

LE RÉFÉRENTIEL DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES POUR LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

*Actions s'inscrivant dans le cadre du Schéma
Régional de Santé 2018-2023*

AVANT PROPOS

Le Projet Régional de Santé (PRS) de Normandie a retenu huit parcours prioritaires dont celui de la personne âgée en perte d'autonomie. Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) constituent un des maillons essentiels du maintien à domicile et jouent un rôle d'évaluation et de coordination gérontologique de premier plan auprès des différents professionnels. Ils interviennent à des moments clés de l'accompagnement de la personne âgée et / ou en situation de handicap dans son parcours de vie et de santé ; notamment dans le cadre de sorties d'hospitalisation. Ils apportent par conséquent une contribution notable dans la fluidité des parcours.

Ils sont amenés à intervenir auprès de publics (aidants/aidés) présentant des situations diverses et spécifiques souffrants notamment de maladies neurodégénératives.

Un travail sur les missions attendues des SSIAD/SPASAD a été mené conjointement entre l'ARS et les Conseils Départementaux et a conduit à la mise en œuvre de groupes de travail constitués à l'échelle des cinq départements.

Ce référentiel a pour objet d'être un outil de référence, d'identification des fonctionnements communs aux SSIAD/SPASAD du territoire normand fondés sur des valeurs éthiques partagées dans l'accompagnement des personnes. Son action s'inscrit dans le Schéma Régional de Santé 2018-2023.

La mobilisation d'un grand nombre d'acteurs et la richesse des échanges autour des évolutions des pratiques va permettre de garantir une meilleure appropriation et diffusion du référentiel. Cette dynamique contribue ainsi à promouvoir l'accessibilité, la continuité et la qualité de soins des personnes accompagnées.

SOMMAIRE

1	LE CONTEXTE NATIONAL/REGIONAL	3
2	CONTEXTE REGLEMENTAIRE	5
2-1	Les sept outils de la loi du 2 janvier 2002	
2-2	La formation	
2-3	Les évaluations	
2-4	La déclaration des évènements	6
2-5	La recherche de consentement de l'usager	7
2-6	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	
3	FACILITER L'ACCES AUX SSIAD	8
3-1	La prescription médicale	
3-2	L'harmonisation des critères d'inclusion	
3-3	Synthèse	11
4	AMELIORER LA FLUIDITE DES DEMANDES	12
4-1	Les SSIAD/SPASAD	
4-2	Des recommandations en matière budgétaire	13
4-3	Des recommandations en termes de durée d'accompagnement	
4-4	Des recommandations en termes de travail en réseau et de passage de relais	14
4-5	Synthèse	15
5	EVALUER POUR CONSTRUIRE ET METTRE EN ŒUVRE LE PROJET PERSONNALISE	16
5-1	Fonctions des IDEC et des aides-soignantes	
5-2	L'évaluation multidimensionnelle	17
5-3	Le document individuel de prise en charge	
5-4	Le projet personnalisé	
5-5	La démarche qualité	18
6	COORDONNER LE PROJET DE VIE ET DE SANTE	20
6-1	Coordonner le projet de vie et de santé dans une démarche parcours	
6-2	La coordination des sorties d'hôpitaux avec les acteurs hospitaliers	
6-3	Les modalités de partage et de transmission des données	
6-4	Les articulations entre évaluation et coordination	21
7	LES « SSIAD RESSOURCES » POUR FAVORISER LA COLLABORATION AVEC LES SAAD	22
8	LES SPASAD INTEGRES	24
8-1	Synthèse	25
9	EXPERIMENTATION DE PSYCHOLOGUES EN SSIAD	26
10	HOSPITALISATION A DOMICILE	27
11	LA CONTINUITE DES SERVICES	28
12	SUIVRE L'EVOLUTION DES PRATIQUES	
	Extrait des indicateurs ANAP	29
	Annexe 1 : la méthodologie de travail	30
	Annexe 2 : le cadre législatif et réglementaire des SSIAD/SPASAD/HAD	31

1

LE CONTEXTE NATIONAL/REGIONAL



La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement de la population loi ASV cible le maintien à domicile des personnes avec l'objectif de « *permettre aux français de rester le plus longtemps possible chez eux* ».

Cette loi vient consolider le développement des SPASAD afin d'intégrer les services qui le composent au travers d'une expérimentation débutée en juin 2017.

Le rôle des SSIAD/SPASAD dans le maintien à domicile est également précisé dans différents textes.

Le Plan National des Maladies Neuro Dégénératives (PMND) 2014-2019

- ⇒ conforter la place des SSIAD dans le parcours des malades souffrants de maladie neurodégénératives,
- ⇒ promouvoir la dynamique d'intégration des SSIAD (expérimentation des SPASAD intégrés),
- ⇒ renforcer les actions de prévention et de soutien psychologique auprès du couple aidant-aidé (expérimentation de temps de psychologues au sein des SSIAD/SPASAD).

Le Plan Cancer 2014-2019

- ⇒ renforcer la place des SSIAD/SPASAD dans le parcours des personnes fragiles (âgées, isolées, etc.) et des populations en difficultés (handicap et précarité) ; en appui avec les professionnels de premiers recours,
- ⇒ promouvoir les soins de support et de réadaptation dans l'accompagnement des usagers au domicile.

Le plan national pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie 2015-2018

- ⇒ informer le patient, lui permettre d'être au centre des décisions qui le concerne,
- ⇒ former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs,
- ⇒ développer les prises en charges en proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile,
- ⇒ garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous : réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs.

Le Projet Régional de Santé 2018-2023

- ⇒ développer la prévention et la promotion de la santé,
- ⇒ améliorer l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale,
- ⇒ favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement, notamment des personnes en situation de handicap et ou de perte d'autonomie et des personnes en situation de précarité,
- ⇒ améliorer le décloisonnement entre les différents acteurs de la santé et la cohérence avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé,
- ⇒ répondre aux objectifs généraux en fonction des spécificités du territoire normand.

Les schémas de l'autonomie des cinq Conseils Départementaux

- ⇒ conforter le rôle majeur des interventions des services à la personne dans les perspectives de développement du maintien à domicile.

Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

- ⇒ accompagner les SPASAD dans la mise en œuvre d'actions de prévention.

La méthode d'intégration MAIA

Cadre législatif des MAIA

Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA.

Arrêté du 16 novembre 2012 fixe le référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas.

Chaque année, une circulaire fixe les conditions du déploiement des nouveaux dispositifs MAIA.

C'est une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins ancrés dans les politiques publiques depuis 2009. La méthode associe tous les acteurs dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants.

La méthode vise à apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de chaque personne du territoire.

Depuis 2017, la région est entièrement maillée avec 21 territoires MAIA.

Pour l'ARS et ses partenaires institutionnels, l'accessibilité, la continuité et la qualité des services sont des enjeux majeurs de l'amélioration du parcours de vie et de santé, dans le but de lutter contre les ruptures, en renforçant la collaboration des acteurs tout en faisant évoluer les pratiques professionnelles.

Les SSIAD et les SPASAD sont des dispositifs de proximité du quotidien, ce qui les positionnent au cœur de la prévention, de la perte d'autonomie ; notamment en évitant les hospitalisations non programmées.

Ces structures constituent donc un des maillons essentiel dans l'accompagnement et le maintien à domicile en réalisant :

- ⇒ des évaluations multidimensionnelles à domicile,
- ⇒ des soins,
- ⇒ la mise en œuvre d'actions de prévention,
- ⇒ la coordination des différents professionnels ressources.

Dans ce contexte, les SSIAD/SPASAD doivent se réaffirmer et/ou se réajuster en permanence pour faire face aux enjeux du vieillissement.

Des groupes de travail Normands ont été constitués et ont abouti à la rédaction de ce référentiel dans le but de redéfinir les missions attendues des SSIAD/SPASAD et d'harmoniser les pratiques professionnelles en Normandie.

Le travail fourni a permis de faire émerger un certain nombre de constats :

- ⇒ des disparités d'accès aux services selon les territoires notamment concernant les critères d'inclusion,
- ⇒ des niveaux de collaborations hétérogènes,
 - et de pistes d'amélioration :
 - déployer des temps et des outils communs,
 - développer les démarches d'intégration.

Ceci passe également par un ancrage de ces dispositifs dans leur territoire et leur participation dans les échanges collectifs tels que les concertations en table tactique des MAIA.



2

CONTEXTE REGLEMENTAIRE EN FAVEUR DE L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins représente une exigence essentielle d'une structure médico-sociale. Ceci afin de garantir aux bénéficiaires la qualité, la continuité et la sécurité des soins prodigués. Elle résulte de la mobilisation de tous les professionnels et permet d'assurer une prise en charge médicale et paramédicale efficiente.

2.1 / Les sept outils de la loi du 2 janvier 2002

La loi du 2 janvier 2002 a défini les droits et les libertés individuelles des usagers des services sociaux et médico-sociaux au travers de sept outils.

1. Le livret d'accueil.
2. La charte des droits et des libertés.
3. Le règlement de fonctionnement.
4. Le document individuel de prise en charge.
5. Le projet de service.
6. La participation des bénéficiaires du SSIAD. Le SSIAD peut organiser des groupes d'expression ou mettre en place des enquêtes de satisfaction.
7. Le soutien par le dispositif de la personne qualifiée.

2.2 / La formation

La formation est un axe fort à privilégier. Elle permet le développement de connaissances et compétences nécessaires à l'évolution des pratiques au quotidien pour tout acte de soin. Elle est également un vecteur de sensibilisation à l'importance du dépistage et des spécificités de certaines populations (poly- handicap, maladies neurodégénératives...)

La formation peut être proposée dans un plan annuel de formation construit à partir des entretiens professionnels et de formations, du projet d'établissement, des obligations légales, des besoins du service et des demandes des professionnels.

2.3 / Les évaluations

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale soumet les établissements et services à mener des évaluations (interne et externe), dans l'objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les usagers.

L'évaluation interne doit être une démarche participative, collective et continue intégrant les points de vue de l'ensemble des acteurs concernés en intra et des intervenants extérieurs.

Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ou pour les établissements ayant conclu un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), lors de la rédaction du contrat.

Les SSIAD/SPASAD procèdent ainsi à une évaluation interne tous les cinq ans.

L'évaluation externe porte sur les activités et la qualité des prestations des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (CASF).

L'évaluation externe porte de manière privilégiée sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies (cf. décret n°2007-975 du 15 mai 2007, rubrique "Outils").

Durant le temps de l'autorisation de fonctionnement de 15 ans, un SSIAD/SPASAD doit réaliser deux évaluations externes. La première évaluation externe intervient au plus tard sept ans après la date d'obtention de l'autorisation en cours. La seconde évaluation externe intervient au plus tard deux ans avant l'expiration de l'autorisation.

2.4 / La déclaration des évènements

Les évènements graves (EIG)

En application de l'article L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), les SSIAD/SPASAD doivent informer les autorités administratives compétentes :

« Pour tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers ; leurs accompagnements ou le respect de leurs droits et tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées ».

Les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

L'EIGS est un évènement :

- ⇒ associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention,
- ⇒ inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne,
- ⇒ dont les conséquences sont la mise en jeu du pronostic vital, la survenue d'un déficit fonctionnel ou le décès.

Les infections associées aux soins (IAS)

« Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. [...] »

L'infection associée aux soins (IAS) englobe tout évènement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins. L'IAS comprend l'infection nosocomiale, contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins (à visée diagnostique, thérapeutique, de dépistage ou de prévention primaire) par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage, encadrés par un professionnel de santé.

Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins. »

Les maladies à déclaration obligatoire

La liste des maladies à déclaration obligatoire auprès de l'ARS et les formulaires de déclaration sont disponibles sur le site de Santé publique France.

Les incidents de sécurité du système informatique concernent :

- ⇒ tout incident de sécurité des systèmes d'information ayant des conséquences potentielles ou avérées sur la sécurité des soins, sur la disponibilité, l'intégrité et/ou la confidentialité des données de santé, ou sur le fonctionnement normal de l'établissement,
- ⇒ toute action ou suspicion d'action malveillante causant une indisponibilité partielle ou totale de systèmes informatiques, une altération ou une perte de données.

Tous les professionnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux doivent déclarer ces évènements.

Vous trouverez toutes les modalités de déclaration via le site internet : www.normandie.ars.sante.fr

2.5 / La recherche du consentement de l'utilisateur

La personne de confiance (art. L.1111-6 du CSP)

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué».

Les directives anticipées (art. L.1111-11 du CSP)

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables [...].

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion ».

2.6 / Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

La démarche de contractualisation permet d'atteindre des objectifs de qualité et d'efficience afin :

- ⇒ d'assurer la qualité des accompagnements et des soins,
- ⇒ d'accompagner l'adaptation du secteur afin de favoriser les parcours de vie et de santé,
- ⇒ d'intégrer des actions de prévention.

Le CPOM est élaboré conjointement entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental à partir d'un diagnostic partagé, des résultats de dialogue tout en tenant compte de l'évaluation externe.

3

FACILITER L'ACCES AUX SSIAD

Les SSIAD/SPASAD mettent en œuvre des prises en charge globales et coordonnées de soins qui relèvent de leur compétence. Cet accompagnement repose sur une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne ainsi que sur l'élaboration d'un document individuel de prise en charge et d'un projet de soins individualisé.

Les SSIAD/SPASAD favorisent le maintien à domicile et contribuent largement à :

- ⇒ réduire la durée du séjour hospitalier et limiter les hospitalisations non requises,
- ⇒ favoriser les retours à domicile dès la fin des soins actifs à l'hôpital,
- ⇒ retarder l'entrée en institution ou le changement de milieu de vie.

3.1 / La prescription médicale

L'admission fait suite à une prescription médicale d'un médecin traitant ou d'un médecin hospitalier. Celui-ci et l'Infirmière coordinatrice (IDEC) travaillent en interaction tout au long de la prise en charge, du suivi et lors du relai ; notamment à l'aide des évaluations multidimensionnelles (d'entrée et de suivis).

La planification de la sortie d'hospitalisation est un objectif d'équipe pluridisciplinaire et « inter-structurel » impliquant les acteurs du milieu hospitalier mais également les acteurs des soins primaires et du domicile.

La sortie d'hospitalisation est un moment clé de collaboration des acteurs hospitaliers et extrahospitaliers dans le parcours de vie et de santé de la personne. Le lien entre l'IDEC, l'infirmière libérale (IDEL) et l'infirmière hospitalière est essentiel à une meilleure orientation et au regard de la spécificité du domicile.

Les répercussions d'une sortie non planifiée sont préjudiciables pour le bénéficiaire et les professionnels.

3.2 / L'harmonisation des critères d'inclusion

3.2.1 Critères d'inclusion

Rappel réglementaire en matière d'exercice des SSIAD/SPASAD

Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD.

La circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD/SPASAD.

L'article D.312-1 du CASF précise que les SSIAD interviennent sur prescription médicale auprès :

- ⇒ de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes,
- ⇒ de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap,
- ⇒ de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques mentionnées au 7° du 1^{er} de l'article L.312-1 du CASF ; ou présentant une affection mentionnée 3° et 4° de l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale.

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés quel que soit le lieu d'hébergement de la personne accompagnée : un centre d'hébergement et de réhabilitation sociale (CHRS), les résidences sociales dont les foyers de travailleurs migrants, les foyers de vie, (hors EHPAD, MAS, FAM), les logements accompagnés.

L'article D.312-7 du CASF précise que les services qui assurent conformément aux dispositions des 6° et 7° de l'article L.312-1, les missions d'un SSIAD et les missions d'un SAAD défini à l'article D.312-6 sont dénommés SPASAD.

Dans le cadre de la concertation, il a été décrit que les SSIAD peuvent rencontrer des difficultés sur les prises en charge suivantes :

Exemple :

- ⇒ refus des aides techniques par le bénéficiaire ou son entourage,
- ⇒ soins palliatifs,
- ⇒ raisons financières,
- ⇒ nombre d'interventions par jour voire semaine,
- ⇒ limite géographique d'activité,
- ⇒ handicap psychique, pathologie psychiatrique,

Chaque situation doit faire l'objet d'une recherche de médiation ou de relais adéquats dans le cadre d'une concertation pluri professionnelle.

3.2.2 Une recherche constante de solutions

Lorsque la demande d'admission ne correspond pas aux critères d'inclusion, ou dans le cadre de l'évolution de l'état de santé de l'usager, le SSIAD/SPADAD doit anticiper le relai et rechercher une orientation avec les partenaires (maison départementale des personnes handicapées (MDPH), centre local d'information et de coordination (CLIC), travailleur social ou intervenant/évaluateur médico-social du département).

Exemples d'orientation vers :

- ⇒ les professionnels de soins primaires,
- ⇒ un service d'aide à domicile (SAAD),
- ⇒ un service d'hospitalisation à domicile (HAD),
- ⇒ un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), ou d'un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- ⇒ un établissement de santé,
- ⇒ un accompagnement en gestion de cas.

Le gestionnaire de cas est un professionnel dédié qui offre sur le long terme un suivi intensif, fréquent et continu aux personnes âgées dont le maintien à domicile est possible, mais compromis par une multiplicité de champs à articuler.

Il devient le référent de la personne âgée, dont il porte le projet. Sa fonction l'amène à être au cœur de la coordination des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec lesquels il optimise l'accompagnement, sans se substituer à leur mission.

Critères d'inclusion nationaux définis par la CNSA en juin 2015

Prérequis : en l'absence de situation médicale aiguë ou de crise, la gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus qui souhaite rester à domicile.

La gestion de cas peut-être mobilisée si les trois critères suivants sont validés de façon concomitante :

Critère 1 - Maintien à domicile compromis en raison de :

- ⇒ problème d'autonomie fonctionnelle (AVQ* et/ou AIVQ*).

**AVQ : activités de la vie quotidienne / se laver, s'habiller, se déplacer...*,

**AIVQ ou activités « instrumentales » de la vie quotidienne / faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser le téléphone, gérer son budget...*,

- ⇒ problème relevant du champ médical,
- ⇒ problème d'autonomie décisionnelle : altération du processus décisionnel quelle qu'en soit l'origine (individuelle ou environnementale) avec pour conséquences des difficultés de gestion administrative et financière, de protection de soi et de sécurité affective et matérielle, d'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins.

Critère 2 - Les aides et soins mis en places sont insuffisants ou inadaptés.

Critère 3 - Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins.

Si les trois critères sont validés, alors la multiplicité des champs à suivre et l'intensité de l'accompagnement fréquent et continu dans tous les domaines nécessite le suivi par un gestionnaire de cas.

Ainsi, un simple renforcement des aides n'est pas suffisant pour mobiliser un gestionnaire de cas.

Si un des critères au moins n'est pas validé, la situation ne relève pas de la gestion de cas : elle devra être orientée vers un autre service du guichet intégré.

En cas de décision unilatérale d'interruption de services du SSIAD/SPASAD, l'ANESM leur recommande :

- ⇒ d'organiser une rencontre avec la personne concernée,
- ⇒ d'analyser avec la personne et/ou son représentant légal les conséquences sur le projet personnalisé, de rechercher les alternatives possibles et de les expliquer en s'assurant de la compréhension de la personne,
- ⇒ d'aider la personne et/ou son représentant légal dans la recherche de solutions ou de l'orienter vers un lieu ressource. Le contact direct entre la ressource et le SSIAD sera privilégié afin d'éviter que la personne accompagnée ne soit dans l'obligation de faire cette démarche



3.3 / Synthèse

CRITERES D'INCLUSION

- Des personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou dépendantes.
- Des adultes de moins de 60 ans présentant un handicap.
- Des adultes de moins de 60 ans atteints d'une pathologie chronique ou présentant une affection.

NOTION DE HANDICAP

- Personnes de plus de 18 ans dont le handicap a été reconnu soit par la MDPH soit par les caisses d'assurance maladie à titre temporaire ou permanent.
- Personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie (quelques semaines).

RECHERCHE CONSTANTE DE SOLUTIONS

- Lorsque la demande d'admission ne correspond pas aux critères d'inclusion, le SSIAD met tout en œuvre pour faciliter l'orientation de la personne vers un dispositif ressource adapté à sa situation.

4 AMELIORER LA FLUIDITE DES DEMANDES

4.1 / Les SSIAD / SPASAD

Dans le cadre des groupes de travail, des disparités de fonctionnements et d'activités entre les SSIAD/SPASAD de Normandie ont mis en évidence deux types de fonctionnement :

Des SSIAD en difficulté dans la mise en place de relais avec en cascade l'impossibilité de répondre à de nouvelles demandes ayant pour conséquences :

- ⇒ des durées de prises en charge élevées,
- ⇒ une liste d'attente,
- ⇒ un délai d'entrée en SSIAD de plusieurs jours, voire plusieurs semaines,
- ⇒ des taux d'occupation proches de 100%.

Des SSIAD qui mettent en place des relais et proposent des prestations à court et moyen termes permettant la fluidité des parcours. Ces SSIAD se caractérisent par :

- ⇒ une absence ou une faible liste d'attente,
- ⇒ une file active dynamique,
- ⇒ des délais de réponse plus rapide,
- ⇒ la satisfaction de l'utilisateur et de son entourage,
- ⇒ des durées de prise en charge plus courtes.

Conséquence des disparités de fonctionnement

	Fonctionnement saturé	Fonctionnement fluide
Liste d'attente	Elevée	Restreinte, voire inexistante
Délai d'intervention au regard de la date souhaitée	Plusieurs jours à plusieurs semaines	24 à 48 heures
Durée d'accompagnement	Plusieurs mois à plusieurs années	Plusieurs mois à plusieurs années
Taux d'occupation	Proche de 100%	Plus proche de 90%

4.2 / Des recommandations en matière budgétaire

Les SSIAD/SPASAD sont financés en dotation globale soins annuelle pour un nombre de places autorisées. Le taux d'occupation n'est plus un indicateur d'activité retenu. Par conséquent, l'activité ne s'envisage plus dans une logique de places mais dorénavant dans une logique de file active.

Par conséquent, la file active est priorisée par rapport au taux d'occupation.

Définition de la file active issue du tableau de bord ANAP (Agence nationale de l'appui à la performance). Le nombre de personnes accompagnées dans l'effectif au 31/12 + le nombre de sorties définitives dans l'année.

La file active permet ensuite de déterminer un indice de fluidité.

Le calcul est le suivant :

File active

Nombre de places autorisées.

L'indice de fluidité cible retenu dans le Schéma Régional de Santé (2018-2023) se situe entre 2,8 et 3,1.

Il est important que l'infirmière coordonnatrice soit associée et informée du budget de fonctionnement du SSIAD. Cette collaboration facilitera l'analyse de l'impact financier des services offerts aux personnes accompagnées.

De même, la notion de dépassement de budget ou les coûts en lien avec les interventions d'IDEL ne peut se solder par un refus de prise en charge. L'impact économique pourra faire l'objet d'une discussion avec l'ARS.

4.3 / Des recommandations en termes de durée d'accompagnement

Il est recommandé de réaliser régulièrement des évaluations multidimensionnelles afin d'anticiper les futures orientations et d'y associer la famille et son entourage le plus tôt possible.

Le médecin conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prise en charge au-delà du 30ème jour et tous les trois mois ensuite (Art D.312-5 du CASF).

Le renouvellement est l'occasion de réévaluer les besoins en soins et de faire le bilan avec le médecin traitant pour organiser les suites à donner : poursuite, arrêt, relais...

La prise en compte de la file active ne remet pas en cause des prises en charges longues au regard de l'état de santé et du niveau de dépendance.



4.4 / Des recommandations en termes de travail en réseau et de passage de relais

Il a été identifié dans le cadre des groupes de travail des difficultés pouvant être un frein lors des relais :

EN LIEN AVEC UN DEFAUT DE CONTINUITE DE SERVICE

- ⇒ l'isolement géographique, l'absence de transport,
- ⇒ la pénurie de professionnels de santé et médico-sociaux,
- ⇒ les problématiques de financement,
- ⇒ le nombre d'heures de SAAD insuffisants dans le plan d'aide lors de l'arrêt du SSIAD (délai de révision et manque d'anticipation),
- ⇒ les difficultés de relais le week-end.

EN LIEN AVEC UN DEFAUT DE COORDINATION

- ⇒ le manque d'évaluation à la sortie d'une hospitalisation, le manque d'articulation avec les services hospitaliers,
- ⇒ l'insuffisance de réunions de coordination,
- ⇒ les difficultés de transmissions de l'information,
- ⇒ le défaut de financement du temps de coordination,
- ⇒ la méconnaissance des pratiques des SSIAD par les SAAD et inversement.

EN LIEN AVEC UNE HETEROGENEITE DE COMPETENCES COMMUNES

- ⇒ des pratiques professionnelles différentes,
- ⇒ des compétences et des prestations différentes entre SSIAD/SAAD,
- ⇒ un manque de formations et d'outils communs.

Afin de réduire la durée d'accompagnement et faciliter le relais, il est conseillé aux SSIAD/SPASAD de :

FACILITER LA CONTINUITE DES SOINS GRACE A DES PRATIQUES COLLABORATIVES

- ⇒ améliorer la coordination entre les acteurs du domicile, organiser des réunions de concertation (responsable SAAD, IDEC, IDEL) : à l'aide d'échanges téléphoniques, de staffs communs,
- ⇒ favoriser le décroisement entre les professionnels libéraux et ceux des secteurs sanitaire, social et médico-social,
- ⇒ participer aux tables tactiques
- ⇒ travailler de concert avec le CLIC sur les situations complexes,
- ⇒ mettre en œuvre des outils communs (notamment dématérialisés),
- ⇒ informer l'usager et son entourage que les interventions sont soumises à prescriptions médicales et limitées dans le temps pour la plupart des situations,
- ⇒ effectuer des visites communes pour préparer les relais,
- ⇒ échanger sur les plannings d'intervention pour faciliter le travail en binôme si besoin,
- ⇒ développer/conforter des actions d'informations et de formations communes notamment en matière de prévention.

ASSURER UN ROLE DE RECOURS

- ⇒ déployer le recours aux SSIAD ressources,
- ⇒ généraliser les évaluations multidimensionnelles sur tous les territoires et les transmettre aux partenaires pour faire évoluer les plans d'actions.

DEVELOPPER LES COLLABORATIONS DES SSIAD A L'ECHELLE D'UN TERRITOIRE MAIA

Concernant le périmètre d'intervention, le référentiel préconise de la souplesse et une appréciation au cas par cas pour éviter les ruptures de prise en charge.

4.5 / Synthèse

Le financement

- La dotation globale soins est allouée selon un nombre de places autorisées.
- L'activité ne se mesure plus en nombre de places mais dans une logique de file active.
- Le dépassement de coût ne signifie pas le refus d'intervention.

L'accès et la continuité des accompagnements

- Améliorer la fluidité des demandes : s'assurer d'un début de prise en charge au bon moment et prévoir la mise en place de relais dès que possible.
- Réaliser régulièrement des évaluations multidimensionnelles, primordiales, pour évaluer la pertinence de la poursuite des interventions.

Les passages de relais

- Identifier les moments clés pour la passation des relais au regard de l'état de santé et du niveau de dépendance.

5

EVALUER POUR CONSTRUIRE ET EN ŒUVRE LE PROJET PERSONNALISÉ

Le SSIAD s'inscrit dans un territoire et s'appuie sur les acteurs locaux des secteurs sanitaire, social médico-social : CLIC, Centre Hospitalier, CCAS....

Relation SSIAD / IDEL / HAD

Les SSIAD mobilisent les infirmiers lorsque le médecin prescrit des soins techniques IDE. Deux alternatives de prise en charge sont possibles :

- ⇒ le SSIAD dispose d'infirmiers salariés et peut assurer la prise en charge de bénéficiaire.
- ⇒ le SSIAD ne dispose pas d'infirmiers et fait appel aux IDEL.

Dans tous les cas le consentement de l'utilisateur est pris en compte.

5.1 / Fonctions des IDEC et des aides-soignantes

Le décret de référence infirmier est celui du 29 juillet 2004.

Les IDEC assurent des missions de management :

- ⇒ l'organisation de la prise en charge,
- ⇒ la mise en œuvre et gestion des dossiers de l'utilisateur,
- ⇒ la gestion des plannings des différentes interventions,
- ⇒ l'encadrement des Aides-Soignants,
- ⇒ l'organisation de réunions.

Les IDEC réalisent des missions de coordination des soins :

- ⇒ l'instruction des demandes d'admission,
- ⇒ l'évaluation des besoins (évaluation multidimensionnelle) à domicile ou en établissements de santé,
- ⇒ l'élaboration du plan d'accompagnement et de soins et formalisation du projet de soins individualisé,
- ⇒ l'accompagnement des aidants familiaux à l'aide de conseils,
- ⇒ la réalisation des réévaluations,
- ⇒ l'articulation avec les partenaires

Les aides-soignants sous la responsabilité de l'IDEC assurent :

- ⇒ la dispensation de soins d'hygiène et de continuité de la vie : des interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement les incapacités fonctionnelles et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie,
- ⇒ l'aide à la personne lors de la mobilisation ou de leur transfert,
- ⇒ le soutien relationnel,
- ⇒ la surveillance et l'évaluation de l'état de santé : hydratation, poids, tension, état cutané...
- ⇒ les actions ciblées de prévention par le dépistage : dénutrition, déshydratation, chute, douleur...,
- ⇒ le dépistage de situation de négligence (cf chapitre événements indésirables).

5.2 / L'évaluation multidimensionnelle

La réglementation mentionne la visite à domicile comme une modalité incontournable de l'évaluation. Pour chaque prise en charge, l'IDEC réalise une visite d'évaluation au domicile ou en établissement de santé de la personne afin de prendre en compte l'ensemble de ses besoins.

L'évaluation multidimensionnelle est l'outil central de la prise en charge. La qualité de la prestation offerte à l'usager est dépendante de son exhaustivité. L'IDE coordonnatrice joue un rôle de facilitateur et de soutien depuis la coordination inter-structurelle (hôpital-SSIAD) ; l'interaction entre le médecin et l'IDEC dans le cadre de l'admission en SSIAD et tout au long du suivi jusqu'au relais.

L'évaluation multidimensionnelle réalisée par l'IDEC et avec d'autres professionnels si besoin, est basée sur les capacités de la personne, ses attentes, les facteurs psychosociaux, environnementaux et familiaux. Elle a pour objectif d'identifier les difficultés, les besoins comblés ou non comblés pour la personne en perte d'autonomie. Elle permet ainsi de faciliter la définition des objectifs d'intervention, dans une logique de parcours de vie et de santé.

L'analyse multidimensionnelle permet :

- ⇒ d'identifier les besoins à l'aide de la grille de Virginia HANDERSON,
- ⇒ d'établir un diagnostic infirmier posé à partir de la problématique « santé » : pathologies, antécédents...,
- ⇒ d'orienter la mise en place de soins annexes : ESA, kinésithérapie, orthophonie, accueil de jour, plateforme de répit, matériel paramédical...,
- ⇒ d'évaluer l'autonomie et l'indépendance fonctionnelle (capacité à la réalisation des actes de la vie quotidienne), des fonctions cognitives,
- ⇒ de prendre en compte l'environnement social, familial ainsi que l'habitat.

L'évaluation précise les modalités de la réévaluation (échéance, fréquence, champs à réévaluer).

Au-delà de l'information qui compose les différents domaines de l'évaluation, celle-ci devra permettre d'identifier :

- ⇒ les souhaits de la personne,
- ⇒ son accord avec le projet de soins proposé et son autorisation à communiquer ou partager l'information avec d'autres acteurs.

5.3 / Le document individuel de prise en charge (DIPEC)

L'IDEC du SSIAD élabore avec la personne accompagnée ou son représentant légal un document individuel de prise en charge (DIPEC Art L.311-4 du CASF). Ce document définit les objectifs, la nature de la prise en charge, le nombre de passages, la mise en place d'un binôme AS-AVS, les modalités de prise en charge notamment pour le week-end et les jours fériés...

5.4 / Le projet personnalisé ou projet d'accompagnement personnalisé

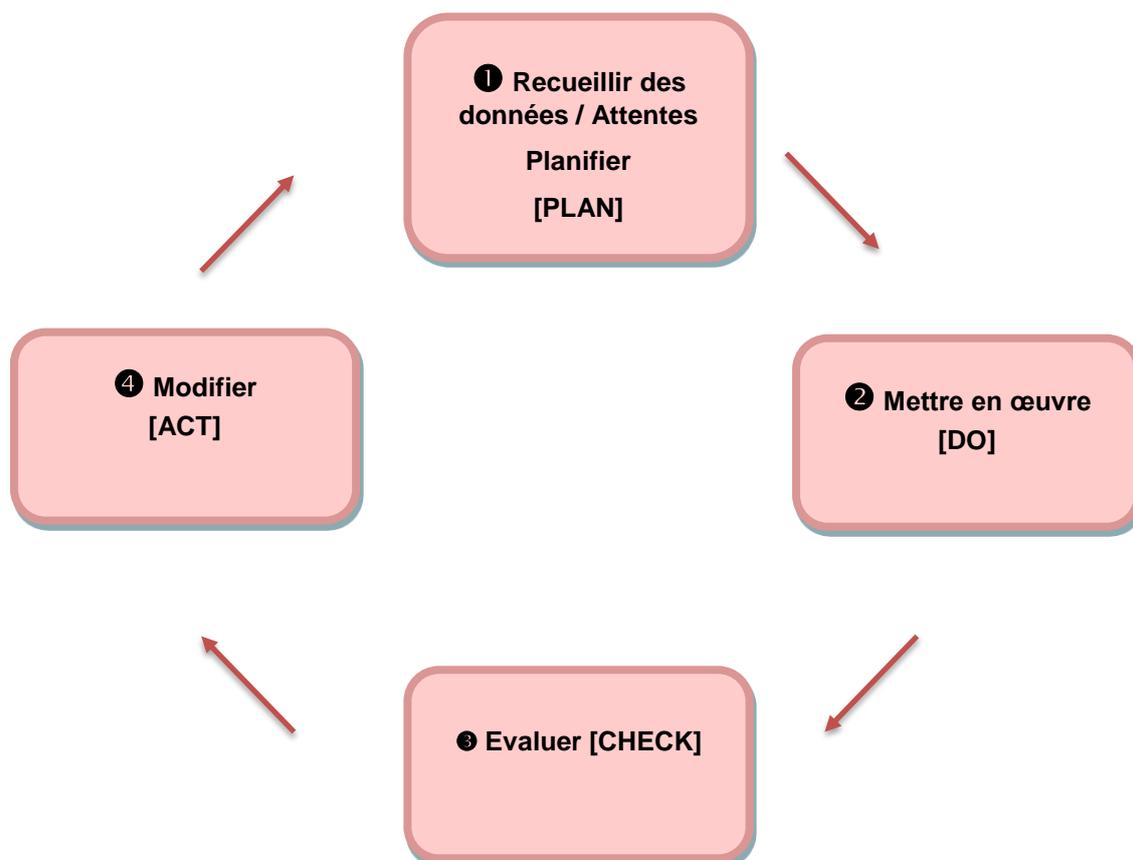
Le projet personnalisé est une obligation de la loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et repris dans le CASF : Art D.312-3. Il repose sur une démarche dynamique de co-construction comprenant un dialogue régulier entre l'usager et son entourage, les professionnels concernés et les tiers (intervenants à domicile, représentants légaux).

Il est issu d'une évaluation multidimensionnelle et fait suite à une période d'observation impliquant une pluralité d'acteurs. Il prend en compte les besoins et les attentes de la personne qui peut en permanence exprimer son avis sur ce projet.

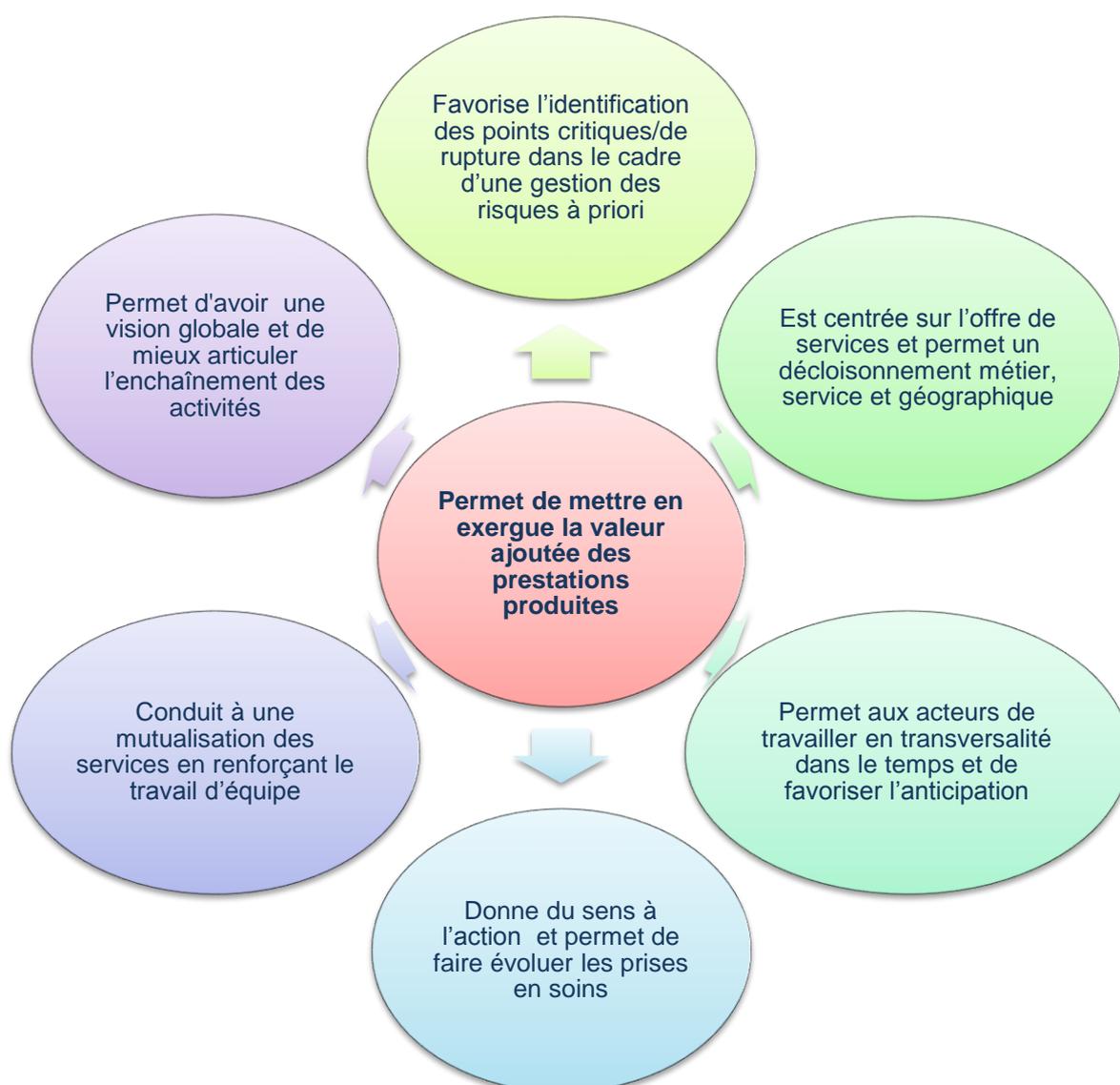
Le projet est centré sur la personne soignée appréhendée dans sa globalité. Il est rédigé à partir de l'évaluation des besoins de la personne en tenant compte de ces attentes. Il comporte les habitudes de vie ainsi que les aspects environnementaux, familiaux et sociaux. Il prend en compte tous les professionnels intervenants auprès de la personne.

5-5 / La démarche qualité

Selon les recommandations de 2008 des Bonnes Pratiques de l'ANESM intitulées « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » ; la mise en œuvre opérationnelle se décline essentiellement en quatre étapes indispensables qui doivent s'inscrire dans une démarche continue de la qualité :



L'intérêt de l'approche qualité est multiple :



Afin d'optimiser les pratiques professionnelles, la construction d'outils communs aux SSIAD/SPASAD d'un même territoire est recommandée. Certains territoires MAIA travaillent activement sur le sujet.

6

COORDONNER LE PROJET DE VIE ET DE SANTE

6.1 / Coordonner le projet de vie et de santé dans une démarche parcours

Le déploiement des parcours de vie et de santé s'appuie sur la démarche d'intégration des services.

Les parcours de vie et de santé permettent l'accès aux usagers à l'ensemble de l'offre du territoire dans les domaines sanitaire, médico-social, ambulatoire et social en respectant leur choix de vie et renforcent le maintien à domicile.

Les objectifs du parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles et en situation de handicap sont de :

- ⇒ permettre un maintien à domicile de qualité,
- ⇒ améliorer le dépistage précoce de la fragilité,
- ⇒ anticiper les situations de crise en garantissant l'accès à des évaluations médico-psycho-sociales et à l'expertise,
- ⇒ organiser la fluidité des parcours de vie et de santé au sein d'un dispositif structuré par territoire : place du médecin traitant garant du projet de soins, formalisation des coopérations ambulatoire, hospitalière, médico-sociale et sociale,
- ⇒ éviter les hospitalisations non programmées,
- ⇒ améliorer et adapter l'offre sanitaire et médico-sociale (diversification, recomposition, dispositif innovant...).

L'IDEC dans son rôle de coordination, organise les soins entre les différents partenaires et en accord avec ces derniers : SAAD, médecins, infirmiers libéraux... La fonction de coordination varie selon la présence des acteurs de coordination dans l'accompagnement (CLIC, centres médico-sociaux, gestion de cas...).

L'IDEL assure des actes infirmiers techniques, prescrits par le médecin traitant dans le cadre d'une convention signée avec le SSIAD.



6.2 / La coordination des sorties d'hôpitaux avec les acteurs hospitaliers

L'action du SSIAD dans le parcours de la personne âgée est significative sur les sorties d'hospitalisation. La fonction de coordination sera plus intensive à ce moment. L'objectif général est la stabilisation de la situation au domicile, celle-ci se mesure en fonction de l'atteinte des objectifs fixés lors de l'évaluation.

Le rôle de l'IDEC, dans ses missions de coordination, est de renforcer les liens avec les établissements de santé afin de participer à l'organisation des retours à domicile et permettre la synchronisation des intervenants du domicile.

6.3 / Les modalités de partage et de transmission des données

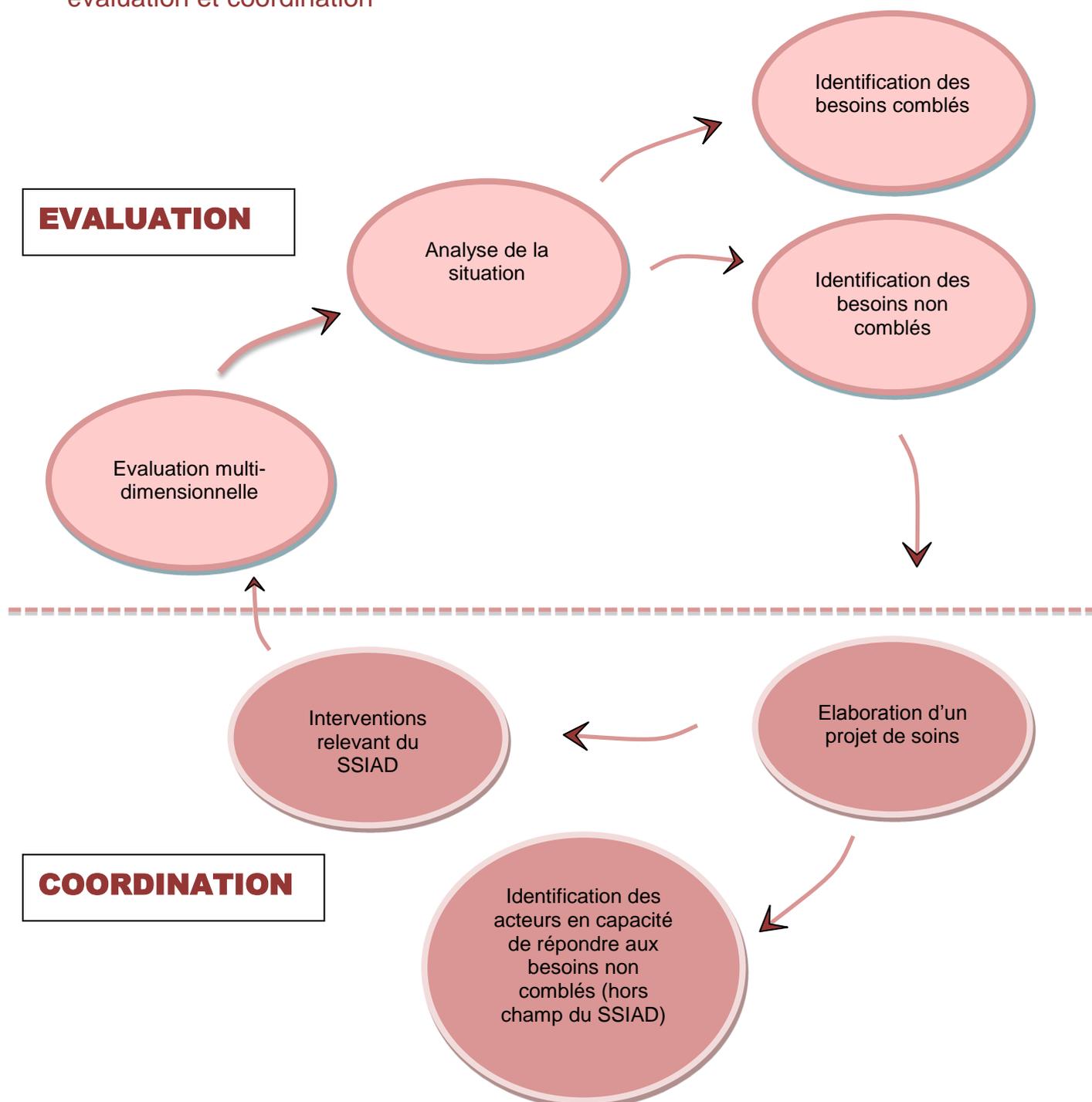
Le partage de données est une composante essentielle de la fonction de coordination. Le médecin traitant est le premier acteur à être impliqué dans le processus d'évaluation et informé des résultats et du projet personnalisé proposé, notamment sous forme de synthèse.

La communication des informations recueillies a pour but de répondre à certains objectifs du projet personnalisé. L'échange d'information ne doit se faire que dans la seule recherche de réponse aux besoins de la personne et d'amélioration de son accompagnement.

Avant tout partage d'informations concernant la personne, l'infirmière coordonnatrice du SSIAD/SPASAD doit s'assurer d'obtenir son autorisation à communiquer les informations la concernant et identifiera les interlocuteurs ressources.

Lors du passage de relais du SSIAD vers un autre dispositif ou inversement, une synthèse et un temps de partage d'informations seront réalisés entre les professionnels pour faciliter la poursuite de l'accompagnement, sous réserve de l'autorisation de la personne âgée ou en situation de handicap ou de son représentant légal.

6.4 / Les articulations entre évaluation et coordination



7

LES « SSIAD RESSOURCES » POUR FAVORISER LA COLLABORATION AVEC LES SAAD

Les pratiques sur le territoire normand sont variées et les collaborations entre les acteurs peuvent déjà exister. Dans le cadre de la coordination, il est nécessaire de s'appuyer sur celles-ci et d'en favoriser la formalisation.

Le SSIAD ressource est à distinguer du SPASAD. On peut le qualifier de dispositif intermédiaire au SPASAD.

Le SSIAD ressource est un SSIAD identifié comme « ressource » par un ou plusieurs SAAD. Le SAAD pourra bénéficier d'une compétence « santé » par l'appui technique, logistique et/ou organisationnel, ainsi qu'une aide concrète sur toutes difficultés de prises en charge. Des relations privilégiées s'opèrent entre les professionnels des deux dispositifs. Le SAAD peut bénéficier des compétences de l'infirmière coordinatrice.

Ainsi, les deux structures développent un niveau de collaboration étroit au service des personnes accompagnées. Cette collaboration vient faciliter les passages de relais réciproques.

Lorsqu'une collaboration est étroite et réciproque, et que des habitudes de travail conjointes existent, les relais se font plus aisément. La relation de confiance et l'habitude de travail en commun améliorent la performance et la qualité des accompagnements.

L'objectif est d'assurer le bon service, au bon moment, par le bon acteur. L'évaluation de la personne, doit être la première étape dans l'organisation du parcours de santé et de vie.

Au-delà de l'importance de l'évaluation, pour développer cette relation partenariale, une collaboration s'établit de manière équilibrée dans un mode « gagnant/gagnant ».

Elle permet de garantir :

- ⇒ une qualité de prise en charge à l'usager, en assurant un appui du SSIAD vers le SAAD et inversement, à tout moment de l'accompagnement,

- ⇒ le développement des compétences des auxiliaires de vie des SAAD et des aides-soignants des SSIAD, dans la limite de leurs fonctions telles que précisées dans les référentiels professionnels ; grâce à l'échange d'informations et à des formations mutualisées,

La relation de collaboration entre les SAAD et les SSIAD peut se développer dans différents domaines tel que la formation, la prévention, l'identification de bonnes pratiques.

Afin de mieux travailler au service des personnes accompagnées, il est nécessaire de veiller :

- ⇒ à la garantie de la continuité du projet de vie de la personne accompagnée,
- ⇒ au respect et à la reconnaissance mutuelle du travail de chacun,
- ⇒ au respect de la personne aidée et de son autonomie, de son implication dans son projet de vie et ses habitudes de vie et de ses souhaits,

Cette collaboration a pour objectifs de :

- ⇒ faciliter l'interpellation du « SSIAD ressource » lorsque le SAAD rencontre des difficultés dans une situation. Pour ce faire, chaque binôme (responsable SAAD/ IDEC SSIAD) pourra identifier les critères et les modalités d'alerte en fonction de l'organisation de chaque service ;
- ⇒ accompagner les relais sur la durée en favorisant les co-évaluations entre l'IDEC et le responsable du SAAD et en favorisant l'échange d'informations ;
- ⇒ assurer des relais sécurisés pour la personne âgée ou en situation de handicap et pour le personnel du SAAD en assurant la formation à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne.

Lors d'un accompagnement commun ou lors de la passation de relais d'un SSIAD vers un SAAD, la collaboration aura pour objet :

- ⇒ l'identification de situations nécessitant l'interpellation du SSIAD pour les usagers suivis uniquement par le SAAD,
- ⇒ la définition de critères d'alerte, de points de veille dans le suivi individuel,
- ⇒ le développement d'évaluation commune lorsque celle-ci est requise,
- ⇒ l'identification des données pouvant être transmises d'un service à l'autre avec l'autorisation de la personne,
- ⇒ l'organisation de temps de concertation sur les situations individuelles,
- ⇒ la recherche d'intervention d'autres ressources professionnelles tel que : ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue ou d'autres dispositifs complémentaires (ESA, accueil de jour, hébergement temporaire).

Les modalités de collaboration dans le domaine de la formation pourront se développer :

- ⇒ par la mise en place de temps de formation spécifique au domicile dans les situations particulières,
- ⇒ par le développement de formations communes sur des thématiques spécifiques.

Cette entente sera formalisée dans une convention de collaboration dont le tronc commun sera défini au niveau régional. Les partenaires pourront toutefois identifier des objectifs de collaborations qui leurs seront propres, en fonction :

- ⇒ de la collaboration déjà existante,
- ⇒ des besoins et des priorités identifiées sur le territoire,
- ⇒ de la nature des services présents.





LES SPASAD INTEGRES

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement par son article 49 a déployé la mise en œuvre d'une expérimentation d'un modèle intégré d'organisation et de fonctionnement d'un SPASAD.

L'article D312-7-1 du CASF précise que les SSIAD, les SAAD et les SPASAD disposent de locaux leurs permettant d'assurer leurs missions. L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire [...] et coordonnée par un personnel salarié du service.

Cette expérimentation a pour objectif de favoriser le rapprochement entre les structures d'aides et les services de soins à domicile à travers un fonctionnement intégré. Cette expérimentation est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé par le SPASAD expérimentateur ou les services qui le composent, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

La signature des CPOM des SPASAD expérimentaux a été clôturée au 30 juin 2017, pour une durée de deux ans, tacitement reconductible dans la limite de cinq ans.

Les SPASAD qui participent à l'expérimentation prennent en charge des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des personnes atteintes de pathologies chroniques, en situation de perte d'autonomie.

Les actions des professionnels des soins à domicile des SPASAD expérimentaux ont pour objectif de protéger, de maintenir la santé physique et mentale des personnes prises en charge ainsi que l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques.

Les actions des professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile visent à préserver l'autonomie des personnes prises en charge dans l'exercice de leurs activités de la vie quotidienne.

Les actions de prévention qui concourent à favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées. Dans ce cadre, les SPASAD expérimentaux proposent des actions de prévention dans un ou plusieurs des domaines suivants : la dénutrition et la déshydratation, les chutes à domicile, l'isolement. Ils peuvent également mettre en œuvre ou proposer des activités physiques et cognitives adaptées.

8-1 / Synthèse



Meilleure qualité de prise en charge

- Concertation entre les équipes.
- Co-évaluation si besoin.

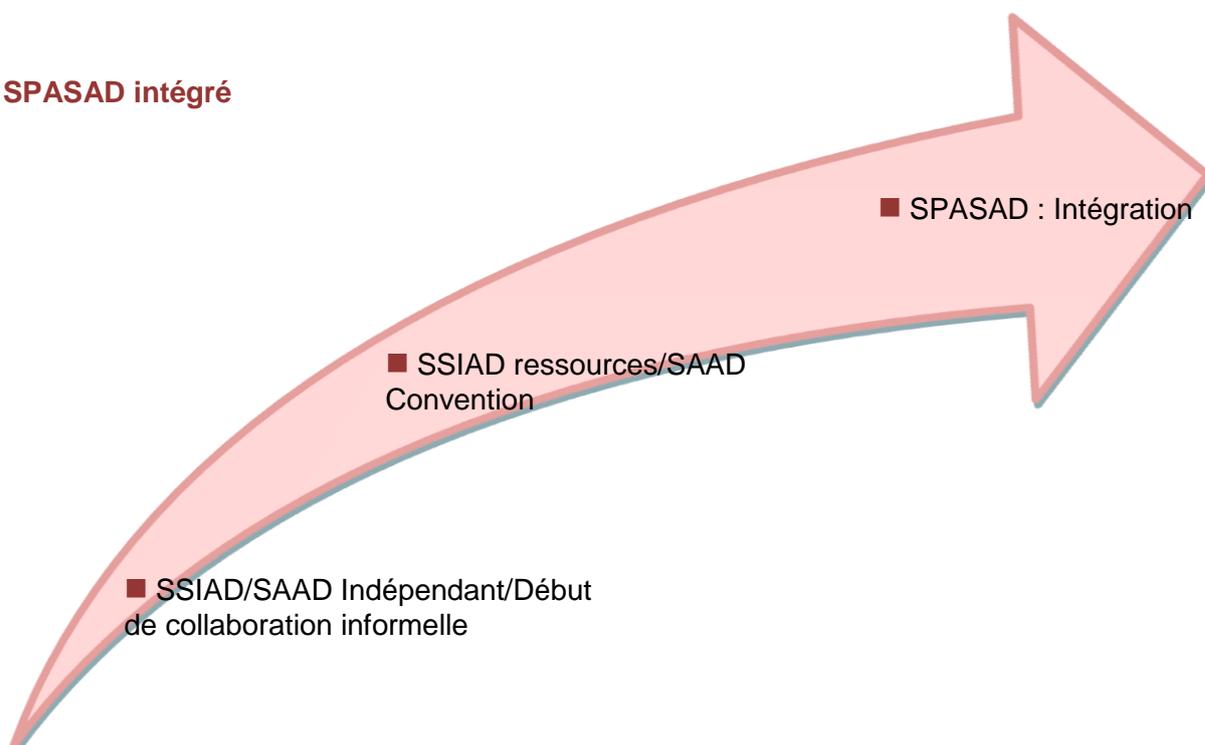
Passage de relais sécurisés

- Système d'alerte (critères).
- Echange facilité d'informations.

Développement des compétences des professionnels

- Formation commune.
- Formation entre professionnels au domicile.

► Vers le SPASAD intégré





EXPERIMENTATION DE PSYCHOLOGUES EN SSIAD

Lancée en 2017 dans le cadre du PMND, celle-ci vise à doter ces services d'un appui de psychologue pour améliorer l'accompagnement des usagers, de leurs aidants et des équipes de SSIAD/SPASAD.

Les principales missions du psychologue sont de repérer :

- ⇒ les troubles cognitifs et leurs conséquences sur les activités de la vie quotidienne ainsi que sur la prise en charge soignante et sur le lien avec l'entourage,
- ⇒ les troubles du comportement impactant le bien-être du patient ou sa prise en charge médicale,
- ⇒ les troubles de l'humeur associés,
- ⇒ le risque de passage à l'acte sur soi ou sur autrui,
- ⇒ les dynamiques familiales.

Le psychologue mènera un nombre de séances limitées et réorientera ensuite vers un autre professionnel au regard du besoin en termes de suivi.

10

HOSPITALISATION A DOMICILE

La circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile en donne la définition suivante :

- L'hospitalisation à domicile (HAD) concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

L'admission en HAD ainsi que la sortie sont faites sur prescription du médecin traitant ou d'un médecin hospitalier (public ou privé) et après avis du médecin coordonnateur de l'HAD.

L'HAD ne peut se réaliser qu'avec l'accord du médecin traitant ; qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge.

Une fois l'évaluation des conditions de prises en charge initiale du patient réalisée, un projet thérapeutique est établi par l'équipe de l'HAD pour chaque patient, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire du service prescripteur et le médecin traitant

Les établissements d'HAD et les SSIAD, ainsi que les SPASAD pour leur partie soin :

- ⇒ *interviennent au domicile des personnes afin de prévenir, éviter, ou réduire la durée d'une hospitalisation avec hébergement* et donc de favoriser le retour et le maintien à domicile.
- ⇒ *sont susceptibles de prendre en charge des populations identiques en termes d'âge et de typologie* (personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ; personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ; personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection).

L'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018 :

- ⇒ a pour objet de faciliter la coordination des SSIAD/SPASAD avec des établissements d'HAD pour assurer la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients à leur domicile dans le cadre d'une intervention conjointe ou d'interventions successives.
- ⇒ et propose un modèle de convention de partenariat entre les deux types de structures et un outil de collaboration (fiche de liaison).

D'après les textes réglementaires du 1^{er} juin 2018 et l'instruction N°DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018, l'intervention conjointe peut-être mise en place dans l'une des situations suivantes :

- ⇒ Lorsque le patient est pris en charge depuis une durée minimale de 7 jours calendaires consécutifs par le SSIAD/SPASAD ;
- ⇒ Suite à une période d'hospitalisation complète et sous réserve que les deux conditions suivantes soient réunies :
 - le SSIAD/SPASAD a pris en charge le patient avant son hospitalisation complète pendant une durée minimale de 7 jours calendaires consécutifs ;
 - le retour à domicile du patient s'effectue dans le délai pendant lequel le SSIAD/SPASAD conserve la place de ce patient.

11

LA CONTINUITÉ DES SERVICES

Les SSIAD/SPASAD assurent la continuité des prestations. A ce titre, ils interviennent quotidiennement y compris les dimanches et jours fériés en fonction de l'état de santé et de la prescription du bénéficiaire.

La continuité des prestations est assurée pour les soins programmés. Elle n'entraîne pas la mise en œuvre d'une astreinte 24 heures sur 24. En cas d'urgence, et en dehors des horaires d'ouverture du SSIAD, l'accès aux soins est assuré par la permanence des soins du territoire concerné.

12

SUIVRE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Les établissements médico-sociaux ont l'obligation de renseigner annuellement le tableau de bord ANAP. Il s'agit d'un outil d'aide et de pilotage qui permet d'articuler trois niveaux d'objectifs :

- ⇒ appuyer la contractualisation et l'évaluation,
- ⇒ développer le dialogue de gestion et animer un réseau,
- ⇒ articuler les politiques et les orientations stratégiques.

Ces indicateurs permettent de constater l'avancée de la mise en place des préconisations et de comparer les résultats entre les services. Des indicateurs médico-socio-économiques (ANAP) remontés annuellement au niveau national vont permettre un suivi de l'activité des SSIAD/SPASAD et in fine de suivre l'évolution des pratiques professionnelles.

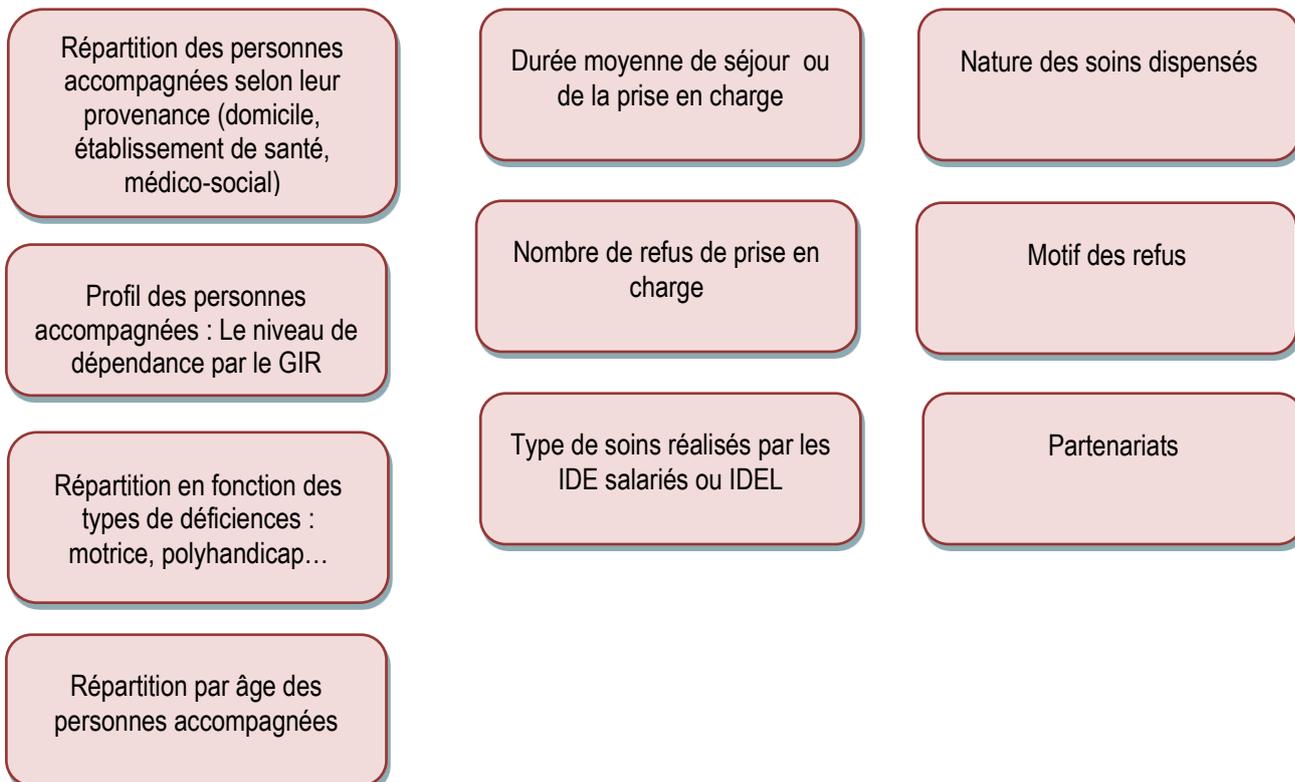
Parallèlement, le rapport d'activité annuel est un document réglementaire à joindre aux documents budgétaires. Afin de le rendre plus exhaustif, les indicateurs ANAP, ci-dessous, doivent apparaître dans le rapport d'activité.

Extrait des indicateurs ANAP*



* Agence Nationale de l'Appui à la Performance

** La file active est l'ensemble des personnes qui ont été vues au moins une fois pendant l'année de référence, quel que soit le nombre et la durée de la prise en charge. La file active correspond à toute personne entrée et sortie sur l'année. Exemple : une personne ayant bénéficié de plusieurs séjours en accueil temporaire, ne doit être comptabilisée qu'une seule fois.



Annexe 1 :

La méthodologie de travail

L'ARS a constitué plusieurs groupes de travail en 2014-2015 et 2017 ; composé de représentants de SSIAD/SPASAD, de SAAD, de Conseils Départementaux, de pilotes MAIA, de la CARSAT, l'URPS infirmiers et de l'Agence Régionale de Santé Normandie.

Les groupes ont travaillé sur plusieurs axes :

- ⇒ l'optimisation des organisations et des fonctionnements :
 - réaffirmer les missions des SSIAD/SPASAD dans le soin à domicile
 - définir un socle commun de fonctionnement et un référentiel d'organisation
 - promouvoir l'harmonisation des pratiques professionnelles et les mettre en œuvre
 - s'approprier la démarche d'intégration dans le parcours de vie et de santé des personnes âgées/en situation de handicap
 - sensibiliser les équipes de professionnels, communiquer sur les enjeux de qualité de soins et de bienveillance
 - identifier les indicateurs de performance à intégrer dans les rapports d'activité des services

- ⇒ le rôle du SSIAD/SPASAD et son intégration dans le parcours de vie et de santé :
 - positionner les SSIAD au sein du parcours
 - identifier et objectiver les freins et leviers à la détection des fragilités, au sein du lieu de vie, à la coordination des acteurs et à l'organisation d'une prise en charge, au domicile, dans un principe de continuité

Les membres des groupes ont recentré les thématiques de réflexion autour de :

- ⇒ L'harmonisation des critères d'inclusion
- ⇒ L'amélioration de la fluidité des demandes d'admission
- ⇒ La révision du processus d'évaluation
- ⇒ La définition du rôle de coordination de l'infirmière coordinatrice
- ⇒ Le développement d'une meilleure collaboration avec les SAAD
- ⇒ L'identification des indicateurs susceptibles d'évaluer les évolutions des pratiques

Nous remercions vivement les représentants des SSIAD, SPASSAD, SAAD, Conseils Départementaux, URPS Infirmiers, l'association Normandie SSIAD, la CARSAT, les MAIA de leur participation active à cette démarche et à l'élaboration de ce référentiel.

Annexe 2 :

Le cadre législatif et réglementaire des SSIAD/SPASAD/HAD

Les services de soins infirmiers à domicile, sont au sens des 6° et 7° de l'art L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), des services médico-sociaux. Ils sont soumis aux droits et aux obligations de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux auxquels s'ajoutent des dispositions réglementaires spécifiques.

Les articles R.314-137, R. 312-1 à D.312-5-1 du CASF constituent le socle des dispositions spécifiques aux SSIAD.

Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD,

Le circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile,

L'arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile mentionné à l'article 9 du décret n° 2004-613 du 25 juin 2004,

La circulaire du 28 juillet 2005 relative à l'arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R.314-17 du CASF,

La circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile,

L'instruction n° SG/CNSA/2016/58 du 22 janvier 2016 relative à la déclinaison régionale du plan maladies neurodégénératives 2014-2019,

L'instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 08 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,

La note d'information n° DGCS/SD3A/2017/222 du 06 juillet 2017 relative au cadre commun d'expérimentation pour l'appui d'un temps de psychologue en SSIAD (mesure 21 du PMND)

Le décret n° 2018-271 du 13 avril 2018 relatif à l'intervention des établissements d'HAD auprès des personnes bénéficiant de prestations réalisées par un SSIAD ou un SPASAD,

Le décret n° 2018-430 du 1er juin 2018 prévoyant les conditions d'admission et les modalités de prise en charge conjointe des patients par un établissement d'HAD et un SSIAD ou un SPASAD,

L'arrêté du 1er juin 2018 fixant la durée de la prise en charge minimale par le SSIAD ou le SPASAD permettant une intervention conjointe avec un établissement d'HAD,

L'instruction n° DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018 relative à l'articulation entre les SSIAD-SPASAD et les établissements d'HAD pour assurer la prise en charge continue du patient à son domicile.



normandie.ars.sante.fr



[@ars_normandie](https://twitter.com/ars_normandie)



Espace Claude Monet
2 place Jean Nouzille - CS 55035
14050 Caen Cedex 4



02 31 70 96 96



ars-normandie-contact@ars.sante.fr