Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

DGCS
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE

Anesm
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile

MAI 2015

EDITO

SABINE FOURCADE,
DIRECTRICE GENERALE DE LA COHESION SOCIALE

Vivre le plus longtemps à son domicile est un souhait partagé par le plus grand nombre. Ce souhait est rendu possible grâce à l'aide et aux soins apportés par les services intervenant au domicile des personnes fragiles. Les 2200 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) participent à cet objectif et constituent un acteur clé de la politique de maintien à domicile.

L'ambition qui a anime la Direction générale de la cohésion sociale dans la constitution de ce *« recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers a domicile »* s'inscrit dans une logique de partage et d'échange pour tous les acteurs du domicile. Il ne crée ni nouvelles normes ni nouvelles règles que devraient appliquer les SSIAD.

Le recueil rassemble dans un seul document les règles applicables à ces services et les explicite. Il permet, en outre, grâce à la participation de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) à l'élaboration de cet ouvrage, de faire le lien avec les recommandations de bonne pratique émises par l'agence.

L'achèvement de ce document intervient au moment où l'objectif d'une meilleure intégration des interventions et des métiers de l'aide et du soin à domicile est fortement réaffirmé afin de renforcer la qualité et l'efficience des prises en charge à domicile. Je suis sûre que ce recueil constituera une bonne base pour développer cette approche globale du maintien à domicile des personnes fragiles.

Je tiens chaleureusement à remercier tous les acteurs qui ont participé à l'élaboration de ce document et particulièrement les fédérations de services de soins infirmiers à domicile (ADESSADOMICILE, ADMR, AD-PA, APF, Croix rouge française, FEHAP, FHF, FNAAFP/CSF, FNADEPA, FNAQPA-GIHP national, Mutualité française, UNA, UNASSI, UNCCAS, UNIOPSS) ainsi que le SYNERPA. Leurs représentants ont largement contribué à l'enrichissement et à la cohérence de ce recueil par leur connaissance de la réalité de ces services. Qu'ils en soient individuellement et collectivement remerciés.

TABLE DES MATIÈRES

1. LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE 6

2. LES APPORTS DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002 RENOVANT L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE ET LES INCIDENCES DE LA LOI DU 21 JUILLET 2009 PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES 6

A. LA LOI DU 2 JANVIER 2002 6
B. LA LOI DU 21 JUILLET 2009 8

3. LES MISSIONS ET LES SPECIFICITES DES SSIAD 9

4. DES SOINS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE 9

LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE 11

I. LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD 11

A. LES CRITERES D'ADMISSION EN SSIAD 12
B. LE TRAITEMENT DES DEMANDES AUXQUELLES IL NE PEUT PAS ETRE REPONDU DE MANIERE IMMEDIATE 12
C. LE TRAITEMENT DES DEMANDES QUI NE REPONDENT PAS AUX CRITERES D'ADMISSION 13
D. LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES PRISES EN CHARGE ET SA MISE EN ŒUVRE 14
1. Le livret d'accueil 14
2. La charte des droits et des libertés de la personne accueillie 16
3. Le règlement de fonctionnement du service 16
4. Le document individuel de prise en charge 16
5. Le projet de service 16
6. La participation des bénéficiaires du SSIAD 17
7. Le soutien par une personne qualifiée 18

II. LA CONSTRUCTION DU PROJET PERSONNALISE AVEC L'USAGER 18

A. L'EVALUATION DES BESOINS ET DES ATTENTES DE LA PERSONNE 19
1. Le volet soins du projet personnalisé 19
2. Les autres dimensions de l'accompagnement 19
B. LES MODALITES DE L'EVALUATION 20
1. La prescription médicale 20
2. La visite à domicile 20
3. Les observations des intervenants au domicile 22
C. LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET PERSONNALISE 23
1. Le document individuel de prise en charge 23
2. Le plan de soins 23
D. ACTUALISER ET REEVALUER LE PROJET PERSONNALISE 25
E. LA CONSERVATION DES DOSSIERS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES 25

III. LA PRESTATION DE SOINS 26

A. LES ACTES EFFECTUES PAR LES SSIAD 26
1. Les soins techniques 27
2. Les soins de base 27
3. La coordination des soins et les autres actions effectuées par les SSIAD 27
B. LA CONTINUITE DES PRESTATIONS DE SOINS 29
C. LA PRISE DE MEDICAMENTS 29
D. LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE 30

LES PERSONNELS INTERVENANT DANS LE CADRE DU SERVICE 31

I. LA SPECIFICITE DES PERSONNELS 31

A. LES PERSONNELS INTERVENANT EN SSIAD 31

1. Les personnels salariés du SSIAD 31
2. Les autres intervenants qui concourent à la réalisation des missions du SSIAD 32
B. LES MISSIONS ET LES COMPETENCES DE CES PERSONNELS 32
1. Le personnel de direction 32
2. Le personnel d'encadrement et de coordination. 32
3. Le personnel soignant 33

II. QUALIFICATION ET FORMATION DES SALARIES DU SSIAD 36

A. LA SITUATION DES SSIAD PRIVES A BUT NON LUCRATIF OU DES SSIAD PRIVES COMMERCIAUX 36
1. Les niveaux de qualification des professionnels chargés de la direction d'un SSIAD 36
2. Un recrutement qui peut être effectué à un niveau inférieur 37
B. LA SITUATION DES SSIAD RELEVANT DU DROIT PUBLIC 37
C. UN NIVEAU DE QUALIFICATION ET DE FORMATION QU'IL CONVIENT DE SOUTENIR 38

LA COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DU MAINTIEN A DOMICILE 39

I. LA COORDINATION AVEC LES ACTEURS DU CHAMP SANITAIRE 39

A. LES PROFESSIONNELS LIBERAUX ET LES CENTRES DE SANTE INFIRMIERS QUI INTERVIENNENT DANS LE CADRE DU SSIAD 39
1. Des interventions qui s'inscrivent dans le cadre d'une convention 39
2. Les conditions de l'intervention 40
3. Les règles relatives à la facturation et à la transmission des actes 40
B. LA QUESTION DE LA CONTINUITE DES SOINS LORSQUE LA PERSONNE EST HOSPITALISEE 40
1. La gestion des places par le SSIAD lors d'une hospitalisation 40
2. L'organisation du retour à domicile après une hospitalisation. 41
C. L'ARTICULATION ENTRE LES SSIAD ET LES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION A DOMICILE 41
1. Les missions de l'hospitalisation à domicile 41
2. Les points communs et les spécificités de prise en charge 42
3. Une collaboration nécessaire sans prise en charge simultanée 43
4. Des instruments au service de cette collaboration 44

II. LA COORDINATION AVEC LES AUTRES SERVICES DU CHAMP MEDICO-SOCIAL 45

A. LES SERVICES D'AIDES ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD) 45
B. LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (SPASAD) : UNE STRUCTURE QUI FAVORISE LES INTERVENTIONS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE 45
1. Une structure qui favorise les interventions d'aide et de soins à domicile 45
2. Une expérimentation des SPASAD dans le cadre des projets pilotes PAERPA 46
B. LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 46
1. Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) 47
2. Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) 48

LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 49

I. LES OBLIGATIONS EN MATIERE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 49

1. UNE OBLIGATION D'ASSURER LA SECURITE DES TRAVAILLEURS AU MOYEN DE DIFFERENTES ACTIONS 49
2. DES ACTIONS FONDEES SUR DES PRINCIPES GENERAUX DE PREVENTION 50
3. UNE OBLIGATION D'EVALUATION DES RISQUES QUI SE TRADUIT PAR LA REDACTION D'UN DOCUMENT UNIQUE 50

II. LES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 51

1. LES PRINCIPAUX RISQUES PROFESSIONNELS EN SSIAD 51
a. Les risques psychosociaux 52
b. Les risques liés aux contraintes physiques 52
c. Les risques routiers 53
d. Les risques biologiques et infectieux 53
e. Les risques de chute 53
f. Les risques liés à l'environnement de travail 53

III. LES ACTIONS ENVISAGEABLES AU TITRE DE LA PREVENTION DE CES RISQUES 53

IV. L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX (DASRI) 54

1. UNE OBLIGATION D'ELIMINATION QUI INCOMBE A L'INFIRMIER 54
2. UN PROCESSUS D'ELIMINATION EN TROIS ETAPES 54

LES AIDES LEGALES A LA PROTECTION DE LA PERSONNE 56

I. LES MESURES DE PROTECTION DES MAJEURS 56

1. D'UNE PROTECTION « LEGERE » A UNE PROTECTION COMPLETE 56
   a. La sauvegarde de justice 56
   b. La curatelle 57
   c. La tutelle 57
2. UNE PROTECTION QUI FAIT L'OBJET D'UNE DECISION JUDICIAIRE 57
3. UNE PROTECTION QUI PEUT ETRE ASSUREE PAR DIFFERENTES PERSONNES 57

II. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE DANS LES DECISIONS RELATIVES AUX SOINS 58

1. PERSONNE DE CONFIANCE ET PERSONNE A PREVENIR 58
2. LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE 58
3. LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE 59

III. L'ANTICIPATION PAR LA PERSONNE DES DECISIONS RELATIVES A SA FIN DE VIE 60

1. L'ELABORATION DES DIRECTIVES ANTICIPEES 60
2. LA PORTEE DES DIRECTIVES ANTICIPEES 60
3. LA CONSERVATION DES DIRECTIVES ANTICIPEES 60

IV. L'ORGANISATION D'UNE PROTECTION FUTURE 61

1. L'ELABORATION DU MANDAT DE PROTECTION FUTURE 61
2. LES EFFETS DU MANDAT DE PROTECTION FUTURE 61

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE 63

EXEMPLE DE CONVENTION DE COLLABORATION ENTRE LE SSIAD ET L'ETABLISSEMENT D'HAD 64

ANNEXE A LA CONVENTION DE COLLABORATION ENTRE LE SSIAD ET L'ETABLISSEMENT D'HAD 68

I. L'INDICE DE KARNOFSKY (IK) 68

II. LES TYPES DE SOINS QUI PEUVENT ETRE DELIVRES EN HAD : 68

TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES AYANT UNE INCIDENCE SUR LES SSIAD 71

I. TRAITEMENT DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD 71

II. EVALUATION DES BESOINS DE LA PERSONNE 72

III. PRESTATION DE SOINS 72

IV. SPECIFICITE DES PERSONNES DES SSIAD 73

V. EVALUATIONS DE L'ACTIVITE DES PRESTATIONS 74

VI. PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS 74

VII. COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS POUR UNE ..... PRISE EN CHARGE GLOBALE DES SOINS 76

VIII. COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS POUR UNE CONTINUITE DES SOINS 76

INTRODUCTION

Dans le cadre de la politique du libre choix du lieu de vie des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap les SSIAD constituent un maillon indispensable de la chaîne des interventions.
Ils offrent des prestations en soins infirmiers contribuant au maintien à domicile des personnes âgées, des adultes en situation de handicap ainsi que des adultes atteints de maladies chroniques en leur préservant la qualité de vie la meilleure possible, notamment du fait de la coordination qu'ils assurent auprès de la personne.

1. LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

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

Le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005[1], la circulaire du 28 février 2005[2] et les articles R. 314-137, R. 314-138, D. 312-1 à D. 312-5-1 du CASF constituent le socle des dispositions spécifiques aux SSIAD. D'autres textes ont une incidence sur ces structures ; il y sera fait référence en annexe 5. Les recommandations de bonnes pratiques, lorsqu'elles existent seront également mentionnées. Ces références ont pour objectif d'appréhender la diversité des textes applicables.

2. LES APPORTS DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002 RENOVANT L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE ET LES INCIDENCES DE LA LOI DU 21 juillet 2009 PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES

A. La loi du 2 janvier 2002

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit un certain nombre de dispositions qui s'appliquent aux SSIAD.

- **La reconnaissance d'un certain nombre de droits pour les usagers**

La loi garantit notamment à l'usager de l'établissement ou du service social ou médico-social un droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité (art L. 311-3 du CASF). Elle lui assure un libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes ainsi qu'un droit à une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité. Elle lui garantit une

1 Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles.

2 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.

confidentialité des informations le concernant et un accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge. Elle instaure une obligation d'information sur les droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont bénéficie l'usager. Elle permet la participation de l'usager à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.

En vue de favoriser l'exercice de ces droits, la loi du 2 janvier 2002 met en place un certain nombre d'outils et de dispositifs qui sont présentés dans la partie consacrée au respect des droits des personnes prises en charge[3].

♦ Les modifications du dispositif d'autorisation

La loi du 2 janvier 2002 renouvelle le dispositif d'autorisation dans le cadre des créations, transformation et extension des établissements sociaux et médico-sociaux. Alors que l'autorisation était antérieurement délivrée sans limite de validité, elle est avec la loi de 2002 accordée pour une durée de 15 ans (art L. 313-1 du CASF) et son renouvèlement est désormais lié exclusivement aux résultats de l'évaluation externe (art L. 312-8 du CASF).

♦ Les évaluations interne et externe

La loi du 2 janvier 2002 instaure une obligation d'évaluation. Les SSIAD procèdent ainsi à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (art L. 312-8 al 1 du CASF).

L'évaluation interne fait l'objet de trois recommandations : deux transversales à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux portant plus sur la méthodologie de la démarche, la troisième précisant un certain nombre de points plus spécifiques aux services intervenant à domicile dont les SSIAD.

Recommandations :

❶ Anesm. L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes. Saint-Denis : Anesm, 2012.

❷ Anesm. La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Saint-Denis : Anesm, 2009.

❸ Anesm. La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'art L. 312-1 du CASF. Saint-Denis : Anesm, 2008.

La règlementation distingue deux types d'évaluation : l'évaluation interne (art L 312-8 al 1 et al 2 du CASF) et l'évaluation externe (art L 312-8 al 3 et al 4 du CASF).

L'évaluation interne est réalisée par le SSIAD lui-même qui peut se faire accompagner d'un prestataire. Cette évaluation est menée de manière continue et ses résultats sont transmis à l'agence régionale de santé (ARS) qui a délivré l'autorisation (art D. 312-203 du CASF).

L'évaluation externe est obligatoirement réalisée par un organisme extérieur habilité. Les SSIAD font procéder à deux reprises, entre la date de l'autorisation et son renouvellement (art L. 312-8 al 4 du

3 Cf. D. Le respect des droits des personnes prises en charge et sa mise en œuvre.

CASF), à l'évaluation externe de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent (art L. 312-8 al 3 du CASF). La première évaluation externe est effectuée au plus tard 7 ans après la date de l'autorisation et la seconde au plus tard 2 ans avant la date de son renouvellement (art D. 312-205 du CASF)[4].

♦ Les dispositions financières

Reprenant les dispositions de la loi n°98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999 (7ème point de l'article annexe), la loi du 2 janvier 2002 (art L. 314-3 du CASF) fixe le cadre des enveloppes limitatives opposables aux gestionnaires d'établissement et de service.

Elle donne la possibilité à l'autorité de tarification de modifier le montant global des recettes et des dépenses prévisionnelles, mais également de supprimer ou de diminuer les prévisions de dépenses qu'elle estime injustifiées ou excessives (art L. 314-5 du CASF). Elle soumet l'opposabilité des conventions collectives applicables aux salariés des établissements à but non lucratif à un agrément ministériel (art L. 314-6 du CASF). Elle fixe enfin les règles en matière de procédure budgétaire contradictoire.

B. La loi du 21 juillet 2009

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires introduit certaines mesures et dispositions dont la mise en œuvre a une incidence sur les SSIAD.

♦ La création des agences régionales de santé (ARS)

Elle crée les ARS (art L.1431-1 du code de la santé publique) ainsi que leurs délégations territoriales dans les départements (art L. 1432-1 du CSP) qui sont les interlocuteurs des SSIAD, en charge de leur autorisation et de leur financement.

♦ Les évolutions en matière de planification

En matière de planification, la loi prévoit une articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, ce qui représente un intérêt particulièrement important pour les personnes prises en charge par les SSIAD. Le programme régional de santé (art L. 1434-1 à L. 1434-4 du CSP) devient l'échelon de droit commun en matière de planification. Il définit les objectifs de l'ARS ainsi que les mesures pour les atteindre dans un plan stratégique qui se décline dans trois schémas régionaux : prévention (art L. 1434-5 et L. 1434-6 du CSP) ; organisation de soins (art L. 1434-7 à L. 1434-11 du CSP) et organisation médico-sociale (art L .1434-12 et L. 1434-13 du CSP).

Le programme régional de santé (PRS) porte donc sur différents secteurs jusqu'alors traités de manière distincte. On retrouve cette exigence de transversalité au niveau du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) qui doit être conçu dans une complémentarité avec les schémas de prévention et d'organisation des soins et qui doit veiller à une articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Une telle articulation est essentielle à une prise en charge satisfaisante des personnes en SSIAD dans la mesure où de tels publics sont également amenés à bénéficier de soins hospitaliers et de soins de ville.

---

4 Les SSIAD autorisés et ouverts avant la promulgation de la loi du 21 juillet 2009 communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne au plus tard trois ans avant la date du renouvellement de leur autorisation. Les SSIAD autorisés et ouverts avant la loi du 21 juillet 2009 procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation.

La loi réaffirme le rôle du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (art L. 312-5-1 du CASF), créé par la loi du 11 février 2005[5], en tant qu'instrument de programmation financière pour la mise en œuvre du SROMS.

- **La procédure de l'appel à projet**

Les SSIAD, comme l'ensemble des établissements et des services définis à l'art L 312-1 du CASF, sont désormais soumis pour leur création, leur extension et leur transformation à la procédure de l'appel à projet (art L. 313-1-1-I du CASF). Les futurs gestionnaires ainsi que les structures existantes qui sollicitent une création, une extension d'une certaine capacité[6] ou une transformation sont tenus de déposer leur demande dans le cadre d'un appel à projet publié par le directeur général de l'ARS. Les projets déposés doivent répondre aux exigences du cahier des charges de l'appel à projet. Ils font l'objet d'un examen par une commission de sélection placée auprès de l'ARS selon des critères définis dans le cahier des charges. A l'issue de cet examen, la commission de sélection rend un avis consultatif sur le projet et le directeur général de l'ARS autorise la création, l'extension ou la transformation du SSIAD.

3. Les missions et les spécificités des SSIAD

Les SSIAD contribuent au maintien à domicile[7]. Ils ont pour vocation tant d'éviter l'hospitalisation, notamment lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation. Ils visent également à prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les SSIAD mettent en œuvre, de par leurs missions et leur organisation, une prise en charge globale et coordonnée des soins qui relèvent de leur compétence. Cette prise en charge repose sur une évaluation des besoins de la personne ainsi que sur l'élaboration d'un plan individualisé de soins. L'intervention réalisée par le SSIAD contribue à prévenir la perte d'autonomie, à limiter les incapacités et à lutter contre l'isolement.

4. Des soins pris en charge par l'assurance maladie

Le code de l'action sociale et de la famille définit les dépenses des SSIAD prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre de la dotation globale de soins (art R. 314-137 et R. 314-111). Elles comprennent les dépenses relatives à la rémunération des infirmiers libéraux, des personnels salariés (infirmier, aide-soignant, aide-médico-psychologique, psychologue, autres auxiliaires médicaux), les charges relatives aux déplacements de ces personnels, aux fournitures et au petit matériel défini par arrêté ainsi que les autres frais généraux de fonctionnement du service (art R. 314-138 du CASF).

Les charges liées à la rémunération des aides-soignants étant entièrement prise en charge par la dotation globale soins, elles ne peuvent par conséquent pas bénéficier de l'exonération « aide à

5 Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

6 Sont concernés les projets d'extension de plus de 15 places ou les projets supérieurs à 30% de la capacité initiale.

7 Ils interviennent à domicile, mais également « dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'art L. 312-1 et dans les établissements mentionnés aux I bis, II et III de l'article L. 313-12 » (art D. 312-1 al 2 du CASF).

domicile ». L'exclusion des dépenses liées à l'activité des services d'aide à domicile du champ des dépenses couvertes par la dotation globale confirme l'impossibilité pour un SSIAD de bénéficier des exonérations « service à domicile » pour les rémunérations versées à ses aides-soignants.

LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE

La prise en charge d'une personne par un SSIAD nécessite une analyse préalable de sa demande d'admission ainsi qu'une évaluation de ses besoins et de ses attentes à la suite desquelles des soins seront prodigués selon les modalités d'intervention formalisées dans le volet soins du projet personnalisé proposé.

Recommandation :
L'Anesm recommande que « les structures mettent en place des moments d'échange réguliers permettant à différents degrés d'analyse de se croiser, à une approche de proximité de rencontrer une approche plus distanciée et à une collaboration pluridisciplinaire ou pluri-professionnelle de se mettre en place ». (cf Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 33).

Aussi, dans la mesure du possible, l'admission et l'évaluation se fait en lien avec les autres acteurs de soins, d'accompagnement ou de coordination du territoire afin d'éviter les interventions multiples et de faciliter la cohérence et la continuité des interventions.

Au regard de cette multiplication des interlocuteurs, il est recommandé que le service « veille à l'expression de la personne » afin que celle-ci ne soit pas inhibée ou déformée (cf Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008. P. 17-18).

I. LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD

Les demandes doivent s'inscrire dans des critères d'admission. Lorsqu'elles ne s'y inscrivent pas, le service, grâce à sa connaissance des acteurs et des structures de son territoire, doit aider la personne à trouver des solutions alternatives.

Recommandation :
Dans son projet de service, il est recommandé que le service y précise les réorientations éventuelles qu'il peut proposer au regard des organisations identifiées avec lesquelles il est en lien (cf. **Anesm. Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Saint-Denis : Anesm, 2010 p. 36-40**).

Dans ce sens, il peut déterminer les critères de réorientation et, le cas échéant, anticiper et expliciter les limites de la prise en charge (cf. **Anesm. L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Saint-Denis : Anesm, 2009 p.12**).
Lorsque la demande ne s'inscrit pas dans les critères d'admission, le service, grâce à sa connaissance des acteurs et des structures de son territoire, doit aider la personne à trouver des solutions alternatives en l'associant, si elle en est d'accord, le plus étroitement possible aux décisions à prendre (cf. **Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé : Anesm, 2008 p.26**).

A. Les critères d'admission en SSIAD

L'article D. 312-1 du CASF fixe les critères d'admission en SSIAD.

Sur prescription médicale et dans la limite des places autorisées, sont ainsi admises en SSIAD :

- les personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections.

Sont considérées comme des personnes adultes en situation de handicap :

- les personnes qui bénéficient d'une prestation ou d'une reconnaissance de handicap attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).
- les personnes bénéficiant d'une pension relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, d'une carte d'invalidité prévue à l'article R. 389-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les personnes titulaires d'une pension d'invalidité d'un régime de sécurité sociale ou bénéficiant d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle.

Sont considérées comme des personnes présentant certains types d'affections au sens du code de la sécurité sociale (3° et 4° de l'art L. 322-3) :

- les personnes présentant une affection qui comporte un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrite sur une liste établie par décret[8] après avis de la Haute autorité de santé.
- les personnes reconnues par le service du contrôle médical comme étant atteintes soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entrainant un état pathologique invalidant et nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Il pourra s'agir par exemple de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque grave, d'hépatites chroniques virales B, d'hépatites virales C, de personnes présentant un diabète de type1 ou de type 2 ou de personnes atteintes de maladies neurologiques (Sclérose en plaques, maladies de Charcot, maladie de Parkinson, maladies d'Alzheimer et maladies apparentée « jeune » avant 60 ans …).

B. Le traitement des demandes auxquelles il ne peut pas être répondu de manière immédiate

Les SSIAD fonctionnent dans le cadre d'une capacité autorisée qui fait l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS. Cette capacité limite le nombre de personnes susceptibles d'être prises en charge.

8 Décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré.

Un service peut par conséquent être dans l'impossibilité d'admettre à un instant « t » une personne qui répond aux critères d'admission.

Un système de liste d'attente doit alors être mis en place afin de gérer ce type de demande. Les règles qui prévalent au fonctionnement de cette liste d'attente doivent reposer sur des éléments objectifs et équitables.

C. Le traitement des demandes qui ne répondent pas aux critères d'admission

Les critères d'admission en SSIAD dépendent de caractéristiques liées aux personnes (âge, situation géographique …) et de caractéristiques liées à leurs pathologies ainsi qu'à leur niveau de dépendance.

Une demande d'admission peut ainsi ne pas répondre à ces critères. Il pourra s'agir par exemple :

- de personnes qui ne présentent pas les conditions liées à l'âge ;
- de personnes dont le handicap n'est pas reconnu ou de personnes ne souffrant pas de pathologies chroniques au sens du code de la sécurité sociale ;
- de personnes qui ne demeurent pas dans le secteur géographique d'activité de la structure ;
- de personnes autonomes qui ne requièrent que des soins techniques et une prise en charge à l'acte ;
- de personnes dont le niveau de dépendance ne requiert que l'intervention d'un service d'aide à domicile ;
- de personnes qui présentent une pathologie nécessitant des soins trop lourds et qui relèvent de l'hospitalisation à domicile ;
- de personnes dont le niveau important de dépendance au regard des conditions matérielles, psychosociales et sociales de la personne ne permet pas l'intervention en SSIAD.

Recommandation :
Lors des interruptions d'accompagnement ou de réorientation, l'Anesm recommande d'organiser une rencontre avec la personne concernée ; d'analyser avec la personne et son représentant légal les conséquences sur les projets personnalisés ; de rechercher les solutions alternatives possibles et de les expliquer en s'assurant de la compréhension de la personne ; d'aider la personne ou son représentant légal dans la recherche de solution ou de l'orienter vers un lieu ressource.

(cf. **Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm 2008. P 29-30** ; cf **Anesm. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Saint-Denis : Anesm, 2009 p. 16-17**).

Recommandation (suite) :

Selon la même logique, lorsque la demande ne correspond pas aux critères d'admission cités précédemment, le SSIAD met tout en œuvre pour aider la personne à trouver une prise en charge adaptée à sa situation. Il pourra s'agir par exemple de la conseiller afin qu'elle s'adresse à :

- un autre SSIAD qui intervient dans la zone géographique dans laquelle est domiciliée la personne ou qui dispose d'une équipe spécialisée Alzheimer dans le cas d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée pouvant bénéficier de séances de réhabilitation par l'ESA ;
- un infirmier libéral ;
- un centre de santé infirmiers (ex centre de soins infirmiers)) ;
- un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ;
- un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) (ce qui nécessitera alors une prescription médicale) ;
- un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- un établissement de santé (pathologie lourde, besoin de bilan…) ;
- la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
- un centre local d'information et de coordination (CLIC) ;
- un pôle ou une maison ou un centre de santé ;

D. Le respect des droits des personnes prises en charge et sa mise en œuvre

Les droits des usagers ont été réaffirmés dans la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Plus particulièrement, la loi du 2 janvier 2002 a défini en sept points les droits et les libertés individuelles des usagers des services sociaux et médico-sociaux. Elle a également décliné l'exercice de ces droits à travers différents outils. Ces droits et leurs enjeux sont explicités dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

1. Le livret d'accueil

Un livret d'accueil est remis par le SSIAD lors de l'accueil de la personne (art L. 311-4 du CASF). Ce livret présente les services proposés et les modalités pratiques d'organisation de la structure.

La loi du 2 janvier 2002 n'impose pas de contenu spécifique à ce livret. En revanche, la circulaire du 24 mars 2004[9] formule un certain nombre de recommandations.

9 Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'art L 311-4 du CASF.

Ainsi, le **livret d'accueil peut comporter** :

- des éléments concernant la situation géographique du service ainsi que des moyens d'accès ;
- les noms du directeur de la structure, s'il y a lieu des responsables des différents sites, du président du conseil d'administration ou de l'instance délibérante de l'organisme gestionnaire ;
- une information relative à la prise en charge financière des prestations par l'assurance maladie ;
- l'organisation générale du SSIAD et son organigramme ;
- les garanties souscrites en matière d'assurance par le service ainsi que celles qui relèvent de la personne accueillie (responsabilité civile) ;
- la liste des personnes qualifiées remplissant la mission de conseil et d'appui mentionnée à l'article L 311-5 du CASF et les modalités pratiques de leur saisine ;
- les principales formalités administratives d'admission et de prise en charge ;
- les formes de participation des personnes prises en charge et de leurs familles ou représentants légaux ;
- les conditions d'arrêt de prise en charge.

Le **livret d'accueil peut également préciser** que :

- les données qui concernent la personne peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- la personne prise en charge a le droit de s'opposer, pour des raisons légitimes, au recueil et au traitement de données nominatives la concernant, dans les conditions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée citée ci-dessus ;
- des éléments médicaux peuvent être transmis au médecin traitant, sauf opposition de l'usager, et sont protégés par le secret médical. Les données autres sont protégées par le secret professionnel auquel sont tenus les personnels soignants ainsi que le personnel administratif ;
- la communication des documents et données s'effectue également dans le respect des lois et règlements en vigueur, des préconisations prévues par la charte des droits et libertés de la personne ;
- en cas de contestation ou de réclamation, la possibilité lui est donnée de contacter les personnes qualifiées (cf. point 7 ci-dessous).

Recommandation :
Le livret d'accueil peut également faire figurer la conduite à tenir en cas d'urgence, en particulier les numéros d'appel des structures ou des professionnels pouvant garantir, en dehors des horaires d'ouverture du SSIAD, la permanence des soins.

Recommandation de bonne pratique. Modalité de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. HAS. Mars 2011.

2. La charte des droits et des libertés de la personne accueillie

La charte des droits et des libertés de la personne accueillie doit être annexée au livret d'accueil (art L. 311-4 du CASF). Elle a été publiée en annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003[10] et précise les droits issus directement et indirectement de la loi du 2 janvier 2002 (et notamment du code de la santé publique).

3. Le règlement de fonctionnement du service

Comme la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil (art L. 311-7 du CASF). Il est donc remis à la personne, mais il fait également l'objet d'un affichage au sein des locaux du SSIAD (art R. 311-34 du CASF).

Le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire du SSIAD (conseil d'administration …), après consultation des instances représentatives du personnel du service ou des instances de participation (art R. 311-33 du CASF).

Il indique les droits et les obligations des personnes accompagnées par le SSIAD (art R. 311-35 du CASF). Il présente les locaux, les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens, il prévoit les dispositions à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle et fixe les modalités de rétablissement des prestations dispensées par le SSIAD lorsqu'elles ont été interrompues.

Il détermine les obligations faites aux usagers (respect des décisions d'admission, des termes du document individuel de prise en charge, comportement civil à l'égard des personnels du SSIAD ou intervenant pour le compte du SSIAD…) pour permettre la réalisation des prestations qui leur sont nécessaires. Le règlement de fonctionnement rappelle que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires (art R. 311-37 du CASF).

4. Le document individuel de prise en charge

Le document individuel de prise en charge fait parti des instruments de la loi du 2 janvier 2002. Ce document étant un élément du projet personnalisé avec l'usager il est abordé dans la partie *« II. La construction du projet personnalisé avec l'usager ».*

5. Le projet de service

Chaque SSIAD doit élaborer un projet de service. Ce projet définit les objectifs du SSIAD, notamment en matière de coordination, de coopération, d'évaluation des activités, de qualité des prestations et des modalités d'organisation et de fonctionnement (art L. 311-8 du CASF). Le projet de service peut également préciser les prises en charge spécifiques lorsqu'elles existent (exemple : prise en charge dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou accord de l'ARS pour des prises en charges particulières). Il est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du groupe d'expression ou de toute autre forme de participation mise en place au sein de la structure.

Recommandation :
Anesm. Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service. Saint-Denis : Anesm, 2009.

10 Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'art L 311-4 du CASF.

Le projet de service est pour le SSIAD un document important à la fois pour les usagers car il est garant de la qualité des prestations, mais également pour le personnel car il constitue un document de référence dans leur pratique quotidienne.

Il décrit ce qui existe au niveau du SSIAD qu'il positionne dans son environnement institutionnel et fixe des objectifs d'évolution et de développement du service et de ses interventions.

6. La participation des bénéficiaires du SSIAD

Les bénéficiaires des prestations assurées par le SSIAD doivent être associés au fonctionnement du service (art L. 311-6 du CASF). Le SSIAD n'assurant pas d'hébergement, il n'est pas tenu d'instaurer un conseil de la vie sociale, mais doit mettre en place une forme de participation.

Dans l'hypothèse où une même personne publique ou privée gère un SSIAD et un ou plusieurs autres établissements et services sociaux ou médico-sociaux (EHPAD, SAAD, SSIAD), l'instance de participation pourra être commune à l'ensemble (al 3 de l'art D. 311-3 du CASF).

Afin d'assurer la participation des bénéficiaires, le SSIAD peut

- constituer des groupes d'expression,
- organiser des consultations de l'ensemble des personnes prises en charge
- ou mettre en place des enquêtes de satisfaction (art D.311-21 du CASF).

Le règlement de fonctionnement du SSIAD fera alors référence à la forme de participation retenue par la structure (art D. 311-23 du CASF). Il déterminera également les modalités d'établissement et de délibération des comptes-rendus des séances des instances de participation (art D. 311-23 et D. 311-24 du CASF).

Les instances de participation sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet de service (art D. 311-26 du CASF).

Une consultation des usagers doit être mise en place pour toutes les questions qui concernent l'organisation ou le fonctionnement du SSIAD (2° de l'art D. 311-21 du CASF).

Dans l'hypothèse où le service ne met en place aucune autre forme de participation, il est dans l'obligation de procéder au moins à des enquêtes de satisfaction (3° de l'art D. 311-21 du CASF). Il semble que c'est cette forme de participation qui est retenue en majorité par les SSIAD.

Le choix de l'instance de participation doit faire l'objet d'un acte formel qui précise sa composition, son fonctionnement ainsi que les modalités d'élection ou de désignation de ses membres (art D. 311-22 et D. 311-25 du CASF).

Elle comporte obligatoirement des représentants des usagers et de leurs familles ou de leurs représentants légaux en nombre supérieur à la moitié (art D. 311-22 du CASF). Cet acte est adopté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire (conseil d'administration) ou établi par la personne physique gestionnaire du SSIAD (art D. 311-27 du CASF).

Recommandation :
Bien que ne concernant pas directement les SSIAD, les recommandations sur la participation des usagers en addictologie, dans le secteur de l'inclusion, pour les personnes protégées ou en EHPAD proposent des outils et des repères susceptibles de faciliter la participation des personnes (enquête par questionnaire, recueil et traitement des plaintes et réclamations, groupe d'expression, CVS, etc …).

❶ Anesm. La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Saint-Denis : Anesm, 2010.
❷ Anesm. Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale. Saint-Denis : Anesm, 2008.
❸ Anesm. Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique. Saint-Denis : Anesm, 2012.
❹ Anesm. Qualité de vie en EHPAD : la vie sociale des résidents. Saint-Denis : Anesm, 2012.

7. Le soutien par une personne qualifiée

Toute personne prise en charge par un SSIAD ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'ARS et le président du conseil général (art L. 311-5 du CASF). Cette personne qualifiée constitue en quelque sorte un « défenseur » des droits de l'usager qui intervient dans le cadre d'un conflit individuel entre la personne et le SSIAD.

La personne qualifiée est tenue d'informer en temps utile le demandeur d'aide ou son représentant légal par lettre recommandée avec avis de réception des suites données à sa demande et le cas échéant, des mesures qu'elle peut être amenée à suggérer ainsi que des démarches qu'elle a entreprises (art R. 311-1 du CASF). Elle peut également tenir informé la personne ou l'organisme gestionnaire.

La liste des personnes qualifiées peut figurer dans le livret d'accueil.

II. LA CONSTRUCTION DU PROJET PERSONNALISE AVEC L'USAGER

Le projet personnalisé est également référencé dans la réglementation pour les SSIAD « projet individualisé de soins » (b. du 1° de l'art D. 312-3 du CASF).

L'élaboration d'un projet personnalisé est une obligation de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Recommandation :

Le projet personnalisé a fait l'objet d'une **recommandation de l'Anesm en 2008 : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».** Il est issu d'une évaluation multidimensionnelle et fait suite à une période d'observation impliquant plusieurs professionnels, si possible de discipline différente. Il doit prendre en compte les besoins et les attentes de la personne qui peut en permanence exprimer son avis sur le projet.

L'expression, la participation et l'adhésion de l'usager au projet sont systématiquement recherchées. En cas de difficulté de communication, le service peut s'appuyer sur des temps d'observation afin de s'assurer si les dispositions du projet conviennent ou non à la personne. Avec l'accord de l'usager, les proches peuvent également participer à son élaboration.
Ce projet personnalisé comporte un volet soins, mais il prend également en compte les autres dimensions de l'accompagnement susceptibles d'avoir un impact sur les prestations proposées par le SSIAD.

A. L'évaluation des besoins et des attentes de la personne

1. Le volet soins du projet personnalisé

L'infirmier coordonnateur évalue les besoins en soins de la personne accueillie (b. du 1° de l'art D. 312-3 du CASF). Cette évaluation repose sur un certain nombre de modalités et aboutit à l'élaboration du volet soins du projet personnalisé.

Le volet soins de ce projet se décline notamment dans deux documents, le document individuel de prise en charge, à destination de l'usager et le plan de soins à destination des soignants. L'ensemble de ces documents doit faire l'objet d'une actualisation en fonction de l'évolution de la situation de la personne.

2. Les autres dimensions de l'accompagnement

Recommandation :

Conformément à la **recommandation « les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2008)**, même si le SSIAD ne répond qu'en termes de soins infirmiers, il s'inscrit dans une évaluation globale des besoins de la personne, prenant en compte l'interaction entre les déficiences et l'environnement, et notamment le retentissement induit dans la vie de la personne.

Recommandation (suite) :

La situation de la personne, appréhendée dans toutes ses dimensions, permet une prise en compte de ses attentes, une évaluation de ses besoins ainsi que la construction du plan de soins. L'analyse de cette situation est conduite par l'infirmier coordonnateur, mais est nourrie par les observations et le point de vue des autres professionnels du SSIAD intervenants au domicile. Les autres volets du projet personnalisé comprennent, a-minima :

- Les habitudes de vie et les souhaits de la personne afin d'adapter dans la mesure du possible les modalités de l'intervention.
- L'environnement social et familial. Il s'agit principalement de savoir si la personne bénéficie de la présence d'un aidant et de préciser son niveau d'implication dans l'aide qu'il apporte et qu'il est susceptible d'apporter tout au long de l'intervention, même si cette implication est difficile à objectiver.
- L'état du logement et son accessibilité. Dans l'hypothèse où des aménagements seraient nécessaires pour améliorer l'autonomie de la personne, l'infirmier coordonnateur est incité à l'orienter vers les structures et les professionnels compétents (un ergothérapeute notamment).

B. Les modalités de l'évaluation

1. La prescription médicale

La prescription médicale du médecin traitant, d'un médecin hospitalier ou d'un médecin d'établissement ou d'un service médico-social constitue l'acte qui déclenche la procédure d'admission par le SSIAD. C'est également le premier élément à prendre en compte par l'infirmier coordonnateur pour évaluer les besoins de la personne et les réponses à lui apporter.

Les actes infirmiers prescrits qui peuvent être réalisés soit par un SSIAD soit par un infirmier libéral ou un centre de santé infirmiers seul ou en collaboration avec le SSIAD.

Le médecin prescripteur fournit à la personne ou à son représentant légal l'information sur les structures et les professionnels exerçant à proximité de son domicile et l'oriente vers la prise en charge la plus adéquate par rapport à sa situation.

Dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, certains SSIAD disposent d'équipes spécialisées Alzheimer composées d'un ergothérapeute, ou d'un psychomotricien et d'un assistant de soins en gérontologie. [11]

2. La visite à domicile

Le code de l'action sociale et des familles mentionne la visite à domicile comme une modalité incontournable de l'évaluation des besoins de soins (b du 1° de l'article D 312-3 du CASF).

11 Lorsque le médecin souhaite orienter son patient vers de telles prises en charge, il est recommandé de prescrire explicitement 15 séances maximales de réhabilitation pour troubles cognitifs ou troubles de mémoire ou maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

Pour chaque prise en charge, l'infirmier coordonnateur, et le cas échéant, en son absence et /ou par délégation l'infirmier salarié, réalise une visite d'évaluation au domicile de la personne (b du 1° de l'art D 312-3 du CASF).

Recommandation :

L'Anesm recommande de prendre en compte tous les éléments utiles, notamment les évaluations déjà réalisées dans le cadre d'attribution d'une prestation de compensation (APA ou PCH).

Dans cette optique, il peut prendre contact avec les équipes médico-sociales départementales ou celles de la MDPH, sauf opposition de l'usager dûment averti.

Anesm, l'accompagnement de la santé de la personne handicapée. En cours d'élaboration)

Dans le cadre d'une intervention d'une équipe spécialisée Alzheimer, l'évaluation est menée par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien en lien avec l'infirmier coordonnateur et elle a pour objectif de poser un diagnostic et d'établir un plan individualisé de soins de réhabilitation.

Cette visite permet à l'infirmier coordonnateur, à la suite de l'évaluation pratiquée, d'élaborer le volet soins du projet personnalisé.

Lorsqu'une équipe spécialisée Alzheimer intervient, l'infirmier coordonnateur informe et conseille l'usager et, avec l'accord de la personne accompagnée, sa famille sur la maladie, sur la mise en œuvre du plan de soins et d'un éventuel accompagnement social ou médico-social (aides et services disponibles : service à domicile, accueil de jour / hébergement temporaire)[12].

Recommandation :

La visite à domicile permettant à l'infirmier de rassembler un certain nombre d'informations sur la situation de la personne, sur ses besoins ou sur ses habitudes, il est recommandé qu'un membre de la famille ou l'aidant principal puisse y prendre part dans le respect des attentes de l'usager.

cf. Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008. P 16-17-18)

12 Circulaire n°DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 6).

3. Les observations des intervenants au domicile

Recommandation :

Conformément à la **recommandation « les attentes de la personne et le projet personnalisé » (2008),** pour élaborer le projet personnalisé, l'infirmier coordonnateur s'appuie sur la visite à domicile.

Avec l'accord de l'usager et dans la mesure du possible, il prend également en compte les observations des professionnels du SSIAD intervenant au domicile de la personne ou les observations des autres partenaires. Il peut ainsi :

- intégrer dans l'analyse de la situation de la personne les évaluations menées dans le cadre de l'APA, de la PCH ou le cas échéant de la gestion de cas effectuée dans le cadre de la MAIA selon les modalités fixées dans le cahier des charges national (décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des maladies d'Alzheimer) ;

- se rapprocher des équipes médico-sociales des conseils généraux.

Les textes sur les prestations de compensation (PCH, mais aussi APA) donnent des indications qui peuvent être utiles à l'infirmier coordonnateur dans sa démarche d'évaluation des besoins et de construction du projet personnalisé.

Ainsi, le Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA ; le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée est consultable en utilisant le lien : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/manuel_GEVA_mai_2008-2.pdf) constitue un outil méthodologique pour apprécier les besoins de compensation de toute nature d'une personne en prenant en compte ses caractéristiques et son environnement.

Dans le cadre de la MAIA, le GEVA a été adapté et l'outil d'évaluation multidimensionnelle est le GEVA-A (une étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du Plan national Alzheimer présentant notamment le GEVA-A est consultable en utilisant le lien : **http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_POEM.pdf**).

Pour les personnes âgées dépendantes bénéficiant d'une APA, les variables d'AGGIR, lorsqu'elles ne sont pas cotées « A », permettent d'identifier un possible besoin d'aide et/ou de soins. En fonction de la personne et de son environnement tant humain que physique, il conviendra de préciser la réponse adaptée à chaque situation individuelle.

C. La mise en œuvre du projet personnalisé

1. Le document individuel de prise en charge

Le SSIAD élabore avec la personne accompagnée ou son représentant légal un document individuel de prise en charge. Ce document comporte notamment une description des prestations de soins qui sont délivrées et contribue ainsi au projet individualisé de soins et de manière plus large au projet personnalisé de l'usager.

Le document individuel de prise en charge est signé par le directeur du service ou par une personne désignée par l'organisme ou la personne gestionnaire de la structure. Il peut être contresigné par la personne prise en charge par le SSIAD ou par son représentant légal (II de l'art D. 311 du CASF). Dans l'hypothèse où il est signé par les deux parties, il a alors la valeur d'un contrat.

Il est établi lors de l'admission et remis à chaque personne et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'admission (III de l'art D. 311 du CASF). Il est élaboré avec la participation de la personne admise et, si nécessaire, de sa famille ou de son représentant légal. Il mentionne le nom des personnes qui participent à son élaboration.

Ce document définit les objectifs de la prise en charge et décrit la liste et la nature de prestations offertes (VI de l'art D.311 du CASF). Il est établi pour la durée qu'il fixe et prévoit les conditions et les modalités de sa résiliation (IV de l'art D. 311 du CASF). Il fait l'objet d'avenants ou de modifications dès lors que les termes initiaux du document sont modifiés (VII de l'art D. 311 du CASF). Ces avenants sont élaborés dans les mêmes conditions que le document initial.

La description des prestations peut être plus ou moins détaillée. A minima, le document individuel de prise en charge doit prévoir la date de début des prestations, les jours d'intervention et le moment de cette intervention dans la journée. Il prévoit également des modalités d'intervention et de réalisation des soins avec d'autres professionnels du territoire, en particulier le week-end ou les jours fériés si le SSIAD ne peut pas intervenir.

Le document individuel de prise en charge peut mentionner que la prise en charge des prestations est assurée à 100% par l'assurance maladie, avec dispense d'avance de frais.

Il peut également être pertinent pour le service d'inclure dans le document individuel de prise en charge une clause par laquelle le SSIAD prend en charge l'ensemble des soins infirmiers à condition que l'infirmier ou le centre de santé infirmiers choisi par la personne ait signé une convention avec le SSIAD.

2. Le plan de soins

La mise en œuvre du volet soins du projet personnalisé est guidée par un plan de soin. Il prend en compte les autres volets du projet personnalisé de la personne et implique l'usager et, le cas échéant, ses proches dans son application. Par exemple, il peut s'agir d'expliquer le traitement, les effets attendus et les effets secondaires, les gestes qui seront réalisés, d'observer les difficultés des usagers et écouter ce qu'ils en disent, etc.

Le plan de soin permettant de mettre en œuvre le projet personnalisé est formalisé par l'infirmier coordonnateur.

Exemple d'outils :

L'infirmier peut s'appuyer dans cette démarche sur différents outils.
Parmi ces outils on peut citer :

Pour évaluer les **besoins de base** :
les 14 besoins fondamentaux définis par Virginia HENDERSON :

- besoin de respirer ;
- besoin de boire et de manger ;
- éliminer (urines et selles) ;
- se mouvoir et maintenir une bonne posture ;
- dormir et se reposer ; se vêtir et se dévêtir ;
- maintenir sa température ;
- être propre, protéger ses téguments ;
- éviter les dangers ;
- communiquer ;
- agir selon ses croyances et ses valeurs ;
- s'occuper en vue de se réaliser ;
- besoin de se récréer ;
- se divertir ;
- besoin d'apprendre.

En matière de **dépistage, de prévention et de prise en charge des escarres** :

- l'échelle (ou grille) de NORTON ;
- la grille de WATERLOW ;
- la grille de BRADEN ;
- la grille d'ANGERS.

Pour évaluer la **douleur** chez la personne :

- l'échelle comportementale DOLOPLUS.

Sous l'égide de la Direction générale de la santé, la Société française de Gérontologie propose dans le cadre du programme MobiQual (**http://www.mobiqual.org**) un ensemble d'outils visant à améliorer la qualité des pratiques des professionnels intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées.

- **l'outil Douleur**. Il s'agit d'un support de diffusion de bonnes pratiques de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur chez la personne âgée.
- **L'outil Douleur domicile**.
- **L'outil Dépression**. Il a pour objectif de faciliter le repérage, la démarche diagnostique et les bonnes pratiques de prise en charge de la dépression chez le sujet âgé.
- **L'outil Soins palliatifs** qui vise à améliorer la qualité des soins palliatifs et de l'accompagnement de fin de vie des personnes âgées et handicapées en établissement de santé, en EHPAD et à domicile.

D. Actualiser et réévaluer le projet personnalisé

Recommandation :
Il est recommandé que l'élaboration du projet personnalisé et sa mise en œuvre fassent l'objet d'une analyse formelle qui peut se traduire par exemple par la tenue d'une ou de plusieurs fiches.

Ces fiches qui définissent le projet personnalisé font l'objet d'une actualisation en fonction de l'évolution de la situation de la personne, de ses besoins en soins et également de ses attentes. Aussi, une réévaluation à domicile intervient chaque fois que nécessaire et notamment en cas de changement significatif de la situation de la personne ou à sa demande ; elle peut être également programmée dès les premières rencontres.

En outre, quelle que soit l'évaluation de la situation, l'Anesm recommande que le projet personnalisé soit réévalué dans son ensemble, au moins une fois par an **(cf. Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008).**

E. La conservation des dossiers des personnes accompagnées

Aucune règle ne fixe la durée de la conservation par le SSIAD des dossiers des personnes qu'ils ont accompagnées.

Recommandation :
Le dossier de soins est l'un des composants du volet de soins du projet personnalisé. Il est recommandé :
1. « de veiller à ce que le projet personnalisé soit rédigé, en conservant la trace des différentes phases de la co-construction. Le document mentionne ainsi, au fur et à mesure des phases de la démarche, les éléments principaux permettant le suivi de la progression du projet » (**Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008.p.31).**
Le dossier de soins peut ainsi contenir :

- La prescription du médecin à l'origine de la prise en charge du SSIAD ;
- Les motifs de la prise en charge ;
- Les données de l'évaluation initiale ;
- Les modalités de prise en charge prévue (type d'actes, fréquence …) ;
- Les informations relatives au suivi ;
- Les informations relatives aux soins infirmiers (réalisés par les infirmiers du SSIAD, mais également par les infirmiers libéraux et les infirmiers des centres de santé infirmiers) ;
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé (podologue, kinésithérapeute, diététicien …) ;
- Les directives anticipées mentionnées à l'art L 1111-11 du code de la santé publique ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice ;
- Les informations formalisées lors de la fin de la prise en charge.

Recommandation (suite):

2. « de mener une réflexion sur les questions liées au recueil, à la circulation et à la conservation des informations contenues dans le projet personnalisé » (**Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 35**).
Pour aider à cette réflexion les SSIAD peuvent se référer aux dispositions de droit commun (art R. 1112-7 du code de la santé publique ; instruction du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical). En vertu de ces dispositions, le délai de conservation de principe est de 20 ans à compter du dernier passage du patient dans le service. Ce principe connait un aménagement en cas de décès de la personne prise en charge. Dans ce cas, le dossier sera conservé 10 ans à compter du décès.

3. En outre, l'Anesm recommande en Ehpad de préciser dans le projet personnalisé le nom et les coordonnées (adresse, téléphone, mail) (**Anesm. Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Saint-Denis : Anesm, 2013. p.27**) :

- de la personne à prévenir en cas de besoin ;
- de la personne de confiance, le cas échéant ;
- du représentant légal si la personne bénéficie d'une mesure de protection ;
- des proches avec lesquels les informations médicales et paramédicales peuvent être partagées (y compris après le décès).

4. « la formalisation et la signature du document individuel de prise en charge (DIPC dont la signature n'est pas obligatoire) sont des occasions d'éclairer les usagers et leurs proches sur toutes les modalités de fonctionnement de l'établissement ou du service et d'instaurer une relation claire en termes de droits et d'obligations réciproques » (**Anesm. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Saint-Denis : Anesm, 2008. p 24**).

III. LA PRESTATION DE SOINS

Dans le cadre des soins qu'ils dispensent, les SSIAD assurent de manière continue un certain nombre d'actes et peuvent être amenés à organiser la prise de médicaments.

A. Les actes effectués par les SSIAD

Les SSIAD assurent sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers dont les actes sont définis par le code de la santé publique (art R. 4311-1 à R. 4311-5-1 et R. 4311-7 à R. 4311-9). Les prestations de soins infirmiers correspondent, dans la terminologie des actes infirmiers, à des soins techniques ou à des soins de base et relationnels.

1. Les soins techniques

Les soins techniques correspondent notamment aux actes infirmiers cotés en AMI (actes médicaux-infirmiers). Ils ne peuvent être effectués que par des infirmiers salariés du service, des infirmiers libéraux ou des centres de santé infirmiers ayant passé convention avec le service.

2. Les soins de base

Les soins de base et relationnels correspondent notamment aux actes côtés en AIS (actes infirmiers de soins).

Ils sont définis, comme les soins d'entretien et de continuité de la vie, c'est-à-dire l'ensemble des « interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement les incapacités fonctionnelles, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer de l'autonomie ». Ces soins tiennent compte des habitudes de vie, des coutumes et valeurs de la personne soignée. Ils sont le plus souvent désignés par le terme de « nursing ». Les soins de base comprennent en particulier les soins d'hygiène, de confort, mais aussi les « interventions qui consistent à assurer à la personne soignée la propreté corporelle et à lui procurer un environnement sain et agréable ».[13]

Les soins de base sont des soins répondant à une technicité bien précise. Ceci est particulièrement important pour la prévention de la survenue d'escarres.

Cette prévention repose en partie sur les soins locaux des divers points d'appui cutanés, mais aussi, notamment, sur une surveillance d'une hydratation, d'une alimentation équilibrée, sur la surveillance de signes cliniques alarmants (poids, tension, pouls, température), et sur la prévention des situations de maltraitance. C'est également important pour la prévention de la douleur notamment dans le cadre de la mobilisation et de l'installation de la personne ; pour la prévention de la dénutrition et de la déshydratation permettant de prévenir les chutes et ayant une incidence sur les facultés cognitives ; pour la surveillance cutanée; pour la surveillance de l'état des pieds pour les patients diabétiques.

3. La coordination des soins et les autres actions effectuées par les SSIAD

Les SSIAD effectuent également un travail de coordination. Cette coordination qui est assurée par l'infirmier coordonnateur consiste à :

- coordonner les interventions relevant du SSIAD auprès de la personne prise en charge ;
- coordonner les professionnels du service ;
- coordonner les interventions du service avec les différents acteurs du secteur.

<u>Au titre de la coordination des interventions auprès de la personne, il s'agit :</u>

- d'assurer l'accueil des personnes et de leur entourage14 ;
- d'évaluer les besoins de soins de la personne lors de visites à domicile15 ;

---

13 Circulaire DGAS/2C n°2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

14 L'accueil des personnes et de leur entourage peut être assuré pour partie par un autre professionnel du SSIAD.

- d'élaborer et de suivre la mise en œuvre des projets individualisés de soins pour chaque personne suivie ;
- de réévaluer la situation et d'actualiser les plans de soins.

Au titre de la coordination des professionnels salariés par le du service ou conventionnés avec lui, il s'agit :

- d'organiser le travail des infirmiers salariés, des aides-soignants, des aides-médico-psychologiques et des autres salariés du service.
- Coordonner les interventions des professionnels de santé (infirmier, pédicure) auprès des usagers du service.

Au titre de la coordination des interventions du service avec les différents acteurs du secteur, il s'agit :

- de coordonner les interventions avec l'ensemble des intervenants à domicile (infirmiers libéraux, autres auxiliaires médiaux, centres de soins infirmiers, services d'aide et d'accompagnement à domicile …) ;
- d'assurer une participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination (CLIC) mentionné au deuxième alinéa de l'art L. 232-13 du CASF ;
- le cas échéant, de participer, avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, avec les établissements de santé, avec les professionnels de santé libéraux, le centre de santé infirmiers concerné, à différentes modalités de coopération :
  - ⇨ convention ;
  - ⇨ groupement d'employeurs ;
  - ⇨ contrat local de santé (loi HPST) ;
  - ⇨ groupement d'intérêt économique ;
  - ⇨ union d'associations ;
  - ⇨ groupement de coopération sociale et médico-sociale mentionné à l'art L. 312-7 du CASF ;
  - ⇨ groupement de coopération sanitaire de moyens mentionné au titre III du livre 1er de la 6ème partie du code de la santé publique.
- de participer à la table de concertation tactique du dispositif MAIA16 ;
- le cas échéant, dans le cadre d'un SPASAD de se coordonner avec le service qui assure les missions d'aide et d'accompagnement à domicile ;
- de mettre en place un partenariat avec les établissements de santé ;

Recommandation :
Tout comme les établissements, les SSIAD ont intérêt à développer des stratégies orientées sur l'extérieur afin de connaitre et d'être connu de leurs partenaires.

Anesm. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. Saint-Denis : Anesm, 2009.

---

15 Cette évaluation des besoins peut être réalisée en lien avec d'autres professionnels notamment avec l'équipe médico-sociale du conseil général.

16 Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l »intégration des malades d'Alzheimer.

Ils peuvent être amenés à participer à l'éducation thérapeutique des patients définie par les articles L. 1161-1 à L. 1161-6 du code de la santé publique.

L'éducation thérapeutique vise à rendre les patients plus autonomes en facilitant leur adhésion aux traitements prescrits et en améliorant leur qualité de vie. Un programme d'éducation thérapeutique est mis en œuvre par au moins deux professionnels de professions différentes[17], dans le cadre de programmes ou d'actions d'éducation thérapeutique conformes à un cahier des charges national[18] (qui font l'objet d'une autorisation de l'Agence régionale de santé.

Les SSIAD peuvent également mettre en œuvre des actions d'éducation à la santé et d'aide à l'autonomisation des soins en direction des usagers et de leurs proches.

Des actions de formation ou d'éducation et d'apprentissage à la réalisation des gestes peuvent enfin être mises en œuvre auprès des professionnels d'autres services à domicile.

B. La continuité des prestations de soins

Toutes les personnes prises en charge en SSIAD doivent bénéficier de soins dispensés selon une amplitude horaire adaptée.

Les services assurent la continuité des prestations de soins. A ce titre, ils peuvent intervenir quotidiennement, y compris les dimanches et jours fériés si les besoins de la personne le nécessitent.

Le service doit être en mesure d'y pourvoir soit avec son propre personnel, soit en s'assurant d'une intervention extérieure financée par le SSIAD telle que celle d'un infirmier libéral ou d'un centre de santé infirmiers.

La continuité des prestations de soins est assurée pour les soins programmés. Elle n'entraine pas la mise en œuvre d'une astreinte 24 heures sur 24 sauf dans le cadre de prises en charge spécifiques.

En cas d'urgence, dans le cadre de prises en charge qui ne sont pas spécifiques et en dehors des horaires d'ouverture du SSIAD, l'organisation territoriale de la permanence des soins qui est extérieure au service garantit l'accès aux soins de la personne.

C. La prise de médicaments

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable, vérifie la prise de ces médicaments et surveille leurs effets (art R. 4311-5 du code de la santé publique). L'aide à la prise des médicaments peut également être réalisée par les aides soignants dans les conditions **prévues à l'article R. 4311-4 du Code de la santé publique, c'est-à-dire sous la responsabilité et l'encadrement d'un infirmier**.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, s'appuyant sur l'avis du Conseil d'Etat, a introduit un nouvel article L 313-26 dans le CASF relatif à l'aide à la prise des médicaments dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées.

---

17 Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

18 Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation

Cet article prévoit que lorsque les personnes prises en charge dans le cadre d'un établissement ou service social ou médico-social ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce médicament constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

De ce fait, l'aide à la prise des médicaments peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante. Pour apprécier s'il s'agit ou non d'actes de la vie courante, il conviendra de se référer au libellé de la prescription médicale qui doit permettre de qualifier l'acte, selon que le médecin prescripteur a fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux (infirmière)

Cette aide à la prise des médicaments peut être effectuée dès lors que « compte tenu de la nature du médicament le mode de prise en charge ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. »

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.[19]

Le SSIAD doit par conséquent prendre en compte ces protocoles dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées et de coordination avec les acteurs de l'accompagnement.

D. La fin de la prise en charge

La prise en charge de la personne par le SSIAD peut s'arrêter à l'initiative du bénéficiaire et/ou de son représentant (décision de la personne, reprise d'autonomie, décès, hospitalisation, entrée en établissement …), du médecin traitant, du médecin conseil de l'assurance maladie ou du service lui-même (non respect du règlement de fonctionnement, fin de prise en charge fixée par le SSIAD …).

Le règlement de fonctionnement doit prévoir les modalités d'interruption de l'intervention du SSIAD.

19 Dans la majorité des cas, les médicaments sont préparés à l'avance et conservés dans un « semainier ». Ce ne sont pas les aides à domicile qui les préparent.

LES PERSONNELS INTERVENANT DANS LE CADRE DU SERVICE

I. LA SPECIFICITE DES PERSONNELS

A. Les personnels intervenant en SSIAD

Les SSIAD comprennent des personnels salariés et font appel à d'autres intervenants.

1. Les personnels salariés du SSIAD

Les personnels salariés du SSIAD, à temps plein ou à temps partiel, peuvent être selon les configurations et les besoins du service :

- un personnel de direction ;
- un personnel administratif (notamment : secrétaire, comptable …) ;
- un infirmier coordonnateur ;
- un infirmier ;
- un aide-soignant ;
- un aide médico-psychologique ;
- un ergothérapeute ;
- un psychologue ;
- un psychomotricien ;
- un assistant de soins en gérontologie[20] (dans le cadre d'une équipe spécialisée Alzheimer).

En vertu du 1°de l'art R 314-138 du CASF et de l'art 4.1 de la circulaire du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmier à domicile, les psychologues et les ergothérapeutes doivent être salariés par le SSIAD pour que leur intervention soit prise en charge dans le cadre du forfait du service. Ces professionnels n'ayant pas de cotation d'actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels, leurs interventions ne peuvent donc pas être prises en charge par l'assurance maladie en dehors d'un contrat de travail avec le service.

L'assistant de soins en gérontologie intervient dans le cadre d'une équipe spécialisée Alzheimer composée également d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien.

L'ARS peut, dans le respect des dispositions règlementaires applicables aux SSIAD, autoriser l'intervention d'autres professionnels spécialisés (par exemple un diététicien) dans certains SSIAD qui mettent en œuvre des prises en charge particulières.

20 L'ASG ne constitue pas un métier, mais une fonction, cf « g. L'assistant de soins en gérontologie ».

2. Les autres intervenants qui concourent à la réalisation des missions du SSIAD

Les autres intervenants en SSIAD sont selon les configurations et les besoins du service :

- les infirmiers libéraux ;
- les pédicures podologues ;
- les centres de santé infirmiers.

Les pédicures podologues faisant l'objet d'une cotation au titre de la nomenclature générale des actes professionnels, ces professionnels peuvent par conséquent intervenir à titre libéral.

L'intervention des infirmiers libéraux, des centres de santé infirmiers et des pédicures podologues fait l'objet d'une convention (art D. 312-4 du CASF) conclue avec le service.

B. Les missions et les compétences de ces personnels

1. Le personnel de direction

Le personnel de direction exerce des fonctions qui relèvent de l'organisation générale, du fonctionnement du service, de l'encadrement des équipes, de la supervision, de la gestion administrative et budgétaire du SSIAD.

2. Le personnel d'encadrement et de coordination.

Le SSIAD comprend un infirmier coordonnateur qui constitue la clé de voûte du dispositif.

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur peuvent comprendre:

- ☐ Au titre de l'encadrement :
  - l'encadrement du personnel soignant ;
  - l'animation des réunions de service et/ou de synthèse ;
  - la conduite des entretiens annuels d'évaluation ;
  - l'élaboration du programme annuel de formation du personnel soignant ;
  - la participation au recrutement du personnel soignant.

- ☐ Au titre des activités administratives :
  - les activités d'administration et de gestion du service ;
  - l'élaboration du rapport d'activité ;
  - le renseignement et la transmission du tableau des effectifs trimestriels ;
  - l'élaboration avec l'usager du document individuel de prise en charge ;
  - la tenue du dossier de soins infirmiers et des transmissions écrites ;
  - le contrôle des factures des soins infirmiers réalisés par les infirmiers libéraux et les centres de santé infirmiers ayant conventionnés avec le SSIAD.

L'infirmier coordinateur peut, suivant l'organisation du service, être amené à assurer la gestion budgétaire et financière.

- Au titre de la coordination : cf. “3. La coordination des soins et les autres actions effectuées par les SSIAD

Les fonctions de l’infirmier coordonnateur énumérées ci-dessus peuvent être exercées par l’infirmier en fonction des délégations qu’il a reçues de son employeur.

3. Le personnel soignant

L’équipe est composée a minima d’un infirmier coordinateur et d’un aide-soignant.

a. Les infirmiers

Les infirmiers, qu’ils soient salariés du service, qu’ils exercent en centres de santé infirmiers ou à titre libéral, réalisent les actes professionnels qui relèvent de leurs compétences conformément aux articles L. 4311-1 et R. 4311-1 et suivants du code de la santé publique.

L’infirmier coordonnateur peut, le cas échéant, selon les besoins du service, effectuer directement des prestations de soins au domicile des personnes.

b. Les aides-soignants

Les aides-soignants réalisent, sous la responsabilité des infirmiers salariés du SSIAD les soins de base et relationnels et concourent à l’accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation.

c. Les aides médico-psychologiques

Les aides médico-psychologiques accompagnent et aident dans la vie quotidienne les personnes Elles participent au développement ou au maintien de l’autonomie des personnes sur le plan physique, psychique ou social conformément aux dispositions de l’art D. 451-95 du CASF.

Elles interviennent sous la responsabilité et en coordination avec les professionnels paramédicaux du SSIAD et ce dans la limite des qualifications qui leur sont reconnues du fait de leur formation.

Les aides médico-psychologiques et les aides soignants interviennent en complémentarité selon les besoins de la personne âgée, en situation de handicap ou souffrant de maladie chronique.

d. Les pédicures podologues

L’infirmier coordonnateur apprécie, au regard des besoins des personnes prises en charge par le service et des moyens alloués à ce dernier , l’opportunité de passer une convention avec les pédicures podologues libéraux ou de laisser l’intervention de ces professionnels hors de la prise en charge par le service de soins infirmiers à domicile.

Les pédicures podologues exercent les actes professionnels qui relèvent de leurs compétences conformément à l’article R. 4322-1 du code de la santé publique.

e. Les psychologues

Seuls sont règlementés l’usage du titre de psychologue (loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d’ordre social) ainsi que la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue (décret n°90-255 du 22 mars 1990).

Au sein des SSIAD, les psychologues ont notamment pour missions :

- d'écouter et d'aider les personnes prises en charge par des entretiens individuels à domicile;
- de participer à l'évaluation et à la réévaluation de l'état de santé des personnes accompagnées;
- d'accompagner et d'informer les aidants familiaux ;
- de soutenir les professionnels intervenants au domicile à travers des entretiens individuels ou de groupes, des analyses de la pratique, de la mise en place de supervision, des présentations de méthodes et de techniques relationnelles pour communiquer au mieux avec les personnes en fonction de l'évolution de leur pathologie….

f. Les ergothérapeutes et psychomotriciens

⇨ **Les ergothérapeutes :**

La profession d'ergothérapeute est définie par l'article L. 4332-1 et suivants du code de la santé publique et les ergothérapeutes exercent les actes professionnels qui relèvent de leurs compétences conformément à l'article R. 4331-1 du même code.

Au sein des SSIAD, les ergothérapeutes sont amenés notamment, lors d'une visite à domicile, à :

- évaluer les déficiences, les capacités et les performances motrices, sensitives, sensorielles, cognitives, mentales et psychiques de la personne ;
- à analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicaps ;
- à construire un diagnostic ergothérapique et à mettre en œuvre des soins, des interventions de rééducation, de réadaptation, de réhabilitation psychosociale et de psychothérapie visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité ;
- à préconiser le cas échéant des aides techniques, des aides humaines et à modifier l'environnement matériel afin de favoriser l'intégration de la personne dans son milieu de vie.

Ils interviennent auprès des professionnels du SSIAD, des aidants ou d'autres intervenants externes pour informer sur les points de vigilance à avoir à l'égard de la personne dans la réalisation des gestes de soins et d'aide. Ils informent sur l'utilisation des aides techniques et délivrent des informations sur la manutention.

⇨ **Les psychomotriciens :**

La profession de psychomotricien est définie et réglementée par les articles L. 4332-1 et suivants du code de la santé publique et les psychomotriciens exercent les actes professionnels qui relèvent de leurs compétences conformément à l'article R. 4332-1 du même code.

Au sein du SSIAD, les psychomotriciens sont amenés notamment à :

- évaluer les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices et psychomotrices de la personne ;
- à analyser les interactions entre ces différentes fonctions et à poser un diagnostic psychomoteur ;
- à accompagner la personne ainsi que son entourage dans le cadre d'un projet thérapeutique et à mettre en œuvre des traitements de rééducation psychomotrice et de réadaptation visant à corriger les troubles psychomoteurs.

Les ergothérapeutes et les psychomotriciens interviennent également au sein des équipes spécialisées Alzheimer[21].

Dans ce cadre, ces professionnels ont vocation à réaliser les soins de réhabilitation et d'accompagnement avec les assistants de soins en gérontologie ou à déléguer à ces derniers, lorsqu'ils réalisent seuls les séances, les actions pour la mise en œuvre du plan de réhabilitation et d'accompagnement.

Les soins de réhabilitation et d'accompagnement s'appuient sur la mise en situation d'activités thérapeutiques en rapport avec les situations de la vie quotidienne et d'entrainement dans des activités créatrices, d'expression ou des activités de la vie quotidienne. La prestation peut être proposée aux stades léger et modéré de la maladie d'Alzheimer et doit être adaptée aux troubles du patient.

Ainsi, la stimulation cognitive est une intervention cognito-psycho-sociale écologique. Les activités proposées sont des mises en situation ou des simulations de situations vécues (trajet dans le quartier, toilette, téléphone …). Son objectif est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Elle doit être différenciée des séances d'animation, d'ateliers mémoire ou autres à visée occupationnelle qui ne constituent pas des soins de réhabilitation et d'accompagnement[22].

Le professionnel met également en place une démarche d'éducation thérapeutique et de soutien psycho-éducatif à l'égard de la personne malade et de son aidant, afin d'aider l'aidant familial à construire un projet de vie avec la personne devenue malade et de mieux adapter les réponses à apporter dans la vie quotidienne (attitudes, organisation, techniques, aides) aux troubles cognitifs, psychologiques et comportementaux de la personne malade.

g. L'assistant de soins en gérontologie

En l'état actuel des textes, le SSIAD ne peut faire intervenir un assistant de soins en gérontologie (ASG) que dans le cadre d'une équipe spécialisée Alzheimer.

L'ASG ne constitue pas un métier, mais une reconnaissance de compétences spécifiques auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées. Les ASG sont des aides-soignants et des aides médico-psychologiques ayant suivi une formation complémentaire. Un référentiel d'activité et de compétences concernant ce type de professionnel a été défini par une circulaire du 6 juillet 2009[23].

Il accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie, participe à l'organisation de la vie quotidienne et à la réhabilitation et la simulation des capacités, établit une relation d'empathie, attentive et sécurisante, pour limiter les troubles du comportement, prévenir les complications et rompre l'isolement. Il réalise également les soins d'hygiène et de confort adaptés.

---

21 Circulaire n°DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 6).

22 La réadaptation de la mobilité, la réadaptation émotionnelle dans la marche et les transferts ont vocation à améliorer et maintenir les capacités physiques et fonctionnelles (équilibre statique, dynamique, tonus, schéma corporel), à prévenir les chutes mais ont également un effet sur la cognition et certains aspects du comportement. La réadaptation émotionnelle et relationnelle comme la musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation sensorielle, etc. peuvent améliorer certains comportements ainsi que la communication verbale et non verbale.

23 circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » (annexes 5 et 6).

II. QUALIFICATION ET FORMATION DES SALARIES DU SSIAD

A. La situation des SSIAD privés à but non lucratif ou des SSIAD privés commerciaux

1. Les niveaux de qualification des professionnels chargés de la direction d'un SSIAD

a. Une certification de niveau II à minima

Le CASF dans son article D. 312-176-7, impose à minima aux professionnels chargés de la direction d'un SSIAD privé (à but lucratif ou à but commercial) d'être titulaire d'une certification de niveau II enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles.

Dans certain cas, cette exigence est supérieure et le critère de qualification du professionnel doit être de niveau I.

b. Un niveau de certification plus élevé pour certains types de professionnels et de services.

Les professionnels chargés de la direction d'un SSIAD privé (à but non lucratif ou commercial) doivent être titulaires d'une certification de niveau I dès lors qu'ils disposent de certaines délégations et que le service ou les services qu'ils dirigent remplissent certaines conditions (art D. 312-176-6 du CASF).

Concernant les **conditions relatives aux délégations**, relèvent de cette obligation de certification les professionnels qui bénéficient d'une délégation leur confiant la conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet de service, la gestion et l'animation des ressources humaines, ainsi que la gestion budgétaire, financière et comptable du service.

Concernant les **conditions relatives aux services**, relèvent de cette obligation de certification le SSIAD ou les SSIAD qui répondent cumulativement, sur au moins trois exercices comptables clos définitifs, au moins à deux des trois seuils suivants :

- cinquante salariés (les salariés pris en compte sont ceux qui sont liés à la personne morale par un contrat de travail à durée indéterminée, le nombre de salariés est égal à la moyenne arithmétique des effectifs à la fin de chaque trimestre de l'année civile ou de l'exercice comptable lorsque celui-ci ne coïncide pas avec l'année civile) ;
- 3 100 000 euros pour le montant hors taxe des ressources (le montant des ressources est égal au montant des cotisations, subventions et produits de toute nature liés à l'activité courante) ;
- 1 550 000 euros pour le total du bilan, celui-ci étant égal à la somme des montants nets des éléments d'actifs.

c. Une certification de niveau III dérogatoire

Les titulaires du diplôme de cadre de santé ainsi que les titulaires d'un diplôme sanitaire ou social de niveau III peuvent, par dérogation à l'article D. 312-176-7 du CASF, diriger un SSIAD privé (à but lucratif ou commercial) dans certaines conditions (art D. 312-176-8 du CASF).

Le SSIAD doit employer moins de dix salariés. Le professionnel doit par ailleurs justifier d'une expérience professionnelle de trois ans dans le secteur sanitaire, social ou médico-social et s'engager à suivre et à achever dans un délai de cinq ans une formation à l'encadrement inscrite sur une liste fixée par l'arrêté du 7 juin 2007 pris pour l'application de l'article D. 312-176-8 du CASF.

Peuvent également être admises toute formation à l'encadrement d'une durée minimum de 300 heures effectuée de manière continue ou discontinue et portant au mois sur trois des cinq domaines suivants :

- conduite de la définition et de la mise en œuvre d'un projet d'établissement ou de service ;
- gestion et animation des ressources humaines ;
- gestion budgétaire, financière et comptable ;
- coordination avec les institutions et intervenants extérieurs ;
- évaluation et développement de la qualité.

2. Un recrutement qui peut être effectué à un niveau inférieur

Les professionnels chargés de la direction d'un SSIAD privé (à but non lucratif ou commercial peuvent être recrutés à un niveau immédiatement inférieur s'ils s'engagent à obtenir dans un délai de trois ans à compter de leur recrutement, la certification supérieure requise (art. D.312-176-9 du CASF).

B. La situation des SSIAD relevant du droit public

En vertu de l'art D. 312-176-10 du CASF, les professionnels chargés de la direction d'un SSIAD public qui ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière et qui dirigent un SSIAD géré par un CCAS ou un CIAS pour lequel ils ont reçu délégation peuvent ne pas satisfaire aux niveaux de qualification définis dans les articles D. 312-176-6 (certification de niveau I), D. 312-176-7 (certification de niveau II) et D. 312-176-8 (certification du niveau III) du CASF.

Dans ce cas, ils doivent être titulaires des grades suivants de la fonction publique territoriale :

- pour les services qui nécessitent une certification de niveau I : administrateur territorial (tous grades) ; attaché territorial (tous grades) ; attaché du centre d'action sociale de la ville de Paris (tous grades) ;
- pour les services qui nécessitent une certification de niveau II : cadre supérieur de santé du centre d'action sociale de la ville de Paris ; cadre territorial de santé infirmier rééducateur et assistant médico-technique ; conseiller sociaux-éducatif territorial.

C. Un niveau de qualification et de formation qu'il convient de soutenir

Recommandation :

Au-delà des exigences règlementaires présentées dans les paragraphes précédents, il convient afin d'améliorer la qualité des services rendus par les SSIAD de favoriser la formation des infirmiers coordinateurs et d'élaborer des stratégies d'adaptation à l'emploi.

Ainsi, au regard des fonctions qu'ils exercent, il est recommandé de les inciter à suivre des formations dans les domaines managérial, administratif, budgétaire, comptable et financier particulièrement lorsque le SSIAD ne dispose pas de personnel administratif.

Une formation spécifique à la gestion d'un SSIAD (exemples : Certificat professionnel de gestionnaire de SSIAD, formation proposée par CESEGH et UNASSI, Montpellier I ; DU Infirmier(ère) référent(e) d'EHPAD et de SSIAD, Université Paris V Descartes) de niveau II, lorsqu'elle peut être suivie par l'infirmière coordinatrice pourra être privilégié.

Anesm. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. Saint-Denis : Anesm, 2008.

LA COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DU MAINTIEN A DOMICILE

I. LA COORDINATION AVEC LES ACTEURS DU CHAMP SANITAIRE

Le médecin est à l'origine de la prescription d'un SSIAD. Cette prescription peut être faite par un médecin hospitalier lors de la sortie de la personne ou par son médecin traitant. Celui-ci est alors chargé de la coordination des soins qui peuvent impliquer, dans certaines conditions, l'intervention de professionnels libéraux, de centre de santé infirmier et/ou d'un établissement d'hospitalisation à domicile.

A. Les professionnels libéraux et les centres de SANTE infirmiers qui interviennent dans le cadre du SSIAD

1. Des interventions qui s'inscrivent dans le cadre d'une convention

L'intervention d'un infirmier et d'un pédicure podologue ou d'un centre de santé infirmiers ne peut se faire que dans le cadre d'une convention conclue entre le professionnel libéral ou le centre de santé infirmiers et l'organisme gestionnaire du SSIAD.

Cette convention, doit comporter au moins les éléments suivants :

- L'engagement du professionnel exerçant à titre libéral, du centre de soins infirmiers à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service du SSIAD.
- Les modalités d'exercice du professionnel au sein du service, visant à garantir la qualité des soins et notamment :
  - sa collaboration avec l'infirmier coordonnateur ;
  - la tenue du dossier de soins des personnes auprès desquelles il intervient ;
  - sa contribution à l'élaboration du relevé qui mentionne, pour chaque personne bénéficiant de soins, les périodes d'intervention du service, les prescriptions et les indications thérapeutiques qui ont motivé ces interventions ainsi que la nature de ces dernières.

La convention doit rappeler que seul l'infirmier coordonnateur évalue les besoins de la personne prise en charge et qu'il est responsable de cette évaluation ainsi que de la coordination de l'ensemble des soins dispensés par le service.

Elle doit également prévoir de manière explicite que l'intervention du professionnel libéral ou du centre de santé infirmiers ne peut se faire sans une information préalable de l'infirmier coordonnateur.

Dans le cas où le centre de santé infirmiers et le SSIAD relèvent du même organisme gestionnaire, un document interne, formalisant l'intervention des IDE du CSI pour le compte du SSIAD, peut remplacer la convention.

Les infirmiers libéraux et les centres de santé infirmiers sont responsables de l'élimination de leurs déchets d'activité de soins lorsqu'ils interviennent en SSIAD.

2. Les conditions de l'intervention

Les infirmiers et les pédicures podologues libéraux ainsi que les centres de santé infirmiers peuvent intervenir et participer à la délivrance des prestations d'un SSIAD.

La prise en charge par les SSIAD ayant un caractère global et coordonné, ces interventions ne peuvent pas se dérouler sans lien avec le SSIAD.

Elles se font sous la responsabilité de l'infirmier coordonnateur du service et dans le cadre d'une convention.

Concernant l'intervention des pédicures podologues libéraux, une marge d'appréciation est laissée à l'infirmier coordonnateur. Celui-ci peut choisir en fonction des besoins de la personne que cette intervention se fasse dans le cadre d'une convention entre le SSIAD et le professionnel libéral et soit par conséquent prise en charge par le SSIAD. Il peut également décider que le pédicure podologue intervienne directement auprès de la personne dans le cadre de l'exercice libéral et lui facture ses honoraires qui ne seront alors pas pris en charge par le SSIAD.

3. Les règles relatives à la facturation et à la transmission des actes

Les actes réalisés par les professionnels libéraux et les centres de santé infirmiers auprès des patients d'un SSIAD sont financés sur la dotation assurance maladie allouée à tout SSIAD.

Il incombe donc au SSIAD, afin d'éviter d'être confronté à des restitutions d'indus pour double paiement, de se faire facturer ces actes par les professionnels directement pour son compte. Les facturations d'actes lui sont obligatoirement adressées directement par ces professionnels.

Le praticien conseil du régime d'assurance maladie doit être informé par l'organisme gestionnaire de toute admission dans le service.

B. La question de la continuité des soins lorsque la personne est hospitalisée

La continuité des soins se pose lors de l'hospitalisation d'une personne prise en charge par un SSIAD et lors du retour à domicile d'une personne hospitalisée. Dans ces deux cas et afin de garantir un continuum des soins, le SSIAD doit gérer la place libérée dans le premier cas et organiser avec l'établissement de santé le retour de la personne à son domicile.

1. La gestion des places par le SSIAD lors d'une hospitalisation

L'hospitalisation en établissement de santé d'une personne entraine la fin de la prise en charge par le SSIAD. Le service peut cependant conserver la place de la personne en fonction du temps d'hospitalisation que la structure évaluera en lien avec l'établissement de santé.

Ainsi, si l'hospitalisation est de courte durée, il y a interruption de la prise en charge par le SSIAD, mais la personne conserve sa place. Si l'hospitalisation est d'une durée plus importante, le SSIAD pourra mettre fin à la prise en charge et choisir d'inscrire la personne sur sa liste d'attente avec une priorité d'admission.

Un séjour de 21 jours en établissement de santé peut constituer un délai raisonnable au-delà duquel la personne hospitalisée ne pourra plus disposer de sa place au sein du SSIAD.

Dans les deux hypothèses, les objectifs sont d'assurer une continuité des soins pour la personne ainsi que pour la continuité de l'activité du service. La personne hospitalisée est ainsi assurée de pouvoir bénéficier de soins lors de son retour à domicile dans l'hypothèse d'une hospitalisation de courte durée et le service est ainsi en capacité de prendre en charge d'autres personnes dans l'hypothèse d'une hospitalisation plus longue.

2. L'organisation du retour à domicile après une hospitalisation.

Le retour à domicile d'une personne hospitalisée qui nécessite des soins doit être, dans la mesure du possible, anticipée et organisée afin d'éviter que la recherche d'une solution ne se fasse dans l'urgence et que la personne ne subisse une rupture de soins.

Une telle organisation est parfois difficile en raison des contraintes qui pèsent à la fois sur l'hôpital et sur les SSIAD. Elle peut cependant être facilitée par un certain nombre de recommandations.

Recommandation :

Ainsi, si la personne était préalablement prise en charge par le SSIAD et si le service reprend ses prestations à l'issue de l'hospitalisation, l'infirmière coordinatrice pourra se rapprocher de l'équipe soignante de l'établissement de santé, du médecin traitant et de la famille afin de se tenir informée de l'évolution de la situation du patient. Un suivi régulier lui permettra d'anticiper et d'organiser la reprise de l'accompagnement et des soins par le SSIAD. Elle pourra également être amenée à prendre contact avec les services sociaux, avec les équipes médicosociales du conseil général si l'évolution de la situation de la personne le nécessite.
Anesm, l'accompagnement à la santé de la personne handicapée, Saint-Denis : Anesm, 2013.

C. L'articulation entre les SSIAD et les établissements d'hospitalisation à domicile

1. Les missions de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile est une modalité d'hospitalisation à part entière, au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, qui apporte au domicile des patients des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Les soins des établissements d'hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ainsi que par la nécessité d'une coordination médicale.

L'hospitalisation à domicile permet d'éviter, de différer ou de raccourcir l'hospitalisation conventionnelle pour des prises en charge en médecine, obstétrique, cancérologie et soins de suite et de réadaptation. Elle intervient donc en substitution de l'hospitalisation conventionnelle. Elle concerne des malades de tous âges.

Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L 6122-1 du code de la santé publique peuvent faire usage de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile.

Les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnels avec hébergement. Ils sont notamment tenus d'assurer la sécurité, la qualité et la continuité des soins, la lutte contre les infections nosocomiales, et sont certifiés par la Haute Autorité de Santé.

Services de soins infirmiers à domicile et établissements d'hospitalisation à domicile sont susceptibles d'intervenir dans le parcours de soins d'un même patient.

2. Les points communs et les spécificités de prise en charge

Les deux types de structures interviennent au domicile des personnes afin de prévenir, d'éviter, de réduire la durée d'une hospitalisation en établissement et donc de favoriser le retour et le maintien à domicile.

Elles sont susceptibles de prendre en charge des populations identiques en termes d'âge et de typologie (personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ; personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ; personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection).

Les deux types de structures dispensent des soins, mais la complexité et l'intensité de la charge en soins les différencient.

Les prises en charge en HAD sont réalisées sur prescription, soit du médecin hospitalier, soit du médecin traitant. L'HAD peut être prescrite en cas de pathologie aigüe ou de maladie chronique, nécessitant des soins fréquents complexes et dont certains ne peuvent être réalisés qu'en milieu hospitalier, obligatoirement formalisés dans un protocole de soins. Il peut s'agir aussi de soins de réhabilitation, voire d'accompagnement dans la fin de vie. La nature souvent poly-pathologique des patients reçus en HAD en fait des établissements à vocation généraliste, qui peuvent en outre développer des compétences propres ou des expertises spécialisées dans certains types de prise en charge.

En tant qu'établissement de santé, l'établissement d'HAD est titulaire d'une autorisation délivrée par l'ARS. Il est donc dans l'obligation d'en assurer les obligations fixées à l'article L 6111-2 du CSP (amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, lutte contre les infections nosocomiales et l'iatrogénie, politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles …). En outre, l'établissement d'HAD est astreint a minima par les textes à organiser par une permanence téléphonique la continuité des soins 24h/24 et 7j/7.

Le SSIAD intervient lorsque l'état de la personne nécessite des actes infirmiers de soins (nursing, prévention d'escarres …) et/ou des actes médicaux infirmiers (pansements, injections, prélèvements, perfusions …). Le SSIAD peut également intervenir au décours d'une pathologie grave lorsque la personne a vu son état de santé s'améliorer, mais nécessite encore des actes infirmiers (AMI et AIS). Un tableau ci-dessous reprend de manière synthétique les points communs et des différences entre l'HAD et les SSIAD.

	SSIAD	HAD
Le lieu de l'intervention	Le domicile personnel Les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour adultes handicapés[24]	
		Les établissements sociaux et médico-sociaux[25] dont les EHPAD[26]
L'objectif de la prise en charge	- Prévenir, différer, éviter ou réduire la durée d'une hospitalisation en établissement conventionnel (hors HAD) - Permettre le retour à domicile après une hospitalisation en établissement conventionnel (hors HAD)	
	- Favoriser le maintien à domicile en prévenant ou en retardant la perte d'autonomie.	
Le public	- Les personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes. - Les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections. - Les personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap.	Tout public
La permanence et continuité des soins	L'organisation d'une continuité des interventions (qui ne nécessite pas une astreinte 24h/24) pour les soins programmés.	L'organisation de la continuité des interventions et des soins 24h/24 et 7j/7 par à minima une permanence téléphonique.
La nature des soins	- Des actes infirmiers de soins (nursing, prévention d'escarres …) et/ou des actes médico-infirmiers (pansements, injections, prélèvements, perfusions…).	Des soins médicaux et paramédicaux non réalisables en ville car : importants, techniques, pluridisciplinaires : « complexes et fréquents ». ; « continus et coordonnés » pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé.

3. Une collaboration nécessaire sans prise en charge simultanée

SSIAD et HAD sont susceptibles d'intervenir auprès du même type de population pour assurer leur maintien à domicile. Leur prise en charge peut être successive en fonction du parcours de soins de la personne et de l'évolution de son état de santé.

Le fractionnement des interventions ne permet pas d'avoir une approche globale du soin à domicile et introduit des moments de rupture préjudiciables à une certaine qualité de la prise en charge. Une collaboration entre ces deux structures s'avère par conséquent nécessaire.

---

24 Mentionnés au6° et 7° du I de l'article L. 312-1 et dans les établissements mentionnés aux I bis, II et III de l'article L. 313-12.

25 Décret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Décret n°2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

26 Décret n°2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale.

SSIAD et HAD s'inscrivent dans des champs différents, médico-social pour les premiers et sanitaire pour le second.

Différenciés essentiellement par la densité des soins infirmiers, par l'association systématique (dans l'HAD) des soins infirmiers à d'autres soins techniques (médicaux et paramédicaux) dans le cadre d'un protocole de soins coordonné par le médecin, leur financement par l'assurance maladie et le fait que l'HAD soit considérée comme une hospitalisation à part entière **ne permettent pas d'envisager pour** des raisons liées à un double financement , la prise en charge simultanée d'un même patient par les deux types de structure.

4. Des instruments au service de cette collaboration

La circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile souligne la complémentarité entre l'HAD et les SSIAD « dont elle (l'HAD) a vocation à prendre le relais, si la situation du malade s'aggrave, et à contrario auxquels (les SSIAD) elle peut confier un malade stabilisé ».

Par ailleurs, elle incite à la coopération entre ces deux services par la formalisation de liens conventionnels ou par « la création de structures mixtes ou de plates-formes offrant à la fois un SSIAD et une HAD, gérées par un même opérateur ».

⇨ **Les différents modes de collaboration :**

Dans le cadre et dans l'esprit de ce texte, différents dispositifs ou instruments juridiques permettent qu'une collaboration se mette en place dans le respect des compétences de chacune des structures.

Ainsi, conformément aux dispositions prévues par les codes de la santé publique et de l'action sociale et des familles, SSIAD et HAD peuvent choisir de conclure ou de constituer :

- une convention ;
- un groupement d'employeurs ;
- un groupement d'intérêt économique ;
- une association ou une union d'association lorsque les partenaires relèvent du droit privé non lucratif ;
- un groupement de coopération sanitaire de moyens ;
- un groupement de coopération sociale et médico-sociale.

Chacun des dispositifs doit être mis en œuvre dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui s'y rapportent. La convention de collaboration nécessite cependant certaines précisions quant à ses modalités.

⇨ **La convention de collaboration :**

Cette convention doit permettre l'organisation d'un relais entre l'HAD et le SSIAD afin de faciliter le passage des personnes d'une structure à l'autre et d'assurer ainsi une continuité des soins.

Un tel relais entre l'HAD et le SSIAD concerne les personnes qui nécessitent des prestations de soins infirmiers à domicile, mais dont l'état de santé ne justifie plus un séjour en HAD ou inversement.

La convention a pour objet de définir les conditions du partenariat entre HAD et SSIAD et les engagements réciproques de chacun des services. Il ne s'agit pas de permettre à travers cette convention une mise à disposition de personnel d'une structure à l'autre.

Une proposition de convention de collaboration figure en annexe 4.

II. LA COORDINATION AVEC LES AUTRES SERVICES DU CHAMP MEDICO-SOCIAL

A. Les services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui interviennent auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, concourent notamment :

- 1° Au soutien à domicile ;
- 2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
- 3° Au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations d'entretien du cadre de vie et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et des actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale (D.312-7 du CASF), par les services de soins à domicile. Ces prestations s'inscrivent dans un projet personnalisé (référencé « projet individualisé d'aide et d'accompagnement » pour les SAAD autorisés[27] ou référencé « intervention individualisée » pour les SAD agréés[28].

Concernant les soins d'hygiène, les compétences des professionnels du SSIAD et du SAAD sont exercées dans le respect des règles suivantes :

- L'infirmier, dans le cadre de son rôle propre, dispense les soins et les procédés visant à assurer l'hygiène de la personne [29] (1° de l'art. R. 4311-5 du code de la santé publique).
- L'infirmier peut, sous sa responsabilité, dispenser ces soins, en collaboration avec l'aide-soignant ou l'aide médico-psychologique qu'il encadre dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation (art. R. 4311-4 du code de la santé publique).
- L'auxiliaire de vie sociale aide à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de la vie quotidienne et n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale.

B. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) : une structure qui favorise les interventions d'aide et de soins à domicile

1. Une structure qui favorise les interventions d'aide et de soins à domicile

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge.

27 Alinéa 3 de l'art. D. 312-6 du CASF.

28 9ème point de l'arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail.

29 ces soins et ces procédés sont désignés dans la pratique par les termes de "soins de nursing" ou de "toilette médicalisée".

Ils regroupent des services qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (art D. 312-7 du CASF).

Un SPASAD peut être créé à partir d'un SSIAD et d'un SAAD pré existants. La création fait alors l'objet d'un arrêté d'autorisation conjoint du directeur général de l'ARS et du président du conseil général. Elle n'est pas soumise à la procédure de l'appel à projet dès lors qu'elle reprend les autorisations du SSIAD et du SAAD. Par ailleurs, si la création du SPASAD nécessite la création d'un SSIAD ou d'un SAAD celle-ci est exonérée de la procédure de l'appel à projet en application du III. du L. 313-1-1 du CASF dès lors que l'on ne change pas de catégorie de bénéficiaire des prestations.

Les SPASAD favorisent la coordination et la mutualisation des interventions. L'évaluation des besoins de la personne est élaborée par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels du SSIAD et des personnels du SAAD. Elle est coordonnée par les responsables de ces deux services.

A partir de cette évaluation, un projet personnalisé référencé projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins dans la règlementation du CASF, D. 312-7, al 2) est construit dans une démarche conjointe et globale.

2. Une expérimentation des SPASAD dans le cadre des projets pilotes PAERPA[30]

Alors qu'une articulation et une coordination des différentes prestations apportées au domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap fait l'objet d'un large consensus des professionnels, mais également des personnes et de leurs familles, on constate un faible développement des SPASAD depuis leur création en 2004[31].

Une mesure concernant les SPASAD a donc été intégrée, au titre de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2013, dans le cadre des expérimentations liées aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) afin de faire évoluer ultérieurement la règlementation relative à ces services. Cette mesure prévoit la possibilité de déroger, dans le cadre de l'expérimentation et par voie règlementaire, aux dispositions applicables en matière tarifaire et d'organisation. A ce titre un projet de décret visant notamment à faciliter l'exercice de la coordination des soins de l'accompagnement et des aides au sein des SPASAD pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées est en cours de préparation et devrait être publié au cours du premier trimestre 2014.

Des réflexions quant au développement des SPASAD sont également en cours dans le cadre de la préparation du projet de loi « autonomie » afin de répondre de façon coordonnée aux besoins d'aide et de soins des personnes âgées.

B. Les services d'accompagnement des personnes en situation de handicap

Les services d'accompagnement pour personnes handicapées en milieu ouvert, médicalisés ou non, trouvent leur base légale dans l'article L.312.1-7 du Code de l'action sociale et des familles (loi du 2

30 PAERPA : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

31 Décret n°2004-613 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

janvier 2002), et leurs conditions d'organisation et de fonctionnement sont définies par le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005.

Les missions des SSIAD se distinguent nettement de celles des SAVS. En revanche, la distinction est moins nette concernant les SAMSAH.

1. Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Les SAVS, définis à l'article D312-162 du CASF, proposent des prestations individualisée qui visent à contribuer à l'élaboration et à la réalisation du projet de vie de la personne handicapée par un accompagnement global et adapté qui tient compte de son environnement (social, familial, scolaire, universitaire ou professionnel) ainsi que de ses capacités et limites.

Cet accompagnement a également pour but de faciliter l'accès de ces personnes à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Leur mission implique une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence et un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Les prestations des SAVS « sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant tout ou partie des professionnels suivants (art D. 312.165 du CASF) :

- des assistants de service social ;
- des auxiliaires de vie sociale ;
- des aides médico-psychologiques ;
- des psychologues ;
- des conseillers en économie sociale et familiale ;
- des éducateurs spécialisés ;
- des moniteurs-éducateurs ;
- des chargés d'insertion.

L'équipe pluridisciplinaire peut également comporter, en tant que de besoin et dans le respect du projet de service, tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission (2ème al art D. 312-173 du CASF).

Les SAVS peuvent être amenés à jouer un rôle dans le suivi de la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation (PPC) : coordination des aides humaines, adaptation du logement, aide technique, … Ils sont également amenés à assurer la coordination lorsque plusieurs acteurs interviennent auprès d'une personne en situation de handicap.

Les prestations délivrées par les SAVS sont (art D. 312-164 du CASF) :

- l'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- l'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
- une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
- le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;
- le suivi éducatif et psychologique.

Les SAVS sont autorisés et financés par le Conseil Général et s'adressent à un public de personnes âgées de plus de 18 ans reconnues handicapées et bénéficiant d'une orientation notifiée par la commission départementale des droits et de l'autonomie (CDAPH), quelle que soit la nature de leur handicap.

2. Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)

Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux SAVS (art D. 312-166 du CASF).

Les SAMSAH, par rapport aux SAVS, complètent l'accompagnement social par une intervention dans le domaine du soin.

L'équipe pluridisciplinaire en plus des professionnels prévus pour les SAVS comprend des auxiliaires médicaux régis par la 4ème partie du livre III du code la santé publique. Dans tous les cas elle comprend ou associe un médecin.

Comme pour les SAVS l'équipe pluridisciplinaire peut également être composée, en tant que de besoin et dans le respect du projet de service, de tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission (2ème al art D. 312-173 du CASF).

Il convient cependant de préciser que les SAMSAH ne sont pas nécessairement réservés aux situations de handicap les plus importantes mais qu'ils s'adressent à des personnes dont l'accompagnement nécessite des soins et/ou une coordination des soins.

Outre les prestations qui peuvent être délivrées à l'identique de celles délivrées par les SAVS, le projet personnalisé (référencé projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement à l'article D. 312-172 du CASF) d'une personne suivie par un SAMSAH. comprend tout ou partie des prestations suivantes (art D. 312-168 du CASF) :

- la dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;
- un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

Les SAMSAH comme les SSIAD sont donc susceptibles d'employer les mêmes auxiliaires médicaux et de dispenser des soins médicaux ou paramédicaux aux personnes qu'ils accompagnent.

Les SSIAD assurent une mission de coordination dans le champ du soin qui relève de leurs compétences. La coordination mise en œuvre par le SAMSAH est plus large. Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, le SAMSAH peut coordonner les actions des différents intervenants et les soins médicaux et paramédicaux dans le cadre d'un projet personnalisé d'intervention qui tient compte de son projet de vie et des préconisations de la commission mentionnée à l'art L. 146-9 du CASF.

Recommandation :

Dans le cadre d'une intervention conjointe des SAVS/SAMSAH, SSIAD, il convient d'être attentif aux souhaits de la personne en matière d'organisation des interventions et à l'articulation des dispositifs et leur lisibilité pour l'usager. Des modalités de coopération sont souhaitables afin de garantir une cohérence dans les interventions et d'éviter la multiplication des situations d'évaluation de la situation d'un même usager (ex : visite conjointe, transmission d'informations, réunion commune de synthèse ou de projet …).

Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Saint-Denis : Anesm, 2008.

LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Les règles relatives à la prévention des risques professionnels décrites dans cette partie sont régies par le code du travail (quatrième partie : santé et sécurité au travail). Elles s'appliquent à la fois aux SSIAD privés et aux SSIAD publics et sont susceptibles d'entrainer la responsabilité pénale des employeurs.

Le champ de l'aide et des soins à domicile comportant des risques professionnels spécifiques et non négligeables, la connaissance et le respect des obligations en matière de prévention des risques professionnel sont particulièrement importants.

I. LES OBLIGATIONS EN MATIERE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

A. Une obligation d'assurer la sécurité des travailleurs au moyen de différentes actions

Au terme de l'article L. 4121-1 du code du travail, l'employeur est tenu de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé mentale des travailleurs.

Cette obligation de sécurité est une obligation de résultat et l'employeur ne pourra pas s'en exonérer en prouvant qu'il n'a pas commis de faute. Dans la cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une faute inexcusable pourra en revanche être retenue à son égard si le juge considère qu'il aurait du avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié. Cette faute inexcusable aura pour conséquence pour le salarié une majoration de la rente versée.

Les mesures que doit mettre en place l'employeur pour assurer la sécurité de ces salariés comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

La loi de réforme de la médecine du travail du 20 juillet 2011 [32] oblige également tout employeur, quel que soit l'effectif de la structure, à désigner un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels dans l'entreprise (art L. 4644-1 du code du travail).

Ces salariés peuvent bénéficier d'une formation en matière de santé au travail et doivent disposer du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer leurs missions (art R. 4623-37 du code du travail).

L'employeur peut avoir recours à des compétences extérieures lorsqu'il ne dispose pas au sein de sa structure, ce qui est généralement le cas dans un SSIAD, de compétences en matière de prévention des risques professionnels.

32 Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Cette loi a été complétée par deux décrets d'application : décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ; décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.

Il doit alors solliciter l'avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou, s'il n'y a pas de CHSCT, l'avis du délégué du personnel.

Dans ce cas, il pourra faire appel au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère, aux services de prévention des caisses de sécurité sociale (CARSAT : caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ; CRAM : caisse régionale d'assurance maladie ; CGSS : caisses générales de sécurité sociale dans les DOM).

B. Des actions fondées sur des principes généraux de prévention

Dans la mise en œuvre des actions qui lui incombent au titre de l'obligation de sécurité, l'employeur doit se référer aux principes généraux de prévention qui sont définis par l'article L. 4121-2 du code du travail.

Ces **principes sont les suivants** :

- 1° éviter les risques ;
- 2° évaluer les risques qui ne peuvent être évités ;
- 3° combattre les risques à la source ;
- 4° adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5° tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6° remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7° planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qui est défini à l'article L. 1152-1 ;
- 8° prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

C. Une obligation d'évaluation des risques qui se traduit par la rédaction d'un document unique

Dans le cadre de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, l'employeur doit transcrire et mettre à jour dans un document unique les résultats de cette évaluation des risques (articles L. 4121-3 et R. 4121-1 du code du travail).

L'ensemble des SSIAD, qu'ils soient publics ou privés et quel que soit le nombre de leurs salariés sont soumis à l'élaboration de ce document unique.

Le nombre de salariés a cependant une incidence au niveau de la régularité de la mise à jour de ce document. Ainsi, cette mise à jour dans les SSIAD de plus de 11 salariés doit être effectuée au moins une fois par an et dans les SSIAD de moins de 11 salariés elle peut être moins fréquente sous réserve que soit garanti un niveau équivalent de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Cet assouplissement qui a été introduit par la loi n°2012-387 du 22 mars 2012 doit être précisé par un décret ultérieur.

Le document unique comporte un inventaire des dangers auxquels sont exposés les salariés et des facteurs de risque au sein de l'établissement. Aucune condition de forme n'est imposée par la règlementation, seuls trois grands principes doivent être respectés.

- Le document unique doit être cohérent.
- Il doit regrouper sur un seul support les données issues de l'analyse des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs.
- Il doit enfin permettre une traçabilité de l'ensemble des éléments analyses qui doivent figurer sur le support.

Il existe des aides à la réalisation de ce document unique. Dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, un guide des pratiques de prévention des risques professionnels a été élaboré par l'UNA, la Mutualité française et Chorum Initiatives pour le Développement de l'Economie Sociale [33].

Adessadomicile et Chorum Initiatives pour le Développement de l'Economie Sociale ont également développé, dans le cadre du document de l'UDES (ex USGERES) intitulé « prévention des risques professionnels dans l'économie sociale » des fiches détaillant les principaux risques par activité et notamment pour le domaine du soin[34].

Le document unique d'évaluation des risques est tenu à la disposition d'un certain nombre de personnes et d'entité (art R. 4121-4 du code du travail) dont les salariés du SSIAD et les agents de l'inspection du travail.

L'absence de document unique et sa non mise à jour sont sanctionnés par une amende prévue par les contraventions de cinquième classe (art R. 4741-1 du code du travail).

II. LES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

A. Les principaux risques professionnels en SSIAD

On peut définir le risque professionnel comme la possibilité qu'un événement ou une situation professionnelle entraine des conséquences négatives, des dommages, dans des conditions déterminées. Dans un SSIAD par exemple, il pourra s'agir des manutentions répétées par les soignants susceptibles d'entrainer divers problèmes lombaires.

Un des premiers enjeux d'une politique de prévention des risques pour un SSIAD est donc la santé de son personnel et particulièrement de son personnel soignant.

Ils existent également d'autres enjeux liés à la gestion des ressources humaines, aux aspects budgétaires, financiers, juridiques ainsi qu'à la qualité des soins délivrés aux patients.

33 Ce guide est téléchargeable à l'adresse suivante : http://cides.chorum.fr/blobs/medias/1401152644484959900/guide-180x255-v4-a4-web.pdf

34 Fiche C - Prévention des risques professionnels spécifiques aux soins à domicile téléchargeable à l'adresse suivante : http://cides.chorum.fr/blobs/medias/2258437161982397318/Fiches-specifiques-ASD-vOK.pdf#MEDIALINK%282258437161982397318%29

Recommandation :
Le responsable doit être en mesure de prévenir et de gérer les risques d'usure professionnelle afin de limiter les risques de maltraitance involontaires. L'indentification des risques professionnels passe par un questionnement tel qu'il a pu être proposé dans la recommandation « l'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes ».
❶ Anesm. *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*. Saint-Denis : Anesm, 2009. ❷ Anesm. *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*. Saint-Denis : Anesm, 2008.

Dans le champ de l'aide et du soin à domicile ont peut identifier différents risques :

- les risques psychosociaux ;
- les risques liés aux contraintes physiques ;
- les risques routiers ;
- les risques biologiques et infectieux.
- les risques de chute ;
- les risques liés à l'environnement de travail (type accidents domestiques).

a. Les risques psychosociaux

Ils regroupent notamment le stress au travail (c'est-à-dire le déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face), les violences externes (insultes, menaces, agressions exercées dans le cadre de son travail par des personnes extérieurs à l'entreprise) et les violences internes (harcèlement sexuel ou moral, conflits exacerbés).

Les risques psychosociaux peuvent entrainer un mal-être, une souffrance mentale, des atteintes physiques et ils sont susceptibles d'avoir des répercussions sur les relations sociales.

Pour les soignants, ces risques sont essentiellement liés :

- à la confrontation à la maladie, à la fin de vie, à la mort et à la charge émotionnelle que cela implique ;
- aux violences physiques et verbales liées notamment à certaines pathologies psychiatriques ;
- aux contraintes temporelles (nombre de patients à prendre en charge sur une journée, temps de déplacement …).

b. Les risques liés aux contraintes physiques

Ces risques sont essentiellement liés aux nombreuses manutentions que les soignants ont à réaliser au domicile des patients. Ces manutentions peuvent entrainer des troubles musculo-squelettiques et des lombalgies[35].

35 Les TMS et lombalgies sont les premières causes de maladies professionnelles dans le secteur de l'aide et de soins à domicile. CNAMTS, Direction des risques professionnels, 2006.

c. Les risques routiers

Le nombre de kilomètres parcourus par les soignants (113 033 km en moyenne par SSIAD sur l'année 2009) pour se rendre au domicile des patients ainsi que les contraintes horaires sont facteurs de risques routiers et sont susceptibles d'entrainer des accidents de la route.

d. Les risques biologiques et infectieux

Lors des soins réalisés à domicile, les soignants peuvent se trouver exposés à des agents pathogènes (virus, bactéries …) pour eux-mêmes, mais également pour leurs patients.

La lutte contre la transmission d'infections lors des soins repose sur des obligations professionnelles règlementaires et déontologiques qui s'appliquent à tous les professionnels de santé. Le personnel soignant intervenant en SSIAD doit par conséquent les connaitre et les prendre en compte.

Des recommandations visant à prévenir les risques biologiques et infectieux ont été élaborées par les autorités sanitaires (Ministère de la santé, HAS, conseil supérieur d'hygiène publique de France, INVS…) et par différents organismes (Institut national de recherche et de sécurité, Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux …).

e. Les risques de chute

On distingue les chutes de hauteur des chutes de plain-pied. Ces dernières sont très fréquentes dans le secteur des soins à domicile. Ainsi, 30% des accidents du travail dans le secteur des soins à domicile (SSIAD, HAD, SPASAD) ont comme origine des chutes de plain-pied (CNAMTS, Direction des risques professionnels, 2006).

f. Les risques liés à l'environnement de travail

L'état du domicile des patients peut être facteur de risque notamment d'accidents domestiques s'il est dégradé (exemple : électricité défectueuse, escaliers dangereux…).

Les risques liés à l'environnement de travail comprennent également le tabagisme passif, les pièces surchauffées, les nuisances sonores…

III. LES ACTIONS ENVISAGEABLES AU TITRE DE LA PREVENTION DE CES RISQUES

C'est à partir du document unique d'évaluation des risques professionnels que peut être mise en place une politique de prévention des risques professionnels cohérente.

Les conditions de son élaboration ou de sa mise à jour vont structurer le diagnostic des risques existants et ce diagnostic sera d'autant plus pertinent que les salariés du SSIAD y ont été associés.

A titre d'exemple des actions de différentes natures peuvent être mise en place. Il pourra s'agir de formations, d'actions au niveau de l'organisation du travail (travail au niveau des fiches de poste, des plannings, des temps de transmission …), de la rédaction et de la mise en place de procédures, de la mise à disposition d'équipements et d'aide techniques ou de l'organisation de temps collectifs et d'analyse des pratiques.

IV. L'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX (DASRI)[36]

Les soins apportés dans le cadre des SSIAD génèrent des déchets d'activité de soins à risque infectieux.

Ces déchets sont définis par l'art R. 1335-1 du code de la santé publique. Pour les SSIAD, il s'agit principalement de *« matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à* l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ».

A. Une obligation d'élimination qui incombe à l'infirmier

L'obligation d'élimination de ces déchets incombe à la personne qui les produit. En vertu du 3° de l'art R. 1335-2 du code de la santé publique, il s'agit pour les SSIAD de la personne physique qui exerce à titre professionnel l'activité productrice de déchets. Cette personne peut être l'infirmier salarié du SSIAD, mais elle peut être également l'infirmier libéral qui assure les prestations de soins pour le compte du SSIAD.

L'arrêté du 11 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques a remplacé la notion de producteur par celle de responsable de l'élimination. Cette modification ayant pour objectif de ne pas faire peser la charge de l'élimination sur les personnes dans le cadre de l'auto traitement, elle n'a pas d'incidence au niveau des SSIAD.

B. Un processus d'élimination en trois étapes

L'infirmier doit s'assurer de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels (art R. 4312-12 du code de la santé publique). Cette élimination se décompose en trois étapes : le tri et le conditionnement ; l'entreposage et l'élimination.

Au niveau de la première étape, l'infirmier, qui évalue le risque infectieux, a l'obligation de trier les déchets (art R. 1335-5 du code de la santé publique). Dans le cadre d'un SSIAD, les déchets à risque infectieux sont notamment :

- les matériels ou matériaux piquants ou coupants dès leur utilisation (qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique) ;
- les flacons de produits sanguins à usage thérapeutiques incomplètement utilisés ou arrivés à péremption ;
- les tubes de prélèvement du sang ;
- les dispositifs de drainage ;
- tout article de soins ou objet souillé par (ou contenant) du sang ou un autre liquide biologique.

S'agissant des déchets mous (compresses, gants d'examen …), l'évaluation du risque infectieux est laissée à l'appréciation de l'infirmier.

---

36 Deux guides peuvent être consultés en compléments :

- Déchets d'activité de soins à risque : comment les éliminer ? ; Ministère de la santé et des sports, 2009.

- Tri des déchets d'activités de soins des professionnels de santé du secteur diffus, ADEME, 2012

L'infirmier doit également veiller au conditionnement de ces déchets dans des emballages spécifiques dont les normes sont définies par l'arrêté du 23 novembre 2003[37] modifié par l'arrêté du 6 janvier 2006[38].

Au niveau de la deuxième étape, l'infirmier doit respecter un délai entre la production et l'élimination des déchets et au-delà de ce délai les déchets entreposés doivent être détruits.

Ces délais sont définit par l'arrêté du 14 octobre 2011[39] et sont respectivement de 72 heures, de 7 jours ou de 1 mois en fonction de la quantité produite sur un même site (100kg/semaine 72 heures ; entre 15kg/mois et 100kg/semaine : 7 jours ; entre 15kg/mois et 5kg/mois : 1 mois).

L'élimination des déchets de soins et assimilés se fait soit par incinération, soit pas prétraitement par appareil de désinfection (art D. 1335-8 du code de la santé publique). Dans la majorité des cas, l'infirmier a recours à une société spécialisée pour cette dernière phase, mais il peut également apporter ses DASRI sur un site de regroupement déclaré à l'ARS.

Dès lors que l'élimination est confiée à un prestataire, le producteur de déchets doit signer une convention avec ce prestataire (cf annexe I de l'arrêté du 7 septembre 1999 concernant le contenu de la convention).

La traçabilité est alors assurée de la manière suivante :

⇨ **Les obligations de l'infirmier :**

Lors de la remise de ses déchets au prestataire, l'infirmier émet un bon de prise en charge comportant les informations listées en annexe II de l'arrêté de 7 septembre 1999.

⇨ **Les obligations du prestataire :**

Lors de la remise des déchets au prestataire, celui-ci émet un bordereau conforme au bordereau de suivi « Elimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux (CERFA n°11351*03) dès lors que la **production est supérieure à 5 kg par mois.** Lorsque la **production est inférieure à 5kg par mois**, le prestataire n'émet pas ce bordereau, mais envoi annuellement à l'infirmier un état récapitulatif des opérations d'incinération ou de prétraitement par désinfection de ses déchets.

⇨ **Les obligations de l'exploitant qui procède à l'élimination :**

Dans un délai de un mois, l'exploitant de l'installation destinataire est tenu de renvoyer à l'émetteur l'original ou la copie du bordereau signé mentionnant la date d'incinération ou de prétraitement par désinfection des déchets.

---

37 Arrêté du 23 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.

38 Arrêté du 6 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 23 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.

39 Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

LES AIDES LEGALES A LA PROTECTION DE LA PERSONNE[40]

Les personnes prises en charge par les SSIAD peuvent faire l'objet d'une mesure de protection. Elles peuvent également souhaiter être accompagnées dans les décisions relatives aux soins, anticiper ces décisions ou se protéger le jour où elles en ont besoin.

Ces mesures et dispositifs de protection des personnes ont une incidence sur leur capacité de décision. Les personnels intervenant en SSIAD doivent par conséquent en avoir connaissance et les prendre en compte dans la réalisation des prestations qu'ils apportent lorsque cela s'avère nécessaire.

I. LES MESURES DE PROTECTION DES MAJEURS

La loi du 5 mars 2007[41], entrée en vigueur le 1er janvier 2009, a réformé la protection juridique des majeurs. Les majeurs protégés peuvent fait l'objet de mesures de protection graduées (sauvegarde de justice, curatelle et tutelle) qui entrainent des conséquences aux niveaux des capacités d'action des personnes. [42]

A. D'une protection « légère » à une protection complète

a. La sauvegarde de justice

La mesure de sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique provisoire et de courte durée (maximum un an, renouvelable une fois sans excéder deux ans).

La personne placée sous sauvegarde de justice conserve le droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, à l'exception de ceux qui ont été confiés au mandataire spécial s'il a été nommé par le juge.

Cette mesure de protection permet de contester des actes contraires aux intérêts de la personne passés pendant la période de sauvegarde. Ces actes seront soit annulés, soit corrigés.

Il pourra s'agir par exemple d'annuler la vente à un prix dérisoire d'un objet ayant appartenu à la personne. Il pourra s'agir également d'annuler l'achat à un prix très élevé d'une prestation ou d'un produit suite à des appels téléphoniques ou à un démarchage au domicile de la personne.

---

40 Un guide pratique des « aides légales à la gestion du patrimoine et à la protection de la personne » a été publié par la DGCS en 2011 (http://www.social-sante.gouv.fr/documentation-publications,49/ouvrages-pratiques-chartes,1348/handicap-personnes-agees,1688/les-aides-legales-a-la-gestion-du,12394.html).

Destiné aux particuliers confrontés à la perte d'autonomie, il regroupe des informations pratiques et détaille les démarches à entreprendre pour garantir le respect des décisions relatives aux soins et à la vie privée.

41 Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

42 Anesm. Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique. Saint-Denis : Anesm 2012.

b. La curatelle

La curatelle est une mesure de protection plus étendue que la sauvegarde de justice et dont la durée est plus longue (5 ans renouvelable). La personne qui fait l'objet d'une curatelle est assistée par son curateur pour certains actes.

On distingue plusieurs degrés de curatelle. Une mesure de curatelle simple permet à la personne d'accomplir seule les actes de gestion courante comme la gestion du compte bancaire ou la souscription d'une assurance par exemple. Elle est en revanche assistée par son curateur pour les actes qui engagent son patrimoine (achat ou vente d'immeuble, conclusion d'un emprunt …) et que lui seul est en capacité de consentir et de signer. La curatelle peut également être renforcée. Dans ce cas, le curateur percevra les ressources de la personne et règlera ses dépenses sur un compte ouvert par celle-ci. Le juge peut enfin prononcer une curatelle aménagée. Dans ce cas, il énumèrera au cas par cas les actes que la personne peut réaliser seule et les actes pour lesquels elle doit être accompagnée par son curateur.

c. La tutelle

La tutelle est la mesure de protection la plus complète. Comme la curatelle, les mesures de tutelles sont prononcées pour 5 ans et sont renouvelables.

La personne protégée par une tutelle doit être représentée de manière continue dans tous les actes de la vie civile dont ceux relatifs au patrimoine (gestion des revenus, vente ou location d'un bien immobilier …).

B. Une protection qui fait l'objet d'une décision judiciaire

Chacune des mesures de protection fait l'objet d'une décision motivée du juge des tutelles.

Le juge ne peut être saisi d'une demande d'ouverture d'une mesure de protection que par certaines personnes. Ainsi, la demande peut émaner de la personne elle-même, de son conjoint ou de la personne avec laquelle elle vit en couple. Elle peut également être faite par un membre de la famille ou par des proches qui entretiennent avec elle des relations étroites et stables. Elle peut enfin être formulée par le procureur de la République de sa propre initiative ou à la demande d'un tiers (médecin, directeur d'établissement de santé ou d'établissement médico-social, directeur de service médico-social …).

Le juge auditionne la personne à protéger. Celle-ci peut se faire accompagner d'un avocat ou de toute autre personne de son choix si le juge l'y autorise. Le juge peut cependant décider, après avis du médecin ayant établi le certificat médical, de ne pas entendre la personne si l'audition peut nuire à sa santé ou si la personne ne peut exprimer sa volonté.

La demande doit être traitée par le juge dans l'année où il a été saisi. Si ce n'est pas le cas, elle devient caduque.

C. Une protection qui peut être assurée par différentes personnes

Différentes personnes peuvent assurer la fonction de mandataire spécial (mesure de sauvegarde de justice), de curateur ou de tuteur. Le choix du juge tient compte de la volonté de la personne à protéger, de son contexte relationnel et des recommandations de ses proches.

Le juge peut ainsi être amené à désigner d'abord la personne choisie par le majeur lui-même. Dans ce cas, ce choix doit avoir été exprimé par le majeur par déclaration devant notaire ou il doit avoir été formulé dans un acte écrit dans sa totalité de la main du majeur. S'il n'a désigné aucune personne ou si sa désignation n'a pas été faite dans les conditions légales, le juge peut désigner la personne avec laquelle le majeur protégé vit en couple. Dans l'hypothèse où ce choix n'est pas envisageable, le juge peut nommer un parent de la personne ou un proche. Si aucune de ces personnes ne peut assumer cette fonction, le juge désignera un professionnel (mandataire judiciaire à la protection des majeurs) inscrit sur une liste départementale tenue par le préfet.

La loi du 5 mars 2007 a renforcé le rôle d'accompagnement du mandataire d'une personne admise dans un établissement ou un service médico-social. Le mandataire peut dans ce cadre participer avec le résident à la construction de son projet personnalisé, se présenter au conseil de la vie sociale en tant que représentant des familles ou participer avec l'usager à toute forme de participation (groupe d'expression, consultations, enquête de satisfaction …).

II. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE DANS LES DECISIONS RELATIVES AUX SOINS

La notion de personne de confiance, codifiée à l'article L. 1111-6 du CSP, a été créée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Créée dans le cadre de l'hospitalisation (obligation faite par le 2ème alinéa de l'art. L. 1111-6 du CSP aux établissements de santé de proposer aux patients la désignation d'une personne de confiance), elle s'applique plus largement aux différentes décisions relatives aux soins (traitement, examens médicaux, opportunité d'une intervention …). La personne de confiance peut par conséquent être désignée et intervenir à l'occasion de soins à domicile.

A. Personne de confiance et personne à prévenir

Il convient de distinguer la notion de personne de confiance de celle de personne à prévenir. La personne à prévenir est celle que les soignants doivent prévenir en cas de besoin (aggravation de l'état de santé de la personne, difficultés rencontrées …).

Au terme de l'art. R. 1112-3 du CSP, le dossier médical comporte, le cas échéant, l'indentification de la personne à prévenir. Comme pour la personne de confiance, la notion de personne à prévenir a été créée dans le cadre d'une hospitalisation. Elle peut cependant s'appliquer à l'admission dans un service médico-social. Le dossier d'une personne prise en charge en SSIAD peut par conséquent inclure l'identité de la personne à prévenir ainsi que ses coordonnées.

Une même personne peut être désignée à la fois comme personne de confiance et comme personne à prévenir. Le patient peut également souhaiter que cela soit deux personnes différentes.

Dans l'hypothèse où les deux personnes sont distinctes, il n'existe pas de règle déterminant laquelle des deux personnes doit être jointe la première par le service. Il semble cependant logique de considérer qu'en cas de besoin c'est la personne à prévenir qui sera contactée la première.

B. Le rôle de la personne de confiance

Le rôle de la personne de confiance est différent selon qu'elle est sollicitée alors que le patient est en état d'exprimer sa volonté ou alors qu'il n'est pas en état de le faire.

Dans la première hypothèse et à la demande de l'usager, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Elle ne se substitue pas au patient. Les indications que celle-ci peut donner n'ont qu'une valeur consultative et ne s'imposent pas aux professionnels de santé.

La personne de confiance n'est pas tenue au secret médical même si elle a accès aux informations médicales lors des consultations ou du suivi médical par exemple (la loi a ainsi créé une dérogation formelle au secret médical. Le médecin ne peut par conséquent pas contester la présence de la personne de confiance pour ce motif). Si le professionnel de santé juge une information délicate, il semble par conséquent préférable qu'il demande au patient s'il souhaite que la personne de confiance en soit avisée.

Dans la deuxième hypothèse, la personne de confiance sera informée et consultée par l'équipe de soins afin que celle-ci donne des indications sur ce que le patient désire. Comme dans la première hypothèse, la personne de confiance ne se substitue pas au patient et son avis à une valeur consultative. Cependant, le professionnel de santé est dans l'obligation de la consulter et son avis prévaut sur tout autre avis non médical à l'exclusion d'éventuelles directives anticipées. Si le patient n'a pas rédigé de directives anticipées et si la personne de confiance n'est pas un proche ou un membre de la famille alors l'équipe de soins doit consulter uniquement la personne de confiance (la famille est alors exclue).

C. La désignation de la personne de confiance

La désignation d'une personne de confiance est un droit et non une obligation.

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Les personnes qui ont fait l'objet d'une mesure de sauvegarde de justice ou qui sont placées sous curatelle sont également en capacité de désigner une personne de confiance. En revanche, les majeurs sous tutelle ne peuvent pas procéder à cette désignation. Si une personne de confiance a été choisie préalablement à la mise sous tutelle, seul le juge des tutelles peut valider ou infirmer la désignation.

L'article L. 1111-6 du CSP précise que la personne de confiance peut être désignée pour la durée de l'hospitalisation à moins que le malade n'en dispose autrement. Dans l'hypothèse où une personne prise en charge par un SSIAD a désigné une personne de confiance à l'occasion d'une hospitalisation antérieure ou indépendamment de toute hospitalisation, il est recommandé à l'infirmier coordinateur, lors de l'admission de la personne, de l'interroger sur une désignation éventuelle d'une personne de confiance pour lui faire confirmer que cette personne reste bien la personne de confiance et accepte sa mission.

Lors de l'admission de la personne, l'infirmier coordonnateur peut lui présenter le dispositif de la personne de confiance car celle-ci peut constituer une aide dans la prise en charge du patient (rôle de facilitation dans la bonne observance des prescriptions médicamenteuses, dans la mise en œuvre de conseils hygiéno-diététiques ….).

Au terme de l'article L. 1111-6 du CSP, la personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est désignée obligatoirement par écrit par le patient dans un document qui précise le nom, prénom, adresse et moyen de joindre la personne. Un formulaire (cf annexe 3) peut être proposé au patient afin de faciliter sa démarche.

III. L'ANTICIPATION PAR LA PERSONNE DES DECISIONS RELATIVES A SA FIN DE VIE

Les directives anticipées ont été introduites par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie[43]. Elles permettent à une personne d'indiquer ce qu'elle souhaite dans le cadre de sa fin de vie concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements (souhait ou refus de certains traitements visant à tenter de prolonger la vie, souhait ou refus de certaines interventions chirurgicales, alimentation et hydratation artificielles, mesures de réanimation, transfusion sanguine …).

A. L'élaboration des directives anticipées

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées. Elle doit le faire par écrit et cet écrit doit être daté et signé par la personne avec l'indication de ses nom, prénom, date et lieux de naissance. Lorsque la personne est en état d'exprimer sa volonté, mais n'est pas en état d'écrire ou de signer le document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document est bien l'expression de sa volonté. Certains établissements de santé ou certains EHPAD proposent des exemples ou des modèles de directives anticipées.

Les directives anticipées ont une durée de validité de 3 ans et peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

B. La portée des directives anticipées

Elles doivent être prises en compte par le médecin dans le cadre de toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles prévalent sur l'avis de la personne de confiance lorsque le malade en a désigné une. Le médecin est obligé de consulter les directives anticipées, mais il reste libre de les appliquer en fonction de la situation.

C. La conservation des directives anticipées

Dans l'hypothèse où une personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté, il est important que le corps médical sache que la personne a rédigé des directives anticipées et puissent les consulter. Elles sont donc conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville (médecin traitant ou autre médecin) ou dans le dossier médical en cas d'hospitalisation. La personne peut également faire le choix de les conserver, de les confier à la personne de confiance, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, la personne doit mentionner qu'elle a rédigé des directives anticipées dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical lors d'une hospitalisation et elle doit également indiquer les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

L'art R. 1111-19 du code de la santé publique incite les personnes admises dans un établissement médico-social à signaler l'existence de directives anticipées. Dans l'intérêt de l'usager, on peut également considérer que cette incitation s'applique également à un service médico-social et donc à un SSIAD.

---

43 Les textes concernant les directives anticipées sont codifiés aux articles L. 1111-4, L. 1111-11 à L. 1111-13, R. 1111-17 à R. 1111-20, R. 1112-2 et R. 4127-37 du code de la santé publique.

On peut également recommander à l'infirmière coordonnatrice du SSIAD d'interroger la personne sur l'existence de directives anticipées lors de l'admission de celle-ci dans le service.

IV. L'ORGANISATION D'UNE PROTECTION FUTURE

Le mandat de protection future a été introduit par la loi du 4 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs[44]. Il permet à un usager (personne majeure ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ; personne majeure faisant l'objet d'une curatelle avec l'assistance de son curateur) de désigner une ou plusieurs personnes qui sera(ont) chargé(es) de le représenter pour le jour où il ne pourra plus pourvoir seul à ses intérêts.

Ce dispositif juridique permet donc à chacun d'organiser sa propre protection et d'éviter ainsi dans son parcours de vie un recours à une mesure judiciaire de curatelle ou de tutelle.

L'usager qui demande le mandat (le « mandant ») désigne la personne de son choix[45] (le « mandataire ») qui effectuera les actes en son nom et à sa place. Ces actes pour lesquels l'usager sera représenté peuvent concerner sa personne (questions relatives à sa vie personnelle, à sa santé, à son logement, à ses déplacements, à ses loisirs …) et/ou son patrimoine (vente, achat d'un bien immobilier, gestion d'un compte bancaire …). C'est à l'usager de déterminer l'étendu et le contenu du mandat.

A. L'élaboration du mandat de protection future

Le mandat peut être établi par acte notarié ou par acte sous seing privé en utilisant le formulaire cerfa n° 13592 02 [46](mandat de protection future) prévu à cet effet. Dans le cadre d'un mandat par acte notarié, le mandataire disposera de pouvoirs plus importants. Il sera ainsi en mesure de vendre les biens immobiliers de la personne qu'il représente alors que dans le cadre d'un mandat établi par acte sous seing privé il ne pourra qu'administrer le patrimoine de la personne.

L'usager peut révoquer à tout moment la personne qu'il a choisie comme mandataire. Il ne peut plus le faire lorsque le mandat est mis en œuvre et doit alors saisir le juge des tutelles.

B. Les effets du mandat de protection future

Le mandat ne produit aucun effet tant que la personne conserve ses facultés. En revanche, lorsque le mandataire constate que l'état de santé de la personne ne lui permet plus de prendre soin d'elle-même ou de s'occuper de ces affaires, il effectue les démarches nécessaires pour que le mandat prenne effet.

Il consulte alors un médecin agréé inscrit sur la liste établie par le Procureur de la République (liste disponible dans les tribunaux d'instance) qui examine la personne et établi un certificat médical constatant l'inaptitude. Il présente ensuite au greffe du tribunal d'instance le mandat et le certificat médical. Après contrôle, le greffe appose alors son visa et le mandat produit ses effets.

---

44 Autres textes relatifs au mandat de protection future : décret n°2007-1702 du 30 novembre 2007 relatif au modèle de mandat de protection future sous seing privé ; art 477 à 488 et art 492 à 494 du code civil.

45 Cette personne peut être une personne physique (membre de la famille, proche …) ou une personne morale inscrite sur la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs établies par le préfet.

46 https://www.formulaire.modernisation.gouv.fr

L'usager ne perd ni ses droits, ni sa capacité juridique. Il conserve la capacité de faire s'il le souhaite et si son état de santé le permet, mais il peut être représenté par le mandataire pour les actes visés par le mandat chaque fois que cela est nécessaire.

Le mandataire est tenu à certaines obligations. Il doit établir un inventaire du patrimoine de la personne lors de la mise en œuvre du mandat. Il doit tenir également un compte de gestion du patrimoine (utilisation des revenus, actes d'administration des biens) et rédiger un rapport écrit sur les actes liés à la protection de la personne (santé, logement …) afin de rendre compte à la personne chargée du contrôle du mandat [47]. Le mandataire peut être déchargé de sa fonction après avoir saisi le juge des tutelles.

Il peut également être mis fin au mandat de protection future dès lors que le mandataire aura fait viser au greffe du tribunal le certificat qui atteste l'amélioration de l'état de la personne.

La fonction de mandataire s'exerce en principe à titre gratuit, mais l'usager peut prévoir dans le mandat une rémunération ou une indemnisation du mandataire.

47 Cette personne a été désignée par l'usager au moment de la rédaction du mandat.

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE[48]

Je, soussigné(e)

Nom, prénom : ……

Adresse :……
……

Téléphone : ……

désigne M, Mme, Mlle

Nom, prénom : ……

Adresse :……
……

Téléphone : ……

lien avec la personne *(parent, proche, médecin traitant …)*

……

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle ……
……

- pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielle et que j'aurais indiquées au médecin.
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette désig ar tout moyen.

Visa de la personne désignée (recommandé)

Fait à :

[48] Il est conseillé au service de garder l'original dans le dossier de la personne et de lui remettre une copie.

Annexe 4

EXEMPLE DE CONVENTION DE COLLABORATION ENTRE LE SSIAD ET L'ETABLISSEMENT D'HAD

La présente convention est conclue

Entre :

Le service de soins infirmiers à domicile :

Nom du service : ……

Adresse : ……

……

L'établissement d'hospitalisation à domicile :

Nom de l'établissement : ……

Adresse : ……

……

Conformément aux dispositions législatives et règlementaires qui définissent d'une part les services de soins infirmiers à domicile et de l'autre les établissements d'hospitalisation à domicile ainsi que leurs missions respectives, leurs modalités d'organisation et de fonctionnement et notamment :

- les articles R. 314-137 et R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles ;
- les articles D. 312-1 à D. 312-5-1 du CASF ;
- la circulaire du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile ;
- les articles L. 6111-1, L. 6122-1 et L. 6125-2 du code de la santé publique ;
- l'article R. 6121-4-1 du CSP ;
- les articles D. 6124-306 à D. 6124-311 du CSP ;
- la circulaire du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile ;
- la circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

Il est convenu :

⇨ **Article 1er : objet de la convention**

La présente convention a pour objet de **fixer les règles de fonctionnement et d'organisation de la coopération** entre les parties signataires en vue d'assurer une continuité de la prise en charge des patients à leur domicile.

⇨ Article 2 : définition de la coopération

La coopération entre les parties signataires consiste à **organiser et à faciliter le passage et la prise en charge d'un patient d'une structure à l'autre**. Il ne s'agit pas de permettre une prise en charge conjointe et simultanée de la personne par le SSIAD et l'HAD.

⇨ Article 3 : public concerné

Sont concernées par ce dispositif de coopération **les patients admis en SSIAD et en HAD qui appartiennent à l'une des trois catégories suivantes** :

- les personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection au sens du code de la sécurité sociale (3° et 4° de l'art L. 322-3) ;
- les personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap.

⇨ Article 4 : évaluation de la nécessité du relais

Lorsque les **besoins en soins du patient ne sont plus adaptés aux soins délivrés par la structure** qui le prend en charge, les parties s'engagent à **organiser un relais** du SSIAD vers l'HAD ou de la l'HAD vers le SSIAD selon la situation.

Les soins réalisés par l'HAD sont réalisés sur prescription médicale (généralement du médecin traitant ou du médecin hospitalier) en cas de pathologie aigüe ou de maladie chronique nécessitant des soins fréquents, complexes ou d'une technicité spécifique. Il s'agit de soins médicaux et paramédicaux complexes réalisés dans un cadre pluri- professionnel et pluridsicplinaire. Ces soins sont obligatoirement formalisés dans un protocole de soins coordonné par le médecin de l'HAD.

Les soins délivrés par les SSIAD sont également réalisés sur prescription médicale (généralement du médecin traitant ou du médecin hospitalier). Ces soins peuvent être nécessaires au regard de la situation de la personne en terme d'autonomie et/ou dans le cadre d'une pathologie de la personne qui nécessite des actes infirmiers de soins (nursing, prévention d'escarres, …) et/ou des actes médicaux infirmiers (pansements, injections, prélèvement, perfusions …).

Une évaluation régulière doit permettre de garantir l'adaptation du dispositif de soins aux besoins de la personne.

Les parties **s'engagent à mener tous les ……. (prévoir un délai) des évaluations des soins** requis de chaque patient afin de déterminer si l'intervention du SSIAD ou de l'HAD est en adéquation avec ces besoins.

Les parties peuvent choisir de retenir des critères objectifs, des indicateurs, des instruments existants utilisés afin d'objectiver le caractère inadéquat des soins délivrées par la structure et les besoins du patient :[49]

- la fréquence des passages infirmiers nécessaires ;
- l'indice de Karnofsky ;

---

49 Les parties peuvent choisir de retenir des critères,. Les éléments concernant la fréquence des passages infirmiers, l'indice de Karnofsky et les éléments du PMSI ne constituent que des exemples.

- les types de soins délivrés. L'HAD délivre certains types de soins (ou mode de prise en charge) définis réglementairement (circulaire du 30 décembre 2000), par le guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisées de l'hospitalisation à domicile (bulletin officiel n°2013/7 bis, fascicule spécial, ministère du travail, de l'emploi et de la santé). Si l'état de santé du patient initialement pris en charge par le SSIAD nécessite de tels soins (cf annexe), un passage de relais à l'HAD peut être nécessaire.

⇨ Article 5 : la procédure de relais

Les parties s'engagent à respecter la procédure suivante :

1ère étape :

Une évaluation des soins requis et de la prise en charge nécessaire est menée dans la structure concernée (SSIAD ou HAD).Cette évaluation fait apparaitre la nécessité d'organiser un relais de la prise en charge de l'HAD vers le SSIAD ou du SSIAD vers l'HAD.

2ème étape :

Le médecin coordonnateur de l'HAD ou l'infirmier coordonnateur du SSIAD, en lien avec le médecin traitant, prend contact avec la structure avec laquelle le relais est envisagé afin de voir dans quelles conditions (date, délai, modalités …) ce relais pourrait se faire. Il transmet une fiche de liaison du patient (identification du patient, soins apportés et fréquence des soins, résumé des soins infirmiers …).

3ème étape :

L'HAD ou le SSIAD informe le patient et/ou son représentant légal ou sa famille de la nécessité de changer de prise en charge ainsi que des conditions de fonctionnement de l'autre structure et des modalités, notamment de prise en charge financière des aides techniques et des médicaments dans lesquelles pourraient intervenir le relais. L'accord du patient et du médecin traitant sont recueillis.

⇨ Article 6 : les modalités du relais

♦ La responsabilité du médecin traitant

Le passage du SSIAD à l'HAD ou de l'HAD au SSIAD est sous la responsabilité du médecin traitant qui apprécie cliniquement la prise en charge nécessaire à son patient en concertation avec le médecin coordonnateur de l'HAD ou l'infirmier coordonnateur du SSIAD.

♦ Le continuum des matériels

Lors du passage d'une prise en charge en HAD à une prise en charge en SSIAD, le matériel médical mis en place par l'établissement d'HAD (lit médicalisé …) est laissé en place, dans la mesure du possible, mais la charge financière doit faire l'objet d'une demande de remboursement par le patient au niveau de sa caisse d'assurance maladie, sur la base d'une prescription médicale.

♦ La coordination des soins

Les parties signataires s'engagent à définir en concertation les protocoles de soins appliqués lors du relais. Les protocoles et l'organisation des soins afférente initiés dans le cadre du SSIAD ou de l'HAD sont, communiqués à l'autre partie afin d'adapter le plus précisément possible le nouveau protocole.

Si une modification ou une adaptation de la prise en charge est nécessaire, celle-ci peut se faire dans le cadre d'une réunion de concertation entre les personnels des deux établissements.

⇨ Article 7 : la durée de la convention.

La présente convention est conclue pour une durée de ……. année(s). Elle doit être reconduite de manière expresse (la reconduction tacite est également possible, mais une reconduction expresse oblige les parties à se réinterroger de manière régulière sur leur coopération et donc à l'ajuster aux besoins).

Toute modification à la convention doit se faire par avenant approuvé dans les mêmes formes que la présente convention.

⇨ Article 8 : la dénonciation et la résiliation de la convention.

La présente convention peut être dénoncée à tout moment par l'une des parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au plus tard deux mois avant son échéance. Dans ce cas les parties veilleront à ce que les patients concernés par la convention ne soient pas confrontés à une rupture dans leur prise en charge.

Fait à …….

Le, ……..

Signatures ……

ANNEXE A LA CONVENTION DE COLLABORATION ENTRE LE SSIAD ET L'ETABLISSEMENT D'HAD

Les éléments de cette annexe sont issus du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisées de l'hospitalisation à domicile[50].

NB : n'ont été retenus que les éléments susceptibles d'intéresser les SSIAD et l'HAD dans le cadre d'une convention de collaboration. Pour plus d'informations, le lecteur pourra consulter la guide méthodologique PMSI.

I. L'INDICE DE KARNOFSKY (IK) [51]

Il décrit sur une échelle synthétique de 0 (décès) à 100% (aucun signe ou symptôme de maladie) l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage …) et les soins médicaux qu'il requiert.

Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10% à une autonomie quasi-totale (90% - 100%).

Cotation	Situation correspondante
100%	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie
90%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie.
80%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs.
70%	Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler.
60%	Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels.
50%	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents.
40%	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers.
30%	Le patient est sévèrement handicapé.
20%	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif.
10%	Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement.

II. LES TYPES DE SOINS QUI PEUVENT ETRE DELIVRES EN HAD[52] :

Selon l'état de santé de la personne, différents types de soins (modes de prise en charge) peuvent être délivrés en HAD. Ils nécessitent la mise en œuvre d'un ou plusieurs modes de prise en charge définis préalablement à l'admission et qui doivent être revus au cours du séjour en tant que de besoin.

50 Bulletin official n°2013/ 7 bis, fascicule spécial, ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

51 Page 135 du guide PMSI.

52 Page 96 – 117 du guide PMSI

Parmi ces modes de prise en charge, ceux susceptibles de concerner les patients qui font l'objet d'une collaboration entre SSIAD et HAD :

- **L'assistance respiratoire** : ce mode de prise en charge concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite. Il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage.

- **La nutrition parentérale** : elle consiste en la perfusion intraveineuse d'un mélange nutritif ayant la statut de médicament: mélanges nutritifs de type solutions binaires (lipides et protides) ou solutions ternaires (glucides, lipides et protides).

- **Le traitement intraveineux :** il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, par voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. Chez l'adulte, elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour.

- **Les soins palliatifs :** il s'agit de la prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante, pour une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs précise les spécificités de ces soins.

- **La chimiothérapie anticancéreuse** : la notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée. La prise en charge comporte :

  - l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ;
  - l'administration de la chimiothérapie (ou de l'immunothérapie à visée antinéoplasique) ;
  - la surveillance médicosoignante des thérapeutiques administrées ;
  - le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant au(x) jour(s) d'administration de la chimiothérapie.

- **La nutrition entérale**: ce mode de prise en charge concerne les patients porteurs de sonde nasogastrique, de gastrostomie, de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD.

- **La prise en charge de la douleur** : la prise en charge de la douleur comporte l'évaluation médicosoignante de la douleur, la mise en place du traitement et l'évaluation ainsi que les réajustements des thérapeutiques.

- **Les autres traitements** : il s'agit de prises en charge de patients nécessitant un suivi médicosoignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents. Seules peuvent être concernées les prises en charge ne pouvant pas être décrites, même sous une forme dégradée, par aucun des autres modes de prise en charge. Ce mode de prise en charge regroupe des situations hétérogènes :

- nouvelles modalités de prise en charge en HAD non modélisées actuellement ;
- actes spécifiques (ex : évacuation pleurale, ponction d'ascite …) lorsqu'ils sont réalisés dans un contexte justifiant une hospitalisation.

- **Les pansements complexes et soins spécifiques** (stomies compliquées) : ils concernent les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus …) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes en moyenne sur la durée de la prise en charge.

- **Le post-traitement chirurgical :** il comprend pour une durée limitée la surveillance des sutures, des pansements et/ou de la cicatrice à la suite immédiate d'une chirurgie.

- **La rééducation orthopédique** : le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique. Le nombre de passage minimum de l'équipe de rééducation au domicile du patient est fixé à 5 semaines lorsque le mode de prise en charge rééducation orthopédique est codé en mode de prise en charge principal et à 3 semaine lorsqu'il est codé en mode de prise en charge associé.

- **La rééducation neurologique** : le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique. Le nombre de passages minimum de l'équipe de rééducation au domicile du patient est fixé à 5 par semaine lorsque le mode de prise en charge rééducation neurologique est codé en mode de prise en charge principal et à 3 par semaine lorsqu'il est codé en mode de prise en charge associé.

- **La surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse** : elle comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médicosoignante des effets secondaires inhabituels et intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière (soins de cathéter, surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle).

- **Les soins de nursing lourds** : ils comportent une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures (= durée de présence de l'équipe soignante quel que soit son effectif) chez des malades dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky inférieur ou égal à 50%).

- **L'éducation du patient et/ou de son entourage** : elle comporte le suivi médicosoignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires …) formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient.

- **La surveillance de radiothérapie** : elle comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie (gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle).

- **La transfusion sanguine** : elle est assurée directement par l'équipe médicosoignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.

Annexe 6

TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES AYANT UNE INCIDENCE SUR LES SSIAD

I. TRAITEMENT DE LA DEMANDE D'ADMISSION EN SSIAD

- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Art L 311-4 du CASF (livret d'accueil).
- Art L 311-5 du CASF (personne qualifiée).
- Art L 311-7 du CASF (règlement de fonctionnement).
- Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'art L 311-5 du CASF.
- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'art L 311-7 du CASF.
- Décret n°2004-1272 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'Art L 311-4 du CASF.
- Art R 311-33 à R 311-37 de CASF (règlement de fonctionnement).
- Arrêté ministériel du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'art L 311-4 du CASF.
- Circulaire DGAS/SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles.
- Instruction interministérielle n° DHOS/E1/DAF/DPACI/2007/322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical.
- Guide pour les établissements sociaux et médico-sociaux, le dossier de la personne accueillie ou accompagnée, recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité, DGAS, juin 2007.

- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, les attentes de la personne et le projet personnalisé, décembre 2008.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, octobre 2010.
- Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé, juin 2008, HAS.

II. EVALUATION DES BESOINS DE LA PERSONNE

- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'art L 311-4 du CASF.
- Décret n°2008-110 du 8 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées.
- Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.
- Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du CASF.
- Circulaire n°DGCS/SD3A/2011/110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 6).
- Acquisition d'une aide technique : quels acteurs, quel processus ?, audition publique, mars 2007, HAS.

III. PRESTATION DE SOINS

- Circulaire n°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.
- Document du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile, méthodes, repères, outils, janvier 2009.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, les attentes de la personne et le projet personnalisé.
- Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance, mai 2004, ANAES.

- Recommandations de bonne pratique, modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, mars 2011, HAS.
- Recommandations de bonne pratique, confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation, mai 2009, HAS.
- Recommandations de bonnes pratiques, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, mai 2009, HAS.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009, Société française de gériatrie et gérontologie, HAS.
- Recommandations pour la pratique clinique, prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques, novembre 2005, HAS, Société française d'hygiène hospitalière.
- Recommandation de bonne pratique : délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, mai 2012, HAS.
- Recommandations professionnelle : prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux, mars 2012, janvier 2013, société française d'hygiène hospitalière.
- Recommandations pour la pratique clinique, prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, novembre 2005, HAS, Société française de documentation et de recherche en médecine générale.
- Recommandations, l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, janvier 2004, ANAES, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.
- Recommandations, prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, ANEAS, novembre 2001.
- Recommandations pour les pratiques de soins, soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile, ANAES, avril 2000.

IV. SPECIFICITE DES PERSONNES DES SSIAD

- Décret n°2007-221 du 19 février 2007 pris en application du II de l'art L 312-1 du CASF relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, missions du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.

V. EVALUATIONS DE L'ACTIVITE DES PRESTATIONS

- Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux.
- Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'art R. 146-28 du CASF.
- Démarche qualité – Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire – Guide méthodologique, DGAS, mars 2004.
- L'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médio-sociaux, CNESMS, 2006.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, la mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'art L 312-1 du CASF, 2008.
- Manuel d'accompagnement du GEVA ; guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapées ; mai 2008 ; http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/manuel_GEVA_mai_2008-2.pdf
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, la conduite de l'évaluation interne dans les services d'aide à domicile au bénéfice des publics adultes, 2012.

VI. PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

- Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives.
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.
- Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité au travail.
- Livre II du code du travail (contrat de travail).
- L 2311-1 du code du travail (champ d'application concernant les règles relatives aux instances représentatives du personnel).
- L 2312-1 à L, 2312-8 du code du travail (conditions de mise en place du délégué du personnel).
- L 2313-1 et L 2313-2 du code du travail (attributions du délégué du personnel).
- L 2314-1 à L 2316-1 du code du travail (nombre, élection et mandat du délégué du personnel).
- Art L 4121-1 à L 4121-5 du code du travail (obligations de prévention de l'employeur).

- Art L 4122-1 à 4122-2 du code du travail (obligation des travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail).
- Art L 4141-1 à L 4141-4 du code du travail (informations des travailleurs sur les risques).
- Art L. 4644-1 du code du travail (aide de l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail).
- Décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail.
- Décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.
- Art R 4121-1 à R 4121-4 du code du travail (document unique d'évaluation des risques).
- Art R. 4623-37 du code du travail (intervenant en prévention des risques professionnels des services de santé au travail interentreprises).
- Art R. 4741-1 du code du travail (infractions commises par l'employeur ou son représentant).
- Art R. 1335-1 et R. 1335-2 du code de la santé publique (DASRI).
- Art R. 4312-12 du code de la santé publique (DASRI).
- Art D. 1335-8 du code de la santé publique.
- Arrêté du 23 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.
- Arrêté du 6 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 23 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.
- Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
- Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
- Circulaire n°6 DRT n°2002-06 du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n°2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs prévue à l'art L 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, mission du responsable du service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile, 2009.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, 2008.
- Guide des pratiques de prévention des risques professionnels, Chorum Initiatives pour le développement de l'Economie Sociale, Mutualité Française, Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, avril 2009.
- Prévention des risques professionnels dans l'économie sociale, développer la qualité de vie au travail, Chorum Initiatives pour le développement de l'Economie Sociale, Union de Syndicats et Groupements d'Employeurs Représentatifs dans l'Economie Sociale.
- Déchets d'activité de soins à risque infectieux : comment les éliminer ?, Ministère de la santé et des sports, 2009.
- Tri des déchets d'activités de soins des professionnels de santé du secteur diffus, Agence de l'environnement de la maitrise de l'énergie, 2012.

VII. COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES SOINS

- Circulaire n°DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.
- Circulaire n°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.
- Circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, ouverture de l'établissement à et sur son environnement.
- Coopération entre professionnels de santé, guide méthodologie, tome 1, conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007, HAS.
- Coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique, tome 2, HAS, DGOS.

VIII. COORDINATION AVEC LES AUTRES ACTEURS POUR UNE CONTINUITE DES SOINS

- Conférence de consensus, sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur le plan moteur et/ou neuropsychologique, septembre 2004, ANAES, Société française de médecine physique et de réadaptation.
- Conférence de consensus, sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique, décembre 2004, ANAES, Société française d'économie de la santé.