

Synthèse et restitution du travail effectué par le groupe HAD en EHPAD

1) HAD en EHPAD : les bases réglementaires

- **Décrets n°2007-241 du 22 février 2007**, relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Ce décret modifie le code de la santé publique et autorise les structures d'HAD à intervenir dans les établissements et services qui accueillent des personnes âgées (établissements visés au 6° du L 312-1 du code de l'action sociale)

Il précise que les soins pourront être délivrés lorsque l'état de santé du résident nécessite une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement.

- **Arrêté du 16 mars 2007**, fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile, d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes.

Cet arrêté est accompagné d'une annexe fixant de manière limitative les cas de prise en charge autorisés. Certains de ces cas ne peuvent être pris en charge que s'ils sont associés au moins à une autre prise en charge HAD en EHPA(D). (Cf. tableau ci-dessous)

- **Arrêté du 25 avril 2007**, modifiant l'arrêté du 16 mars 2007, fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile, d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes.

Cet arrêté vient préciser que le texte précédent ne concerne pas les établissements ne bénéficiant pas de l'autorisation prévue par le code de l'action sociale.

- **Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007**, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes.

Ce décret indique qu'une convention doit préalablement être signée. Cette convention porte sur 5 points :

- ▶ Les conditions de l'intervention de la structure d'HAD dans l'établissement,
- ▶ Les modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins,
- ▶ L'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient,

- ▶ L'organisation des circuits du médicament,
- ▶ Les modalités d'évaluation et d'organisation définies.

Il précise également que la convention est transmise pour information à l'ARH, à la DDASS, au Conseil Général, et à la CPAM.

- **Circulaire n°DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007**, relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes.

A cette circulaire était joint un projet de convention type.

- **Les arrêtés de mars 2007 et février 2008**, fixent les tarifs applicables pour les prestations d'HAD délivrées en EHPAD.
- **L'arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007**, fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

2) Conditions de prise en charge pour l'admission d'une HAD en EHPAD

Le tableau ci-dessous émane de l'annexe 1 de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté du 24 mars 2009, visés ci-dessus (Les modes de prise en charge principaux figurent en gras) :

PRISE EN CHARGE	No mode de prise en charge	DÉFINITION	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE pour l'admission en HAD d'un résident d'EHPA
Assistance respiratoire.	01	Cette 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 les soins éducatifs du patient et de l'entourage. Cette assistance est mécanisée.	L'assistance respiratoire peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Nutrition parentérale.	02	Cette prise en charge fait référence à l'administration au patient de solutions binaires ou ternaires. La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie veineuse centrale, fourniture et maintenance des pompes).	La nutrition parentérale peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Traitement intraveineux.	03	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, sur voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. Elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour.	Le traitement intraveineux peut être mis en œuvre par une structure d'HAD en EHPA s'il nécessite l'intervention la nuit d'une infirmière non présente en EHPA.

Soins palliatifs.	04	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 dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie ou de phase terminale.	La prise en charge des soins palliatifs peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA si elle nécessite une mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapeutique) ainsi que techniques (ex.: équilibre difficile) ou ajustement quotidien de médicaments par voie orale ou parentérale du fait de la permanence et de l'instabilité de symptômes pénibles requérant un contrôle technique et une surveillance rapprochée.
Chimiothérapie anticancéreuse.	05	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 ; - la surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées ; - la surveillance et la gestion des effets secondaires.	La chimiothérapie anticancéreuse peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA, à l'exception de la chimiothérapie par voie orale.
Nutrition entérale.	06	Cette prise en charge concerne des patients porteurs de sondes nasogastriques, de gastrostomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Elle comporte une surveillance du patient, la maintenance des pompes et l'éducation du patient et de son entourage.	La nutrition entérale peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Prise en charge de la douleur.	07	Cette prise en charge comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.	La prise en charge de la douleur peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA si sa mise en œuvre nécessite l'utilisation d'une pompe PCA.
Autres traitements.	08	Il s'agit de prise en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents.	Ces interventions peuvent être assurées par une structure d'HAD en EHPA si elles sont exceptionnelles et correspondent à des pratiques documentées.
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées).	09	Cette prise en charge concerne les patients porteurs de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes.	Ces interventions peuvent être assurées par une structure d'HAD en EHPA.
Rééducation orthopédique.	11	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique.	La rééducation orthopédique peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Rééducation neurologique.	12	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie neurologique.	La rééducation neurologique peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Soins de nursing lourds.	14	Il s'agit d'une prise en charge quotidienne au total supérieure à deux heures, à raison d'au moins deux passages par jour chez des malades très dépendants (Karnofsky 6 50 %).	Les soins de nursing lourds peuvent être assurés par la structure d'HAD en EHPA uniquement si ils sont associés en complément d'une prise en charge principale.

Transfusion sanguine.	18	La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents.	La transfusion sanguine peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA.
Surveillance d'aplasie.	24	La prise en charge comporte : - la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; - la surveillance et la gestion des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion...).	La surveillance d'aplasie peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA.

- ▶ Tous les modes de prise en charge de l'annexe I de l'arrêté du 16 mars 2007 peuvent être classés en tant que modes de prise en charge associés, en complément d'un mode de prise en charge principal ;
- ▶ Seuls les modes de prise en charge n° 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18 et 24 de l'annexe I de ce même arrêté peuvent être classés en modes de prise en charge principaux.

3) Les organismes d'HAD en Ile de France

Il existe en Ile de France 2 245 places d'HAD dont 2 220 sont réparties entre 3 principales structures : Santé Service, l'AP-HP et la Croix St Simon. Ces 2 dernières n'interviennent qu'à Paris et dans sa proche périphérie.

Pour le Val d'Oise, seule Santé Service est habilité à intervenir si l'on fait exception de la récente HAD de rééducation fonctionnelle rattachée à l'hôpital d'Eaubonne qui n'intervient que très localement.

4) Présentation de Santé Service

Santé Service est une association créée en 1958. Il s'agit d'un établissement participant au service public hospitalier. Sa direction générale est située à Puteaux (92). Elle compte environ 800 salariés et travaille avec près de 6 000 libéraux.

Santé service compte actuellement 1 200 places autorisées pour toute l'Ile de France et assume 52% des HAD de la région. Mais il semble que cette capacité soit amenée à augmenter du fait notamment du nombre croissant de conventions passées avec les EHPAD et de la demande potentielle à venir.

Santé Service est organisée en 3 grands pôles (et 23 antennes) couvrant l'ensemble de l'Ile de France : Sud, Est, Ouest. Le val d'Oise se trouve à cheval sur les pôles Ouest (antenne d'Argenteuil) et Est (antenne de Gonesse). Une antenne située à Beaumont-sur-Oise couvre le nord du département.

La mission des pôles est d'organiser l'ensemble des interventions et des soins à domicile. Chaque pôle est divisé en sous-secteurs et chaque sous-secteur est animé par un cadre de santé qui planifie les tournées.

5) Les modalités d'intervention de Santé Service :

- 1^{ère} phase :

Signature de la convention qui apporte toutes précisions sur l'articulation entre les deux structures (dossier de soins, médicaments, évaluation du partenariat, ...)
Visite du directeur du pôle de rattachement et/ou du médecin coordonateur et/ou du cadre de santé.

- 2^{ème} phase :

Demande d'intervention pour un résident par le médecin traitant du résident/patient, après avis du médecin coordonateur de l'EHPAD, par appel à la responsable de centralisation des médecins de ville, à Puteaux.

- 3^{ème} phase :

Envoi de l'infirmière coordonnatrice de l'antenne la plus proche. Signature par les parties médicales et administratives des deux structures, du protocole d'accord et du protocole de soins lié au patient pris en charge. La trame de ces protocoles individuels figure en annexe de la convention signée dans la 1^{ère} phase.

- 4^{ème} phase :

Intervention des professionnels nécessaires dépendants du pôle de rattachement dans les 48 à 72 heures suivant la demande.

6) Questions – Réponses

1. Préciser le rôle de chaque prescripteur vis-à-vis du médecin traitant.

Le médecin traitant, voire le médecin hospitalier, est le prescripteur en concertation avec le médecin coordonnateur de l'établissement.

2. Combien d'EHPAD ont-ils sollicité une convention avec Santé Service ?

A ce jour (mai 2009) : 80 conventions signées en Ile de France avec des EHPAD dont moins d'une dizaine dans le Val d'Oise.

3. Y a-t-il des différences dans les interventions entre établissements publics et privés ?

Non, les contraintes réglementaires et les dispositifs de mise en œuvre de l'intervention en établissement sont appliqués de la même façon dans les structures publiques ou privées.

4. Quel est le pourcentage maximum de résidents pris en charge par l'HAD dans un EHPAD ?

Contrairement à une idée reçue limitant à un certain pourcentage le nombre de résidents pouvant être pris en charge en HAD dans un même établissement, il n'y a pas de limite réglementaire. Cependant l'expérience semble démontrer que le nombre d'indications à l'HAD en établissement reste très limité.

5. Impact de L'HAD sur la tarification de l'établissement ?

L'intervention de L'HAD n'a aucune incidence sur l'enveloppe de soins attribuée à l'établissement.

En revanche la structure d'HAD est contrainte d'appliquer un taux de réduction sur les tarifs applicables à domicile, pour tenir compte du support logistique fourni par l'établissement. Ce taux de réduction est fixé annuellement par voie réglementaire. Il est actuellement fixé à 13%.

Attention : les résidents pris en charge dans le cadre d'une HAD à un moment donné, ne peuvent plus être pris en compte dans le calcul du score PATHOS de l'établissement à ce même moment.

6. Qui prend en charge le financement des médicaments ?

Les médicaments prescrits pour la prise en charge de la (des) pathologies justifiant le recours à L'HAD sont entièrement pris en charge ainsi que tous les dispositifs médicaux nécessaires par le service d'HAD.

En revanche les traitements n'ayant pas de rapport avec la maladie concernée (notamment les maladies chroniques) restent à la charge de l'EHPAD.

7. L'HAD intervient-elle la nuit ?

Santé service fonctionne 24h/24 avec 3 astreintes (cadre de santé, médecin, pharmacie). Les équipes de nuit n'interviennent que pour les urgences (si évaluation et prescription anticipées).

8. Quel est le délai de réponse avant la décision de prise en charge d'un résident ?

Dans la mesure où une convention cadre a préalablement été signée avec l'établissement, le déclenchement d'une HAD à partir du moment de sa prescription est d'environ 48 à 72 heures.

9. Quels sont les conditions de la réussite d'une HAD en EHPAD selon le retour d'expérience de Santé Service ?

2 éléments sont indispensables :

- Une organisation précise : réunion de « calage » avec le cadre de santé et l'équipe soignante (qui fait quoi) / dossier commun / cahier des charges / détails pratiques (les modalités pratiques sont aujourd'hui finalisées par Santé service). Il est donc particulièrement important de formaliser correctement l'organisation en s'appuyant sur les annexes conventionnelles.
- Une large communication, avec notamment la préparation des familles au fait que la mise en place d'une HAD constitue une véritable hospitalisation.
-

10. Est-il possible de simplifier le processus de convention pour chaque résident ?

On signe uniquement les protocoles figurant en annexes à la convention, mais cela doit être fait pour chaque nouveau résident admis.

11. Santé Service sera-t-il en mesure de répondre à toutes les demandes en provenance des EHPAD ?

Santé service affirme être en situation de s'adapter à une demande plus importante que celle existante aujourd'hui.

7) Conclusion

La possibilité de faire intervenir l'HAD en EHPAD constitue un véritable 'plus' pour les établissements et pour les résidents si cette faculté nouvelle est correctement utilisée.

L'HAD ne doit en aucun cas être considérée comme un moyen de substitution permettant de compenser un manque d'effectif soignant.

L'esprit des textes est de faire en sorte que :

- L'HAD vient compléter sans se substituer,
- Le recours à l'HAD évite une hospitalisation ou permet un retour plus rapide de l'hôpital ou des Soins de Suites (HAD de rééducation fonctionnelle).

Les demandes d'HAD par les EHPAD devraient se concentrer sur un faible nombre d'indication, parmi lesquels :

- Les réalisations de pansements complexes (mobilisant plus d'une demi-heure ou quarante minutes de temps infirmier)
- La prise en charge dans l'établissement de soins palliatifs avec éventuellement nutrition entérale, parentérale, et/ou avec traitement de la douleur.
- La rééducation fonctionnelle chez des patients/résidents ayant subi une chirurgie traumatologique, pour permettre de raccourcir ou d'éviter leur dépaysement en établissement de soins de suites.

Une question importante reste posée :

Santé Service n'a que peu d'expérience spécifique en gériatrie et en EHPAD. Dans ces conditions, est-elle en mesure de répondre à la demande des établissements dans le respect de leurs contraintes d'organisation et de la qualité des prestations due à leurs résidents ?

A cet égard et pour permettre l'évaluation des pratiques, les établissements sont invités à faire remonter leurs retours d'expérience au Réseau Gériatrique. Le Groupe de travail HAD en EHPAD, qui reste en situation de veille, en fera la synthèse et poursuivra sa réflexion sur les évolutions souhaitables de l'HAD en EHPAD.

