

INTERVENTION DE l'HAD en EHPAD

plan

Législation
Critères de prise en charge:14
Types de soins
Exemples
Bilan : année 2008
Conclusion

Décret du 22 février 2007 : relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les Etablissements qui accueillent des personnes âgées qui permet aux HAD d'intervenir sous réserve que l'état de santé de la personne le justifie, et qu'une intervention technique, ne se substituant pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées, soit nécessaire et réponde à des conditions de prises en charge définies.

Les tarifs HAD sont minorés quand l'intervention a lieu dans un EHPAD

Arrêté du 16 mars 2007 : fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'EHPAD en vertu de l'article R.6121-4 CSP. – Ces conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un résident d'EHPAD sont au nombre de 14 (sur les 23 modes de prises en charge mobilisables en HAD et utilisés pour la facturation)

Arrêté du 25 avril 2007 : modifiant l'arrêté du 16 mars 2007
Convention de partenariat entre une structure d'hospitalisation à domicile et un établissement hébergeant des personnes âgées.

Décret du 30 avril 2007 : prévoit le contenu de la convention entre HAD et EHPAD

Circulaire du 05 octobre 2007 : convention-type HAD en EHPAD
relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. la circulaire du 5 octobre 2007 précise les règles de partenariat entre les 2 structures à l'aide de modèles de protocoles et conventions

	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 associé 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 associé 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 associé 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 associé au moins à une autre prise en charge par l'HAD

	Définition	conditions
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 fréquents (ex : Pleuritis)	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	

types de soins :

Soins ponctuels : antibiotiques en perfusion intraveineuse, pansements complexes d'escarres ou d'ulcères, cure de chimiothérapie, nutrition entérale.

Soins continus : les patients en fin de vie nécessitent des soins infirmiers techniques importants comme le nursing ainsi que des décisions éthiques de fin de vie.

Soins de réadaptation à domicile : les pathologies sont : fracture du col du fémur, un AVC, une rééducation après une insuffisance cardiaque décompensée. L'HAD, dans ces cas-là, est un relais de l'hôpital.

EXEMPLES

Patient polypathologique : complément de rééducation à domicile avec un ergothérapeute ou un psychomotricien ; kinésithérapie

Patient handicapé physique : maintenir le niveau d'autonomie

Patient GIR2 : soins de nursing, de nutrition entérale, surveillance de gastrostomie, injections d'insuline, pansements complexes d'escarres, une kinésithérapie d'entretien. L'HAD a une mission mais celle-ci doit être limitée dans le temps.

Patient monopathologique : insuffisance cardiaque par exemple. Il s'agit de diminuer la durée du séjour hospitalier, d'éviter certaines hospitalisations en urgence. On favorise donc le maintien à domicile en améliorant la qualité de vie.

Patient dément : l'HAD peut intervenir lors d'une décompensation aiguë.

BILAN DE L'ANNEE 2007

- Réalisée par la FNEHAD

Fédération Nationale de l'Hospitalisation à Domicile

	Total	en EHPAD	%
nombre d'établissements	233	115	49,36
nombre de journées	2777900	34236	1,23
nombre de séjours complets	112591	927	0,82
nombre de patients	71743	748	1,04
valorisation brute en euros	546062339	6811579	1,25

Les journées d'HAD réalisées en EHPAD représentent à peine 1,2% des journées, et 0,82% des séjours accomplis par 115 établissements soit à peine 1 sur 2 (49,36%).

Les résultats de cette enquête confirment le faible niveau d'activité de l'HAD en EHPAD.

SOINS:

64% des modes de prise en charge principaux relèvent de pansements complexes
31% sont des soins palliatifs

L'âge moyen des patients pris en charge est sans surprise supérieur à 80 ans

On dénombre plus de conventions signées que de conventions actives : 43%.

En résumé, cette enquête confirme la plus value apportée par l'intervention de l'HAD en EHPAD principalement quand des soins techniques sont nécessaires (pansements complexes). Elle confirme également qu'elle n'a sans doute pas vocation à se développer.

DEUX PROBLEMES IMPORTANTS

DIMINUE LA COUPE PATHOS

FACTURATION MINOREE POUR L'HAD

Conclusion

- Les pouvoirs publics ont la volonté d'améliorer les filières en aval de l'hospitalisation.
- Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes souffrant de polyopathologies obligent à trouver des solutions médicalement adaptées à leurs problèmes de santé.
- Le souhait des personnes âgées d'être soignées à leur domicile doit être respecté et l'HAD participe à l'amélioration de leur qualité de vie et de fin de vie.
- Une législation précise et simple encadre et facilite la collaboration entre les EHPAD et l'HAD. Cependant, la collaboration entre les EHPAD et l'HAD reste confidentielle et ne semble pas être amenée à se développer.