

Coopérations SSIAD-HAD : une étude FNEHAD/UNA/ADMR

Le Congrès du Domicile
Vendredi 10 avril 2015



- 1. Historique des travaux communs ADMR/FNEHAD/UNA**
- 2. Objectifs et méthodologie de l'étude**
- 3. Présentation des résultats**
- 4. Les suites de l'étude**

Historique des travaux communs ADMR/FNEHAD/UNA

Historique des travaux communs ADMR/FNEHAD/UNA

Contexte

Réforme des SSIAD

Encouragement aux coopérations HAD/SSIAD (circulaire du 1^{er}/12/2006 relative à l'HAD)

Novembre 2008

Première réunion FNEHAD UNA ADMR sur deux thèmes :

- Continuum de soins entre HAD et SSIAD
- Le SSIAD intervenant pour le compte de l'HAD

2009/2010

Mise en place d'un GT pour sécuriser les pratiques sur les territoires et proposer des modèles de coopération sur les deux volets, relais et mise à disposition

2010/2012

Suspension des travaux et de leur validation/diffusion

Les relais

- **Problématiques :**
 - Manque de fluidité
 - Manque de connaissance des champs d'intervention
 - Problèmes de communication/transmission des informations
 - Refus de prise en charge : des SSIAD ou de l'HAD
- **Conséquences :**
 - Pour les HAD : problème de paiement d'indus lorsqu'un patient est maintenu en HAD alors qu'il n'en relève plus
 - Pour les SSIAD : risque d'hospitalisation avec hébergement de leurs patients, risque d'épuisement des équipes des SSIAD

Circulaire du 4 décembre 2013 : « Ainsi, disposer de filières d'aval pour l'HAD est une condition essentielle de sa crédibilité et de sa pertinence. Les ARS doivent donc veiller à ce que des synergies et des collaborations se mettent en place entre les établissements d'HAD et les autres acteurs intervenant à domicile, SSIAD et professionnels de santé libéraux notamment ; elles organisent également, s'il y a lieu, le développement de réponses complémentaires ... »

Les interventions communes

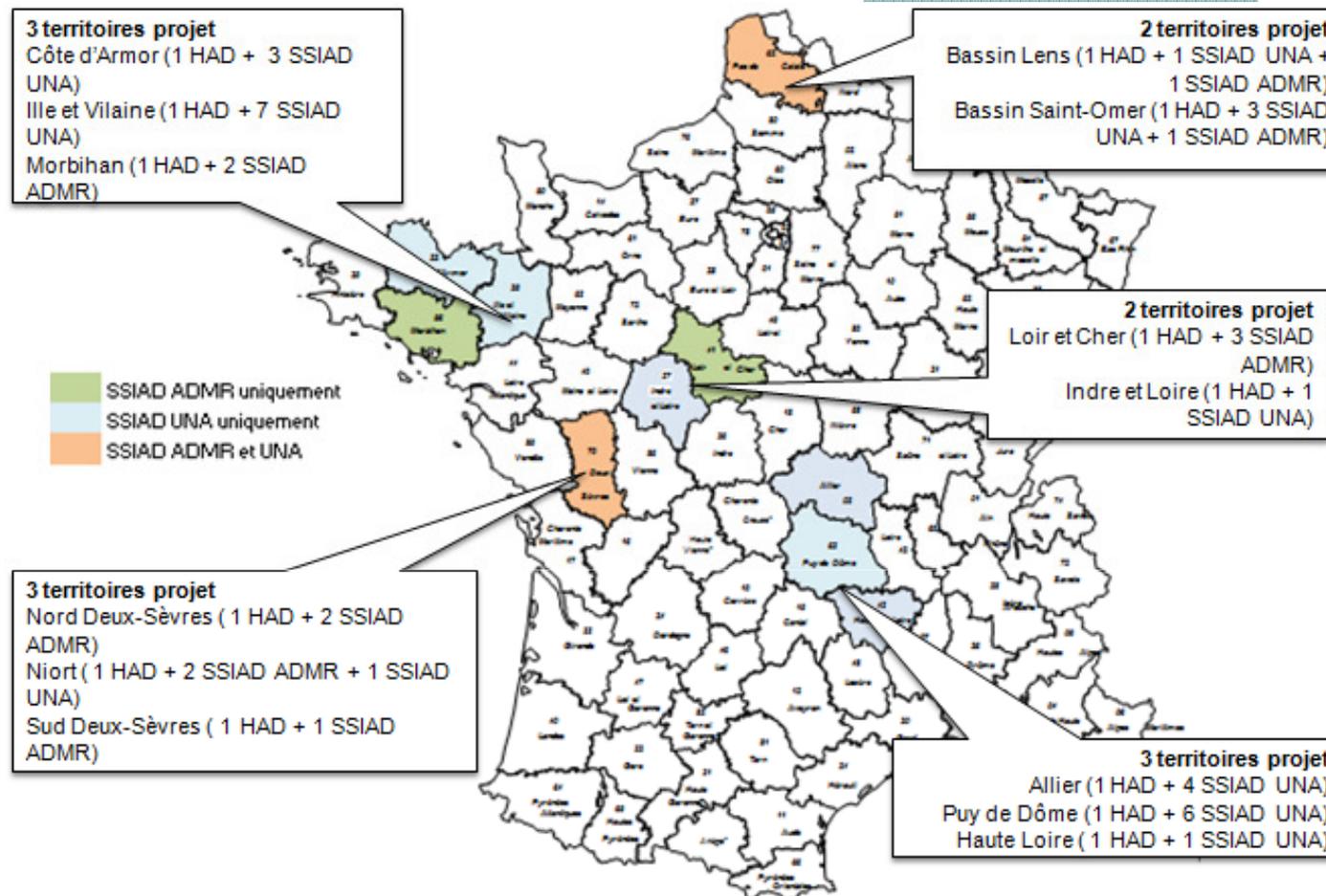
- **Problématiques :**
 - Des ruptures dans l'accompagnement et la prise en soin des personnes (en fin de vie, sur des prises en soin ponctuelles ATB,...)
 - Des problématiques liées à la couverture de l'HAD sur certains territoires
- **Conséquences :**
 - Blocage des situations sur le terrain : absence de solution sécurisée
 - Une impossibilité supposée de la mise à disposition de personnel SSIAD auprès de l'HAD
 - Frein juridique :
 - Responsabilité : laquelle mettre en jeu, celle de l'employeur ou du donneur d'ordre ?
 - Droit du travail : risque de requalification en prêt de main d'œuvre illicite
 - Frein financier : impossibilité de facturation des interventions à l'HAD
 - Frein fiscal
 - Des mises en place de coopérations ponctuelles avec l'aval ARS + CPAM

Objectifs de l'étude

Objectifs

- Disposer d'éléments objectifs sur les profils des patients s'inscrivant dans un parcours HAD <-> SSIAD
- Vérifier l'hypothèse selon laquelle, pour certaines personnes dans des situations spécifiques une coopération renforcée SSIAD-HAD pourrait être envisagée
- Construire un argumentaire pour faire évoluer le cadre réglementaire favorisant les coopérations
- Identifier et diffuser les « bonnes pratiques » de coopération SSIAD <-> HAD

Les territoires projet



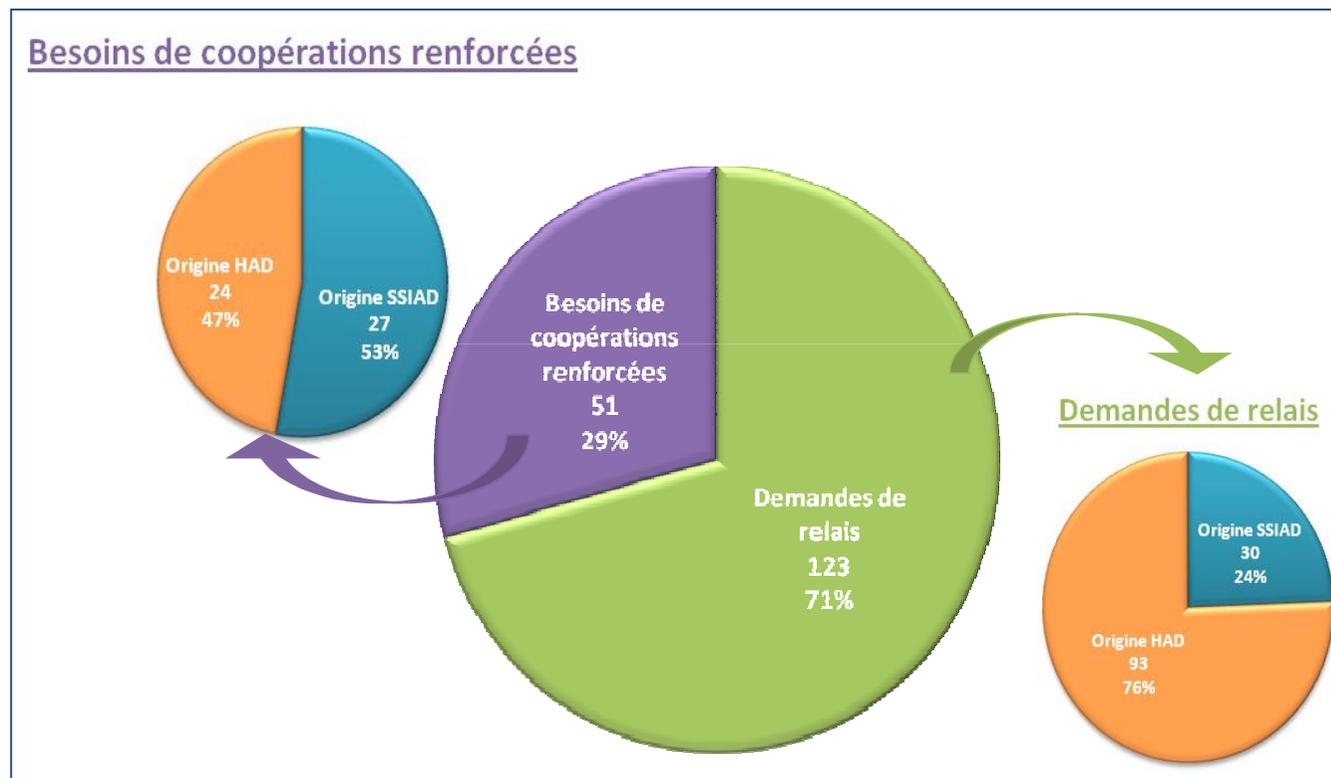
- 13 territoires projet
- 39 Ssiad
- 13 HAD
- 10 réunions régionales (en présence de l'ARS en Auvergne et Poitou-Charentes)
- 1 outil de collecte de données (un volet relais, un volet coopérations renforcées) complétées par les professionnels lors de 46 réunions locales

Les résultats

Données collectées
entre octobre 2013 et mai 2014

Comment se répartissent les besoins de coopérations entre SSIAD et HAD ?

- **174 situations de coopérations recensées** et 50 coopérations effectives « autorisées » (territoire Deux-Sèvres) analysées mais non intégrées à l'échantillon



- **Relais** : La notion de relais désigne le transfert de patient entre les deux structures HAD et SSIAD.
- **Coopération renforcée** : La coopération renforcée désigne la mise en place d'un dispositif assurant au patient, dans des conditions déterminées, la continuité de son accompagnement par le SSIAD et une prise en charge par l'HAD.

Les situations de relais

➤ Des relais justifiés par l'évolution de l'état des patients

- Profil des 93 patients en HAD

- 77,7 ans (+/- 7,1 ans σ)
- 53% pris en charge moins de 3 mois
- Motifs de prises en charge :
 - Soins de nursing lourd 38%
 - Pansements complexes 16%
 - Soins palliatifs 14%

Relais SSIAD



Patients dont la situation est stabilisée ayant besoin de soins infirmiers

- Profil des 30 patients en Ssiad

- 77,9 ans (+/- 7,6 ans σ)
- Des patients en SSIAD depuis :
 - moins d'un mois 43%
 - plus d'un an 27%
- GMP = 798
- 77% des patients sont accompagnées 7 jours sur 7

Relais HAD

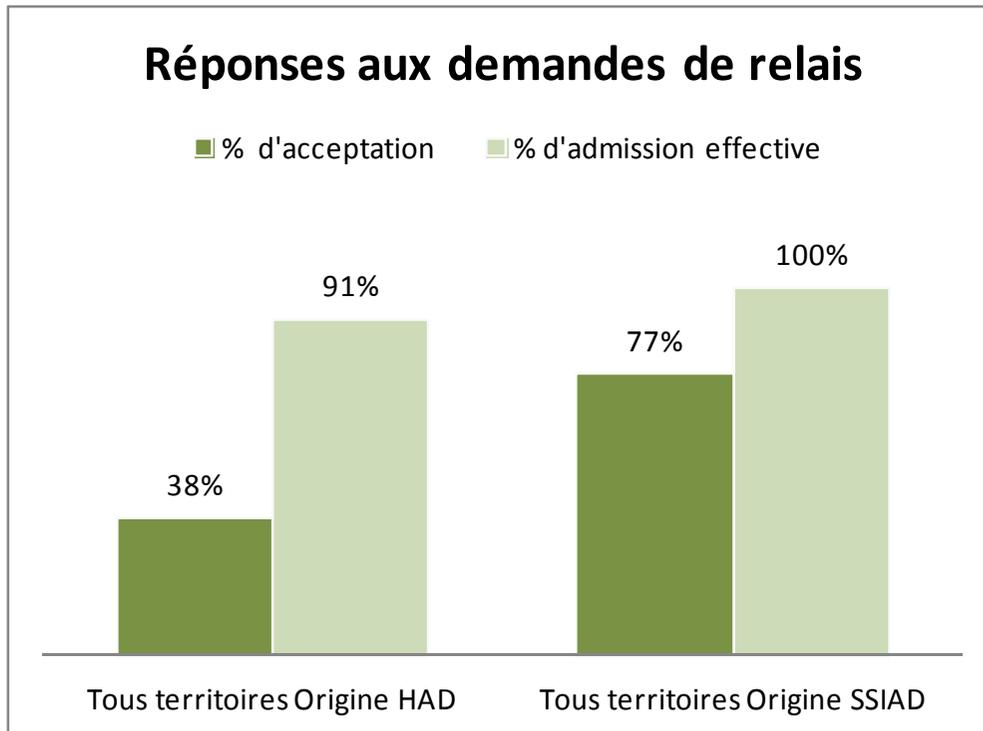


Patients dont l'état de santé se dégrade :

- 33% pansements complexes
- 30% soins palliatifs

Les situations de relais

➤ Des relais difficiles à concrétiser



Motif des refus =
Organisation de
l'offre sur le
territoire

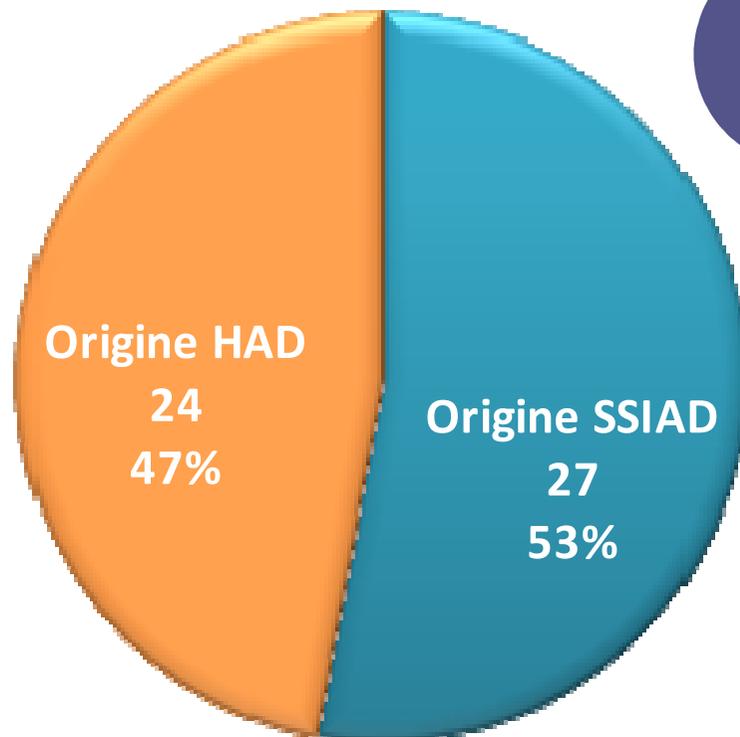
- 45% manque de place en SSIAD
- 25% coût de la charge en soin

**Suites des refus de relais
vers les SSIAD :**
Maintien en HAD
Relais SAAD+IDEL

Les coopérations renforcées

➤ De véritables besoins pour éviter les ruptures dans les parcours de santé

Motifs d'intervention conjointe



20%

Ressources
aides-
soignantes

76%

Eviter une
rupture

Accompagnement
de fin de vie

Prise en soin
ponctuelle de
l'HAD

Accompagnement
au transfert

➤ L'impossibilité de mettre en œuvre de façon sécurisée ces coopérations renforcées donnent lieu dans **11% des cas à des hospitalisations avec hébergement**

Les coopérations renforcées

➤ Zoom sur la situation de Monsieur A en fin de vie

- 70 ans, vit avec son épouse
 - GIR 4
 - En SSIAD depuis plus de 6 mois, 2 passages aide-soignant quotidien (7j/7)
 - Dégradation rapide de l'état de santé
 - Souhait de mourir à domicile soutenu par l'épouse et les équipes du SSIAD
 - Sollicitation de l'HAD pour la prise en charge de la douleur et la continuité des soins 24H/24
 - Impossibilité d'assurer la continuité des soins par le SSIAD du fait du cadre réglementaire
 - Refus de la personne et de l'épouse du relais en HAD, poursuite des soins par le SSIAD
- **Epuisement de l'épouse et de l'équipe du Ssiad**
- **Hospitalisation avec hébergement**
- **Décédé à l'hôpital 5 jours après**



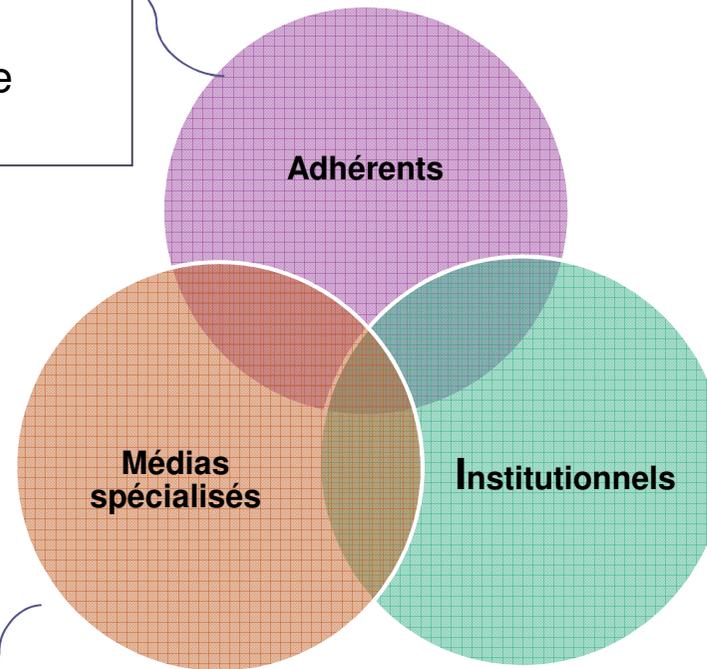
➤ Enseignements et premiers éléments de proposition

- Promouvoir un travail d'animation territoriale et de connaissance mutuelle notamment à partir des pratiques et outils identifiés dans le cadre de l'étude
 - ❑ Présentation du SSIAD et de l'HAD
 - ❑ Modèle de convention de relais
 - ❑ Exemple de fiche de liaison
 - ❑ ...
- Définir un cadre réglementaire sécurisé permettant la mise en place de coopération renforcées
- Agir sur des facteurs plus large influençant négativement les coopérations, telle que la tarification des Ssiad ne prenant pas en compte la charge en soin

Les suites de l'étude

La diffusion / communication des enseignements

- Diffusion des résultats de l'étude et des « bonnes » pratiques de coopération recensées
- Conférence au Salon Santé Autonomie 20 mai 2015 porte de Versailles



- Communiqué de presse
- Synthèse des résultats

- Présentation des résultats à l'administration (DGCS, DGOS, CNAM-TS)
- Interpellation sur la création d'un cadre juridique sécurisé pour les coopérations renforcées

Merci de votre attention

Anne DABADIE - Chargée de mission FNEHAD
a.dabadie@fnehad.fr

Line LARTIGUE - Directrice Santé UNA
l.lartigue@una.fr

Marie PORTAL - Chargée de mission développement ADMR
mportal@un.admr.org