

2019

RAPPORT D'ANALYSE DE LA MISSION REGIONALE D'ETAT DES LIEUX DE LA COLLABORATION ET ARTICULATION HAD-SSIAD-IDEL EN REGION PACA



24/10/2019

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.	ANALYSE DES RÉSULTATS	8
A.	Au niveau régional.....	8
1.	FOCUS SUR LES ORGANISATIONS	8
IV.	REGARDS CROISES	23
V.	ARTICULATION ET COLLABORATION HAD/SSIAD/IDEL	26
VI.	FREINS ET LEVIERS DE L'ARTICULATION HAD/SSIAD/IDEL	29
VII.	RECOMMANDATIONS.....	30
A.	Recommandations organisationnelles : administratives, institutionnelles et financières	30
B.	Recommandations concernant la connaissance des 3 acteurs et de leurs missions	31
C.	Recommandations concernant la communication : lisibilité et visibilité, cibles, outils.....	32
1.	Au niveau départemental.....	33
VIII.	CONCLUSION	33
IX.	ANNEXES : Rapports intermédiaires de chaque territoire	35

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'URPS¹ près de 14000 IDE (16 801 pour la DREES² en libéral ou mixte en janvier 2018 représentant une des densités les plus élevée de France). Majoritairement les IDELS exercent en cabinet de groupe avec une faible proportion travaillant seul et un nombre croissant en exercice coordonné au sein de MSP³ et de CPTS⁴. La répartition géographique correspond à celle des médecins généralistes avec un zonage devant réguler l'installation des IDELS. 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.

¹ Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers

² 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.

³ Maison de Santé Pluriprofessionnelle

⁴ Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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.

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 Crétel-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	Listing ARS 1) sur les IDELS indiquées, certaines n'étaient plus en exercice et certaines étaient injoignables 2) Listing pas représentatif de la démographie infirmière (zones urbaines sous représentées par rapport aux zones rurales) 3) L'étude menée auprès des IDELS n'est pas représentative de l'ensemble des IDELS de la région
Freins logistiques	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
Délais	
Ressenti délai analyse	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.
Ressenti délai livrable	Délai de livrable sous-estimé par rapport aux temps impartis sur les autres actions
Contenu questionnaire	
Questions manquantes	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
Questions pouvant être interprétées de différentes manières	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" > manque la question "pourquoi ?" certains termes, non définis dans le questionnaire, ont pu être interprétés différemment selon les répondants .

Autres	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.

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 : • une capacité d'intervention soignante 24h/24 et 7jours/7 • un recours à un avis médical en interne ou en externe 24h/24 et 7jours/7
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,		Autres professionnels paramédicaux (ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute,

	psychologue)		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

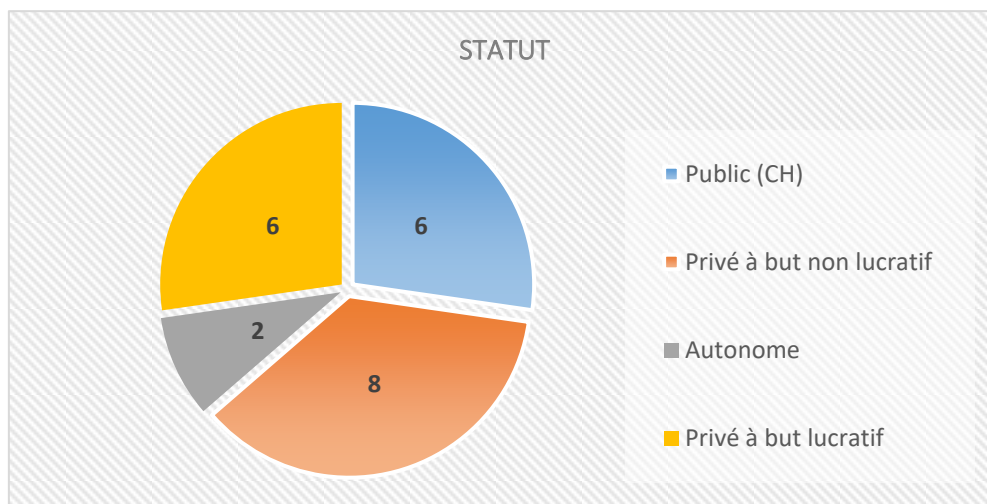
III. ANALYSE DES RÉSULTATS

A. Au niveau régional

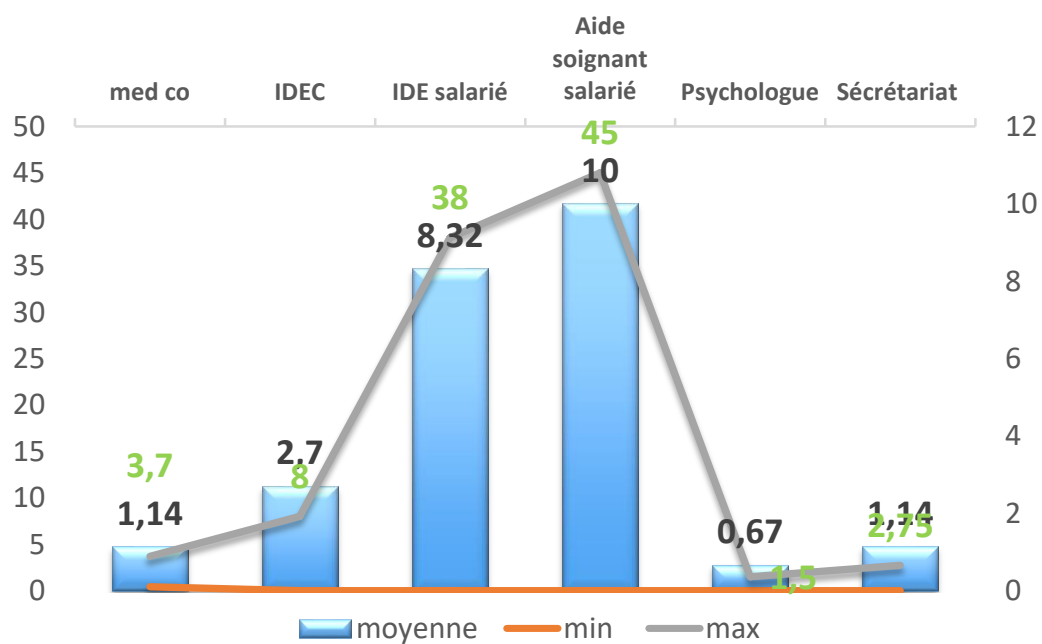
1. FOCUS SUR LES ORGANISATIONS

a) Organisation des HAD

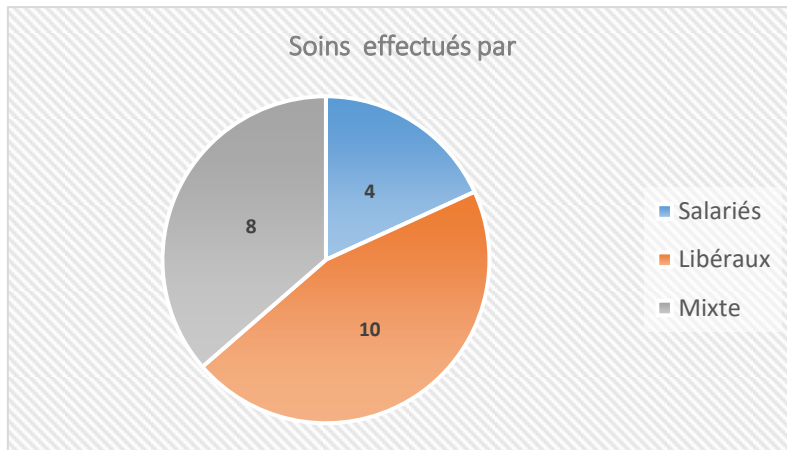
Enquête menée sur 22 HAD dans la région PACA



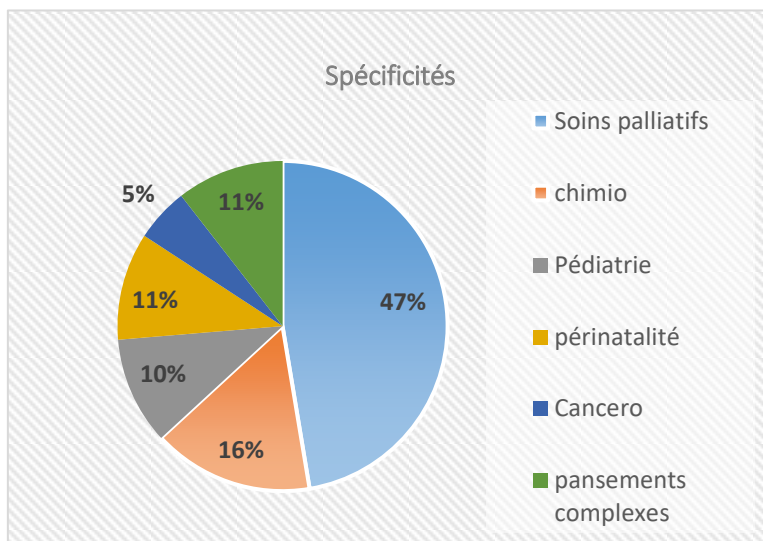
HAD- composition de l'équipe



HAD- réalisation des soins

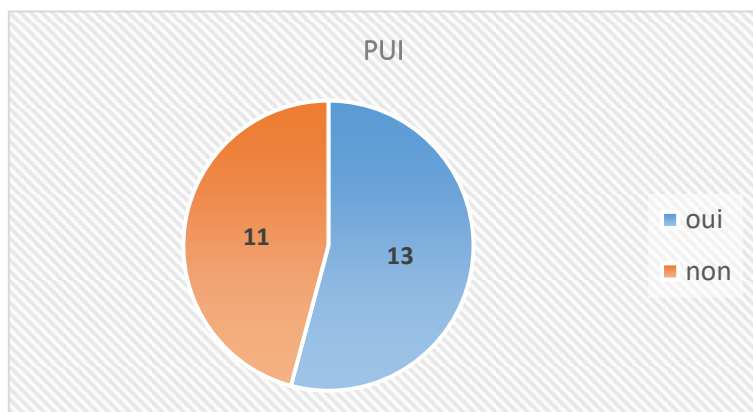


HAD – Spécificités PEC



Les HAD sont polyvalentes avec quelques particularités comme l'HAD du CGD Marseille dont le public est uniquement gériatrique

HAD – Pharmacie Interne



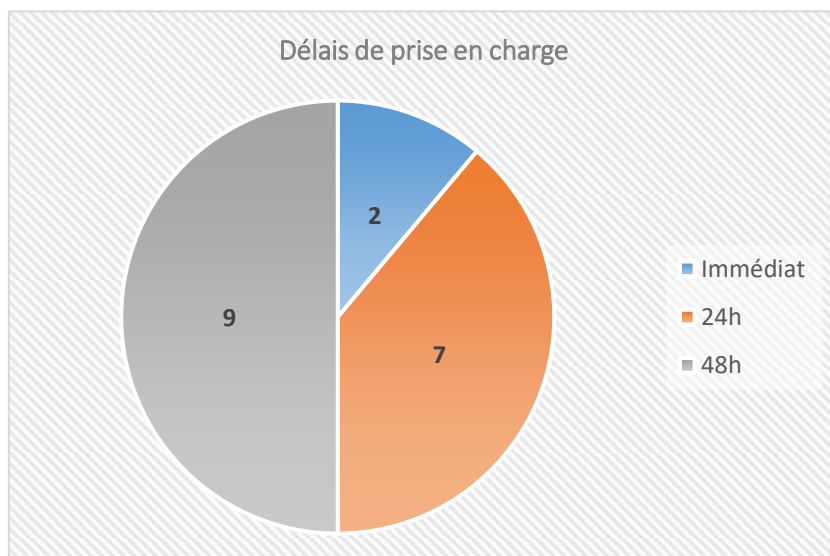
HAD- amplitudes horaires et astreintes dans la région PACA

Amplitude horaires	11 HAD travaillent en journée 6 HAD 24h/24		Min 7h et max 21h 24h/24
Astreintes médicales*	DEPLACEMENT Jour pour 9HAD	TELEPHONIQUE De jour pour 13 HAD De nuit pour 10 HAD Week-end et fériés pour 11 HAD	
Astreintes paramédicales*	DEPLACEMENT De jour 15 HAD De nuit / week-end et fériés pour 16 HAD	TELEPHONIQUE De jour pour 14 HAD De nuit pour 17 HAD Week-end et fériés pour 17 HAD	

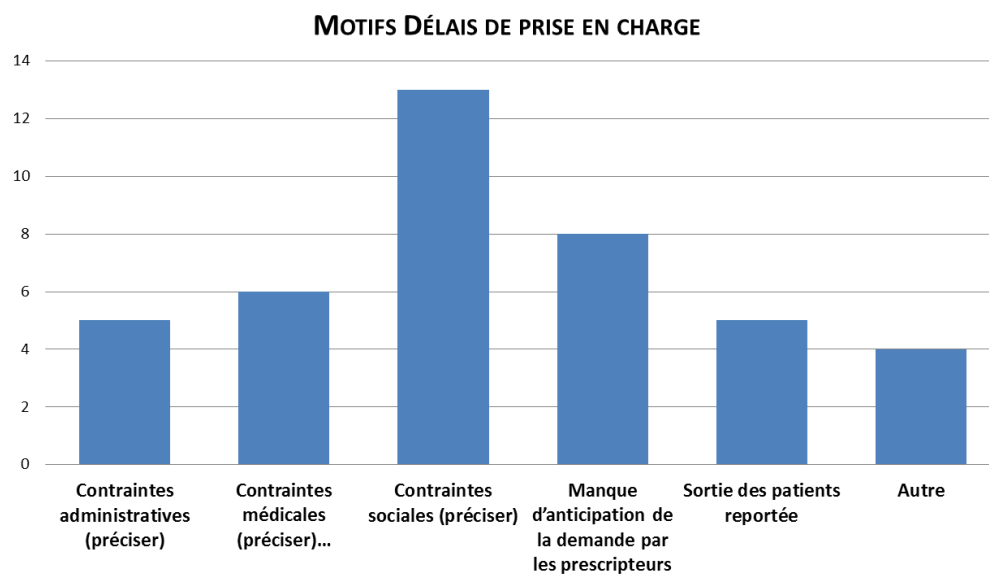
HAD- Principaux orienteurs

- 1- Médecin Hospitalier (très fort / fort pour 16/22 ; Moitié de la file active pour 2/22)
- 2- Service social hospitalier (très fort / fort pour 8/22 Moitié de la file active pour 2/22, faible très faible pour 7/22)
- 3- EHPAD (4/22 moitié de la file active, 2/22 très fort et 13/22 faible/ très faible)
- 4- Autres : Médecins de ville, ESMS, SSIAD, SSR, PTA

HAD – Délais de prise en charge



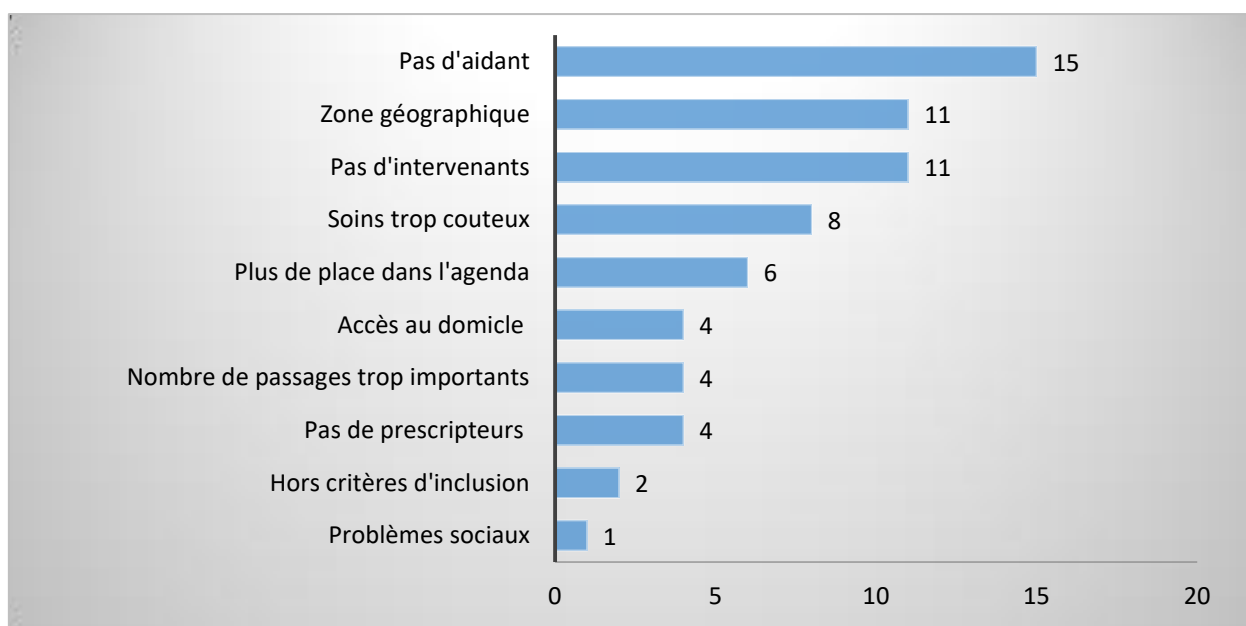
HAD – Motifs Délais de prise en charge



La fréquence de passages estimée par les 22 HAD selon les besoins de leurs patients:

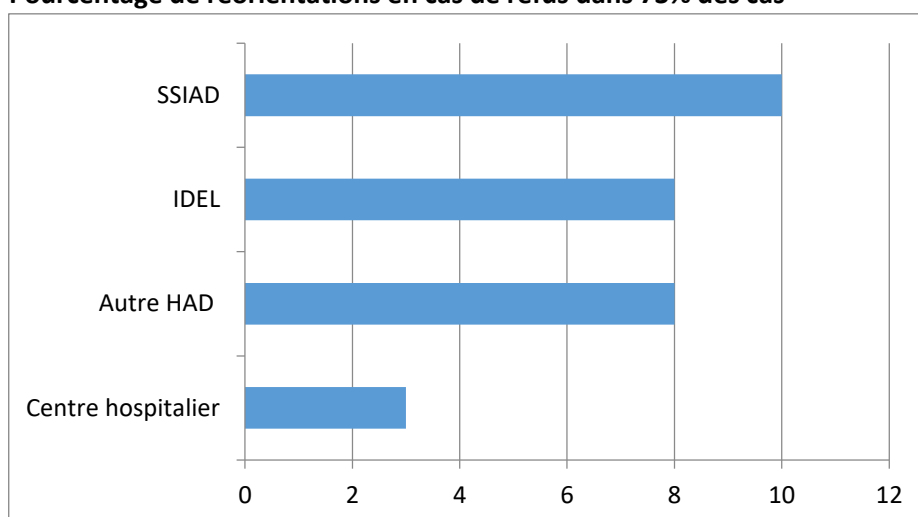
- 12 HAD sur 22 estiment que 75 % des patients ont besoin de 3 passages par jour
- 7 HAD sur 22 estiment que 50% des patients ont besoin de 2 passages par jour et 9 sur 22 estiment que 75% des patients en ont besoin
- 4 HAD sur 22 estiment que 75 % des patients ont besoin de 1 passage par jour

HAD- motifs de refus n=22

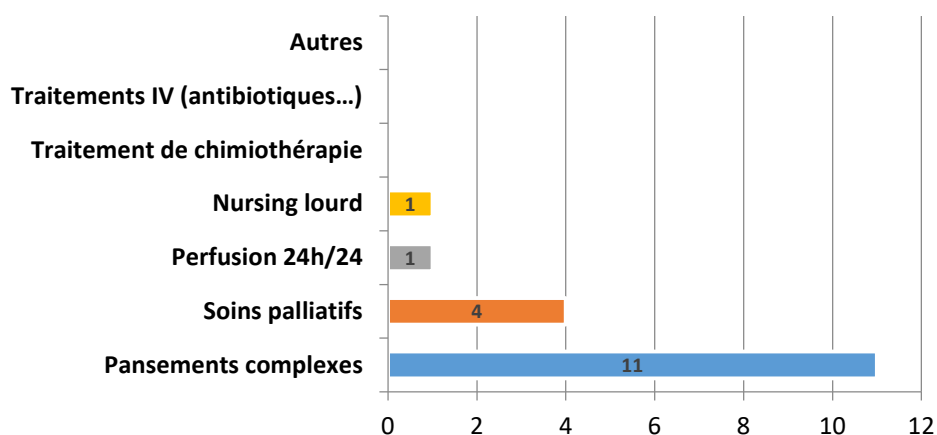


HAD- Réorientation en cas de refus

Pourcentage de réorientations en cas de refus dans 73% des cas

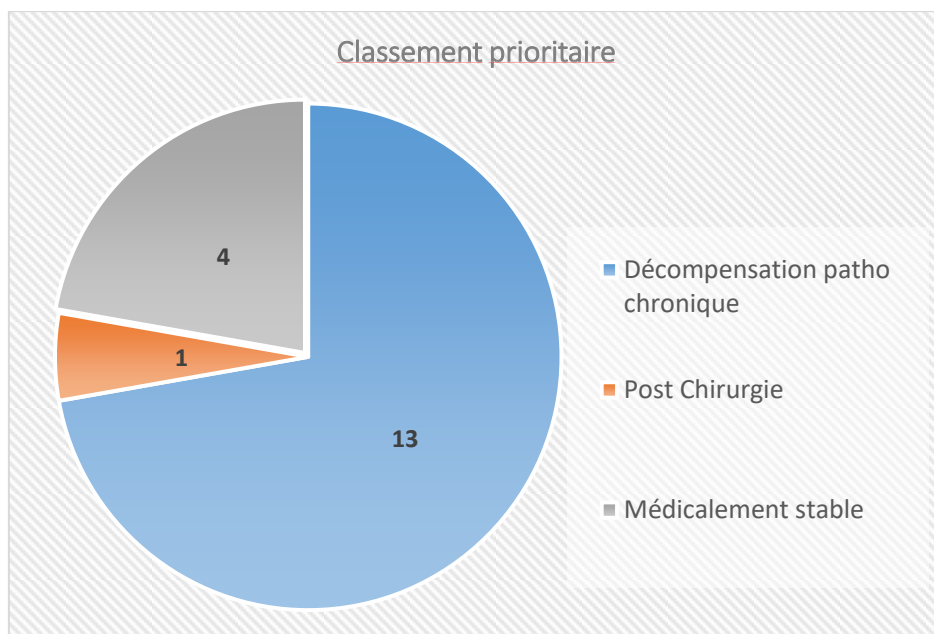


HAD- Types de besoins pris en charge prioritairement par les HAD :



Pansements complexes, soins palliatifs et nursing lourd sont les besoins pris en charge prioritairement par les HAD.

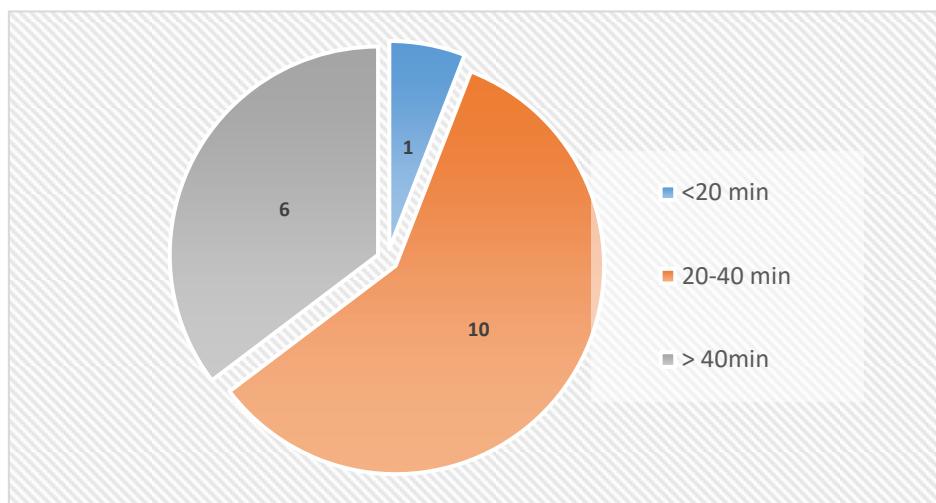
HAD- Estimation de l'état de santé des patients pris en charge par les HAD



HAD - Proportion de patients qui nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle

Moyenne estimée par les professionnelles dans la région, 74% des patients auraient besoin d'une prise en charge pluri professionnelle.

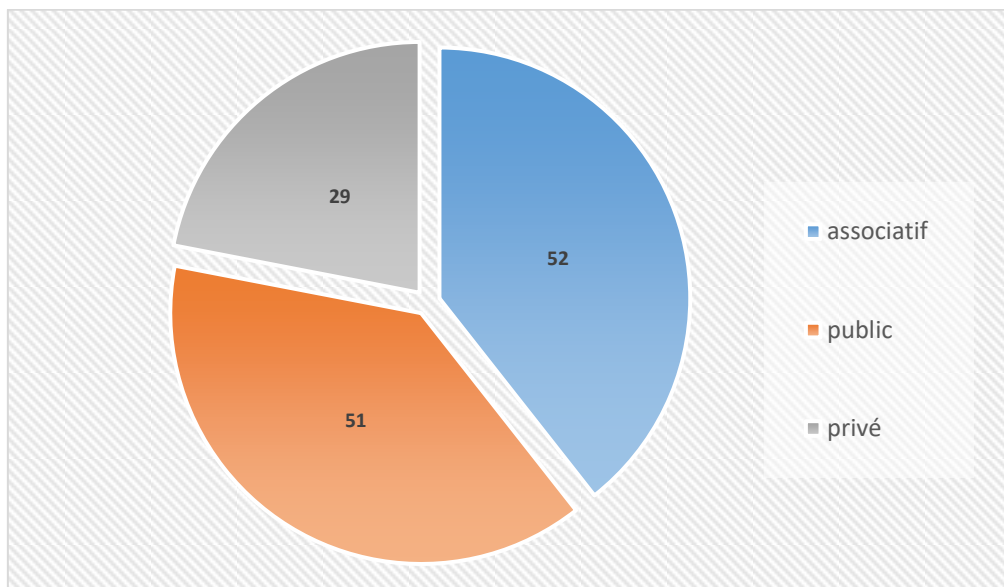
HAD- Durée d'intervention des PEC



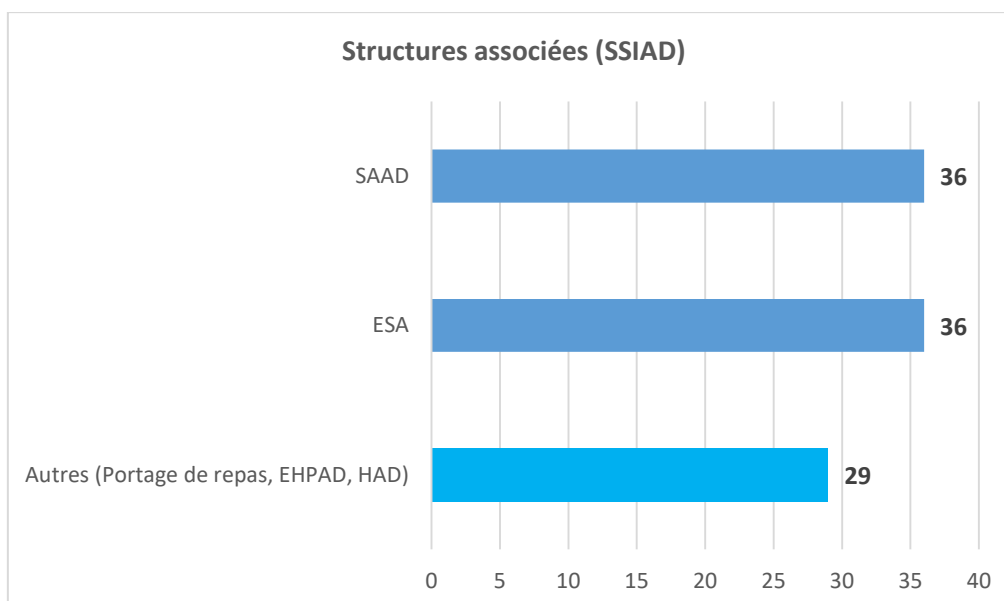
b) Organisation des SSIAD

Enquête menée sur 131 SSIAD de la région PACA sur 158

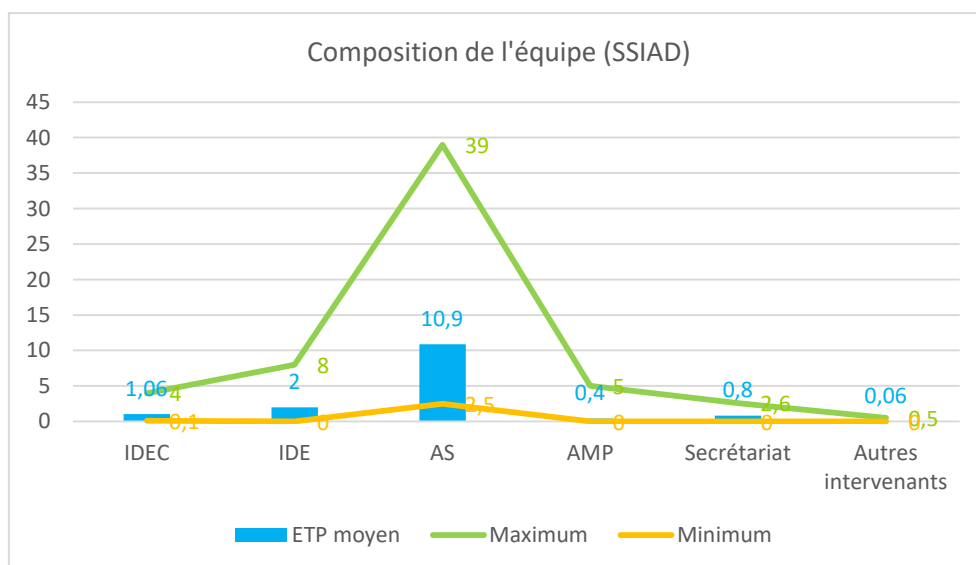
STATUTS DES SSIAD



STRUCTURES ASSOCIEES



COMPOSITION DES EQUIPES EN ETP



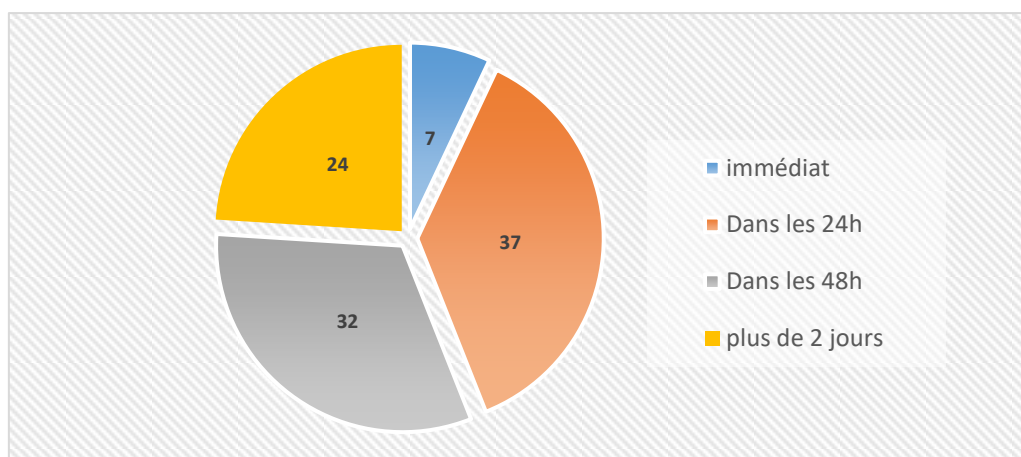
Nombre d'ETP de professionnels SSIAD pour l'ensemble de la région PACA :

- IDEC 132,7
- IDE 220
- AS 1364
- AMP 22.9
- Secrétariat 90.4
- Autres intervenants 10

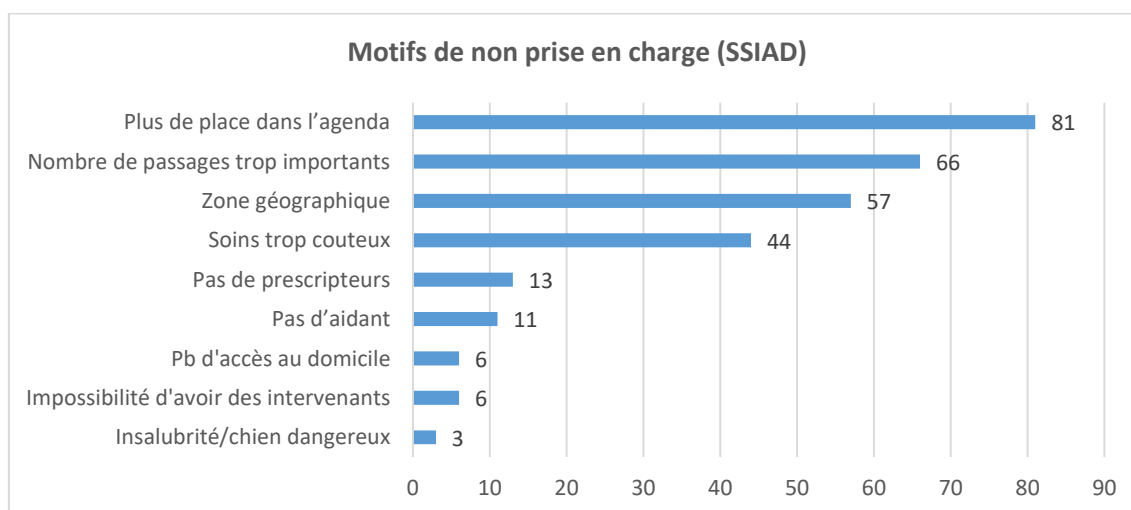
NOMBRE DE PLACES SSIAD en région PACA :

REGION PACA	PA	PH
NB DE PLACES	7916	402
MOYENNE	61	6,5
MINI	10	1
MAXI	180	45

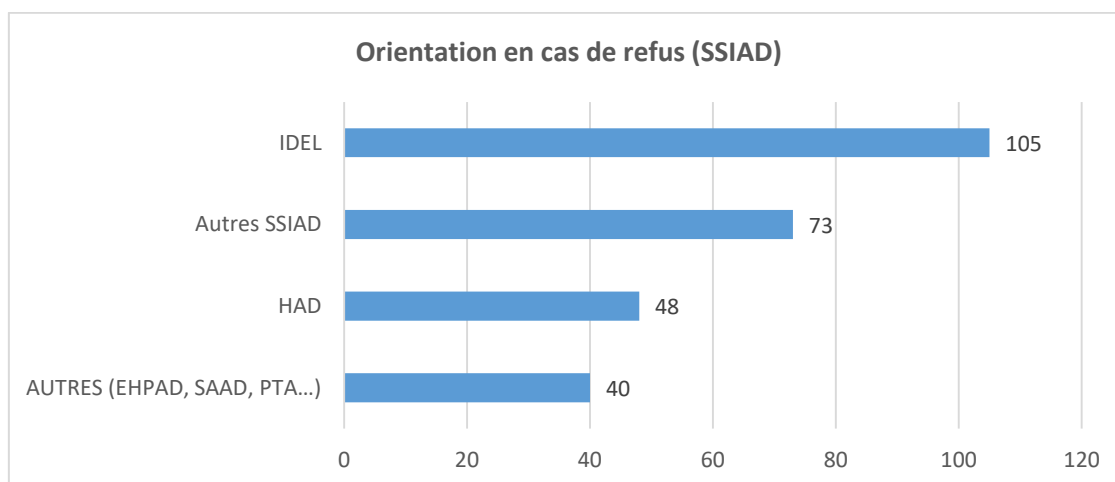
DELAI DE PRISE EN CHARGE



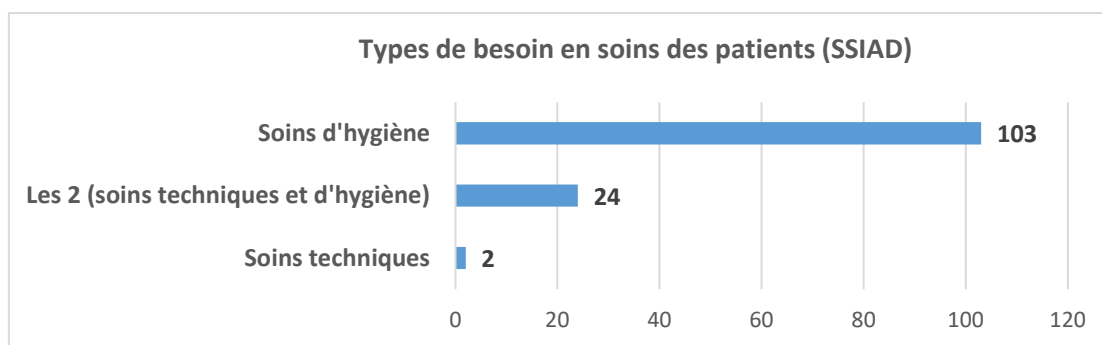
MOTIF DE NON PRISE EN CHARGE



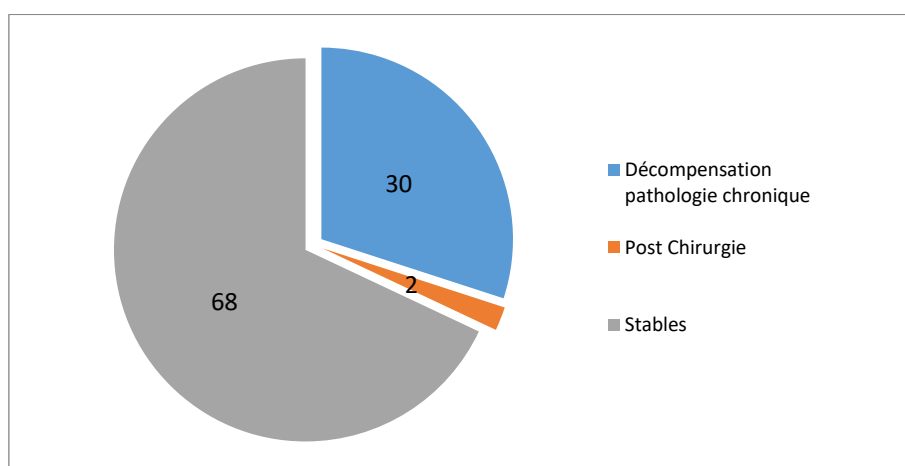
ORIENTATION EN CAS DE REFUS



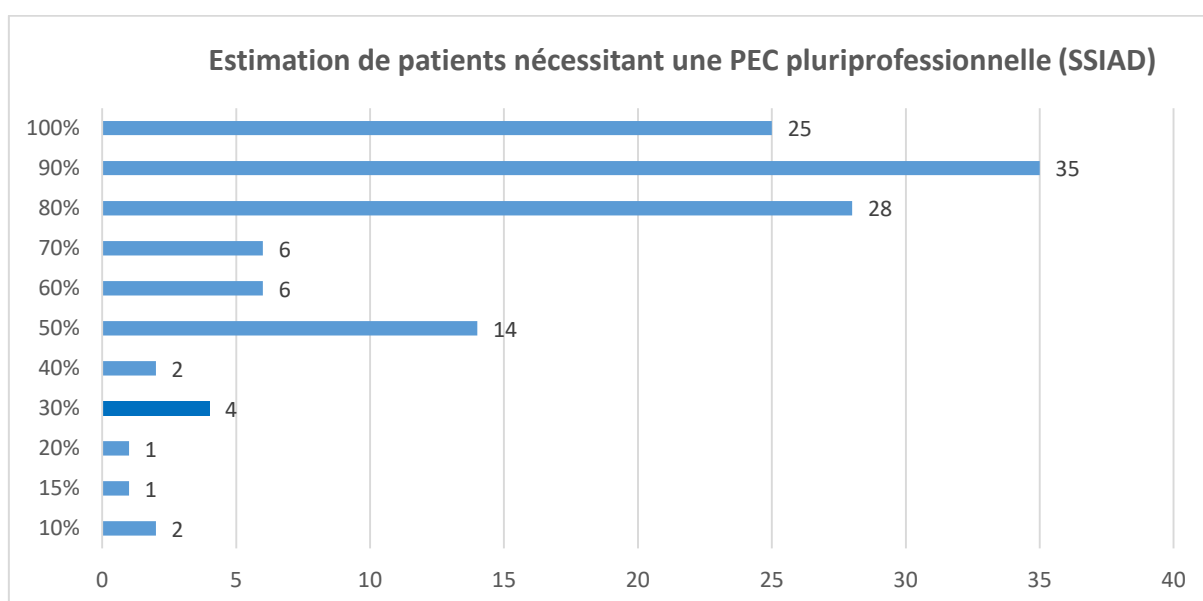
TYPES DE BESOINS EN SOINS DES PATIENTS EN SSIAD



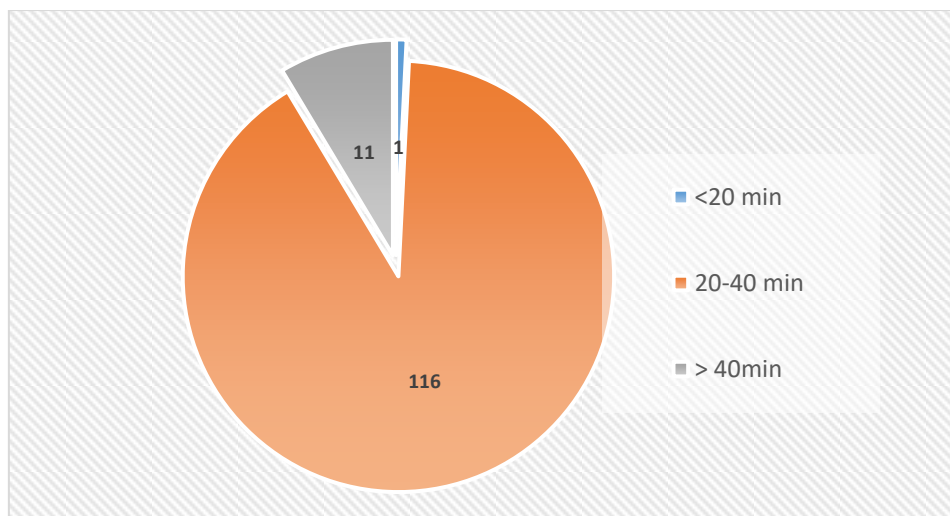
TYPE DE PATIENTS EN SSIAD



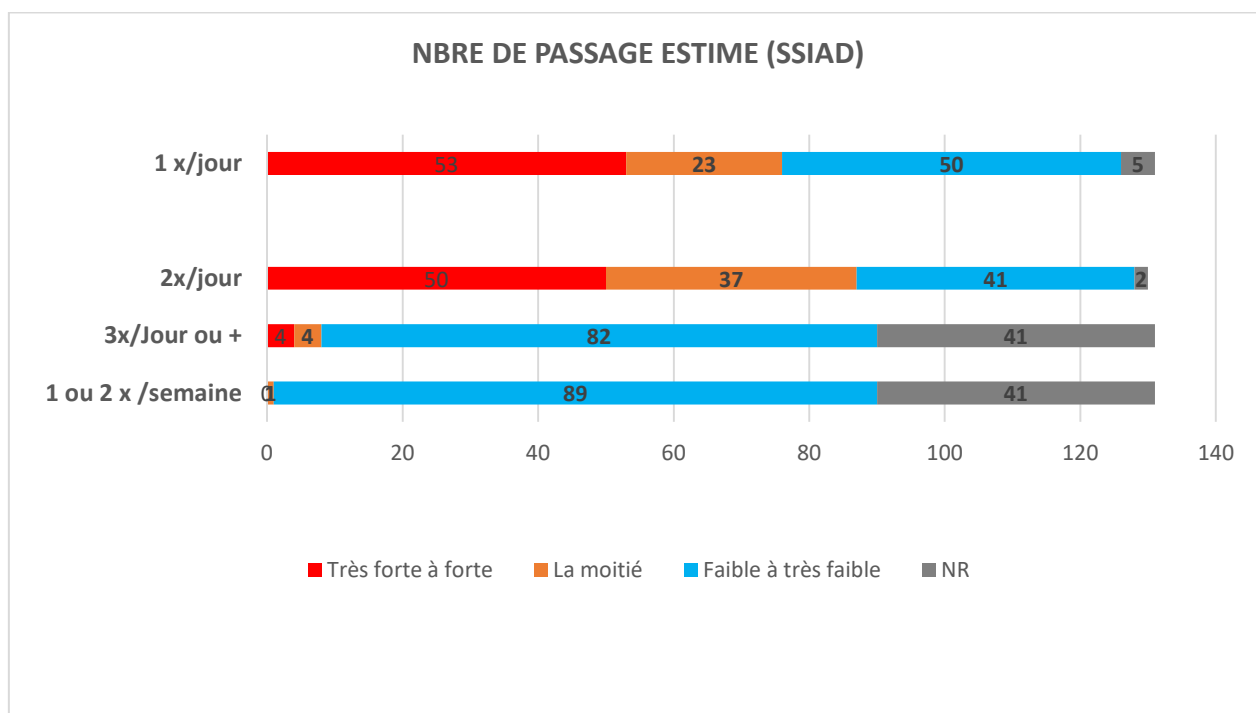
ESTIMATION DE PATIENTS NECESSITANT UNE PEC PLURIPROFESSIONNELLE



DUREE MOYENNE D'INTERVENTION



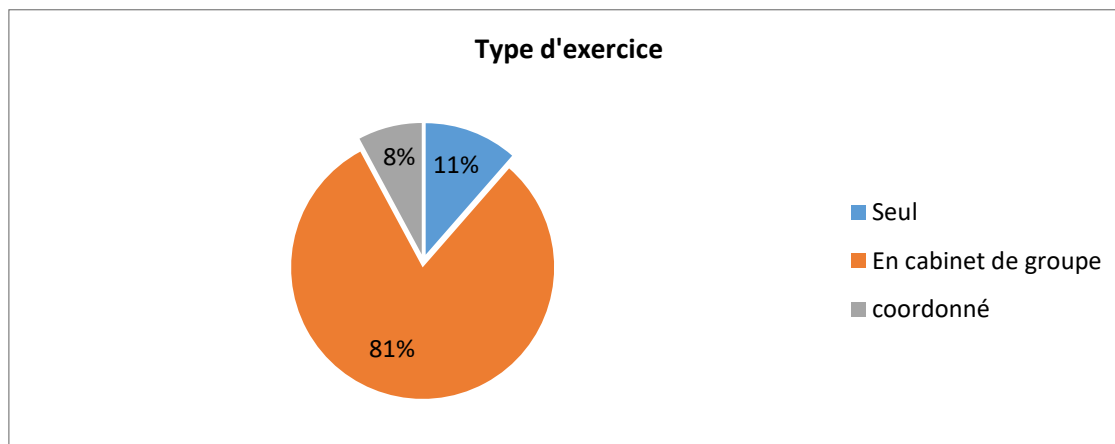
NOMBRE DE PASSAGE ESTIME



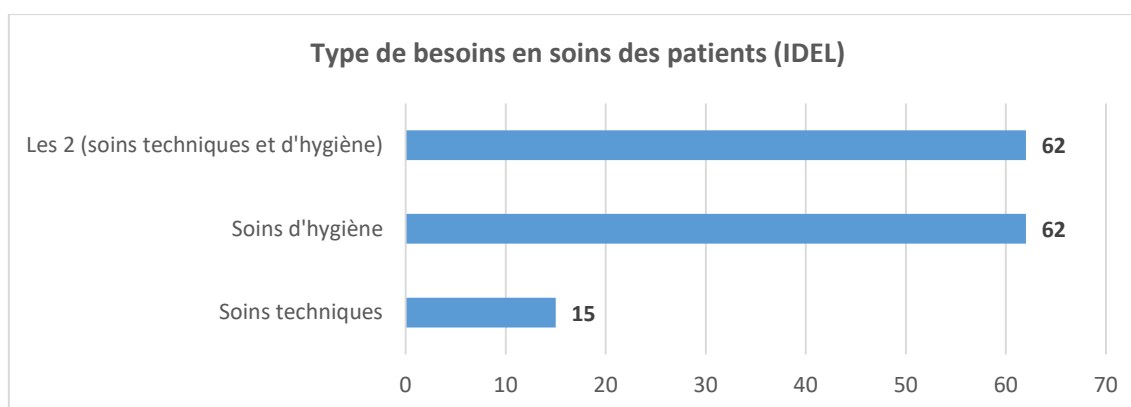
c) Organisation des IDELs

Enquête menée sur 143 IDEL sur la région PACA soit environ 1% des IDELs

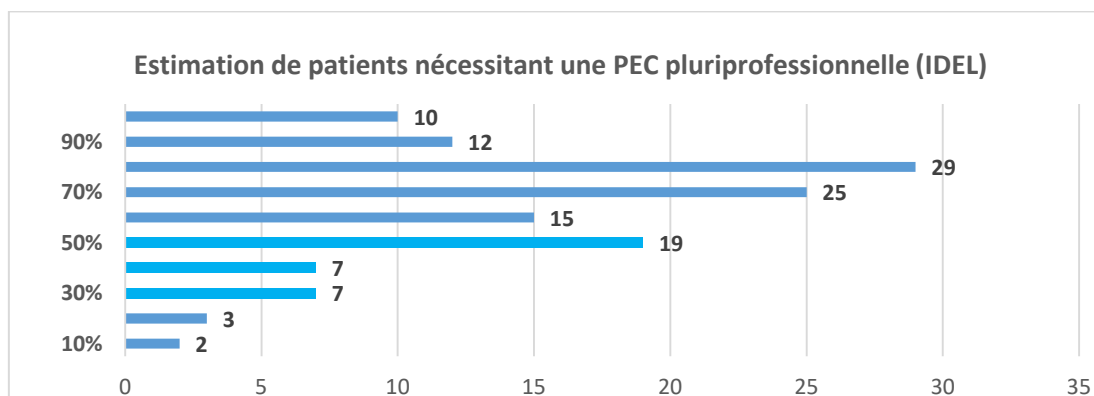
Type d'exercice



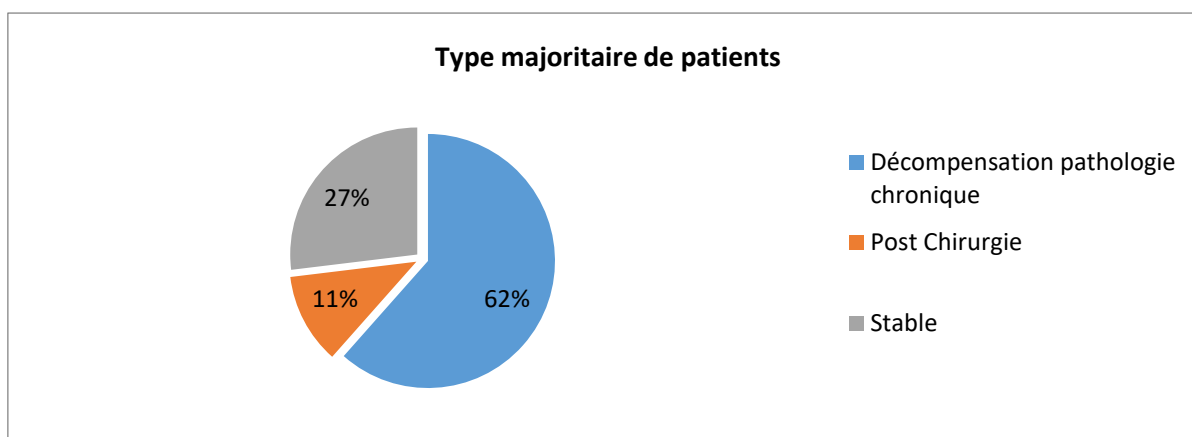
Type de besoins en soins des patients



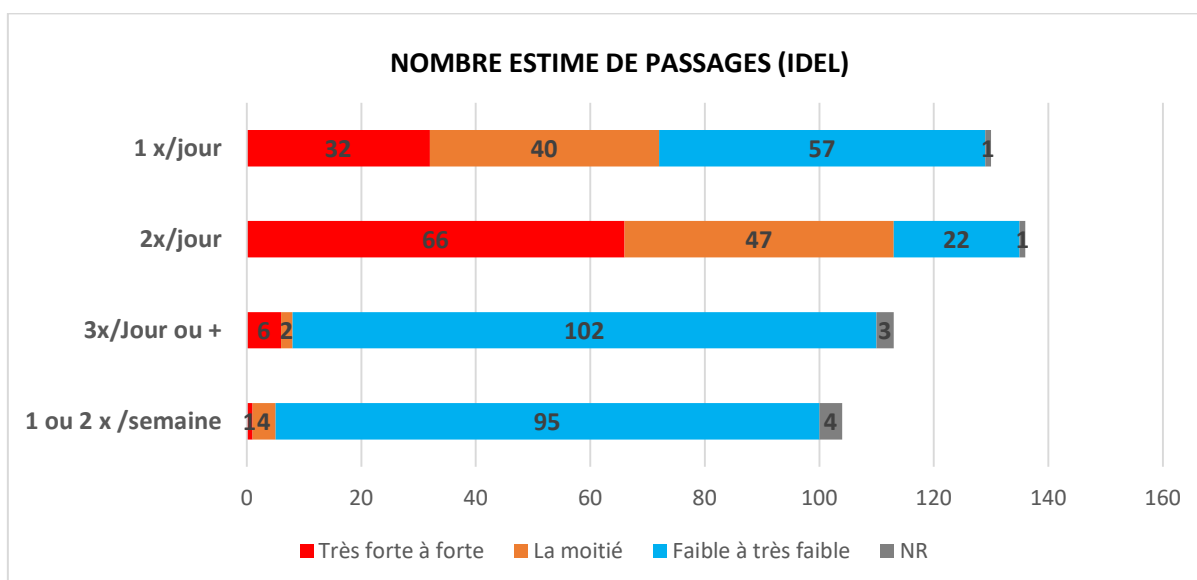
Estimation des patients nécessitant une PEC pluriprofessionnelle



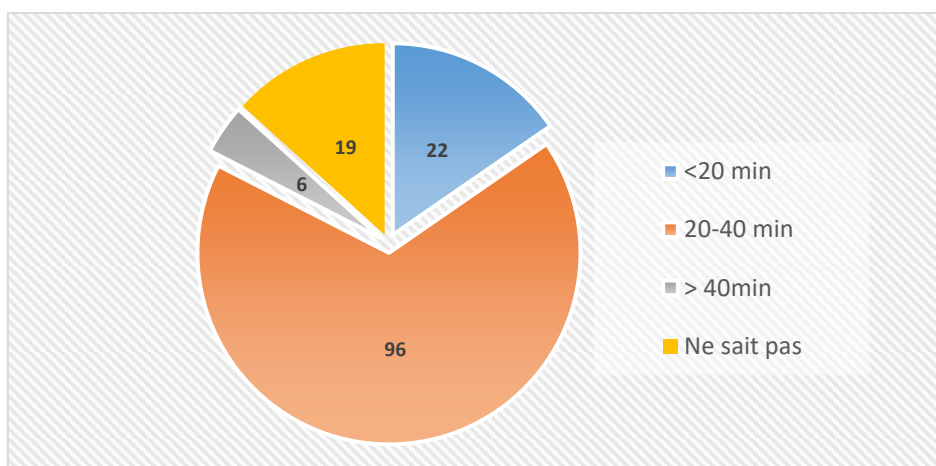
Type majoritaire de patients



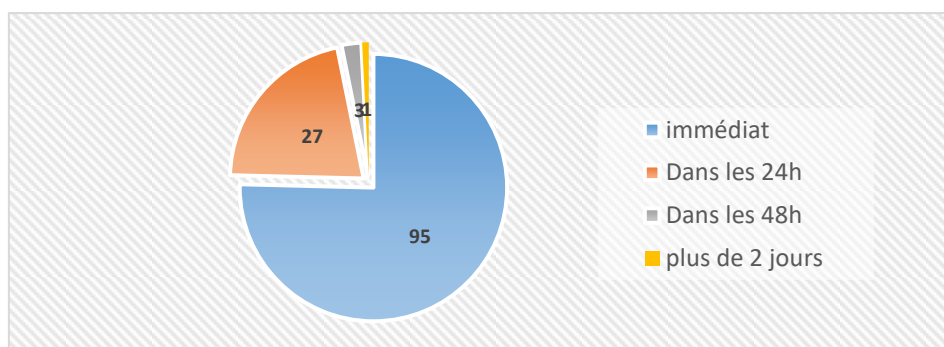
Nombre estimé de passages



Durée moyenne d'intervention pour les IDELs

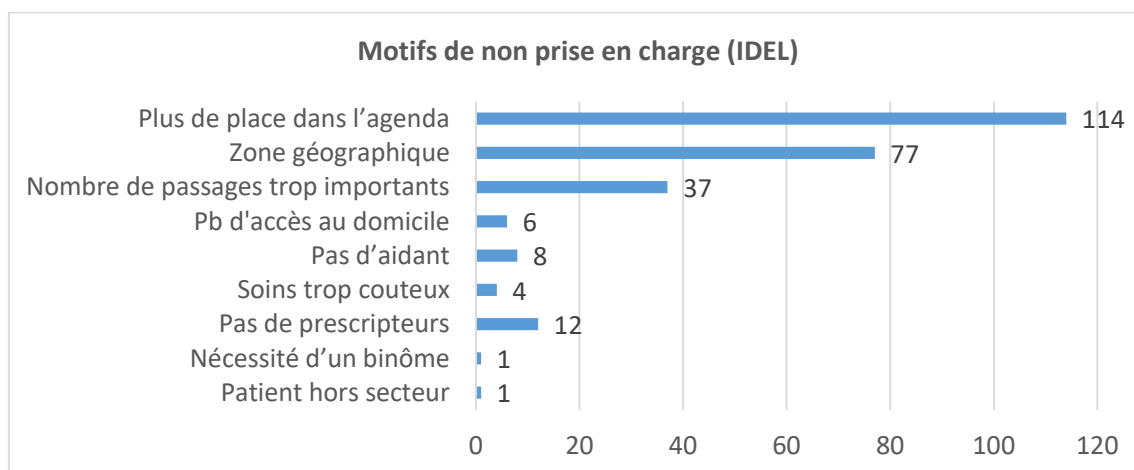


Délai de prise en charge



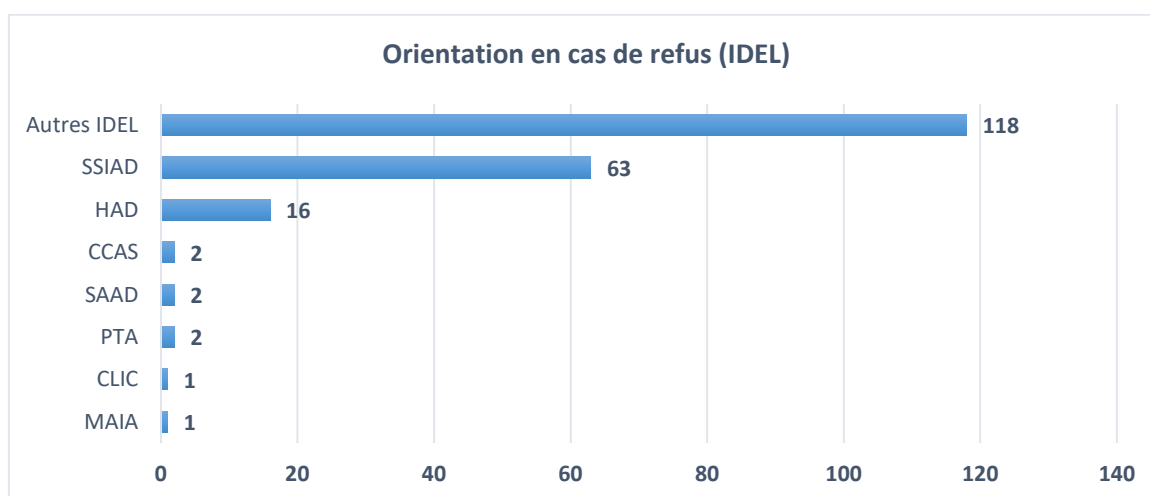
128 répondants déclarent avoir refusé des prises en soins

Motifs de non prise en charge



125 IDELS déclarent réorienter les patients

Orientation en cas de refus



IV. REGARDS CROISES

Cases roses= ce que déclarent les acteurs sur leurs pratiques

Représentation des types de soins principalement réalisés

	Ce que pensent les HAD N=22	Ce que pensent les SSIAD N=131	Ce que pensent les IDEL N=143
les HAD	1. Pansements complexes (11) 2. Soins palliatifs (4) 3. Perfusions (1) 3. Nursing lourd (1)	1. Soins palliatifs (39) 2. Perfusions (32) 3. Pansements complexes (21)	1. Soins palliatifs (39) 2. Perfusions (32) 3. Pansements complexes (21)
les SSIAD	1. Soins d'hygiène (17) 2. Les 2 -soins d'hygiène et techniques- (1)	1. Soins d'hygiène (103) 2. Les 2 (soins d'hygiène et techniques) (24)	1. Soins d'hygiène (95) 2. Les 2 -soins d'hygiène et techniques- (24)
les IDEL	1. Soins techniques (11) 2. Les 2 -soins d'hygiène et techniques- (8) 3. Soins d'hygiène (1)	1. Soins techniques (88) 2. Les 2 -soins d'hygiène et techniques- (29) 3. Soins d'hygiène (11)	1. Les 2 -soins d'hygiène et techniques- (62) 2. Les soins d'hygiène (62) 3. Les soins techniques (15)

➔ Adéquation entre la représentation des types de soins principalement réalisés et ce que déclarent les acteurs

A l'exception des IDELS, décalage entre la représentation des SSIAD et HAD et le déclaratif des IDEL

Perception de la situation médicale des patients pris en charge

	Ce que pensent les HAD N=22	Ce que pensent les SSIAD N=131	Ce que pensent les IDEL N=143
les HAD	1. En décompensation (13) 2. Médicalement stables (4) 3. En post chirurgie (1)	1. En décompensation (92) 2. En post chirurgie (32) 3. Médicalement stables (2)	1. En décompensation (90) 2. En post chirurgie (23) 3. Stables (2)
les SSIAD	1. Médicalement stables (15) 2. En décompensation (5)	1. Médicalement stables (88) 2. En décompensation (39) 3. En post chirurgie (2)	1. Médicalement stables (75) 2. En décompensation (41) 3. En post chirurgie (1)
les IDEL	1. Médicalement stables (13) 2. En décompensation (5) 3. En post chirurgie (2)	1. Médicalement stables (56) 2. En post chirurgie (51) 3. En décompensation (18)	1. Médicalement stables (73) 2. En décompensation (58) 3. En post chirurgie (7)

➔ Globalement, bonne représentation de la situation médicale des patients pris en charge par chacun des acteurs

Perception de la part des patients nécessitant une PEC pluriprofessionnelle

	Ce que pensent les HAD N=22	Ce que pensent les SSIAD N=131	Ce que pensent les IDEL N=143
les HAD	10/18 (56%) des HAD l'estiment > à 80%	75/131 (58%) des SSIAD l'estiment > à 80%	47/140 (34%) des IDELs l'estiment > à 80%
les SSIAD	9/18 (50%) des HAD l'estiment > à 80%	88/131 (68%) des SSIAD l'estiment > à 80%	38/140 (27%) des IDELs l'estiment > à 80%
les IDEL	2/18 des HAD l'estiment > à 80%	27/140 (21%) des SSIAD l'estiment > à 80%	51/140 (36%) des IDELs l'estiment > à 80%

➔ Pour les 3 acteurs, représentation en adéquation avec ce qu'ils déclarent : la grande majorité des patients ont besoin d'une PEC pluriprofessionnelle.

Estimation de la fréquence des passages chez les patients réalisés

	Ce que pensent les HAD N=22	Ce que pensent les SSIAD N=131	Ce que pensent les IDEL N=143
les HAD	12/18 estiment la fréquence à 3 passages / jour ou plus	79/131 estime la fréquence de passage des HAD à 3 passages par jour (8) ; 36/131 à 2 passages par jour	50/143 estiment la fréquence de 2 passages / jour 43/143 à 3 passages / jour
les SSIAD	11/18 estiment la fréquence à 2 passages / jour	53/131 estime la fréquence à 1 passage par jour 50/131 estime la fréquence à 2 passages par jour	47/143 estiment la fréquence à 2 passages par jour ; 40/143 à 1 passage par jour
les IDEL	9/18 estime la fréquence de 2 passages / jour 8/18 estime la fréquence à 1 passage/jour	55/131 estime la fréquence de passage des IDEL de 1 passage / jour ; 42/131 à 2 passages / jour	66/143 2 passages /jour 32/143 1 passage/jour

➔ Convergence entre la représentation des acteurs entre eux et leur déclaratif

Estimation de la durée d'intervention des PEC

	Ce que pensent les HAD N=22	Ce que pensent les SSIAD N=131	Ce que pensent les IDEL N=143
les HAD	< 20 mn = 1 20 à 40 mn = 10 Plus de 40 mn = 6 Ne sait pas = 3	< 20 mn = 1 20 à 40 mn = 40 Plus de 40 mn = 72 Ne sait pas = 16	< 20 mn = 3 20 à 40 mn = 54 Plus de 40 mn = 51 Ne sait pas = 32
les SSIAD	< 20 mn = 2 20 à 40 mn = 13 Plus de 40 mn = 2 Ne sait pas = 3	< 20 mn = 1 20 à 40 mn = 116 Plus de 40 mn = 11 Ne sait pas = 1	< 20 mn = 9 20 à 40 mn = 74 Plus de 40 mn = 20 Ne sait pas = 37
les IDEL	< 20 mn = 11 20 à 40 mn = 7 Plus de 40 mn = 0 Ne sait pas = 2	< 20 mn = 95 20 à 40 mn = 25 Plus de 40 mn = 0 Ne sait pas = 9	< 20 mn = 22 20 à 40 mn = 93 Plus de 40 mn = 6 Ne sait pas = 16

➔ Tous les acteurs précisent que la durée est variable selon le type de soin.

➔ HAD et SSIAD pensent que les IDEL ont une durée d'intervention < à ce qu'ils déclarent.

V. ARTICULATION ET COLLABORATION HAD/SSIAD/IDEL

Collaboration HAD/SSIAD/IDEL

	Réponses données par les HAD (22)	Réponses données par les SSIAD (131)	Réponses données par les IDEL (143)
les HAD	13 HAD collaborent avec d'autres HAD (dont hors région)	89/131 (68%) des SSIAD collaborent avec les HAD	98/143 (68%) des IDELs collaborent avec les HAD
les SSIAD	12 HAD collaborent avec avec des SSIAD	41/131 (31%) des SSIAD collaborent entre SSIAD	91/143 (64%) des IDELs collaborent avec des SSIAD
Les IDEL	22 HAD collaborent avec des IDELS	124/131 (95%) des SSIAD collaborent avec des IDELS	82/143 IDELs collaborent avec d'autres IDELs

Type de collaboration (sans formalité ou convention)

	Réponses données par les HAD	Réponses données par les SSIAD	Réponses données par les IDEL
les HAD		80/131 (61%) des SSIAD ont une convention avec l'HAD	Par convention : 77/143 (54%)
les SSIAD	12 SSIAD sont conventionnés avec les HAD		Par convention : 65/143 (45%)
Les IDEL	Des conventions (+de 1000) sont mises en place pour chaque collaboration	114/131 (87%) des SSIAD ont des conventions avec les IDEL	

Le moment de l'articulation

	Réponses données par les HAD	Réponses données par les SSIAD	Réponses données par les IDEL
les HAD	La majorité des collaborations sont en cours de prises en charge (vacances)	17 à l'admission 58 en cours de PEC 39 à la fin de la PEC	55 à l'admission 36 en cours de PEC 16 à la fin de la PEC
les SSIAD	3 à l'admission 10 en cours de PEC 7 à la fin de la PEC		23 à l'admission 67 en cours de PEC 19 à la fin de la PEC
Les IDEL	La majorité des collaborations sont au début de la PEC (puis en cours et fin de prises en charge)	66 à l'admission 104 en cours de PEC 49 à la fin de PEC	

Les types de soins dans les prises en charge conjointes

	Réponses données par les HAD	Réponses données par les SSIAD	Réponses données par les IDEL
les HAD		24 Soins Palliatifs 21 Perfusions 24/24 18 Pansements lourds	22 Pansements lourds 18 Nursing lourds 7 perfusions 24/24
les SSIAD	Nursing lourds Pansements lourds Perfusions 24/24		56 pour des soins techniques et d'hygiène 36 pour des soins techniques 2 Soins d'hygiène
Les IDEL	Pansements lourds	59 pour des soins techniques et d'hygiène 50 pour des soins techniques 15 Soins d'hygiène	

Le nombre de passages par jour dans les prises en charge conjointes

	Réponses données par les HAD	Réponses données par les SSIAD	Réponses données par les IDEL
les HAD		42 pour 3 passages par jour 41 pour 2 passages par jour 4 pour 1 par jour	39 pour 3 passages par jour 44 pour 2 passages par jour 13 pour 1 par jour 1 pour 1 à 2 fois par semaine
les SSIAD	5 pour 3 passages par jour 10 pour 2 passages par jour		19 pour 3 passages par jour 38 pour 2 passages par jour 27 pour 1 par jour 2 pour 1 à 2 fois par semaine
Les IDEL	NC (erreur statistique)	24 pour 3 passages par jour 72 pour 2 passages par jour 25 pour 1 par jour	

Mode de communication lors des collaborations

	Réponses données par les HAD	Réponses données par les SSIAD	Réponses données par les IDEL
Avec une autre HAD		76 Téléphone 32 Cahier de liaison 28 Mail non sécurisé 7 Mail sécurisé 5 Courrier 4 SMS 2 Logiciel métier	81 Téléphone 65 Cahier de liaison 25 Mail non sécurisé 14 SMS 5 Mail sécurisé 5 Courrier 4 Logiciel métier
Avec un autre SSIAD	12 Téléphone 5 Cahier de liaison 6 Mail non sécurisé 3 Mail sécurisé 3 Courrier 3 SMS		75 Téléphone 48 Cahier de liaison 11 SMS 9 Mail non sécurisé 9 Courrier 2 Mail sécurisé
Avec un IDEL	NC (erreur statistique)	116 Téléphone 70 Cahier de liaison 31 Mail non sécurisé 30 SMS 16 Courrier 4 Mail sécurisé 1 Logiciel métier	

Niveau de satisfaction des collaborations et articulations

	Réponses données par les HAD n=22	Réponses données par les SSIAD n=131	Réponses données par les IDEL n=143
Avec une autre HAD		TRES SATIS 22 SATIS 51 PEU 9 PAS DU TOUT 2	TRES SATIS 19 SATIS 41 PEU 27 PAS DU TOUT 14
Avec un autre SSIAD	TRES SATIS 6 SATIS 7 PEU 1 PAS DU TOUT 0		TRES SATIS 2 SATIS 3 PEU 17 PAS DU TOUT 8
Avec un IDEL	NC (erreur statistique)	TRES SATIS 31 SATIS 72 PEU 23 PAS DU TOUT 2	

VI. FREINS ET LEVIERS DE L'ARTICULATION HAD/SSIAD/IDEL

CF annexes au niveau des livrables départementaux : analyse du verbatim infaisable de manière satisfaisante dans les délais impartis au niveau régional



VII. RECOMMANDATIONS

En gras les recommandations citées dans l'ensemble des départements

A. 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^{er} juin 2018 autorisant les prises en charge conjointes entre SSIAD et HAD, supprimer le délai de carence de 7 jours limitant la collaboration

B. 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 réglementaire, 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 coordonateur . 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...

C. 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

1. Au niveau départemental

CF Annexes livrables départementaux intermédiaires : la comparaison entre le résultat régional et les résultats départementaux pour observer et mettre en évidence des points spécifiques plus prégnants à certains départements n'a pas pu être réalisée dans les délais impartis.

VIII. 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)

IX. ANNEXES : Rapports intermédiaires de chaque territoire