



« Améliorer la collaboration entre les infirmiers libéraux et les établissements de HAD du Languedoc-Roussillon »

Quelques pistes et réflexions concrètes de l'URPS Infirmiers LR afin d'améliorer la collaboration entre les infirmiers libéraux et les établissements d'HAD du Languedoc-Roussillon.

Février 2014

Tout d'abord, l'appui du **Plan Régional de Santé LR** dont nous tenons à souligner quelques points remarquables:

Favoriser une démarche préventive, une organisation des soins de ville et le soutien à domicile

« Déplacer le centre de gravité du système vers des enjeux de Santé Publique favorisant une démarche préventive, une organisation des soins de ville et le soutien à domicile. ... Ce principe d'action n'aura de traduction concrète que pour autant que les partenaires de l'ARS se mobilisent avec elle pour activer les leviers correspondant à leurs compétences respectives. » (Plan Stratégique Régional de Santé)

Optimiser les ressources existantes

« Dans un contexte de contrainte financière, et au regard de l'importance de l'offre comme de l'activité, la région doit pouvoir trouver dans les ressources déjà existantes, les modalités de réponse aux besoins et l'amélioration de son efficience...

Susciter l'adhésion aux projets

...les projets d'hospitalisation à domicile ne pourront se développer qu'avec une pleine adhésion des professionnels de santé libéraux, médecins, infirmières, kinésithérapeutes et autres auxiliaires de santé...

⇒ Par la légitimité

...Le suivi de ces patients doit ensuite pouvoir s'appuyer sur le tissu des professionnels de santé libéraux, en lien avec l'hôpital, réservant l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation, **aux malades dont l'état de santé le justifie** et pour lesquels le retour à domicile n'est médicalement pas possible...

⇒ En ciblant les besoins des patients

Le principe d'organisation : **évaluer l'adéquation des patients aux structures de façon à limiter les hospitalisations.** » (Le SROS Hospitalier-Ambulatoire du premier Plan Régional de Santé de Languedoc-Roussillon)

Constat :

Durant ces trois dernières années, le Languedoc-Roussillon a connu une croissance rapide des établissements d'hospitalisation à domicile. Favorisés et soutenus par la politique régionale de santé, les services HAD couvrent à présent la totalité du territoire régional. Cette nouvelle politique se veut une traduction de la demande croissante de prise en charge à domicile de la part des patients comme des aidants. D'un point de vue médico-économique, l'HAD est aussi une solution économique car le coût d'une journée d'HAD est plus faible qu'une journée d'hospitalisation classique. L'HAD est donc un mode de prise en charge qui continuera d'évoluer dans les années à venir. Cela semble même assuré avec la circulaire du 04/12/2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD: l'hospitalisation à domicile devrait doubler ses capacités d'ici 2018.

Cependant, alors que l'offre d'HAD devrait se pérenniser sur l'ensemble du territoire français, des difficultés récurrentes dans les relations entre les établissements d'HAD et les infirmiers libéraux sont souvent mises en lumière, notamment sur des questions de la place de ces deux acteurs dans l'organisation des soins et de leurs pratiques de collaboration. Au-delà des intérêts professionnels des acteurs, ces questions ne sont évidemment pas neutres sur des enjeux de santé publique, tels que la productivité du système de santé, la qualité et la sécurité des soins. Leur impact se situe donc à plusieurs niveaux : les patients, les acteurs, l'organisation et le système de santé.

Les difficultés dans les relations entre HAD et IDE risquent même de s'accroître à l'aune d'une nouvelle croissance de l'activité en HAD. Cette progression attendue dans les prochaines années nous invite donc, à plus forte raison, à nous saisir de cette problématique afin de permettre un développement de l'HAD harmonieux, productif et « avec la pleine adhésion des professionnels libéraux », comme le souligne à juste titre le projet régional de santé du Languedoc-Roussillon.

Du point de vue infirmier, trois principaux freins à une coopération sereine entre HAD et IDE sont souvent identifiés :

- la superposition des champs de compétences de l'HAD et des IDE du fait des critères d'admission en HAD trop flous ;
- les pratiques collaboratives des HAD variables et pas toujours satisfaisantes et efficaces ;
- l'implantation des HAD propice à la concurrence entre les acteurs ;

1) Critères d'inclusion en HAD flous et imprécis

Le positionnement de l'HAD comme offreur de soins hospitaliers en ambulatoire conduit à ce que son champ d'intervention se recoupe avec celui des infirmiers libéraux. De ce fait, en cas de non-respect des critères d'inclusion en HAD, et compte tenu des ambiguïtés persistantes concernant leur contenu, des prises en charge inadéquates peuvent avoir lieu au détriment des compétences infirmières. Selon le rapport de l'IGAS (2010), seuls 36% des séjours en HAD en 2008 ne comporteraient aucune anomalie.

2) Pratiques collaboratives en HAD hétérogènes et pas toujours satisfaisantes.

Une structure HAD est une structure mixte qui utilise non seulement les compétences de son personnel salarié mais fait également appel aux intervenants extérieurs. En pratique, les relations de collaboration avec les infirmiers libéraux dépendent de la politique propre à chaque HAD. Ainsi, si on constate un nombre prépondérant de services HAD « mixtes », il n'en demeure pas moins que certains d'entre eux ne collaborent qu'avec un nombre restreint d'IDEL, en ne recourant qu'à des cabinets « de confiance ». De même, la position des services diverge concernant le rôle des libéraux dans la coordination des prises en charge en HAD.

3) Politique d'autorisation de structures d'HAD trop incitative.

La politique d'autorisation en Languedoc-Roussillon a instauré des zones où les interventions de différents établissements HAD se chevauchent. Ces chevauchements induisent des concurrences entre les structures, ce qui est également peu propice au respect par ces dernières des champs d'intervention des infirmiers libéraux. Un climat de concurrence semble même amplifier l'empiètement des compétences des IDEL dans la mesure où la rentabilité des structures HAD est mise en jeu. Cette situation impacte particulièrement les territoires déjà abondants en professionnels de santé libéraux.

Notre URPS a donc décidé d'explorer la problématique des relations entre HAD et infirmiers libéraux à l'échelle du Languedoc-Roussillon. Pour cela, nous avons souhaité recueillir les ressentis de nos confrères ayant eu l'expérience de collaboration avec les HAD, en faisant appel à la société CELTIPHARM, tiers de confiance spécialisé en ingénierie médico-économique, afin d'évaluer la qualité de la relation entre les infirmiers libéraux et les établissements de HAD et de percevoir les difficultés de leur collaboration.

C'est au terme de cette enquête que nous proposons notre analyse de la situation suivie de nos recommandations qui permettront d'améliorer la collaboration entre HAD et IDEL et assurer leur complémentarité dans l'offre de soins au travers d'une organisation graduée de soins. Bien évidemment, nos propositions peuvent être critiquées, amendées et débattues.

Développement de l'HAD en LR

Doublement de l'activité de l'HAD entre 2005 et 2008 mais une politique d'autorisation restrictive pour le développement de l'HAD jusqu'à 2009.

A présent 20 EHAD installés : tout le territoire régional est couvert. Les autorisations délivrées par la tutelle instaurent même une concurrence entre les services.

Triplement de l'activité de l'HAD entre 2009 et 2012 : 115 551 journées réalisées en 2012.

La signature récente d'une circulaire relative au positionnement et au développement de l'HAD renforce le dispositif HAD : objectif 30 000 patients par jour en HAD en 2018 au niveau national.

Partenariats avec les IDE libéraux dans la majorité des structures mais il existe des exceptions.

Sommaire :

1. **Offre de soins des infirmiers libéraux du Languedoc-Roussillon : présentation**
2. **Offre de soins de l'HAD du Languedoc-Roussillon : présentation**
3. **Enquête auprès des infirmiers libéraux du Languedoc-Roussillon ayant collaboré avec les services d'HAD** : La perception de la collaboration avec les structures de HAD par les infirmiers libéraux du Languedoc-Roussillon. L'union a fait appel à la société CELTIPHARM, tiers de confiance spécialisé en ingénierie médico-économique, afin d'évaluer la qualité de la relation entre les infirmiers libéraux et les établissements de HAD et de percevoir les difficultés qui existent entre ces deux offreurs de soins.
4. **Propositions de l'URPS Infirmiers LR** afin d'améliorer la collaboration des infirmiers libéraux et des structures d'HAD et de clarifier la place de ces deux intervenants à domicile dans l'offre de soins.

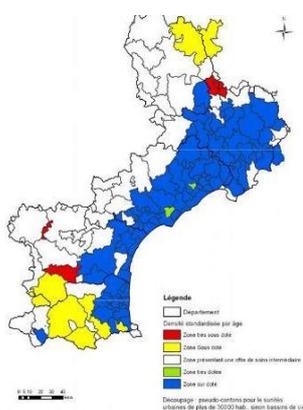
1. Offre de soins des infirmiers libéraux du LR

Repères démographiques

La densité régionale des infirmiers en 2012 est supérieure à la moyenne nationale avec 233,6 infirmiers/100 000 habitants. La densité est plus de deux fois supérieure à celle relevée en France métropolitaine (110,4).

Les infirmiers libéraux en LR (plus de 6 240 professionnels avec une moyenne d'âge de 44 ans) représentent 28 % de la profession (contre 15 % au niveau national). Ce sont les Pyrénées Orientales regroupent la plus grande proportion d'infirmiers libéraux (40%).

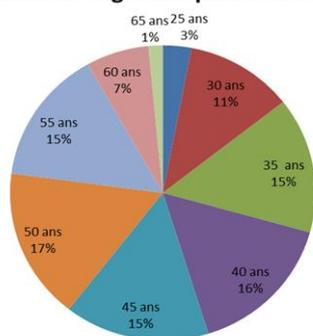
Le zonage relatif aux infirmiers libéraux intégré au SROS-PRS LR présente :



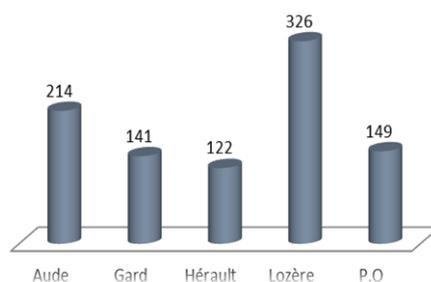
- 80 zones sur-dotées
- 2 zones très dotées
- 39 zones intermédiaires
- 7 zones sous-dotées
- 4 zones très sous-dotées

La DREES prévoit en 2030 que la région restera parmi les mieux dotées de France en infirmiers libéraux.

Répartition régionale par classe d'âge



Patientèle moyenne en 2012

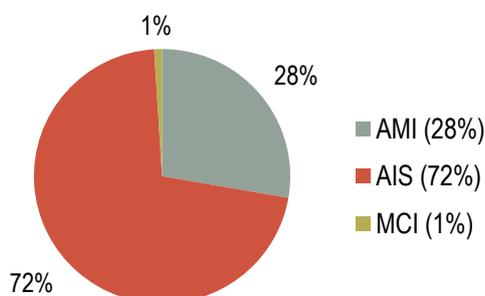


Source : SNIIR-AM – données inter-régimes

Activité des infirmiers libéraux du LR

Répartition de l'activité par prestation :

En volume
(Volume des actes des IDEL pour la période janvier-août 2013)



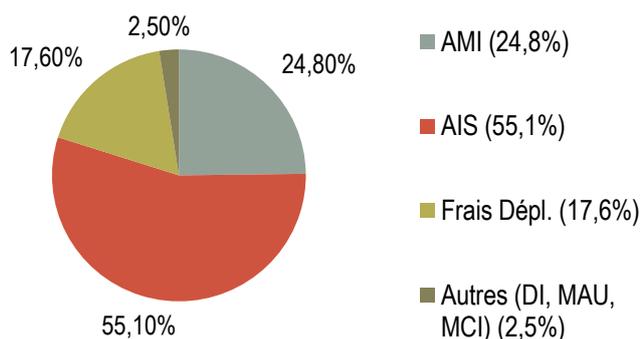
Les actes cotés en AMI : ce sont des actes médicaux délégués réalisés uniquement sur prescription médicale. Il s'agit des actes techniques relatifs aux traitements des plaies (chroniques ou aiguës), aux injections, aux prélèvements et aux soins nécessitant la pose d'un cathéter.

Les actes cotés en AIS : ils correspondent aux actes relevant du rôle propre de l'infirmier. Il s'agit des soins techniques associés à des actes d'aide pour des personnes dépendantes, en termes de prévention, d'hygiène, de mobilisation et de bonne observance («nursing », démarche de soins infirmiers, éducation à la santé, prévention, etc.).

- **Fonction de coordination :**

Les actes cotés en MCI (majoration de coordination infirmière) : les actions par lesquelles les IDEL organisent, évaluent, réajustent les soins en fonction de l'évolution de la situation individuelle et assurent la continuité des prises en charge complexes des patients.

En valeur
(Répartition des montants par prestation pour la période janvier-août 2013)



Volume et montants des actes des infirmiers libéraux en Languedoc-Roussillon pour la période janvier-août 2013 (inter-régimes)

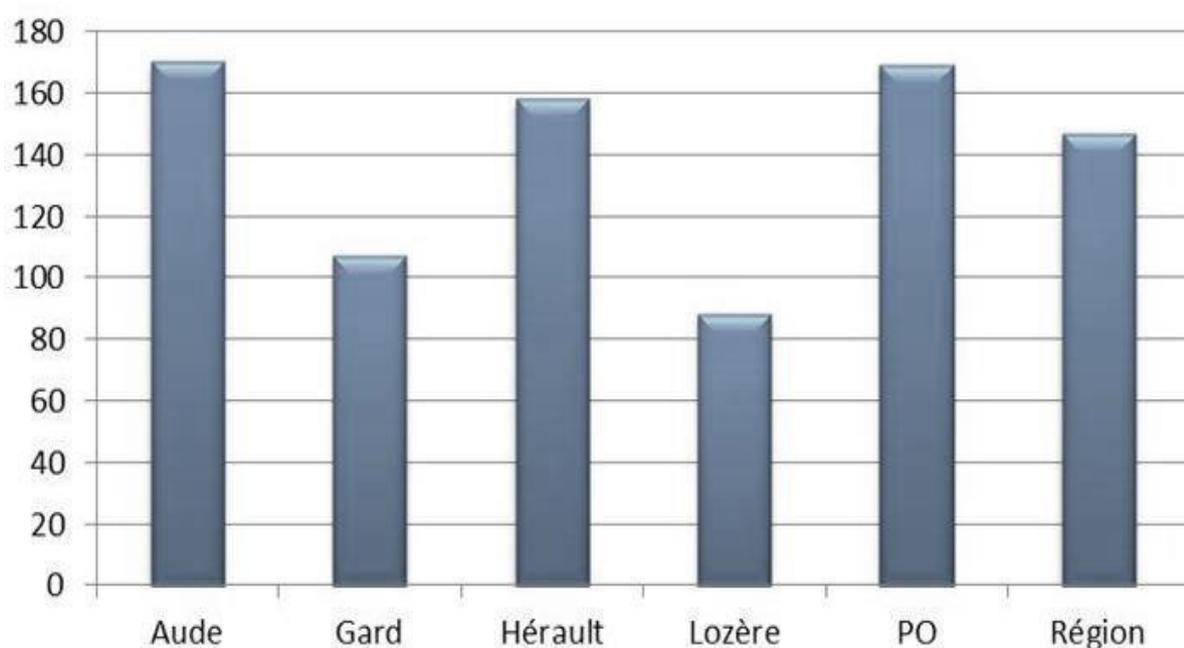
Prestation	Quantité	Montant facturé
AMI	23 508 127	91 269 730
AIS	62 370 652	185 881 539
DI	45 163	450 316
MCI	837 009	4 238 691
TOTAL	86 760 951	281 840 276

Source : SNIIR-AM- données inter-régimes

Montant moyen, en euros, des dépenses par type d'actes, par IDEL et par département (de janvier à septembre 2013)

	AMI	AIS	DI	MAU	MCI	Déplacements	Total
Aude	23 531	22 804	119	1 374	914	13 128	61 870
Gard	14 698	33 714	118	761	529	10 358	60 178
Hérault	15 854	35 944	56	603	813	9 985	63 255
Lozère	17 526	21 192	96	1 599	456	25 229	66 098
PO	15 483	34 476	50	654	897	11 036	62 596
Région	16 371	33 320	80	760	757	10 878	62 166

Utilisation des majorations MCI / infirmier (de janvier à septembre 2013)



Utilisation des majorations MCI / département (de janvier à septembre 2013)

Prestations	Aude	Gard	Hérault	Lozère	PO	Région
nb majos MCI	131 099	182 413	411 967	8 674	211 176	945 329

Source SNIIR-AM – données inter-régimes

2. Offre de soins de l'HAD du LR

Indicateurs régionaux de la consommation de soins en HAD en 2012

Total du nombre de journées en Languedoc-Roussillon en 2012 : **115 551**

Ratio nombre de journées pour 100 000 habitants en 2012 : **4 360**

La couverture régionale affiche un taux de progression de 46 % par rapport à l'année 2011 (Rapport d'activité 2012-2013 FNEHAD). Le Languedoc-Roussillon s'inscrit dans une perspective de rattrapage progressif par rapport au reste du territoire, bien qu'il reste en retrait de la moyenne nationale de 6 157 journées pour 100 000 habitants.

Population du Languedoc-Roussillon en 2012 (estimation INSEE) : 2 650 000 habitants

Caractéristiques territoriales

20 établissements HAD installés et répartis par département :

Aude : 3

Gard : 6

Hérault : 8

Lozère : 1

Pyrénées Orient: 2

HAD Ouest Audois	CHU de Nîmes	CHU de MTP Arnaud de Villeneuve	CH de Mende	CH de Perpignan
CH Lézignan-Cor.	APARD Nîmes	CHU de MPT St Eloi		MEDIHAD Cabestany
LES GENETS (SAS Polyclinique Le Languedoc) remplacé par MEDIHAD	3G Nîmes CH d'Alès APARD Alès CH de Uzès/ Bagnols	APARD Montpellier HOME SANTE BEZIERS HAD HAD CH Béziers HAD Bassin de Thau PASTEUR Pézenas		

15 EHAD sur 20 sont situés dans les grands pôles urbains du Languedoc-Roussillon. L'ensemble des EHAD couvre néanmoins la plupart des zones rurales de la région.

Activité de l'HAD du LR

Le rapport de l'IGAS (2010) souligne le profil gérontologique et peu technique de l'HAD du Languedoc-Roussillon, et note notamment l'importance des « pansements complexes » (28% du volume global de l'activité), des soins palliatifs (23,5%) et des soins de nursing lourd (9%) dans l'activité des établissements.

Depuis 2008 la progression des pansements complexes et des soins palliatifs dans l'activité de l'HAD est constante.

Les principaux modes de prise en charge de l'HAD en Languedoc-Roussillon et en France en 2012

MPC	Nombre de journées 2012	Nombre de journées 2012	Part de l'activité %	Part activité %	Ecart
	HAD Languedoc-Roussillon	HAD France	HAD Languedoc-Roussillon	HAD France	
Pansements complexes	36068	982028	31,2	23,3	+7,9
Soins palliatifs	35255	1 096519	30,5	26,1	+4,4
Trait. intraveineux	10385	210011	9	5	+4,00
Nutrition entérale	5938	290951	5,1	6,9	-1,8
Soins de nursing lourd	4916	385578	4,3	9,2	-4,9
Nutrition parentérale	4125	118429	3,6	2,8	+0,8
Assistance respiratoire	2615	17980	2,3	3,3	-1
Chimiothérapie antican.	711	70056	0,6	1,7	-1,1
Surveillance post chimio	2361	150739	2,04	3,6	-1,6

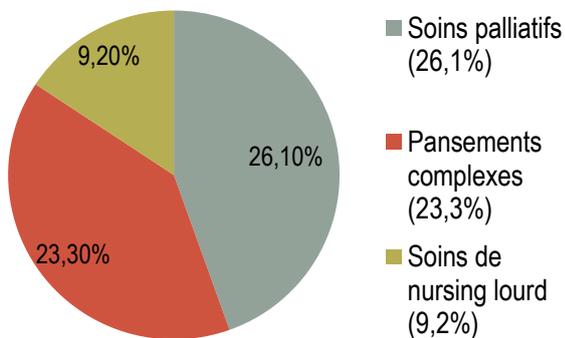
Source : Données 2012 sur le site de l'ARS du Languedoc-Roussillon
Rapport FNEHAD 2012

Les 3 principaux modes de prise en charge en 2012 :

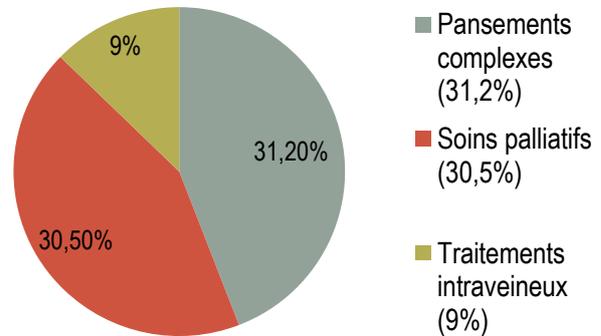
La répartition par MPC de l'activité régionale est assez différente de celle observée au niveau national, dans le sens où :

- les 3 MPC les plus fréquents ne sont pas tout à fait les mêmes,
- ils ne sont pas dans le même ordre
- leur part dans le volume global de l'activité régionale est plus importante qu'au niveau national.

En France



En Languedoc-Roussillon



Ainsi, la part des pansements complexes est plus importante dans l'activité de l'HAD du Languedoc-Roussillon qu'au niveau national et représente plus de 31 % de celle-ci (contre 23 % en France). La part des soins palliatifs est le deuxième motif de prise en charge en HAD du LR avec 30,5% des journées réalisées. Ils sont suivis de traitements

intraveineux (9% des journées réalisées en 2012), deux fois plus qu'au niveau national (5%).

Ainsi, ces trois principaux modes de prise en charge représentent près de 71% des prises en charge en région pour l'année 2012. Dans certains établissements leur part dans l'activité annuelle est encore plus importante : CH de Béziers (90,5%), MEDIHAD (89 %), HOME SANTE (87 %), Pasteur de Pézenas (81%), APARD Alès (79%).

Observations par établissement*

Pansements complexes :

Si on observe l'activité des établissements pris individuellement, la part des pansements complexes varie et représente, selon les établissements, de 13 % à 55 % de leur activité. Ce mode de prise en charge représente plus de la moitié des journées réalisées dans la clinique HAD Pasteur à Pézenas (55 %). Il est également prépondérant dans l'activité de MEDIHAD Cabestany (42,8%), APARD Alès (41%), CH Lézignan-Corbières (40%), CH Bagnols c/Cèze (37,6%), HOME Santé (35,6). Les structures d'HAD dans lesquelles la prise en charge de pansements complexes est moins fréquente sont : le CH de Carcassonne (12,9%) et le 3G Nîmes (17,7%).

Soins palliatifs :

Les soins palliatifs constituent une part importante dans l'activité de toutes les structures d'HAD du Languedoc-Roussillon. Leur volume est particulièrement significatif dans l'activité de l'HAD SIH Hauts Cantons de Béziers (60% de l'activité totale annuelle de l'établissement), de HOME SANTE (43%), de MEDIHAD (37%), APARD Montpellier (36%), APARD Nîmes (32%).

Traitements intraveineux :

Les traitements intraveineux occupent une place particulièrement importante dans l'activité du CHU de Montpellier (26,6%) et du CH de Sète (35,5%).

Nutrition entérale :

L'activité de nutrition entérale est surtout portée par 4 établissements : CH de Perpignan (1574 journées), APARD Montpellier (1072 journées), CH de Bagnols/Uzès (801 journées), et CH de Carcassonne (735 journées).

Soins de nursing lourd :

Leur part dans l'activité HAD du Languedoc-Roussillon a chuté fortement depuis 2008. Son volume a est passé de 9% à 4,3 % du nombre de journées régional, et se place désormais en 5^{ème} position parmi les modes de prise en charge les plus pratiqués en région. L'activité de nursing lourd est variable dans les établissements : de 0,1% (CHU de Montpellier) à 16,3% (CH de Lézignan-Corbières) de l'activité de l'établissement.

Chimiothérapie anti-cancérale :

La chimiothérapie anti-cancérale occupe une place très marginale dans l'activité de l'HAD du Languedoc-Roussillon et ne représente que 0,6 % (711 journées) de l'activité en 2012. Celle-ci se trouve surtout portée par 4 établissements de HAD avec 90% des journées réalisées en Languedoc-Roussillon : « Les Genêts » de Narbonne, le SIH des Hauts Cantons de Béziers, le CH de Perpignan et le CHU de Nîmes. 9 établissements n'ont réalisé aucun acte de chimiothérapie au cours de l'année.

*A partir des données sur le site de l'ARS du Languedoc-Roussillon

3. Perception de la collaboration avec les structures de HAD par les infirmiers libéraux du Languedoc-Roussillon

Méthodologie :

Cette partie présente les résultats d'une enquête réalisée par CELTIPHARM auprès des infirmiers libéraux du Languedoc-Roussillon. Les interviews ont été réalisées par téléphone du 23 au 26 avril 2013 dans le respect des principes déontologiques de l'enquête par sondage.

Cible : Infirmier(es) libéraux de la région Languedoc-Roussillon (avec les départements 11 / 30/ 34 / 48 / 66).

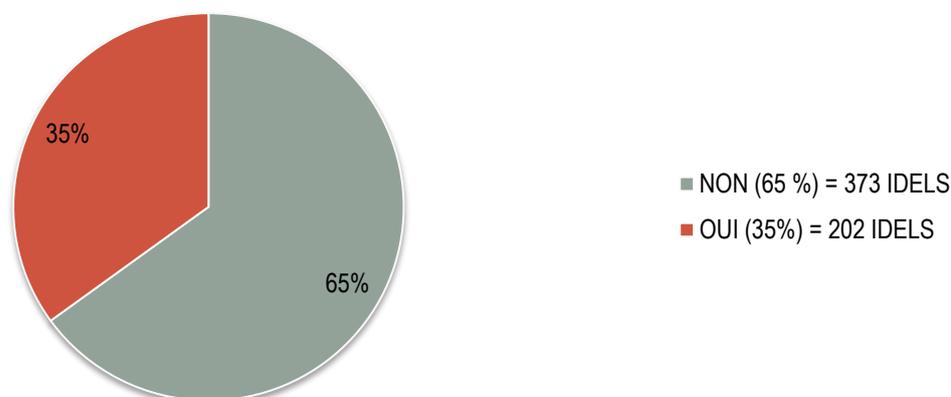
Etude réalisée sur un **échantillon de 202 infirmier(e)s libéraux ayant collaboré avec les services d'HAD durant les 24 derniers mois.**

1. 35 % des infirmiers libéraux du Languedoc-Roussillon ont collaboré avec un service HAD au cours des 24 derniers mois

Question 1 : Sur les 24 derniers mois, avez-vous travaillé avec un service de HAD ?

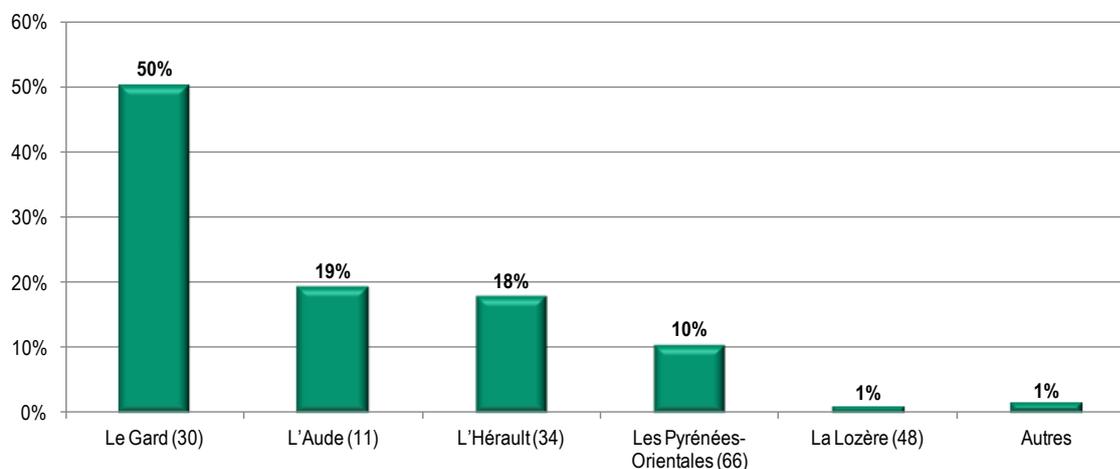
001. OUI

002. NON (Arrêt du questionnaire)



2. A l'échelle de la région, ce sont les services HAD du Gard qui collaborent avec le plus grand nombre d'infirmiers libéraux

Question 2 : Dans quel département se situe le service HAD avec lequel vous avez travaillé ?

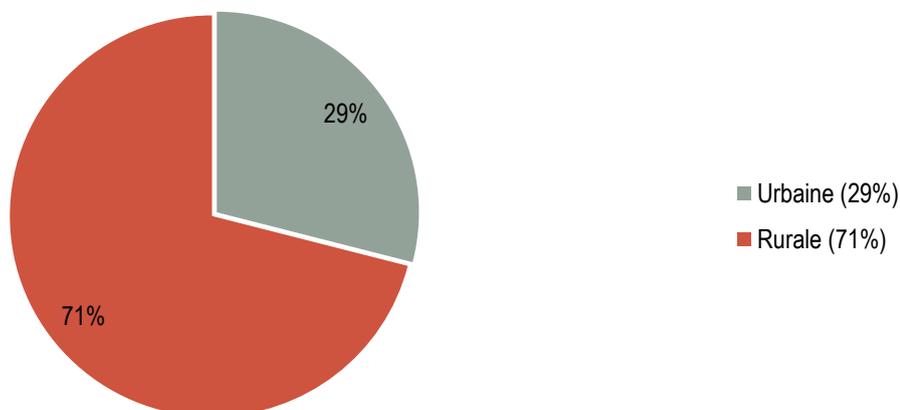


Parmi les structures HAD du Languedoc-Roussillon, ce sont celles du Gard qui sollicitent le plus grand nombre d'IDELS pour la collaboration.

Près de la moitié des IDELS interrogés dans le Gard (43%) a collaboré avec un EHAD au moins une fois (durant ces 24 derniers mois), contre un tiers dans les Pyrénées Orientales (32%) et l'Aude (30%), seulement 27% dans l'Hérault et 15% en Lozère.

3. Les structures HAD collaborent essentiellement avec les IDEL exerçant dans les zones rurales

Question 3 : Votre activité se situe dans une zone :



L'activité des infirmiers libéraux ayant collaboré avec l'HAD est essentiellement située dans les **zones rurales** (71% des répondants).

Département	Zone d'activité rurale	Zone d'activité urbaine	Total
Le Gard (30)	75	26	101
L'Aude (11)	31	8	39
L'Hérault (34)	23	13	36
Les Pyrénées-Orientales (66)	10	11	21
La Lozère (48)	2	0	2
Autres	2	1	3
Total	143	59	202

4. Le nombre de patients suivis en HAD par les infirmiers libéraux : près de la moitié des sondés a suivi 1 ou 2 patients et un quart d'entre eux plus de 5 patients au cours des 24 derniers mois

Question 4 : Durant ces 24 derniers mois, combien de patients bénéficiant d'un service HAD avez-vous suivi ?

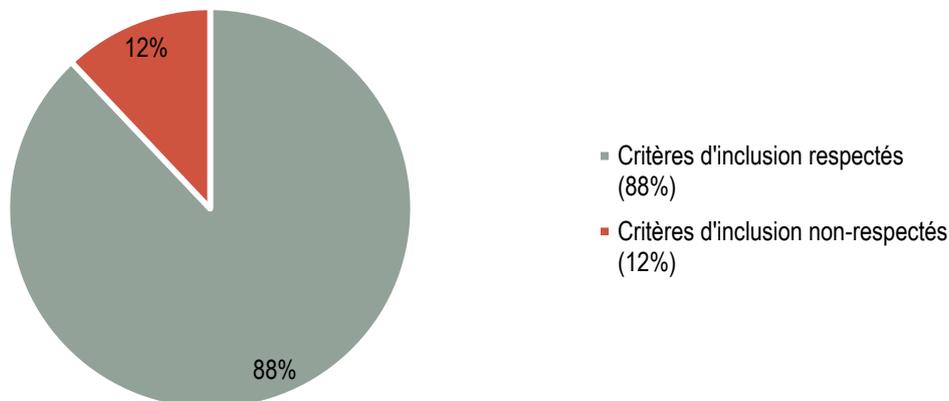
Nombre de patients suivis	Nombre de répondants	%
001. De 1 à 2 patients	89	44%
002. De 3 à 4 patients	62	31%
003. De 5 à 6 patients	28	14%
004. De 7 à 10 patients	21	10%
005. De 10 à 15 patients	2	1%
Total	202	100%

Les IDEL ayant collaboré avec les services de HAD ont suivi en moyenne **3,6** patients.

Nombre de patients suivis	Zone d'activité rurale	Zone d'activité urbaine	Total
001. De 1 à 2 patients	64	25	89
002. De 3 à 4 patients	45	17	62
003. De 5 à 6 patients	18	10	28
004. De 7 à 10 patients	14	7	21
005. De 10 à 15 patients	2	0	2
Total	143	59	202
Moyenne	3,6	3,5	3,6

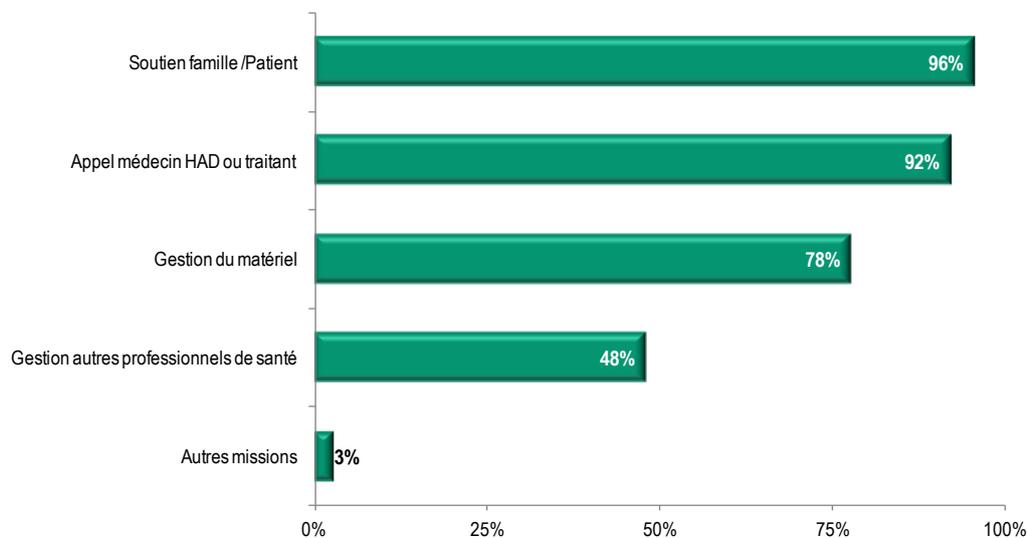
5. Respect des critères d'inclusion en HAD : 12 % des IDEL déclarent avoir suivi au moins 1 patient admis dans un service HAD sans respecter les critères d'inclusion

Question 5 : Parmi ces patients, pour combien diriez-vous que les critères d'inclusion ont été respectés ?



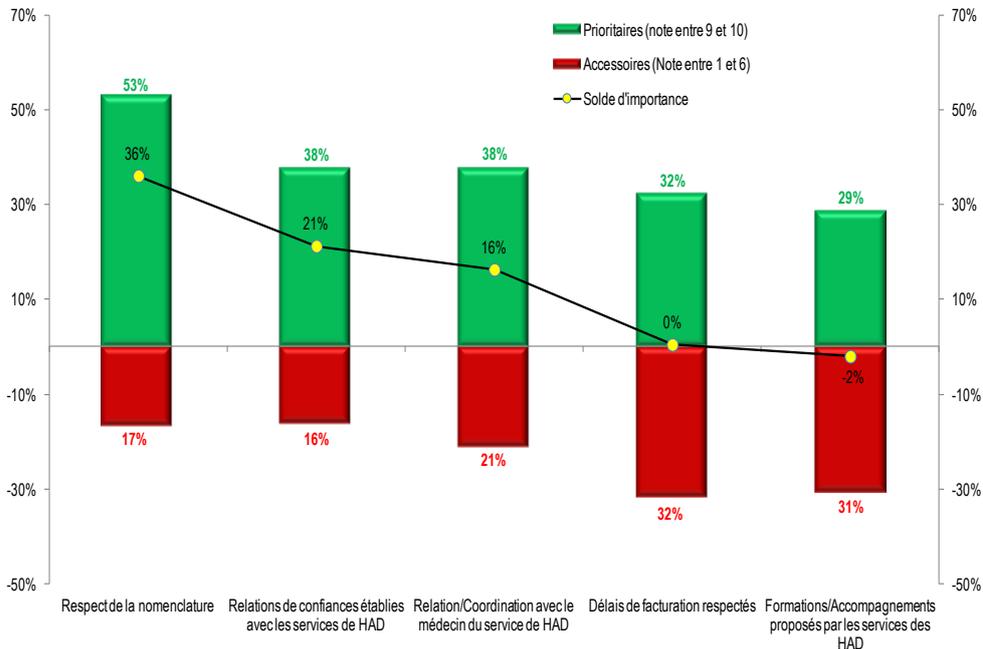
6. Les missions de coordination assurées par les infirmiers libéraux lors des prises en charge en HAD : 100 % des IDE déclarent avoir assuré une ou plusieurs missions de coordination tels que soutien famille/patient, appel médecin HAD ou traitant, gestion du matériel ou gestion d'autres professionnels de santé.

Question 6 : Dans le cadre de la prise en charge dans un service de HAD, avez-vous assuré l'une des missions de coordination suivante (réponse multiple) ?



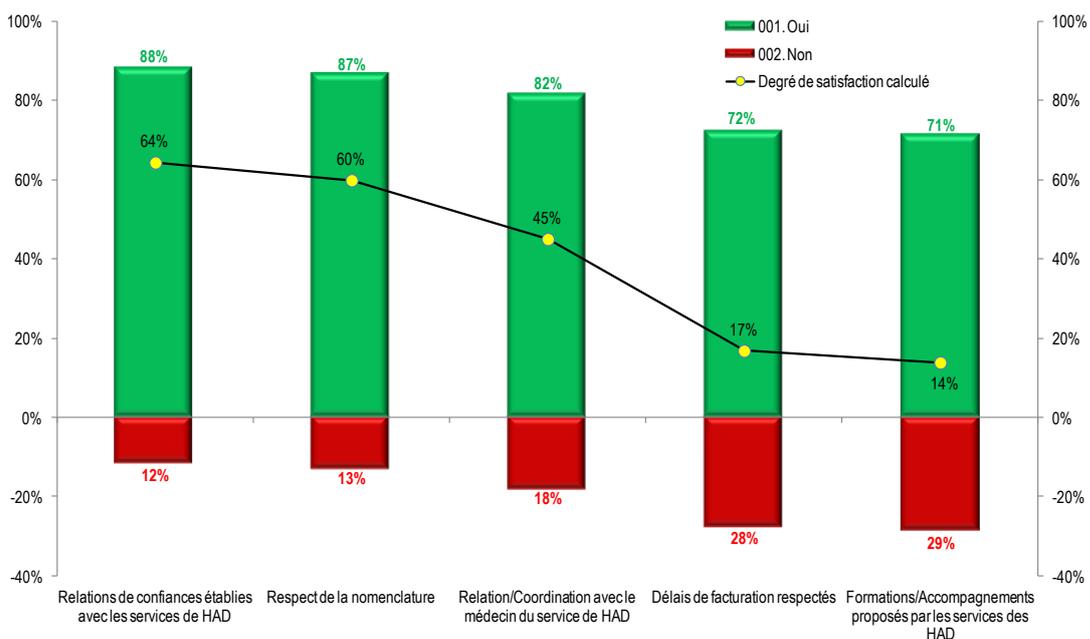
Autres missions: Soins infirmiers (3 répondants), Oxygénothérapie (1 répondant), Gestes paramédicaux (1 répondant) et Soins prodigés (1 répondant)

7. La perception par les infirmiers libéraux des facteurs d'une collaboration réussie avec les services HAD : le respect de la nomenclature et la relation de confiance avec les services HAD sont les facteurs clés de la réussite.

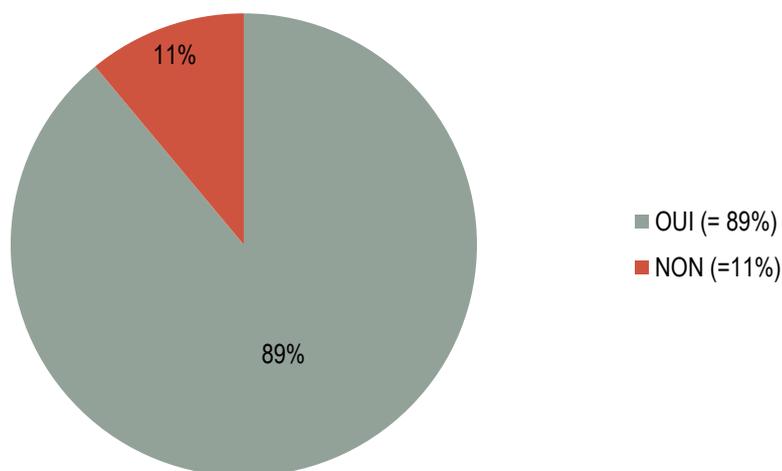


8. La satisfaction des IDEL de leur collaboration avec les services HAD :

- Pour plus d'un infirmier sur 10 la nomenclature infirmière n'a pas été respectée
- Un infirmier sur 5 s'est dit insatisfait de sa collaboration avec le médecin coordonnateur
- Un infirmier sur 3 s'est dit insatisfait des accompagnements et formations proposés par les services d'HAD
- Un infirmier sur 3 a déclaré avoir rencontré des problèmes de délais de facturation



D'une manière générale, 89% des répondants sont prêts à collaborer de nouveau avec un service de HAD.



Les 23 répondants qui ne sont pas prêts à collaborer de nouveau avec un service de HAD sont principalement insatisfaits des relations avec les services HAD. Le respect de la nomenclature est un critère nécessaire mais pas suffisant pour renouveler l'expérience.

Synthèse

Parmi les établissements HAD, ce sont ceux du Gard qui sollicitent le plus grand nombre d'IDEL pour la collaboration. Près de la moitié des IDEL interrogés dans le Gard (43%) ont collaboré avec un établissement HAD au moins une fois durant ces 24 derniers mois, contre un tiers dans les Pyrénées Orientales (32%) et l'Aude (30%), seulement 27% dans l'Hérault et 15% en Lozère.

Les établissements de HAD collaborent essentiellement avec les infirmiers libéraux dont l'activité est située dans les **zones rurales** (71% des répondants) contre 29% seulement dont l'activité est située dans les zones urbaines.

Près de la moitié des IDELS ont suivi 1 ou 2 patients, 14 % entre 5 et 6 patients et 11 % entre 7 et 15 patients au cours des 24 derniers mois.

12% des infirmiers répondants estiment avoir suivi au moins un patient admis dans un service de HAD sans respecter les **critères d'inclusion**.

La quasi-totalité des IDEL répondants estiment avoir assuré **des missions de coordination** lors des prises en charge en HAD. Ils sont respectivement 96% et 92% à avoir assuré le **soutien famille/patient et le contact avec le médecin HAD ou traitant**. 78 % d'entre eux déclarent avoir **géré le matériel livré au domicile des patients** et près de la moitié (48%) **la gestion d'autres professionnels de santé**.

Pour 53 % des IDEL, le facteur le plus important lorsqu'ils travaillent avec un service de HAD, est le **respect de la nomenclature**. La qualité de la relation entre les infirmiers libéraux avec les médecins coordinateurs des EHAD est également une priorité pour 38% des répondants.

En termes de satisfaction, les critères dont les IDEL ont été le moins satisfaits lors de leur collaboration avec les services HAD sont **le respect des délais de facturation et l'accompagnement /formation proposés par les HAD**. Ils sont respectivement 32 % et 29 % à ne pas en être satisfaits.

Concernant les critères perçus par les IDELS comme les plus importants, la nomenclature n'a pas été respectée par les services de HAD pour 13 % des IDEL et 18 % jugent insatisfaisant l'accompagnement et les formations proposées par les services de HAD.

D'une manière générale, **89%** des répondants sont prêts à collaborer de nouveau avec un service de HAD.

4. Propositions de l'URPS Infirmiers LR afin d'améliorer la collaboration entre les services HAD et infirmiers libéraux

3 axes de travail pour une amélioration:

1. Assurer une complémentarité de l'HAD et des IDEL dans l'offre de soins au sein des territoires : clarifier les missions de chacun, rendre les critères d'inclusion en HAD plus claires et lisibles

2. Améliorer les pratiques collaboratives en HAD : favoriser la concertation des acteurs, prévenir les conflits, améliorer les modalités de communication

3. Organiser l'implantation géographique de l'HAD à partir des besoins des populations

1. Assurer une complémentarité de l'HAD et des IDEL dans l'offre de soins : clarifier les missions de chacun, rendre les critères d'inclusion en HAD plus claires et lisibles :

Admission des patients en HAD : ambiguïtés du cadre juridique

L'art. R 6121-4 du Code de la santé publique indique : « Les structures d'HAD 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... »

La circulaire du 30/05/2000 relative à l'HAD précise : « L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. »

Depuis le décret du 06/09/2012, les services d'HAD peuvent également intervenir dans un établissement social et médico-social avec hébergement. Toutefois, « les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico

L'admission en HAD se fonde sur une nécessité de soins complexes et coordonnées dans un projet thérapeutique régulièrement réévalué, de prise en charge sociale et psychologique. Les soins en HAD étant de nature hospitalière, ne concernent que des soins que les professionnels libéraux ne pourraient jamais réaliser dans le cadre des soins ambulatoires.

Cependant, malgré un encadrement juridique, la notion de « soins complexes » reste vague et le recours à l'HAD est encore peu formalisé car le seul référentiel élaboré par la HAS ne concerne que la prise en charge périnatale. De ce fait, il arrive dans la pratique que certaines prises en charge en HAD ne soient pas appropriées car relevant de l'ambulatoire, notamment des soins infirmiers. Ces situations, outre le fait qu'elles interrogent sur leurs coûts, constituent également des freins à une coopération sereine entre les HAD et les autres acteurs intervenant au domicile. Ainsi selon le rapport de l'IGAS de novembre 2010, les principales difficultés de l'HAD du Languedoc-Roussillon concerneraient les infirmiers libéraux qui se perçoivent en concurrence avec ces structures et voient leur développement comme une captation de patientèle empiétant sur leurs compétences. Pour explorer cette problématique, notre URPS a réalisé une enquête auprès des infirmiers libéraux du LR : 12% des infirmiers sondés affirment avoir suivi des patients admis dans un service de HAD sans respecter les critères d'inclusion. Chiffre que nous considérons néanmoins en dessous de la réalité, pouvant s'expliquer par l'attractivité de la rémunération des IDEL pour des actes réalisés en HAD et une connaissance insuffisante des critères des prises en charge par ces structures.

L'importance de la question des critères d'inclusion en HAD est également soulignée par la Cour des Comptes qui juge dans son rapport sur l'hospitalisation à domicile (2013), qu'« en l'absence de référentiels précis en matière de recours à l'HAD, il existe des risques de recouvrement de champ avec d'autres modes d'intervention à domicile, d'autant que la définition des différents

sociales dispensées par l'établissement... ».

Dans la perspective du développement significatif attendu de l'hospitalisation à domicile à échéance de l'année 2018, **la circulaire de la DGOS du 04/12/2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD** trace de nouvelles lignes de guidance :

Conforter la structure de l'offre d'HAD, en assurant la viabilité des établissements ;

Améliorer l'accessibilité à l'HAD en développant des prescriptions d'HAD et en diversifiant des modes de prise en charge ;

Renforcer la pertinence du recours à l'HAD ;

Affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD.

« Disposer de référentiels définissant plus précisément les critères et les modalités de prise en charge en HAD constitue un préalable à une évolution des pratiques ... » (Cour des Comptes, septembre 2013)

types de soins en HAD telle qu'établie par une circulaire du 1^{er} décembre 2006 reste flou...La définition de référentiels d'activité et la réalisation d'évaluation médico-économiques sont aujourd'hui nécessaires pour mieux étayer sa légitimité. »

Même si la récente circulaire de la DGOS du 04/12/2013 semble reprendre la suggestion de la Cour des Comptes et prône le renforcement de la pertinence du recours à l'HAD, notamment en s'appuyant sur les référentiels de la HAS existants et à venir, elle prévoit en même temps le doublement du nombre de patients pris en charge par l'HAD d'ici 2018. En pratique, pour répondre à cette préconisation, la circulaire propose aux ARS un seul indicateur de suivi, à savoir le taux de CPOM intégrant un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence du recours à l'HAD sur la base des référentiels de la HAS existants. Rappelons que dans ce domaine il existe à ce jour un seul référentiel élaboré.

Ces nouveaux enjeux pour l'HAD nécessitent une clarification rigoureuse des frontières entre différents dispositifs de prises en charge. C'est pourquoi, notre URPS propose que ce travail soit également mené à l'échelle de la région dans le cadre du volet HAD du SROS qui a, par ailleurs, vocation à réfléchir sur la clarification des missions de l'HAD par rapport aux soins coordonnés ambulatoires, notamment dans le secteur des personnes âgées, du suivi de certaines pathologies, etc... Nous souhaitons que des réflexions soient engagées par l'ARS de façon plus concrète car l'enjeu est de mettre en place une offre de soins réellement graduée dans un cadre respectueux des compétences de tous les offreurs de soins intervenant au domicile. La définition des critères d'admission en HAD est une question essentielle pour dépasser le stade de la concurrence des acteurs et mettre en place pour les patients des parcours de soins coordonnés à la bonne place, au bon moment et au meilleur coût.

C'est dans cette perspective et en tenant compte des particularités de l'offre de soins du Languedoc-Roussillon que notre union présente ses quelques éléments de réflexion qui pourraient contribuer à la mise en place de cette gradation des prises en charge au sein des parcours de santé coordonnés et adaptés aux situations des patients. La volonté de notre URPS est d'ouvrir un débat sur une meilleure répartition de l'activité entre l'HAD et les infirmiers libéraux.

Nos propositions

1.1. Clarifier les critères d'inclusion des patients en hospitalisation à domicile : le cas des pansements complexes

Focus sur l'activité de pansements complexes en HAD :

Depuis plusieurs années, l'activité de pansements complexes des HAD s'accroît de façon importante : entre 2008 et 2010 le nombre de journées a augmenté de 41%, entre 2011 et 2012 cette évolution est de 16%. En 2012 les pansements complexes représentent 23,3% des journées réalisées par l'ensemble des HAD sur le plan national.

La même évolution est observée de façon bien plus marquée encore dans le Languedoc-Roussillon où la part des pansements complexes est nettement supérieure qu'au niveau national. Ils représentent en 2012 le mode le plus fréquent avec 31% des journées réalisées par l'ensemble des HAD et demeure depuis plusieurs années le premier motif de prise en charge en HAD de la région.

Les pansements complexes constituent un pan important dans l'activité des infirmiers libéraux et de l'HAD. Cependant, faute de critères d'éligibilité formels, les interventions des IDEL et de l'HAD pour les pansements complexes se recouvrent dans la plupart des cas sans qu'il y ait une définition précise du rôle de chacun. Ceci pose la question des interfaces entre HAD et infirmiers libéraux.

Ainsi, le fort positionnement général de l'HAD du Languedoc-Roussillon sur l'activité des pansements complexes (31% des journées réalisées en 2012) et une forte proportion de celles-ci dans l'activité de certains établissements (plus ou près de 50% de l'activité) suscitent plusieurs interrogations.

Le recours à l'HAD est-il toujours justifié? Faute de connaissance des études régionales, le doute serait plutôt légitime car le contrôle T2A exercé par la CNAMTS en 2010 a montré que plus de 2/3 des dossiers analysés dans les HAD présentaient des anomalies. Il a notamment fait émerger un nombre très important d'anomalies liées au défaut de justification de la prise en charge en HAD.

Deuxièmement, comment expliquer le poids de l'activité de pansements complexes des HAD dans notre région, alors qu'elle figure parmi les régions les mieux dotées en infirmiers libéraux dont la capacité de prendre en charge au domicile la plupart des pansements lourds et complexes, notamment en assurant les missions de coordination autour du patient, est reconnue? Le Languedoc-Roussillon est également l'une des rares régions à mettre en place et soutenir institutionnellement un réseau expert « Plaies et Cicatrisations », qui accompagne les professionnels libéraux, en leur apportant conseils et expertise lors des prises en charge des patients atteints de plaies complexes. La compétence de ce réseau est par ailleurs appelée à se développer sur l'ensemble du territoire régional avec le lancement de son activité de télémédecine (projet DOMOPLAIES).

Enfin, l'accroissement et le poids de l'activité de pansements

Au-delà du fort positionnement général de l'HAD régionale sur l'activité des pansements complexes (31% des journées réalisées en 2012), il ressort de façon également très marquée la proportion de ce mode de prise en charge dans l'activité de certains établissements : celle-ci représente la moitié des journées réalisées dans la clinique HAD Pasteur à Pézenas (55%), la clinique MEDIHAD Cabestany (43%), APARD Alès (41%), CH de Lézignan-Corbières (40%), CH de Bagnols s/Cèze (38%).

En HAD, le mode de prise en charge « **pansements complexes et soins spécifiques** » concerne les patients porteurs de plaies complexes et/ou multiples nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne. Ils correspondent à des prises en charge d'escarres, brûlures, soins d'amputations, ... aussi appelés plaies chroniques.

complexes ne va-t-il pas à l'encontre du principe de polyvalence qui doit caractériser l'HAD ? Les circulaires des 01/12/2006 et 04/12/2013 réaffirment le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD. Ce principe est-il respecté lorsque près ou plus de la moitié de l'activité de plusieurs HAD est orientée vers les pansements complexes ?

Notre URPS estime que cette situation est liée au manque de lisibilité sur les compétences et les missions des acteurs et nécessite en conséquence **une clarification des champs d'intervention de chacun**. Préciser les critères et les modalités de prise en charge en HAD, permettrait de repositionner les acteurs dans les champs de compétences qui sont les leurs.

Concernant la prise en charge des pansements complexes, notre union recommande simplement de préciser les critères de recours à l'HAD, en relevant les spécificités de cette dernière et en identifiant les situations où l'offre libérale atteint ses limites. Par exemple, l'intervention de l'HAD serait justifiée en cas de :

- recours à la VAC thérapie
- pansements WOUNDEL avec le traitement par électrostimulation
- pansements complexes nécessitant une réalisation à 4 ou 6 mains (plaies tumorales, risque hémorragique sévère...)
- pansements complexes associés à d'autres prises en charge et ne pouvant être réalisées que dans un cadre hospitalier
- pansements complexes nécessitant une réalisation particulière au regard de l'environnement.
- Pansements avec anesthésie au masque.

En dehors de ces cas, les autres types de pansements peuvent être réalisés en ambulatoire par les infirmiers libéraux.

1.2. Favoriser le développement de la chimiothérapie en HAD

83% des séjours hospitaliers pour chimiothérapie ont été réalisés, pour 2012, en hospitalisation de jour.

Moins de 1% des patients sont traités par chimiothérapie en HAD.

En Languedoc-Roussillon, la place de la chimiothérapie en HAD est encore plus réduite qu'au niveau national, puisqu'elle ne représente que 0,6 % de l'activité des établissements. Celle-ci se trouve portée par 4 HAD qui cumulent 90% de cette activité en région: « Les Genêts » de Narbonne, le SIH des Hauts Cantons de Béziers, le CH de Perpignan et le CHU de Nîmes. 9 structures n'ont réalisé aucun acte de chimiothérapie au cours de l'année 2012.

Or, « *Ni la gravité, la sévérité ou l'évolution de la maladie, ni la typologie tumorale, ni l'état de dénutrition ou de déshydratation, ni l'âge, ni le statut de performance du patient ne constituent des critères d'exclusion ou de restriction de la réalisation à domicile d'une chimiothérapie anticancéreuse* ». (ANAES).

Véritable priorité de la santé publique avec au niveau national plus de 350 000 cas annuels, la prévalence et l'incidence du cancer ne cessent d'augmenter. La prise en charge de cette maladie est également un enjeu important pour l'assurance-maladie, puisque son coût annuel dépasse 10 milliards d'euros.

En cancérologie, la chimiothérapie est l'un des actes techniques marqueurs contre la maladie. Or, la cancérologie est une spécialité exercée quasiment exclusivement dans les structures hospitalières. Et même si l'une des mesures du Plan Cancer mis en place en 2003 est venue « faciliter la chimiothérapie à domicile et plus généralement les soins à domicile », celle-ci ne s'est pas vraiment développée en HAD.

Selon la FNEHAD, l'activité de chimiothérapie en HAD représentait 1,7 % des journées réalisées en 2012. Au niveau régional, cette activité pourrait être qualifiée d'inexistante (0,6%).

Pourtant, la chimiothérapie à domicile est une solution permettant d'améliorer la qualité de vie de bien des personnes atteintes de cancer. L'URPS Infirmiers LR regrette que son développement en HAD régresse au fil des années, alors que celle-ci contribue sans doute à une offre de soins graduée. Celle-ci devrait être notamment favorisée dans l'intérêt des personnes âgées, mais également dans celui des enfants et des patients jeunes et actifs, qui ont besoin de rester entourés chez eux, au contact de leur famille et de la vie sociale.

Par ailleurs, notre union sera attentive aux conclusions de la HAS dans le cadre de son étude sur la pertinence du développement de la chimiothérapie en HAD engagée depuis novembre 2013. A l'aune de nouveaux enjeux pour l'HAD dans les années à venir, nous espérons que des mesures seront prises afin de lever les freins actuels à l'émergence de la chimiothérapie dans ces structures, tels que positionnement concurrent des hôpitaux de jour, résistance des médecins prescripteurs, système tarifaire inadapté...

2. Améliorer les pratiques collaboratives, prévenir les conflits et favoriser la concertation entre les services HAD et les infirmiers libéraux

Constat :

Il existe une abondante littérature sur les pratiques collaboratives et on y retrouve un consensus fort sur le fait qu'une collaboration bien conduite favorise un bon climat de travail et contribue à optimiser la qualité des soins et du suivi.

Ainsi, parmi les facteurs qui favorisent ou entravent les pratiques collaboratives des acteurs de santé, sont cités de façon constante : la confiance envers les autres, une communication efficace entre les membres d'une équipe, des mécanismes de coordination efficaces dans lesquels chaque professionnel peut contribuer de façon optimale, les modèles de rémunération, une certaine formalisation des rôles et responsabilités qui clarifie les attentes envers chacun.

Les appréciations des IDE et des HAD du LR concernant leur collaboration confortent ces écrits.

Les facteurs jugés par les infirmiers libéraux comme les plus importants, lorsqu'ils travaillent avec un service de HAD, sont :

- *le respect par l'HAD de la nomenclature infirmière en termes de rémunération*
- *la relation de confiance établie avec le service HAD*
- *la relation de coordination avec le médecin de l'HAD*

Les points d'insatisfaction relevés chez les IDE libéraux :

- *Plus d'un infirmier sur 10 a jugé insatisfaisante sa relation avec les services HAD*
- *Pour plus d'un infirmier sur 10 la nomenclature infirmière n'a pas été respectée*
- *Un infirmier sur 5 s'est dit insatisfait de sa collaboration avec le médecin coordonnateur,*
- *Un infirmier sur 3 s'est dit insatisfait des accompagnements et formations proposés par les services d'HAD*
- *Un infirmier sur 3 a déclaré avoir rencontré des problèmes de délais de facturation*

Plus d'un infirmier sur 10 ayant collaboré avec les services HAD, se dit ne pas être prêt à renouveler son expérience, en mettant principalement en cause les relations avec les services HAD.

Inversement, vis-à-vis des IDEL, les entretiens réalisés avec les gestionnaires des établissements d'HAD ont fait ressortir **les points d'insatisfaction suivants :**

- *Un manque de confiance aux infirmiers libéraux, notamment pour certaines prises en charge techniques : p.ex. l'application de la VAC.*
- *L'absence de remplissage par les IDEL des cahiers « patient »*

Nos propositions :

2.1. Créer un comité régional de l'offre en HAD

Ses missions :

Echanger et se concerter sur le développement de l'HAD en LR

Analyser le rôle et les missions des acteurs

Prévenir les conflits

Elaborer des outils pour améliorer la collaboration et dépasser le stade de la concurrence : conventions...

Parce que la prise en charge en HAD se trouve au confluent des secteurs hospitalier, ambulatoire, médico-social et social, elle peut avoir des répercussions sur l'activité de tous les autres acteurs intervenant au domicile. Ainsi, la plupart des structures HAD ont adopté le modèle de fonctionnement « mixte » reposant sur la collaboration avec des professionnels de santé extérieurs. De plus, l'existence des interfaces entre les différents offreurs de soins peut engendrer, dans un contexte de méconnaissance des missions et des rôles respectifs, des conflits sur le terrain. L'hospitalisation à domicile est donc un sujet qui intéresse de nombreux professionnels de santé : les libéraux, les réseaux, les prestataires de services à domicile, les SSIAD, les médecins prescripteurs... Aussi, la définition du rôle de chacun, l'amélioration des pratiques collaboratives en HAD, le développement de l'HAD en région constituent autant de questions importantes pour assurer une coopération sereine des acteurs au sein des territoires de santé. Mais répondre à toutes ces questions passe nécessairement par une concertation.

C'est pourquoi, **l'URPS Infirmiers propose la création d'un comité régional de l'HAD**. Ce comité pourrait être lieu d'échanges et de réflexion sur le développement de l'HAD. Il pourrait avoir pour mission d'analyser la place de l'HAD et celle des autres acteurs dans l'offre de soins au domicile, créer des outils pour améliorer leur collaboration, élaborer des conventions...

2.2. Créer une commission de suivi et de concertation dans chaque établissement HAD

Les conflits font partie d'une réalité inévitable.

La collaboration entre IDEL et HAD donne lieu, en principe, à une convention de collaboration, dans laquelle sont définies les obligations mutuelles. (D'une manière générale, le service HAD s'engage

Le défi est de savoir les gérer de façon productive.

Commission de suivi en de concertation en HAD:

Veille à la bonne application des dispositions conventionnelles

Concilie en cas de litige

Facilite l'information en interne

Fait des recommandations pour améliorer les conditions de collaboration

Fonctionnement :

Une représentation paritaire IDEL – HAD

Réunions

vis-à-vis des infirmiers libéraux à respecter le libre-choix du praticien par le patient, rechercher l'infirmier libéral le plus proche du domicile du patient si ce dernier n'a pas privilégié un cabinet, fournir à l'IDEL une lettre de mission, inclure les libéraux dans une réunion initiale de coordination, donner l'information nécessaire. Inversement, les IDELS s'engagent à respecter : les obligations professionnelles propres aux infirmiers, les obligations réglementaires en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de formation continue, le protocole de soins, assurer la traçabilité des actes, participer aux réunions de coordination et aux formations organisées par les établissements d'HAD, etc...).

Pour autant, signature signifie-t-elle toujours respect ? Lorsque l'on écoute les infirmiers et les services d'HAD, on constate que les manquements sont déplorés de part et d'autre alors que certaines difficultés et situations conflictuelles émergent faute de dialogue, d'information ou de dispositif en interne permettant la prévention, voire la résolution de ces situations.

C'est pourquoi, pour favoriser l'émergence des solutions communes en cas de contentieux, tout comme pour faciliter le dialogue entre les acteurs, l'URPS propose de créer dans chaque établissement HAD une instance de suivi et de concertation. Par ailleurs, ces commissions sont déjà mises en place dans les services HAD des CHU de Nîmes et CH d'Alès.

La commission de suivi veillera au respect des engagements entre IDEL et HAD. Elle sera notamment informée et saisie des litiges survenus. Elle pourra en outre faciliter la transmission des informations, éclaircir les conditions de la collaboration et faire, le cas échéant, des recommandations un vue d'améliorer la collaboration IDEL-HAD.

Afin que ces commissions puissent efficacement fonctionner, il est important qu'elles soient équitablement représentées. Ainsi, elles devraient intégrer équitablement des personnels désignés par les services HAD et des infirmiers libéraux désignés par la profession.

2.3. Clarifier le rôle des acteurs dans le processus de coordination en HAD

La définition de la coordination :

« Un processus de coordination permet à des professionnels de mettre en commun, leurs connaissances, leurs compétences et leurs expériences... ». (ANAES, 2004)

« La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients... » (DGOS, 2012)

Le rôle des effecteurs de soins dans le processus de coordination ?

Selon les résultats de notre enquête, 100 % des IDEL affirment avoir réalisé **des missions de coordination** lors des prises en charge en HAD : le soutien famille/patient (96%), le contact avec le médecin traitant ou HAD (92%), la gestion du matériel livré (78 %) et la gestion d'autres professionnels de santé (48%).

La coordination se trouve au cœur des missions de l'HAD. On voit même aujourd'hui la volonté du secteur de se positionner comme des experts de coordination dans les territoires. Cependant, si on devait résumer les perceptions des différents acteurs sur les effecteurs de la coordination en HAD, le sujet ne serait pas consensuel :

Les HAD voient dans la coordination « leur raison d'être ». Lors des prises en charge, c'est leur personnel interne qui assure la coordination de façon exclusive.

De même, pour l'ARS-LR, la coordination en HAD repose sur les salariés des établissements et le personnel libéral ne devrait pas prendre d'initiatives pour assurer cette coordination.

Néanmoins, la majorité des IDE libéraux (près de 100%), selon les résultats de notre enquête, s'estiment avoir été impliqués dans des missions de coordination en HAD (coordination médecin HAD, gestion du matériel/PS, soutien patient/famille).

Pour répondre à cette question, il serait alors intéressant de se ressaisir de la définition de la coordination des soins. Ainsi, selon la HAS (mai 2004), « La coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences pour les mettre au service des personnes soignées afin de planifier et de réaliser ensemble un projet thérapeutique de santé. »

De cette définition, ne devons-nous pas admettre que la coordination en HAD nécessite une complémentarité des actions et compétences qui ne se substituent pas à celles de l'infirmière coordinatrice salariée, notamment à ses fonctions administratives et de gestion de la coordination à distance. Le service HAD ne serait-il pas plutôt un support pour la coordination, dans laquelle plusieurs acteurs peuvent avoir un rôle à jouer ?

Ainsi, l'implication d'un infirmier libéral dans le processus de coordination pourrait se mettre en œuvre selon diverses modalités

Outils de coordination :
réunions de coordination, dossier
concertation, « patient » ...

La HAS souligne que la tenue du dossier « patient » en HAD est un « *élément indispensable du partage d'information, processus clé de la coordination des soins* », « *reflète la qualité de la coordination des soins* » et constitue « *un indicateur visant l'amélioration de la coordination des soins* » (décembre 2011).

De rares études montrent que « *des problèmes de communication en cours et en fin de prise en charge en HAD* », « *des problèmes dans la logistique du matériel et des médicaments* » étaient surtout relevés par les IDE libéraux « *du fait de leurs rapports plus étroits et réguliers avec les patients* » et « *leur contact quotidien avec la gestion des médicaments et du matériel* ». (Thèse pour le doctorat en médecine, Nicolas de Percin, faculté de médecine de Toulouse, 13/09/2013).

au chevet du patient, en permettant d'organiser les ajustements des prises en charge : participation aux réunions de formation, de concertation et de coordination autour du patient ; relation d'aide aux patients associant écoute, information, orientation ; évaluation des besoins des patients et transmission des informations aux équipes HAD ; suivi des soins en lien avec le médecin traitant, de l'HAD, le kinésithérapeute ; participation à la permanence des soins : à des astreintes téléphoniques 24/ 24...

La question devient encore plus délicate, si on s'interroge sur le rôle des outils de coordination en HAD, tels que réunion de coordination, cahier « patient » ou d'autres moyens d'échanges. La mobilisation de ces différents outils intègre de facto la fonction de coordination à l'activité même des effecteurs de soins. Ainsi, Il est intéressant de noter que l'absence de remplissage des cahiers « patient » par les infirmiers libéraux est pointée par l'assurance-maladie, alors qu'elle semble être directement liée à l'absence de valorisation de leur fonction de coordination. Par ailleurs, à ce jour seul le CH de Bagnols-sur-Cèze/Uzès reconnaît prendre en compte systématiquement les actes de coordination réalisés par les IDE libéraux, en rémunérant la MCI (majoration coordination infirmière), si ceux-ci sont tracés et justifiés.

L'incohérence de la position de beaucoup d'HAD sur cette question nous amène même à s'interroger sur la possibilité de développer la télémédecine dans les établissements HAD, prôné par la DGOS dans la circulaire du 04/12/2013. La réalisation des actes de télémédecine étant très mobilisateurs en termes de coordination, quel serait le rôle des infirmiers libéraux ?

Notre enquête a mis en évidence les limites de la coordination à distance en HAD: plus de deux tiers des IDE interrogés ont dû intervenir pour résoudre des problèmes de santé, de communication, de matériel ou de logistique...Comment les HAD pourraient-ils assurer une file active importante, si les infirmières libérales se désengageaient de toute coordination quotidienne ? Fort à parier que leur désengagement aurait pour effet une augmentation rapide de l'insatisfaction des patients et une ré-hospitalisation intra-muros en progression.

Reconnaître et valoriser les actes de coordination des IDEL

Notre URPS souhaite que les actes de coordination des infirmiers libéraux soient valorisés car ils contribuent incontestablement à l'amélioration de la coordination des soins et in fine de la qualité des prises en charge des patients.

2.4. Mettre en place dans les structures HAD des accompagnements et formations aux infirmiers libéraux

Parmi les recommandations de l'IGAS : « *Renforcer la formation des intervenants libéraux et développer la formation (initiale et continue) en matière de coordination médicale et paramédicale* ».

30 % des IDEL jugent insatisfaisants les accompagnements et les formations proposés par les services HAD.

Selon notre enquête, 25 % des IDELS, ont suivi entre 5 et 15 patients au cours des 24 derniers mois. Un nombre important de patients suivis par un seul infirmier pourrait signifier que certains services ont tendance à s'appuyer sur les mêmes cabinets.

La multiplicité des intervenants rend difficile une lecture identique des éléments mis à disposition par les établissements d'HAD. En revanche, une fluidité dans les échanges et la traçabilité sont des éléments fondamentaux de la qualité, de la continuité, de la coordination et de la sécurité des soins.

Le recours aux infirmiers libéraux demande un effort accru en matière d'information et de formation de ses derniers par les services d'HAD. C'est pourquoi, nous préconisons des formations afin de favoriser l'acquisition des savoirs transmis aux IDE libéraux dans le cadre spécifique de leur activité en HAD.

Les formations et accompagnements nécessaires pour les prises en charge au sein des établissements permettraient en outre une ouverture plus large de l'HAD aux cabinets infirmiers.

Les thématiques de ces formations pourraient concerner :

- La réglementation propre à l'HAD
- Les outils spécifiques utilisés par les HAD
- Les indicateurs de santé et informations recueillies au pied du lit du patient à transmettre. Exemple : la tenue du dossier patient
- La coordination en HAD et l'optimisation des champs d'intervention de chacun des intervenants
- Les pathologies rencontrées et les recommandations de prise en charge

3. Organiser l'implantation géographique de l'HAD à partir des besoins des populations :

Limiter la concurrence des établissements HAD dans les zones urbaines déjà bien pourvues en professionnels de santé libéraux

Améliorer la couverture des zones rurales fragiles

En 2012, les 20 établissements HAD implantés en Languedoc-Roussillon couvrent totalement le territoire régional y compris les zones rurales. Cependant, dans les grandes agglomérations de l'Hérault, du Gard et des Pyrénées Orientales il existe des zones où les interventions de plusieurs structures se chevauchent, en favorisant ainsi leur concurrence. Ce climat de concurrence est également peu propice au respect des champs d'intervention des autres offreurs des soins en ambulatoire, en particulier des infirmiers libéraux. Il semble même amplifier l'empiètement de leurs compétences dans la mesure où la viabilité des structures HAD est engagée. Cette situation impacte particulièrement les territoires déjà abondants en professionnels de santé libéraux.

C'est pourquoi, afin de favoriser la pertinence du recours à l'HAD et mieux organiser l'accessibilité aux soins, l'URPS IL LR recommande :

- de limiter la concurrence des établissements HAD dans les zones urbaines déjà bien pourvues en professionnels de santé libéraux.
- améliorer la couverture des zones rurales fragiles connaissant des problèmes d'accessibilité aux soins.

Nos propositions : synthèse

- 1. Assurer une complémentarité de l'HAD et des IDEL dans l'offre de soins au sein des territoires : clarifier les missions de chacun, rendre les critères d'inclusion plus claires et lisibles.**
 - 1.1. Clarifier les critères d'inclusion des patients en hospitalisation à domicile : le cas des pansements complexes
 - 1.2. Favoriser le développement de la chimiothérapie en HAD

- 2. Améliorer les pratiques collaboratives en HAD : favoriser la concertation des acteurs, prévenir les conflits, améliorer les modalités de communication**
 - 2.1. Créer un comité régional de l'offre en HAD
 - 2.2. Créer une commission de suivi et de concertation dans chaque établissement HAD
 - 2.3. Clarifier le rôle des acteurs dans le processus de coordination en HAD
 - 2.4. Mettre en place dans les structures d'HAD des accompagnements et formations aux infirmiers libéraux

- 3. Organiser l'implantation géographique de l'HAD à partir des besoins des populations**

BIBLIOGRAPHIE

1. Plan Stratégique Régional de Santé du Languedoc-Roussillon
2. Hospitalisation à domicile (HAD) – Rapport, IGAS (2010)
3. L'Hospitalisation à domicile – Rapport de la Cour des Comptes (septembre 2013)
4. Circulaire n°DGOS/R4/2013/398 du 04/12/2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile
5. Note de cadrage « Pertinence du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle » - HAS (novembre 2013)
6. Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013
7. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins généralisés au secteur de l'hospitalisation à domicile – HAS – Campagne 2010
8. « Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban » - Thèse de doctorat de médecine (Université Toulouse III)– Nicolas de PERCIN (2013)
9. Circulaire N°DHOSO3/2006/506 du 01/12/2006 relative à l'hospitalisation à domicile
10. Les professions de santé au 1 janvier 2012 – DREES, Daniel SICART (2012)
11. Circulaire DHOS/O/2004/44 du 04/02/2004 relative à l'hospitalisation à domicile
12. « Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personne en situation de dépendance » - ANAES (mai 2004).

Rapport établi par la commission « Organisation des Soins » de l'URPS Infirmiers LR

Jean-François BOUSCARAIN

Dominique JAKOVENKO

Verena PELLIZZON

Loïc BOIS

Hélène MONTEILS

Véronique MAUREL

Christine SOULE

Olga PASTA (chargée de mission)