtés. Ce chiffre diminue lorsque le niveau de dépendance des patients augmente.

Dans le cas contraire, l'orientation souhaitable est l'entrée dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou dans une unité de soins de longue durée pour 80% des patients (voir Figure 31). Les soignants soulignent plus fréquemment pour les GIR 1 et 2 la nécessité de ce type de prise en charge institutionnelle quand, de façon moins fréquente

(seuls 0,7% des patients) mais exclusive pour les GIR 3 et 4, la prise en charge non coordonnée par des professionnels libéraux du secteur ambulatoire est évoquée.

Enfin, une hospitalisation à domicile n'a été jugée préférable que dans 1,5% des cas.

Figure 31 : Fréquence des modes de prise en charge souhaitable lorsque la prise en charge en SSIAD est inadaptée





# Le coût de la prise en charge

Cette partie du rapport présente de manière descriptive les résultats de l'étude de coûts. Nous présentons dans un premier temps le coût réel annuel de la prise en charge en SSIAD, sa distribution et sa décomposition selon les différents postes de dépenses. Nous décrivons ensuite les variations du coût de prise en charge sur le terrain selon les caractéristiques des bénéficiaires et des SSIAD et les caractéristiques des services associées à des variations de coûts de structure. L'analyse des déterminants du coût est présentée dans la dernière section du rapport (l'ensemble des valeurs est présenté dans les annexes 7 à 8)<sup>37</sup>.

## Le coût total

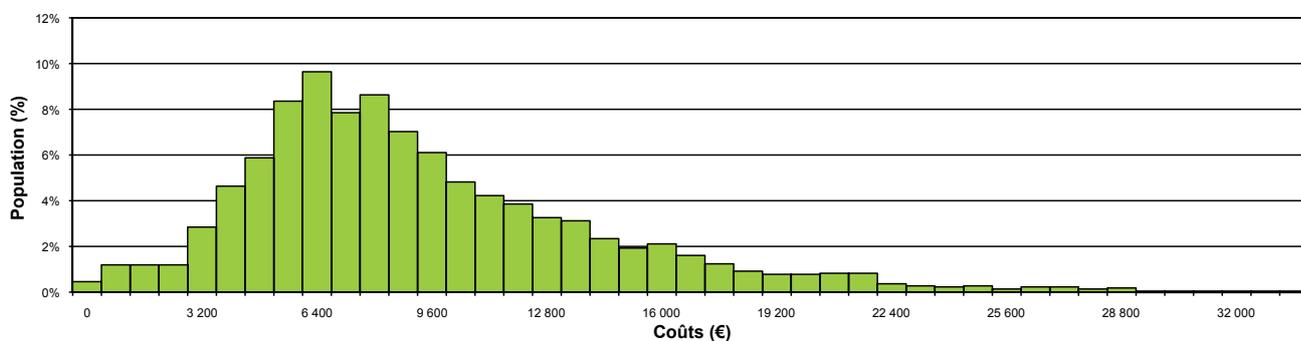
Le coût total annuel moyen de la prise en charge par bénéficiaire est égal à 10 525 €. Il est inférieur à 9 441 € pour la moitié des patients.

Il existe une importante disparité<sup>38</sup> de coût entre les patients, les valeurs extrêmes sont 1 135 € et 36 659 €, soit de 0,1 à 3,45 fois la dotation moyenne par place installée dans notre échantillon. 3 patients sur 4 ont un coût inférieur à 17 256 € et si l'on retire les 5 % de valeurs extrêmes basses et hautes, 90 % des patients présentent un coût de prise en charge compris entre 4 333 € et 27 327 €.

Ces disparités sont apparentes sur l'histogramme des coûts totaux annuels par bénéficiaire et sur le graphe reprenant la distribution rangée par ordre croissant des coûts totaux (voir Figure 32 et Figure 33).

On note par ailleurs que les 5 % de patients ayant les coûts les plus élevés représentent 11,5 % de la dépense totale des services et les 10 % les plus chers 20,4 %. Ces différences de proportion sont moindres par rapport à celles que l'on retrouve dans la consommation de certaines catégories de soins médicaux. Par comparaison, on estime que 5 % des patients hospitalisés consomment près de 35 % des dépenses hospitalières.

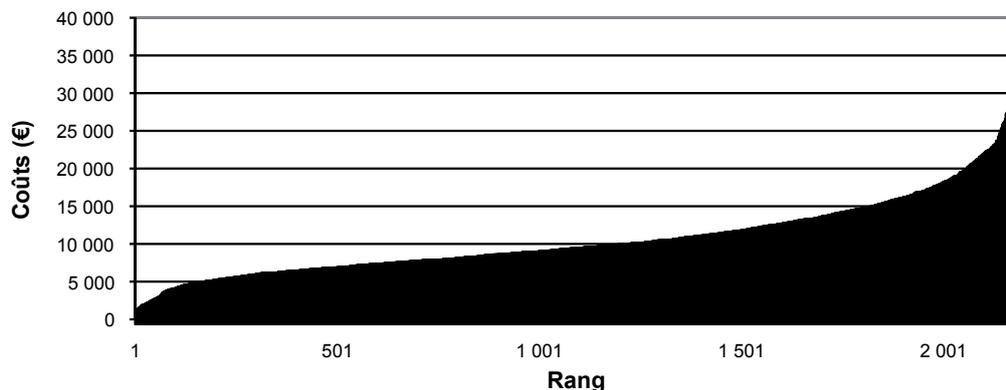
Figure 32 : Histogramme des coûts totaux annuels réels



37. Voir du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

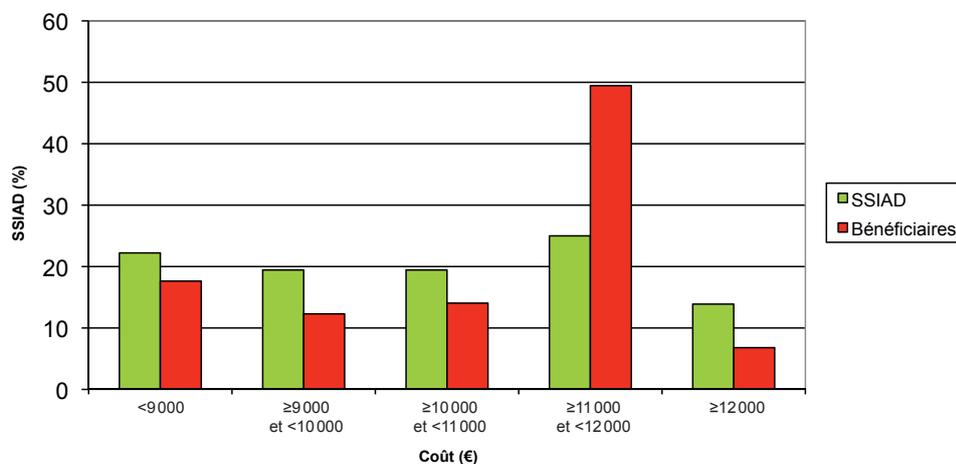
38. L'écart-type est de 5 080 €.

Figure 33 : Coûts totaux de l'ensemble des patients de notre population d'étude rangés par ordre croissant



La valeur moyenne du coût total par SSIAD varie également de façon importante entre 5 856 € (55 % du coût moyen par individu) pour le SSIAD avec les patients dont l'intensité moyenne des soins est la moins importante et 16 358 € (soit 155 % du coût moyen par individu) pour le SSIAD prenant en charge les patients dont l'intensité moyenne des soins est la plus importante. La moitié des services a un coût moyen de prise en charge inférieur à 10 458 €, et, pour près de 1 sur 5, ce coût se situe entre 10 000 € et 11 000 € (voir Figure 34). De plus, certains SSIAD prennent en charge des patients avec des profils de prise en charge d'intensité homogène quand d'autres présentent une grande diversité de coût de prise en charge dans leur clientèle<sup>39</sup>.

Figure 34 : Répartition des SSIAD selon le coût total



## Décomposition du coût total

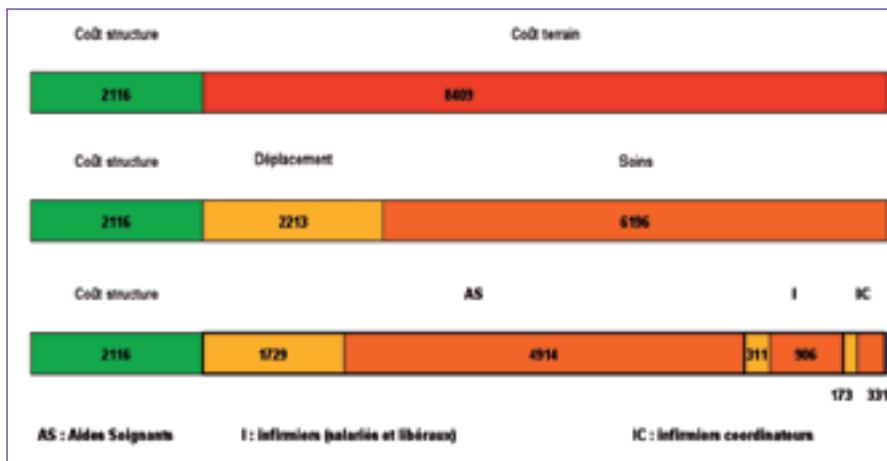
Le coût total se décompose comme suit :

- 20 % de coût structure (2 116 €) ;
- 80 % de coût terrain (8 409 €) ;
  - 21 % de coût de déplacement au domicile du patient (2 213 €), soit :
    - . 16,4 % pour les aides-soignants (1 729 €),
    - . 3 % pour les infirmiers (311 €),
    - . 1,6 % pour les infirmiers coordonnateurs (173 €) ;

- 59 % de coût des soins au domicile du patient (6 196€), soit :
  - . 46,7 % pour les aides-soignants (4 914€),
  - . 8,7 % pour les infirmiers (906€),
  - . 3,1 % pour les infirmiers coordonnateurs (331€),
  - . 0,4 % pour le petit matériel (45€).

Les valeurs correspondantes sont reprises dans la Figure 35 ci-dessous.

Figure 35 : Décomposition du coût total



Le coût terrain représente donc les quatre cinquièmes du coût de la prise en charge en SSIAD. Selon les SSIAD, cette part varie entre 62 et 90 %.

Pour 50 % des patients, le coût terrain est inférieur à 7 173€. Il varie de 476€ à 34 671€ entre les patients recevant le moins et le plus de soins. Il est composé aux trois quart par le coût des soins au domicile du patient et pour le quart par le coût des déplacements.

Sa valeur moyenne varie en fonction des SSIAD entre 4 685€ et 12 803€.

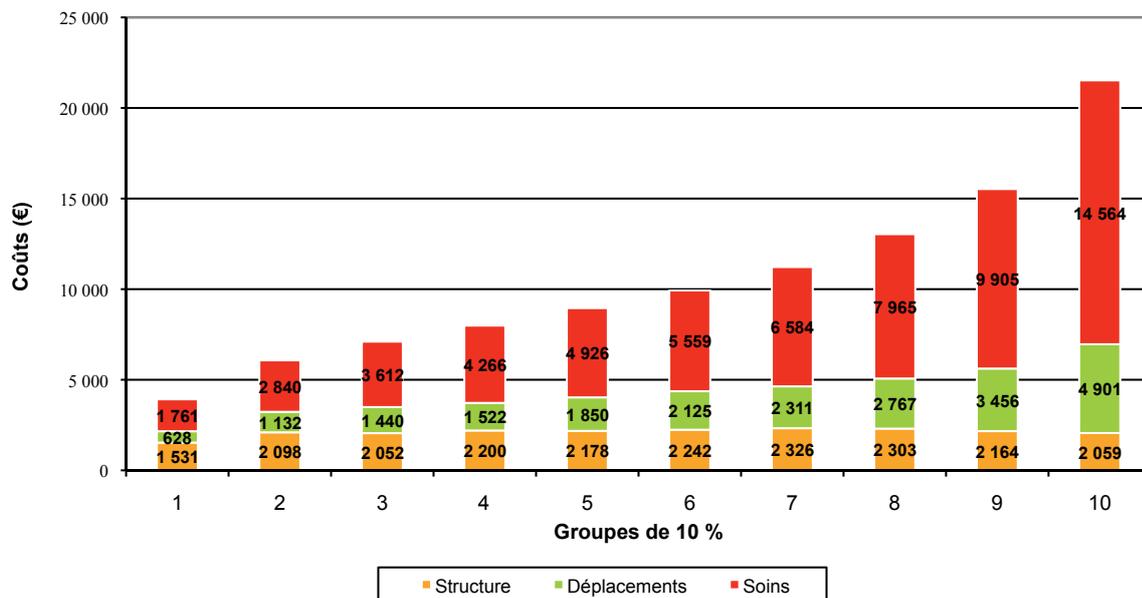
Les 5 % des patients présentant les coûts terrain les plus élevés représentent 13,2 % des dépenses des services et les 10 % les plus chers, 23,1 %.

Le coût des soins dispensés au domicile du patient est en moyenne de 6 197€ et pour la moitié des patients il est inférieur à 5 225€. Il varie entre 366€ et 30 609€.

Il représente en moyenne près de 60 % du coût total. Cependant, il varie entre 45 % et 76 % en fonction des services mais pour la moitié d'entre eux il est supérieur à 54 %.

Il représente entre 45 % des coûts pour les 10 % de patients les moins chers et 68 % pour 10 % les plus chers (voir Figure 36).

Figure 36 : Structure du coût total réel par décile



NB : On donne ici la valeur moyenne des coûts par tranche de 10 % de la population rangées par ordre croissant des coûts.

L'activité de soins des aides-soignants atteint près de la moitié du coût de la prise en charge totale (46,7%) et en constitue la plus grande composante. Les coûts de soins infirmiers ne représentent quant à eux que 11,8% des coûts totaux moyens mais atteignent 20,4% dans la population nécessitant des soins infirmiers et 27,2% pour les 10% des patients les plus chers parmi eux.

Le coût des déplacements est en moyenne égal à 2 213 € et représente en moyenne 26% du coût terrain. Pour la moitié des bénéficiaires, il est inférieur à 1 838 €. Il présente une grande disparité<sup>40</sup> et varie entre 74 € et 10 424 €.

Sa valeur moyenne par SSIAD varie également de façon très importante entre 493 € et 3 853 €, il constitue, pour sa valeur moyenne par service, 6% du coût total pour un service, quand pour un autre il atteint 34%.

Le coût des déplacements et le coût des soins sont positivement corrélés<sup>41</sup>, ce qui signifie que, d'une manière globale, le coût des déplacements augmente avec le coût des soins.

Le coût de structure annuel par patient<sup>42</sup> est égal à 2 116 € et représente 20% du coût total moyen par individu.

Cependant, il n'existe que 36 valeurs puisque le coût structure est le même pour tous les patients d'un même SSIAD. La moyenne de ces 36 valeurs est égale à 2 512 € et la moitié des services ont un coût de structure par patient présent égal à 2 596 €<sup>43</sup>. Cependant plus de 30% ont un coût supérieur à 3 000 € (la Figure 37 présente la répartition des services selon leur coût de structure).

Selon les SSIAD, le coût structure représente entre 10 et 38% du coût total moyen (voir Figure 38).

40. L'écart-type est égal à 1 561 €.

41. Le coefficient de corrélation de Spearman est égal à 0,66.

42. En fait, par conséquence du mode de calcul du coût structure pour chaque patient, il n'existe que 36 valeurs différentes possible pour ce coût. La moyenne ici concerne les 2 178 patients de l'étude auquel est affecté une fraction du coût structure du SSIAD dont il relève.

43. Ces valeurs diffèrent sensiblement si l'on présente les coûts de structure par place installée. La moyenne est alors égale à 2 494 € et la médiane à 2 470 €.

Figure 37 : Répartition des SSIAD selon leur coût de structure

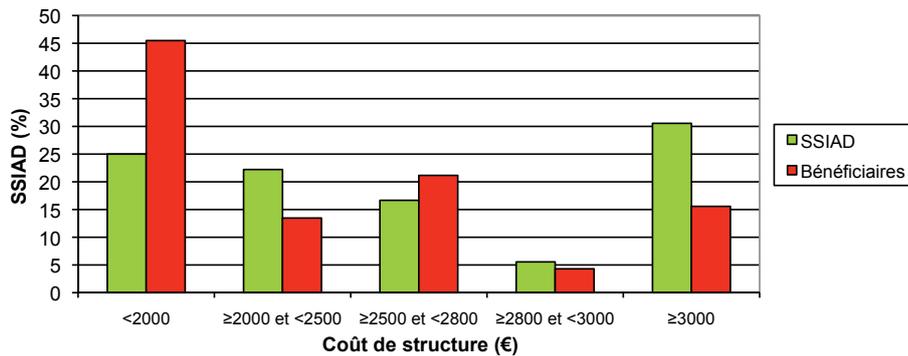
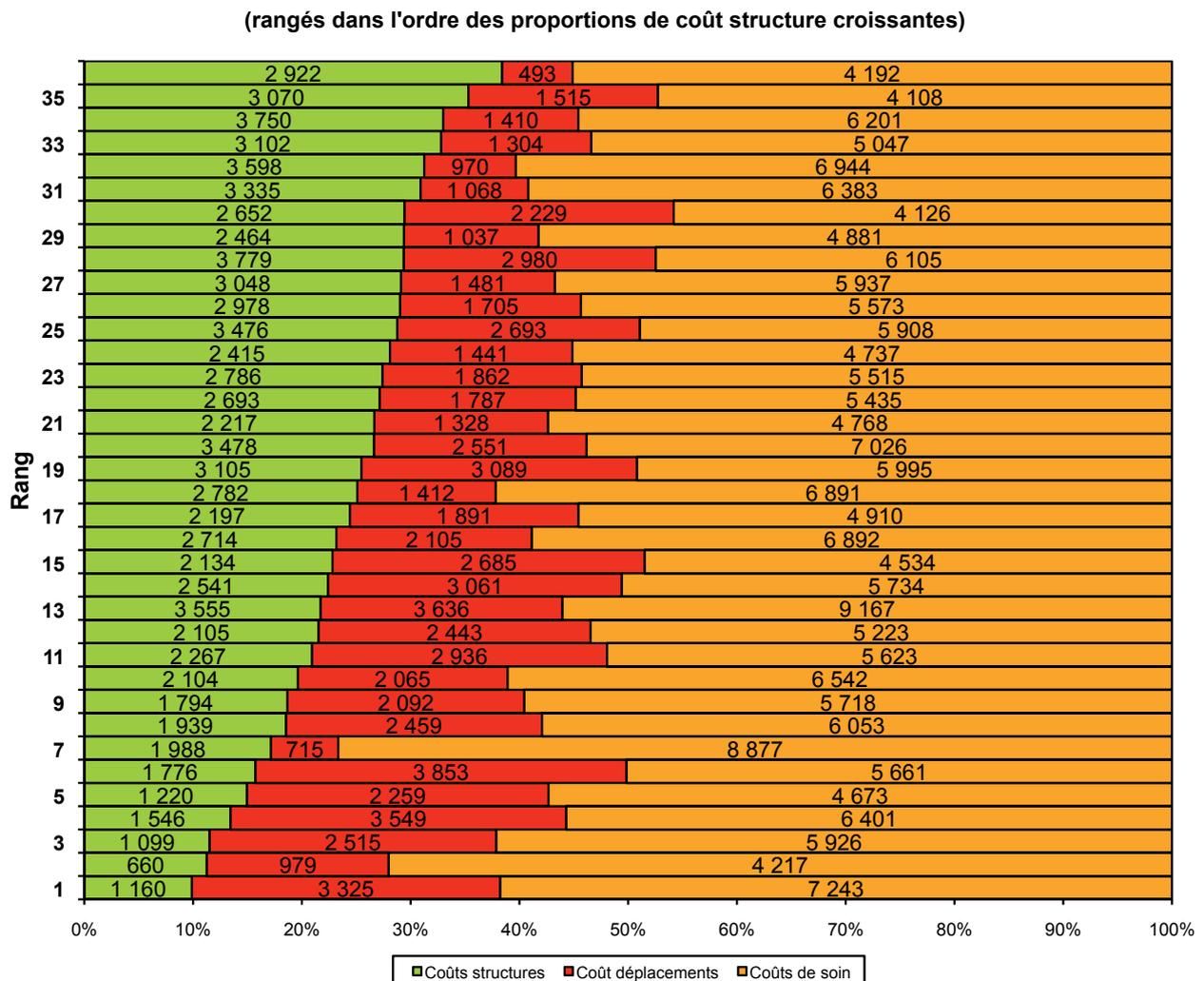


Figure 38 : Composition des coûts réels totaux des SSIAD



### Les coûts selon le recours aux soins infirmiers

Selon que les patients bénéficient ou non de soins infirmiers, le coût total moyen de la prise en charge diffère. Il est égal à 8 815€ pour les patients uniquement pris en charge par des aides soignants et 13 182€ pour ceux bénéficiant également de soins infirmiers (SIR) soit 49,6% de plus.

Il varie entre 1 623 € à 36 559 € pour les SIR et entre 1 136 € et 26 636 € pour les autres.

Les coûts terrain, les coûts de soins et les coûts de déplacements sont plus de 60 % plus élevés pour les patients bénéficiant de soins infirmiers que pour les autres. Ce qui peut s'expliquer par un nombre de passages en moyenne 2 fois plus élevé. Ainsi, les coûts terrain moyens sont respectivement égaux à 11 111 € et 6 670 €, les coûts soins à 8 218 € et 4 895 € et les coûts déplacements à 2 893 € et 1 775 €.

Le coût terrain varie de 917 € à 34 671 € pour les SIR et de 476 € à 22 091 € pour les non SIR.

Le coût des soins s'étend de 725 € à 30 609 € pour les SIR et de 366 € à 17 789 € pour les non SIR.

Le coût des déplacements varie de 141 € à 10 424 € pour les SIR et de 74 € à 9 550 € pour les non SIR.

Ainsi, même si certains patients non SIR ont un coût de prise en charge élevé, le fait de bénéficier de ce type de soins est associé à des coûts moyens de prise en charges plus élevés.

### Les coûts moyens par passage

Tous intervenants confondus, le coût total moyen par passage des intervenants du SSIAD au domicile du patient est égal à 20 € dont 12 pour les soins, 4 pour les déplacements et 4 pour le fonctionnement de la structure.

Pour les patients SIR, ce coût atteint 24 € quand il est égal à 17 € pour les patients ne recevant pas de prestations infirmières, le coût de soins par passage s'élevant respectivement pour ces deux sous populations à 13 € et 10 €.

### Sensibilité à la vitesse de déplacement

En accord avec les fédérations de SSIAD participant à l'étude, la vitesse de déplacement des personnels a été fixée à 50 km/h pour déterminer les temps de trajets vers ou à partir du domicile du patient. Nous avons recalculé les coûts de prise en charge en faisant varier cette vitesse de plus ou moins 20 % afin d'évaluer l'impact de notre choix sur la précision des coûts.

Ainsi, une vitesse de déplacement de 40 km/h entraîne une augmentation du coût des déplacements de 15 % (+ 320 €) et une vitesse de 60 km/h une diminution de 10 %. Cependant, les coûts de déplacements ne représentent que 74 % du coût terrain et 21 % du coût total. Ces derniers varient en moindre proportion. Le coût terrain ne diminue que de 2,5 % ou n'augmente que de 3,8 % et le coût total<sup>44</sup> ne diminue que de 1,8 % ou n'augmente que de 2,7 % selon que l'on fasse varier la vitesse de plus ou moins 20 %. Ces variations peuvent donc être considérées comme acceptables pour les coûts terrain et totaux mais devront être prises en considération lors de l'étude des coûts de déplacements.

### Des coûts moyens différents en fonction des fédérations

Les caractéristiques des coûts, de leurs composantes et de leur dispersion varient selon la fédération. Ainsi, le coût total moyen de la fédération À domicile atteint 9 144 €, quand il est égal à 10 431 € pour l'ADMR et 10 724 € pour la FEHAP (voir Tableau 9).

44. De plus, le coût total varie moins en valeur absolue du fait de l'intervention des infirmiers coordonnateurs sur le terrain. Le temps que ceux-ci y consacrent est ôté de leur temps de travail pour le calcul des coûts structure. La vitesse retenue modifie donc le coût structure. Pour les coûts totaux, le choix de 40 km/h amène ainsi une majoration de 283 € par rapport à l'hypothèse de l'étude, et le choix de 60 km/h un coût de 189 € inférieur à cette hypothèse.

Tableau 9 : Description des coûts réels selon la fédération

	Moyen	Médian	Écart-type	Min.	Max.	Effectif
<b>ADMR</b>						
Coûts totaux	10 431	8 912	4 850	2 219	31 969	671
Coûts structures	2 314	2 134	725	1 099	3 779	(30,8 %)
Coûts terrains	8 117	6 742	4 749	999	29 404	
<b>À domicile</b>						
Coûts totaux	9 144	7 787	4 971	3 827	26 242	150
Coûts structures	2 912	2 922	566	2 217	3 598	(6,9 %)
Coûts terrains	6 232	4 671	4 238	710	22 644	
<b>FEHAP</b>						
Coûts totaux	10 724	9 629	5 180	1 136	36 659	1 357
Coûts structures	1 929	1 546	893	600	3 750	(62,3 %)
Coûts terrains	8 795	7 631	5 181	476	36 671	

Dans le calcul des coûts, les coûts horaires chargés des infirmiers coordonnateurs, infirmiers et aides-soignants sont les mêmes pour les SSIAD de l'ADMR et ceux de la fédération nationale À domicile car ils bénéficient de la même grille salariale (grille salariale de la branche de l'aide à domicile); ceux de la FEHAP sont légèrement plus élevés (+12 % pour les aides-soignants et 15 % pour les infirmiers coordonnateurs) ces différences peuvent être partiellement attribuées à des allègements de charges sociales plus importants pour la branche de l'aide à domicile.

Les différences de coûts entre ADMR et À domicile ne sont donc pas dues à des différences de salaires. Mais ces différences, surtout en ce qui concerne le coût terrain, persistent après standardisation sur l'étendue de la zone de couverture. Il existe donc d'autres caractéristiques à la source de ces différences (fluctuations d'échantillonnage, besoins en soins des bénéficiaires, mode de gestion des SSIAD...). Les coûts plus élevés pour la FEHAP semblent bien refléter les coûts horaires chargés des salariés plus importants dans cette convention collective. En effet, cette situation change lorsque l'on standardise les coûts des salaires horaires et que l'on élimine ainsi les différences de coûts qui leur sont liées. Ce sont alors les coûts moyens des SSIAD de l'ADMR participant à l'étude qui sont les plus importants, reflétant pour ce qui concerne les coûts terrain une intensité de soins moyenne plus importante pour les patients pris en charge par les SSIAD de cette fédération.

## Standardisation

Les coûts présentés jusqu'à maintenant sont les coûts réels de prise en charge des patients par les services participant à l'étude. La standardisation des coûts modifie sensiblement les coûts estimés. La moyenne de la différence observée entre coûts standardisés et réels est de l'ordre de 6 € (le coût total moyen par bénéficiaire passe de 10 525 € en coûts réels à 10 531 € en coûts standardisés), mais cette différence varie beaucoup selon les bénéficiaires et les SSIAD. Elle s'étend de moins de 10 € (pour une vingtaine de bénéficiaires) à plus de 4 000 €

(dans une dizaine de cas) et dans le cas le plus extrême elle atteint 11 632 €. De fait, plus les coûts sont élevés, plus les différences sont fortes. La valeur absolue des différences vaut en moyenne 693 €, et pour la moitié de la population cet écart est inférieur à 489 €.

De tels écarts entre les coûts standardisés et les coûts réels sont en fait une mesure de l'impact que peut avoir sur les charges d'un SSIAD le niveau de rémunération des salariés et surtout la taille géographique de la zone qu'il couvre. Ils soulignent le risque qu'il y aurait à vouloir évaluer la lourdeur des bénéficiaires à partir des coûts réellement subis par les SSIAD, sans tenir compte du fait que des caractéristiques spécifiques du service telles que sa zone de couverture, sa grille salariale ou l'ancienneté de ses salariés affectent les coûts mesurés.

### Des groupes de patients chers et peu chers difficilement identifiables

Nous avons essayé de voir si la distribution des coûts permettait d'identifier clairement des groupes de patients qui seraient dits « peu chers » et d'autres « chers » qui pèseraient donc particulièrement dans le budget des SSIAD. Pour cela, nous avons utilisé la méthode de la classification hiérarchique ascendante (voir Annexe 3)<sup>45</sup>.

Cette méthode ne nous a pas permis d'identifier spontanément 3 groupes de coûts (chers, normaux et peu chers) mais 9 pour le cas des coûts réels (voir Tableau 10). La quantité de soins dispensés varie de façon importante entre les premiers et les derniers groupes, allant de moins de 4 passages par semaine (1 tous les 2 jours environ) et une heure et demie de soins d'aides-soignants en moyenne pour le groupe le moins cher à près de 10 passages par jour dont plus d'un tiers de passages d'infirmiers et près de 2 heures de soins d'aides-soignants par jour (ce groupe extrême ne comprend que 11 patients de la base soit 0,5 %).

Si l'on regroupe les 3 groupes de coûts les plus chers, on peut désigner une catégorie de patients chers qui représentent alors 2 % de la population dont le coût moyen atteint 25 879 €, une catégorie de patients peu chers, 11,7 % des patients, dont le coût moyen s'élève à 2 359 € et une catégorie de patients dit « normaux » dont le coût terrain moyen est proche mais supérieur de 5 % à la moyenne de la population soit 8 825 €. Ainsi, si faute d'autres critères on définit la norme de façon positive c'est-à-dire par la valeur moyenne de la population soit 8 126 €, ce groupe médian est au-dessus de la norme.

Changer l'affectation du groupe le plus cher des sous-groupes classés dans la norme (groupe norme 5 dans le tableau) amène la valeur moyenne de la catégorie de patients dits « normaux » à 8 126 €, soit 3,4 % au-dessous de la norme, le groupe « cher » alors surévalué représente 7,6 % de la population (voir Annexe 3).

Il est donc difficile de distinguer clairement un groupe de patients chers et un groupe de patients peu chers, expliquant les difficultés de fonctionnement et les éventuelles adaptations rapportées.

Tableau 10 : Groupes de coûts réels, coûts moyen et activités de soins pour chacun

Groupe	Moyen	Minimum	Maximum	Effectif	Nombre moyen de passages de salariés SSIAD par semaine	Nombre moyen de passages de libéraux par semaine	Temps moyen de soins des salariés
Peu cher	2 359€	477€	3 486€	256	3,8	0,1	1,5
Norme 1	5 590€	3 521€	7 525€	904	6,7	0,6	3,5
Norme 2	8 509€	7 577€	9 547€	341	10,2	2,0	5,0
Norme 3	11 378€	9 584€	13 505€	364	14,4	4,1	6,3
Norme 4	14 779€	13 600€	16 300€	147	17,4	4,5	8,1
Norme 5	18 889€	16 519€	22 194€	122	21,2	7,7	9,5
Cher 1	24 143€	22 516€	26 239€	29	27,4	14,5	9,7
Cher 2	28 039€	26 930€	29 404€	11	31,1	13,1	12,9
Cher 3	32 526€	31 155€	34 671€	4	43,8	22,8	13,7

De plus, plusieurs arguments nous font douter de l'intérêt et de la validité de l'identification de tels groupes.

D'une part, lorsque l'on utilise la même méthode sur les coûts standardisés, le nombre de groupes identifiés est moins important (8), le groupe des coûts peu chers ne se différencie plus, le groupe le moins cher regroupe alors 704 individus (32 % de la population). Il faut séparer notre population en 11 groupes de coûts pour identifier de nouveau un groupe de patients dits peu chers. Ceci montre que certaines des disparités de coûts retrouvées dans les coûts réels sont dues à des variations d'étendues de zone de couverture et de coûts horaires des personnels salariés.

D'autre part, une analyse plus poussée nous a conduits à tester la stabilité de ces groupes en utilisant des techniques de ré-échantillonnages<sup>46</sup> dans notre population d'étude. Cet exercice ne nous permet pas de conclure à la stabilité des groupes<sup>47</sup> d'autant plus qu'au cours du temps la population de bénéficiaires des services sera vraisemblablement amenée à évoluer. On a déjà noté, par exemple, entre 2002 et 2007 une croissance du niveau de dépendance moyen des patients et une plus forte représentation des GIR 1 et 2. Les évolutions démographiques prévues et le développement de la politique du maintien à domicile devraient renforcer cette tendance.

Enfin, après avoir cherché à caractériser plus finement les patients les plus chers, nous n'avons pas retrouvé d'associations de caractéristiques permettant de les identifier de façon acceptable<sup>48</sup>.

Pour ces raisons, nous cherchons à identifier des caractéristiques des patients qui permettraient de déterminer l'intensité de leur prise en charge de façon continue et non celles qui permettraient de les classer dans un groupe défini.

46. Techniques de Boot strap (voir annexe 3, sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>).

47. Les intervalles de confiance à 10 % se chevauchent presque systématiquement et les écarts-types sont, dans presque tous les cas, supérieurs à 1 000 €).

48. Dans ce cas nous avons dans un premier temps décrit les caractéristiques des populations des différents groupes puis procédé à une régression multinomiale logistique à partir des caractéristiques des patients et des SSIAD (les mêmes caractéristiques que celles retenues pour la modélisation des déterminants des coûts décrite plus loin ont été utilisées). Cette dernière ne nous a permis de classer les patients dans leur groupe d'appartenance que dans 40,7 % des cas.



## Les coûts terrain

Le coût terrain reflète la quantité de soins délivrés au patient. Cependant, les soins reçus ne dépendent pas que du besoin du patient mais également de la disponibilité en personnel, de la situation budgétaire, du niveau de salaire des personnels, de l'étendue de la zone de couverture et d'autres caractéristiques organisationnelles du service dans lequel il est pris en charge. Afin de décrire les variations du coût terrain en fonction des caractéristiques du patient nous étudions les coûts standardisés<sup>49</sup> ce qui nous permet d'éliminer les effets de l'étendue de la zone de couverture et du niveau de salaire propre à chaque service. En dépit des raisons résiduelles pouvant expliquer des réponses aux besoins différentes entre les services, on considère que le coût terrain est un bon reflet du besoin de prise en charge des patients.

## Le coût terrain selon les caractéristiques des bénéficiaires

### Caractéristiques démographiques et conditions de vie

Les patients les plus jeunes nécessitent une prise en charge plus intense, probablement liée à des pathologies lourdes ou séquellaires

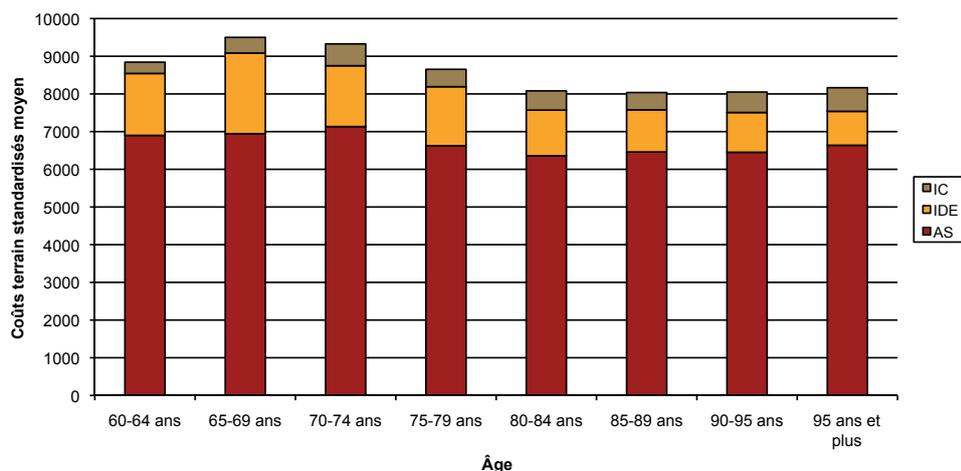
Les coûts standardisés des interventions des SSIAD décroissent sensiblement avec l'âge : pour les classes d'âges des 60-69 ans et des 70-79 ans, le coût annuel de prise en charge moyen d'un patient est égal à 9 265 € et 8 936 € respectivement, soit des écarts relatifs de 10,2 % et de 6,2 % par rapport au coût terrain annuel moyen standardisé pour l'ensemble de l'échantillon. Pour les personnes de plus de 80 ans (qui représentent près des trois quart des bénéficiaires des SSIAD), le coût est en revanche légèrement inférieur à la moyenne globale : 8 106 € (- 3,6 %) pour les patients âgés de 80-89 ans, et 8 136 € pour les patients âgés de 90 ans et plus.

Cet écart entre les coûts de prise en charge des patients les plus jeunes et des patients les plus âgés peut sembler paradoxal au premier abord, l'âge des patients n'étant a priori pas lié au niveau de dépendance. Cette diminution des coûts avec l'âge traduit en réalité le fait que les patients pris charge par les SSIAD présentent des états de santé très différents selon leur âge, hypothèse étayée par de nombreux éléments de l'enquête.

En premier lieu, l'examen de la décomposition des coûts par catégorie de soignants et par tranche d'âge de 5 ans montre que l'accroissement des coûts pour les patients les plus jeunes est essentiellement dû à une plus grande intensité de la prise en charge par les infirmiers, qui représente plus de 20 % des coûts pour les patients dont l'âge est compris entre 65 et 69 ans, mais seulement 11 % des coûts chez les patients âgés de 90 ans et plus (voir Figure 39).

49. Les valeurs du coût terrain réel et standardisé sont présentées en annexe 8, sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

Figure 39 : Décomposition des coûts par catégorie de soignants et par tranche d'âge



Les coûts totaux sont en revanche relativement stables après 80 ans, tandis que la prise en charge par les infirmiers coordonnateurs augmente légèrement avec l'âge, traduisant peut-être des besoins organisationnels plus importants.

Les surcoûts de prise en charge des patients les plus jeunes sont en fait liés à des problèmes de santé assez lourds, ce dont témoigne la distribution par classes d'âge des variables caractérisant l'état de santé et les déficiences des bénéficiaires. Si la majorité des déficiences recensées ont une prévalence stable ou qui augmente avec l'âge (notamment les déficiences cognitives), certaines d'entre elles sont nettement plus fréquentes chez les patients les plus jeunes (déficience des membres supérieurs, liées au langage et à la parole, à la surcharge pondérale) ou bien aux âges extrêmes de la population enquêtée (troubles de la déglutition, problèmes de continence urinaire).

L'association de ces déficiences est évocatrice de problèmes neurologiques relativement lourds ; cette hypothèse est corroborée par les données du sous-échantillon pour lequel la grille Pathos a été renseignée et celles relatives aux aides techniques. Une atteinte neurovasculaire est mentionnée pour un tiers des patients âgés de 60 à 69 ans, près de 3 patients âgés de 70 à 79 ans sur 10, un quart des patients âgés de 80 à 89 ans, et 15% seulement des patients de plus de 90 ans ; les patients âgés de 60 à 69 ans sont quant à eux déclarés grabataires dans 69% des cas, contre 53-58% dans les autres classes d'âge. Enfin, l'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'un soulève-malade est elle aussi plus fréquente chez les patients les plus jeunes.

Pourquoi ces patients lourds sortent-ils du champ de la prise en charge par les SSIAD après 75 ans ? On peut penser que le maintien au domicile de ces patients est étroitement dépendant de la présence d'aidants informels, notamment d'un conjoint, qui au-delà d'un certain âge, ne sont soit plus présents soit plus en mesure d'assurer le soutien nécessaire.

Les hommes qui bénéficient des soins en SSIAD ont un coût de prise en charge un peu plus élevé que les femmes

Les hommes de l'échantillon présentent un coût moyen de prise en charge supérieur à celui des femmes. L'écart observé (8 850€ vs 8 145€, soit une différence égale 8,4% du coût

moyen) est le reflet de niveaux de dépendance différents entre les deux populations, dont témoigne la distribution des groupes iso-ressources : près de 60 % des hommes de l'échantillon sont classés dans les GIR 1 et 2, tandis que ces deux groupes ne concernent qu'une femme de l'échantillon sur deux.

La présence de l'entourage permet le maintien à domicile de patients nécessitant le plus d'aide

L'examen des conditions de vie met en évidence l'effet protecteur de l'entourage vis-à-vis de l'entrée en institution. Comme nous l'avons évoqué précédemment, on peut considérer le coût de la prise en charge sur le terrain comme un bon marqueur du niveau de besoins. Le coût de prise en charge des personnes vivant seules, qui est de 7 154 €, est nettement inférieur au coût moyen sur l'ensemble de l'échantillon (-15 %) et en particulier au coût de prise en charge lorsqu'un membre de la famille est présent : dans ce dernier cas, le coût moyen s'échelonne entre 8 191 € et 11 231 €, selon la génération du ou des membres de la famille concernés. Les coûts de prise en charge sont également inférieurs au coût moyen lorsque les patients sont isolés sur le lieu de vie, que cet isolement soit total (coût moyen de 8 088 €) ou que le patient bénéficie de la présence de proches (7 472 €). Les patients vivant en couple coûtent en revanche plus cher que la moyenne (8 982 €).

Ainsi, les patients les plus chers sont ceux qui sont le plus entourés car les patients isolés peuvent moins facilement rester à domicile lorsqu'ils deviennent plus dépendants avec un besoin d'aides plus important. Puisque le coût de la prise en charge augmente, il apparaît que l'aide apportée par l'entourage est plutôt d'ordre complémentaire que substitutive à celle des SSIAD.

Les conjoints favorisent particulièrement le maintien au domicile de ces patients

Les coûts de prise en charge sont les plus élevés lorsque c'est le conjoint qui est l'aidant principal, avec un coût moyen de prise en charge de 9 047 €, légèrement plus élevé que lorsque l'aidant principal est rémunéré (8 805 €) ; une relation similaire est retrouvée au sein de chaque groupe iso-ressource. Cependant, la lourdeur de la prise en charge diminue progressivement avec l'âge : les coûts de prise en charge moyens passent de 9 813 € pour les patients de moins de 70 ans à 8 218 € pour ceux de 90 ans et plus, les conjoints vieillissant ne peuvent plus offrir le même niveau d'aide pour permettre le maintien à domicile. Les descendants ne semblent pas offrir le même degré de protection vis-à-vis du passage en institution car le coût de prise en charge (7 609 €) reste très inférieur au coût moyen lorsque ce sont eux qui assument le rôle d'aidant principal. On peut alors s'interroger sur le caractère plus substitutif à l'aide du SSIAD de l'aide apportée par les conjoints (aide à la toilette, à l'habillage...), de celle du reste de l'entourage familial, qui serait alors plus complémentaire (courses, alimentation, déplacements...).

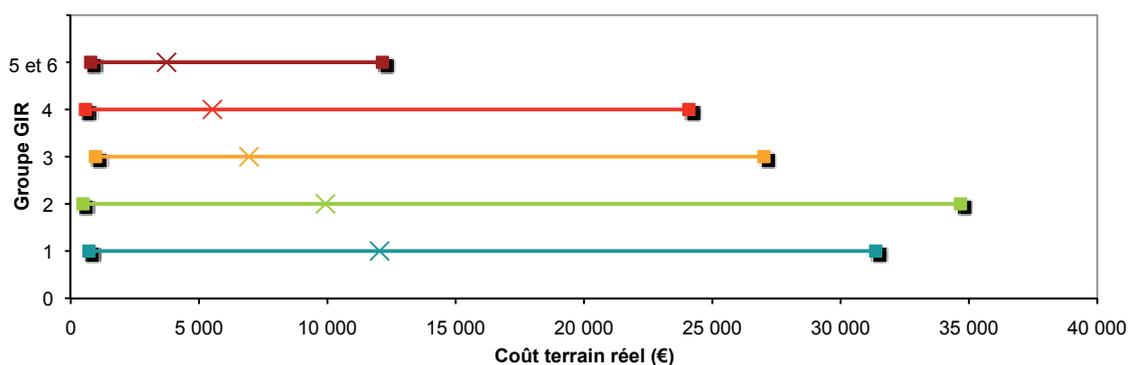
## État de santé et perte d'autonomie

Le niveau de dépendance est un marqueur très net de l'intensité de la prise en charge

Le coût de prise en charge décroît très fortement avec le niveau de dépendance appréhendé par la classification AGGIR. Le coût terrain standardisé moyen de prise en charge des patients est supérieur à la moyenne de l'échantillon pour les GIR 1 et 2, avec un coût de 12 035 € pour le GIR 1 (soit un accroissement de 43 % par rapport à la moyenne de l'échantillon) et un coût de 9 883 € pour le GIR 2. Pour les GIR 3, 4, et 5-6, les coûts de prise en

charge sont en revanche inférieurs au coût moyen, avec des valeurs comprises entre 7 013 € (GIR 3) et 3 849 € (regroupement des GIR 5 et 6). L'amplitude des écarts constatés (un patient en GIR 1 coûte plus de 3 fois plus qu'un patient en GIR 5 ou 6 et plus du double d'un patient du GIR 4) illustre la pertinence de la grille AGGIR pour l'évaluation du besoin de prise en charge moyen des patients à un niveau de dépendance donné. Cependant, il n'illustre que faiblement le niveau de besoin individuel. En effet, les distributions des coûts de chacun des GIR se recouvrent de façon importante. Par exemple, le minimum et le maximum du groupe GIR 2 représente le minimum et le maximum de l'ensemble de la population (voir Figure 40).

Figure 40 : Minimum, maximum et moyenne du coût terrain selon le GIR



Remarque : un individu a un coût terrain standardisé de l'ordre de 45 000 €. Pour une meilleure visibilité des résultats, cet individu qui fait partie du groupe 2 n'est pas présenté sur ce graphe.

L'examen détaillé des variables de la grille AGGIR confirme que le coût de prise en charge croît avec la perte d'autonomie. La dépendance complète dans une dimension évaluée (modalité « C ») est le meilleur indicateur d'un coût de prise en charge plus élevé. En effet, la différence de coût entre les patients totalement et partiellement dépendants dépasse les 3 000 € pour les variables discriminantes (2 144 € en moyenne) et les 2 000 € pour les variables illustratives (2 309 €). Les écarts entre les états de dépendance partielle et l'autonomie complète ne s'élèvent quant à eux qu'à 1 614 € et 187 € en moyenne pour les variables discriminantes et illustratives.

L'examen des variables discriminantes du modèle révèle que les problèmes locomoteurs et les problèmes d'hygiène sont ceux qui discriminent le plus nettement les bénéficiaires. Les problèmes liés aux déplacements intérieurs, aux transferts, à l'habillement et à l'alimentation se traduisent par des différences de coût de prise en charge compris entre 3 500 € et 3 900 € entre les patients totalement dépendants et ceux qui ne le sont que partiellement ; les problèmes d'hygiène induisent quant à eux des écarts de coûts compris entre 3 500 € et 3 600 €.

La présence d'une perte d'autonomie sur le plan cognitif est en revanche bien moins discriminante quant à l'intensité de la prise en charge par les SSIAD : les problèmes de cohérence, les problèmes d'orientation et les difficultés pour alerter induisent des écarts de coûts compris entre 1 300 € et 1 800 € selon qu'il s'agit de troubles partiels ou complets.

Les troubles neurovégétatifs sont associés à des coûts de prise en charge très élevés

Les déficiences sont également, de manière générale, des marqueurs assez nets de l'intensité de la prise en charge par les SSIAD. Le coût de prise en charge augmente de 1 790 € en

moyenne selon qu'une déficience est ou non présente chez un des bénéficiaires et la présence de déficiences supplémentaires est associée à des coûts d'autant plus élevés que le nombre de déficiences est important, le coût moyen par déficience supplémentaire étant d'environ 1 000 € sur l'ensemble de l'échantillon.

Certaines déficiences sont cependant associées à des coûts de prise en charge particulièrement élevés : les patients atteints de troubles de la déglutition et ceux atteints de problèmes de continence urinaire présentent des coûts de prise en charge supérieurs de 4 000 € à ceux des patients indemnes du même trouble. Ces deux déficiences qui sont, d'un point de vue médical, évocatrices de troubles neurovégétatifs, sont plus fréquentes chez les patients de moins de 70 ans : leur présence peut ainsi expliquer les coûts de prise en charge plus élevés observés chez les bénéficiaires de SSIAD les plus jeunes.

Les pathologies chroniques sont associées à des coûts de prise en charge plus élevés que les pathologies aiguës ou transitoires

L'examen des profils pathologiques des patients pour lesquels ils sont renseignés<sup>50</sup> permet d'identifier 2 groupes distincts de pathologies influençant nettement les coûts de prise en charge, selon que la présence d'une telle pathologie est indicatrice d'un coût supérieur ou inférieur à la moyenne. Dans le premier groupe, on trouve essentiellement des pathologies chroniques, avec des coûts de prise en charge moyens compris entre 9 422 € et 12 274 €<sup>51</sup> : accidents vasculaires cérébraux, comitialité, escarres, diabète, troubles de l'hydratation, incontinence, états grabataires et troubles de la marche, état terminal. Dans le deuxième groupe, en revanche, on trouve trois groupes de pathologies ostéo-articulaires (pathologies de l'épaule, pathologies vertébro-discales, autres pathologies osseuses) associées à des coûts de prise en charge inférieurs à 7 500 €<sup>52</sup>.

La prise en charge des patients diabétiques qui représentent 17,3 % des patients pour lesquels les pathologies sont renseignées coûte près d'un tiers plus cher que celle du reste des patients (31 %). Le coût terrain moyen standardisé de ces patients est égal à 10 343 € contre 7 903 € pour les non diabétiques. Ce surcoût fréquemment évoqué par les responsables des SSIAD n'est pas dû à une quantité de soins plus importante délivrée par les aides-soignants des services (le nombre de passages moyen par semaine et le temps passé est identique à 3 % près) mais à un nombre de passages d'infirmiers 3,8 fois plus important en moyenne (6,3 passages contre 1,65 pour les non diabétiques). Cependant, seuls 63 % des diabétiques pris en charge reçoivent des soins infirmiers dans le cadre du SSIAD, dans ce cas leur coût de prise en charge est en moyenne supérieure de 81,6 % à celui des diabétiques ne recevant pas de soins infirmiers (12 546 € contre 6 909 €). Enfin, les patients diabétiques représentent 37 % des patients recevant des soins infirmiers, au sein de ce groupe ils bénéficient de plus de 2 fois plus de passages d'infirmiers que ceux qui ne sont pas diabétiques (10 contre 4,6 passages par semaine) et leur coût moyen de prise en charge est 18,75 % plus élevé que celui des patients SIR non diabétiques.

Les patients qui coopèrent avec les soignants sont aussi ceux pour lesquels l'intensité de la prise en charge est la moins importante

Le coût moyen de prise en charge des patients coopérants, qui représentent près des trois quarts des prises en charge, est inférieur de 6,6 % à la moyenne globale, tandis que les patients opposants ont un coût de prise en charge très proche de celle-ci. Les patients démissionnaires ont en revanche un coût de prise en charge beaucoup plus élevé, de près de 11 000 € en moyenne.

50. On rappelle que le questionnaire Pathos a été rempli dans 19 services auprès de 1 562 patients.

51. Nous mentionnons ici les pathologies dont la mention entraîne une modification statistiquement significative du coût au seuil de 1 %, ou bien celles significatives au seuil de 5 % et dont le coût moyen de prise en charge est de plus de 10 000 €.

52. Pathologies influençant significativement le coût moyen standardisé au seuil de 1 %.

## Aides techniques et humaines

La présence d'aides techniques témoigne d'une prise en charge plus importante

La présence d'une aide technique est presque systématiquement associée à un coût de prise en charge plus élevé. Les patients qui utilisent un soulève-malade ont un coût de prise en charge moyen de 12 428 €, nettement supérieur à la moyenne et supérieur de près de 5 000 € au coût de prise en charge des autres patients qui n'en font pas l'usage. Pour les lits médicalisés et les fauteuils roulants, l'écart entre patients qui disposent de cette aide et les autres est de 3 500 € environ, tandis qu'il n'est que de 1 100 € pour les chaises percées. Le constat est le même quelle que soit la classe d'âge et le GIR, si l'on excepte le GIR 1 des patients grabataires et déments, pour lequel la présence d'un fauteuil roulant ou d'une chaise percée témoigne vraisemblablement du maintien d'une certaine autonomie.

## Prise en charge par les SSIAD

Le coût augmente avec l'ancienneté de la prise en charge

Dans l'ensemble, les coûts de prise en charge sont d'autant plus élevés que celle-ci est ancienne : les patients dont la prise en charge a débuté il y a moins de 4 mois ont un coût de prise en charge moyen de 7 698 € ; la prise en charge des patients les plus anciens (plus de 5 ans) coûte quant à elle plus de 10 000 € par bénéficiaire, en moyenne. Cet écart est probablement dû pour une part à l'aggravation progressive du degré de dépendance des patients au fur et à mesure de la prise en charge ; par ailleurs, les patients les plus légers ont vraisemblablement un turn-over plus important.

Les coûts de prise en charge sont plus élevés en sortied'hospitalisationquelorsquelapriseenchargeaété initiée au domicile du patient

La provenance du patient influence modérément les coûts de prise en charge, si l'on s'en tient aux provenances les plus fréquentes. Les patients pris en charge à l'issue d'un séjour en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ont un coût terrain moyen de 8 511 €, proche de la moyenne de l'ensemble des bénéficiaires. Les patients issus des soins de suite et de réadaptation (SSR) ont quant à eux des coûts moyens un peu plus élevés (9 311 €) ; lorsque la prise en charge est initiée au domicile du patient, les coûts moyens sont en revanche un peu plus faibles que la moyenne (7 826 €).

Les patients pris en charge en relais d'une hospitalisation en long séjour ou au cours d'une prise en charge par un service d'hospitalisation à domicile sont beaucoup plus rares (1,1 et 2,5 % des cas respectivement), mais présentent en revanche un coût moyen beaucoup plus élevé, proche de 12 000 €.

L'accompagnementduretouraudomicileetlapréventiondeladépendancesontassociéesàdesprisesen charge moins lourdes

Les missions des SSIAD qui induisent les coûts de prise en charge les plus faibles sont les missions d'accompagnement du retour au domicile (coût terrain standardisé moyen de 7 718 €) ou de prise en charge de la dépendance (7 225 €). Lorsque la prise en charge est une alternative à l'entrée en institution, lorsqu'elle comporte des soins médicaux de longue durée ou lorsqu'il s'agit d'un accompagnement de fin de vie – c'est-à-dire lorsque le motif de prise en charge signale les limites des autres aides apportées ou un état de santé particulière-

ment dégradé – les coûts terrain moyens sont en revanche supérieurs à la moyenne globale, avec un coût moyen de plus de 9 000 € pour la prévention de l'entrée en institution, de près de 11 000 € pour les soins de longue durée, et de près de 13 000 € pour les soins palliatifs.

En dehors d'une confirmation du coût très important associé à la prise en charge de la fin de vie, les informations relatives à la nature des soins dispensés, qui sont non exclusives – plusieurs types de soins peuvent être dispensés à la même personne – ne mettent en évidence que de faibles variations du coût des soins dispensés.

### Autres soins concourant au maintien à domicile

La nutrition entérale est un marqueur de besoins intenses en soins

Les prises en charge complémentaires à celle des SSIAD, lorsqu'elles sont présentes, sont associées à des variations importantes des coûts de prise en charge. La prescription de soins de kinésithérapie, qui est de loin la plus fréquente, est associée à une faible augmentation du coût moyen (9 235 €). Les patients sous chimiothérapie ou en dialyse rénale coûtent beaucoup moins cher que le reste des patients, avec des coûts moyens de prise en charge inférieurs à 7 000 €, en rapport avec leur niveau de dépendance (GIR 3 et 4 essentiellement). Enfin, la présence d'une nutrition entérale, qui ne concerne que 25 patients de l'échantillon (dont 15 patients en GIR 1 et 10 patients en GIR 2) est associée à des prises en charge extrêmement lourdes, avec un coût moyen de près de 19 000 €.

## Le coût terrain moyen selon les caractéristiques des SSIAD

Il n'y a pas dans notre échantillon un nombre assez important de SSIAD pour nous permettre de conclure sur les caractéristiques des services influençant le coût terrain moyen standardisé de leur patient. De plus, les tests statistiques que nous avons conduits ne concluent pas à des relations. Bien sûr, l'étendue de la zone de couverture est positivement corrélée au coût moyen par SSIAD lorsqu'on ne standardise pas les coûts sur l'étendue de la zone de couverture.

Nous pouvons cependant décrire des relations entre le coût terrain moyen des bénéficiaires en fonction des caractéristiques des SSIAD dans lesquels ils sont pris en charge.

Ainsi, le coût terrain moyen standardisé des individus pris en charge dans les services en zone urbaine est moins important que dans les zones mixtes ou rurales (6 203 € contre 8 919 € ou 8 150 €). Les patients pris en charge en zone rurale représentent cependant moins de 10% de l'échantillon.

L'absence de relation du service avec une hospitalisation à domicile (HAD) n'est pas en lien avec un coût moyen par patient plus important bien que cette caractéristique, fréquemment évoquée, obligerait ces services à continuer de prendre en charge des patients dont le niveau de soins correspondrait à une prise en charge en HAD et pèserait de façon importante sur leur budget.



## Les coûts de structure

De même, il n'y a pas dans notre échantillon un nombre assez important de SSIAD pour nous permettre de conclure sur les caractéristiques des services influençant le coût structure moyen pour chacun de leur patient.

Cependant, certaines des caractéristiques des services sont statistiquement corrélées au coût de structure. Il s'agit du nombre de places installées, du nombre d'équivalents temps plein d'infirmiers coordonnateurs par place installée et de la relation du service avec une HAD.

### Coûts de structure selon le nombre de places installées

Les coûts de structure décroît jusqu'à 100 places installées. Ainsi, plus les bénéficiaires sont nombreux, plus il y a d'économies d'échelle et moins le coût de structure est élevé per capita.

Il est hasardeux, étant donné le faible nombre de SSIAD étudiés (3 SSIAD de plus de 100 places), d'en tirer une conclusion, mais il se pourrait qu'au-delà d'une certaine taille les services soient soumis à des coûts supplémentaires (nécessité d'engager un directeur, des secrétaires...) qui alourdiraient le coût structure par bénéficiaire.

### Coûts de structure selon le nombre d'équivalents temps plein de coordonnateurs par place installée

Il existe une corrélation qui est assez forte entre les nombres d'équivalents temps plein d'infirmiers coordonnateurs par place installée et les coûts structure moyens par place installée des SSIAD<sup>53</sup>. Les 9 SSIAD où il y a un coordonnateur pour 45 à 62 places installées ont un coût structure moyen de 2 295 €. Pour 8 autres qui ont un coordonnateur pour 35 à 45 bénéficiaires, ce coût est de 2 339 € et pour les 17 SSIAD où le taux d'encadrement par les coordonnateurs est plus élevé, il est de 2 840 €.

La fonction et donc le salaire des infirmiers coordonnateur étant en grande partie dévolue au fonctionnement de la structure, ce résultat n'est pas surprenant.

### Coûts de structure selon la relation avec une HAD

Parmi les 36 SSIAD de l'échantillon, 4 forment avec une HAD une même entité juridique. Leur coût structure moyen est de 1 474 € par an et par bénéficiaire présent, avec un minimum à 628 € (qui est aussi le minimum de l'étude) et un maximum à 2 690 €. Il est nettement inférieur au coût de structure des autres services. On peut présager que ceci est dû à des économies d'échelle liées à la cogestion des deux types de services, SSIAD et HAD.

15 autres services étudiés ont une relation contractuelle avec une HAD. Leur coût structure moyen est plus élevé que les précédents (2 270 €) même si certains ont des coûts encore faibles (minimum 925 €). Les 17 SSIAD qui restent n'ont pas de relation particulière avec une HAD. Leur coût structure moyen est de loin le plus élevé des 3 catégories (2 931 €). Nous n'avons pas trouvé d'explication à ce résultat.

53. Le coefficient de corrélation de Spearman est égal à 0,46.



# Les déterminants des coûts de prise en charge

Ainsi nous avons vu que les coûts terrain moyens varient selon certaines des caractéristiques des patients et des SSIAD. Il est cependant difficile d'apprécier l'ampleur de l'effet de ces caractéristiques sur le coût à partir des descriptions que nous venons de faire. En effet, dire que le coût terrain est plus important de 9,2 % pour les hommes que pour les femmes peut être dû au genre en lui-même du bénéficiaire mais également à une différence de répartition des groupes GIR ou des aidants dans ces deux populations.

Dans cette section de l'étude, nous évaluons l'effet de certaines des caractéristiques des patients et des services qui leur apportent des soins sur les coûts de prise en charge sur le terrain. À cet effet, nous utilisons la modélisation statistique. Elle nous permet, d'une part d'identifier les caractéristiques qui ont une influence non nulle sur le coût et, d'autre part, d'évaluer l'ampleur de cette influence, toutes autres caractéristiques sélectionnées égales par ailleurs. Autrement dit si, parmi les facteurs d'influences évalués, la seule caractéristique d'intérêt variait entre deux patients, nous pouvons mesurer l'ampleur de la variation de coût qui en résulterait.

## Choix des caractéristiques des patients dont l'influence est testée dans la modélisation

À l'exception de quelques-unes, l'influence de l'ensemble des caractéristiques des patients et des SSIAD significativement corrélées avec le coût terrain a été testée lors de notre modélisation. Les groupes de dépendances GIR ayant été introduits dans le modèle, nous n'avons pas introduit les variables discriminantes et illustratives à partir desquelles le score est calculé.

Aucune des caractéristiques recueillies dans l'étude ne nous permet d'évaluer les aptitudes cognitives des bénéficiaires. Selon les acteurs des SSIAD, cette dimension lorsqu'elle est altérée, en particulier chez les patients souffrant de démence, est pourtant à l'origine d'un besoin de soins plus important. Les 3 indicateurs suivants pour lesquels nous avons des informations peuvent nous permettre de l'approcher : niveau de cohérence et d'orientation, attitude psychologique (coopérante, démissionnaire ou opposante) et éventuellement, prise en charge psychiatrique.

Cependant, ces 3 indicateurs sont étroitement corrélés<sup>54</sup> et les bénéficiaires présentant des troubles de la cohérence et de l'orientation sont soit en GIR 1 s'ils présentent des signes de perte d'autonomie physique, soit GIR 2 dans le cas contraire. Le niveau de cohérence et d'orientation étant déjà indiqué par le classement en GIR 1 et 2, il n'est pas judicieux de le conserver dans la modélisation. Nous avons conservé la variable décrivant l'« attitude psychologique » du bénéficiaire (on rappelle que ce dernier peut être coopérante, démissionnaire ou opposante).

54. Les associations entre ces variables mesurées par le V de Cramer sont fortes à très fortes sauf avec la variable prise en charge psychiatrique qui concerne trop peu de patients pour que l'on retrouve une association statistique forte. Les bénéficiaires d'une prise en charge psychiatrique ne sont pas plus démissionnaires (sur 52, 22 coopérants, 19 opposants, 11 démissionnaires), ils sont répartis dans tous les groupes GIR (4 GIR 1, 19 GIR 2, 19 GIR 3, 9 GIR 4, 1 GIR 5 ou 6) ils sont cependant moins cohérents (25 % de A, contre 47 % pour le reste de l'échantillon) et moins orientés (27 % de A contre 46 %).

D'autre part, certaines des caractéristiques que nous avons relevées semblent vouloir dire la même chose. Ainsi, les conditions de vie sont étroitement liées au contexte social<sup>55</sup> dans lequel évolue le patient. Dans ce cas, nous avons choisi de tester la significativité du contexte social dans le modèle.

De même, le motif de prise en charge et la provenance du patient renseignent la même information. Cependant, la provenance du patient est un critère plus objectif que le motif de prise en charge (éviter une hospitalisation, soins de longue durée, prise en charge de la dépendance...). La provenance du patient ne peut prêter à différence en fonction du jugement de l'observateur. Nous l'avons donc privilégiée et nous avons testé son influence dans le modèle.

La nature des soins délivrés par les SSIAD concerne des dimensions qui sont renseignées lorsque l'on connaît les déficiences des bénéficiaires. Seul l'accompagnement de fin de vie est une information qui n'est pas informée par d'autres variables. Il a pour cette raison été testé dans le modèle.

Malgré l'absence de corrélation entre le coût de prise en charge des patients et le fait qu'ils reçoivent une chimiothérapie, suite à des discussions avec des acteurs de terrain, nous avons tout de même testé l'effet de cette caractéristique du patient dans le modèle.

On considère la présence d'une aide technique comme un marqueur de lourdeur du patient. Cependant, la moitié des individus dispose d'une chaise percée et cet équipement semble être plus une aide pour les soignants que le marqueur d'un plus grand besoin de prise en charge pour les patients. Nous n'avons pour cette raison pas introduit cette variable dans notre modélisation.

On suppose qu'en plus des caractéristiques des patients, il existe des caractéristiques propres aux services qui peuvent expliquer des différences de coût de prise en charge entre les patients. Ainsi, 2 patients présentant un niveau de dépendance similaire et bénéficiant des mêmes interventions par le SSIAD peuvent présenter des coûts différents en fonction du service qui les prend en charge.

Pour cette raison, nous évaluons l'influence de certaines des caractéristiques des SSIAD. Parmi celle-ci, 2 caractéristiques ne sont pas corrélées aux coûts mais ont été retenues. Il s'agit de la nature de la relation du service avec une HAD. En effet, les acteurs des SSIAD avancent que lorsqu'un service est en relation avec une HAD, il peut transférer les patients relevant de cette prise en charge, alors que dans le cas contraire, il supporte la prise en charge de patients dont le besoin de soins est plus important. Le taux de rotation du SSIAD peut également être un indicateur du niveau de besoin de coordination de la population prise en charge par le SSIAD par 2 effets : lorsqu'il existe un renouvellement rapide de patients, il faut déterminer plus fréquemment des projets de soins et coordonner des nouvelles séquences de prise en charge et lorsque les patients ont une ancienneté de prise en charge par le SSIAD plus importante ils sont en moyenne plus dépendants, nécessitant donc plus de soins et de passages d'intervenants, ce qui pourrait demander plus de temps de coordination.

En revanche, 2 caractéristiques des SSIAD corrélées au coût terrain n'ont pas été évaluées dans le modèle : le nombre d'équivalents temps plein de salariés du service car il est étroitement corrélé au nombre d'équivalents temps plein d'aides-soignants qui représentent en

moyenne 87,6 % des salariés des services ; de même, l'influence de la taille de la population couverte par place installée n'a pas été évaluée car elle est étroitement liée à la taille de la population de plus de 75 ans par place installée.

La liste des caractéristiques des patients et des SSIAD dont l'influence a été testée grâce à la modélisation est la suivante :

<p><b>Caractéristiques générales des patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Genre</li> <li>• Contexte social</li> <li>• Attitude psychologique</li> <li>• Recours à des soins infirmiers</li> <li>• Provenance du patient</li> </ul> <p><b>Niveau de dépendance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe GIR</li> <li>• Déficiences sévères : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de déficiences (sans OA)</li> <li>- Membre(s) inférieur(s)</li> <li>- Incontinence fécale</li> <li>- Membre(s) supérieur(s)</li> <li>- Incontinence urinaire</li> <li>- Langage et parole</li> <li>- Visuelles</li> <li>- Auditives</li> <li>- Mastication</li> <li>- Troubles du sommeil</li> <li>- Douleurs</li> <li>- Surcharge pondérale</li> <li>- Déglutition</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Aides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identité de l'aidant principal</li> <li>• Autre aidant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide de la famille</li> <li>- Garde à domicile</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides techniques <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lit médicalisé</li> <li>- Fauteuil roulant</li> <li>- Soulève-malade</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nature des soins délivrés par le SSIAD : accompagnement de fin de vie</li> <li>• Soins de maintien à domicile délivrés par des intervenants extérieurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinésithérapie</li> <li>- Nutrition entérale</li> <li>- Chimiothérapie</li> <li>- Dialyse rénale</li> </ul> </li> <li>• Nombre de places installées</li> <li>• Taux de rotation</li> <li>• Relation avec un service d'aide à domicile</li> <li>• Zone urbaine</li> <li>• Relation avec un HAD</li> <li>• Étendue de la zone de couverture</li> <li>• Taille de la population couverte de plus de 75 ans par place installée</li> <li>• Nombre d'équivalents temps plein d'aides-soignants par place installée</li> <li>• Emplois d'infirmiers salariés</li> <li>• GIR moyen pondéré</li> <li>• Fédération d'appartenance</li> </ul>
--	---

La méthode statistique employée est décrite en annexe 3 sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>.

## La variation des coûts terrain est essentiellement due à une différence de besoins entre les patients et non à des différences de spécificités entre les services

En effet, les spécificités des populations prises en charge, des pratiques, d'organisation, de charges salariales ou d'étendue de zone de couverture des SSIAD représentent 14 % de la variabilité totale du coût terrain réel. Par conséquent, 86 % des écarts de coût de prise en charge sont dus à des différences entre les bénéficiaires. À titre de comparaison, on rappelle que dans l'étude menée par l'IRDES sur le coût de la prise en charge en HAD<sup>56</sup>, les écarts entre les structures de HAD représentaient 30 % de la variabilité du coût.

Cependant, lorsqu'on prend en compte les différences de distributions des caractéristiques étudiées des patients entre les services, les spécificités résiduelles des services ne sont plus à l'origine que de 11,6 % des variations de coûts. Par conséquent, un quart de la variabilité du coût terrain réel due à des écarts entre les SSIAD s'explique par des différences entre leurs populations de bénéficiaires (case mix)<sup>57</sup>.

D'autre part, 3 caractéristiques des SSIAD ont une influence sur le coût terrain réel des patients : la fédération à laquelle le SSIAD appartient, la nature urbaine ou rurale des zones où il intervient et l'étendue de sa zone de couverture. Toutes choses égales par ailleurs, les estimations montrent que les SSIAD de la FEHAP ont un coût terrain réel plus élevé de 19 % par rapport aux SSIAD de l'ADMR. Le coût est diminué de la même proportion pour les SSIAD intervenant en zone urbaine par rapport à ceux qui couvrent une zone rurale ou mixte. Enfin, plus la zone de couverture est étendue, plus le coût terrain réel est élevé. Il augmente de 3 % à chaque fois que l'étendue de la zone de couverture augmente d'un kilomètre.

Ces caractéristiques expliquent 21 % des variations qui sont dues à des différences entre les SSIAD. Ainsi les caractéristiques des patients et ces 3 caractéristiques des services expliquent 45 % des 14 % (6,3 %) des variations de coût de prise en charge qui sont dus au service dans lequel le patient est pris en charge. Il reste encore 7,7 % des variations qui sont dus à d'autres caractéristiques organisationnelles ou contextuelles des services que nous n'avons pas étudiés.

## Des caractéristiques des patients qui expliquent près de la moitié des variations de coût dues aux différences entre les bénéficiaires

Les caractéristiques des bénéficiaires qui sont significativement liées au coût terrain réel sont :

- le groupe GIR ;
- la provenance (HAD) ;
- le recours à une aide technique (lit médicalisé, soulève-malade, fauteuil roulant) ;
- certaines déficiences sévères (incontinences urinaire, fécale, déficience des membres supérieurs) ;
- la dispense de soins de fin de vie par le SSIAD ;
- la présence et le type d'aidant du bénéficiaire ;
- la présence de soins infirmiers ;
- les autres soins médico-techniques en sus du SSIAD : nutrition entérale, kinésithérapie, chimiothérapie.

Ces caractéristiques expliquent 61 % de la part de variabilité du coût terrain réel liée à des différences entre les bénéficiaires, soit 52,5 % des variations de coût terrain.

Toutes choses égales par ailleurs, le coût des bénéficiaires provenant d'une HAD augmente de 21 % par rapport aux autres (patients en EHPA, à leur domicile ou provenant de SSR, psychiatrie, MCO, USLD, EHPAD<sup>58</sup>).

Le degré de dépendance a une influence forte sur le coût terrain réel. Pour les bénéficiaires indépendants (GIR 5 ou 6), le coût ne semble pas être différent de celui des bénéficiaires de GIR 4, qui ont une dépendance corporelle partielle. Par contre, pour les personnes avec une dépendance importante (GIR 1, 2 et 3), plus grande est la dépendance, plus élevé est le coût terrain réel. Par rapport aux bénéficiaires de GIR 4, le coût augmente de 19 % pour les personnes de GIR 3, de 35 % pour celles de GIR 2 et de 44 % pour celles de GIR 1.

Le fait d'avoir besoin d'une aide technique est un signe de besoin de prise en charge plus important. Le recours au soulève-malade augmente ce coût de 19 %, l'utilisation d'un lit médicalisé de 14 % et l'usage du fauteuil roulant de 7 %.

La présence de certaines déficiences sévères est à la source d'une hausse du coût : incontinence urinaire (+15 %), incontinence fécale (+8 %), déficience des membres supérieurs (+7 %).

Certains soins reçus par le bénéficiaire sont aussi un déterminant du coût terrain réel de la prise en charge. Cela est valable pour les soins prodigués dans le cadre du SSIAD mais aussi pour les soins médico-techniques délivrés par des intervenants extérieurs au service. Le coût terrain réel augmente de 49 % lorsque le patient bénéficie de soins infirmiers et de 13 % lorsque les soins du SSIAD sont dispensés dans le cadre d'un accompagnement fin de vie. De plus, 3 soins donnés par des prestataires extérieurs influencent le coût terrain réel à la hausse ou à la baisse : les soins de nutrition entérale (+30 % par rapport aux bénéficiaires qui n'en ont pas), kinésithérapie (+9 %), chimiothérapie (-23 %).

Le Tableau 11 présente les caractéristiques expliquant les variations de coût terrain réel entre les patients et l'ampleur de leur influence en pourcentage de variation du coût. Un individu dit « individu type » qui a un coût terrain peu élevé (3 583,10 €) et dont les caractéristiques sont mentionnées dans la colonne de droite sert de référence.

Pour chaque caractéristique, le pourcentage mentionné est égal à la part additionnelle de coût pour le patient ayant cette particularité par rapport à celui qui en est indemne ou qui présente la modalité de l'individu type. Lorsque le patient présente plusieurs caractéristiques, les effets se cumulent et le coût initial est successivement augmenté des valeurs correspondantes. Le modèle de calcul des scores est dit multiplicatif.

58. Voir liste de sigles page 83.

Tableau 11 : Influence en % des caractéristiques expliquant les variations de coût terrain réel entre les patients

Taux de variation du coût terrain en fonction des variables		Patient avec les caractéristiques suivantes (individu type dont le coût terrain est de 3 583,10 €)	Variation du coût
<b>Caractéristiques du bénéficiaire</b>			
Soins délivrés par des professionnels extérieurs	Nutrition entérale	Non	30,2 %
	Kinésithérapie	Non	9,0 %
	Chimiothérapie	Non	-22,6 %
Soins infirmiers	Au moins un passage d'infirmier hebdomadaire au chevet du bénéficiaire	Non	48,8 %
Groupe GIR	Groupe GIR 1	Groupe GIR 4, 5 ou 6	43,5 %
	Groupe GIR 2		34,6 %
	Groupe GIR 3		19,0 %
Provenance du bénéficiaire	Patient issu d'une HAD	EHPA/domicile ou MCO ou USLD/EHPAD	21,3 %
Déficiences particulières sévères	Incontinence urinaire	Non	15,2 %
	Incontinence fécale	Non	8,0 %
	Déficience des membres supérieurs	Non	6,7 %
Aides techniques	Lit médicalisé	Non	13,6 %
	Soulève-malade	Non	19,1 %
	Fauteuil roulant	Non	6,6 %
Nature des soins dispensés par le SSIAD	Accompagnement de fin de vie	Non	13,3 %
Aidant autre que l'aidant naturel	Aide de la famille	Non	-5,6 %
	Garde à domicile	Non	7,4 %
<b>Caractéristiques du SSIAD</b>			
Fédération	FEHAP	ADMR ou ADOM	19,0 %
Zone d'intervention	Zone urbaine	Zone mixte ou rurale	-19,1 %
Zone de couverture	Pour un km supplémentaire	6,8 km	3,0 %

Exemple d'interprétation du tableau :

Ainsi, un patient dont les caractéristiques sont celles de l'individu type a un coût terrain réel de prise en charge égal à 3 583,10€. Si son voisin est pris en charge par le même SSIAD mais qu'il est GIR 2 et non GIR 4, 5 ou 6, son coût de prise en charge est multiplié par 1,346. Si, de plus, ce voisin bénéficie de soins de nutrition entérale et d'incontinence fécale son coût est également multiplié par 1,302 et par 1,08.

Le coût du voisin sera donc égal à :

$$3\,583,10 \times 1,346 \times 1,302 \times 1,08 = 3\,583,1 \times 1,90 = 6\,781,70\text{€}.$$

Ainsi son coût terrain réel sera 1,9 fois plus élevé que celui de son voisin.

### Certaines pathologies expliquent des variations de coûts

Nous ne disposons pas d'information sur le profil pathologique de l'ensemble des individus de notre population. Malgré les limites que nous avons déjà décrites du remplissage du questionnaire Pathos et les spécificités de la sous-population de SSIAD s'étant prêtée à l'exercice<sup>59</sup>, nous avons utilisé ces données pour évaluer l'influence du score Pathos, du classement du patient dans la catégorie « soins médico-techniques importants » (SMTI) à l'issue de l'analyse de la grille, du nombre de pathologies et de certaines pathologies dont la présence pourrait demander une intervention de soins plus importante : diabète, trouble du comportement, syndrome démentiel, accident vasculaire cérébral, escarre, insuffisance cardiaque et insuffisance respiratoire.

Ainsi, bien que la population soit différente, nous avons reconduit la modélisation sur le sous-échantillon de patients pour lesquels nous avons ces données (1 562 patients) avec les mêmes caractéristiques que celles que nous avons sélectionnées initialement.

En introduisant ces nouvelles caractéristiques, nous retrouvons les mêmes déterminants des variations du coût, à l'exception de l'identité des aidants qui interviennent en plus de l'aidant principal, plus certains marqueurs de l'état pathologique du patient. En effet, plus le patient présente un nombre de pathologies important, plus son coût est élevé. Les pathologies suivantes ont une influence significative sur les variations de coût entre individus : la présence de diabète et d'escarre sont à l'origine d'une hausse de coût alors que l'insuffisance cardiaque pour une raison que nous n'expliquons pas est à l'origine d'une diminution du coût. Il est cependant difficile, vu les caractéristiques de notre échantillon, de quantifier l'importance de cette influence pour l'ensemble de la population. Nous pouvons simplement dire que pour cette population, si les patients diabétiques coûtent en moyenne 31 % de plus que les non diabétiques, lorsque toutes les caractéristiques dont nous avons testées l'influence sont semblables par ailleurs, les variations de coût en rapport avec le fait d'être diabétique ne sont plus qu'un tiers de cette ampleur (soit environ 10 %). Celle liée à la présence d'escarre(s) est en proportion une influence positive du même ordre que l'influence négative de l'insuffisance cardiaque soit environ 70 % de l'influence du diabète (voir les résultats présentés en annexe 3, sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>).

59. Ces 19 services sont pour 14 d'entre eux issus de la même fédération (un seul des SSIAD de cette fédération n'a pas rempli le questionnaire Pathos). Ils ont un taux d'encadrement en personnel soignant par bénéficiaire supérieur aux non répondants. Leurs relations avec les structures environnantes diffèrent pour leur relation avec une HAD et leur relation avec un EHPAD. Par ailleurs la population prise en charge par ses services est différente du reste de la population (voir annexe 3, sur le site du ministère en charge du Travail : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/aide-domicile/soins-infirmiers-domicile-siad.html>).

Nous ne retrouvons pas d'influence du score Pathos et de la caractéristique SMTI pour expliquer les variations de coût de prise en charge au niveau individuel des patients pris en charge en SSIAD. Cependant lorsque nous reconduisons le modèle sans prendre en compte la caractéristique soins infirmiers requérant et le nombre de pathologies, le score Pathos devient une variable d'influence. Ceci signifie que la variable soins infirmiers requérant et le nombre de pathologies résumant l'information produite par le score Pathos.

## Conclusion

Cette étude conduite en 2007 apporte un éclairage réel sur les services de soins infirmiers à domicile, leurs bénéficiaires, leur prise en charge et les adaptations effectives à l'intensité des soins requis par la prise en charge de certains patients.

Malgré les limites de représentativité des services liées au nombre de services participant (moins de 2,5 % de la population de SSIAD) et au mode de participation basé sur le volontariat, nous constatons un certain nombre d'éléments décrits par les acteurs de terrain tant au niveau des services que des bénéficiaires.

De manière générale, le degré de dépendance des patients pris en charge en SSIAD augmente ces dernières années. Cette tendance risque de s'accroître dans les années à venir avec la mise en œuvre de la politique du libre choix du maintien à domicile et les évolutions démographiques qui prévoient un nombre de personnes dépendantes croissant d'environ 1 % par an jusqu'en 2040.

La présence d'un entourage participe de façon importante à la possibilité de maintien à domicile des personnes qui perdent leur autonomie. Le groupe GIR des patients entourés, vivant avec un conjoint ou avec des personnes de générations différentes est en moyenne plus élevé que celui des personnes qui sont seules à leur domicile. La nature de l'aide dispensée par l'entourage varie en fonction de l'identité de l'aidant. Ainsi, il semble que l'aide des conjoints se substitue en partie à celle apportée par les personnels des SSIAD (participation aux gestes d'hygiène, à l'habillage...) alors que les autres personnes de l'entourage amèneraient une aide qui serait plus d'ordre complémentaire pour le maintien à domicile (courses, alimentation, déplacements...).

Le coût total moyen par patient dans l'étude (10 525 €) est inférieur au forfait annuel moyen par place installée (10 878 €) et par présent (11 138 €). La différence positive de 3,5 % qui existe entre la dotation par place installée et le coût réel mesuré dans l'étude n'exclut pas une éventuelle sous-dotation de l'enveloppe générale. En effet, la technique de reconstruction des coûts est le plus souvent à l'origine d'une sous-évaluation du coût réel liée aux oublis éventuels ou à la non attribution possible de certains coûts et notre étude de sensibilité montre que l'influence sur le coût du choix d'une vitesse de déplacement moyenne à 50 km/h est moindre mais que l'on peut retrouver une variation maximale de 2,7 % des coûts de prise en charge sur le terrain si cette vitesse varie de plus ou moins 20 %. Cependant, il s'agit là d'une différence avec la dotation de l'année précédente qui devrait donc être plus importante si elle avait été estimée avec l'année en cours.

Cette apparente adéquation de la dépense globale à la dotation globale ne se vérifie pas au niveau des services car près d'un quart d'entre eux est déficitaire. Ce chiffre serait encore plus important si, pour compenser un éventuel déficit, certains ne prenaient pas en charge un nombre de patients inférieur au nombre pour lequel ils sont financés (on retrouve en effet ce mécanisme d'adaptation évoqué par les acteurs de terrain). Dans ce cas, près d'un tiers des services (11) serait déficitaire, un autre tiers (12) serait à l'équilibre à plus ou moins 3 % et les autres (13) auraient des charges inférieures à leur dotation. Cependant, parmi ces derniers, on constate un phénomène d'adaptation vertueuse : certains prennent en charge

plus de patients jusqu'à ce que leur situation budgétaire tende vers l'équilibre. D'autres, malgré leur situation bénéficiaire prennent en charge moins de patients que le nombre de places pour lequel ils sont financés ce qui, dans ce cas, laisse entrevoir une situation où l'offre est plus importante que la demande. Il semble donc que le problème principal soit une mauvaise répartition des crédits.

L'étude de la distribution des coûts dans notre population ne nous permet pas d'identifier un groupe de patients qui seraient source du déséquilibre financier de certains services. Il existe en fait une grande disparité entre les patients dans le nombre de passages et la quantité de soins apportée par le service qui se traduit directement dans le coût de leur prise en charge dont la croissance semble relativement continue.

On retrouve bien des patients dont l'intensité de la prise en charge pèse de façon importante sur le budget du service mais on constate également qu'il existe des patients avec un besoin de soins peu intense. En effet, un certain nombre de patients bénéficie d'au plus 3 passages par semaine ce qui ne demande pas une action de coordination importante. Ce constat associé au nombre important de refus de prise en charge pour quantité de soins insuffisante (17%), nous conduit à nous interroger sur les informations dont disposent les médecins sur l'offre de soins médico-sociale et les indications de prise en charge en SSIAD.

Dans l'avenir, une optimisation de la prescription de cette prise en charge qui passerait en partie par des campagnes d'information permettrait une utilisation plus efficiente de ces services.

On identifie 2 groupes de patients, les patients dépendants qui bénéficient exclusivement d'une prise en charge aide-soignante et ceux qui bénéficient également de soins infirmiers qui sont donc dépendants et malades. La quantité de soins délivrés par les aides-soignants est très proche pour ces 2 populations. Ainsi, le coût moyen plus important pour la population bénéficiant de soins infirmiers est en relation avec leur consommation de ce type de soins.

Grâce à la modélisation statistique, nous identifions des caractéristiques des patients qui expliquent près de la moitié des variations de coût de prise en charge. Certaines sont des caractéristiques de l'état physique de dépendance ou de maladie du patient, d'autres sont des reflets de cet état. Ainsi, le niveau de dépendance mesuré par le groupe GIR explique en partie les différences d'intensité de prise en charge délivrée aux patients pour la prise en charge de leur perte d'autonomie. Dans une moindre proportion, la prise en charge en kinésithérapie, l'incontinence fécale ou urinaire et les aides techniques dont le patient dispose, sont également le reflet de l'intensité des soins nécessaires pour la prise en charge de la dépendance. Le recours aux soins infirmiers signe quant à lui le besoin de prise en charge de la maladie. La nutrition entérale est un facteur à l'origine d'une hausse importante de ces besoins. La venue du patient d'une HAD, la présence d'escarres ou de diabète le sont également mais dans une moindre mesure.

Certains facteurs sont à l'origine d'une moindre charge de travail pour le service. Ainsi, la présence d'un deuxième aidant dans l'entourage familial semble avoir un effet substitutif et la localisation urbaine des services serait associée à un partage des tâches différent entre les intervenants.

La prise en compte de ces caractéristiques pour la définition du budget des services permettrait à ces derniers de mieux pouvoir répondre aux besoins de leurs patients sans que certains aient à procéder à des adaptations, sources de dysfonctionnement.

# Liste des figures et des tableaux

## Liste des figures

Figure 1 :	Répartition des SSIAD de l'étude et de la population totale par taille	22
Figure 2 :	Répartition des places installées de l'étude et de la population totale par taille de SSIAD	22
Figure 3 :	Répartition des SSIAD selon la zone de couverture	23
Figure 4 :	Répartition des passages d'intervenants libéraux et salariés selon les jours de la semaine	24
Figure 5 :	Distribution des SSIAD selon le taux d'encadrement en personnel soignant salarié	25
Figure 6 :	Fréquence des relations avec les structures environnantes	26
Figure 7 :	Distribution des SSIAD selon leur taux de rotation	26
Figure 8 :	GMP moyen des SSIAD selon leur taux de rotation	27
Figure 9 :	Répartition des motifs de refus	28
Figure 10 :	Répartition des modes de sortie	28
Figure 11 :	Répartition des charges moyennes par SSIAD	29
Figure 12 :	Caractéristiques démographiques des bénéficiaires	33
Figure 13 :	Conditions de vie	34
Figure 14 :	Répartition du lieu de vie	35
Figure 15 :	Répartition des patients selon les groupes iso-ressources en 2002 et 2007	36
Figure 16 :	Degré de dépendance des bénéficiaires des SSIAD selon les variables du modèle AGGIR	37
Figure 17 :	Distribution du nombre de déficiences identifiées	38
Figure 18 :	Prévalence des déficiences recherchées	39
Figure 19 :	Prévalence des affections	40
Figure 20 :	Fréquences des aides techniques	41
Figure 21 :	Répartition des différentes catégories d'aidant principal	41
Figure 22 :	Fréquence des autres aides reçues	42
Figure 23 :	Répartition des motifs de prise en charge	43
Figure 24 :	Répartition du profil psychologique selon le GIR	44

Figure 25 : Distribution du nombre de passages d'aides-soignants	44
Figure 26 : Nombre moyen de passages de soignants selon le GIR et selon le recours aux soins	45
Figure 27 : Distribution du nombre de passages d'infirmiers auprès des patients SIR	46
Figure 28 : Fréquences des soins et services délivrés par le SSIAD	46
Figure 29 : Fréquence des besoins couverts et non couverts	47
Figure 30 : Soins dispensés par les professionnels extérieurs au SSIAD	48
Figure 31 : Fréquence des modes de prise en charge souhaitable lorsque la prise en charge en SSIAD est inadaptée	49
Figure 32 : Histogramme des coûts totaux annuels réels	51
Figure 33 : Coûts totaux de l'ensemble des patients de notre population d'étude rangés par ordre croissant	52
Figure 34 : Répartition des SSIAD selon le coût total	52
Figure 35 : Décomposition du coût total	53
Figure 36 : Structure du coût total réel par décile	54
Figure 37 : Répartition des SSIAD selon leur coût de structure	55
Figure 38 : Composition des coûts réels totaux des SSIAD	55
Figure 39 : Décomposition des coûts par catégorie de soignants et par tranche d'âge	62
Figure 40 : Minimum, maximum et moyenne du coût terrain selon le GIR	64
Liste des tableaux	
Tableau 1 : Salaires horaires par catégorie de personnel selon la fédération (valeur 2007)	18
Tableau 2 : Salaires horaires standardisés par catégorie de personnel (valeur 2007)	19
Tableau 3 : Nombre de SSIAD par catégorie de taille	21
Tableau 4 : SSIAD déficitaires prenant plus de patients que le nombre pour lequel ils sont financés	30
Tableau 5 : SSIAD bénéficiaires prenant plus de patients que le nombre pour lequel ils sont financés	31
Tableau 6 : SSIAD pour lesquels l'offre paraît supérieure aux besoins	31
Tableau 7 : SSIAD déficitaires prenant moins de patients que le nombre pour lequel ils sont financés pour se rapprocher de l'équilibre	32
Tableau 8 : SSIAD déficitaires prenant moins de patients que le nombre pour lequel ils sont financés et devenant bénéficiaires	32
Tableau 9 : Description des coûts réels selon la fédération	57
Tableau 10 : Groupes de coûts réels, coûts moyens et activités de soins pour chacun	59
Tableau 11 : Influence en % des caractéristiques expliquant les variations de coût terrain réel entre les patients	76

# Sigles

ADMR :	Association du service à domicile
AIS :	Acte de soins infirmiers
AMI :	Acte médico-infirmier
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CROSMS :	Comité régional de l'organisation sociale et médico-Sociale
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS :	Direction générale de l'action sociale
DREES :	Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
EHPA :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ERSM :	Échelons régionaux du service médical
ESPS :	Enquête santé et protection sociale
FEHAP :	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF :	Fédération hospitalière de France
GIR :	Groupes iso-ressources
GMP :	Gir moyen pondéré
HAD :	Hospitalisation à domicile
IRDES :	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO :	Médecine-chirurgie-obstétrique
Non SIR :	Patients non soins infirmiers requérants
PMP :	Pathos moyen pondéré
PRIAC :	Programme interdépartementale d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PUV :	Petites unités de vie
SIR :	Patients soins infirmiers requérants
SMTI :	Soins médico-techniques importants
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
SSR :	Soins de suite et de réadaptation
UNA :	Union nationale d'aide à domicile, des soins à domicile et des services à domicile
UNADMR :	Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
UNASSI :	Union nationale des associations et services de soins infirmiers
USLD :	Unité de soins de longue durée pour personnes âgées



Cet ouvrage rapporte les résultats de l'étude conduite en 2007 sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et leurs patients, auprès de 36 services dans 5 régions métropolitaines.

Première étude à caractère national, d'une part elle décrit, sur la base d'un échantillon représentatif des bénéficiaires, la patientèle de ces services, ses caractéristiques démographiques, son niveau de dépendance, les déficiences et pathologies qu'elle présente, et enfin le mode de vie et le contexte social dans lequel les prestations sont dispensées. Elle permet, d'autre part, de connaître précisément la prise en charge offerte à ces patients par les soignants des SSIAD, la fréquence des passages au domicile et la durée des soins qui leur sont prodigués. Le calcul des coûts précis des soins permet de comprendre les difficultés rencontrées sur le terrain par les services. En effet, il existe une grande hétérogénéité dans l'importance de la prise en charge de ces patients dont le coût varie dans une fourchette de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie. Cette grande variabilité explique que les SSIAD soient face à des situations financières très différentes en fonction de la population qu'ils desservent.

Un certain nombre de facteurs discriminants, qui expliquent la plus grande part des différences de coût, est identifié. Une réflexion reste à conduire sur l'intégration de ces résultats dans la définition d'un mode de rémunération plus équitable des prestations réalisées par ces SSIAD.

Cet ouvrage est essentiel pour mieux connaître la réalité des SSIAD et des personnes âgées qui recourent à ces services et dont le maintien à domicile constitue une priorité pour nos sociétés.