

# **E H E S P**

Ecole des hautes études  
en santé publique

---

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et  
Sociale**

Promotion : **2006-2008**

---

**HAD et SSIAD :**

**Conforter le positionnement et optimiser  
l'articulation des dispositifs rennais au service des  
personnes âgées soignées à leur domicile.**

---

**Anne BLU-MOCAER**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui m'ont apporté leur expertise et fait partager leur savoir faire dans l'élaboration de ce mémoire, à savoir les inspecteurs de la DRASS Bretagne et d'autres services déconcentrés qui m'ont encouragé dans mon choix de sujet, et tous les professionnels qui ont consacré du temps à me recevoir et à répondre mes questions.

Je souhaite également adresser un merci particulier à Patricia Loncle, enseignant chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, qui m'a apporté son aide méthodologique et son soutien dans la conduite de mon étude.

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION .....	1
<b>1. DES MISSIONS ET DES MODES DE FONCTIONNEMENT SINGULARISANT DEUX NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE NECESSAIREMENT IMBRIQUES .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 ELEMENTS HISTORIQUES ET CAUSES DU DEVELOPPEMENT DU SOIN A DOMICILE POUR LES PERSONNES AGEES .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1 L'intérêt pour le système de santé .....</b>	<b>1</b>
A. Le vieillissement démographique s'accompagne de l'augmentation de l'occurrence des pathologies liées à l'âge. 1	
B. Le soin à domicile est moins coûteux pour le système de santé. ....	2
C. La réduction des durées d'hospitalisation et la T2A favorisent le soin à domicile. ....	2
D. HAD et SSIAD constituent une plus value pour la société. ....	3
Pour la société, la plus-value apportée par l'HAD et les SSIAD est également réelle. En effet, ces dispositifs en plus de prévenir, voire différer, l'entrée à l'hôpital, constituent de un bassin d'emploi amené à croître à l'avenir. Leur développement va de pair avec celui des services d'aide à domicile dont la loi du 26 juillet 2005 soutient le développement. Le secteur du maintien à domicile constitue donc des opportunités réelles en termes d'emplois.	3
<b>1.1.2 L'intérêt pour les personnes âgées .....</b>	<b>3</b>
A. HAD et SSIAD répondent au souhait d'un nombre grandissant de personnes âgées de rester à domicile. ...	3
B. Soignées au domicile, les pathologies de la vieillesse ont des conséquences psychologiques moins lourdes. 4	
C. Etre soigné chez soi, c'est malgré tout gérer son quotidien. ....	4
<b>1.2 HAD ET SSIAD : ANALYSE COMPAREE DES DEUX DISPOSITIFS. ....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.1 Le cadre réglementaire définissant les missions de chacun des dispositifs .....</b>	<b>5</b>
A. Les missions de l'HAD. ....	5
B. Les missions des SSIAD. ....	5
C. Des régimes d'autorisation sanitaire et médico-sociale similaires. ....	6
D. Des modalités et des sources de financements différents. ....	7
<b>1.2.2 Les soins dispensés et les populations prises en charge .....</b>	<b>7</b>
A. Les soins dispensés par chacun des services répondent aux besoins gradués du patient. ....	7
B. Des services initialement prévus pour des populations non exactement identiques mais qui dans la réalité se recoupent. ....	9
C. Deux dispositifs accompagnant des personnes entourées d'aidant familiaux à considérer. ....	10
D. Des soins d'intensité et de fréquence variables selon qu'ils sont dispensés par les SSIAD ou l'HAD. ....	10
<b>1.2.3 L'organisation des services .....</b>	<b>11</b>
A. Les équipes des deux dispositifs sont composées de salariés et d'intervenants extérieurs. ....	11
B. Deux dispositifs organisés autour d'un coordonnateur. ....	12
<b>1.3 DEUX DISPOSITIFS NECESSAIREMENT COMPLEMENTAIRES DANS CE QUI DOIT ETRE UN « SYSTEME » DE SOINS A DOMICILE. ....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.1 Les raisons devant conduire à une réflexion commune .....</b>	<b>13</b>
A. Un patient intégré dans un parcours de soins. ....	13
B. Des professionnels travaillant tous au fonctionnement d'un « système » de soins. ....	14

<b>1.3.2</b>	<b><i>La réflexion globale poussée à son paroxysme : l'opportunité d'une seule équipe pour suivre un patient passant d'un dispositif à l'autre ?</i></b> .....	14
A.	Une réponse variable en fonction des intervenants et des situations.....	15
B.	Une question qui ne doit pas faire oublier la nécessaire complémentarité entre les deux dispositifs et hôpital.....	16
C.	Une complémentarité des actions militant pour un dispositif souple.....	16
<b>2.</b>	<b>LES DISPOSITIFS RENNAIS CONFRONTES A DES DIFFICULTES INSTITUTIONNELLES ET ORGANISATIONNELLES A NUANCER.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>LES DIFFICULTES PROPRES A L'HAD ET AUX SSIAD.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.1</b>	<b><i>L'ancrage renforcé d'HAD 35 sur le secteur sanitaire 5 non encore assuré</i></b> .....	<b>17</b>
A.	Bien que récent le dispositif initial d'HAD 35 connaît une activité croissante.....	17
B.	La volonté d'HAD 35 est aujourd'hui d'étendre son activité au-delà de Rennes selon les principes de partenariat et de proximité.....	18
C.	Mais le CROSS n'autorisera cette extension que lorsque seront formalisés les partenariats entre l'HAD, les professionnels libéraux et établissements de santé, tel que l'exige le SROS.....	19
D.	L'HAD demeure une alternative méconnue.....	20
E.	Les professionnels libéraux et les établissements de santé restent réticents vis-à-vis de l'HAD.....	21
<b>2.1.2</b>	<b><i>Les SSIAD Rennais confrontés à des difficultés de positionnement du fait de la montée en charge de la dépendance et d'une répartition des tâches parfois conflictuelle avec les infirmiers libéraux et services d'aide.</i></b> .....	<b>22</b>
A.	Répartition géographique d'intervention des SSIAD rennais.....	22
B.	La montée en charge de la dépendance a des conséquences néfastes sur les budgets des SSIAD.....	22
C.	La cohabitation avec les infirmiers (ères) libérales est parfois conflictuelle.....	23
D.	Le forfait journalier SSIAD ne tient pas compte de la situation démographique de la zone desservie et du niveau de dépendance des personnes suivies.....	23
E.	La délicate question de la répartition des tâches entre SSIAD et services de maintien à domicile.....	24
<b>2.2</b>	<b>LES DIFFICULTES LIEES A UNE CERTAINE CONFUSION DES MISSIONS ET A UN MANQUE DE COORDINATION ENTRE L'HAD ET LES SSIAD.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1</b>	<b><i>Les manifestations et les conséquences de la confusion entre HAD et SSIAD</i></b> .....	<b>25</b>
A.	Les constats nationaux et locaux de cette confusion.....	25
B.	Les causes de cette confusion.....	25
C.	Les conséquences de ce manque de clarté entre l'HAD et les SSIAD.....	26
<b>2.2.2</b>	<b><i>L'inexistence de temps et d'instance de travail communs SSIAD/HAD</i></b> .....	<b>26</b>
A.	Des temps de travail ne concernant que les SSIAD et les services de maintien à domicile.....	26
B.	Une communication HAD/SSIAD au cas par cas.....	27
<b>2.3</b>	<b>LA NECESSAIRE COMPREHENSION PAR L'IASS DES RAISONS D'UNE MISE EN ŒUVRE DIFFICILE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES JEUX D'ACTEURS QU'ELLES MOBILISENT.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.1</b>	<b><i>Les acteurs « occupent » le vide laissé par la réglementation relative à l'HAD et aux SSIAD en s'appropriant l'espace social.</i></b> .....	<b>28</b>
A.	Le vide réglementaire et le tâtonnement des dispositifs peuvent être l'occasion d'ajustements et d'apprentissages constructifs.....	28
B.	L'application aux dispositifs rennais.....	28

<b>2.3.2 Les analyses nationales d'un problème et les réalités locales de ce dernier doivent être confrontées pour faire émerger une analyse pertinente des mécanismes et jeux d'acteurs à l'œuvre.</b>	29
.....	29
A. Des hypothèses de départ à réinterroger.....	29
B. Les acteurs investigués et l'IASS occupent les uns par rapport aux autres des positionnements à considérer avec prudence.....	30
C. L'opportunité non entièrement réalisée d'une investigation itérative.....	30

### **3. LES LEVIERS ENVISAGEABLES POUR UN MEILLEUR POSITIONNEMENT ET UNE ARTICULATION RENFORCEE DE L'HAD ET DES SSIAD..... 31**

#### **3.1 LES EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES A L'ŒUVRE COMME MOYEN DE REDEFINITION DES MISSIONS ?..... 31**

##### **3.1.1 Des freins juridiques d'ores et déjà levés par l'ordonnance du 4 septembre 2003..... 31**

A. La disparition de la condition du taux de change à toute autorisation d'HAD.....	31
B. L'intégration de l'HAD dans les SROS.....	32
C. La fin de la quantification de l'HAD en volume par territoire.....	32

##### **3.1.2 La circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 opère-t-elle la clarification attendue entre les missions de l'HAD et les SSIAD ?..... 33**

A. Malgré une place minimale accordée à la relation de l'HAD aux SSIAD, le texte met en avant la complémentarité des dispositifs.....	33
B. Le texte ne précise pas les missions des intervenants.....	33

##### **3.1.3 La possibilité désormais offerte aux deux dispositifs d'intervenir en EHPAD constitue-t-elle une nouvelle donne pour le système de prise en charge au domicile ?..... 34**

A. La possibilité d'intervention des SSIAD en EHPAD posait déjà des questions délicates.....	34
B. L'intervention de l'HAD en EHPAD est désormais possible et relève d'une démarche partenariale.....	34
C. Cette réforme engendrera-t-elle la transposition en établissements des difficultés existantes ou permettra-t-elle d'y apporter des éléments de résolution ?.....	35

#### **3.2 LES FREINS RESTANT A LEVER POUR ASSEOIR LA POSITION DE L'HAD ET DES SSIAD : QUATRE PRE REQUIS A ASSURER..... 36**

##### **3.2.1 PRE REQUIS 1 : Clarifier au niveau local les missions des SSIAD et de l'HAD au moyen d'un guide des interventions..... 36**

A. Des institutions responsables de cette clarification.....	36
B. Le contenu d'un guide des interventions.....	37

##### **3.2.2 PRE REQUIS 2 : Faciliter a priori l'engagement vers l'HAD des médecins et des aidants et le mesurer a posteriori..... 38**

A. Développer chez les professionnels de santé une culture de l'HAD.....	38
B. Un nécessaire « contrat de partenariat » entre les équipes HAD, le patient et sa famille.....	38
C. L'évaluation de l'implication des médecins et de la situation des aidants doit être menée régulièrement.....	39

##### **3.2.3 PRE REQUIS 3 : S'assurer de l'opportunité du soin continu à domicile par un examen systématique de sa faisabilité..... 39**

A. L'exigence d'un « diagnostic psychosocial » préalable à la définition d'un parcours de soins à domicile.....	39
B. Le diagnostic doit prendre en compte l'environnement en termes de services de soins, de maintien à domicile et hospitaliers.....	40

##### **3.2.4 PRE REQUIS 4 : Permettre le suivi des patients et leur passage d'un dispositif à l'autre à l'aide d'un système d'information commun et communicant..... 41**

A.	Des systèmes d'information aujourd'hui inégalement aboutis.....	41
B.	Des systèmes d'information à l'avenir communicants ?.....	43
<b>3.3</b>	<b>UN RENFORCEMENT DEVANT ALLER DE PAIR AVEC UNE ARTICULATION LIEE A LA</b>	
	<b>COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS : TROIS NIVEAUX POSSIBLES MAIS UN IMPERATIF .....</b>	<b>43</b>
<b>3.3.1</b>	<b><i>NIVEAU 1 : une convention HAD/SSIAD.</i></b> .....	<b>43</b>
A.	Les écueils à éviter.....	44
B.	Le contenu de la convention. ....	44
<b>3.3.2</b>	<b><i>NIVEAU 2 : une plate-forme HAD/SSIAD</i></b> .....	<b>46</b>
A.	L'intérêt d'une plateforme HAD/SSIAD. ....	46
B.	Les risques de création de filière.....	46
<b>3.3.3</b>	<b><i>NIVEAU 3 : un service polyvalent HAD/SSIAD/Services d'aide à domicile</i></b> .....	<b>47</b>
A.	La possibilité offerte d'un diagnostic partagé des besoins des personnes âgées restées à leur domicile....	47
B.	L'opportunité de mettre en synergie des acteurs travaillant déjà ensemble. ....	47
C.	L'articulation des dispositifs peut créer un processus vertueux d'innovation. ....	48
<b>3.3.4</b>	<b><i>Un impératif consistant à assurer une action de proximité coordonnée : deux moyens</i></b> .....	<b>49</b>
A.	Soutenir l'organisation de proximité par les Comités d'Animation et de Suivi. ....	49
B.	Positionner le CLIC comme interface entre les usagers et les acteurs de la prise en charge au domicile...	50
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>52</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural  
AIS : Actes Infirmiers de Soins  
AMI : Actes Médicaux Infirmiers  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation  
AS : Aide Soignant(e)  
ASSI : Association de Soins Infirmiers  
AUB : Association d'Aide aux Urémiques de Bretagne  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
CAS : Comité d'Animation et de Suivi  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CROSS : Comité Régional de d'Organisation Sanitaire et Sociale  
CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale  
COTER : Comité Technique Régional  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CSG : Conseillers Sociaux en Gérontologie  
CSI : Centre de Soins Infirmiers  
CSP : Code de la Santé Publique  
CSS : Conférence Sanitaire de Secteur  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale.  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif  
GHPC : Groupes Homogènes de Prise en Charge  
GHT : Groupe Homogène de Tarifs  
GIR : Groupe Iso Ressources  
GMP : GIR Moyen Pondéré  
HAD : Hospitalisation à Domicile

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale  
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé  
IDE : Infirmier (ère) Diplômé(e) d'Etat  
MA : Mode de prise en charge Associé  
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique  
MFIV : Mutualité Française d'Ille et Vilaine  
MP : Mode de prise en charge Principal  
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier  
RPSS : Résumés par Sous-Séquences  
SOFRES : Société Française d'Etudes par Sondages  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
T2A : Tarification à l'Activité  
UDASSAD 35 : Union Départementale des Association de Soins et de Services à Domicile en Ille et Vilaine  
UNA : Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles  
UMIV : Union des Mutuelles d'Ille et Vilaine  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux  
UT : Unité Territoriale

## Introduction

La part des personnes âgées dans la population française va en grandissant tout comme celle des personnes souhaitant rester à domicile : 12 millions de personnes sont aujourd'hui âgées de 60 ans et plus en France, ce chiffre passera à 17 millions en 2020 et en 2040 les 21 millions de personnes de plus de 60 ans pourraient représenter le tiers de la population totale<sup>1</sup>. Les personnes qui vieillissent souhaitent pour la plupart rester à leur domicile. En effet, vivre dans un cadre familial permet de conserver ses habitudes et d'entretenir des souvenirs contribuant au maintien de l'identité psychique. L'amélioration des conditions de logement, l'amélioration des revenus de retraite et la mise en place des prestations telle de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), l'amélioration, d'une façon générale, de l'état de santé et du cadre de vie contribuent également à ce que cette demande de rester chez soi reste majoritaire<sup>2</sup>.

Parallèlement à cette augmentation de la part des personnes âgées dans la société et à ce souhait croissant de rester à domicile on observe une incidence plus grande des pathologies chroniques liées à l'âge telle que les maladies d'Alzheimer et de Parkinson. Mais, en dehors de ces maladies, se développe surtout un phénomène de dépendance lié à une dégradation progressive du niveau d'autonomie. La vieillesse se caractérisant souvent par des pathologies associées dont certaines sont évolutives et induisant cette perte d'autonomie, elle rend inévitable le développement de services adaptés de soins à domicile. Cette nécessité peut même être considérée comme la condition du respect de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante qui entend promouvoir le respect du choix de la personne<sup>3</sup>.

Qui plus est, à ce souhait de rester à domicile s'ajoute la nécessité de désengorger les hôpitaux. L'offre de soins hospitaliers se rétrécit donc depuis les années 1990. Le nombre de lits décroît. Les durées de séjours diminuent. Les prises en charge se restructurent et se transforment, alliant technicité et sécurité<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> INSEE Chiffres 2003

<sup>2</sup> ENNUYER B. Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation. Dunod, Paris, 2006

<sup>3</sup> Commission des droits et libertés de la Fondation Nationale de Gérontologie. Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005. Annexe 2 : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante. Disponible sur Internet : [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pers\\_ag\\_soins/prog/annexe2.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pers_ag_soins/prog/annexe2.htm)

<sup>4</sup> Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile : l'histoire d'un paradoxe. Revue française des Affaires Sociales. N°3 juillet-septembre 2005

On le voit les raisons propres aux usagers et celles relevant plus des nécessités d'organisation du système de santé français et de sa pérennité ont conduit à promouvoir les alternatives aux soins en établissement et notamment l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Ce maintien à domicile a de plus créé un effet d'entraînement sur l'économie des services par le développement du secteur de l'aide à domicile.

Aujourd'hui l'Etat participe au financement du soin à domicile par le biais de deux dispositifs : l'Hospitalisation à Domicile (HAD) et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). L'HAD constitue une alternative sanitaire alors que les SSIAD relèvent d'une logique médico-sociale. Les services de soins infirmiers à domicile sont en effet des services sociaux et médico-sociaux au sens du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés prenant en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées. L'Hospitalisation à Domicile constitue une interface entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire. Elle permet aux malades présentant des pathologies aiguës ou chroniques d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Si ces deux dispositifs interviennent tous les deux sur le même terrain, à savoir le domicile, et participent tous les deux à la partie soins de ce maintien, les conditions de leur existence et de leur coexistence s'avèrent non assurées à Rennes.

Concernant l'existence et le recours à ces dispositifs, il semblerait tout d'abord que toutes les conditions en termes de places, de personnels, de modalités de financement et de partenariat ne soient pas réunies pour permettre une couverture optimale par les SSIAD de tous les besoins des personnes âgées rennaises soignées à leur domicile. Quant à l'HAD certains freins empêcheraient la pleine utilisation de cette alternative à l'hospitalisation (méconnaissance du dispositif, implication variable des médecins libéraux et hospitaliers...). De plus, le déploiement de cette activité hors la ville de Rennes n'est pas aujourd'hui certifié du fait de blocages à résoudre.

Concernant la coexistence des deux dispositifs, il apparaît aujourd'hui nécessaire de clarifier les champs de compétences de chacun. Cette clarification des missions entre SSIAD et HAD est une des demandes des membres du Comité Technique Régional (COTER) HAD à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de Bretagne. En effet, de cette clarification dépend l'orientation adaptée des personnes et

l'utilisation adéquate du système de soins et donc sa pérennité. Il semble également nécessaire de dépasser le décloisonnement pour permettre ou faciliter le passage d'un type de prise en charge à un autre. Fluidifier ces passages amorcerait en effet un cercle vertueux de libération de places pour diminuer les listes et délais d'attente pouvant exister à l'entrée dans ces dispositifs.

Face à la préoccupation actuelle de la DRASS de Bretagne que j'ai pu saisir lors des rencontres effectuées sur mon terrain de stage, j'ai souhaité travailler de manière privilégiée sur cette thématique dont le premier intérêt pour un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) stagiaire est qu'il traite de modalités de prise en charge non seulement incontournables aujourd'hui mais également en pleine extension et dont les acteurs se diversifient, tant en termes d'offre (soins à domicile et maintien à domicile) qu'en termes de types d'offres (public, PSPH, privé à but lucratif...). L'IASS aura donc dans les années à venir à exercer son expertise dans les champs de la planification, de l'allocation des ressources et de l'évaluation sur ce type de dispositifs dont la particularité est son caractère généraliste qui lui permet de suivre tout type de populations (enfants, adultes, personnes en situation de handicap, femmes enceintes, malades, personnes âgées). J'ai choisi de ne traiter la question que sous l'angle de l'accompagnement des personnes âgées car si cette population n'est pas la seule concernée par ces dispositifs, la moyenne d'âge des personnes suivies est supérieure à 70 ans et le recours à ces services par les personnes âgées est appelé à croître dans les années à venir : en effet en 2010 l'Ille et Vilaine devrait compter 46 795 habitants de plus de 80 ans ce qui représente une progression de 54% en moyenne départementale, et cette tranche d'âge devrait presque doubler d'ici 2020.

Le second intérêt de ce sujet est qu'il se situe au confluent des secteurs médico-social et sanitaire, les SSIAD étant en effet des structures médico-sociales et l'HAD un dispositif sanitaire. La question qui émerge en filigrane, mais dont les enjeux sont fondamentaux, est bien celle du décloisonnement des champs sanitaire et médico-social dans l'objectif d'assurer un accompagnement global et continu des personnes âgées.

Etudier les modalités d'une organisation optimale du système de soins à domicile pour les personnes âgées rennaise est l'objet de ce mémoire.

Pour ce faire la méthode d'investigation employée fut la suivante. Je me suis tout d'abord livrée à une importante recherche documentaire afin de saisir les spécificités des populations accompagnées et des dispositifs HAD et SSIAD, tout comme les difficultés qu'ils rencontrent aujourd'hui. J'ai confronté ces informations à la réalité du terrain

rennais. J'ai tout d'abord eu un entretien téléphonique avec la Coordinatrice du CLIC de Rennes. J'ai également rencontré la Directrice des Soins d'HAD 35, ainsi que des infirmières coordinatrices de SSIAD. J'ai eu l'opportunité de participer à une réunion organisée par la Conférence du Secteur Sanitaire n°5 (Secteur de Rennes) dont l'objet était de relancer la dynamique d'extension de l'HAD après le rejet du dossier d'extension par le CROSS. Enfin j'ai pu m'entretenir avec le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DRASS Bretagne et mis à la disposition de l'ARH dont il est le chargé de mission pour la question de l'HAD.

Afin de comprendre le paysage institutionnel, humain et technique de cette prise en charge, la première partie de ce mémoire étudiera les deux dispositifs HAD et SSIAD, leurs caractéristiques et leurs relations dans un fonctionnement optimal (1). Cette première approche conduira à établir et formuler dans une deuxième partie les difficultés, incohérences et limites de ces modalités d'accompagnement sur le secteur de Rennes (2), pour enfin tâcher de proposer des évolutions (3)

# **1. Des missions et des modes de fonctionnement singularisant deux niveaux de prise en charge nécessairement imbriqués**

Cette partie vise à poser le cadre conceptuel, historique et juridique du soin à domicile avec pour objectif de démontrer en quoi ces deux modes de prises en charge répondent dès leur origine à des objectifs différents. Elle permettra de procéder à une analyse comparée des deux dispositifs et fera émerger l'idée d'une complémentarité entre eux.

## **1.1 Eléments historiques et causes du développement du soin à domicile pour les personnes âgées**

Le soin à domicile s'est développé pour répondre aux évolutions et nécessités tant du système de santé que des personnes âgées dont le bien être est de plus en plus souvent conditionné par la réalisation de ce maintien à domicile.

### **1.1.1 L'intérêt pour le système de santé**

- A. Le vieillissement démographique s'accompagne de l'augmentation de l'occurrence des pathologies liées à l'âge.

La santé à domicile a fait ses débuts en France dans les années 50, où en s'inspirant du principe américain du « Home Care », ont été organisées les premières prises en charge à domicile par des établissements hospitaliers et structures privées<sup>5</sup>.

Ces structures ont alors apporté le premier élément de réponse à la nécessité de prise en charge médicale pointue pour les personnes âgées. En effet leur part grandissante dans la société française s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. Cette vieillesse s'accompagne de maladies chroniques nécessitant des soins techniques et présentant des coûts importants que le soin à domicile dans son ensemble peut réduire. Le caractère chronique de ces pathologies, mais également les maux liés au cancer, au diabète rend ainsi inévitable le développement des prestations de soins à domicile.

---

<sup>5</sup> EURASANTE. Le marché français de la santé à domicile. Les études Eurasanté 2005. Disponible sur Internet : [www.eurasante.com](http://www.eurasante.com)

## B. Le soin à domicile est moins coûteux pour le système de santé.

L'hospitalisation classique est souvent trop coûteuse pour le système de santé, surtout lorsqu'elle s'adresse à des patients n'étant pas en phase aiguë d'une maladie mais dont l'état nécessite tout de même des soins et un traitement adaptés. L'HAD représenterait ainsi une source d'économie importante pour l'Assurance Maladie, et en particulier dans le domaine des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). D'après une récente étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), pour des soins comparables, le coût moyen d'une journée pour les financeurs publics s'établirait à 263€ par lit ou place en SSR contre 169€ en HAD.

Au sein même des patients pris en charge par l'HAD, une différence de coût est perceptible en fonction du degré de dépendance. Ainsi le coût moyen journalier passerait de 123€ pour les patients autonomes à 190€ pour les patients les plus dépendants. En SSR il passerait de 229€ à 325<sup>€</sup>. Au final, l'IRDES estime que la création de 10 000 places d'HAD représenterait à terme une économie de 350 millions d'euros par an pour les financeurs publics. Fin 2006, près de 7500 places autorisées d'HAD étaient comptabilisées et plus de 6200 places effectivement installées, réparties dans 160 établissements de France métropolitaine. L'ouverture effective des places autorisées et un doublement du nombre de ces autorisations pourraient déjà représenter des économies substantielles.

## C. La réduction des durées d'hospitalisation et la T2A favorisent le soin à domicile.

Comme le rappelle L.CASTRA, directeur du Secteur Sanitaire à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif (FEHAP), la réduction des durées d'hospitalisation participe également au développement du soin à domicile. En effet, le développement de la chirurgie ambulatoire a, dans une perspective de réduction des coûts hospitaliers, abouti à une réduction du nombre de lits d'hospitalisation. Cette situation rend donc indispensable le développement d'un soin d'aval hors de l'hôpital afin de faire face aux situations de dépendance temporaire. De plus, la mise en place de la T2A pourrait avoir pour effet de réduire d'avantage la durée moyenne de séjour (DMS) et donc de faire davantage croître les besoins de soins à domicile<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. IRDES n°1 19, février 2007.

<sup>7</sup> Intervention de L.CASTRA, Directeur du Secteur Sanitaire, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif (FEHAP), lors du congrès « La T2A dans les

Le système de la T2A risquerait, toujours selon L.CASTRA de faire de plus en plus primer le soin à domicile pour des cas dits « lourds ». Au vu des typologies de séjours sur lesquelles les DMS doivent aujourd'hui être réduites il peut être conclu qu'une attente particulièrement forte se fasse sentir à l'avenir concernant la réalisation au domicile de prestations portant sur les soins palliatifs, les soins de suite post-opératoires, le traitement de la douleur, la réalisation de pansements complexes. Il convient de conserver cette hypothèse à l'esprit pour comprendre quels sont les défis auxquels l'HAD est et sera confrontée dans les années à venir.

D. HAD et SSIAD constituent une plus value pour la société.

Pour la société, la plus-value apportée par l'HAD et les SSIAD est également réelle. En effet, ces dispositifs en plus de prévenir, voire différer, l'entrée à l'hôpital, constituent de un bassin d'emploi amené à croître à l'avenir. Leur développement va de pair avec celui des services d'aide à domicile dont la loi du 26 juillet 2005 soutient le développement<sup>8</sup>. Le secteur du maintien à domicile constitue donc des opportunités réelles en termes d'emplois.

### **1.1.2 L'intérêt pour les personnes âgées**

A. HAD et SSIAD répondent au souhait d'un nombre grandissant de personnes âgées de rester à domicile.

Si comme cela a été souligné l'HAD trouve son origine dans des impératifs économiques, ce mode de prise en charge correspond souvent au souhait grandissant de nombreux patients de vouloir rester à leur domicile. Selon un récent sondage de la SOFRES, sept français sur dix se déclarent potentiellement intéressés à l'avenir par des aides est soins aux personnes âgées, handicapées, malades.<sup>9</sup>

---

établissements de santé : impact, conséquences et enjeux pour le secteur de la santé et du maintien à domicile », mais 2005, organisé par SANTELYS et EURASANE in : EURASANTE. Le marché français de la santé à domicile. Les études Eurasanté 2005. Disponible sur Internet : [www.eurasante.com](http://www.eurasante.com)

<sup>8</sup> LOI n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

<sup>9</sup> SOFRES. Les Français et l'aide à domicile. 25 juin 2001, cité dans l'étude EURASANTE. Le marché français de la santé à domicile. Les études Eurasanté 2005. Disponible sur Internet : [www.eurasante.com](http://www.eurasante.com)

Ces résultats prouvent le caractère rassurant du maintien à domicile lorsque les individus se projettent dans l'avenir. Les personnes déjà atteintes de pathologies graves trouvent quant à elle à leur domicile un environnement matériel et affectif rassurant. Comme le note Georges ARBRUZ<sup>10</sup>, « l'habitation est considérée par beaucoup, avec ses murs qu'on a vu construire ou qu'on a construit soi-même, ses meubles et ses photos de famille, comme un lieu hors du temps, une enveloppe qui protège contre les atteintes extérieures, y compris de la plus grave, celle du temps qui passe, des dernières étapes de la vieillesse et son aboutissement, la mort ».

B. Soignées au domicile, les pathologies de la vieillesse ont des conséquences psychologiques moins lourdes.

Rester au domicile permet souvent de ne pas ajouter à la gravité de la maladie ou des séquelles, un désordre psychologique qui peut accompagner l'hospitalisation. En effet parmi la population soignée à domicile on trouve de nombreux patients présentant des pathologies graves. Parmi celles-ci on relève des accidents cérébraux, des démences, des cancers à un état avancé. En fonction de sa gravité, un accident vasculaire cérébral peut provoquer des paralysies, des handicaps, des invalidités comme des troubles de la déglutition avec risques d'encombrement pulmonaire, des risques de déshydratation, de dénutrition. L'accident vasculaire cérébral a des incidences sur le caractère de la personne, sur son humeur et sa volonté. Dans ces cas, une hospitalisation est souvent très mal vécue par le malade. De nombreuses maladies liées à l'âge demandent donc d'anticiper une dégradation sur le plan psychologique<sup>11</sup>, dégradation dont les effets peuvent parfois être minorés par le maintien à domicile. Ceci vaut néanmoins avec une acuité dans les cas de démences et de toutes les pathologies exigeant une surveillance de plus en plus accrue de la personne.

C. Etre soigné chez soi, c'est malgré tout gérer son quotidien.

Les personnes soignées à leur domicile par l'HAD ou les SSIAD apprécient la régularité des passages des équipes soignantes ainsi que le fait que ce soit toujours les mêmes infirmières ou aides-soignantes qui interviennent chez elles. Car, il ne faut pas oublier que faire entrer quelqu'un dans son domicile n'est pas une chose anodine. Si le passage à

---

<sup>10</sup>ARBRUZ G. Le maintien à domicile des personnes âgées, est-ce le mode d'hébergement qu'il faut systématiquement recommander ? Les Cahiers de l'Actif n°364/365, septembre octobre 2006, p46

<sup>11</sup> ARBRUZ G. Le maintien à domicile des personnes âgées, est-ce le mode d'hébergement qu'il faut systématiquement recommander ? Les Cahiers de l'Actif n°364/365, septembre octobre 2006. p 50

domicile n'est pas entouré de précautions, que l'on exige en établissement, tels que frapper avant d'entrer, demander la permission, alors le passage du soignant peut être ressenti comme une intrusion maltraitante. Il est donc plus facile pour un individu âgé de recevoir chez elle toujours la même personne, avec laquelle des codes ont pu se mettre en place petit à petit.

## **1.2 HAD et SSIAD : Analyse comparée des deux dispositifs.**

Le cadre réglementaire pose les missions de chacun des ces dispositifs. Ils s'adressent à des personnes dont la charge en soins est différente mais qui présentent des points communs en termes d'âge, d'origine de prescription et d'entourage familial. De même des similitudes émergent à l'étude de l'organisation de ces services.

### **1.2.1 Le cadre réglementaire définissant les missions de chacun des dispositifs**

#### A. Les missions de l'HAD.

Trois circulaires constituent le cadre général de l'Hospitalisation à Domicile : la circulaire n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000, la circulaire n° DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 et la circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006. A ces textes, il convient d'ajouter la circulaire DHOS du 22 février 2007 et l'arrêté du 16 mars 2007 prévoyant la possibilité d'intervention de l'HAD dans les EHPAD.

Il ressort de ce cadre réglementaire et de l'article R. 6121-4 du Code de la santé publique que « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes »<sup>12</sup> L'HAD permet donc d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

#### B. Les missions des SSIAD.

L'assise juridique des SSIAD est quant à elle plus ancienne puisque c'est un décret de 1981 qui leur donne un cadre réglementaire alors qu'ils sont expérimentés dès 1978<sup>13</sup>. A

---

<sup>12</sup> Code de la Santé Publique

<sup>13</sup> Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

partir de la publication de ce décret, les SSIAD vont connaître un développement important. De plus, le plan « vieillissement et Solidarités (2004-2007) vise à permettre le choix entre le maintien à domicile et l'entrée en établissement. Avaient ainsi été fixés comme objectifs la création de 17 000 nouvelles places de SSIAD sur 4 ans, pour atteindre près de 100 000 places en 2007 et le recrutement de 15 000 personnels soignants supplémentaires sur la même période. La capacité moyenne des SSIAD était en 2002 de 40 places installées. En France métropolitaine, le taux d'équipement national est de 10 places pour 1 000 personnes âgées de 70 ans ou plus.

Longtemps régis par le décret de 1981 et par une circulaire ministérielle du 1<sup>er</sup> octobre 1981, les SSIAD ont fait l'objet d'une réforme en 2004. C'est désormais le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 et une circulaire ministérielle du 28 février 2005 qui les réglemente. Le décret du 25 juin 2004 repris dans l'article D 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Famille fixe les missions et détermine le public bénéficiaire. Ainsi, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- des 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.

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées ou pour personnes adultes handicapées.<sup>14</sup> Ils leur assurent les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ainsi qu'éventuellement, d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux, notamment la pédicurie. Ils ont pour vocation d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation, de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission dans les services de long séjour ou dans les sections de cure médicale des établissements sociaux.

Sur avis du contrôle médical, ils peuvent prendre en charge des personnes âgées de moins de 60 ans. Le médecin prescripteur a la direction du traitement.

### C. Des régimes d'autorisation sanitaire et médico-sociale similaires.

Le principe du dossier d'autorisation est similaire en SSIAD et en HAD. Pour les SSIAD, les autorisations sont régies par la loi sociale et médico-sociale de 1975, renouvelée par la

---

<sup>14</sup> D 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Famille

loi du 2 janvier 2002. L'autorisation est dorénavant soumise à une autoévaluation et à une évaluation externe, et donnée pour une durée limitée à 15 ans. Elle est coordonnée au niveau des DDASS sur avis des CROSMS. Pour les structures HAD, l'autorisation est à demander auprès de l'ARH, et est délivrée sur avis du SROS.

Pour les uns comme pour les autres les autorisations correspondent à une réponse à des besoins de la population, et les créations doivent correspondre à des schémas de planification de développement des structures (schémas départementaux pour les SSIAD, schémas régionaux d'organisation sanitaire pour les HAD)

#### D. Des modalités et des sources de financements différents.

Concernant le cadre budgétaire, les prix moyens sont très différents entre HAD et SSIAD : Dans le cadre de l'HAD, financée par l'Assurance Maladie, le forfait moyen est estimé à 150€ mais depuis 2005 les structures HAD sont soumises à la tarification à l'activité.

Les SSIAD sont financés quant à eux pour une part par l'Assurance Maladie et pour une autre par la contribution de solidarité pour l'autonomie, sous la forme d'une dotation globale répartie en forfait journalier. Le forfait plafond est fixé pour le 2004 à 34€ ; cela s'entend pour le plafond ne pouvant être dépassé, de nombreuses structures ayant un prix inférieur, comme c'est le cas à Rennes tel que ce mémoire le précisera plus loin.

### **1.2.2 Les soins dispensés et les populations prises en charge**

#### A. Les soins dispensés par chacun des services répondent aux besoins gradués du patient.

L'HAD s'adresse à des malades nécessitant des soins complexes, coordonnés avec des soins infirmiers quasi quotidiens et relevant de la compétence exclusive de l'IDE. A ces soins peuvent s'ajouter des soins dispensés par une aide-soignante, un orthophoniste, un kinésithérapeute, ainsi qu'une prise en charge diététique, psychologique, sociale.

Plus précisément les soins prodigués par les services d'HAD, dans le cadre d'une prise en charge prescrite par le médecin traitant, sont les suivants :

- Des soins ponctuels : pour une pathologie non stabilisée nécessitant des soins réitérés, telle la chimiothérapie. La durée de cette prise en charge a été préalablement déterminée.
- Des soins continus : pour une pathologie évolutive, nécessitant des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu' à la phase ultime notamment les soins palliatifs. Du fait du caractère évolutif de la pathologie la durée de la prise en charge n'a pas été déterminée préalablement.

- Des soins relevant de la réadaptation au domicile : il s'agit de soins qui interviennent à la suite de la phase aiguë d'une pathologie lourde (neurologique, orthopédique, cardiologique ou polyopathie). La durée de cette réadaptation a été déterminée.<sup>15</sup>

Au regard de cette définition ne sont donc pas admises en HAD les personnes :

- qui nécessitent des soins à l'acte non coordonnés,
- qui relèvent des SSIAD ou du maintien à domicile,
- qui doivent être maintenues dans une structure de soins traditionnelle en raison de la haute technicité qu'impose leur état de santé tel que les patients relevant uniquement de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale et des structures alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie,
- qui sont pris en charge par des structures spécialisées,
- qui sortent d'une structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

Les critères d'admission en HAD n'apparaissent donc pas battis sur des pathologies mais sur la base des besoins en soins du patient à l'entrée. Ainsi l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'une telle structure, seraient hospitalisés en établissement de santé.

Cette HAD peut passer le relais à un SSIAD lorsque la situation du malade s'améliore. Elle peut également prendre le relais des SSIAD lorsqu'au contraire ces derniers ne peuvent plus assurer des soins devenus trop complexes.

Car les personnels des SSIAD dispensent deux types d'actes que le langage commun qualifie souvent de « légers ». Il s'agit tout d'abord des actes infirmiers de soins (AIS) tels que le nursing et la prévention des escarres. Les soins de nursing sont prépondérants et surtout assurés par les aides-soignantes. Ces soins de nursing sont composés pour un tiers de toilettes, shampooings et pédiluves (entretien des ongles). Il convient d'ajouter l'aide au transfert du lit au fauteuil, l'aide à l'alimentation, la surveillance de l'hydratation et des fonctions d'élimination, l'aide aux changes pour les personnes souffrant d'incontinence, les soins dermatologiques et la prévention des escarres pour trouver 85% des interventions. La plupart des soins dispensés ont donc pour objet de compenser la

---

<sup>15</sup> Circulaire n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000

perte d'autonomie<sup>16</sup>. Viennent ensuite les actes médicaux infirmiers (AMI) tels que les pansements, les injections et prélèvements. Ces actes sont plus techniques. Ces AMI sont plus techniques, et mieux rémunérées, que les Actes Infirmiers de Soins (AIS) qui recouvrent des soins d'hygiène de base

B. Des services initialement prévus pour des populations non exactement identiques mais qui dans la réalité se recourent.

Les services d'HAD sont généralistes. Ils ne prennent pas seulement en charge des personnes âgées. Ainsi par exemple, à Rennes, l'activité d'obstétrique participe-t-elle à rajeunir la population prise en charge par l'HAD. Sur 185 patients suivis en 2006, 98 ont entre 60 et 80 ans et plus. Dans la mesure où le cancer constitue la pathologie dominante chez les patients de l'HAD ces derniers ne sont pas exclusivement constitués de personnes âgées. Néanmoins, cette population est majoritaire.

De même, et en dépit de l'élargissement de leurs missions aux personnes de moins de 60 ans atteintes d'un handicap ou de pathologie chroniques, les SSIAD, rennais du moins, prennent exclusivement en charge des personnes âgées. Au niveau national plus des deux tiers des usagers des SSIAD ont plus de 80 ans et le quart des ces personnes âgées est confiné au lit ou au fauteuil, 45% souffrent par ailleurs de dépendance psychique. En octobre 2002, les SSIAD ont décrit l'ensemble des patients qui ont bénéficié de leur service durant une semaine. En sept jours un peu plus de 68 500 personnes ont été prises en charge par le SSIAD dont 7/10 avaient 80 ans au moins, 1/4 avaient 90 ans ou plus, plus d'1/4 étaient confinées au lit ou au fauteuil et les 2/3 nécessitaient une aide pour la toilette et l'habillement.

Un point commun entre l'HAD et les SSIAD est que tous les deux peuvent être amenés à intervenir à la suite d'une hospitalisation ou pour l'éviter. L'origine des prescriptions en HAD est ainsi souvent celle de services d'hospitalisation de l'établissement de santé gestionnaire de l'HAD. Les patients adressés en HAD à partir de leur domicile représentent de 10 à 20% des entrées.

Le SSIAD quant à lui intervient pour près d'un nouveau patient sur deux à la suite d'une sortie d'hospitalisation. Mais, une fois sur quatre c'est l'apparition ou l'aggravation de la dépendance et pas uniquement d'une situation pouvant relever d'une prise en charge en établissement de santé, qui a été à l'origine de l'intervention du SSIAD<sup>17</sup>. Cette notion de dépendance différencie les patients HAD des patients SSIAD. Si les patients pris en charge par l'HAD sont dépendants, chez eux c'est la maladie qui est la principale origine

---

<sup>16</sup> DREES : Etudes et Résultats. N°350. Novembre 2004  
Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002

<sup>17</sup> Idem

de la prise en charge. L'intervention des SSIAD se situe quant à elle dans un cadre complexe associant souvent polyopathologies et perte d'autonomie.

Au niveau européen, une définition de la dépendance a été donnée par le conseil de l'Europe : « la dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie. »<sup>18</sup>. Or chez les patients HAD cette dépendance est le résultat de leur maladie. Chez les patients SSIAD la dépendance est la conséquence d'un vieillissement général associant des pathologies diverses.

#### C. Deux dispositifs accompagnant des personnes entourées d'aidant familiaux à considérer.

L'HAD permet au malade de rester entouré de ses proches, ce qui peut constituer un facteur d'amélioration de son état de santé ou du moins éviter une dégradation. Mais la prescription de l'HAD vient bouleverser le quotidien du patient ainsi que celui de ses proches. C'est en partie pourquoi l'HAD est prescrite avec l'accord du malade ou de sa famille.

La proportion des personnes âgées hébergées par leurs descendants est nettement plus élevée parmi la population soignée par des SSIAD qu'au sein de la population générale. Ainsi en 2000, à peine 9% du total des personnes âgées de 80 ans et plus vivaient dans le même ménage que leurs enfants, alors que c'est le cas du quart des bénéficiaires des SSIAD de ce groupe d'âge<sup>19</sup>. Ceci pose donc avec une acuité toute à fait particulière la question des aidants naturels de leur ressenti face au soin à domicile et de leur inclusion dans son organisation.

#### D. Des soins d'intensité et de fréquence variables selon qu'ils sont dispensés par les SSIAD ou l'HAD<sup>20</sup>.

En HAD les soins sont complexes, fréquents, continus, coordonnés, et ce 7 jours sur 7, et 24h sur 24. Dans la mesure où les soins dispensés par l'HAD pourraient être dispensés à l'hôpital, ils nécessitent un plateau technique important. En HAD la durée d'intervention moyenne est de 50 minutes à 1 heure et 25 minutes. Compte tenu de la variété des interventions, plusieurs passages sont envisagés chaque jour. En HAD, la réévaluation

---

<sup>18</sup> Conseil de l'Europe. Recommandation n°R (98) 9 du comité des ministres aux Etats membres relative à la dépendance, p. 1.

<sup>19</sup> DREES : Etudes et Résultats. N°350. Novembre 2004. Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002

<sup>20</sup> UNASSAD, Guide technique n°66 Services de Soins Infirmiers à Domicile fiche 7-3. Août 2005, p 4

est régulière et obligatoire. Elle conditionne désormais le financement dans le cadre de la tarification à l'activité.

En SSIAD les prises en charge concernent des soins infirmiers et d'hygiène, programmés 7 jours sur 7. La durée d'intervention est plus courte (40 minutes en moyenne), avec un nombre de passage définis. Les actes de pédicurie et de kinésithérapie dispensés le cas échéant dans le cadre libéral ne sont pas intégrés dans le fonctionnement des SSIAD. Le nombre moyen de passages est de six par semaine, soit en moyenne 1 par jour contre plusieurs passages pour l'HAD. En SSIAD, la réévaluation se fait au long court, sans indication dans les textes d'une périodicité.

### **1.2.3 L'organisation des services**

A. Les équipes des deux dispositifs sont composées de salariés et d'intervenants extérieurs.

Il convient tout d'abord de souligner que l'HAD, du fait de la plus haute technicité des actes, nécessite plus d'infirmiers que les SSIAD. Ces derniers emploient 80% d'aides soignantes alors qu'en HAD le personnel exprimé en équivalent temps plein, autre que les médecins, est constitué au moins pour moitié des infirmiers.

En HAD le nombre et la qualification des personnels sont appréciés par le directeur de l'ARH au vu du dossier justificatif accompagnant la demande d'autorisation sanitaire et en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques. En tout état de cause, chaque structure d'HAD doit disposer en permanence d'au moins un agent, auxiliaire médical ou personnel de rééducation, pour 6 patients pris en charge<sup>21</sup>. Chaque structure d'HAD comprend au moins un cadre infirmier pour 30 places autorisées<sup>22</sup>. L'équipe interne de la structure d'HAD, dont le médecin coordonnateur est le pivot, comprend essentiellement des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que des aides-soignants. Les infirmiers ont pour mission de mettre en œuvre le protocole de soins au chevet du patient et de communiquer les éléments cliniques utiles à sa prise en charge au travers du dossier de soins. Ils participent aussi à l'élaboration des protocoles et à leur réévaluation. Une structure d'HAD peut salarier ces infirmiers et/ou recourir à des professionnels rétribués à l'acte, tenus de respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne les protocoles de prise en soins, la continuité des soins, les modes de transmission des informations, le dossier de soins.

---

<sup>21</sup> CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007 p 22

<sup>22</sup> CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007 p 22-23

En SSIAD, c'est la DDASS qui détermine le nombre d'aides soignants(es) en fonction du nombre de places. Régis par l'article D 312-2 les personnels intervenant pour les SSIAD appartiennent à également à deux groupes. Les premiers intervenants sont les salariés du service. Ces salariés doivent comprendre au moins un infirmier coordonnateur qui assure l'organisation des soins. Des aides soignantes assurent sous la responsabilité des infirmiers les soins de bases et relationnels et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et des aides médico-psychologiques. Peuvent également intervenir en tant que de besoin d'autres auxiliaires médicaux tels que des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues. Les aides soignantes représentent 80% des personnels soignants et assurent plus de 80% des visites aux patients.

En sus de ces intervenants de première ligne le SSIAD peut passer convention avec des infirmiers libéraux qui sont associés aux interventions du SSIAD qui les rémunère à l'acte, tout comme l'HAD. Dans ce cas le service fait l'avance des frais et perçoit les remboursements de l'Assurance Maladie dans le cadre du forfait global qui lui est alloué. Les infirmiers libéraux sont généralement sollicités pour assurer 13% des visites des SSIAD le plus souvent pour effectuer des Actes Médicaux Infirmiers (AMI) que seuls des infirmiers sont habilités à réaliser. Rappelons que ces AMIS plus techniques sont mieux rémunérés que les AIS. Les infirmiers libéraux effectuent 84% d'AMI alors que dans l'exercice global de leurs fonctions ils réalisent généralement 40% d'AIS.

#### B. Deux dispositifs organisés autour d'un coordonnateur.

En HAD, le médecin coordonnateur peut être salarié par le service d'HAD, d'exercice libéral ou mis à disposition de la structure d'HAD par contrat avec un établissement de santé. Référent médical de la structure HAD, il se prononce sur l'entrée et la sortie des patients. Il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant, sauf en cas d'urgence absolue, mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins. Il doit contribuer, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient. Pour ce faire, il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans les traitements du malade. Il se charge également d'organiser la coopération avec les services sociaux, internes ou externes, afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux caractéristiques d'un véritable accompagnement personnalisé du patient.

Il doit également jouer un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante. Le médecin coordonnateur organise par ailleurs le fonctionnement médical de la structure d'HAD. Ce

qui implique, notamment, qu'il anime et coordonne l'ensemble des services médicaux, paramédicaux et biomédicaux, qu'il étudie et propose les améliorations utiles à l'équipement du service et à son fonctionnement ou encore qu'il propose les orientations médico-sociales dans lesquelles le service pourrait s'investir<sup>23</sup>.

L'infirmier coordonnateur ou cadre de santé occupe également au sein du SSIAD une place primordiale en termes d'organisation d'une prise en charge globale du patient comme le pose l'article D.312-3 du CSF. L'infirmier coordonnateur doit assurer l'accueil des personnes et de leur entourage, l'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins. Lui revient également la charge de coordonner les professionnels assurant les interventions auprès des usagers.

Le cas échéant il assure les activités d'administration et de gestion du service, la participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination (CLIC), Enfin l'infirmier coordinateur peut être amené à effectuer des activités de soins auprès des usagers du service.

### **1.3 Deux dispositifs nécessairement complémentaires dans ce qui doit être un « système » de soins à domicile.**

Comme cela a été souligné précédemment les deux dispositifs s'adressent initialement à des patients aux caractéristiques sanitaires différentes. Néanmoins, HAD et SSIAD peuvent s'insérer dans un même parcours de soins et l'observation de ces dispositifs doit s'inscrire dans une réflexion globale. Pour autant, est-il opportun d'aller au bout de la logique et de réunir autour du patient une même équipe d'infirmiers et d'aides soignants qui pourrait assurer tour à tour des soins HAD et des soins SSIAD ? Car les deux dispositifs peuvent être amenés à dispenser des soins relevant de la compétence des infirmiers (AMI) et des soins de la compétence des aides soignants (AIS), la différence résidant dans la proportion d'AMI et d'AIS dispensés selon qu'il s'agit d'une prise en charge HAD ou SSIAD et dans la présence d'actes médicaux en HAD.

#### **1.3.1 Les raisons devant conduire à une réflexion commune**

A. Un patient intégré dans un parcours de soins.

Il est essentiel d'appréhender globalement les dispositifs de prise en charge au domicile.

---

<sup>23</sup> CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007 p 22

Ces deux dispositifs ont en effet pour objectif d'éviter une hospitalisation en établissement. Leur différence réside dans le fait qu'ils interviennent normalement chacun à un moment spécifique de l'évolution d'une pathologie. Ainsi, l'HAD trouve-t-elle sa place en amont ou en aval de l'hospitalisation complète : elle constitue ainsi une étape relais, soit vers un retour à domicile, avec éventuellement une prise en charge en SSIAD, soit vers une hospitalisation complète.

Si les deux dispositifs n'interviennent pas au même moment, il ne faut pas oublier que sont en jeu des individus, inscrits dans un parcours de soins ressenti par eux comme unique. La lutte contre la maladie ou contre la dépendance ou encore la préparation à la mort sont un seul et même enjeu pour les malades et ce tout au long d'un parcours de soin. De ce fait, fractionner les dispositifs de prise en charge peut être néfaste et induire des moments de rupture. Le patient risque alors de subir des modifications d'organisation des soins ou les manifestations d'une différence de philosophie de l'accompagnement. Avant même toute tentative d'organisation globale du système de soins à domicile l'observation des dispositifs existants doit être globale pour servir par la suite une logique de prise en charge globale.

B. Des professionnels travaillant tous au fonctionnement d'un « système » de soins. Cette prise en charge s'intègre dans un vaste paysage mettant en scène des professionnels appartenant au champ sanitaire mais également au secteur social et médico-social<sup>24</sup>. Les professionnels concernés par ce système de soin à domicile, œuvrant pour son fonctionnement et devant en avoir une approche globale ne sont pas uniquement les professionnels intervenant directement au domicile. Il est évident qu'exiger une approche globale du soin à domicile par les professionnels médicaux et médico-sociaux n'a de sens que si cette exigence pèse également sur tous les acteurs du système de soins et en particulier sur les DDASS et DRASS. Réfléchir de manière globale au soin à domicile par l'HAD et les SSIAD suppose au sein des services déconcentrés un rapprochement entre les services médico-sociaux et sanitaires. De même ces services doivent-ils travailler dans cette optique avec l'ARH.

### **1.3.2 La réflexion globale poussée à son paroxysme : l'opportunité d'une seule équipe pour suivre un patient passant d'un dispositif à l'autre ?**

Si l'exigence d'appréhension globale du parcours de soins d'une personne âgée à son domicile doit conduire les professionnels à travailler en commun, est-il pour autant

---

<sup>24</sup> CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007

opportun d'assurer la cohérence entre les prises en charge HAD/SSIAD en faisant suivre le patient par une seule et même équipe d'infirmière et d'aides soignantes lorsqu'il passe de l'HAD au SSIAD et inversement?

A. Une réponse variable en fonction des intervenants et des situations.

Il semble que la réponse à cette question dépende de la charge psychologique et des exigences en soins induites par la maladie tant pour le patient que pour les soignants.

Bien que répondant à deux logiques et objectifs différents, les dispositifs HAD et SSIAD s'inscrivent comme nous l'avons vu dans l'objectif global d'une prise en charge à domicile continue. C'est pourquoi il convient qu'ils assurent les conditions d'un relais entre eux. Mes entretiens m'ont amené à poser la question de la meilleure organisation de ce relais. La tentation peut en effet être grande dans l'objectif d'une prise en charge continue d'assurer un suivi par une même équipe d'infirmiers et d'aides-soignants. J'ai pu obtenir deux réponses soutenues par deux arguments. La première réponse est celle des partisans d'un accompagnement HAD puis SSIAD ou SSIAD puis HAD par les mêmes équipes. La seconde réponse, son contraire, préconise un changement d'équipes favorable tant au malade qu'aux soignants.

Les arguments au service de la première réponse, celle favorable à une seule et même équipe, tiennent au bien être du patient. Comme cela a d'ores et déjà été souligné une prise en charge soignante au domicile est intrusive et toute modification d'équipe peut être déstabilisante. Qui plus est, ce changement d'équipe peut être mal vécu lorsqu'il est le signe d'une aggravation de l'état de santé de la personne (dans le cas du passage de la prise en charge par un SSIAD à une prise en charge par l'HAD).

Les arguments au service de la seconde réponse, militant pour un changement d'équipe prennent quant à eux plus en compte le bien être de l'équipe soignante. Face à des situations de fin de vie ou face à des patients manifestant un désordre psychologique ou des comportements de démence, l'opportunité d'un changement d'équipe peut être ressentie comme une occasion de répit, ce dernier pouvant également être vécu comme une aubaine pour les personnes soignées...

De surcroît un certain attachement affectif peut au fur et à mesure de l'accompagnement se développer, et dans le cadre des soins palliatifs en particulier, il peut s'avérer nécessaire pour un soignant de prendre du recul. Un tel répit, ou des nécessités médicales liées à l'évolution de la maladie peuvent également trouver une réponse dans un retour à l'hospitalisation classique.

## B. Une question qui ne doit pas faire oublier la nécessaire complémentarité entre les deux dispositifs et hôpital

La notion de souplesse dans l'articulation des dispositifs doit en effet également concerner leurs relations avec celle de l'hôpital. En effet, même si l'hospitalisation à domicile s'est développée du fait de la volonté de désengorger les hôpitaux et de raccourcir les DMS, et même s'il s'avère que le soin à domicile, quand il est possible, est préférable à l'hospitalisation complète pour le malade, l'HAD ne signifie pas pour autant coupure totale avec le monde hospitalier. De même que la souplesse dans l'exigence de rotation d'équipes peut faciliter un certain répit pour le malade et les équipes, la possibilité de périodes de retour à l'hôpital ne doit pas être écartée. Bien entendu un tel retour doit être justifié par l'état du patient et entouré de toutes les précautions nécessaires afin d'éviter une dégradation de l'état psychologique du malade, mais, ceci peut être très positif pour les aidants, qui lorsque la situation se dégrade doivent pouvoir trouver un relais chez les équipes hospitalières. Les conditions de réalisation de tels retours épisodiques vers l'hospitalisation complète doivent être prévues dès le début d'une prise en charge au domicile et selon les volontés du malade et de sa famille en termes de proximité géographique des services d'hospitalisation. Cette exigence doit également être gardée à l'esprit pour répondre à la question du meilleur positionnement des dispositifs et à leur articulation.

## C. Une complémentarité des actions militant pour un dispositif souple.

Au regard des différences de réponses rencontrées et pour répondre à la question posée par ce mémoire, à savoir celle de l'articulation des dispositifs, il semblerait que les modalités d'organisation doivent pouvoir varier d'un patient à l'autre. Les conditions à créer sont donc celles d'une certaine souplesse dans le fonctionnement des équipes HAD et SSIAD et dans leur articulation avec l'hôpital. Ce point essentiel doit être gardé à l'esprit puisqu'il servira plus loin dans la phase de propositions concrètes visant à garantir l'articulation des dispositifs.

La première partie a démontré en quoi les deux dispositifs présentent de nombreux avantages et intérêts pour les personnes âgées soignées à leur domicile. Elle a également démontré les différences de ces deux modalités d'accompagnement et leur nécessaire complémentarité pour une prise en charge globale des personnes.

Il importe désormais d'observer la réalité de terrain pour mesurer en quoi l'organisation des dispositifs rennais se heurte à des difficultés qu'il convient d'appréhender dans leur globalité.

## **2. Les dispositifs rennais confrontés à des difficultés institutionnelles et organisationnelles à nuancer.**

La deuxième partie de ce mémoire a pour objectif de montrer en quoi la réalité s'éloigne parfois de l'organisation prévue par les textes ou considérée comme optimale, décalage dû à des freins qu'il conviendra de définir et pour lesquels certains éléments de préconisation seront déjà évoqués.

Ces freins tiennent aux dispositifs rennais eux-mêmes à leur délicate coexistence et articulation. La description et l'explication des difficultés constatées doivent être assorties d'une mise en perspective de la réalité avec les analyses relatives à la mise en œuvre des politiques publiques et avec les jeux d'acteurs qu'elles mobilisent. Une telle méthode, constitue pour l'IASS un mode d'appréhension efficace de son environnement et une précaution à la prise de décision.

### **2.1 Les difficultés propres à l'HAD et aux SSIAD.**

Il apparaît que les deux dispositifs HAD et SSIAD doivent tous les deux faire face à des difficultés. Ces dernières tiennent à des raisons tout à la fois juridiques, culturelles, financières et concernent les usagers et à les relations des dispositifs avec leurs partenaires.

#### **2.1.1 L'ancrage renforcé d'HAD 35 sur le secteur sanitaire 5 non encore assuré**

A. Bien que récent le dispositif initial d'HAD 35 connaît une activité croissante. En 2004 sous l'impulsion de l'UDASSAD 35 (Union Départementale des Association de Soins et de Services à Domicile en Ille et Vilaine) et de l'UMIV (Union des Mutuelles d'Ille et Vilaine qui représente la Mutualité Française), a été créé un établissement d'Hospitalisation à Domicile de 30 lits, « Hôpital à Domicile-Pays de Rennes ». L'aire géographique dans laquelle cette association loi 1901 opère correspond à l'aire urbaine de Rennes.

L'activité d'Hospitalisation à Domicile est ainsi autorisée à Rennes depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 et est gérée par l'Association Hôpital à Domicile 35. A ces débuts cette association se nommait HAD Pays de Rennes et a changé de nom lorsque s'est développée en son sein la volonté d'associer tous les partenaires concernées par le dispositif : la mutualité française, l'UNA mais également depuis ce changement de nom, les établissements privés et PSPH.

L'activité d'HAD 35 à Rennes est aujourd'hui en extension<sup>25</sup>. En 2006, l'Association Hôpital à Domicile 35 a pris en charge 185 patients à leur domicile, représentant 269 prises en charge, 10 969 journées de présence. Le nombre de patients pris en charge a globalement augmenté de 13% entre 2005 et 2006. Le nombre de journées de présence a quant à lui connu une progression de 32,84%. Les soins palliatifs représentent les prises en charge les plus fréquentes avec 42% du nombre de journées de présence. La durée moyenne de séjour est de 43 jours. Concernant l'origine des patients un peu plus de 34% des patients pris en charge provenaient en 2006 des établissements publics de santé, 32% des établissements privés PSPH, 10,24% des établissements privés non PSPH, et enfin 23% du domicile du patient. Près de 50% des prises en charge des patients se font en collaboration avec les infirmiers libéraux.

B. La volonté d'HAD 35 est aujourd'hui d'étendre son activité au-delà de Rennes selon les principes de partenariat et de proximité.

HAD 35 entend aujourd'hui étendre son action en dehors de la ville de Rennes en elle-même pour toucher les 7 unités territoriales suivantes :

- Ville de Rennes
- Rennes Sud et Est, Pays de Vallons de Vilaine
- Pays de Redon et de Vilaine
- Rennes Ouest et Pays de Brocéliande
- Rennes Nord
- Pays de Fougères
- Pays de Vitré<sup>26</sup>

La réflexion autour de cette action sur le territoire de l'agglomération rennaise élargie a été engagée au moment des travaux d'élaboration du SROS III. Le premier principe qui a émergé est celui du partenariat englobant tous les acteurs concernés par l'extension, le SROS encourageant d'ailleurs le regroupement d'acteurs. Le projet pour le moment rejeté par le CROSS est que les unités se regroupent au sein d'un Comité d'Animation et de Suivi (CAS) rassemblant les établissements publics et privés, les professionnels de santé, les représentants des SSIAD, SSAAD. Les statuts renouvelés de l'HAD devaient montrer l'ambition de représenter tous les acteurs et de promouvoir une gestion facilitée car réunie sur le siège de l'association. Une des difficultés de l'HAD 35 aujourd'hui est le revers de cette action partenariale sur un territoire large : toutes les unités territoriales n'ont pas la même perception en ce qui concerne le partenariat avec les acteurs locaux. En effet,

---

<sup>25</sup> HAD 35 Rapport d'Activité 2006

<sup>26</sup> Voir annexe 1

selon les unités territoriales, les professionnels libéraux, les médecins hospitaliers n'ont pas le même positionnement ou les mêmes incertitudes. Est également soulignée la disparité d'information et de niveau d'acculturation des acteurs de terrain au dispositif HAD.

Le second principe est celui de la proximité. Le périmètre d'intervention de l'HAD doit être de 20 à 30 km<sup>2</sup>. C'est ce qui a justifié que le découpage en territoires ou Unités Territoriales (UT) qui s'est appuyé sur les Pays. Le Pays de Rennes rassemble 50% de la population du territoire n°5. La ville de Rennes et les communes au Nord, à l'Est et de l'Ouest forment 7 unités territoriales. La notion de proximité ne fait pas uniquement référence à des considérations géographiques. Il s'agit surtout de mettre en relation les acteurs locaux qui ont développé entre eux et avec les usagers des modes d'organisations informels.

C. Mais le CROSS n'autorisera cette extension que lorsque seront formalisés les partenariats entre l'HAD, les professionnels libéraux et établissements de santé, tel que l'exige le SROS.

Pourquoi le dossier d'extension a-t-il été refusé ? C'est avant tout le problème de la relation d'HAD 35 avec les professionnels et médecins libéraux qui aurait condamné le dossier. Ces relations ne seraient pas encore suffisamment développées pour assurer la pérennité du dossier. Si ces relations existent aujourd'hui et se manifestent par des engagements oraux et des relations interpersonnelles, les membres d'HAD 35 n'ont pas fourni d'éléments formalisés, type convention de partenariat, avec les médecins libéraux mais également avec les établissements de santé.

Il est vrai, concernant l'implication des médecins libéraux que le niveau de réponse des médecins libéraux peut varier d'une Unité Territoriale (UT) à l'autre. Néanmoins et selon le cadre de santé d'HAD 35 le défaut d'implication ne concerne pas tant les médecins que les infirmiers. D'ailleurs, bien que les médecins libéraux soient rarement présents aux réunions, le responsable du groupe HAD à la Conférence Sanitaire de Secteur, déclara pendant cette réunion que ces derniers sont bien présents sur le terrain lorsqu'il s'agit de prescrire et de suivre les patients HAD.

Concernant les professionnels paramédicaux, HAD 35 serait sur le point de signer une convention avec Cap Réseau, l'association qui les regroupe. Le CROS attend également la formalisation de ces partenariats pour autoriser l'extension.

Concernant maintenant l'implication des établissements de santé et au regard des propos tenus lors de la réunion thématique de la Conférence Sanitaire de Secteur, il y a aujourd'hui un accord au sein des médecins hospitaliers et des directeurs d'établissements sur le fait que la notion de subsidiarité doit prévaloir pour faire intervenir

l'HAD à la place de l'hospitalisation en établissement. Mais, si les acteurs s'entendent sur le principe, la réunion de la CSS confirme que la question des méthodes de travail entre HAD et Etablissements se pose encore. Il semblerait que le *modus vivendi* n'ait pas pour le moment été trouvé.

Le SROS Bretagne dans son volet « Hospitalisation à Domicile » pose en effet que la conception d'un service HAD sur un territoire donné doit être le fruit d'une réflexion des différents intervenants. Un promoteur d'HAD doit « apporter toutes justifications sur l'adhésion des autres intervenants à son projet. La matérialisation de cette adhésion ne peut se limiter à une simple lettre de soutien de telle ou telle personne physique » Pour les établissements et organismes le SROS exige une prise de position institutionnelle à savoir une délibération des instances administratives et un engagement des représentants des professionnels de santé. Pour les professionnels libéraux un engagement des représentants territoriaux des instances régionales de représentation (URML, association, Cap réseau) doit être fourni. De plus une liste exhaustive des intervenants sanitaires et médico-sociaux du territoire disposés à s'engager dans le dispositif, ainsi que l'avis de la conférence sanitaire sur le projet sont requis.<sup>27</sup> L'absence d'avis de la conférence sanitaire quant à ce projet d'extension d'HAD 35 aurait également contribué à ce que le CROSS émette un avis défavorable. La question de la raison de cette absence se pose.

#### D. L'HAD demeure une alternative méconnue.

L'implication insatisfaisante des professionnels hospitaliers et libéraux est révélatrice d'une connaissance incomplète du dispositif HAD. Concernant le projet d'extension plusieurs réunions d'information à destination des professionnels libéraux ont été organisées par HAD 35 mais elles ont à chaque fois réuni peu de participants. En 2005 dans le cadre de la mise en place du SROS, l'URML de Bretagne, interpellée par l'ARH a procédé à une enquête auprès des médecins généralistes afin de mesurer leur niveau d'implication dans l'HAD. Il ressort de cette enquête que les médecins ont du mal à identifier la réponse en termes de coordination des intervenants que peut fournir l'HAD. Ils ne parviennent pas à cerner les services rendus par l'HAD par rapport aux autres services de soins existants.<sup>28</sup> De même HAD 35 a-t-elle organisé une enquête afin d'anticiper le ressenti des futurs médecins traitants et des futures infirmières vis-à-vis de l'HAD. La

---

<sup>27</sup>Schéma Régional d'Organisation Sanitaire IIIe génération Bretagne. Volet « Hospitalisation à Domicile » p 288

<sup>28</sup> MASTER PRO EGESS UNIVERSITE RENNES 1.L'Hospitalisation à domicile : enjeux et limites .Compte rendu de la table ronde du 06 mars 2007.

Directrice des soins d'HAD 35 résume les résultats de cette enquête par la phrase suivante : « On est parfois surpris de voir que de médecins généralistes ne savent pas ce qu'est l'HAD ! »<sup>29</sup>. A n'en point douter l'Etat et la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) doivent s'engager dans une démarche de communication à propos de l'HAD.

#### E. Les professionnels libéraux et les établissements de santé restent réticents vis-à-vis de l'HAD

L'HAD peine également à se développer du fait d'une crainte de captation de clientèle exprimée par les infirmiers libéraux<sup>30</sup>. Les infirmiers libéraux ont en effet regardé l'arrivée de l'HAD à Rennes avec suspicion, craignant que l'activité de cette dernière ne vienne empiéter sur le champ d'intervention.

Les médecins généralistes peuvent également manifester une certaine frilosité dans la prescription de l'HAD en raison de la charge de travail et de responsabilité qu'une telle prescription représente pour eux. C'est en effet sur eux que repose la prise en charge médicale au domicile, nécessitant une disponibilité 7 jours sur 7 et 24h sur 24 pour des patients lourds, parfois instables. En effet, qu'il soit prescripteur ou non, le médecin traitant est le pivot dans l'organisation d'une HAD. Il est responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique. Il assure le suivi médical, la surveillance des soins lors de ses visites. A cette occasion il adapte si nécessaire les traitements et peut faire intervenir un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur de l'HAD. Assez curieusement les médecins traitants sont tour à tour méfiant vis-à-vis de ce rôle pivot dont ils peuvent être investis, et suspicieux vis-à-vis de cette HAD vécue comme un moyen d'affirmer l'hospitalo-centrisme français...il semble donc qu'il faille dépasser la traditionnelle méfiance qui caractérise encore trop souvent les liens entre la médecine de ville et les établissements de santé. Le rejet par le CROSS d'extension de l'HAD 35 sur 7 unités territoriales est ainsi révélateur d'un travail en réseau à développer.

Au sein des établissements de santé, on observe également une tendance naturelle à remplir les lits d'un service hospitalier, cette tendance étant accentuée par la logique de la T2A. Les médecins hospitaliers craignent de laisser sortir des patients pour des soins jugés aigus, et de les confier à des médecins et à des professionnels paramédicaux qu'ils ne connaissent pas ou peu. Tous ces éléments auxquels s'ajoute l'intérêt pour les médecins hospitaliers de pouvoir effectuer rapidement des examens sur place,

---

<sup>29</sup> Idem

<sup>30</sup> CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007

concourent à expliquer pourquoi le monde hospitalier préfère bien souvent « garder » les patients.<sup>31</sup>

### **2.1.2 Les SSIAD Rennais confrontés à des difficultés de positionnement du fait de la montée en charge de la dépendance et d'une répartition des tâches parfois conflictuelle avec les infirmiers libéraux et services d'aide.**

Mes entretiens avec les infirmières coordinatrices des SSIAD m'ont permis d'appréhender leur mode de fonctionnement et leurs diverses difficultés.

#### **A. Répartition géographique d'intervention des SSIAD rennais.**

La ville de Rennes est couverte par trois SSIAD. Le SSIAD MFIV (Mutualité Française d'Ille et Vilaine) couvre le Nord de la ville, le SSIAD du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) l'ouest et le sud, le SSIAD Rennes santé le sud.

Le SSIAD de la MFIV dispose de 52 lits financés et est en attente de 18 places. A terme l'objectif est donc de passer à 70 lits. La spécificité du SSIAD MFIV est qu'il dispose d'un CSI (Centre de soins infirmiers), sorte de gros cabinet d'infirmières non libérales. Ce CSI se distingue du SSIAD par une différence de philosophie dans la prise en charge: cette dernière est plus globale, comporte plus d'actes de nursing et dispensant des soins à une plus grande part de patients bénéficiaires de la CMU. Le CSI fonctionne à l'acte et non pas à la place. Il reçoit des subventions supplémentaires pour pouvoir dispenser des soins en plus par rapport au secteur libéral.

Le SSIAD CCAS, dispose quant à lui de 167 places et couvre les quartiers Est et Nord Est de Rennes. Le SSIAD « Rennes Santé », organisée en Association, compte 39 places mais est en dépassement puisqu'il suit 44 personnes.

On constate donc à Rennes une diversité de statuts juridiques puisque la ville compte un SSIAD mutualiste, un SSIAD communal et un SSIAD Associatif.

#### **B. La montée en charge de la dépendance a des conséquences néfastes sur les budgets des SSIAD.**

Toutes les infirmières coordinatrices rencontrées m'ont confirmé que l'aggravation de la dépendance, notamment en ce qui concerne les seuls soins d'entretien et de continuité de la vie, pose des problèmes de financement par rapport à l'enveloppe financière allouée aux SSIAD Rennais, qui prennent de surcroît en charge 100% de personnes âgées. Ainsi,

---

<sup>31</sup> MONIER B. Enjeux, freins et risques pour l'hospitalisation à domicile. Revue Hospitalière de France n°49 6 janvier-février 2004, p 11

par exemple les 3 injections nécessaires à une personne diabétique conduisent le SSIAD à dépasser son forfait journalier, puisqu'un SSIAD ne passe normalement en moyenne qu'une fois par jour. S'instaure alors une logique de compensation qui fait que le SSIAD va refuser des patients dont l'état de santé représente des soins lourds pour en prendre des plus « légers » afin de pallier ce coût trop important. Les SSIAD sont alors obligés de s'inscrire dans une logique marchande, qu'ils récusent eux même lorsqu'elle vient des infirmiers libéraux.

#### C. La cohabitation avec les infirmiers (ères) libérales est parfois conflictuelle.

En cas de recours à l'IDE libérale, le service le rémunère en utilisant le forfait journalier. Les AMI étant plus rémunérés que les AIS les infirmiers libéraux refusent d'effectuer les soins de nursing. L'aide soignante est alors obligée de repasser chez le malade pour effectuer ces actes. S'ensuivent des tensions entre les professionnels alimentées par une impression de surveillance par l'infirmière coordinatrice du SSIAD qui, dans la mesure où elle rémunère l'intervenant libéral, contrôle son travail ainsi que la cotation qu'il fait de l'acte.

L'infirmière coordinatrice du SSIAD MFIV estime avoir trouvé un juste milieu avec les infirmières libérales. Il est vrai qu'elle fait peu appel à elle. Ce faible recours aux infirmières libérales s'explique par la possibilité dès qu'un patient devient plus léger pour le SSIAD il est pris en charge par le CSI.

Le SSIAD Rennes Santé a donc plus recours aux infirmières libérales qu'il ne choisit d'ailleurs pas systématiquement. En effet la pratique de ce SSIAD est, tant que cela est envisageable et si le patient le souhaite, de continuer à travailler avec une infirmière travaillant depuis quelques temps auprès d'un patient. Ceci n'est donc pas sans compliquer la situation du SSIAD qui doit compter avec une moins grande latitude de choix.

#### D. Le forfait journalier SSIAD ne tient pas compte de la situation démographique de la zone desservie et du niveau de dépendance des personnes suivies.

La modulation du forfait journalier ne va pas de pair avec l'extension. La DDASS pour toute demande d'extension demande au SSIAD une étude démographique justifiant ce projet d'extension. Mais le forfait journalier n'est pas révisé en fonction de cette étude qui pourrait être qualitative et prendre en compte la lourdeur des patients susceptibles d'être pris en charge. Aujourd'hui pour les cadres de santé des SSIAD le forfait journalier est à réviser pour tenir compte de l'aggravation de la dépendance. L'idéal serait selon eux, que le forfait journalier ne serve pas à financer le recours aux IDE libérales mais seulement les soins de nursing. A ce titre, le SSIAD MFIV disposant d'un forfait journalier 32 euros,

estime qu'avec une augmentation à 38 euros il pourrait faire recours plus souvent aux IDE libérale et donc prendre en charge plus d'usagers avec un besoin en AMI plus important.

E. La délicate question de la répartition des tâches entre SSIAD et services de maintien à domicile.

D'un SSIAD à l'autre la cohabitation des professionnels du soin et du maintien à domicile se fait plus ou moins bien. Si pour un SSIAD cette cohabitation ne pose pas de difficultés grâce à des relations interpersonnelles qui se sont créées entre les travailleurs, dans un autre la coexistence sera plus problématique. Ainsi par exemple des conflits peuvent parfois avoir lieu entre les aides soignants des SSIAD et les personnels des services de maintien à domicile. Le DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie) et le diplôme d'aide-soignant sont tous les deux de niveau 5. Cette similitude de niveau de diplôme engendre parfois une certaine concurrence entre les personnels de SSIAD et les Auxiliaires de Vie, ces dernières effectuant parfois des actes relevant des champs de compétences des AS, tel que retirer ou mettre les bas de contention.

De plus, la montée en charge attendue et prévue par le plan Borloo<sup>32</sup> des métiers du maintien à domicile fait craindre aux professionnels des SSIAD un afflux important sur le marché de personnels peu formés. Pour les personnes rencontrées, la marchandisation du maintien à domicile risque de rendre la coexistence des professionnels de plus en plus conflictuelle dans la mesure où leurs actions respectives risquent de ne pas obéir aux mêmes logiques.

## **2.2 Les difficultés liées à une certaine confusion des missions et à un manque de coordination entre l'HAD et les SSIAD**

En sus des difficultés inhérentes aux dispositifs une certaine confusion des missions entre l'HAD et les SSIAD, un manque de coordination paraît régner. Il convient d'en analyser les conséquences et causes. Pour pallier cette faiblesse, des modes d'organisation et des temps de travail en commun réunissant les professionnels de l'HAD et des SSIAD pourraient être envisagés. Or la pratique locale ne semble pas être à l'organisation de telles rencontres.

---

<sup>32</sup> LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

## 2.2.1 Les manifestations et les conséquences de la confusion entre HAD et SSIAD

### A. Les constats nationaux et locaux de cette confusion.

De nombreux observateurs nationaux tel que Philippe Bas font état d'une confusion des missions entre HAD et SSIAD avec pour conséquence des patients qui bien que soignés par les SSIAD présentent des pathologies pouvant relever de l'HAD<sup>33</sup>. Pour un délégué de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), « le périmètre entre HAD et SSIAD est compris mais il y a néanmoins des confusions<sup>34</sup> », ce qui revient en réalité à dire qu'il n'est pas compris par tous...

Au niveau local et selon le chargé de mission de l'ARH Bretagne pour l'HAD 10% des personnes prises en charge par l'HAD relèveraient d'une prise en charge par les SSIAD et 10% des patients SSIAD devraient être pris en charge par l'HAD.

### B. Les causes de cette confusion.

Une partie des 10% de malades âgés accompagnés par un SSIAD et relevant plus de l'HAD sont atteints de maladies chroniques. Or l'HAD refuse de suivre des malades chroniques. Un SSIAD suivant un malade chronique dont l'état de santé se dégrade ne peut pas passer le relais à l'HAD et doit, selon les termes d'une infirmière coordinatrice rencontrée « assurer avec les moyens du bord... » Or selon Elisabeth Hubert, présidente de la FNEHAD, « les SSIAD qui accueillent des patients lourds doivent savoir passer le relais aux HAD »<sup>35</sup>, il conviendrait d'ajouter « doivent être en mesure de passer le relais aux HAD ». Il s'agit donc de faciliter ce passage en l'intégrant dans la philosophie du soin et de le permettre, en garantissant les conditions organisationnelles, matérielles et humaines de sa réalisation.

Les 10% de patients suivis par l'HAD et relevant d'un SSIAD peuvent quant à eux se heurter à l'incapacité des SSIAD à accueillir un malade, du fait de l'insuffisance de places. Le dispositif HAD se trouve donc contraint à garder le malade.

Dans les deux cas une des raisons identifiables de cette difficulté de répartition est, avant même tout problème de passage de relais, un problème de nomenclature des actes relevant de l'HAD et des SSIAD. C'est la raison pour laquelle la publication de la circulaire

---

<sup>33</sup> BAS P. communiqué de presse datant du 23 mars 2007. Disponible sur Internet [www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr)

<sup>34</sup> MASTER PRO EGESS UNIVERSITE RENNES 1.L'Hospitalisation à domicile : enjeux et limites .Compte rendu de la table ronde du 06 mars 2007.

<sup>35</sup> HUBERT Elisabeth Interview dans Revue de gériatrie. Disponible sur Internet [www.revuedegeriatrie.fr](http://www.revuedegeriatrie.fr)

du 1<sup>er</sup> décembre 2006 était très attendue. Nous verrons plus tard si oui ou non la clarification espérée est intervenue.

Car cette difficulté de classification est accentuée chez les personnes âgées dont la poly pathologie fait que pour certains aspects une personne peut relever de l'HAD et pour d'autres elle peut relever d'un SSIAD. Il est en effet dommageable de devoir classer les usagers et de fractionner la prise en charge alors que l'objectif est une prise en charge continue. Or cette classification est induite par la différence des financeurs.

#### C. Les conséquences de ce manque de clarté entre l'HAD et les SSIAD.

Lorsqu'un SSIAD se retrouve à prendre en charge des personnes relevant de l'HAD son fonctionnement est bouleversé puisqu'il doit prévoir un nombre de passages supérieur à ce qu'il fait en situation normale, et ce pour des soins plus complexes. Deux situations peuvent alors émerger. Soit le SSIAD effectue ces passages en plus et le service est débordé humainement et financièrement (le forfait journalier est dépassé), soit il ne le fait pas et les malades sont insuffisamment suivis. Dans les deux cas les usagers sont mis en danger.

Lorsque l'HAD est contraint de « garder » un malade pouvant passer en SSIAD il se trouve contraint de refuser des patients relevant de l'HAD.

Dans un cas comme dans l'autre, lorsqu'un dispositif se retrouve à prendre en charge des personnes ne relevant pas de sa compétence il s'en suit une saturation des dispositifs : des places sont occupées par des patients alors qu'elles devraient l'être par d'autres qui doivent attendre que des places se libèrent.

### **2.2.2 L'inexistence de temps et d'instance de travail communs SSIAD/HAD**

#### A. Des temps de travail ne concernant que les SSIAD et les services de maintien à domicile.

Les SSIAD Rennais se rencontrent une fois par mois pour des réunions thématiques ou pour discuter de tel ou tel cas. Une fois par mois ont également lieu des réunions de secteur réunissant les services d'aide à domicile, les SSIAD, les CSG (conseillers sociaux en gérontologie) du Conseil Général et les médecins du Conseil Général concernés par le maintien à domicile du fait de la prestation de l'APA. Ces réunions traitent quant à elle des situations des personnes prises en charge et visent une coordination des acteurs.

Entre les acteurs du soin et d'aide à domicile il semblerait que la volonté de partage d'expériences et de coordination soit présente. Reste à savoir si la volonté est suffisante et si les services mettent en œuvre ou ont les moyens de la mettre en œuvre. De plus cette volonté n'intègre pas l'HAD qui ne participe pas à ces réunions.

## B. Une communication HAD/SSIAD au cas par cas.

Bien évidemment, dans des situations où le travail en commun s'impose et où la mise en commun d'information s'avère nécessaire, la communication entre les professionnels HAD et les professionnels SSIAD se fait. Mais il n'y a sur ce point aucune relation systématique ou organisation préalable de relais. Qui plus est, bien qu'existante, la communication entre les SSIAD et l'HAD peut connaître des ratés. Ainsi par exemple le dispositif HAD peut garder sans prévenir un malade alors que tout était prévu pour le prendre en charge par le SSIAD.

L'étude de terrain a permis de relever les difficultés et leurs causes. On le voit, elles sont de natures multiples et imbriquées les unes aux autres. Ainsi, le manque de temps de travail en commun ne permet pas de contourner le manque de clarté entre les missions des SSIAD et de l'HAD ce qui peut conduire à des saturations de services. De même, la méconnaissance des dispositifs HAD et le faible nombre de prescription d'HAD peuvent conduire à confier aux SSIAD des patients médicalement trop lourds.

Obtenir les informations utiles à mon étude n'a pas été une chose aisée et la conduite de mon enquête a nécessité une certaine prudence dans les questions posées. Car les difficultés mises au jour interrogent les pratiques professionnelles.

### **2.3 La nécessaire compréhension par l'IASS des raisons d'une mise en œuvre difficile des politiques publiques et des jeux d'acteurs qu'elles mobilisent.**

Tour à tour initiateur de projets, aide à la mise en œuvre ou contrôleur, l'IASS doit être capable de saisir les enjeux, modalités souhaitables d'organisation mais aussi causes et effets, envisagés ou non, de la mise en œuvre d'actions de santé publique. Sans un effort d'analyse et de mise en perspective des acteurs les uns par rapport aux autres, l'explication des décalages entre effets souhaités d'une politique sanitaire ou médico-sociale et la réalité risque de s'arrêter à des considérations simplistes et ignorantes des jeux des acteurs locaux. En 1973 Jeffrey L. PRESSMAN et Aaron B. WILDAVSKY dans leur ouvrage Implementation, analysent les causes de ce décalage entre les intentions d'une politique publique et ses résultats concrets<sup>36</sup>. Une telle méthode d'appréhension de son environnement par l'IASS, lui permet de prendre le recul nécessaire et de laisser aux

---

<sup>36</sup> cités par MEGIE. A dans Dictionnaire des Politiques Publiques. Presses de Sciences Po. Paris. 2004 p 284

dispositifs et acteurs le temps de s'implanter et de faire émerger des modalités de coexistence. L'IASS doit ainsi prendre en considération trois points fondamentaux.

### **2.3.1 Les acteurs « occupent » le vide laissé par la réglementation relative à l'HAD et aux SSIAD en s'appropriant l'espace social.**

A. Le vide réglementaire et le tâtonnement des dispositifs peuvent être l'occasion d'ajustements et d'apprentissages constructifs.

Pour les auteurs cités ci-dessus, lorsque les « projets » et « programmes » gouvernementaux sont porteurs d'ambiguïtés il se crée un espace social dans lequel s'effectue une mise en œuvre contournant les objectifs flous ou la répartition des compétences peu ou mal effectuée.

De plus le temps et le lieu de la mise en œuvre doivent être envisagés comme des espaces d'ajustement, des périodes de négociation entre des intérêts. Les controverses sont des moments d'apprentissage pour les acteurs concernés. L'activité de mise en œuvre, bien que problématique parfois, peut être une période de changements fructueux<sup>37</sup>.

B. L'application aux dispositifs rennais.

En dépit d'un défaut de clarté quant à la répartition des usagers entre les dispositifs HAD et SSIAD les professionnels ont déployé des modalités informelles de répartition des tâches. Nous avons souligné qu'une communication au cas par cas s'était instaurée, favorisant par là même les relations entre les acteurs, élément premier et indispensable d'une éventuelle coordination.

Bien que ce mémoire ait pour objectif de mettre en exergue les difficultés des dispositifs et de leur cohabitation, l'analyse critique doit considérer le facteur temps dans la mise en œuvre optimale des dispositifs. En effet l'HAD rennaise est encore très jeune, au contraire des trois SSIAD investigués qui ont en moyenne 20 ans d'expérience. Les SSIAD ont de ce fait développé leur réseau, leurs habitudes de fonctionnement et se sont peu à peu implantés dans leurs zones d'intervention en acquérant une légitimité auprès des usagers et des professionnels de santé. L'arrivée des services d'aide à domicile et de l'HAD est venue bouleverser un système en y rajoutant un niveau de prise en charge. Il faut certainement également laisser aux dispositifs le temps de constater la nécessité de travailler en articulation et de trouver le moyen de ce travail. Un temps est également nécessaire pour que chacun trouve sa place suite à l'arrivée de nouveaux dispositifs.

---

<sup>37</sup> LASCOUMES P., LE GALES P. Sociologie de l'Action Publique. Armand Colin. Paris 2007. Chapitre 2, la « mise en œuvre : l'entrée clef des politiques publiques p 39.

Au regard des entretiens effectués il est important de souligner l'existence de décalages entre les différents niveaux de discours. Ces décalages permettent à l'inspecteur de saisir les diverses logiques d'acteurs, intérêts contradictoires ou appréciations variables d'un intervenant à l'autre.

### **2.3.2 Les analyses nationales d'un problème et les réalités locales de ce dernier doivent être confrontées pour faire émerger une analyse pertinente des mécanismes et jeux d'acteurs à l'œuvre.**

#### A. Des hypothèses de départ à réinterroger

La recherche documentaire qui a précédé l'investigation de terrain, m'a rapidement fourni les éléments que je recherchais, à savoir l'existence d'une confusion entre les SSIAD et l'HAD. Pour celui ou celle qui recherche des difficultés de mise en œuvre des politiques publiques ou des freins à cette dernière, ce type de discours est une aubaine : il y a donc un problème, reste à trouver les coupables ... Je dois d'ailleurs souligner que le premier écrit m'ayant permis de satisfaire mon ambition de problématique est un communiqué de presse du secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Philippe Bas. C'est donc auréolé d'une importante crédibilité que ce document a servi de point de départ à mon enquête que j'ai continué à organiser en prenant soin de rechercher avant tout les éléments confirmant cette hypothèse de confusion des rôles.

Mais au fur et à mesure de mes entretiens j'ai pu entendre des points de vue qui différaient de cette hypothèse : professionnels des SSIAD ou de l'HAD m'ont en effet souvent vanté les mérites d'une communication entre ces deux dispositifs. Je m'en suis trouvée au départ assez décontenancée...mon mémoire n'avait-il alors plus lieu d'être ? De même concernant la question des relations entre les SSIAD et les infirmiers libéraux, j'ai été contrainte de constater que les relations conflictuelles n'étaient pas le lot de tous les SSIAD. Les professionnels ont parfois su développer de mode de travail en commun et poser les bornes de leurs actions respectives, utilisant les ressources et opportunités à leur disposition tel que le CSI.

La réponse à ce décalage tient à une réalité tangible, à savoir l'inexistence de problèmes, et à l'appropriation par les acteurs de leur milieu d'intervention. Mais il tient également à des différences de positionnement des acteurs les uns par rapport aux autres qui engendrent des discours contradictoires.

B. Les acteurs investigués et l'IASS occupent les uns par rapport aux autres des positionnements à considérer avec prudence.

J'ai peu à peu saisi les enjeux non seulement de mon action investigatrice mais des prises de position de chaque acteur. Une investigation menée par un IASS peut susciter des craintes ou des espoirs faussant l'analyse. J'ai compris que toute enquête est intrusive, interrogatrice et que le manque de prudence, ou l'audace ou encore la simple curiosité peuvent être perçues par les personnes interrogées, comme une remise en cause leurs pratiques professionnelles et de la place de leur dispositif sur une zone donnée. De plus, je crois avoir pâti d'une certaine méfiance des acteurs de terrain vis-à-vis des IASS : souvent encore ce corps semble être associé à la fonction de contrôle et d'inspection.

A contrario, lors de mes entretiens mes interlocuteurs ont parfois vu en la visite d'un IASS la possibilité d'une résolution de leurs difficultés passant le plus souvent par une majoration des tarifs ou par une mise à disposition de moyens humains supplémentaires.

Cette expérience, m'a permis de prendre conscience combien aucune action ou réflexion n'est anodine et qu'il convient d'en évaluer dès l'élaboration de la démarche les différentes conséquences ou implications possibles.

La méthode adoptée se doit alors de n'être que plus rigoureuse, cette rigueur pouvant être atteinte par la conduite d'une investigation itérative.

C. L'opportunité non entièrement réalisée d'une investigation itérative.

Ce constat de décalage entre les niveaux de discours, conduit à poser une obligation dans la conduite d'enquêtes : celle d'une investigation itérative opérant des allers et retours constants entre les dépositaires de tel ou tel point de vue, dans un objectif de procédure contradictoire. Cette modalité d'enquête peut s'effectuer dans une logique horizontale (entre les acteurs de terrain) mais également verticale (du local au central).

La contrainte temps et les disponibilités limitées des acteurs ne m'ont pas permis de mettre complètement en œuvre cette exigence. Me rendant néanmoins compte de cette nécessité j'ai tâché de la réaliser en réinterrogeant mes hypothèses de départ lors de mon entretien avec le chargé de mission ARH, intervenu assez tard dans mon analyse, ce qui fut un atout dans la mesure où je commençais à prendre du recul par rapport à mes lectures et à mes entretiens avec les professionnels des dispositifs intervenant à domicile. Ce positionnement adopté et enrichi des entretiens menés conduit à formuler des préconisations.

### **3. Les leviers envisageables pour un meilleur positionnement et une articulation renforcée de l'HAD et des SSIAD**

Dans cette dernière partie on tâchera de proposer des pistes d'amélioration passant par des évolutions quantitatives et qualitatives. Ces propositions concerneront à la fois les services HAD et SSIAD et l'environnement dans lequel ils s'inscrivent.

Cette partie aura tout d'abord pour objectif d'interroger les conséquences des évolutions réglementaires récentes et relatives à la prise en charge des personnes âgées. Il s'agira de voir si elles sont en mesure d'apporter des éléments de réponse aux difficultés de l'HAD et des SSIAD. Le propos tâchera également de définir des objectifs et les moyens de les atteindre pour résoudre les difficultés liées aux dispositifs en eux-mêmes. Enfin, il s'agira de formuler des préconisations pour faciliter l'articulation des dispositifs ceci étant une condition sine qua non de leur ancrage.

#### **3.1 Les évolutions réglementaires à l'œuvre comme moyen de redéfinition des missions ?**

##### **3.1.1 Des freins juridiques d'ores et déjà levés par l'ordonnance du 4 septembre 2003**

A. La disparition de la condition du taux de change à toute autorisation d'HAD.

Les règles de la planification hospitalière entravaient, jusqu'à une époque très récente, le développement de l'hospitalisation à domicile. L'article L. 712-10 du Code de la Santé Publique prévoyait que, lorsque le projet d'hospitalisation à domicile se situe dans une zone dont les moyens sanitaires sont excédentaires, l'autorisation ne pouvait être accordée qu'à condition que le projet soit assorti d'une réduction des moyens d'hospitalisation dans la discipline concernée. Ce taux de change imposait pour chaque ouverture de place d'HAD la fermeture de deux lits d'hospitalisation traditionnelle. Cette disposition a longtemps rendu les établissements de santé réticents à développer l'hospitalisation à domicile. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis fin à cette obligation, d'abord par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui donnait le droit aux directeurs des ARH de déroger au taux de change, puis de manière systématique, dans l'ordonnance portant simplification

administrative du 4 septembre 2003 qui en supprimant la carte sanitaire, supprime du même coup les indices de places d'hospitalisation à domicile.<sup>38</sup>

#### B. L'intégration de l'HAD dans les SROS

De plus, l'arrêté du 27 avril 2004 prévoit que l'HAD doit maintenant faire l'objet d'un volet spécifique dans le SROS, précisant les implantations prévues par territoires de santé et mentionnant les activités de soins concernées. Le volet consacré à l'HAD dans le SROS est le seul qui soit consacré à un mode de prise en charge parmi les 16 thématiques obligatoires du SROS. Cette inscription dans le SROS montre que l'HAD doit désormais être intégrée aux politiques régionales et se traduire par l'essor des implantations existantes ainsi que par la création de nouvelles structures, plus spécialement encore dans les zones géographiques qui en sont dépourvues. Partant de ces principes, la DHOS a chargé les DDASS de favoriser le développement de contrats d'objectifs et de moyen avec les structures d'HAD. Compte tenu de la coordination et de la professionnalisation des prises en charge à organiser, la DHOS estime que le « niveau d'activité minimum souhaitable correspond à environ 9 000 journées d'hospitalisation par an et par structure.<sup>39</sup>

#### C. La fin de la quantification de l'HAD en volume par territoire

Le régime des autorisations a également été modifié afin de suivre et de porter la dynamique de développement de l'HAD. Ainsi au terme de l'article D. 6121-8 du Code de la Santé Publique (CSP) relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins, l'HAD est exclue de la quantification en volume par territoire et par activité de soins prévue à l'article D. 6121-7 CSP. Il n'y a donc pas de limitation en volume de l'HAD.

Ces trois changements auraient pu conduire à un fort développement de l'HAD qui pourtant demeure aujourd'hui marginal. Le nombre de places en HAD est en effet faible. Deux textes récents et publiés à deux mois d'intervalle ont été annoncés par le ministre de la Santé comme particulièrement facilitateurs et incitatifs à l'accroissement du nombre de places d'HAD.

---

<sup>38</sup> MONIER B. Enjeux, freins et risques pour l'hospitalisation à domicile. Revue Hospitalière de France n°496 janvier-février 2004

<sup>39</sup> CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007

### **3.1.2 La circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 opère-t-elle la clarification attendue entre les missions de l'HAD et les SSIAD ?**

A. Malgré une place minime accordée à la relation de l'HAD aux SSIAD, le texte met en avant la complémentarité des dispositifs.

Dans son discours du 5 décembre 2006, Xavier BERTRAND annonçait que cette circulaire visait « à mieux définir le rôle et la place de l'HAD dans le dispositif sanitaire, notamment au regard des autres services de santé à domicile »<sup>40</sup>. Le texte rappelle l'état de droit et les missions de l'HAD ainsi que les obligations pesant sur ces services. Une large partie de la circulaire est consacrée à rappeler que « l'HAD coordonne des acteurs spécifiques dans un environnement particulier », et ils sont nombreux, qu'ils soient internes à l'HAD ou externes. Peut être en raison même de cette diversité d'acteurs, chacun d'entre eux n'est que rapidement évoqué dans ce texte. Concernant la coordination avec les SSIAD, on peut noter que le propos reste allusif, ce qui n'est pas le cas des préconisations relatives aux relations des SSIAD avec les établissements de santé qui précisent clairement les enjeux et modalités envisageables de coordination.

Sur une circulaire de 10 pages 10 lignes sont consacrées à la complémentarité des dispositifs HAD et des dispositifs SSIAD : « l'HAD est complémentaire des structures telles que les SSIAD, dont elle a vocation à prendre éventuellement le relais si la situation du malade s'aggrave, et a contrario auxquelles elle peut confier un malade stabilisé. Même si l'HAD se distingue des SSIAD par le niveau de soins qui l'on y dispense et par la coordination médicale des soins, la continuité des soins entre SSIAD et HAD doit y être assurée à l'image de la complémentarité souhaitée avec les établissements d'hospitalisation complète. Des liens conventionnels sont ici particulièrement opportuns. La création de structures mixtes ou de « plates-formes » offrant à la fois un SSIAD et une HAD, gérées par un même opérateur peut être soutenue. En effet, ce type d'organisation favorise le continuum de la prise en charge dès lors que les indications respectives sont clairement définies. »

Bien que court ce texte a tout de même pour intérêt de faire entrer dans le champ des possibles la signature de conventions HAD/SSIAD ainsi que la mise en place de plates-formes HAD/SSIAD répondant par là même à des questions soulevées depuis de nombreuses années.

B. Le texte ne précise pas les missions des intervenants.

Concernant non plus la complémentarité des dispositifs mais la clarification des missions, cette circulaire ne vient pas réellement préciser les choses. Elle ne fait que rappeler que

---

<sup>40</sup> X.BERTRAND. Discours devant la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. 5 décembre 2006. Disponible sur Internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

l'HAD et les SSIAD interviennent chacun en fonction du niveau en soins requis, sans préciser plus quels soins relèvent de l'HAD et quels soins relèvent des SSIAD. Néanmoins elle souligne que « les critères d'inclusion [en HAD] sont les mêmes qu'en établissement d'hospitalisation complète. » Il n'est pas fait référence au décret du 29 juillet 2004 fixant les compétences des infirmiers, pas plus qu'au positionnement des aides-soignantes.

### **3.1.3 La possibilité désormais offerte aux deux dispositifs d'intervenir en EHPAD constitue-t-elle une nouvelle donne pour le système de prise en charge au domicile ?**

A. La possibilité d'intervention des SSIAD en EHPAD posait déjà des questions délicates.

L'intervention des SSIAD dans les établissements non médicalisés est prévue à l'article L.312-1 du CASF ainsi qu'à l'article L 313-12 du même code pour les établissements de moins de 25 places autorisées ayant un GIR Moyen Pondéré (GMP) supérieur à 300 et n'ayant pas signé de convention tripartite. La circulaire du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD précise que la « répartition des places de SSIAD sur le département [devra] prendre en compte la présence de tels établissements pouvant nécessiter l'intervention des SSIAD sans pour autant déséquilibrer la répartition entre intervention au domicile et interventions en établissements, les SSIAD devant rester un instrument majeur des dispositifs permettant le maintien à domicile des personnes âgées. » Une complexification des modalités d'attribution des places SSIAD peut être crainte. Cette prise en compte de la présence d'établissement pouvant nécessiter une intervention d'un SSIAD doit se traduire par une augmentation des moyens humains et une adaptation du forfait journalier. Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant majoration du forfait journalier pour les soins effectués à domicile, les SSIAD recevant un financement pour la partie intervention à domicile et un autre pour intervenir en EHPAD.

B. L'intervention de l'HAD en EHPAD est désormais possible et relève d'une démarche partenariale.

Depuis le décret du 22 février 2007<sup>41</sup>, l'intervention de l'HAD au sein de tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées est possible. Cette possibilité est

---

<sup>41</sup> Décret n°2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD en EHPAD

toutefois encadrée, tant sur la forme que sur le fond. Chaque structure d'HAD doit préalablement à sa première intervention en EHPAD signer une convention avec ce dernier<sup>42</sup>. Lorsque l'EHPAD bénéficie d'une autorisation conjointe du préfet de département et du président du conseil général, la convention, devant comporter en annexe une copie de l'autorisation, prévoit certaines clauses, notamment :

- Les conditions de l'intervention de la structure d'HAD dans l'établissement,
- Les modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins,
- L'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient,
- l'organisation des circuits du médicament,
- les modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie.

Si l'EHPAD ne fait pas l'objet d'une autorisation conjointe, la convention doit uniquement prévoir les conditions de l'intervention de la structure d'HAD dans l'établissement. En tout état de cause, la convention de partenariat doit être transmise pour information à l'ARH, à la DDASS, au président du conseil général et à la CPAM compétents<sup>43</sup>.

#### C. Cette réforme engendrera-t-elle la transposition en établissements des difficultés existantes ou permettra-t-elle d'y apporter des éléments de résolution ?

La possibilité d'intervention de l'HAD en EHPAD peut être porteuse d'évolutions positives car les structures d'HAD sont invitées à s'inscrire dans une démarche partenariale avec les équipes soignantes des établissements. L'objet de la convention et les critères choisis pour répartir les compétences entre les professionnels de l'HAD et les professionnels de l'établissement, en particulier les aides soignantes et infirmiers, pourraient servir de « modèle » à une méthode de clarification des missions HAD/SSIAD intervenant à domicile.

Il va en effet falloir résoudre dans les EHPAD où il existe une médicalisation avec un forfait soins et l'intervention de professionnels de santé, la question de leur positionnement en complémentarité avec l'HAD. Cette difficulté rejoint la question du « qui fait quoi ? » qui se pose déjà entre HAD et SSIAD... Si les acteurs parviennent à élaborer des réponses concrètes de répartition et de coordination à l'occasion de la mise en œuvre de l'intervention de l'HAD en EHPAD, peut être seront-ils alors en mesure de transposer leur méthode et outils à la question de leur coexistence avec les SSIAD.

SSIAD et HAD pourront donc désormais tous les deux intervenir en EHPAD. Ils ne pourront intervenir ensemble que dans les EHPAD non médicalisés puisque les SSIAD

---

<sup>42</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, article D. 6124-311

<sup>43</sup> CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007, p 21

interviennent uniquement dans ce type d'établissements, l'HAD pouvant quant à elle intervenir dans les EHPAD de tous types. Or, est-ce une bonne chose lorsque l'on constate que les conditions de leurs interventions au domicile ne sont elles-mêmes pas encore efficacement régulées... N'est-il pas souhaitable qu'en sus de la convention obligatoire HAD/EHPAD, les intervenants HAD et SSIAD en EHPAD soient incités à signer tous les deux avec l'établissement une convention sur le modèle de laquelle les intervenants au domicile pourraient organiser la coordination et le relais entre eux ?

Parallèlement, et pour garantir la réunion de conditions optimales dans l'organisation du soin à domicile, des freins restent à lever.

### **3.2 Les freins restant à lever pour asseoir la position de l'HAD et des SSIAD : quatre pré requis à assurer.**

Depuis quelques années, divers assouplissements, rendus possibles par l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>44</sup> ont contribué à la croissance de l'activité d'HAD en France. Bien que nécessaires ces changements n'apparaissent néanmoins pas suffisants. Il apparaît en effet primordial, afin de créer un environnement propice au soin à domicile dans les deux dimensions de l'HAD et des SSIAD, de viser la réalisation de quatre objectifs.

#### **3.2.1 PRE REQUIS 1 : Clarifier au niveau local les missions des SSIAD et de l'HAD au moyen d'un guide des interventions.**

##### **A. Des institutions responsables de cette clarification**

La clarification des missions des SSIAD et de l'HAD est une demande du COTER de la DRASS Bretagne. Cette clarification doit être effectuée au niveau local et ce pour trois raisons. Tout d'abord la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 n'opère par réellement la clarification attendue. De plus, les services déconcentrés doivent manifester leur préoccupation aux dispositifs concernés quant à cette question en les aidants à remplir de manière efficace leurs missions. Garantir une répartition claire des missions entre l'HAD et les SSIAD ne peut être possible que si les services de l'Etat assurent leurs missions de conseils et de support juridique.

Le Conseil Général est également responsable de cette clarification puisque cette dernière doit être effectuée pour les services d'aide à domicile.

---

<sup>44</sup> Code de la Santé Publique, ancien article R.712-2-1 devenu article R. 6121-4

C'est pourquoi il serait intéressant d'élaborer un livret ou guide du soin à domicile, à l'instar de ce que le Conseil Général de Dordogne a publié<sup>45</sup>.

#### B. Le contenu d'un guide des interventions.

Ce guide serait destiné aux professionnels qui pourraient signer en préambule de ce livret un Charte s'engageant à respecter les conditions d'exercice de leurs missions et les engagements de coordination qui y seraient formalisés. Il serait également destiné au public et aux personnes ressources (CLIC, médecins, hôpitaux) et se terminerait par un répertoire des services, classés par « rubriques-besoins ».

A l'image du document élaboré en Dordogne ce guide serait composé de fiches thématiques telles qu'une « fiche référence du service de soins infirmiers à domicile »

Pour chacun des acteurs ou dispositifs, le guide listerait les textes de référence, les compétences requises, et surtout préciserait dans deux rubriques ce que chaque acteur peut et ne peut pas faire. Les acteurs considérés seraient les suivant :

- médecins généralistes
- infirmiers
- aides soignants
- aides à domicile
- auxiliaire de vie sociale
- aides médico-psychologiques
- masseurs kinésithérapeutes
- salariés du particulier employeur

Il serait intéressant d'envisager l'élaboration d'un tel guide en y intégrant l'HAD, ce que ne fait pas le livret conçu par le Conseil Général de Dordogne, centré sur le maintien à domicile. La réalisation de ce projet pourrait être confiée au Conseil Général, aux services déconcentrés et à l'ARH qui constitueraient l'équipe projet. Cette équipe prendrait soin de créer des groupes de travail réunissant les acteurs du maintien, du soin, et de l'HAD, ainsi que des représentants des usagers.

---

<sup>45</sup> CONSEIL GENERAL DE DORDOGNE. Guide du soutien à domicile en Dordogne, référentiel des intervenants auprès des personnes âgées et/ou handicapées. Février 2006. Disponible sur Internet : [www.cg24.fr](http://www.cg24.fr)

### **3.2.2 PRE REQUIS 2 : Faciliter a priori l'engagement vers l'HAD des médecins et des aidants et le mesurer a posteriori.**

#### **A. Développer chez les professionnels de santé une culture de l'HAD.**

Le développement de l'Hospitalisation à Domicile suppose que les services hospitaliers travaillent en parfaite coordination et le plus possible en prévision de la sortie du patient, ceci pouvant permettre d'harmoniser les flux des malades entrants et sortants. Ce pré-requis vient modifier la mission des établissements de santé ou plutôt la perception que se font de leur métier les praticiens hospitaliers. En effet, ces derniers doivent aller au-delà de leur métier traditionnel, centré sur la pathologie et le soin, et intégrer les facteurs propres à l'organisation du soin à domicile. Le 5 décembre 2006 Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé et des Solidarités, insista dans un discours devant la FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile), sur l'importance et la nécessité d'encourager la formation des professionnels à l'HAD en développant notamment des stages d'internes, de résidents en médecine et de professionnels paramédicaux au sein des services d'HAD<sup>46</sup>. De telles formations, qui pourraient également intervenir dans le cadre de l'obligation de formation continue, permettraient d'acculturer les praticiens à l'HAD et à ce qu'elle induit en termes de prévision coordonnée de la sortie et de la suite à une hospitalisation.

Le personnel propre au dispositif HAD est un élément essentiel dans cette préparation : médecin coordonnateur, cadre infirmier, assistante sociale et psychologue peuvent intervenir en appui aux personnels hospitalier. Il est important de faciliter la cohésion entre les équipes hospitalières et celles de l'hospitalisation à domicile, par la transmission d'informations et de données permettant l'élaboration d'un parcours de soins qui veillera à assurer la continuité entre la sortie de l'hôpital et l'admission en HAD.

#### **B. Un nécessaire « contrat de partenariat » entre les équipes HAD, le patient et sa famille.**

Il est important que la démarche de prévision préconisée ci-dessus, et mise en œuvre dès l'admission du malade en hospitalisation traditionnelle, intègre la famille du patient. Car le retour au domicile est un engagement important, à la fois pour le médecin hospitalier et traitant et pour la famille du malade<sup>47</sup>. Une sorte de « contrat de partenariat » doit, selon Bernard MONIER être mis en œuvre, sans quoi le patient risquerait de subir une nouvelle hospitalisation. Il s'agit de prévoir le plus tôt possible le parcours de soin à domicile, les

---

<sup>46</sup> X.BERTRAND. Discours devant la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. 5 décembre 2006

<sup>47</sup> MONIER B. Enjeux, freins et risques pour l'hospitalisation à domicile. Revue Hospitalière de France n°49 6 janvier-février 2004, p 12

réponses qui seront apportées à toute difficulté afin d'éviter l'épuisement des aidants et donc la réhospitalisation du patient.

C. L'évaluation de l'implication des médecins et de la situation des aidants doit être menée régulièrement.

L'évaluation de l'implication des médecins et l'étude de la satisfaction des familles et des patients est également une demande du COTER à la DRASS de Bretagne. Concernant le premier point une étude quantitative et qualitative pourrait être menée annuellement auprès des médecins libéraux et hospitaliers. Cette étude mesurerait le taux de prescriptions en HAD, l'évolution de ce taux, dresserait également le ressenti des médecins vis-à-vis de l'HAD et listerait leur points d'interrogation et leurs demandes spécifiques en terme d'information ou d'appui dans l'exercice de leur mission de pivot du dispositif.

Concernant les aidants familiaux deux outils sont à développer. Au niveau national, l'étude PIXEL est un programme d'étude qui s'intéresse particulièrement depuis 2001 à la place de l'entourage familial dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies associées et qui mesure également l'impact de cette prise en charge sur la qualité de vie des aidants<sup>48</sup>. Il pourrait être satisfaisant de concevoir une étude sur les aidants dans leur globalité pour saisir les difficultés de ces personnes et les freins à la mise en place du soin à domicile. Au niveau local, la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité des Soins (CRUQ) est une obligation qui pèse sur l'HAD comme sur tous les établissements de santé. Elle contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leur entourage. Il convient de donner à cette commission la place qui doit être la sienne et de tenir compte de la parole de ses membres.

### **3.2.3 PRE REQUIS 3 : S'assurer de l'opportunité du soin continu à domicile par un examen systématique de sa faisabilité.**

A. L'exigence d'un « diagnostic psychosocial » préalable à la définition d'un parcours de soins à domicile.

Concernant l'HAD, le SROS recommande la « réalisation d'un diagnostic psycho-social et environnemental des besoins de la personne<sup>49</sup>. Le SROS précise « qu'une prise en charge adaptée et de qualité d'une personne en hospitalisation à domicile implique, au

---

<sup>48</sup> Etude Pixel, Novartis en collaboration avec France Alzheimer et l'Association des Neurologues de langue française.

<sup>49</sup> Schéma Régional d'Organisation Sanitaire IIIe génération Bretagne. Volet « Hospitalisation à Domicile » p 291

préalable, dans des délais courts, la réalisation d'un diagnostic pluridisciplinaire des besoins psychologiques et sociaux du patient, tenant compte des réalités de son environnement familial et physique (conditions du logement) afin de mettre en place des conditions favorables à son hospitalisation. » Il convient sans doute de rajouter à cette analyse préalable centrée sur les besoins une évaluation renforcée des moyens à disposition du malade et de son environnement. Le SROS pourrait à l'avenir développer plus précisément les éléments à prendre en compte.

Ce diagnostic psycho social, qui doit être établi le plus tôt possible et envisager la faisabilité d'un parcours de soins à domicile dans son ensemble, doit tout d'abord comprendre une évaluation de l'entourage familial. Le patient dispose-t-il d'un cadre familial sur le que le dispositif de soins peut s'appuyer ? Les aidants naturels sont-ils prêts à modifier leur mode de vie, à accepter une certaine médicalisation du domicile pour répondre aux exigences que représente le fait de soigner chez soi un des siens. L'HAD ne peut être envisagée pour tous les patients dans la mesure où elle nécessite presque toujours la présence d'un entourage aidant<sup>50</sup>. En HAD et après une hospitalisation c'est l'évaluation tripartite de l'assistante sociale, du médecin coordonnateur et du cadre infirmier de l'HAD qui déterminera si le retour à domicile est réalisable. Pourquoi ne pas procéder à cette évaluation non pas après l'hospitalisation mais dès qu'à l'admission en hospitalisation traditionnelle la possibilité d'une admission en HAD est envisageable...ceci n'étant possible que pour les pathologies dont l'évolution est facilement prévisible ? Il serait également opportun d'associer à cette évaluation les autres professionnels qui pourraient être amenés à travailler auprès du malade à savoir le SSIAD et les services de maintien à domicile ?

B. Le diagnostic doit prendre en compte l'environnement en termes de services de soins, de maintien à domicile et hospitaliers.

Le caractère réalisable de cette hospitalisation à domicile dépend également de l'environnement de la personne âgée en termes de moyens techniques, humains et en termes de services. C'est bien souvent l'insuffisance de service de maintien à domicile qui empêche l'entrée en HAD comme le rappelle le SROS : « L'accessibilité insuffisante aux services d'aide à la personne est souvent citée comme un des facteurs explicatifs au lent développement de l'HAD, tant par les services d'HAD que par les professionnels de santé libéraux confrontés à la question plus large des aides à la vie quotidienne et aux patients »<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. IRDES n°1 19, février 2007.

<sup>51</sup> Idem

Cet environnement à prendre en compte au moment de l'évaluation concerne donc les services ou personnes assurant l'aide au domicile mais pas seulement. En effet l'évaluation préalable doit inclure les services de soins et également les services hospitaliers dont on peut supposer que le patient pourrait avoir besoin dès après la prise en charge par l'HAD ou entre deux phases d'HAD ou après une prise en charge HAD puis SSIAD...

Lorsque c'est le SSIAD qui est pressenti pour une prise en charge à domicile il y a parfois un manque de personnel qui fait que soit la sortie d'hôpital est retardée, soit le projet de soins à domicile est minoré. Aussi, de la même manière que pour l'HAD il convient d'évaluer la possibilité ou non d'une prise en charge de qualité et surtout complète qu'il s'agisse des infirmières, pour faire coïncider le nombre de passages au besoin réels, des professionnels libéraux (kinésithérapeute, pédicure...) dont il faut organiser la fréquence et les moments de passage en concordance avec les passages du SSIAD et les disponibilité des aidants si ce point doit être pris en compte. Il n'est pas satisfaisant de « renvoyer » à son domicile une personne âgée si toutes les conditions de son bien être sanitaire, social ou psychologique ne sont pas préalablement évaluées et prévues.

S'il convient de prévoir, quand cela est facilement identifiable, à l'admission à l'hôpital l'éventualité d'un recours à l'HAD, il est également essentiel de ne pas adopter la position inverse qui reviendrait à laisser entrevoir cette possibilité, et à créer un soulagement chez le patient, pour finalement refuser cette prise en charge à domicile du fait des insuffisances de son environnement.

Les conditions de faisabilité du soin à domicile sont nombreuses et liées les unes aux autres. Si elles ne sont pas réunies, et si la volonté de faire intervenir le soin au domicile selon le principe de subsidiarité prévaut, alors il ne suffit pas de constater l'inexistence de ces conditions. Le système de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées doit créer les conditions de son développement par la mise en place d'un système global.

#### **3.2.4 PRE REQUIS 4 : Permettre le suivi des patients et leur passage d'un dispositif à l'autre à l'aide d'un système d'information commun et communicant.**

##### **A. Des systèmes d'information aujourd'hui inégalement aboutis**

Le guide présenté ci-dessus, bien que nécessaire ne suffit pas. Les membres du COTER souhaitent en effet que soit assuré dans la continuité de la clarification des missions, un

contrôle de ces mêmes indications. C'est pourquoi, après avoir œuvré à préciser les missions de chacun, les services de l'Etat et du Conseil Général doivent manifester leur volonté de contrôle. Ce contrôle passe par la mise en œuvre d'outils de description du patient et de systèmes d'information uniformisés afin d'évaluer si oui ou non les dispositifs respectent les engagements pris dans le guide des interventions.

Du fait de l'application de la T2A, l'HAD est depuis le 1er janvier 2005 soumis à une obligation d'évaluation et d'analyse des activités de soin par le biais de Résumés par Sous-Séquence (RPSS), elles-mêmes définies en amont par un Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC). Le GHPC est en réalité une combinaison de trois éléments essentiels dans la structuration des activités d'HAD: le mode de prise en charge principal (MP), le mode de prise en charge associé (MA) et un indice de mesure de la dépendance (indice de Karnofsky). Cette analyse permet donc de définir un schéma standard de tarification: à chaque GHPC est associé un indice de pondération (durée de prise en charge), donnant ainsi naissance à un Groupe Homogène de Tarifs (GHT) appliqué par l'Assurance Maladie.

Concernant les SSIAD il n'y aurait pas en France de système d'information fiable de l'activité en soins infirmiers assurée dans les SSIAD. Les SSIAD sont tenus de procéder annuellement à une auto-évaluation de leur activité, sous forme d'un rapport-type dont les modalités sont définies par la circulaire N°96-54 du 30 janvier 1996. Mais les données de ce rapport sont déclaratives et demandent à être validées. De plus, ce rapport d'activité n'est qu'un descriptif de l'activité et non un outil opérationnel. Dans un communiqué de presse datant du 23 mars 2007 Philippe BAS, alors secrétaire d'Etat aux personnes âgées lançait une étude dans cinq régions sur les patients pris en charge des SSIAD. L'étude devait permettre d'élaborer un outil simple afin d'identifier les patients nécessitant les soins les plus lourds et de mettre ensuite en place un tarif spécifique pour les SSIAD qui les prennent en charge. Cette étude répondait aux engagements du « plan solidarité grand âge ». Elle devait également permettre de déterminer les catégories de patients qui relèvent plus de l'HAD et de faciliter le passage d'un service à l'autre<sup>52</sup>....les résultats de cette enquête ne sont pas sortis, le changement de gouvernement pouvant être la raison de cette absence de suivi.

---

<sup>52</sup> BAS P. communiqué de presse datant du 23 mars 2007. Disponible sur Internet [www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr)

## B. Des systèmes d'information à l'avenir communicants ?

Nous avons déjà souligné combien il était essentiel d'appréhender de manière globale le soin à domicile dans toutes ces dimensions, ceci induisant un décloisonnement des acteurs, y compris des services de l'Etat. Les différences de mode de financement et de systèmes d'information ne vont pas dans le sens d'un suivi global. Sans des outils d'analyse communs utilisant comme base des critères de classification identiques, il apparaît difficile d'assurer le passage d'un dispositif à l'autre. En effet, comment déterminer le moment critique où le relais s'impose ? Il faut créer un outil permettant de mettre en parallèle l'état de santé et de dépendance de la personne, la charge en soin, la fréquence de passages nécessaires afin d'activer au bon moment le dispositif adéquat. Il est donc nécessaire de mettre en place un système d'information commun et communicant permettant une veille et une alerte.

### **3.3 Un renforcement devant aller de pair avec une articulation liée à la complémentarité des interventions : trois niveaux possibles mais un impératif**

Comme nous l'avons déjà souligné les SSIAD et l'HAD s'intègrent dans un même système puisque, bien qu'intervenant à des moments différents, ils participent tous deux au soin à domicile. Les textes, dont la circulaire déjà évoquée du 1<sup>er</sup> décembre 2006 proposent la mise en place de dispositifs conventionnels ou de plateformes.

A ces deux options s'ajoute également une possibilité plus avancée, de création de structure rassemblant tous les acteurs du maintien à domicile. Ces trois possibilités sont présentées ci-dessous, en commençant par la moins contraignante en termes d'innovation, pour aboutir à la plus aboutie qui englobe la notion de maintien à domicile.

Quelle que soit la solution choisie, un impératif s'impose, celui de la réalisation d'une action de proximité coordonnée.

#### **3.3.1 NIVEAU 1 : une convention HAD/SSIAD.**

La circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 met en avant la complémentarité des dispositifs. La DHOS souhaite qu'à l'image de la complémentarité entre l'HAD et les établissements de santé, quelle appelle de ses vœux, la « continuité de soins entre SSIAD et HAD [soit] assurée »<sup>53</sup>. Dans cette perspective elle encourage la formation de conventions de

---

<sup>53</sup> Circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006

partenariats, ce partenariat étant par ailleurs en Bretagne encouragé par l'AUB (Association des Urémiques de Bretagne).

#### A. Les écueils à éviter.

Avant toute chose la convention ne doit pas être confondue avec des montages juridiques qui pourraient être hasardeux et venir s'opposer à la position de l'UNA pour qui des pratiques à risques sont à éviter.

Tout d'abord, la prise en charge commune d'un patient par les deux services HAD et SSIAD n'est pas prévue par les textes. Pour l'UNA de telles prises en charge ne sont possibles que dans quelques cas spécifiques (tels que l'accompagnement en fin de vie par exemple). La seule solution concevable est la convention par laquelle le SSIAD prend en charge des patients qui sortent de l'HAD tout en conservant les prérogatives qu'il tient du décret du 25 juin 2004.

La mise à la disposition de l'HAD du personnel du SSIAD est quant à elle inenvisageable dans la mesure où une telle pratique est susceptible de requalification et engage la responsabilité du SSIAD.

La facturation des interventions du SSIAD à l'HAD n'est pas non plus prévue par les textes. En effet les SSIAD sont des établissements sociaux au sens de la loi du 2 janvier 2002, alors que l'HAD est un organisme sanitaire ne relevant pas du champ de l'action sociale. Cette situation amène la question de la différence de financement et donc de la facturation de ces deux types de structures. De même, se pose la question de la manière dont les prestations offertes aux HAD peuvent être refacturées aux SSIAD, qui ne sont pas habilités à percevoir des rémunérations autres que celles prévues par textes propres au secteur social et médico-social<sup>54</sup>.

#### B. Le contenu de la convention.

Une convention HAD/SSIAD pourrait être envisagée entre l'HAD 35 et les SSIAD de la ville de Rennes. Cette dernière fixerait son objet, les personnes concernées, les critères de répartition des patients entre les dispositifs, les modalités de coordination.

Dans un exemple de convention qui m'a été présenté, les deux structures se sont accordées pour que chacune d'entre elles puisse à tout moment saisir l'autre afin d'assurer une prise en charge<sup>55</sup>. Cette saisie peut tout d'abord se faire par appel téléphonique auprès du service concerné, en spécifiant les caractéristiques du

---

<sup>54</sup> Document de travail interne à la DRASS Bretagne

<sup>55</sup> Convention HAD Croix Saint Simon / FASSAD de Paris 1999

bénéficiaire, le lieu d'intervention, le délai d'intervention souhaité, et le cas échéant le rythme de ces dernières. La saisie du service nécessité pouvait également dans cet exemple se faire par une rencontre auprès de la personne concernée afin de procéder à une évaluation conjointe et que les deux services prévoient ensemble les modalités de transfert de service au moyen d'un outil élaboré préalablement et annexé à la présente convention.

Chacune des deux structures se réservaient de plus la possibilité de ne pas assurer la prise en charge sollicitée à condition de motiver clairement son refus. Cette possibilité est intéressante car elle assure que la convention laisse néanmoins une marge de manœuvre aux contractants. Néanmoins cette possibilité doit être assortie de la désignation d'un médiateur qui serait sollicité en cas de refus.

Dans cette convention chacune des deux structures s'assure auprès de l'autre des modalités d'un retour éventuel dans le service, en cas d'évolution de la situation. Chaque structure s'engage également à informer régulièrement l'autre des évolutions notables de chaque situation selon des modalités prévues par la convention. Dans l'hypothèse prévue plus haut d'un système d'information de veille, le logiciel alerte les équipes qu'au regard de l'évolution du patient l'HAD doit intervenir ou ne peut plus intervenir.

Aussi, à l'occasion d'un changement de service, les conditions d'une bonne information doivent être recherchées auprès de la personne et de ses proches, auprès du médecin traitant et auprès des autres intervenants à domicile. Cette information portera a minima sur les conditions de prise en charge, la nature et le rythme des passages, la prise en charge du matériel médical, l'environnement familial. Si au début de la prise en charge à l'hôpital ou en HAD l'évaluation préalable a été complète et si elle a fait l'objet d'une révision, la transmission d'information n'en sera que plus rapide et le passage de relais facilité.

Il est de plus nécessaire que les deux parties conviennent de se rencontrer à intervalles réguliers afin de faire le point sur les conditions d'exécution de la convention. Il serait également intéressant que les parties s'engagent à effectuer conjointement un rapport d'activité.

Comme tout contrat la convention doit prévoir sa durée ainsi que les conditions de dénonciation et de résiliation de la convention. Il convient de prévoir les modalités de dénonciation (par écrit et motivée)

### 3.3.2 NIVEAU 2 : une plate-forme HAD/SSIAD

La circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 encourage également la création de structures mixtes ou des « plates-formes » offrant à la fois un SSIAD et une HAD, gérés par un même opérateur. « Ce type d'organisation favorise le continuum de la prise en charge dès lors que les indications respectives sont clairement définies », insiste la circulaire. Cette création peut avoir lieu ex-nihilo et reposer soit sur un accord préalable de l'ARH qui souhaite promouvoir dans sa région l'hospitalisation à domicile, soit sur un déficit de lits de médecine ou de soins de suite. Ce projet peut être porté par un SSIAD qui demande de places en HAD.

#### A. L'intérêt d'une plateforme HAD/SSIAD.

Ce type de guichet unique présente un intérêt pour les professionnels de santé ainsi que pour les patients ou leur famille qui ne distinguent pas de façon précise les spécificités de l'HAD et du SSIAD. Aussi un guichet de ce type pourrait leur fournir par exemple une prestation de conseil et d'orientation vers la solution la plus adéquate.

Une plateforme HAD/SSIAD possède tous les avantages de la convention dont celui de faciliter les passages d'un dispositif à l'autre, surtout pour les patients borderline.

Mais la plateforme présente des avantages supplémentaires qu'ils soient organisationnels et institutionnels. Partager les moyens peut en effet permettre des économies d'échelle concernant le personnel soignant, en particulier le personnel de remplacement, et des facilités de gestion concernant les ressources humaines. Revient néanmoins ici la question abordée plus haut de l'organisation des équipes lorsqu'il s'agit de suivre un patient basculant d'un dispositif à l'autre. Le propos a déjà mis en lumière l'importance d'une certaine souplesse dans la répartition des tâches, souplesse nécessaire au bien être du patient mais également des équipes intervenant auprès de lui. Aussi, au sein de la plateforme cette souplesse doit pouvoir être assurée et l'effectivité de la permanence des équipes ou au contraire de leur roulement évaluée.

Un autre intérêt supplémentaire de la plateforme par rapport à la convention réside dans les partenariats facilités avec les acteurs de l'aide à domicile dans la mesure où HAD et SSIAD sont alors pour eux un seul et même interlocuteur.

#### B. Les risques de création de filière.

La difficulté dans la mise en place d'une telle plateforme est le risque de création de filière, et en conséquence de captation de clientèle et d'inexistence de concurrence. D'où l'idée d'une instance indépendante pour pallier ces difficultés et dont une des missions

pourrait être de surveiller ces dérives et de proposer aux patients et à leurs familles une offre de services autres que ceux inscrits dans la plateforme. L'idée de mise en place d'une telle instance sera traitée plus bas.

### **3.3.3 NIVEAU 3 : un service polyvalent HAD/SSIAD/Services d'aide à domicile**

- A. La possibilité offerte d'un diagnostic partagé des besoins des personnes âgées restées à leur domicile.

A plusieurs reprises l'utilité d'un diagnostic pluridisciplinaire et pluri professionnel des besoins et moyen de la personne âgée soignée à son domicile a été évoquée. Aujourd'hui, ce diagnostic est effectué lorsqu'une personne entre dans le dispositif HAD par le service social du dispositif. Lorsque ce sont les services d'aide à domicile du Conseil Général et le versement de l'APA qui sont organisés autour du malade ce sont les Conseillers Sociaux en Gérontologie qui effectuent ce diagnostic. Aujourd'hui tout plaide pour que ce diagnostic soit effectué en partenariat dans la perspective d'une prise en charge globale et continue du patient. Ce diagnostic doit donc réunir l'HAD, les services sociaux du conseil général, les SSIAD, les médecins traitants, la famille.

Un service polyvalent faciliterait l'organisation d'un diagnostic partagé des besoins en soins et en aide de la personne, besoins qui se croisent par ailleurs. Le guide UNASSAD, préconise d'ailleurs pour une première étape de collaboration de procéder à un repérage commun entre ces besoins d'aide et ces besoins de soins<sup>56</sup>. Ce repérage doit être effectué en utilisant un outil d'évaluation multidimensionnelle qui existe déjà, l'outil DESIR, ou une grille de repérage de situation dont l'IASS peut organiser l'élaborer en faisant collaborer tous les acteurs. Cette grille d'évaluation des besoins doit pouvoir être révisée en fonction de l'évolution de la situation de la personne afin d'apporter une réponse elle-même évolutive mais toujours calquée sur la situation de l'utilisateur.

- B. L'opportunité de mettre en synergie des acteurs travaillant déjà ensemble.

C'est la philosophie qui a sous-tendu la mise en œuvre d'une organisation départementale Vendéenne. A l'occasion de l'élaboration d'un projet d'activité d'HAD s'est développée la volonté de fédérer tous les partenaires qu'ils soient du secteur hospitalier public et privé ou professionnels sanitaires et médico-sociaux du domicile. Les membres fondateurs sont l'ASSI (Association de Soins Infirmiers), l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), un centre de rééducation fonctionnelle et une clinique. A la demande de

---

<sup>56</sup> UNASSAD, Guide technique n°66 Services de Soins Infirmiers à Domicile fiche 7-1. Août 2005, p 1

l'ARH des Pays de la Loire le centre hospitalier départemental rejoindra le groupe des promoteurs.

L'objet n'est pas de pousser à la création de nouveaux dispositifs mais de conserver les liens de proximité existant d'ores et déjà entre le patient, les acteurs de santé du terrain et les services de maintien en les formalisant et en les systématisant. La préoccupation première du service est de mettre en réseaux l'existant, afin que le patient soit entouré de professionnels connus et qui le connaissent. La notion de concurrence est remplacée par une volonté de partenariat de proximité : « L'objectif est d'organiser la coordination des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux du maintien à domicile ce qui, garantissant la sécurité, la qualité et la continuité des soins, permet au malade de retrouver son environnement familial psychoaffectif et ses repères. »<sup>57</sup>

L'intérêt d'une telle organisation est de pallier les effets d'un certain isolement ressenti par les professionnels du domicile en particulier dans les cas de prise en charge des pathologies lourdes. Fédérer les acteurs permet en effet de partager des protocoles et de confronter les pratiques professionnelles.

C. L'articulation des dispositifs peut créer un processus vertueux d'innovation.

Le décret du 25 juin 2004 instituant les services polyvalents d'aides et de soins à domicile met l'accent sur cette coordination entre les services d'aides et de soins à domicile. Pour garantir l'approche globale de la personne âgée, il est nécessaire d'élaborer certains processus de coordination dans lequel les organismes prestataires d'aide à la personne doivent trouver leur place. La DHOS appelle d'ailleurs à la formalisation des liens entre l'HAD et ces organismes. « Le développement et l'accessibilité de l'HAD ne sera réelle que si nous démontrons notre capacité à articuler les interventions des soignants avec les nombreux dispositifs d'aide au maintien à domicile qui doivent également s'adapter à de nouveaux besoins. »<sup>58</sup>

L'innovation naît de la mutualisation ; elle est permise par la coopération. En effet, de la rencontre entre les différents acteurs autour des expériences, des difficultés et des besoins non satisfaits naissent les idées nouvelles ; et la mise en œuvre de l'innovation suppose bien souvent une coopération visant à se répartir les rôles ou à créer une réponse collective.

---

<sup>57</sup> FONTENEAU J-C., LECHAIGNE L., BRACHET M-A., PIERRE Y. Un exemple d'organisation départementale : la Vendée. Revue Hospitalière de France n°496 janvier-février 2004, p 17.

### **3.3.4 Un impératif consistant à assurer une action de proximité coordonnée : deux moyens**

A. Soutenir l'organisation de proximité par les Comités d'Animation et de Suivi.

HAD 35 ambitionne de mettre en place des Comités d'Animation et de Suivi (CAS) pour chacune des Unités Territoriales (UT) qui vont couvrir l'ensemble du territoire du secteur sanitaire 5 sur le principe du partenariat et de l'organisation dans un champ de proximité. Ces Comités d'Animation et de Suivi apparaissent être une bonne chose pour le chargé de mission ARH sur l'HAD. Les CAS doivent pouvoir jouer un rôle moteur d'initiateur et de promoteur d'un service polyvalent. Dans un objectif de coordination de proximité, il est en effet intéressant de faire évoluer les partenariats locaux. De plus les 7 unités territoriales pourront développer des modalités de fonctionnement différentes l'une de l'autre. Tout l'avantage étant qu'une unité territoriale puisse tirer des idées du fonctionnement d'une autre.

Si le choix est fait d'un service polyvalent il serait inefficace de commencer par une version plus « légère » n'associant que les services sur lesquels l'Etat a une prise, à savoir les SSIAD et l'HAD, et d'exclure par souci de prudence initiale les services d'aide à domicile du Conseil Général. Si le tâtonnement peut être porteur d'apprentissage, ce dernier doit pouvoir être vécu par tous les acteurs concernés qui évolueraient alors ensemble, feraient ensemble les mêmes erreurs pour parvenir ensemble à un même résultat qu'il soit positif ou négatif.

Aujourd'hui les CAS sont profondément marqués par leur relation avec le projet d'extension de l'HAD dont ils sont les organes institutionnels d'extension L'objectif est de faire évoluer cette identification des CAS comme organe de l'HAD pour les faire correspondre au niveau de chaque unité territoriale à un consortium du maintien à domicile de proximité.

Les missions confiées aux CAS doivent être :

- De veiller au bon fonctionnement de l'HAD sur son territoire mais également des autres acteurs.
- D'assurer la promotion d'une structure polyvalente
- De favoriser le lien entre les différents partenaires
- De veiller à la qualité des prestations
- De participer à la mise en place des équipes de soins dites « Equipes Opérationnelles » et à leur composition.

---

<sup>58</sup> GUILERM. Y. JOSEPH O. Hospitalisation à Domicile : Quels enjeux en région Bretagne ? Bretagne Anne BLU-MOCAER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique-2008

L'équipe opérationnelle, associée aux travaux du CAS assure la responsabilité technique de prise en charge des patients. Chaque équipe opérationnelle est constituée selon les ressources locales.

Les professionnels et institutions destinés à être représentés au sein du CAS sont les suivants :

- la Présidence du ou des Pays concernés
- les établissements de santé
- les professionnels de santé libéraux à raison d'un représentant par profession (médecin, infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, pharmacien)
- les services de soins infirmiers à domicile
- les centres de soins à domicile
- les services d'aide à domicile autorisés dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002.
- les établissements médico-sociaux médicalisés (type EHPAD-maison de retraite)
- les CODEM (Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation auprès des personnes âgées et handicapées)
- les CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination)

Chaque Unité Territoriale serait donc doté de ce CAS aux missions élargies. Dans la mesure où 7 CAS seraient mis en place une interface doit être assurée entre eux.

Cette interface s'avère également opportune lorsque ce n'est pas l'option d'un service polyvalent qui est choisie mais celle de la convention ou de la plateforme HAD/SSIAD.

B. Positionner le CLIC comme interface entre les usagers et les acteurs de la prise en charge au domicile.

A quelles occasions le système présenté dans ce mémoire a-t-il besoin d'une telle interface ? Que cela induit-il pour le CLIC ? Doit-il aujourd'hui rester ce qu'il est ?

Le CLIC pourrait tout d'abord participer à une meilleure connaissance de l'HAD parmi les professionnels et les usagers. Cette mission va de pair avec une action pédagogique et informative concernant tous les dispositifs du maintien à domicile et peut être remplie par le guide des interventions proposé, dont le CLIC pourrait être le maître d'ouvrage.

L'évaluation multidimensionnelle puis le « contrat de partenariat » élaborés au moment de l'anticipation d'une prise en charge soignante au domicile sont des étapes où le CLIC peut intervenir comme garant de l'impartialité et de la faisabilité des propositions faites à la personne âgée et à sa famille en termes de services à activer ou de futures décisions à anticiper (tel que le choix d'un établissement d'hospitalisation en cas de rechute).

Ce rôle de neutralité peut être mis en pratique pour, dans l'hypothèse d'une plateforme HAD/SSIAD, contrer le risque de création de filière et de manque de concurrence dans le choix proposé au patient. Ainsi, si un patient est pris en charge par l'HAD il sera plus enclin à choisir le SSIAD de la plateforme, et dans l'hypothèse d'un service polyvalent le service de maintien correspondant. Ceci n'est pas un mal et sert même l'ambition d'un accompagnement porté par une même philosophie de soin. Néanmoins, la création d'un monopole n'est pas forcément souhaitable, tant pour le système lui-même qui ne se remet plus en cause, que pour les usagers qui ne peuvent qu'accepter les prestations qu'on lui propose, et ce quel que soit son niveau d'exigence ou de satisfaction. Aussi ces derniers doivent-ils pouvoir bénéficier d'une information sur les autres structures existantes dans le champ sanitaire, médico-social et de maintien à domicile.

Dans le cadre de la convention HAD/SSIAD, le CLIC pourrait jouer rôle de médiateur lorsqu'un des cocontractants oppose son refus à une prise en charge d'un patient suivi par son partenaire ou décide de mettre fin à la convention.

Le CLIC doit donc jouer pleinement son rôle d'ingénierie gériatrique mais doit également être investi d'une mission de médiation et de catalyseur. Une des difficultés dans l'organisation administrative de la France réside dans la juxtaposition de dispositifs et de structures, manifestations en réalité de la multiplication des textes réglementaires et autres plans. Il en découle un alourdissement des procédures, une perte de lisibilité, tant pour les usagers que pour les professionnels, et des coûts importants pour la collectivité. Aussi faut-il se baser sur ce qui existe déjà et détient une expertise et une lisibilité sur le terrain. Afin d'exercer et de développer son expertise dans tous les domaines du maintien à domicile, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux et sociaux, le CLIC doit pouvoir être soutenu par toutes les institutions concernées. Il conviendrait donc pour cela que l'Etat s'engage plus dans les CLIC pour répondre aux préconisations de la Direction Générale de l'Action Sociale qui, dès l'introduction de son rapport d'évaluation du CLIC de Rennes annonce que ce dernier devra s'attacher à mobiliser davantage les acteurs de santé, notamment le secteur hospitalier.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Idem

## Conclusion

A n'en point douter la rédaction de ce mémoire et l'enquête préalable, m'ont permis à quelques semaines de ma prise de poste, d'adopter un positionnement professionnel tout à la fois en termes de compréhension des réalités de terrain, des jeux d'acteurs, qu'en termes de formulation de propositions concrètes incluses dans le cadre général des évolutions réglementaires et des politiques publiques.

Les deux dispositifs HAD et SSIAD ont, comme nous l'avons souligné leurs caractéristiques spécifiques, mais aussi leurs propres difficultés. Et, difficulté supplémentaire ou atout réel, ils doivent aujourd'hui coordonner leur action pour garantir aux personnes âgées malades la disponibilité et l'activation de services correspondant à leur état de santé et à leurs moyens.

Ce mémoire a eu l'ambition de donner aux deux dispositifs des outils méthodologiques et organisationnels garantissant le fonctionnement d'un « système » de prise en charge en soignante au domicile et non pas la juxtaposition de services.

Mais, la mise en place d'une telle organisation suppose une volonté politique et la réalisation d'un pré requis fondamental, celui au niveau institutionnel d'un rapprochement entre les politiques sanitaires et médico-sociales, et donc in fine entre la DHOS et la DGAS. En attendant, ou pour impulser au niveau local un tel rapprochement il appartient à l'IASS, dans sa pratique professionnelle, de créer les conditions d'un travail commun entre les IASS du champ sanitaire et ceux du champ médico-social. De manière plus aboutie, objectif à poser d'emblée, ce travail doit associer tous les acteurs du maintien à domicile, et donc les professionnels de l'aide à domicile.

L'extension de l'activité de l'HAD 35 à 6 nouveaux secteurs doit pouvoir être l'occasion de ces rapprochements. Les premiers ratés de cette extension sont par ailleurs des opportunités en ce qu'ils rappellent l'impérieuse nécessité, et difficulté créatrice, de partenariats approfondis et de proximité.

---

## Bibliographie

---

- Lois et textes réglementaires

LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

Loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.

CONSEIL DE L'EUROPE. Recommandation n°R (98) 9 du comité des ministres aux Etats membres relative à la dépendance.

Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD en EHPAD.

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.

Décret du 25 juin 2004 n° 2004-613 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile, et des services polyvalents d'aides et de soins à domicile.

Circulaire n° DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

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.

Circulaire n° DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'Hospitalisation à Domicile.

Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

Code l'Action Sociale et des Familles.

Code de la Santé Publique.

- Ouvrages

BOUSSAGUET. L., JACQUOT S., RAVINET S ; et al. Dictionnaire des Politiques Publiques. Presses de Sciences Po. Paris. 2004. pp. 283-289.

ENNUYER B. Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation. Dunod, Paris 2006.

LASCOUMES P., LE GALES P. Sociologie de l'Action Publique. Armand Colin. Paris 2007. Chapitre 2, la « mise en œuvre : l'entrée clef des politiques publiques, pp. 25-44.

- Revues

ARBRUZ G. Le maintien à domicile des personnes âgées, est-ce le mode d'hébergement qu'il faut systématiquement recommander ? Les Cahiers de l'Actif n°364/365, septembre octobre 2006.

CHASSAT-PHILIPPE S. Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile. TSA Hebdo 25 mai 2007.

FONTENEAU J-C., LECHAIGNE L., BRACHET M-A., PIERRE Y. Un exemple d'organisation départementale : la Vendée. Revue Hospitalière de France n°496 janvier-février 2004, p 16-17-18

MONIER B. Enjeux, freins et risques pour l'hospitalisation à domicile. Revue Hospitalière de France n°496 janvier-février 2004.

SENTILHES-MONKAM A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile : l'histoire d'un paradoxe Revue Française des Affaires Sociales, juillet-septembre 2005.

- Mémoires et Rapport

AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. IRDES n°119, février 2007.

DGAS Rapport d'évaluation du CLIC de Rennes. 2003

DREES : Etudes et Résultats. N°350. Novembre 2004. Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002.

HAD 35 Rapport d'Activité 2006

LECLERC A. Soutenir les services de soins infirmiers à domicile : un enjeu pour la prise en charge à domicile des personnes. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 2006.

NOVARTIS ; FRANCE ALZHEIMER ; ASSOCIATION DES NEUROLOGUES DE LANGUE FRANCAISE. Etude Pixel : L'entourage familial des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Disponible sur Internet : [www.proximologie.com](http://www.proximologie.com)

PREFECTURE DE BRETAGNE, DIRECTION REGIONALE ET DIRECTIONS DEPARTEMENTALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE BRETAGNE. Indicateurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux (exercice 2005), SSIAD, juin 2007.

UNASSAD. Guide technique n°66, Les services de soins infirmiers à domicile. 2004.

- Internet

BAS P. communiqué de presse datant du 23 mars 2007. Disponible sur Internet [www.personnes-agees.gouv.fr](http://www.personnes-agees.gouv.fr).

BERTRAND.X Discours devant la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. 5 décembre 2006. Disponible sur Internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

CONSEIL GENERAL DE DORDOGNE. Guide du soutien à domicile en Dordogne, référentiel des intervenants auprès des personnes âgées et/ou handicapées. Février 2006. Disponible sur Internet : [www.cg24.fr](http://www.cg24.fr)

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE Communiqué de presse de Philippe Bas du 23 mars 2007

EURASANTE. Le marché français de la santé à domicile. Les études Eurasanté 2005. Disponible sur Internet : [www.eurasante.com](http://www.eurasante.com)

CRAM PAYS DE LA LOIRE.L'Hospitalisation à domicile dans les Pays de la Loire : un enjeu pour l'Assurance Maladie. Janvier 2004 Disponible sur Internet : [www.cram-pl.fr](http://www.cram-pl.fr)

MASTER PRO EGESS UNIVERSITE RENNES 1.L'Hospitalisation à domicile : enjeux et limites .Compte rendu de la table ronde du 06 mars 2007.

GUILLERM Y., JOSEPH O., PICHARD A.C, DESRUES B., BESSON S. Hospitalisation à domicile : quels enjeux en région Bretagne ? Bretagne actualité Union hospitalière du Nord-Ouest. Octobre 2005. Disponible sur Internet : [www.uhno-bretagne.fr](http://www.uhno-bretagne.fr)

HUBERT Elisabeth. Extraits de déclarations. Revue de gériatrie. Disponible sur Internet [www.revuedegeriatrie.fr](http://www.revuedegeriatrie.fr)

- Autres documents

Convention HAD Croix Saint Simon / FASSAD de Paris 1999.

Document de travail interne à la DRASS Bretagne concernant les conventions HAD/SSIAD.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : projet d'extension d'HAD 35

## Les unités territoriales

