

**UNIVERSITE RENE DESCARTES-PARIS V
FACULTE COCHIN-PORT ROYAL**

**MODALITES PRATIQUES DE
L'INTERVENTION DE L'HAD EN EHPAD**

DOCTEUR SYLVIE JOMBART

**DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE
DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

PLAN

I - INTRODUCTION

II - TEXTES LEGISLATIFS

III - DESCRIPTION DE L HAD

Historique

Organisation

Modes de prises en charge

Modalités de fonctionnement en dehors de l'EHPAD

Rôle du médecin coordonnateur

Avantages de l'intervention en ehpad plutôt qu' au domicile

IV - MODALITES PRATIQUES

Convention de partenariat

Protocole nominatif d'intervention

Modèle de convention

V - CONCLUSION

VI - ANNEXES – TEXTES DE REFERENCES

Décret n 2007-241 du 22 février 2007

Arrêté du 16 mars 2007

Arrêté du 25 avril 2007

Décret n 2007-660 du 30 avril 2007

Circulaire du 05 octobre 2007 DHOS/03/DGAS/2C/2007/365

I - INTRODUCTION

A ce jour l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans et le GMP de plus de 700. Les pensionnaires âgés dépendants nécessitent donc une charge en soins très importante alors que le taux moyen d'encadrement en EHPAD est de 0,4 agent par personne.

C'est pourquoi lors de la survenue d'une pathologie sévère, chronophage, ou de l'obligation de présence d'une infirmière d'astreinte de nuit pour la surveillance et l'adaptation d'un traitement intraveineux, la seule décision raisonnable pour l'équipe soignante était d'adresser le patient à l'hôpital.

Mais depuis la possibilité d'intervention de l'Hospitalisation A Domicile (HAD.) en EHPAD (décret du 22/02/07 ou plus précisément la circulaire du 05/10/2007 donnant les éléments de sa réalisation) ce dérachement peut être évité .

Il évite ainsi les pathologies surajoutés notamment le syndrome de glissement et permet de se conformer à l'article 11 de la chartre des droits et libertés de la personne âgée dépendante qui insiste sur le respect de la fin de vie.

En effet n'est il pas moins douloureux de décéder sur son lieu de vie plutôt que sur un chariot des urgences ou dans une chambre anonyme isolée.

Cette intervention obéit à des règles strictes et à sa formalisation par des conventions dont les modalités font l'objet de cet exposé.

II - TEXTES LEGISLATIFS

Les derniers décrets, arrêtés et circulaires relatives aux modalités d'intervention des structures HAD en EHPAD sont :

- **Décret n° 2007-241 du 22 février 2007** autorise l'intervention des HAD au sein des EHPAD lors de soins complexes et ou nécessitant des moyens importants, et spécifie que cette intervention entraîne la minoration des forfaits HAD.

- **Arrêté du 16 mars 2007** fixe les conditions et les 14 modes de prises en charges qui sont en fait des critères de recours à l HAD.

- **Arrêté du 25 avril 2007** modifiant l arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prises en charge en EHPA.

- **Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007** définit les 5 chapitres de la convention entre les établissements et les tutelles auxquelles cette dernière doit être transmise.

- **Circulaire du 05 octobre 2007 DHOS/03/DGAS/2C/2007/365** précise les règles de partenariat entre les 2 structures à l'aide de modèles de protocoles et conventions.

Ces textes seront décrits ci-après au cours de l'exposé. Vous les retrouvez jointes en annexes.

III - DESCRIPTION DE L HAD

L HAD est une **alternative à l'hospitalisation traditionnelle**

Décret du 02 octobre 1992 «Elle permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée, mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés »

L'HAD permet ainsi

- d'écourter le séjour hospitalier
- d'éviter une nouvelle hospitalisation
- de rester à domicile ou en EHPAD malgré une pathologie sévère

1) Historique :

L'HAD s'inspire d'une expérience New Yorkaise de 1945 *le home care* qui instituait des soins de suites à domicile.

C'est en 1957 que s'installe le premier établissement d'HAD à Paris.

La reconnaissance légale de l'HAD ne se fera qu'en 1970 par la loi du 30/12/1970.

Un coup de pouce sera donné au développement de l'HAD par l'ordonnance de septembre 2003 faisant disparaître le taux de change qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation pour toute création d'un lit d'HAD.

2) Organisation d une structure d HAD :

Se sont soit des établissements publics, soit des établissements privés à but lucratifs (en augmentation) ou non lucratifs.

Avec un conseil d'administration à leur tête nommant un directeur.

Celui-ci dirige une équipe comportant :

Au moins un cadre infirmiers

Des infirmiers (quota d'un infirmier pour 6 patients)

Des aides soignants

Un médecin coordonnateur

Et selon les structures

Un assistant social

Un psychologue

Un pharmacien s il existe une pharmacie interne

Un kinésithérapeute

Un fournisseur de matériel médical

Un orthophoniste

Un ergothérapeute

Le travail se fait en collaboration avec des prestataires extérieurs en cas d'absence de ces derniers permettant de fournir un service complet.

3) Modes de prise en charge :

Il existe 24 critères de recours à l'HAD nommés *mode de prise en charge*, seuls 14 sont admis pour une prise en charge en EHPAD. Ils sont classés par ordre d'utilisation décroissante en HAD.

	Définition	conditions
Soins palliatifs	Accompagnement de fin de vie ou de phase terminale	Mobilisation importante de besoins relationnels techniques ou ajustement quotidien de médicaments
Pansements complexes et soins spécifiques	Escarres, ulcères, stomies compliquées nécessitant des passages pluriquotidiens ou supérieur à 30mn	
Soins de nursing lourd	Prise en charge quotidienne au total supérieure à 2 heures par jour à raison d'au moins 2 passages chez des patients très dépendant (IK<50%)	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Nutrition entérale	Sonde nasogastrique, jéjunostomie, gastrostomie avec apport par l'HAD du matériel et des produits de nutrition	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Nutrition parentérale	Suivi médical et biologique de l'alimentation et mise en place des soins infirmiers	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Traitement intraveineux	Antibiothérapie ou traitement anti viral type protocole hospitalier nécessitant plusieurs passages infirmiers par jour	Pris en charge en HAD s'il nécessite la présence d'une infirmière de nuit non présente en EHPAD
Assistance respiratoire	mécanisée	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Chimiothérapie anticancéreuse	Prise en charge globale	Sauf chimiothérapie orale
Prise en charge de la douleur	Evaluation médico-soignante de la douleur et ses traitements	Seulement si utilisation d'une pompe PCA
Autres traitements	Suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquent (ex : Pleurix)	interventions exceptionnelles sur des pratiques documentées
Rééducation orthopédique	Implique une forte implication de l'équipe de kinésithérapeutes	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Rééducation neurologique	Implique une forte implication de l'équipe de kinésithérapeutes et un projet de rééducation spécifique	Doit être associée au moins à une autre prise en charge par l'HAD
Transfusion sanguine	Prise en charge globale	
Surveillance d'aplasie	Surveillance médico-soignante de l'aplasie sur le plan biologique, clinique et gestion des effets secondaires	

4) Modalités de fonctionnement en dehors de l'EHPAD :

La **demande d'admission**, le plus souvent effectuée à la suite d'une hospitalisation par le médecin hospitalier, peut également se faire du domicile par le médecin traitant.

Cette demande est **étudiée** par une infirmière coordinatrice, le médecin coordonnateur et le directeur.

Une **enquête** de faisabilité est réalisée au domicile .

Les **besoins** en : soins , matériels et médicaments sont évalués

Et un **projet de soins** élaboré précisant : le type de soins nécessaires, le nombre de passage infirmiers et aides soignants journaliers, le matériel à commander, les traitements prescrits.

Les **intervenants libéraux paramédicaux** du patient sont contactés afin de déterminer le rôle de chacun (le but de l'had étant de travailler en coordination avec tous les acteurs de santé), avalisé par une **lettre de mission**. Il en est de même pour les pharmacies en l'absence de Pharmacie à Usage Interne(P.U.I)

Le **médecin traitant** suit son patient. Il reste le médecin prescripteur et s'engage à travailler en collaboration avec l'HAD et pour cela, une visite hebdomadaire minimum doit être assurée.

La **tarification** de l'HAD est calculée selon un **forfait journalier** appelé GHT (groupe homogène de tarif).

Le classement de chaque journée de présence dans un GHT est réalisé par un programme informatique appelé *fonction groupage* qui utilise les 4 variables tarifaires des RPSS :

- le mode de prise en charge principal,
- le mode de prise en charge accessoire,
- l'indice de Karnosky
- la durée de prise en charge au sein de la séquence de soin

Celle-ci comprend la prise en charge des soins effectués par les paramédicaux, le matériel, la pharmacie. Seul le médecin traitant se fera régler directement par la CPAM.

5) Rôle du médecin coordonnateur de l'HAD :

Pratiquant dans le champ sanitaire plutôt que médicosocial, le médecin coordonnateur de l'HAD a un rôle ressemblant à celui du médecin coordonnateur en EHPAD.

Tous deux, sous la responsabilité et l'autorité du responsable de l'établissement sont référent médicaux de leur structure dans le respect des règles professionnelles et déontologiques.

Son rôle est :

- de donner un avis sur les entrées
- d'élaborer, de coordonner et d'évaluer le projet de soin en impliquant le médecin traitant
- d'élaborer un dossier de soins
- de contribuer à l'échange d'information pour une prise en charge globale et coordonnée
- de coordonner, de contacter et d'informer les différents professionnels de santé
- de former en partie les équipes soignantes

- la responsabilité de la saisie de l'information médicale, de la politique du médicament
- de veiller à l'application des bonnes pratiques
- de participer aux décisions stratégiques de l'établissement
- de coopérer avec les services sociaux, les médecins et paramédicaux
- de proposer les orientations médicosociales
- de collaborer à la mise en œuvre de réseau et filière de soin
- de contribuer à l'évaluation de la qualité des soins,
- d'établir un rapport annuel d'activité.

6) Avantages de l'intervention en EHPAD par rapport au domicile :

La réalisation de soins à domicile se révèle parfois compliquée du fait d'une hygiène précaire, de la présence d'animaux, de déplacements dans des lieux non sécurisés. De plus, lors d'une fin de vie, la famille doit assurer une présence, un accompagnement et une aide en dehors des temps de soins des professionnels de l'HAD. Cette situation s'avère très pénible à supporter pour les aidants qui n'y sont pas préparés. Il est évident qu'au sein d'une institution, ces problèmes ne se posent pas.

IV - MODALITES PRATIQUES

Le Primum Novens est à la demande du **médecin coordonnateur et du directeur de l'EHPAD**, la signature d'une **convention de partenariat** avec l'HAD intervenant sur le secteur.

Cette convention définit précisément les modes de fonctionnement établis entre les 2 structures .

En effet, il est important de préciser que l'intervention physique et financière de L'HAD ne se fait que sur la base du mode de prise en charge pour lequel son intervention est demandée.

Ainsi, les soins réalisés avant l'intervention de l'HAD, de même que le matériel déjà sur place, ne seront pas effectués, ni repris en facturation par cette dernière.

Exemple : patient diabétique, insuffisant cardiaque bénéficiant d'un lit médicalisé et présentant de nombreux ulcères nécessitant des pansements complexes. L'HAD intervient pour les pansements, amène le matériel nécessaire à sa réalisation et prend en charge l'Actiskenan prescrit avant les soins. Par contre la toilette, le traitement de fond du diabète de l'insuffisance cardiaque et le lit médicalisé restent à la charge de l'EHPAD.

La convention de partenariat détermine les points suivants :

Articulation des missions et responsabilité entre les 2 structures

Moyens humains et matériels nécessaires

Relation entre les 2 médecins coordonnateurs et le médecin traitant.
On peut éventuellement proposer le médecin coordonnateur de l'EHPAD comme interlocuteur du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'HAD afin d'éviter les relations croisées sources d'incompréhension.

Modalité de tenue du dossier de soin et de sa confidentialité

Celle-ci peut se faire de la manière suivante :

Garder le dossier de l'EHPAD qui contient déjà toutes les données personnelles et médicales, exigées également dans le dossier de soins de l'HAD et y insérer des feuillets pour les interventions de l'HAD.

Lors de la sortie du patient, une photocopie du dossier sera effectuée afin que l'HAD puisse garder une traçabilité.

Détermination du circuit du médicament

Il est important de préciser qu'une pharmacie de ville ne peut reporter la facturation sur 2 établissements pour le même patient, cela pose donc problème en l'absence de Pharmacie à Usage Interne (P.U.I.) dans l'un ou l'autre des établissements.

Critères d'évaluation du partenariat

√ Portant à minima sur les points suivants :

Délai moyen d'attente avant l'intervention de la structure HAD

Nombres de demandes d'hospitalisation non satisfaites et raisons invoquées par la structure HAD

Nombres de séjours et de journées d'hospitalisation complète en établissements de soins de courte durée, de soins de suite et de réadaptation en cours d'hébergement en EHPAD

Nombres de séjours et de journées d'HAD

Qualité de la coordination entre les différents intervenants de la structure HAD

Qualité de la coordination des soins entre les 2 structures

Les résultats seront adressés annuellement à l'ARH à la CRAM ainsi qu'à la caisse qui assure le versement de la dotation de soins de l'EHPAD

Cette convention est **renouvelable annuellement**

Lorsqu'un résident présente une pathologie correspondant à l'un des 14 modes de prises en charge définis par l'arrêté du 16 mars 2007 et qu'une hospitalisation est envisagée ; **A la demande du médecin traitant**, le plus souvent sur proposition du médecin coordonnateur, connaissant désormais mieux cette structure, **l'HAD intervient**.

Il est important de préciser que cette intervention ne peut avoir qu'un caractère exceptionnel et qu'il ne s'agit en aucun cas de remplacer le personnel en vacances.

C'est pourquoi **un protocole nominatif d'intervention** sera établi. Il comportera :

- Un protocole de soins
- Un protocole d'accord sur le médicament
- Un protocole d'accord sur le matériel

A valider par le médecin traitant, les médecins coordonnateurs, les infirmières coordinatrices, les directeurs des deux établissements.

Sur le plan financier l'EHPAD garde sa tarification habituelle, auquel se rajoute pour la CPAM le prix de journée de l'HAD minoré de 13% compte tenue de l'apport initial de soins et matériels par l'EHPAD.

MODELE DE CONVENTION DE PARTENARIAT HAD - EHPAD

CONVENTION DE PARTENARIAT HAD-EHPAD

ENTRE les soussignés :

L'HAD du

N° FINESS :

Siège social :

Représentée par

D'une part,

ET

L'EHPAD « nom de l'EHPAD »

N° FINESS :

Adresse

Représentée par son Directeur

.....

D'autre part,

Vu le décret 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées,

Vu le décret et 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées,

Vu l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté du 25 avril 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.

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule :

Lorsque de manière ponctuelle l'établissement d'hébergement, *NOM DE L'EHPAD*, n'est pas en mesure de pouvoir répondre aux besoins en soins d'un résident, il peut, afin d'éviter une hospitalisation complète, faire appel, sur prescription médicale du médecin traitant, à la structure d'HADqui sera alors partenaire dans la prise en charge pour des soins spécifiques comme précisé dans l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté 25 avril 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 en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

La décision d'admission en HAD du patient hébergé dans l'EHPAD, fait l'objet d'une décision et d'une concertation collégiale entre les directions des deux structures après avis des deux médecins coordonnateurs.

L'HAD n'a pas pour vocation de venir couvrir le besoin médico-social de l'EHPAD et interviendra sur un axe sanitaire qui relève de sa compétence.

Le document ci-après constitue la convention de partenariat entre les deux signataires sur les modalités de l'intervention de l'HAD en EHPAD. Cette convention et la copie de l'autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'art. L313-3 du code de l'action sociale et des familles, annexée à cette convention, sont d'ailleurs transmises par l'EHPAD à sa caisse-pivot, à la DDASS et au Conseil Général, et par l'HAD à l'ARH.

L'intervention de l'HAD en EHPAD ne modifie pas les tarifs alloués à l'EHPAD.
Par contre, l'HAD se voit appliquer un taux de minoration de 13% pour l'année 2007, révisable annuellement par arrêté ministériel.
Un avenant annuel à la présente convention indiquera l'évolution du taux de minoration.

Article 1 – Objet de la convention

Ce document établit les règles de partenariat qui fondent les relations entre l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes, *NOM DE L'EHPAD* et la structure d'Hospitalisation à Domicile.

Cette convention a pour finalité de définir précisément les modes de fonctionnement établis entre ces deux structures, lors d'une prise en charge par l'HAD d'un patient de l'EHPAD.

Les deux structures (HAD et EHPAD) s'engagent à mettre en place tous les moyens nécessaires à la prise en charge conjointe du patient, afin d'optimiser et sécuriser la prise en charge.

Toute mission confiée fait l'objet d'une note écrite signée sur le modèle de l'annexe 1. Son acceptation implique l'adhésion préalable à l'ensemble des éléments de la présente convention.

Article 3- Prescription de l'HAD :

L'HAD est sollicité sur demande du médecin traitant du patient ou du médecin hospitalier après avis du médecin coordonnateur de *NOM DE L'EHPAD*.

Les deux médecins coordonnateurs ne se substituent pas au médecin traitant, celui-ci restant le référent.

Article 4 : Indications pour la prescription

L'intervention de l'HAD ne peut être réalisée que lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- l'état du patient nécessite une ou des interventions techniques, justifiées par une ou des affections aiguës ou des poussées aiguës d'affections chroniques.
- le patient, faute d'HAD, aurait dû être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation complète.
- les conditions de prise en charge par l'HAD selon les modes de prise en charge principaux et associés, énoncées dans l'annexe I de l'arrêté du 16 mars 2007, doivent être respectées :

Prise en charge	N° de mode de prise en charge	Définition	Conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un résident d'EHPAD
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 si elle est associée à au moins une autre prise en charge d'HAD en EHPAD.
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 si elle est associée à au moins une autre prise en charge d'HAD en EHPAD.
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 oeuvre par une structure d'HAD en EHPAD s'il nécessite l'intervention la nuit d'une infirmière non présente en EHPAD.

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 EHPAD si elle nécessite une mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapeutique) ainsi que techniques (ex : équilibrage 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 EHPAD, 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 parentérale peut être assurée par la structure d'HAD si elle est associée à au moins une autre prise en charge d'HAD en EHPAD.
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 EHPAD si sa mise en oeuvre 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 EHPAD 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 30mn.	Ces interventions peuvent être assurées par une structure d'HAD en EHPAD.
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 si elle est associée à au moins une autre prise en charge par l'HAD en EHPAD.
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 si elle est associée à au moins une autre prise en charge par l'HAD en EHPAD.

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 <50 %).	Les soins de nursing lourds peuvent être assurés par la structure d'HAD si elle est associée à au moins une autre prise en charge par l'HAD en EHPAD.
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 EHPAD.
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 EHPAD.

Afin de justifier ce choix de recours, le médecin coordonnateur de *NOM DE L'EHPAD* inscrira dans le dossier de soins du patient pourquoi l'EHPAD n'était pas en mesure de prendre en charge les soins nécessités par l'état du patient.

Article 5 : Modalités de la prise en charge :

Avant toute prise en charge dans le cadre de la présente convention, les parties médicales et administratives des deux structures ainsi que le médecin traitant du patient signeront l'accord de prise en charge prévu à l'annexe 1.

En fin de prise en charge, dans le cadre des temps de coordination, l'anticipation de la sortie sera effectuée par l'observation d'un délai de prévenance.

Article 6 : Protocole de soins

Chaque mission donnera lieu systématiquement à la signature entre les deux établissements d'un protocole de soins, intégrant les modalités spécifiques de chaque prise en charge d'un patient. Le modèle de ce protocole figure en annexe 2.

Toute modification de la prise en charge donnera lieu à la rédaction d'un nouveau protocole de soins,

Cette réactualisation sera effectuée, si nécessaire, dans le cadre d'une réunion de concertation entre les personnels des deux établissements.

Article 7 - Articulation des missions et responsabilités entre les deux structures :

L'HAD et l'EHPAD ayant des missions et responsabilités communes, la répartition de ceux-ci est prévue, dans un souci de coordination entre les acteurs, selon le tableau suivant :

Missions et responsabilités de l'HAD	Missions et responsabilités de l'EHPAD
Visite de pré-admission HAD	
Détermination des moyens nécessaires (humains, techniques, administratifs et de communication) pour le traitement de(s) pathologie(s) intercurrente(s) prise en charge <i>Ex : Si une toilette était assurée par l'EHPAD avant intervention de l'HAD, les aides soignantes de l'HAD n'ont pas à intervenir</i>	Détermination des moyens nécessaires (humains, techniques, administratifs et de communication) pour le traitement de(s) pathologie(s) habituellement prise en charge <i>Ex : Si le matériel médical était présent et pris en charge par l'EHPAD avant intervention de l'HAD, l'EHPAD garde cette prise en charge.</i>
L'HAD gère le stock en matériel médical qu'elle a à sa charge	L'EHPAD gère le stock en matériel médical qu'elle a à sa charge
L'HAD l'approvisionnement et la dispensation des médicaments qu'elle a à sa charge	L'EHPAD gère le stock et la dispensation des médicaments qu'elle a à sa charge
Détermination du projet de soins par les médecins coordonnateurs des 2 structures, en collaboration avec le médecin traitant (<i>Coordination</i>)	
Prise de décision médicale par le médecin traitant en collaboration avec les médecins coordonnateurs des 2 structures	
Saisie des informations nécessaires à la bonne prise en charge dans le dossier patient de l'EHPAD (changement de traitement, état du patient, ré-hospitalisation)	
Mention des actes effectués par le personnel de chaque structure, à chaque passage, dans le dossier de soins de l'EHPAD complété des feuilles HAD.	
Le personnel de l'HAD est responsable de ses actes. Les assurances souscrites par l'HAD s'applique à son personnel.	Le personnel de l'EHPAD est responsable de ses actes. Les assurances souscrites par l'EHPAD s'applique à son personnel.
Le personnel mandaté (professionnels libéraux) par l'une des structures est responsable de ses actes, ils sont pour cela assurés.	
	Soutien psychologique éventuel, action d'un (e) psychologue ou de CHAMAD)
L'HAD pourra remettre un questionnaire de satisfaction au patient afin d'évaluer la qualité de la prise en charge.	
Respect du secret médical	

Article 8 – Gestion du circuit du médicament :

La prise en charge, c'est-à-dire, l'approvisionnement et la dispensation des médicaments, ainsi que du matériel médical :

- nécessaires au traitement de(s) pathologie(s) intercurrente(s) ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD est assurée et financée par cette dernière sur prescription spécifique du médecin traitant,

- habituellement prescrits par le même médecin traitant pour le patient dans le cadre des soins pris en charge par **NOM EHPAD** est assurée et éventuellement financée par ce dernier.

Une séparation stricte des prescriptions entre médicaments habituellement dispensés au patient et médicaments nécessaires au traitement des pathologies ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD permet une ventilation ultérieure des charges entre l'EHPAD pour les premiers et HAD pour les seconds.

Une concertation entre le médecin traitant de l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'HAD doit permettre de réduire les risques iatrogènes. Il peut s'ils le souhaitent solliciter l'avis du pharmacien de la pharmacie à usage intérieur.

Le matériel médical nécessaire, pris en charge par l'HAD, ne nécessite pas de prescription de la part du médecin. L'HAD gère les besoins.

La répartition de ces prises en charge est explicitée dans les annexes 3 et 4. Ces derniers documents seront complétés et signés dès la première prescription dans le cadre de l'HAD, renouvelé à chaque modification d'au moins une des prescriptions et insérés dans le dossier patient disponible à son chevet.

Article 9 – Dossier de soins et renseignements à caractère médical

NOM DE L'EHPAD et le service d'HAD décident qu'au cours de l'intervention de l'HAD en EHPAD pour la prise en charge d'un patient, les informations à caractère médical, soignant, et médico-social relatives à ce patient seront enregistrées en tenant compte de la réglementation relative à la confidentialité des données.

Un dossier de soins sera tenu par l'EHPAD dans lequel l'HAD y ajoutera les informations nécessaires. A la fin de la prise en charge, l'EHPAD fournira une copie du dossier et le transmettra à l'HAD.

Tout professionnel de l'une des 2 structures, ainsi que le médecin traitant, ont accès à ce dossier patient.

Article 10 – Evaluation du partenariat

Les deux signataires s'engagent à se réunir au moins une fois par an pour évaluation de leur coopération dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention. Cette évaluation portera au minimum sur les points suivants :

- Délai moyen d'attente avant l'intervention de la structure d'HAD ;
- Nombre de demandes d'hospitalisation en HAD non satisfaites et raisons invoquées par la structure d'HAD ;
- Nombre de séjours et de journées d'hospitalisation complète en établissements de soins de courte durée et de soins de suite et de réadaptation en cours d'hébergement en EHPAD;
- Nombre de séjours et de journées d'HAD ;
- Qualité de la coordination entre les différents intervenants de la structure d'HAD;
- Qualité de la coordination des soins entre les deux structures.
- Respect du protocole de soins

- Qualité des interventions de l'HAD et satisfaction de l'équipe EHPAD par rapport au service rendu par l'HAD

Cette évaluation sera adressée annuellement à la CRAM concernée ainsi qu'à la caisse qui assure le versement de la dotation soins de l'EHPAD.

Article 11 Date d'effet de la convention :

Cette convention entrera en vigueur le **DATE**.

Aucune intervention telle que prévue dans le cadre de la présente convention ne pourra donner lieu à facturation avant cette date.

Article 12 – Durée et résiliation

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 2 mois.

Les deux parties s'engagent, préalablement à tout courrier de dénonciation, à organiser une réunion de conciliation afin d'envisager des solutions communes aux différends évoqués. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, elles devront s'entendre au minimum sur des modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des patients/résidents au cours de la phase de transition.

Fait à le **DATE**

*Pour l'EHPAD
Directeur*

*Pour l'HAD
Directeur*

ANNEXE 1 : PROTOCOLE D'ACCORD NOMINATIF D'INTERVENTION

Protocole d'accord

Entre :

- l'EHPAD, **NOM**

Et :

- la structure d'HAD

Les parties signataires du présent protocole, ont décidé, conformément à la convention de partenariat EHPAD/HAD signée le **DATE**, de prendre en charge :

Monsieur **NOM PRENOM**

N° SS – Caisse :

A partir du **DATE**.

La prise en charge par le service d'HAD est conforme au protocole de soins signé entre les 2 établissements.

Elles confirment leur accord en tous points et s'engagent à respecter rigoureusement toutes les conditions figurant dans la convention citée ci-dessus.

Pour l'EHPAD
NOM

Directeur

Nom
Médecin de l'EHPAD

Pour la structure d'HAD
NOM

Directeur

NOM
Médecin Coordonnateur

ANNEXE 2 : PROTOCOLE DE SOINS

A **VILLE EHPAD**, le **DATE PEC**

EHPAD : **NOM** --- HAD du Littoral Boulogne Montreuil

Médecin Prescripteur : **Docteur**

Médecin Traitant : **Docteur**

Objet : Protocole de soins à compter du DATE pour NOM PATIENT

Motifs et objectifs de l'intervention de la structure d'HAD :

	<i>Types de soins effectués par le personnel soignant de l'EHPAD</i>	<i>Types de soins effectués par le personnel soignant de l'HAD</i>
IDE		
Passages	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre
AS		
Passages	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre
Autres		
Passages	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre

Médecin traitant
NOM

Pour l'EHPA
NOM

Pour la structure d'HAD
NOM

Cadre de santé

Infirmière Coordinatrice

ANNEXE 3 : PROTOCOLE D'ACCORD SUR LES MEDICAMENTS

Nom du patient :

Motifs et objectifs de l'intervention de l'HAD :

L'approvisionnement des médicaments nécessaires au traitement de la pathologie intercurrente est assuré par l'HAD

Médicaments nécessaires aux traitements de la (des) pathologies prise(s) en charge de manière régulière pour ce patient par l' EHPAD et fournies par ce dernier ou par la pharmacie du GCS (prise en charge organisationnelle, administration, prise en charge financière éventuellement)	Médicaments nécessaires au traitement de la (des) pathologie(s) intercurrente(s) de ce patient et pris en charge par la structure d' HAD (prise en charge organisationnelle, administration, prise en charge financière)
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Fait à **VILLE EHPAD**, le **DATE**

Pour l'EHPAD
NOM
Médecin de l'EHPAD

Pour la structure d'HAD
NOM
Médecin Coordonnateur

ANNEXE 4 : PROTOCOLE D'ACCORD SUR LE MATERIEL MEDICAL

Nom du patient :

Motifs et objectifs de l'intervention de l'HAD :

Chaque établissement s'approvisionne pour le matériel qu'il prend en charge. L'HAD n'ayant pas besoin de prescription de la part du médecin traitant.

Matériel Médical nécessaires aux traitements de la (des) pathologies prise(s) en charge de manière régulière pour ce patient par l' EHPAD et fournies par ce dernier	Matériel Médical nécessaires au traitement de la (des) pathologie(s) intercurrente(s) de ce patient et pris en charge par la structure d' HAD
- - - - - -	- - -

Fait à **VILLE EHPAD**, le **DATE**

Pour l'EHPAD
NOM
Médecin de l'EHPAD

Pour la structure d'HAD
NOM
Médecin Coordonnateur

V - CONCLUSION

L'intervention de l'HAD en EHPAD semble favorable pour les deux structures. En effet, cela permet de maintenir les résidents dans leurs lieux de vie ainsi qu'un échange de technicité et la réalisation des soins dans de bonnes conditions .

Cependant, il est important de rappeler que l'HAD ne peut intervenir qu'exceptionnellement dans le cadre de missions précisément décrites et ne se substitue pas aux prestations délivrées par l'EHPAD. La situation étant ainsi clarifiée, le problème de sous effectif en EHPAD ne sera pas artificiellement réglé.

A ce jour cette pratique reste très peu développée d'où l'importance de la communication et l'intérêt d'une étude ultérieure qui pourra faire l'objet d'un prochain mémoire quand le nombre de dossiers à traiter sera suffisant.

VI - ANNEXES / TEXTES DE REFERENCES

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 (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et L. 313-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6121-2, L. 6122-1 et L. 6122-20 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 13 décembre 2006 ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (section sociale) en date du 14 décembre 2006 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 20 décembre 2006

Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 21 décembre 2006 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 10 janvier 2007 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

A la section 1re du chapitre Ier du titre II du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré, après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article R. 6121-4, quatre phrases ainsi rédigées :
« Les structures d'hospitalisation à domicile peuvent également intervenir dans un établissement accueillant des personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Dans ce cas, les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement, et si son admission en hospitalisation à domicile répond à des conditions de prise en charge définies par un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces conditions sont variables selon la nature des soins. Elles sont relatives notamment à la complexité des soins à assurer ou à l'ampleur des moyens à utiliser. »

Article 2

A l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le quatrième alinéa, un cinquième alinéa ainsi rédigé :
« Les forfaits correspondant aux prestations d'hospitalisation à domicile font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L. 313-3 du même code ».

Article 3

Le présent décret entre en vigueur le 1er mars 2007.

Article 4

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 février 2007.

Dominique de Villepin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,
Xavier Bertrand

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
Philippe Bas

**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 en vertu de l'article R.
6121-4 du code de la santé publique**

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 312-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article R. 6121-4, Arrêtent :

Article 1

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, comme prévu par l'article R. 6121-4 du code de la santé publique, sont précisées à l'annexe I du présent arrêté.

Article 2

Le directeur général de l'action sociale, le directeur de la sécurité sociale et le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE I

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE POUR L'ADMISSION EN HOSPITALISATION À DOMICILE D'UN RÉSIDENT D'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

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 sont précisées dans le tableau ci-dessous.

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 72 du 25/03/2007 texte numéro 25

Définitions et référence :

Le numéro du mode de prise en charge * : ce numéro, indiqué dans la deuxième colonne du tableau, correspond à celui figurant dans la liste des modes de prise en charge définie à l'annexe I de l'arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activités médicales des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission des informations issues de ce traitement.

Le mode de prise en charge principal : c'est celui supposé susciter la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Le mode de prise en charge associé, le cas échéant : si le patient nécessite un autre mode de prise en charge que le mode principal, supposé consommer moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé. S'il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

Fait à Paris, le 16 mars 2007

Le ministre de la santé et des solidarités,
Xavier Bertrand

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées, aux personnes handicapées
et à la famille, Philippe Bas

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'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et L. 313-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article R. 6121-4 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement et notamment l'annexe I

Vu 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 en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

Arrête :

Article 1. – L'article 1er de l'arrêté du 16 mars 2007 susvisé est complété par un second alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées ne bénéficiant pas de l'autorisation prévue au quatrième alinéa de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 2. – L'article 2 de l'arrêté du 16 mars 2007 susvisé devient l'article 3.

Article. 3. – Il est ajouté à l'arrêté du 16 mars 2007 susvisé un article 2 ainsi rédigé :

« Art. 2. – L'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées ne bénéficiant pas de l'autorisation prévue au quatrième alinéa de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles est possible dans le cadre des modes de prise en charge dont la liste est précisée à l'annexe I de l'arrêté du 31 décembre 2004 susvisé. »

Article. 4. – A l'annexe I de l'arrêté du 16 mars 2007 susvisé, à la ligne précisant les conditions de prise en charge en soins de nursing lourds, dans la dernière colonne, les mots : « si elle est associée » sont remplacés par les mots : « s'ils sont associés ».

Article. 5. – Le directeur général de l'action sociale, le directeur de la sécurité sociale et le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 avril 2007.

PHILIPPE BAS

CIRCULAIRE WDHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Textes de référence :

Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPA (D) modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (2eme partie: décrets en Conseil d'Etat)

Décret n° 2007- 660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'HAD intervenant dans les EHPA (D)et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'EHPA(D) en vertu de l'article R. 6121-4 du CSP

Arrêté du 25 avril 2007 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'EHPA(D) en vertu de l'article R. 6121-4 du CSP Art L.312-1 CASF Art L. 313-3 CASF Art L.6121-2 CSP; Art. L.6122-1 et suivants CSP ; Art R.6121-4 CSP; Art D.6124-306 et suivants CSP

Circulaire *DHOS/03/2006/506* du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

Textes abrogés ou modifiés: Néant

Annexes

Annexe 1 : Convention de partenariat entre l'HAD et l'EHPA(D) médicalisé: modalités et contenus

Annexe 2 : Modèle de protocole d'accord nominatif d'intervention

Annexe 3 : Modèle de protocole personnalisé de soins

Annexe 4 : Modèle de protocole d'accord sur les médicaments

Annexe 5 : Modèle de protocole d'accord sur le partage des missions communes entre HAD et EHPA(D) médicalisé

Annexe 6 : Informations indispensables à la mise en oeuvre de la facturation

La présente circulaire a pour objet d'accompagner la mise en oeuvre du décret n° 2007-241 du 22 février 2007 autorisant l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et du décret n° 2007- 660 du 3 avril 2007 précisant les conditions de cette intervention.

Cette intervention vise à éviter ou à raccourcir l'hospitalisation éventuelle des résidents, source de désorientation qui peut favoriser la perte de repères et facteur d'aggravation de sa pathologie. De plus, les coûts des transports sanitaires pour hospitalisation sont importants et l'arrivée souvent non préparée des personnes âgées aux urgences participe à l'engorgement de ces dernières.

I) ORGANISATION GENERALE DU DISPOSITIF

Pour les EHPA(D) non ou très faiblement médicalisés, l'intervention des structures d'HAD se déroule suivant des critères identiques à ceux du domicile. Pour les EHPA(D) médicalisés, l'intervention des structures d'HAD ne peut avoir qu'un caractère exceptionnel et n'est autorisée que lorsque la structure d'hébergement médicalisée ne peut plus ou pas assurer les soins au résident. Elle relève dans les deux cas d'une **prescription** du médecin traitant ou du médecin hospitalier. Le consentement du patient lui-même ou de son représentant légal est obligatoire au moment de la prescription.

Avant même toute intervention, une **convention** entre la structure d'HAD et l'établissement d'hébergement est signée. Une fois l'intervention décidée, un **accord nominatif d'intervention** est co-signé au minimum par les deux directeurs de l'HAD et de l'EHPA(D) (annexe 2). Le directeur de l'HAD signe alors officiellement **l'admission**.

Le dispositif distingue deux cas de figure avec des modalités de partenariat et de financement différentes. Les structures d'HAD peuvent en effet intervenir: - dans des établissements **non ou très faiblement médicalisés** ne bénéficiant pas d'une autorisation de soins conjointe Préfet / Président du Conseil Général

- dans des **établissements médicalisés**.

II) L 'INTERVENTION DES STRUCTURES D'HAD DANS LES ETABLISSEMENTS NE BENEFICIANT PAS D'UNE AUTORISATION DE SOINS CONJOINTE PREFET / PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL

Certains établissements d'hébergement pour personnes âgées, bien que bénéficiant de crédits d'assurance maladie (forfaits de soins courants), ne sont pas autorisés à dispenser des prestations susceptibles d'être prises en charge par les organismes de sécurité sociale. Leur faible médicalisation ne peut en aucun cas constituer une aide pour la structure d'HAD qui intervient donc dans ces structures dans des conditions similaires à celles du domicile.

Le domaine d'intervention de l'HAD dans ces établissements est lui aussi identique à celui du domicile : l'HAD peut y prodiguer l'ensemble des modes de prise en charge prévus à l'annexe 1 de l'arrêté du 31 décembre 2004. Dans ce cas, les interventions de l'HAD sont facturées au tarif standard par groupe homogène de tarif (GHT) non minoré.

Une convention passée entre la structure d'HAD et l'EHPA(D) est cependant exigée préalablement à toute intervention. Elle définit de façon simple une organisation optimale des soins effectués par l'HAD dans le respect du règlement intérieur de l'EHPA(D) (article D. 6124-311 CSP). Pour des raisons de calcul de tarif, cette **convention précise également que l'EHPA(D) ne bénéficie pas d'une autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L.313-3 du code de l'action sociale et des familles** (ie. : autorisation de soins délivrée conjointement par le Préfet et le Président du conseil général). Elle intègre les éléments nécessaires à la facturation précisés à l'annexe 6.

III) L'INTERVENTION DES STRUCTURES D'HAD DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICALISES

On entend par établissements médicalisés les établissements qui bénéficient d'une autorisation à dispenser des prestations susceptibles d'être prises en charge par les organismes de sécurité sociale accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles par le Préfet et le Président du Conseil Général.

Le financement de ces établissements d'hébergement relève pour partie de crédits d'assurance maladie permettant l'intervention de personnels de soins. Il convient donc d'éviter un double financement pour une même prise en charge. De plus, l'intervention des structures d'HAD auprès de résidents de ces établissements doit être complémentaire avec celle des équipes de l'établissement, sans qu'il y ait de substitution d'équipes entre les deux structures, ni gêne ou risque dans l'organisation des soins.

Les parties signent dans ce cas une convention de partenariat plus élaborée que celle prévue au II selon les modalités et le contenu précisés en annexe 1 de la présente circulaire.

Dans ce cas, l'intervention d'une structure d'HAD en EHPA(D) a un impact sur les tarifs facturés par l'HAD. En effet, lorsque l'EHPA(D) dispose de l'autorisation délivrée conjointement par le Préfet de département et le Président du Conseil Général et qui inclut donc les soins, une minoration est apportée aux tarifs d'intervention de la structure d'HAD sur la base d'un taux unique fixé par l'arrêté tarifaire annuel (arrêté fixant pour l'année les ressources d'assurance maladie des établissements de santé). Ainsi, pour l'année 2007, l'arrêté du 27 février 2007 fixe le taux de minoration à 13 %.

Il est donc obligatoire que la convention de partenariat précitée entre l'EHPA(D) et la structure d'HAD précise l'existence ou non de cette autorisation pour l'EHPA(D) **en intégrant en pièce annexe une copie de cette autorisation** (cf. annexe 6). Cette convention et la copie de l'autorisation annexée sont d'ailleurs transmises par l'EHPA(D) à sa caisse-pivot, à la DDASS et au Conseil Général, et diffusées par la structure d'HAD à l'ARH.

La Directrice de l'hospitalisation et de Le Directeur Général des affaires sociales.

Jean-Jacques TREGOAT
L'organisation des soins Annie PODEUR

ANNEXE

ANNEXE 1 : CONVENTION. DE PARTENARIAT ENTRE LHAD ET L'EHPAD

Conformément à l'article D. 6124-311 du CSP, les parties administratives et éventuellement les parties médicales des deux structures HAD et EHPA(D) signent préalablement à toute intervention une convention de partenariat. Cette convention reprend chacun des éléments prévus ci-dessous ainsi que les annexes afférentes adaptées à la situation spécifique des deux partenaires ou complétées d'éléments particuliers les concernant. Un modèle-type de convention peut être téléchargé sur le site du ministère de la santé, rubrique «hospitalisation à domicile» : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hospitaldomicile/accueil.htm>. L'accès peut se faire aussi par recherche alphabétique depuis la page d'accueil du site santé (<http://www.sante.gouv.fr>).

Les 5 éléments minimum du document conventionnel précisés à l'article D. 6124-311 du CSP sont :

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

Conditions d'intervention de la structure d'HAD en EHPA(D) médicalisé.

L'intervention d'une structure d'HAD dans un EHPA(D) médicalisé tient compte des règles communes à tout établissement d'hospitalisation (prescription, admission, ...) et de règles spécifiques précisées par les nouveaux textes régissant ce partenariat (domaines d'intervention, accord de prise en charge, ...)

Prescription : Au moment de la prescription, le médecin traitant du patient/résident explicite dans le dossier du patient les raisons de la demande de recours à l'HAD.

Le domaine d'intervention L' EHPA(D) médicalisé offrant déjà un environnement sanitaire, les motifs de prise en charge en HAD sont plus restreints qu'au domicile du malade. L'HAD intervient sur un axe sanitaire qui relève de sa compétence. Les critères d'admission sont validés sur la base des modes de prise en charge de l'HAD en EHPA(D) tels que définis dans l'arrêté du 16 mars 2007. Afin de justifier le recours à une structure d'HAD, le médecin coordonnateur de l'EHPA(D) complète dans le dossier de soins du patient détenu par l'établissement d'hébergement la justification du recours à l'HAD prévue dans le point précédent en expliquant pourquoi l'établissement d'hébergement n'était pas en mesure de prendre en charge les soins nécessités par l'état du résident.

Le protocole d'accord nominatif : La décision d'admission en HAD d'un patient hébergé en EHPA(D) médicalisé, fait l'objet d'une concertation collégiale entre les directions des structures, ainsi qu'entre les deux médecins coordonnateurs. L'accord nominatif d'intervention prévu à l'annexe 2 est, dans ce cas, complété de la signature des deux médecins coordonnateurs.

Elaboration et adaptation des protocoles personnalisés de soins : Chaque intervention donne lieu systématiquement à la signature entre les deux établissements d'un protocole personnalisé de soins intégrant les modalités spécifiques de chaque prise en charge d'un patient/résident. Le modèle de ce protocole figure en annexe 3. Toute modification de la prise en charge donne lieu à la rédaction d'un nouveau protocole de soins. Cette réactualisation sera effectuée, si nécessaire, dans le cadre d'une réunion de concertation entre les personnels des deux établissements.

Organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier patient : Les habilitations et conditions d'accès aux documents du dossier personnel du patient respectent la réglementation sur la confidentialité. Au cours de la prise en charge du patient/résident, tout acte de soins significatif effectué par le personnel médical et/ou soignant de l'HAD est porté dans les plus brefs délais à la connaissance de l'équipe médicale et/ou soignante de l'EHPA(D). Cette transmission est obligatoirement écrite et traçable. Elle est

organisée entre les deux structures, selon un protocole préalablement validé par elles. Au terme de la prise en charge, l'HAD remet une copie du dossier de soins au médecin coordonnateur de l'EHPA(D).

Organisation des circuits du médicament : Le mode de gestion des médicaments peut suivre l'un des deux modes d'organisation suivants:

- **S'il n'existe pas de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)** entre l'EHPA(D) et la structure d'HAD, la prise en charge (approvisionnement, dispensation) : - des médicaments nécessaires au traitement de(s) pathologie(s) intercurrente(s) ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD est assurée et financée par cette dernière sur prescription spécifique du médecin traitant; - des médicaments habituellement prescrits par le même médecin traitant pour le patient/résident dans le cadre des soins pris en charge par l'EHPA(D) est assurée et éventuellement financée par ce dernier (financement dans le cas de tarif partiel avec PUI ou de tarif global).

- **S'il existe un Groupement de Coopération Sanitaire HAD/EHPA(D)**, la prise en charge (approvisionnement, dispensation) de l'ensemble des médicaments est assurée par la pharmacie du GCS qui inclut l'HAD et l'EHPA(D). Une séparation stricte des prescriptions entre médicaments habituellement dispensés au patient/résident et médicaments nécessaires au traitement des pathologies ayant justifié l'intervention de la structure d'HAD permet une ventilation ultérieure des charges entre l'EHPA(D) pour les premiers et HAD pour les seconds.

La répartition de cette prise en charge fait l'objet d'un accord co-signé sur le modèle de l'annexe 4. Ce dernier document est complété et signé dès la première prescription dans le cadre de l'HAD, renouvelé à chaque modification d'au moins une des prescriptions et inséré dans le dossier patient disponible à son chevet.

Le médecin traitant est le plus souvent prescripteur unique dans les deux cas.

Evaluation du partenariat L'EHPA(D) médicalisé et la structure d'HAD : ayant signé une convention de partenariat s'engagent à se réunir au moins une fois par an pour une évaluation de leur coopération portant a minima sur les points suivants:

- délai moyen d'attente avant l'intervention de la structure d'HAD ;
- nombre de demandes d'hospitalisation en HAD non satisfaites et raisons invoquées par la structure d'HAD ;

- nombre de séjours et de journées d'hospitalisation complète en établissements de soins de courte durée et de soins de suite et de réadaptation en cours d'hébergement en EHPA(D) ;
- nombre de séjours et de journées d'HAD ;
- qualité de la coordination entre les différents intervenants de la structure d'HAD;
- qualité de la coordination des soins entre les deux structures.

Les résultats de cette évaluation seront adressés annuellement à l'ARH, à la CRAM ainsi qu'à la caisse qui assure le versement de la dotation soins de l'EHPA(D).

ANNEXE 2 : MODELE DE PROTOCOLE D'ACCORD NOMINATIF D'INTERVENTION

Entre : l'EHPA(D) :
Numéro FINESS :

et :

la structure d'HAD :
Numéro FINESS :

Les parties signataires du présent protocole, ont décidé, conformément à la convention de partenariat EHPA(D)/HAD signée le *DATE* de prendre en charge : M./Mme
Prénom : N SS - Caisse

La prise en charge par le service d'HAD est conforme au protocole de soins signé entre les 2 établissements. Elles confirment leur accord en tous points et s'engagent à respecter rigoureusement toutes les conditions figurant dans la convention citée ci-dessus.

Pour l'EHPA(D)

Le Médecin Coordonnateur-Le pharmacien

Pour la structure d'HAD

Le Médecin Coordonnateur-Le pharmacien

ANNEXE 3 : MODELE DE PROTOCOLE PERSONNALISE DE SOINS

Situation Raison sociale: L'adresse de l'HAD et celle de l'EHPA(D)

Objet : Protocole personnalisé de soins à compter du *date* pour *nom du patient*

Motifs et objectifs de l'intervention de la structure d'HAD :

Types de soins effectués par Le personnel soignant de l'EHPA(D) et le personnel soignant de l'HAD

IDE IDE

Aides soignants Aides –soignants

Autres Autres

Créneaux horaires de réalisation des soins Créneaux horaires de réalisation des soins assurés par le personnel soignant de l'EHPA(D) assurés par le personnel soignant de l'HAD

*Pour l'EHPA(D) Signature du médecin traitant
Signature infirmière référente*

Pour la structure d'HAD Signature cadre coordinateur –

ANNEXE 4 : MODELE DE PROTOCOLE D'ACCORD SUR LES MEDICAMENTS

*Accord sur les médicaments lors d'une prise en charge conjointe
EHPA(D)/HAD*

Nom du résident/patient :
Motifs et objectifs de l'intervention de l'HAD:
Situation EHPA(D) Situation HAD
Raison sociale EHPA(D) Raison sociale HAD
Adresse EHPA(D) Adresse HAD

L'approvisionnement et la dispensation des médicaments nécessaires à la prise en charge de la pathologie intercurrente sont assurés par l'HAD (prise en charge organisationnelle, administration, prise en charge financière)

.....

Médicaments nécessaires aux traitements de la (des) pathologies prise(s) en charge de manière régulière pour ce patient par l'EHPA(D) (prise en charge organisationnelle, administration, prise en charge financière)

.....

Fait à , le .

Pour l'EHPA(D)

Le Médecin Coordonnateur - *Nom et signature*

Le pharmacien-gérant de la PUI (le cas échéant) - *Nom et signature*

Le pharmacien d'officine conventionné avec l'EHPA(D) (éventuellement) -
Nom et signature

Pour la structure d'HAD

Le Médecin Coordonnateur - *Nom et signature*

Le pharmacien-gérant de la PUI (le cas échéant) - *Nom et signature*

Le pharmacien d'officine conventionné avec l'HAD (éventuellement) - *Nom et signature*

ANNEXE 5 : MODELE DE PROTOCOLE D'ACCORD SUR LE PARTAGE DES MISSIONS COMMUNES ENTRE L'HAD ET L'EHPA(D)

Désignations Modalités de partage entre les deux structures :

Mise en place d'une fiche-type de prise en charge conjointe

Visite de pré-admission HAD

Elaboration et tenue du dossier de soins

Elaboration d'un dossier de transmissions

Prise de décision médicale

Actions sur le protocole de soins

Garantie sur j'accès partagé au dossier du patient par les professionnels

Respect du secret médical

Détermination du projet de soins

Modification du protocole de soins par les infirmiers

Détermination des moyens nécessaires (humains, techniques, administratifs et de communication)

Saisie des soins effectués

Mention des actes effectués par le personnel dans le dossier de soins à chaque passage

Saisie des informations nécessaires à la bonne prise en charge (changement de traitement, état du patient, ré-hospitalisation)

Coordination des acteurs des 2 structures (soignants, médico-sociaux, sociaux)

Coordination sur le plan médical, entre médecins

Gestion des temps de transmission et d'information entre professionnels

Gestion et présence à des réunions de coordination

Organisation et participation à des réunions afin d'améliorer la prise en charge

Responsabilités pour les actes effectués par les salariés respectifs des deux partenaires (ou prestataires externes mandatés)

Non substitution du médecin coordonnateur/médecin traitant

Respect du rôle des médecins coordonnateurs, tel que prévu par les textes

Relation du médecin coordonnateur avec son homologue et le médecin traitant

Modalités pour que le médecin coordonnateur assure une information optimale auprès de ses confrères

Respect du secret médical professionnel

Adaptation des contrats d'assurance pour la prise en charge conjointe Initiative de prise en charge des temps pluridisciplinaires

Mise en place d'outils d'évaluation de la qualité de la prise en charge

Coordination étroite entre les infirmiers référents et les infirmiers coordinateurs

Analyse des services et moyens nécessaires pour répondre aux besoins du patient/résident

Soutien psychologique éventuel, (action d'un (e) psychologue)

Demande d'aide spécifique

Saisie des commandes de consommables

- **Pour l'EHPA(D)**
- **Pour l'HAD**
- La Direction La Direction Le Médecin Coordonnateur Le Médecin Coordonnateur

ANNEXE 6 : INFORMATIONS INDISPENSABLES A LA MISE EN OEUVRE DE LA FACTURATION

La convention passée entre HAD et EHPA(D), que ce dernier soit médicalisé ou non, indique :

1 - Le numéro FINESS de l'EHPA(D) et de la structure d'HAD

2 - Si l'EHPA(D) bénéficie ou non d'une autorisation accordée conformément au quatrième alinéa de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles (s'il bénéficie d'une autorisation de soins délivrée conjointement par le préfet et le président du conseil général). **La convention de partenariat entre l'EHPA(D) et l'HAD intègre en pièce annexe une copie de cette autorisation.**

3 - La date d'effet de la convention.

Remarque .. en l'absence de numéro FINESS ou en cas de FINESS erroné, la saisie serait considérée comme erronée et aucun paiement ne serait déclenché. Afin de bénéficier du remboursement, la structure d'HAD doit compléter le RAPSS à la rubrique « type de domicile» afin que celle-ci comporte, dans la zone prévue pour le domicile du patient, le numéro FINESS de l'EHPA(D) dans lequel réside le patient.

Des notes spécifiques concernant les modes de facturation par les caisses des prestations d'HAD en établissement d'hébergement pourront être prochainement consultées sur le site du ministère de la santé, rubrique «hospitalisation à domicile» : <http://www.sante.gouv.fr/htm/ldossiers/hospital-domicile/accueil.htm>