

SSIAD « renforcés » Cahier des charges régional

Version octobre 2022

Propos introductif :

Vivre chez eux est le souhait d'une majorité de Français (90% selon un sondage d'octobre 2021). Ce souhait est notamment rendu possible grâce à l'aide et aux soins apportés par les services intervenant au domicile des personnes fragiles.

La prise en compte de cette évolution sociétale est inéluctable, alors que selon les projections de l'INSEE, d'ici à 2040, en région PACA plus du tiers de la population régionale aura plus de 60 ans et un habitant sur cinq aura 75 ans et plus, contre un sur dix aujourd'hui.

A ce titre, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) apportent une réponse indispensable dans le parcours de prise en charge des personnes âgées et de leurs aidants, dans un contexte où l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques et des situations de dépendance physique liées à cette avancée en âge se conjugue aussi avec l'émergence de maladies invalidantes et neurodégénératives, qui concerne aussi bien les patients que leurs proches aidants.

Dès la fin de l'année 2017, l'ARS PACA a lancé une expérimentation de SSIAD « de nuit » dont l'objectif était de permettre de l'intervention de ces services sur des amplitudes horaires élargies, dans le cadre de soins plus importants et afin de s'adapter au rythme de vie des personnes âgées et de leurs aidants.

Parallèlement, le Ministère de la Santé a lancé un dispositif national similaire avec pour objectif de soutenir le développement d'une offre intermédiaire de prise en charge des soins infirmiers pour les personnes dont la dépendance augmente et dont la prise en charge par un SSIAD « classique » se révèle insuffisante sans qu'elle ne nécessite une intervention de l'HAD.

L'objectif, en PACA est donc de capitaliser sur les retours de l'expérimentation de SSIAD « de nuit » et de s'inscrire dans une continuité mais aussi une complémentarité avec les dispositions nationales visant à déployer des SSIAD « renforcés ».

Le présent cahier des charges définit les conditions de mise en œuvre et les attentes relatives aux SSIAD « renforcés » ; ces éléments prennent en considération l'intégration de ces SSIAD aux futurs Centres Ressources Territoriaux.

I – Cadrage et préalable

A – Dispositions de base

Un SSIAD « renforcé » s'inscrit dans la continuité d'un SSIAD de nuit et n'est pas distinct du SSIAD dit « classique ». **Il ne s'agit en aucun cas d'une extension de la capacité du SSIAD**, mais de la possibilité d'intervenir de façon programmée au domicile des personnes âgées prises en charge durant la journée sur des plages horaires plus larges, en s'adaptant aux besoins des patients.

L'objectif est d'améliorer la continuité des soins en permettant un renforcement de la durée, de la fréquence et des modalités d'intervention du SSIAD préexistant. **La zone d'intervention du SSIAD demeure inchangée.**

B – Population cible

Critères d'inclusion :

Peuvent être prises en charge sur des places « renforcées » de SSIAD :

1. les personnes âgées en forte perte d'autonomie / ou atteintes de polyopathologies, nécessitant des soins de nursing lourd et des soins somatiques ne relevant pas de l'HAD
2. les personnes âgées disposant d'une prescription médicale d'un médecin hospitalier en sortie d'hospitalisation ou faisant l'objet d'une demande d'un médecin HAD dans le cadre d'un relais de prise en charge vers le SSIAD, sur information du médecin traitant,
3. les personnes âgées cumulant des problématiques de soins et des difficultés sociales (isolement, habitat, etc.)

Si le SSIAD « renforcé » s'inscrit dans le cadre d'un Centre ressources territorial, les usagers suivis au titre du volet 2 devront également être pris en charge, dans le cadre d'un accompagnement renforcé.

L'inclusion d'un patient dépend de sa charge en soins ainsi que de son environnement social/familial. **Le dispositif est ciblé sur la charge en soins** et non la technicité médicale car une trop haute technicité doit renvoyer sur la HAD.

Critères d'exclusion :

Ne peuvent être prises en charge sur des places « renforcées » de SSIAD des personnes nécessitant une surveillance médicale, une réserve médicamenteuse ou du matériel spécifique justifiant une orientation SSR ou une indication HAD.

C - Budget

Le principe est d'apporter un complément de financement annuel de 60 000 € maximum déterminé sur la base 15 000 € par place. Cela ne signifie en aucun cas que le SSIAD « renforcé » porte sur un accompagnement d'une file active de 4 personnes. Ce forfait de 60 000 € constitue un renforcement des moyens de fonctionnement à destination des SSIAD afin de leur permettre de mettre en place une prise en charge renforcée des personnes âgées dépendantes.

L'octroi de ce budget (non pérenne dans un premier temps) n'est pour autant pas automatique. Dans le cadre du déploiement des CRT notamment, l'ARS analysera différents indicateurs avant d'envisager un accompagnement spécifique (activité, file active, coût à la place, situation RH, résultats budgétaires...).

Parallèlement, le SSIAD renforcé ciblé au titre de la mise en place du CRT bénéficiera **d'un forfait de 25 000 euros afin de bénéficier d'un temps de psychologue** (cf. ci-dessous)

D - Un préalable indispensable : la mise en œuvre de la télégestion

En septembre 2021, l'ARS PACA a annoncé une généralisation du dispositif de télégestion pour tous les SSIAD de la région en 2022.

Dans un secteur particulièrement soumis à d'importants enjeux de transformation numérique, cet outil est un levier permettant d'améliorer les conditions de vie au travail des salariés, fluidifier la gestion de la structure au quotidien, faciliter le dialogue de gestion avec les services de l'ARS par un suivi plus optimal de l'activité du service mais également de relever le défi du virage domiciliaire.

3,5 millions de crédits non reconductibles ont été alloués aux SSIAD en 2021 pour accompagner cette évolution. Ces crédits, qui couvrent **3 années de fonctionnement (2022 – 2023 – 2024)**, doivent permettre aux SSIAD, selon leur taux d'équipement:

- de disposer des outils leur permettant de déployer la télégestion ;
- de disposer des éléments de paramétrage suivant les indicateurs de suivi listés dans le cahier des charges régional relatif aux modalités de mise en œuvre de la télégestion ;
- de couvrir la mise en œuvre des formations nécessaires.

Point de vigilance :

La mise en place de cet outil étant **indispensable** pour objectiver l'activité des SSIAD et faciliter les remontées d'informations, les SSIAD « renforcés » sont donc particulièrement concernés.

Pour les SSIAD qui n'auraient pas intégré ce dispositif, ces derniers ne pourront prétendre à devenir SSIAD « renforcés ».

II – Attentes relatives au dispositif de SSIAD « renforcé »

A – Première attente : étendre les horaires d'intervention le matin tôt, le soir après 20h, la nuit et les week-ends

D'une manière générale, l'objectif du SSIAD renforcé est de s'adapter au rythme de vie de la personne âgée et de son/ses aidant(s) tout en s'inscrivant dans une démarche de partenariat avec les acteurs du territoire. Ces attentes seront d'autant plus importantes dans le cadre de la mise en place des CRT.

1 – Prendre en charge les patients avant 7h et après 20h

L'objectif est notamment de prendre en compte et respecter le rythme de vie des personnes et de leurs aidants.

→ L'atteinte de cet axe sera évaluée à travers la mesure du **pourcentage de patients accompagnés par le SSIAD après 20h**. Un taux **d'au moins 10 %** de personnes prises en charge avant 7 h et après 20h est attendu.

Le mode de calcul est le suivant :

$$\frac{\text{Nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant avant 7h et après 20h}}{\text{Nombre total d'interventions réalisées par le personnel soignant}} \times 100$$

Définition du nombre d'interventions : le nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant correspond à l'ensemble des passages réalisés par le personnel soignant uniquement (IDEC, IDE, AS-AMP-AES) chez les patients dans la période, en prenant en compte l'hypothèse suivante:

- ❖ Un passage le matin ou le soir par un soignant correspond à un passage
- ❖ Un passage à deux soignants (matin ou soir) correspond à deux passages
- ❖ Un passage le matin et un passage le soir réalisé par un même personnel soignant correspond à deux passages

Exemples :

- Un aide soignant se rend chez Madame X lundi matin, lundi soir, mardi matin et mardi soir : cela correspondra à 4 interventions réalisées
- Deux aides soignantes se rendent ensemble et simultanément chez Madame Y lundi matin, lundi soir, mardi matin, mardi soir, mercredi matin et mercredi soir : cela correspondra à 12 interventions réalisées
- Un aide soignant et un IDEC se rendent ensemble et simultanément chez Monsieur W lundi soir, mardi soir et mercredi soir : cela correspondra à 6 interventions réalisées
- Un aide soignant et une aide à domicile se rendent ensemble chez Monsieur Z lundi matin et mardi matin : cela correspondra à 2 interventions réalisées – l'intervention de l'aide à domicile n'étant pas comptabilisée

Points de vigilance :

- * Les interventions réalisées par le personnel non soignant ne doivent pas être comptabilisées
- * Les SSIAD disposant d'une autorisation PA et PH devront intégrer les patients PH dans leur recensement
- * Les interventions de l'ESA ne doivent pas être comptabilisées
- * Pour un patient hospitalisé, au-delà de 48h d'hospitalisation, celui-ci ne doit plus être comptabilisé dans l'activité du SSIAD
- * Pendant les 48h avant la suspension, les interventions qui auraient du avoir lieu peuvent donc être comptabilisées

En l'occurrence il s'agira de comptabiliser le nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant avant 7h et après 20h, en rapport avec le nombre total d'interventions réalisées par le personnel soignant (tôt avant 7h, durant la journée et après 20h)

2 – Prendre en charge les patients les week-ends et jours fériés

L'objectif est de garantir une continuité de prise en charge en soins de la personne âgée.

→ L'atteinte de cet axe sera évaluée à travers la mesure du **pourcentage de patients accompagnés par le SSIAD les week-ends (samedi et/ou dimanche) et jours fériés**. Un taux **d'au moins 10 %** de personnes accompagnées le WE et jours fériés est attendu.

Le mode de calcul est le suivant :

$$\frac{\text{Nombre de patients accompagnés les WE et jours fériés}}{\text{Nombre total de patients accompagnés par le SSIAD}} \times 100$$

Nombre de patients accompagnés le week-end : il s'agit du nombre de patients pour lesquels le personnel soignant est intervenu au moins une fois le samedi et/ou le dimanche et/ou un jour férié.

Nombre total de patients accompagnés par le SSIAD : il s'agit du nombre de patients âgés pris en charge par le SSIAD sur la période

Points de vigilance :

- * Un patient accompagné plusieurs fois le week-end = un patient
- * Les patients pris en charge par du personnel non soignant ne doivent pas être comptabilisés
- * Les patients pris en charge par l'ESA ne doivent pas être comptabilisés
- * Le nombre total de patients accompagnés par le SSIAD ne peut être inférieur au nombre de patients accompagnés le week-end

B – Deuxième attente : permettre des passages au domicile plus fréquents, plus longs et pour des soins plus importants

1 – Favoriser des interventions plus nombreuses

L'un des objectifs du SSIAD renforcé sera d'intervenir plus souvent au domicile des personnes âgées en tenant compte des besoins des patients et de la lourdeur de la prise en charge.

→ L'atteinte de cet axe sera évaluée avec la mesure du **taux d'interventions**, qui devra être **a minima de 1,3%**.

Le mode de calcul de ce taux est le suivant :

$$\frac{\text{Nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant}}{\text{Nombre d'interventions théoriques}} \times 100$$

Le nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant : le mode de calcul a été précisé en supra

Le nombre d'interventions théoriques : capacité autorisée x 1,5 ; le nombre théorique moyen d'intervention chez un patient est fixée à 1,5 par jour

Points de vigilance :

* Les interventions réalisées par du personnel non soignant ne doivent pas être comptabilisés

* Les patients pris en charge par l'ESA ne doivent pas être comptabilisés

2 – Favoriser des interventions en binôme

Les prises en charge en binôme ont vocation à favoriser l'accompagnement des patients dont le degré de dépendance est important.

→ L'atteinte de cet axe sera évaluée à travers la mesure du **taux d'interventions en binôme**, qui devra être **au minimum de 5%**.

Le mode de calcul de ce taux est le suivant :

$$\frac{\text{Nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant en binôme}}{\text{Nombre total d'interventions réalisées par le personnel soignant}} \times 100$$

Le nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant en binôme : correspond au nombre d'interventions réalisées simultanément par deux personnels soignants (AS-AS ou AS-AES/AMP ou AS-IDE ou IDE-IDE ou IDE-IDEC ou AS-IDEC) auprès d'un patient

Le nombre d'interventions réalisées par le personnel soignant : le calcul a été indiqué en supra

3 – Permettre des interventions plus longues

L'objectif du SSIAD « renforcé » sera de permettre des interventions plus longues auprès des patients afin d'améliorer la prise en charge.

Aucun seuil ne sera établi sur le temps d'intervention. L'ARS analysera le **temps moyen d'intervention** des SSIAD « renforcés » notamment en miroir avec les SSIAD « classiques ».

Un temps moyen d'intervention plus long constituera un indicateur de prise en charge complexe.

Points de vigilance :

* Les temps de déplacement ne seront pas comptabilisés dans cette évaluation. Pour autant, l'ARS analysera le temps de déplacement moyen du personnel

C - Troisième attente : favoriser la coordination et éviter les ruptures de parcours

1 – L’inscription dans une démarche partenariale

L’atteinte de cet axe sera évaluée à travers un conventionnement renforcé avec les acteurs du territoire en particulier :

- ❖ tous les SSIAD du territoire : il ‘agit là d’un enjeu fondamental, notamment dans le cadre de la mise en place des CRT mais aussi des perspectives de mutualisation qui seront encouragées (y compris au niveau RH – cf. volet 3 du cahier des charges CRT)
- ❖ l’HAD,
- ❖ les établissements de santé,
- ❖ les équipes mobiles de gériatrie, équipes mobiles / réseaux de soins palliatifs,
- ❖ mais également les EHPAD disposant de places d’hébergement temporaire (classique ou d’urgence).

Pour le SSIAD « renforcé » rattaché à la CRT, cette démarche de partenariat tournée vers le territoire ciblé sera indispensable. Au titre de la mise en place des CRT, une convention sera obligatoire avec le porteur du CRT ainsi que l’ensemble des acteurs participant au dispositif.

2 - Accompagner les personnes âgées en sortie d’hospitalisation

L’objectif du SSIAD « renforcés » est de participer à un retour à domicile facilité après une hospitalisation ou un passage aux urgences et de continuer à assurer la continuité des soins en lien avec l’ensemble des intervenants du domicile.

➔ L’atteinte de cet axe sera évaluée à travers la mesure du **pourcentage de patients accompagnés en sortie d’hospitalisation**. Il n’y aura pas d’indicateur défini, mais la nécessité d’une progression pluri-annuelle.

Le mode de calcul de ce taux est le suivant :

$$\frac{\text{Nombre de patients pris en charge en sortie d'hospitalisation}}{\text{Nombre total de patients âgés pris en charge}} \times 100$$

Le nombre d’interventions réalisées par le personnel soignant : le mode de calcul a été précisé supra

Le nombre de patients âgés pris en charge : le mode de calcul a été précisé supra

L’ARS sera particulièrement attentive à cet indicateur et particulièrement à l’articulation entre les SSIAD et les EHPAD disposant de places d’hébergement temporaire d’urgence (notamment dans le cadre de la CRT)

D – Quatrième attente : accompagner les aidants et les orienter au mieux

Bien accompagner une personne âgée, c’est prendre en compte son aidant en lui proposant des solutions accessibles, diversifiées et adaptées pour disposer de relais et lui permettre de souffler, de s’occuper de soi, de faire face aux impératifs de la vie quotidienne (obligations sociales, professionnelles ou urgences) autant que de besoin.

L’objectif poursuivi par le SSIAD renforcé sera d’inscrire dans une démarche visant à permettre à l’aidant de pouvoir organiser sa journée. Il s’agira :

- ❖ de repérer les aidants en situation de fragilité / en difficulté et de savoir les orienter vers le service adéquat
- ❖ d’accompagner l’aidant mais aussi la personne âgée

A ce titre, pour les SSIAD rattachés à un CRT, un poste de psychologue sera financé (à hauteur de 25 000 €) pour l'accompagnement des bénéficiaires du volet 2 et leurs aidants.

Cette démarche devra également impliquer, de façon plus large, l'ensemble du personnel, aussi bien les professionnels soignants que les non soignants, dans le cadre de la mise en place des futurs services autonomie.

Au-delà de la CRT, il sera demandé aux SSIAD « renforcés » de signer des conventions :

- ❖ avec la ou les Plateformes de répit des aidants de leur territoire,
- ❖ avec les accueils de jour autonomes comme rattachés à un EHPAD de leur territoire
- ❖ avec les porteurs de dispositifs de relaying (si ceux-ci sont présents sur le territoire)

Un compte rendu annuel conjoint de mise en œuvre de cette coopération devra être dressé.

L'ARS sera particulièrement attentif au nombre de patients accompagnés par le SSIAD dont l'aidant a été orienté vers une plateforme de répit, un accueil de jour, un dispositif de relaying.

En fonction de l'analyse de ces éléments et selon une temporalité définie, l'ARS étudiera la possibilité d'accompagner les EHPAD en crédits non reconductibles :

* via des vacations de psychologues au sein du SSIAD (ou de renforcer les temps de présence de psychologue pour les SSIAD en disposant), pour accompagner la personne âgée et l'aidant

* via le développement d'actions type « temps libéré » selon les services et les situations locales Cette forfaitisation non pérenne pourra être pérennisée à termes selon les résultats.