

2019

RAPPORT D'ANALYSE DE LA  
MISSION REGIONALE D'ETAT DES  
LIEUX DE LA COLLABORATION ET  
ARTICULATION HAD-SSIAD-IDEL  
POUR LE DEPARTEMENT 05 ET  
SYNTHESE DE LA REGION PACA



## Table des matières

I.	CONTEXTE .....	2
II.	MATERIEL ET METHODE.....	4
A.	Méthode :.....	4
1.	Limites et points de vigilance :.....	5
B.	PROBLÉMATIQUES DE L'ETUDE .....	6
III.	<b>ANALYSE DES RÉSULTATS</b> .....	7
A.	<b>Au niveau départemental : Le département des Hautes-Alpes (05)</b> .....	7
B.	<b>Au niveau régional : synthèses des recommandations</b> .....	16
IV.	CONCLUSION.....	19
V.	ANNEXES : Powerpoint de chaque territoire .....	20

## I. CONTEXTE

A ce jour, la région PACA compte 158 Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) pour 9493 places (dont 453 places pour les personnes en situation de handicap).

Ce chiffre couvre une forte hétérogénéité de fonctionnement en termes d'organisations (IDE salariés et/ou libérales), de taux d'activité (de 20.5% à 168%) et de coûts, de nombre de prises en charge (GMP de 462 à 770) et de territoires couverts.

La région compte également 22 services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) dont 11 publiques ou ESPIC et 11 privées. De fortes disparités existent également tant dans leur fonctionnement (modes de prise en charge, spécialités, astreintes, délais...) qu'au niveau de leur couverture territoriale (zones blanches non couvertes ou chevauchement).

L'exercice libéral concerne selon l'URPS<sup>1</sup> près de 14000 IDE (16 801 pour la DREES<sup>2</sup> en libéral ou mixte en janvier 2018 représentant une des densités les plus élevée de France). Majoritairement les IDEs exercent en cabinet de groupe avec une faible proportion travaillant seul et un nombre croissant en exercice coordonné au sein de MSP<sup>3</sup> et de CPTS<sup>4</sup>. La répartition géographique correspond à celle des médecins généralistes avec un zonage devant réguler l'installation des IDEs. Malgré cela, des écarts importants subsistent en termes de densité entre les territoires urbains côtiers et les territoires ruraux montagneux (accessibilité potentielle localisée variant de 359.8 ETP accessible pour 100 000 habitants sur Marseille inférieur à 80 dans 179 communes)

A noter également des prévisions d'une augmentation importante des besoins en infirmiers libéraux du fait de la multiplication des prises en charge en ambulatoire.

Par ailleurs, ces structures et professionnels de santé sont de plus en plus confrontés au vieillissement démographique de la population. D'ici à 2040, le nombre de personnes âgées de 60 et plus augmentera ainsi **de 57%** contre **1%** pour les moins de 60 ans. En 2040, **plus du tiers de la population régionale** aura plus de 60 ans et **1 habitant sur 5** aura 75 ans et plus, contre 1 sur 10 aujourd'hui.

L'accroissement de la prévalence des maladies chroniques et des situations de dépendance physique, l'émergence de maladies invalidantes et neurodégénératives, la diminution des durées d'hospitalisation, les difficultés pour trouver des places dans les structures d'aval, imposent à ses structures, soumises aux contraintes budgétaires, le traitement de cas de plus en plus lourds.

Dans le cadre de l'élaboration du PRS 2, l'ARS poursuit la priorisation de certaines actions :

- **Parcours personnes âgées** : le fonctionnement et l'activité des SSIAD et de l'HAD sont optimisés afin de favoriser le maintien à domicile des personnes et éviter les hospitalisations inutiles ou évitables.
- **Parcours personnes en situation de handicap** : vers une société plus inclusive. La part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement en milieu ordinaire s'élève à au moins 50% (Paca, 34% aujourd'hui).
- **Organiser l'offre de soins de proximité** : permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une prise en charge adaptée et de qualité quel que soit l'endroit ou le moment où il en a besoin.

Cette réorganisation de l'offre de proximité s'accompagne d'une évolution des métiers des professionnels de santé, d'une amélioration des pratiques professionnelles et d'un soutien des collaborations et coordinations entre les acteurs. Dans le contexte de réduction des durées de séjour, il est attendu un positionnement des HAD pour fluidifier le parcours patient, améliorer l'efficacité, homogénéiser la couverture territoriale dans leur polyvalence et leurs spécialités, améliorer la qualité.

Mais la complexité de notre système de santé peut constituer un obstacle à l'organisation d'une réponse rapide et pertinente. Le maintien à domicile, enjeu majeur de la prochaine décennie et qui nécessite l'intervention de multiples intervenants sociaux, médico-sociaux et soignants, est particulièrement concerné par cette complexité.

Des dysfonctionnements d'accès à une prise en charge soignante à domicile, notamment par refus initial ou rupture de prise en charge sont régulièrement remontés à l'ARS et font l'objet de débats nationaux.

---

<sup>1</sup> Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers

<sup>2</sup> La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux.

<sup>3</sup> Maison de Santé Pluriprofessionnelle

<sup>4</sup> Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Ces éléments font suspecter que la multiplication d'intervenants au domicile entre l'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les infirmiers libéraux, si elle n'est pas suffisamment coordonnée, pourrait constituer un frein à une prise en charge de proximité, de qualité et continue.

L'ARS a sollicité les Pilotes de Projets Parcours Territoires pour réaliser un **état des lieux qualitatif des articulations et des collaborations entre les HAD, SSIAD et infirmières libérales** de la région.

Il s'agira d'identifier les dynamiques, le fonctionnement intrinsèque de chaque territoire et chaque opérateur afin d'améliorer l'organisation et l'offre à la lumière des réalités « de terrain » et d'apporter des réponses/actions afin de garantir un accès équitable aux soins à l'ensemble des habitants de la région.

La méthodologie du projet sera commune à l'ensemble des pilotes (calendrier, questionnaires...) et les professionnels de terrain seront entendus par ceux-ci sur leur ressenti et vécu du fonctionnement actuel des articulations entre HAD, SSIAD et IDEL, leurs attentes et leurs préconisations.

Cette **étude qualitative** constituera un des volets de l'état des lieux.

Elle sera croisée avec les **données quantitatives** dont dispose l'ARS pour aboutir à un état des lieux complet en vue de définir et mettre en place les orientations régionales du PRS 2018-2023, afin de :

- Mieux positionner chacun au vu de son rôle et ses compétences à sa place et en complémentarité
- Améliorer l'efficacité et la qualité des interventions
- Permettre de meilleures collaborations au bénéfice du patient : relais, coordination, interventions conjointes

## II. MATERIEL ET METHODE

### Objectifs :

Dans sa dimension opérationnelle, cette étude doit permettre à l'ARS d'avoir un état des lieux territorial de la couverture effective en services HAD, SSIAD et IDEL auprès de la population, des modalités de collaboration et d'articulation entre structures et entre professionnels de santé autour du patient ainsi que des modalités de coordination, des difficultés, des points de vigilance et des bonnes pratiques.

### A. Méthode :

#### Démarche :

Les questionnaires utilisés par les pilotes durant les entretiens ont pour objectif de réinterroger la place, les collaborations et les pratiques professionnelles.

De manière à identifier les problématiques et propositions sur les « zones de chevauchement » entre les professionnels, ces questionnaires devront être abordés de manière constructive et le plus objectif pour faire remonter les difficultés et les bonnes pratiques de terrain.

#### Périmètre :

Le périmètre de l'étude est conscrit au regard porté par les professionnels (HAD/SSIAD/IDEL) sur leurs collaborations réciproques. Aussi, les pilotes n'interrogeront pas des représentants de patients ni les prescripteurs.

#### Equipe projet et gouvernance :

##### Gouvernance : comité de pilotage régional :

- Equipe projet ARS + DD volontaires
- FNEHAD, Fédérations (FHF, FHP et FEHAP), *URIOPSS*, *URPS ML*, URPS IDE, Assurance maladie...
- 3 acteurs opérationnels (1 SSIAD, 1 HAD, 1 IDEL)
- 2 pilotes projet : François BARRIERE et Arnaud CLAQUIN

##### Pilotage du projet ARS :

- Coordination du projet : Louise Charles, DSDP
- Equipe projet : Elodie Créteil-Durand (HAD), Fabien Marcangeli (SSIAD), Hélène Gomez (1er recours), Gisèle Adonias (DD13)

##### Equipe projet régional composée de 6 pilotes de projet PTA :

Estelle BAROU -05-, François BARRIERE -13- Arnaud CLAQUIN -83-, Myriam COULON -84-, Nathalie GAUDIN 04-, Domitille MARTINET -06-

#### Les phases de l'étude :

##### 1. Etat de l'art – Travail conjoint ARS-pilotes projet :

Revue du cadre légal pour chaque entité (SSIAD, HAS, SPASAD, IDEL)

Revue de la littérature concernant les bonnes pratiques, les articulations et collaborations (ANESM-HAS, URPS-IDEL, Ordre, etc.)

##### 2. Etat des lieux de l'articulation et de la collaboration SSIAD-HAD-IDEL par département :

Elaborer 3 guides d'entretien semi-directifs avec trame commune pour les HAD, SSIAD et IDEL

Entretien de l'ensemble des HAD (*cadre et possibilité d'entretien avec direction mais de façon séparée*)

Entretien de l'ensemble des SSIAD (coordinateur) sauf sur Marseille (échantillon)

Entretien d'un échantillon d'IDEL (*tirage au sort Ameli en prenant en compte la diversité des territoires*)

Analyser des données et de contenus

### 3. Elaborer un livrable intermédiaire par territoire

Réunion de restitution « regards croisés » à laquelle sont conviés les professionnels interviewés pour leur présenter les résultats de l'étude et enrichir la réflexion

### 4. Elaborer le livrable final par territoire MAIA et au niveau départemental :

Synthèse et analyse des données issues des entretiens et vérification des hypothèses de départ.

### 5. Les finalités du livrable

Le volet qualitatif sera croisé avec les données quantitatives dont dispose l'ARS pour aboutir à un état des lieux complet en vue de définir et mettre en place les orientations régionales du PRS 2018-2023.

## 1. Limites et points de vigilance :

Freins organisation	<p>Listing ARS</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Sur les IDELs indiquées, certaines n'étaient plus en exercice et certaines étaient injoignables</li><li>2) Listing pas représentatif de la démographie infirmière (zones urbaines sous représentées par rapport aux zones rurales)</li><li>3) L'étude menée auprès des IDELs n'est pas représentative de l'ensemble des IDELs de la région</li></ol>
Freins logistiques	<p>Il a manqué un temps de "test" entre le moment où le questionnaire a été finalisé et où il a été passé. Il aurait fallu corriger/revoir/ajouter/supprimer les questions problématiques et partir TOUS avec le même contenu. Idéalement, il aurait fallu attendre que le questionnaire numérisé soit accessible et tester sur le portail numérique avant de commencer : cela a induit des biais dans certaines réponses et rendu l'analyse difficile et parfois impossible</p>
<b>Délais</b>	
<b>Ressenti délai analyse</b>	<p>Des retards ont été pris dans la mise à disposition des questionnaires Délai d'analyse sous-estimé au regard des données à analyser et des autres activités de pilote projet.</p>
<b>Ressenti délai livrable</b>	<p>Délai de livrable sous-estimé par rapport aux temps impartis sur les autres actions</p>
<b>Contenu questionnaire</b>	
Questions manquantes	<p>Plusieurs questions pour lesquelles il aurait fallu un item "autres" ou un commentaire qui permette de noter plus de précisions Suppression d'items présents dans la 1ère version du questionnaire</p>
Questions pouvant être interprétées de différentes manières	<p>Des items susceptibles d'être mal comprises et interprétés : la réponse peut être à la fois OUI ET NON, or il n'y a pas la possibilité de mettre les deux "territoires non pourvus" &gt; manque la question "pourquoi ? » Certains termes, non définis dans le questionnaire, ont pu être interprétés différemment selon les répondants.</p>
Autres	<p>L'outil "questionnaire" est appropriée si l'on veut faire une analyse quantitative, mais il n'est pas assez précis pour de l'analyse qualitative (on perd beaucoup de matière). C'est vraiment dommage. Le meilleur outil pour avoir des éléments sur le ressenti reste l'entretien semi-directif.</p>

## B. PROBLÉMATIQUES DE L'ETUDE

Pour répondre à aux interrogations, il semble indispensable de vérifier les hypothèses suivantes :

**Hypothèse 1 :** La multitude d'intervenants n'induit pas forcément une bonne couverture territoriale pour assurer un accès aux soins

**Hypothèse 2 :** Il existe des zones de chevauchement des missions qui ne permettent pas aux partenaires de bien identifier leurs missions et celles des autres intervenants.

**Hypothèse 3 :** Des freins organisationnels et/ou administratifs ne permettent pas une collaboration et une articulation optimales entre les acteurs.

Il est donc apparu indispensable, avant de s'intéresser directement à la collaboration et l'articulation entre HAD-SSIAD-IDEL, de clarifier dans un premier temps, les organisations et les missions de chacun des intervenants et la perception que chacun a des missions et modalités d'organisation de ses partenaires.

	SSIAD	IDEL	HAD
Le public	Les personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes. Les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections. Les personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap.		
Le lieu de l'intervention	Le domicile personnel. Les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour adultes handicapés.		
		Les établissements sociaux et médico-sociaux médicalisés avec hébergement dont les EHPAD.	
L'objectif de la prise en charge	Prévenir, différer, éviter ou réduire la durée d'une hospitalisation complète. Permettre le retour à domicile après une hospitalisation complète.		
	Favoriser le maintien à domicile en prévenant ou en retardant la perte d'autonomie.		
	Coordination : Infirmière coordinatrice		Coordination médicale : médecin coordonnateur
La permanence et continuité des soins	L'organisation d'une continuité des interventions (qui ne nécessite pas une astreinte 24h/24) pour les soins programmés.		L'organisation de la continuité des soins 24h/24 et 7jours/7, elle comprend a minima : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une capacité d'intervention soignante 24h/24 et 7jours/7</li> <li>• un recours à un avis médical en interne ou en externe 24h/24 et 7jours/7</li> </ul>
La nature des soins	Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade		
	Autres professionnels paramédicaux (ergothérapeute, psychologue)		Autres professionnels paramédicaux (ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute, assistant social)
Financement de la structure	Dotation globale de soins rémunère salariés et personnel conventionnés	A l'acte NGAP	T2A Rémunère salariés et personnels conventionnés

### III. ANALYSE DES RÉSULTATS

#### A. Au niveau départemental : Le département des Hautes-Alpes (05)

##### 1. Présentation du territoire

Avec une superficie de 5 549 km<sup>2</sup>, le département des Hautes-Alpes représente 17,7 % de la surface de la région, mais seulement 2,8 % de la population régionale.

Les Hautes-Alpes constituent un département à dominante rurale (44 % de sa population vit dans des bassins de vie ruraux contre 10 % dans la région) et constituent le département de France métropolitaine avec la plus haute altitude moyenne (supérieure à 2000 m). Ce département est entièrement classé en zone de montagne.

Données (Sirsé PACA 2015 et Insee 2018)	Hautes-Alpes		PACA	
	2015	2016	2015	2016
Population totale	140 916	141 107	5 007 977	5 021 928
Pop. de + de 60 ans	41 062 (29,1%)	42 126 (29,85%)	1 405 710 (28,1%)	1 426 156 (28,4%)
Pop. de + de 75 ans	15 634 11,1%	15 844 (11,2%)	541 512 (10,8%)	547 972 (10,9%)
Pop. de + de 75 ans vivant seules à dom.	6410 41,0%	NC	227 976 42,1%	NC
Indice de vieillissement <i>(Nombre de PA de + de 60 ans pour 100 jeunes de - de 20 ans)</i>	98,6%	NC	95,7%	NC

Le département peut être décomposé en six sous-territoires et compte 10 espaces de santé de proximité :

**Le pays du Buëch** : territoire à dominante rurale de moyenne montagne. Il bénéficie de la présence de l'autoroute A51 et d'une bonne desserte ferroviaire.

**Le Gapençais** : situé au centre du département et abritant un peu moins de la moitié des habitants des Hautes-Alpes, ce territoire constitue un carrefour important d'axes de communication.

**Le Champsaur-Valgaudemar** : bordé à l'ouest par le massif du Dévoluy, au nord et à l'est par le massif des Écrins. La population du territoire est éparpillée dans un grand nombre de villages et de hameaux de montagne comptant un faible nombre d'habitants.

**L'Embrunais** : Ce territoire s'organise autour de la vallée de la Durance et du lac de Serre-Ponçon, plus grand lac artificiel de France métropolitaine. Il compte 3 stations de ski (Les Orres, Réallon, Crévoux).

**Le Briançonnais** : localisé au nord du département, à la frontière avec l'Italie, le Briançonnais est un territoire largement occupé par les espaces naturels (90 % de la surface du territoire), mais éloigné des pôles urbains et des grands axes de circulation donc difficilement accessible.

**Le Queyras** : territoire de haute montagne situé à l'extrémité du département, aux confins de l'Italie. Il compte 28 montagnes dépassant les 3000 mètres d'altitude. Contraint par son relief et son climat, il présente un certain enclavement vis-à-vis des principaux équipements du département et est relativement difficile d'accès.

## 2. Limites de l'enquête sur le 05

Certaines limites à cette étude sont à mettre en lumière sur le territoire :

- Le questionnaire a été mené auprès de 9 IDELS seulement et n'est absolument pas représentatif de l'ensemble des IDELS du Département (qui en compte 306). Les conclusions qui suivent ont donc été traitées par le prisme de la remontée régulière des points de ruptures de la PTA05 depuis plus d'un an et seront à vérifier avec les relevés d'activité de la CPAM et l'analyse quantitative de l'ARS.
- Certains termes, non définis dans le questionnaire, ont pu être interprétés différemment selon les SSIAD et les IDELS.
- Les situations en commun partagées par les 10 SSIAD, les IDELS interrogées et la HAD sont très peu nombreuses dans l'ensemble et donc non représentatives. Cela s'explique par la mise en application récente du décret avec les SSIAD (6 mois de recul) et le faible pourcentage d'IDELs interrogées.

**Cette étude ne saurait répondre en l'état aux 3 hypothèses fixées au départ mais donne un éclairage sur les difficultés relevées et les pistes d'améliorations et mériterait d'être croisée avec les données CPAM, DIM et ARS.**

## 3. Les structures interrogées

**Sur le département 05, 19 entretiens ont été menés : 1HAD, 10 SSIAD et 9 infirmières libérales interrogés.**

### a) Présentation du service HAD du territoire :

Le service de HAD **couvre tout le département** des Hautes-Alpes ainsi que les communes du nord du département des Alpes de Hautes Provence (04).

Il s'agit d'une **HAD de coordination** dont la spécialité est les **soins palliatifs**. Son statut est public, rattaché au Centre Hospitalier Intercommunal de Gap (CHICAS). Une antenne est présente au CH de Briançon.

L'équipe est composée d'un médecin coordonnateur (1.2 ETP), d'IDE de coordination (7.1 ETP) et d'aides-soignantes (6.4 ETP), d'une assistante sociale (0.5 ETP), d'une psychologue (0.6 ETP) et d'un logisticien (0.6 ETP). A Gap, le service est en face de celui de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, ce qui facilite les échanges et les temps partagés de certains professionnels.

Le service est disponible 24h/24h, 7 jours/7 et une astreinte téléphonique de nuit (week-end et fériés) médicale et paramédicale est présente.

Le délai de prise en charge est de 48 heures en moyenne et concerne principalement des patients en décompensation d'une pathologie chronique.

**Les soins palliatifs demeurent la principale prise en charge** (Nb de RAPSS sur l'année d'exercice 2018 : 289) devant **les pansements complexes** (Nb de RAPSS : 146) puis les **traitements IV** (Nb de RAPSS : 109). Moins fréquents en HAD, les soins de nursing lourds et les soins de cancérologie (essentiellement chimiothérapies anticancéreuses) continuent de se développer.

Concernant le premier mode de prise en charge, les soins palliatifs, la moyenne d'âge est de 76 ans et la DMS de 19.7 jours. Concernant le 2<sup>ème</sup> mode, les pansements complexes, la moyenne d'âge est de 66.4 ans mais la DMS est de 31.9 jours. **Dans l'ensemble la patientèle hospitalisée à domicile vieillit et les durées de séjour s'allongent.**

La HAD étant un service de coordination, la réalisation des soins techniques se fait par les infirmiers libéraux. Les soins d'hygiène étant souvent réalisé par les aides-soignantes de l'HAD, les SSIAD sont moins sollicités que les IDEL.

Egalement les **demandes de prises en charge proviennent majoritairement des médecins** à égale répartition entre la ville (240 patients adressés sur 2018) et l'hôpital (300 patients adressés en 2018).

**Moins de 10% des patients sont adressés par les SSIAD** ou les autres professionnels de structures médico-sociales. Attention cependant, à ne pas oublier que le décret concernant les SSIAD, n'est entré en application qu'en juin 2018. Les proportions de patients adressés par les SSIAD et à l'inverse les patients d'HAD adressés aux SSIAD, sont restés faibles le temps que les conventions de partenariats se mettent en place. Les chiffres seront plus parlants en 2019.

**Les principales difficultés à intervenir dans les délais ou les motifs de refus courants sont :**

- **La méconnaissance des acteurs concernant les missions de l'HAD, ses critères d'entrées ou son secteur d'intervention et donc une mauvaise orientation.** Egalement beaucoup de prescripteurs hospitaliers font une double orientation SSR/HAD, le jour même de la sortie ne sachant pas de quelles structures le patient relève ou n'ayant pas même recueilli son consentement.
- **Les problèmes géographiques, d'accès au domicile couplé à l'impossibilité de trouver des intervenants.** En effet, sur des secteurs ruraux (Briançonnais, Queyras principalement), les difficultés RH des Services d'Aides à la Personne, et les difficultés de communication avec les médecins généralistes (peu nombreux voir absents sur certaines zones) et leur degré d'implication, freinent les prises en charge.  
Parfois les demandes PEC de la HAD sont même impossibles à défaut de trouver les professionnels pour intervenir. Sur des territoires isolés comme le nord du département, les IDELs sont de plus en plus sollicités pour des interventions de nursing lourds faute de places en SSIAD surchargés. Les demandes de la HAD sont donc perçues comme incessants et à la limite du « harcèlement » pour certaines IDEL qui ne peuvent assumer de soins techniques lourds supplémentaires.
- **L'absence d'aidant, patient seul au domicile.** L'amélioration du parcours patient via l'HAD nécessite une « synchronisation » parfaite de l'ensemble des acteurs (prescripteurs, établissements, libéraux, administratifs...). Elle est donc complexe et difficile à mettre en œuvre et impossible à réaliser en l'absence d'une personne ressource à domicile.

#### b) Présentation des SSIAD du territoire :

**Le département compte 10 SSIAD** très bien répartis sur l'ensemble du territoire. Deux d'entre-deux sont des structures publiques rattachées à un Centre Hospitalier et les autres sont portés par une association.

Au total, on compte **470 places pour personnes âgées et 12 places seulement pour personnes handicapées.**

Il existe 4 ESA portés par un SSIAD (dont 1 mutualisé par 3 SSIAD) qui couvrent entièrement le département et 2 SSIAD portent un Service d'aide à domicile.

Chaque SSIAD a un rôle de direction tenu soit par un IDEC coordinateur ou un cadre de santé ou un Directeur et 6 sur les 10 possèdent des IDE salariés dans leurs équipes. **Seul un SSIAD, celui de Gap, possède plusieurs temps d'IDE salariés qui réalisent des soins.** Les IDE des 5 autres SSIAD ne pratiquent aucuns soins à domicile sauf sur dérogation de l'ARS.

Tous proposent des interventions 7 jours/7, week-end et fériés et 60% ont une activité sans interruptions entre le matin et le soir à raison de 1 à 2 passages/jour/patient en moyenne. La plupart des demandes de PEC en charge proviennent de **l'entourage de la personne ou du patient lui-même ainsi que du médecin de ville** et concernent à proportion équivalente des **patients plutôt stables médicalement ou des patients en décompensation d'une pathologie chronique.** Sans surprise, la majorité des prises en charges relèvent de soins d'hygiène.

En dehors des critères d'inclusion classiques (âge, secteur de résidence, niveau de dépendance, type de soins et disponibilités), beaucoup citent **le coût des soins et les kilomètres à parcourir sur des PEC éloignées**. Sur certains secteurs, des accords ont été passés avec les IDELS et les SSIAD n'interviennent plus sur ces zones trop éloignées. Certains passent le relai au SAAD sur des communes trop éloignées (cas des communes du nord vers la Grave où l'ADMR intervient à la place du SSIAD) ou en cas d'aide partielle pour d'autres SSIAD. Sur le secteur Briançonnais, le SSIAD se confronte à la question de la démographie en baisse des professionnels de santé, en particulier les infirmiers libéraux, et doit assurer la prise en charge des personnes dans des secteurs extrêmement ruraux et fragilisés en termes d'offre médicale.

Sur 2019, 5 SSIAD ont faits des demandes exceptionnelles de soins à la DOMS pour des PEC lourdes de personnes handicapées pour un montant global de dépassement des frais de plus de 150.00 Euros. Aucune n'a été accordée et certain SSIAD vivent mal le fait de devoir refuser des PEC ou de puiser sur l'enveloppe au détriment d'autres patients.

**Les principaux refus de prise en charge restent cependant le nombre de passages demandés trop important et la liste d'attente.**

#### c) Présentation des IDELS interrogées du territoire :

Seulement 9 infirmières du territoire ont été interrogées. 7 travaillent en cabinet de groupe, 1 en Maison de Santé Pluri-professionnelle et 1 autre exerce seule. 5 sont installées dans le centre du département à Gap, 2 sont installées au nord et 2 autres au sud.

Le délai de prise en charge est en moyenne immédiat et concerne majoritairement des patients stables médicalement. 78% déclarent réaliser des soins infirmiers d'hygiène en priorité devant les soins techniques, ce qui corrobore les échanges en réunion et les difficultés évoquées par la HAD à trouver une IDEL sur certains secteurs. Beaucoup évoquent une surcharge de demande au niveau des soins de nursing et de moins en moins de demandes sur des pansements complexes ou des soins plus lourds avec des temps de passages en moyenne entre 20 et 40 mn par patient. Les principaux motifs de refus évoqués sont d'ailleurs le manque de places suivis des contraintes géographiques sur les secteurs ruraux.

Concernant les infirmiers libéraux des Hautes-Alpes, les données CPAM de mai 2019 font mention **de 306 IDELS sur le département pour 145.213 habitants**, soit une moyenne **d'1 IDEL pour 475 habitants**. Voici la répartition, concernant les 6 sous-territoires cités plus haut qui explique en partie les difficultés ressenties dans le Briançonnais :

Le pays du Buëch : 50 IDELS (ZAC pour MG) pour 21.560 habitants => 1 IDEL pour 431 hab. en moyenne

Le Gapençais : 138 IDELS (zone blanche pour MG) pour 62.134 habitants => 1 IDEL pour 450 hab. en moyenne

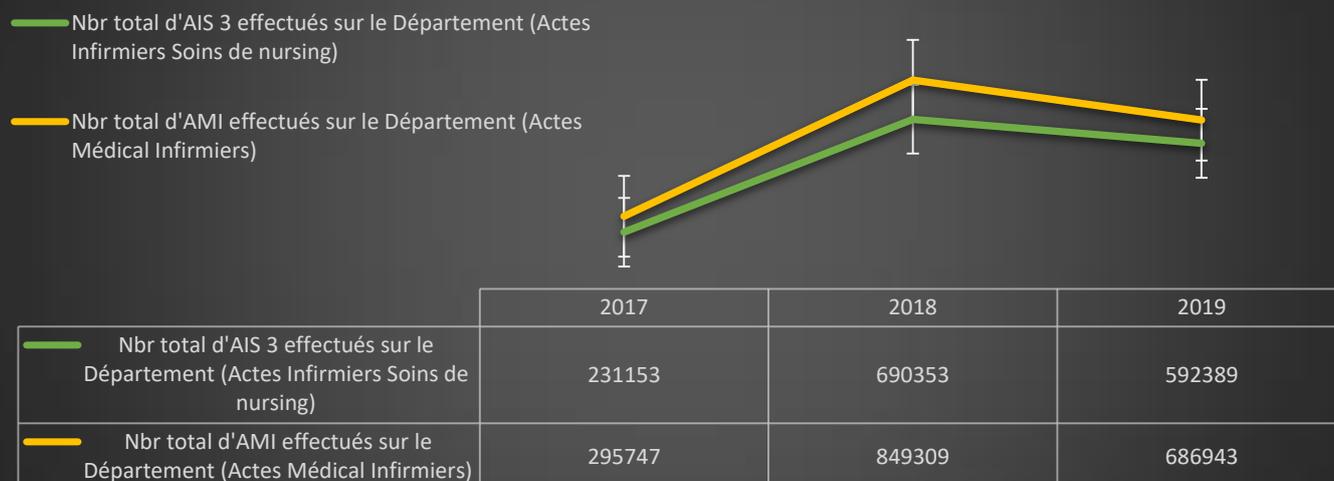
Le Champsaur-Valgaudemar : 28 IDELS (ZIP pour MG) pour 11.466 habitants => 1 IDEL pour 410 hab. en moyenne

L'Embrunais : 30 IDELS (ZAC pour MG) pour 13.157 habitants => 1 IDEL pour 439 hab. en moyenne

**Le Briançonnais : 38 IDELS (ZAC pour MG) pour 28.599 habitants => 1 IDEL pour 753 hab. en moyenne**

Le Queyras : 22 IDELS (ZIP pour MG) pour 8297 habitants => 1 IDEL pour 377 hab. en moyenne.

## Nbr d' AIS3 et AMI effectués sur le Département entre 2017 et 2019 (source CPAM novembre 2019)



Le manque d'IDELs ressentie par les ssiad du nord du département, les listes d'attente déclarées et les difficultés à mobiliser un infirmier par la HAD, les points de ruptures déclarés dans ce secteur (impossibilités de sortie de SSR fautes d'aides en places à domicile, engorgement en amont et en aval dans les services des centres hospitaliers) couplés aux difficultés RH des SAAD et de la géographie contraignante (rendant les déplacements complexes), convergent bien vers un manque flagrant de ressources sur ce secteur (zonage IDELs, place de SSIAD). Tous, IDELs comme SSIAD réclament des places supplémentaires.

#### 4. Analyse des regards-croisés

Les 10 SSIAD du département ont constitué une association inter-SSIAD dans le but de travailler des outils communs, des procédures, des échanges de pratiques voir des formations. Dans ce cadre, ils ont travaillé une convention type commune avec la HAD (annexé au présent document). Tous ont donc conventionné avec la HAD.

La HAD fait quant à elle mention de plus de 280 conventions signées avec les IDELs.

Les SSIAD ont conventionné avec la plupart des IDELs de leur secteur. Peu de refus sont évoqués (sauf cas exceptionnel des IDELs de la Drôme).

Concernant la perception des acteurs des uns par rapport aux autres et les principaux point d'accords et de désaccords, on peut conclure que :

- **Tous s'accordent en ce qui concerne le manque de temps opposé au besoin énorme de rencontres partenariales et de communication et le manque d'outils informatiques pour tracer et transmettre les informations.**

- **Les missions des SSIAD sont bien reconnues et identifiées sur le territoire et les partenaires ont une bonne vision globale de leur travail.**

Malgré les difficultés relevées sur le Gapençais principalement, la complémentarité des SSIAD et des IDEL est reconnue et appréciée sur le reste du territoire rural. Un travail de coopération, de prise en charge commune est possible et se traduit par une coordination des interventions auprès des situations nécessitant des soins lourds. Des initiatives de la plupart des SSIAD existent :

- ✓ Réunions régulières de concertation,
- ✓ Visites de l'IDEC du SSIAD auprès des cabinets d'IDEL de son secteur,
- ✓ Transmission d'informations quotidienne si nécessaire, portant sur l'adéquation des prises en charge et le bilan des actes.

Ces situations satisfaisantes décrites par les SSIAD ne doivent pas masquer les lieux où le lien SSIAD/cabinet infirmier est plus difficile. Certains cabinets infirmiers refusent ainsi de conventionner avec les SSIAD. Dans ces communes, les SSIAD n'interviennent pas (exemple du sud avec les cabinets infirmiers de la Drôme qui interviennent sur la frontière 05).

- **Les SSIAD comme les infirmiers libéraux ont une vision très floue du rôle de la HAD et dans la majorité assez négative.** D'une part, les SSIAD ne travaillent pas souvent avec la HAD étant donné le recul depuis juin 2018 et la majorité des patients pris en charge par les SSIAD nécessitant des soins de nursing. Beaucoup souhaiteraient avoir des précisions concernant les critères d'entrée en HAD ou ne comprennent pas certaines inclusions de patient qui pour eux n'en relevaient pas et d'autres ne comprennent pas la plus-value de l'intervention.

D'autre part, le passif compliqué de l'HAD (changement de porteur et mission) et le turn-over des équipes amplifient l'image négative du service. Beaucoup évoque une équipe à bout de souffle pour couvrir tout un département ne prenant pas le temps de communiquer chez les patients ou avec les partenaires et entraînant une prise en charge inégale entre Gap et le reste du département (temps de déplacement plus longs)

La qualité des relations dépend de nombreux paramètres tels la connaissance des acteurs, le nombre de cabinets infirmiers du secteur, le niveau de collaboration etc. Ces liens sont à entretenir, en effet, le turn-over des équipes SSIAD, HAD et des infirmiers libéraux nécessite une information et un travail commun réguliers.

- **Les SSIAD ont dans l'ensemble une fausse perception du travail des IDELs.** Cette vision est biaisée par leur propre collaboration avec les infirmières libérales de leur secteur, ne faisant appel à elles que pour réaliser les soins techniques, les soins d'hygiène restant à leur charge. Tous sont donc persuadés que les IDELs font majoritairement des soins techniques. Le manque de communication et de rencontres entre ces 2 mondes, salarial et libéral, ne fait que renforcer ces faux aprioris.

Alors que les relations sont, globalement, qualifiées par les SSIAD et les infirmiers libéraux rencontrés comme satisfaisantes, **des tensions persistent.** Elles concernent principalement **le financement** (facturation papier, actes non cotés, forfait honoraire), **le rôle de coordination des infirmiers** (décalage entre la réalité du terrain et les demandes d'intervention et sentiment d'être écartés de la coordination), ainsi que **les difficultés à échanger autour des patients** (transmissions d'informations à sens unique, turn-over des équipes, absence d'outils de traçabilité et de communication).

Le paiement est le principal sujet de tension entre les SSIAD et les infirmiers libéraux. Les infirmiers libéraux rencontrés et les SSIAD interrogés partagent cet élément.

Au regard du financeur, une des missions de l'IDEC des SSIAD est d'assurer le contrôle des soins infirmiers, la réalité des soins facturés et la justesse de leur tarification facturée par les infirmiers libéraux. Cette mission de contrôle est très mal perçue par les libéraux.

À cela s'ajoutent des délais de paiement qui peuvent être longs, les facturations des IDEL directement à la Caisse d'assurance maladie, autant de points qui peuvent détériorer les relations.

Chacun reste sur sa position : les SSIAD, avec une enveloppe fermée, doivent contrôler et vérifier la justesse des actes facturés, tandis que les infirmiers libéraux n'apprécient pas cette validation systématique et les négociations qui peuvent en découler. Les infirmiers libéraux parleront de manque de transparence alors que les SSIAD évoqueront des difficultés à contrôler les actes, les abus et à mener les discussions.

Un autre point partagé par les SSIAD et les infirmiers libéraux réside dans la difficulté de décider de la personne chargée de la coordination autour des patients. Pour rappel, le rôle de coordination est une des missions de l'infirmière coordinatrice prise en compte dans le budget des SSIAD. La coordination n'est pas toujours satisfaisante et est souvent pointé un manque de transmission d'informations entre les IDEL et les aides-soignants.

Ce point est également lié au rôle de coordination qui revient aux IDEC mais qui peut être également effectué par l'IDEL. D'ailleurs beaucoup d'IDELs interrogées font mention d'un temps de travail de coordination croissant non reconnu qu'elles n'arrivent plus à gérer (très souvent déborde sur leur temps personnel).

▪ **Il persiste une grande différence de collaboration SSIAD/IDELs entre Gap et le reste du département.**

Lors de leur mise en place, les SSIAD ont suscité des craintes chez les infirmiers libéraux, les SSIAD intervenant sur les soins d'hygiène que prenaient en charge, jusque-là, les infirmiers libéraux. Cette mise en place, qui a pu être laborieuse localement, a laissé une empreinte et un sentiment de concurrence notamment sur le Gapençais.

Sur Gap, deux éléments suscitent la méfiance de la part des infirmiers libéraux : la présence d'infirmiers salariés au sein du SSIAD ainsi que la possibilité pour les SSIAD de négocier les tarifs des actes des IDEL sous forme de conventionnement pour les actes hors nomenclature. Le respect de la liberté de choix du patient de son soignant demeure au cœur des préoccupations. Les infirmiers interrogés ne veulent pas qu'un refus de collaborer avec le SSIAD empêche les patients suivis par ce SSIAD de faire appel à eux pour les soins de nursing.

## 5. Synthèse du rapport intermédiaire et recommandations émises



- BILAN HAD**
- Turn-over des équipes => transmissions d'informations et communication difficiles
  - Manque d'outils et de traçabilité => manque d'anticipation
  - Manque de communication : mauvaises connaissances des missions et des critères d'entrée en HAD de la part des partenaires et image négative persistante (étiquette ancienne HAD)
  - Manque de moyens humains pour couvrir tout un Département (+ Nord 04) => Répercute sur la durée de PEC au domicile, les liens sociaux et humains avec l'utilisateur et les professionnels du domicile, la réactivité
  - Une qualité de PEC inégale sur le territoire (différence entre Gap et les zones rurales du reste du Département) => HAD de coordo tributaire de la place des PSL + liste d'attente des SSIAD
  - Contraintes de réglementation et charge des prestataires (matériel, ergo...) : tout pèse sur la HAD

- BILAN SSIAD**
- Enveloppe financière restreinte => difficultés de rémunération des IDELS pour des PEC lourdes
  - Manque de places de SSIAD sur certains secteurs ruraux (Nord++) => liste d'attente et répercussion en amont et en aval (SAAD et SSR) et difficultés fonctionnelles les week-ends et fériés.
  - Mauvaise image des SSIAD: rôle de « contrôle » dans l'aspect financier (cotations des actes facturables autorisés), problématiques sectorielles entre certains IDEL et certains SSIAD, difficultés entre SSIAD de Gap avec IDE salariés pratiquant les soins et IDELS (sentiment de persécution).
  - Double compétence de coordination HAD et SSIAD à clarifier
  - Facturation papier avec ordonnances

- BILAN IDELS**
- Mauvaise perception du travail de l'IDEL (dû au fait que les SSIAD ne les perçoivent que par leur prisme)
  - Facteur humain, individuel qui rend les relations interpersonnelles très variables, différent d'une personne à une autre
  - Un rôle de coordination pas souvent reconnu et également très variable d'une IDEL à une autre. C'est un temps personnel non valorisé.
  - Le monde du libéral en opposition au monde du salarial : pas les mêmes contraintes, les mêmes objectifs de travail, pas la même démarche, éthique => replacer le patient au centre de la PEC
  - Manque de temps et la surcharge d'activité (de + en + sollicités sur des soins de nursing) => Transmission d'information et la communication restreintes.



- Une coordination renforcée, travail partenarial intéressant, Binôme IDE/AS HAD apprécié
- Satisfaction patient et service rendu (PEC, matériel)
- Transfert de compétences vers l'IDE et actions de tutorats
- Financement apprécié des partenaires (surtout lorsque le coût des soins est important) et facilité par la mise en place d'un portail de facturation
- Temps psychologue apprécié

- Missions des SSIAD très bien identifiées et reconnues par l'ensemble des partenaires
- Création d'un inter-SSIAD : travaux et outils communs sur tout le territoire (es : fiche de liaison), favorise les échanges de pratiques...
- Transmission d'informations quotidiennes appréciée (souvent à sens unique à l'initiative du SSIAD)
- Décharge l'IDEL sur des patients lourds
- Qualité de la PEC apprécié

- Echanges intéressants et quotidiens si nécessaires, confiance mutuelle
- Libérés de patients plus lourds => dégager du temps pour la prévention, la surveillance des pathologies chroniques, rôle éducatif
- Financement SSIAD apprécié

[Les recommandations sont classées en 3 rubriques:](#)

### **Connaissances : des missions entre acteurs**

- **Favoriser la communication de la HAD** pour mieux connaître ses missions, les critères d'inclusion, quand faire appel à eux. **Plus-value de l'équipe : organiser plus de temps de rencontres**, prendre le temps au chevet du patient de poser les choses (ne peut se faire sans moyens humains supplémentaires pour réduire les turnovers et dégager du temps pour cela).
- **Revaloriser le rôle de coordination. Travail des IDELs à présenter en structures hospitalières.**

### **Organisationnelles : administratives, institutionnelles, financières**

- Charge des IDELs en soins de nursing les obligent à refuser des PEC en HAD : **revoir le zonage des IDELs ?** La densité des IDELs (moyenne française) répond-elle encore aux besoins d'une population de plus en plus vieillissante ?
- **Obtenir une dérogation pour les soins palliatifs** (pour l'instant les modes de PEC par dérogation avec les SSIAD sont transfusion sanguine et chimio)
- Charge financière de la HAD : **réévaluation de la rémunération sur certains profils de patients lourds** / Rémunération forfaitaire plutôt qu'à l'acte
- **Mettre en commun les listes d'attente des SSIAD**
- **Davantage de places en SSIAD** pour décharger les IDELs surtout les secteurs ruraux
- **Augmenter l'enveloppe financière des SSIAD** (surtout ceux qui ont une majorité de GIR 1-2)
- **Temps de rencontres interprofessionnels rémunérés** : enjeux CPTS
- **Revoir les cotations des actes facturables autorisés par le SSIAD**

### **Communication : lisibilité et visibilité, cible, outils**

- **Travailler la communication du SSIAD de Gap pour gommer son image négative** qui remonte à sa mise en place en 2012
- **Améliorer la transmissions d'infos et la traçabilité en interne, entre les équipes de Gap et Briançon, et avec les partenaires extérieurs** : dossier patient informatisé accessible pour tous depuis le domicile prévu pour 2021
- Formations communes aux SSIAD, **travailler plus d'outils communs et mutualiser les besoins.**

## B. Au niveau régional : synthèses des recommandations

(En gras les recommandations citées dans l'ensemble des départements)

### Recommandations organisationnelles : administratives, institutionnelles et financières

#### → Définir clairement les missions de chaque dispositif :

- Valider avec l'ensemble des parties prenantes un référentiel commun des missions (Qui fait quoi?) différenciées, en lien avec les tutelles et les décideurs, et recenser les spécificités, les compétences et les expertises de chaque acteur
- Définir les niveaux et les rôles dans la coordination des soins (respecter les critères d'inclusion, mieux tracer les actes réalisés...) : démarche clinique, logistique...
- Revoir la répartition des soins et définir clairement les missions de chaque acteur : par ex, soins d'hygiène > SSIAD, soins techniques > IDEL
- Recentrer les prises en charge en HAD sur des soins très lourds qui ne peuvent pas être pris en charge par un IDEL seul
- Clarifier le rôle du médecin coordinateur de l'HAD en l'absence de médecin traitant (prescriptions...)
- Accompagner sur le terrain les structures en créant une boîte à outils de mise en œuvre opérationnelle du décret

#### → Améliorer les modalités de collaboration dans les PEC conjointes et/ou en relais :

- Prévoir des temps dédiés d'échanges HAD, SSIAD, IDEL, CPTS... afin de mettre en œuvre l'intervention conjointe HAD/SSIAD/IDEL, de clarifier la transmission des échanges (par ex, un contact téléphonique une fois par semaine, réunions de concertation régulière...)
- Favoriser le travail en binôme SSIAD/IDEL, instaurer des rencontres obligatoires entre IDEC et IDELs lors d'accompagnements de patients en début et fin de prise en charge
- Formaliser des rencontres au niveau du domicile : organiser plus de temps de rencontres, prendre le temps au chevet du patient de poser les choses (ne peut se faire sans moyens humains supplémentaires pour réduire les turn-over et dégager du temps pour cela)
- Maintenir ou créer des réunions inter-SSIAD pour harmoniser les pratiques (outils/ fonctionnement)
- Avoir un interlocuteur privilégié dans les SSIAD et les HAD
- Améliorer le partage d'infos entre les acteurs dans les prises en charge conjointes
- Mettre en commun les listes d'attente des SSIAD sur les zones de chevauchement
- Favoriser les visioconférences pour limiter les temps de déplacement (staff des HAD avec IDEL pour le patient)

#### → Travailler les territoires : offres et zones autorisées

- Revoir ensemble et avec les tutelles les zones d'autorisation entre HAD et entre SSIAD en tenant compte des nouveaux zonages infirmiers et les zones d'intervention de chacun (échanger sur les zones partagées SSIAD/SSIAD)
- Revoir les couvertures départementales HAD et SSIAD et les zonages IDELs
- Encourager le regroupement des IDELs en association pour : organiser une permanence des soins, améliorer les connaissances des spécificités des IDELs et les territoires d'intervention
- Augmenter le nombre de places en SSIAD pour décharger les IDELs surtout dans les secteurs ruraux
- Favoriser la création de SPASAD

#### → Faire évoluer qualitativement les conventions

- Travailler une convention type départementale ou harmoniser celles existantes entre HAD & SSIAD, HAD & IDEL et SSIAD & IDEL en intégrant les points d'engagements suivants : rémunération du temps de coordination, répartition du partage des soins IDE salariés et IDEL (qui fait quoi quand), transmission d'information (quoi et comment) dont sécurisation des données, co-construction du plan de soins HAD/Médecin prescripteur (traitant ou hospitalier)/IDEL, concertation HAD/IDEL sur le choix du matériel à domicile, organisation de l'astreinte médicale et paramédicale HAD
- Définir clairement les procédures de chacun dans la convention

## → Améliorer le financement des dispositifs HAD-SSIAD-IDEL et expérimenter de nouveaux modes de rémunération

- Permettre des dérogations tarifaires pour des prises en charge « lourdes et techniques » entre SSIAD et IDEL et revoir les tarifications des soins coûteux
- Revoir la nomenclature des soins et trouver un terrain d'entente dans les cotations (externaliser la facturation des soins techniques...)
- Avoir pour les IDELs une autonomie de facturation par rapport aux SSIAD pour les soins techniques
- Revoir le financement des SSIAD, principal frein à la collaboration avec les IDEL, pour permettre une permanence des soins 7/7, 24h/24 (patients lourds, vivant loin, nécessitant plusieurs passages)
- Prendre en compte la complexité et le GIR des situations suivies dans le financement des SSIAD
- Alléger la charge financière de l'HAD en réévaluant la rémunération sur certains profils de patients lourds (rémunération forfaitaire plutôt qu'à l'acte) et les tarifications des molécules onéreuses.
- Simplifier la facturation entre IDELs et HAD ou SSIAD
- Communiquer clairement sur les modalités règlementaires et financières
- Revoir les quotas des AIS (IDEL)
- Rémunérer les temps de rencontres interprofessionnelles (enjeux CPTS)
- Dans le cadre du décret n°2018-430 du 1<sup>er</sup> juin 2018 autorisant les prises en charge conjointes entre SSIAD et HAD, supprimer le délai de carence de 7 jours limitant la collaboration

## Recommandations concernant la connaissance des 3 acteurs et de leurs missions

### → Développer l'interconnaissance des 3 acteurs :

- Développer l'interconnaissance entre les 3 acteurs : rôles, missions, cadre règlementaire, critères d'intervention, fonctionnement, territoires, quand faire appel à eux, plus-value de l'équipe
- Mieux connaître les spécificités de chacun (spécialité, disponibilité)
- Revaloriser le rôle de coordonnateur. Travail des IDELs à présenter en structures hospitalières
- Revaloriser l'image de certains HAD et SSIAD auprès des autres acteurs pour modifier une représentation négative qui remonte à leur mise en place et qui ne correspond plus à la réalité

### → Organiser des temps d'information :

- Organiser des réunions d'information communes... (par exemple retour étude SSIAD-IDEL-HAD ou sur le décret de 2018...), réunions annuelles d'ordre général
- Organiser des réunions : HAD/SSIAD/IDEL /CPTS, IDEL/SSIAD, IDEL/HAD, HAD/SSIAD, Pilote HAD ou SSIAD ou CPTS ou URPS IDEL ?

### → Organiser des formations communes :

- Avec les 3 sur les rôles et les missions lors des prises de fonction de chacun
- Avec l'HAD sur des soins techniques spécifiques : compagnonnage HAD/HAD etc...
- Sur la Gestion des risques à domicile, APP, patient traceur...

## Recommandations concernant la communication : lisibilité et visibilité, cibles, outils

### → Donner plus de visibilité et de la lisibilité :

- Améliorer la communication des HAD envers les autres partenaires (ex, délégué de liaison)
- Décrire dans le ROR et via Trajectoire la nomenclature des activités des compétences, la disponibilité des places, orientation lien hôpital-ville
- Faire connaître l'outil ADOP-HAD : aide à l'orientation
- Réaliser une campagne de communication HAD/SSIAD/IDEL sur les critères d'inclusion auprès des professionnels et patients (Référentiel des missions)
- Diffuser le référentiel des missions HAD/SSIAD/IDEL auprès du premier recours (médecins généralistes, pharmaciens...) et du second recours (hôpital, spécialistes...)

- Présenter le réseau partenarial via réseaux sociaux (Facebook, Twitter) ou Agora social club (espace collaboratif)

➔ **Sensibiliser les partenaires et les patients/aidants sur le libre choix du professionnel dans leur prise en soins :**

- Veiller à informer systématiquement les patients sur le choix de l'IDE

➔ **Simplifier et harmoniser les outils de transmission :**

- **Développer de vrais outils communs** (plan de soins partagés, dossier patient...), **notamment informatisés et sécurisés (MSS, réseaux sociaux ad hoc)**
- Simplifier les outils des HAD (dossier patient, dossier de transmission)
- **Améliorer la transmission d'infos et la traçabilité en interne, entre les équipes, et avec les partenaires extérieurs : dossier patient informatisé accessible pour tous depuis le domicile**
- Intégrer dans le dossier patient e-parcours les transmissions sécurisées pour les professionnels du domicile (Transmissions d'images sécurisées (HAD/IDEL) /Cahier de liaison au domicile du patient (IDEL/SSIAD)
- Expérimenter des outils de liens : expérimentation boîte à outils lien ville-hôpital

## IV. CONCLUSION

Cette étude a mobilisé 296 acteurs en région et les 22 pilotes projets en poste sur des temps d'entretiens d'à minima 45 minutes.

Dans plusieurs départements des réunions regards croisés ont permis de discuter avec les 3 catégories de répondant des réponses et constats établis à partir des résultats colligés.

Elle a permis aux professionnels de s'exprimer librement sur leurs ressentis, leurs attentes et leurs préoccupations. Elle a permis également de constater que le niveau de satisfaction sur l'état actuel des collaborations et des articulations n'était pas optimal pour la majorité des professionnels mais que la plupart était force de proposition sur des axes d'amélioration.

En fonction des territoires, le fonctionnement des SSIAD et des HAD est hétérogène. Le lissage des conclusions de l'étude ne doit pas déboucher sur des conclusions générales inadaptées, ni gommer les spécificités de chaque territoire et la nécessité de s'y adapter.

L'objectif de cette étude était de répondre aux trois hypothèses de départ et en l'état actuel de nos travaux ci-dessous les premiers éléments de réponses :

**Hypothèse 1** : La multitude d'intervenants n'induit pas forcément une bonne couverture territoriale pour assurer un accès aux soins

On ne peut apporter qu'une réponse partielle à cette première hypothèse, au vu du panel infirmier libéral interrogé restreint (1% de PACA). Toutefois dans les commentaires et les discussions nous avons pu confirmer que certaines typologies de patient rencontrent des difficultés d'accès aux soins car ils ne rentrent dans aucun des critères de prise en charge des 3 types d'acteurs (par exemple un patient insulino-dépendant en surcharge pondérale)

**Hypothèse 2** : Il existe des zones de chevauchement des missions qui ne permettent pas aux partenaires de bien identifier leurs missions et celles des autres intervenants.

L'étude confirme cette hypothèse en montrant des regards croisés divergents sur les types de soins, la durée des passages et les besoins des patients.

La synthèse des cadres réglementaires des SSIAD, HAD et IDEL démontre qu'ils ont beaucoup de points communs (hors lieu d'intervention). Il persiste une confusion sur les zones de recoupement, notamment sur la notion de réactivité et de permanence des soins.

Dans les commentaires apparaît un manque de connaissances sur le fonctionnement des uns et des autres certainement dû à un truchement des missions entre ces différents dispositifs allant jusqu'à la création d'un sentiment de concurrence.

**Hypothèse 3** : Des freins organisationnels et/ou administratifs ne permettent pas une collaboration et une articulation optimales entre les acteurs.

Cette hypothèse est confirmée au vu des nombreuses propositions d'actions permettant d'améliorer la collaboration et l'articulation entre les 3 dispositifs visant à :

- Définir clairement les missions de chaque dispositif (référentiel de missions)
- Améliorer les modalités de collaboration dans les prises en charge conjointes et/ou en relais (temps dédiés d'échange : amont, pendant et aval)
- Travailler les territoires : offres et zones autorisées
- Faire évoluer qualitativement les conventions (élaborer des conventions types)
- Améliorer le financement des dispositifs HAD-SSIAD-IDEL et expérimenter de nouveaux modes de rémunération (Permettre des dérogations tarifaires pour des prises en charge « lourdes et techniques » entre SSIAD et IDEL)

## V. ANNEXES : Powerpoint de chaque territoire