

Origine : Célia VALERO Solène GOUESBET	
Suivi par : David CAUSSE Adeline LEBERCHE Eric DUBOST	Copie à : Stéphanie ROUSVAL ; Françoise DURANDIERE
Inter-commission HAD et GT Domicile Mercredi 7 septembre 2016	

ORDRE DU JOUR

10h00 – 12h15 : Inter-commission Domicile/HAD

Les coopérations entre les établissements d'HAD et les SSIAD/SPASAD

- **Introduction** : travaux en cours sur les plans MND et soins palliatifs et enjeux de cette matinée en inter-commission
- **Retours d'expérience** :
 1. Comment améliorer l'articulation SSIAD-HAD pour la prise en charge d'un même patient atteint d'une MND ?
 2. Quelles frontières entre SSIAD et HAD ? Comment organiser le relais du SSIAD vers l'HAD pour un patient en fin de vie ?
- **Réflexions avec les participants**

12h15 – 12h30 :

- Crédits d'Impôt pour l'Action Solidaire
- Textes sur les Projets Régionaux de Santé et les Conseils Territoriaux de Santé

14h00 – 15h00 : Le programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO), présenté par le Dr Odile Rames, Médecin Conseil CNAMTS

15h00 – 16h30 : Les parcours complexes des patients, présenté par le Dr Guy VANCON, ancien Médecin HAD

Inter-commission Domicile/HAD : Les coopérations entre les établissements d'HAD et les SSIAD/SPASAD

Introduction : travaux en cours sur les plans MND et soins palliatifs et enjeux de cette matinée en inter-commission

Pour introduire cette matinée, les objectifs et les enjeux de l'inter-commission HAD/Domicile ont été présentés, l'objectif général étant de réfléchir à une amélioration du parcours de soins du patient à domicile en s'appuyant sur des travaux en cours et des travaux déjà réalisés, notamment par la FEHAP.

La FEHAP a réalisé une **trame conventionnelle entre HAD et SSIAD pour de la mise à disposition de personnels**, trame qui date de 2010 et qui fera donc l'objet d'une mise à jour. La FEHAP a également **publié un ouvrage intitulé « Les services sanitaires sociaux et médico-sociaux à domicile »**, soit une vision transversale et stratégique du champ. Cet ouvrage est [téléchargeable sur notre site internet](#). Enfin, la FEHAP est à l'origine de **l'amendement Fourcade pour préserver les collaborations entre IDEL, HAD et SSIAD** (présomption de non requalification en contrat de travail ET préservation de la prise en charge par la sécurité sociale des cotisations sur les revenus des IDEL).

Enfin, cet objectif de coopération entre HAD et SSIAD/SPASAD se retrouve dans différents travaux précédemment menés. C'est le cas par exemple de l'enquête de la MECSS sur l'HAD de 2016 qui rapporte que le travail de l'HAD peut exiger l'intervention de **manière simultanée ou successive** de plusieurs types de services dont les SSIAD/SPASAD. Le rapport propose de **développer autour d'un ou plusieurs dispositifs une offre pour prendre en charge les patients qui sont trop lourds pour les SSIAD et trop légers pour les HAD**.

Une autre enquête réalisée par la FNEHAD, l'UNA et l'ADMR met en évidence **les situations nécessitant des interventions conjointes entre HAD et SSIAD/SPASAD**. Il s'agit notamment des prises en charge qui touchent à la fin de vie et aux soins palliatifs. Ces interventions conjointes seraient également nécessaires pour éviter des ruptures d'accompagnements médico-sociaux réalisés par les SSIAD (intervention de courte durée de l'HAD pour une antibiothérapie par exemple ou lors d'un transfert de prise en charge d'une structure à l'autre qui sera potentiellement sur du long terme, soit une période de passation).

Selon cette même étude, les besoins de coopérations s'expriment par 70% de demandes de relais et 30% des demandes d'interventions conjointes. Les demandes d'interventions conjointes sont faites pour 43% par les HAD et 57% par les SSIAD. Ces chiffres permettent de faire le constat d'une demande et d'un besoin partagé.

L'enjeu de cette inter-commission est donc bien de :

- S'inscrire dans la continuité de ces travaux et ceux en cours au sein du Ministère,
- En s'intéressant plus précisément aux **pratiques concrètes de coopération**

Pour cela, les échanges de cette inter-commission se sont fait notamment autour des deux plans nationaux **fin de vie** et **maladie neurodégénératives**. Ces plans visent tous deux à favoriser le développement des coopérations HAD – SSIAD (mesures 15 et 21 du plan MND 2014-2019 et mesure 11 du plan soins palliatifs 2015-2018).

Echanges avec la salle sur la matinée inter-commission :

Afin de clarifier les types de coopération possible, on peut identifier 3 strates :

- 1. Les mises à disposition de personnels qui est une règle établie et qui renvoie à la convention MAD de la FEHAP*
 - 2. Le choix de gestion des structures qui renvoie à la qualité et l'organisation*
 - 3. Une intervention conjointe de l'HAD et du SSIAD qui aujourd'hui n'est pas autorisée sur le plan national mais il existe des situations pour lesquelles il faudrait permettre cette conjugaison de compétences.*
1. Concernant les MAD, les structures ne souhaitent pas donner une **vision utilitaire de leurs services**, notamment pour les SSIAD/SPASAD dans la mise à disposition d'aides-soignants par exemple. Pour cela, une vigilance doit être portée lors de la mise en place et signature des conventions pour les MAD de personnels afin que cette **convention de partenariat apporte un intérêt aux deux parties**. Une rupture de convention doit être envisagée si les engagements ne sont pas respectés.
 2. **La FEHAP propose de constituer un intergroupe de volontaires pour réfléchir sur la question qualitative et organisationnelle des structures**. Ce groupe pourra travailler sur des outils existants et identifier les initiatives que la FEHAP doit prendre pour appuyer les uns et les autres dans leurs choix de gestion.
 3. Par ailleurs, concernant le 3^{ème} point, si aujourd'hui les interventions conjointes ne sont pas autorisées au niveau national, elles peuvent faire l'objet d'accords spécifiques par les ARS pour des expérimentations de pratiques régionales avancées. C'est le cas de l'HAD Centre Alsace dirigée par Marie-Hélène RAFF qui a un accord local avec son ARS. Pour avancer sur ce 3^{ème} niveau de coopération, **la FEHAP propose de travailler sur un benchmark des pratiques régionales avancées sur ce thème avec l'aide des membres de l'inter-commission volontaires**.

Il a été relevé également l'intérêt des SAAD et SPASAD dans les coopérations et synergies astucieuses à mettre en place. L'intergroupe qui travaillera sur l'identification des pratiques avancées de coopération devra donc envisager ce travail en grand périmètre (HAD, SSIAD, SPASAD, SAAD...)

RETOURS D'EXPERIENCE :

1. **Comment améliorer l'articulation SSIAD-HAD pour la prise en charge d'un même patient atteint d'une MND ?** par Olivier Cholay, HAD OHS Nancy

Une réunion s'est tenue à la DGOS en juin dernier sur la mesure 15 du PMND et à laquelle Olivier Cholay participait. Cette réunion portait principalement sur les prises en charge des patients atteints de Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA), Sclérose en Plaque (SEP) et syndromes parkinsoniens. Lors de cette réunion, les sujets ont été abordés de manière trop théorique, avec un manque de connaissance et de retours de terrain.

Lors de cette réunion, la DGOS a aussi souhaité aborder la question de la dégressivité tarifaire qui s'applique aux établissements HAD lors des prises en charge de patients atteints de MND, ce qui est illogique puisque la charge en soins pour ces personnes augmentent au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Le comité HAD a relevé un autre problème pour ces prises en charge, seulement 5 interventions de rééducateurs par semaine sont rémunérées, ce qui est insuffisant pour certains patients.

La DGOS est favorable pour faire évoluer cette contrainte de dégressivité tarifaire.

La DGOS a aussi fait part du sujet de la prochaine réunion de ce groupe de travail qui sera sur la communication de l'HAD. Elle vise pour le moment des communications très institutionnelles, c'est pourquoi la FEHAP avec l'aide des membres du comité HAD doit être force de proposition.

2. Quelles frontières entre SSIAD et HAD ? Comment organiser le relais du SSIAD vers l'HAD pour un patient en fin de vie ? Nacima Zerriatte, SSIAD APF Val de Marne (Cf. support de présentation)

Le Pôle adultes à domicile APF 94 comprend un SAVS (100 accompagnements, convention MDPH pour 80 évaluations PCH), un SAAD (zone d'intervention Val de Marne), un SAAD (zone d'intervention Paris) et un SSIAD (zone d'intervention Val de Marne).

Le SSIAD dispose de 35 places et se compose d'une équipe soignante de 2,75 ETP IDE, 5 ETP AS, 0,5 ETP ergothérapeute et 0,5 ETP neuropsychologue.

Les SSIAD sont surtout adaptés pour les situations stables qui nécessitent un accompagnement classique. Contrairement à l'HAD, le SSIAD doit mettre à contribution les familles par manque de ressources humaines, matérielles et manque de temps de coordination (récupération des médicaments ou de dispositif médical à la pharmacie, matériel de soins à commander...). Les patients ressentent cette différence de ressources matérielles entre les SSIAD et les HAD et sont souvent surpris par cette grande différence de moyens.

Le SSIAD passe le relais lorsque les situations deviennent complexes néanmoins dans beaucoup de situations le recours à l'HAD est trop tardif. Il faudrait réfléchir à un outil qui permettrait au SSIAD de savoir à quel moment de la prise en charge il doit passer le relais et inversement pour l'HAD.

Echanges avec la salle sur la matinée inter-commission :

En lien avec l'intervention d'Olivier Cholay, une distinction a été faite par les membres présents sur la prise en charge des patients SLA versus la prise en charge des patients atteints de SEP ou Parkinsonien. Les besoins et problématiques sont différents. Les gestionnaires de SAAD, SSIAD et SPASAD ont également été invités à faire remonter les prises en charge pour lesquelles ils rencontrent des difficultés. Les accompagnements les plus difficiles pour les SSIAD sont ceux pour lesquels il y a une problématique sociale ou une nécessité de matériel coûteux ou niveau de technicité élevé. **La mise en place d'un groupe de travail sur « les usagers orphelins » est proposée pour avancer sur ces réflexions.**

Par ailleurs, alors que les plans MND et fin de vie visent à favoriser les coopérations entre les structures et améliorer le suivi des usagers concernés par l'une des deux ou les deux thématiques, **la pratique et le discours des médecins contrôleurs sur le terrain est tout autre et en totale contradiction avec cette volonté politique marquée.** Lors des contrôles T2A, les médecins contrôleurs sont très vigilants et intransigeants sur les prises en charge des patients atteints de maladies chroniques par les HAD lorsqu'ils les estiment d'une trop longue durée. Ce point sera remonté lors de la prochaine réunion au Ministère du GT sur la mesure 15 de PMND.

En lien avec l'intervention de Nacima Zerriatte, des propositions ont été faites par les membres de l'inter-commission pour améliorer les coopérations entre l'HAD et le SSIAD/SPASAD, par exemple mettre en place un forfait de transmission pour les relais de prise en charge d'une structure à une autre.

La problématique des patients trop lourds pour les SSIAD et trop légers pour les HAD a été abordée. Les SSIAD renforcés et les transi-SSIAD peuvent apparaître comme de bons modèles pour ces patients, néanmoins ces modèles sont expérimentaux et il faut donc attendre leur évaluation avant de voir un développement de ces derniers au niveau national.

Jean-Pierre Coudre a fait remarquer que l'ARS Île-de-France (IDF) était très exigeante sur le taux d'occupation demandé pour les SSIAD de la région puisqu'elle a fixé ce taux à 95%. Cela signifie qu'il faut parfois être à plus de 100% pour atteindre cet objectif. Une étude démontre pourtant que le SSIAD ne possède pas suffisamment de ressources lorsqu'il fonctionne à 100% (étude à récupérer auprès de Frédéric). En poussant les SSIAD vers une capacité d'absorption réactive, l'ARS IDF pousse finalement à la mauvaise gestion. D'autant plus que ces taux sont beaucoup moins élevés pour d'autres régions (pour certains, taux d'occupation fixé à 65%)

Textes sur les Projets Régionaux de Santé et les Conseils Territoriaux de Santé

Deux fiches techniques ont été réalisées et mises à jour (à consulter en suivant cliquant sur les liens suivants) :

- [Projet régional de santé : un décret précise les dispositions de la LMSS](#)
- [Territoires de démocratie sanitaire, zones d'implantation... : les changements induits par la LMSS](#)

Plusieurs idées sont à retenir sur ce sujet. Les activités du domicile sont les seules autorisations territorialisées (avec la psychiatrie). Avec l'arrivée des prochaines versions des PRS, environ 2018, les ARS pourront décider de réduire le nombre de SSIAD/SPASAD, SAAD, etc. Les structures devront donc se mettre en alignement avec le nombre demandé. Cette nouveauté impact davantage le secteur médico-social car le sanitaire est déjà acculturé à ces méthodes. Les structures ont tout intérêt à renforcer leur ancrage

territorial en liant des partenariats avec d'autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales pour justifier la continuité de leurs activités.

Par ailleurs, les conférences de territoire deviennent aujourd'hui les conseils territoriaux de santé (CTS). Les zones définies pour ces CTS peuvent être les mêmes ou non que celles qui avaient été choisies pour les conférences de territoire. Nous vous invitons à prendre date par lettre au plus tôt auprès de vos DG ARS sur les désignations pour lesquelles nous avons une légitimité sachant que ces conseils seront composés d'un représentant des établissements d'HAD. Il est important d'avoir des représentants qui sachent penser la globalité du périmètre du domicile.

Vous pouvez prendre connaissance des modalités de définition de ces territoires de démocratie sanitaire, de la composition et du fonctionnement des CTS en consultant [l'article publié](#) sur le site internet de la FEHAP.

Crédits d'Impôt pour l'Action Solidaire :

Le crédit d'impôt pour l'action solidaire (CIAS) est dédié au secteur PNL des associations, fondations et mutuelles œuvrant dans le champ des solidarités (secteur sanitaire, social et médico-social). Le CIAS est en réalité une compensation des désavantages fiscaux et sociaux du PNL qui ne bénéficie pas du Crédit d'impôt pour l'emploi et la compétitivité (CICE) comme les organismes de statut commercial. Le Premier ministre a récemment annoncé que *« le taux du CICE sera porté de 6 à 7 % pour les salaires versés à compter du 1^{er} janvier 2017 »*. Grâce aux actions de la FEHAP et la mobilisation important des adhérents, Le Premier ministre a aussi annoncé une mesure de soutien pour le PNL : *« Le secteur non lucratif-qui n'est pas destinataire du CICE- bénéficiera quant à lui d'une mesure spécifique »*. *« Le geste de l'exécutif pourrait prendre la forme d'une baisse de taxes payées par les associations à but non lucratif sur les salaires »*. Ce sujet sera potentiellement porté dans le PLF 2017 mais il faut maintenant s'assurer que cette demande n'aboutisse pas à une « mesurette ».

Le programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO), présenté par le Dr Odile Rames, Médecin Conseil CNAMTS

Une présentation du dispositif PRADO a été faite aux membres présents sur les volets PRADO déjà mis en places et les expérimentations à venir (Cf. support de présentation).

Le comité HAD souhaite plus de détails sur les chiffres qui ont été présentés. En effet, les parcours médico-économiques des différents volets PRADO tels que présentés ne semblent pas prendre en compte l'intégralité des coûts du dispositif, notamment l'intervention du médecin conseil dans les établissements et auprès des patients qui n'est prise en compte dans les calculs. Aussi, les interventions des professionnels de santé semblent être à des prix très faibles. De plus, le groupe s'étonne de voir des comparaisons entre PRADO et des prises en charge en SSR par exemple. La CNAM met en avant le dispositif PRADO par un « écart d'environ 4000€ entre le parcours ville et le parcours hôpital » mais les deux types de prise en charge comparés ne semblent pas permettre ce raccourci. Le comité HAD appelle à être vigilant sur les comparaisons qui sont faites.

Le comité HAD fait part de sa crainte que de telles données soient présentées au Ministère. Les chiffres montrent des prises en charge peu coûteuses mais peu d'éléments qualitatifs sont présentés sur ces prises en charge.

Par ailleurs, il a été rappelé que pour les prescripteurs il s'agit d'une orientation possible supplémentaire qui s'ajoute à l'ensemble des dispositifs déjà existants pour la prise en charge à domicile. Le dispositif PRADO et l'HAD ne prennent pas en charge les mêmes patients mais pour les prescripteurs la lisibilité de l'offre n'est pas claire. Lorsque ces derniers ont pris l'habitude de fonctionner avec PRADO, ils ne souhaitent pas entamer de démarches avec les établissements d'HAD.

De la même manière, les membres présents s'étonnent de voir qu'aucun partenariat n'est mis en place entre PRADO et les établissements d'HAD, les SSIAD, etc. Comme les prises en charges sont différentes, des liens doivent pouvoir être mis en place pour faciliter l'orientation des patients. La FEHAP prévoit de revenir vers la CNAM pour discuter de ces partenariats et autres réflexions possibles.

Les parcours complexes des patients, présenté par le Dr Guy VANCON, ancien Médecin HAD

Le Dr Guy Vancon a partagé son expérience sur le pôle de coordination territoriale (PCT) qu'il dirige. Ce PCT intervient sur deux départements, la Moselle et Meurthe-et-Moselle. Il a été mis en place par l'ARS Lorraine en 2013 et se compose de 2 médecins à 0,6 ETP, 1 cadre administratif à 0,5 ETP et un assistant à 0,8 ETP. Il a vocation à faire diminuer les séjours hospitaliers et gérer les parcours complexes. Les professionnels de ce pôle interviennent dans les services hospitaliers sur demande des médecins ou des services sociaux. Ils rencontrent les patients pour faire une évaluation de leurs besoins. Le Dr Vancon fait remarquer la grande discordance qu'il y a parfois entre les demandes informatiques et l'état réel des patients. Il a également pu constater que les demandes de prises en charge par l'HAD ne sont pas renouvelées. En cas de refus, les prescripteurs ne renouvellent pas leurs demandes qui peuvent pourtant avoir évolué en fonction de l'état des patients et de leurs besoins. C'est pourquoi, le PCT veille à ne pas se bloquer sur les outils informatiques et favoriser les relations humaines.

Les membres de ce pôle font également des actions d'informations mais aussi de formations à chaque renouvellement des internes (tous les 6 mois) pour que ces derniers aient une large connaissance des structures existantes et donc des solutions qui peuvent être proposées aux patients.

Réflexions et pistes de travail issues de l'inter-commission HAD – Domicile	
Propositions d'axes de travail	Volontaires (ou une personne déléguée de l'organigramme de la structure)
Benchmark des pratiques régionales avancées sur les interventions conjointes HAD et SSIAD/SPASAD et SAAD	<i>Marie-Hélène Raff, Jean-Pierre Coudre</i>
Qualité et organisation des structures	<i>Nathalie Barrier, Carine Mathieu et Eric Dubost</i>
Les usagers « orphelins »	<i>Martine Sémat, Olivier Cholay, Frédéric (GT Dom) et Nacima (GT Dom)</i>
Outil pour repérer le moment du relais dans la prise en charge	
Dialogue qualitatif et organisationnel sur la gestion des places PH	<i>Lien avec APF</i>
Article PSS « Si tout était possible je changerais... » pour améliorer la fluidité des parcours des patients (réflexions sur les MO, la formation des médecins et les relations inter-établissements)	<i>Guy Vancon</i>