

Université René Descartes- Paris V

Faculté Cochin- Port Royal

HAD EN EHPAD

PASCAL VINCENTI

Diplôme Inter Universitaire de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Année 2008/2009

Directeur de thèse

PLAN

I- INTRODUCTION

II- HAD

- 1- Définition
- 2- Histoire
- 3- Organisation
- 4- Missions
- 5- Critères d'admission
- 6- Rôle du médecin coordonnateur
- 7- Rôle du médecin traitant
- 8- Caractéristiques de l'HAD

III- EHPAD

- 1- Définition
- 2- Organisation
- 3- Médecin coordonnateur
- 4- Prise en charge des résidents
- 5- Pathologies
- 6- Tarification

IV- RESEAUX D'HAD ET SUIVI DE PERSONNES AGEES

- 1- Les 3 critères d'admission s'appliquent aux personnes âgées
- 2- Exemples
- 3- Coordination en HAD

V- CONVENTION

- 1- Textes législatifs
- 2- Modes de prise en charge
- 3- Discussion

VI-ANALYSE DE L'ACTIVITE DE L'HAD EN EHPAD

VII- CONCLUSION

I- INTRODUCTION

Depuis 2007, les services d'hospitalisation à domicile (HAD) interviennent dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Après avoir étudié ces 2 structures de soins séparément, nous verrons ce qu'elles ont en commun, que ce soit dans la structure et le mode de fonctionnement ainsi que dans la prise en compte du besoin de santé de la personne âgée.

Comment s'articule, dans la pratique, cette collaboration dans les réseaux de santé alors que celle-ci est encadrée sur le plan législatif de façon très stricte ?

Avec un recul de 2 années d'activité, nous dresserons un état des lieux et nous verrons ce qu'augurent les perspectives d'avenir.

II- HAD

1-Définition de l'HAD

L'HAD, alternative à l'hospitalisation conventionnelle s'adresse aux patients de tous âges et notamment aux patients fragiles en perte d'autonomie qui nécessitent une prise en charge globale pluridisciplinaire et coordonnée.

Elle permet d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

En tant qu'établissement de santé, l'HAD est accréditée et certifiée, ce qui garantit au malade une offre de soins de qualité.

L'HAD est une offre globale de soins au domicile du malade à tous les âges de la vie.

2-Histoire

L'évolution de l'HAD en quelques points :

1945 : expérience américaine du « Home Care » par le Dr Bluestone de l'hôpital Montefiore de New-York.

1950 : Début d'une réflexion en France autour de la possibilité de soigner les patients à domicile, en particulier ceux atteints de cancer

1957 : Création du premier établissement d'Hospitalisation à Domicile au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Décembre 1970 : Reconnaissance légale de l'HAD par Loi hospitalière du 30 décembre 1970.

1973 : Création de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile.

1974 : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD.

Juillet 1991 : Loi du 31 juillet 1991 portant Réforme Hospitalière reconnaissant l'Hospitalisation A Domicile comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle.

Octobre 1992 : Décret 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et Décret 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins.

Mai 2000 : **Circulaire du 30 Mai 2000** et **Circulaire complémentaire du 30 mai 2000** structurant le contenu des prises en charges. Ce texte est à la base du fonctionnement de tous les établissements d'HAD.

Septembre 2003 : Ordonnance du 30 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du système de fonctionnement du système de santé. Ce texte fait disparaître le taux de change qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation d'hôpital ou clinique avant toute création d'un lit d'HAD

Février 2004 : **Circulaire 4 février 2004** de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins définissant les modalités de prise en charge en HAD.

Décembre 2006 : Circulaire 1er décembre 2006 rappelant le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD. Elle réprécise également les modalités des autorisations, les obligations et le rôle des acteurs de l'HAD. Cette circulaire évoque le nécessaire développement d'une telle offre de soins.

Octobre 2007 : **Circulaire du 5 octobre 2007** autorisant les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement des personnes âgées médicalisées ou non (EHPAD et EHPA).

3- Organisation d'une structure d'HAD :

Les structures d'HAD sont classées en 3 statuts juridiques :

- publics
- privés non lucratifs
- commercial

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

L'équipe comprend :

Médecin coordonnateur
 IDE
 Aides soignants
 Assistants sociaux
 Sages-femmes
 Masseurs kinésithérapeutes
 Psychologues
 Diététiciens
 Ergothérapeutes
 Orthophonistes
 Logisticiens
 Qualiticiens

4- Missions

- Aider au retour à domicile après une hospitalisation traditionnelle
- Favoriser une sortie précoce des services hospitaliers
- Permettre au patient de bénéficier de soins à son domicile alors que son état de santé justifierait une hospitalisation complète

L'HAD prend en charge des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques évolutives ou instables. Ces malades nécessitent **des soins complexes, coordonnés et formalisés dans un projet thérapeutique** clinique et psychosocial (circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000).

La continuité des soins est assurée 24H/24, grâce à des équipes d'infirmières de nuit et d'astreinte.

5- Critères d'admissions

Une hospitalisation préalable n'est pas nécessaire.

- Soins ponctuels : techniques et complexes pour des patients ayant une pathologie non stabilisée avec une durée de prise en charge déterminée.
- Soins continus : soins techniques complexes, soins de nursing pour des patients ayant une pathologie évolutive avec un pronostic réservé ; la durée n'est pas déterminée et peut aller jusqu'au décès.
- Soins de réadaptation après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou une polypathologie prédéterminée

L'HAD intervient donc pour des soins complexes, coordonnés avec une prise en charge globale au sein d'une équipe pluridisciplinaire et après l'élaboration d'un projet thérapeutique.

L'HAD est généraliste et n'a pas vocation à se spécialiser.

En pratique, l'admission en HAD est la suivante :

- Prescription
- Protocole de soins

Le responsable de l'HAD prononce l'admission, assure le suivi administratif du dossier et la mise en place des logistiques et matériels qui ont été définis

La transmission des informations est un élément majeur de la coordination des soins et est vue comme un outil majeur du décloisonnement des soins.

6- Le rôle du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur.

Il veille à la coordination des divers professionnels internes et externes.

Il n'est pas prescripteur, sauf cas d'urgence.

Il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins, et contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient.

Il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers. Il a en charge la qualité de la saisie de l'information médicalisée.

7- Rôle du médecin traitant

Le médecin traitant est responsable de la prise en charge du patient.

Il assure le suivi médical, la surveillance des soins et l'adaptation des traitements lors de ses visites en liaison avec le médecin coordonnateur de l'HAD.

Il est le garant avec ce dernier, du début à la fin de la prise en charge, de la qualité de l'information concernant le malade de son état de santé et de son traitement.

La rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante de l'HAD doit être systématique et fréquente.

8- Caractéristiques de l'HAD

a- Ne relèvent pas de l'Hospitalisation à Domicile, les malades :

- dont les soins peuvent être assurés par des professionnels libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- qui n'ont pas besoin de la logistique et de la coordination assurées par l'HAD
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de spécificité de leurs soins, ou de l'aggravation ou de l'instabilité de leur état.

Les structures d'HAD sont de fait des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics : sécurité et qualité de soins : certification, continuité des soins 24h/24, lutte contre les infections nosocomiales, etc.....

L'admission en HAD est obligatoirement soumise à prescription médicale et doit recueillir l'accord explicite du patient ou de son représentant, et du médecin traitant.

b- Les malades

L'Hospitalisation à Domicile concerne des malades de tous âges, atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé.

Elle permet ainsi d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Les établissements d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

c- Les soins

Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes et la pluridisciplinarité des soignants.

d- tarification

L'hospitalisation à domicile est, depuis 2005, une offre de soins totalement financée par les organismes d'assurance maladie par le biais de la tarification à l'activité, système de financement identique à celui des hôpitaux et cliniques. Tous les actes et prestations délivrés au cours de l'hospitalisation à domicile du patient sont pris en charge, sous couvert d'un tarif journalier pondéré selon 3 critères : la charge en soins, le degré de dépendance du patient et la durée de son séjour.

Ce tarif journalier comprend tous les frais liés à l'hospitalisation à domicile et notamment :

- Le paiement des honoraires des médecins (1) et des professionnels paramédicaux.
- La fourniture de médicaments.
- La mise à disposition de matériels médicaux.
- Le transport sanitaire.

En comparaison, les coûts journaliers de l'HAD s'élèvent en moyenne entre 150 et 230 euros ; contre 703 par journée d'hospitalisation, soit 3,5 fois le coût moyen d'une journée.

III- EHPAD

1- Définition

Un établissement est qualifié d'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) lorsqu'il a signé une convention tripartite avec le Conseil Général et l'autorité compétente de l'Assurance Maladie lui donnant le droit d'héberger des personnes âgées dépendantes.

Un établissement est réputé médicalisé lorsqu'il a la capacité de faire face à la dégradation de l'état de santé et à la perte d'autonomie des résidents.

2- Organisation

L'EHPAD est dirigé par un directeur .

Il est le supérieur du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur est le conseiller du directeur.

Les infirmières ainsi que tout le personnel, soignant ou non sont placés sous l'autorité du directeur.

3- Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur n'est pas prescripteur.

Il est le garant de la qualité des soins dispensés aux résidents.

Il joue un rôle majeur :

- pour intégrer l'établissement au schéma gérontologique local
- dans la mise en place de conventions avec d'autres structures de soins.
- la permanence des soins

il est l'interlocuteur du directeur, du médecin traitant et des autres structures de soins.

4- Prise en charge des résidents

Les EHPAD sont des établissements médicalisés.

Ils prennent en charge des personnes âgées dépendantes ou très dépendantes. Pour les personnes déambulantes, il existe des unités fermées.

Chaque résident a le libre choix de son médecin traitant et de son pharmacien.

Cependant, il existe des critères d'admission des résidents. C'est un choix délibéré de sélectionner un profil de résidents ou alors l'état de santé de la personne âgée n'est pas en adéquation avec la structure ou le fonctionnement de l'EHPAD.

Ces restrictions sont organisationnelles : certaines EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur ; pas d'infirmières la nuit ; trop de charge de travail...

D'autres sont d'ordre technique : soins lourds et spécifiques.

Certaines pathologies sont une cause de refus d'admission : oxygénothérapie, sonde gastrique, intoxication alcoolique chronique, troubles psychiatriques ...

Tous les soins ne sont donc pas assurés.

5- les pathologies

La spécificité de la prise en charge gériatrique est une prise en charge globale, du patient dans son entièreté, incluant les aspects fonctionnels, sociaux, psychologiques.

Les patients en EHPAD, sont donc des personnes âgées, présentant des polypathologies, pouvant décompenser sur un mode aigu.

Les soins de fin de vie sont pris en charge par l'équipe soignante de l'établissement. Le maintien du patient peut être remis en cause par la pause d'une sonde gastrique, la survenue d'une escarre nécessitant des pansements complexes ou encore une infection ne pouvant être traitée que par une antibiothérapie en perfusion.

La médecine gériatrique peut se définir comme une branche spécialisée de la médecine interne, qui est consacrée aux aspects cliniques, préventifs, curatifs, sociaux et de réadaptation des maladies de la personne âgée et de sa santé. Cette population requiert une compétence spécifique en raison de sa fragilité, de sa morbidité, de la polypathologie habituelle, de la présentation particulière et atypique des maladies, d'une plus grande latence aux effets des traitements et d'un besoin en aide sociale.

L'objectif principal de la médecine gériatrique est d'obtenir par une approche multidisciplinaire, la récupération maximale des performances fonctionnelles et la meilleure qualité de vie de la personne âgée malade. "

Cette préoccupation est centrée sur les activités de la personne ; les maladies ont une influence tant sur les activités quotidiennes de la personne que sur sa participation à la vie sociale.

A part quelques syndromes rares, il n'y a pas de maladie spécifique de l'âge avancé. Tout ce qui est propre à l'aspect gériatrique, ce sont des domaines transversaux comme les médicaments, le risque de confusion, la fonction rénale... Ces problèmes se retrouvent quelle que soit la discipline.

Sur le plan thérapeutique, il est possible de traiter mieux avec moins de médicaments différents et moins de prises quotidiennes.

6- Tarification

Elle est ternaire : hébergement, dépendance et soins.

Schématiquement, l'hébergement est à la charge du résident, la dépendance à la charge du conseil général et les soins à la charge de la CPAM.

IV-Réseaux d'HAD et suivi de patients âgés

La circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 02 : relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques place les structures d'HAD en aval de l'hospitalisation en court séjour ou en soins de suite et de réadaptation gériatrique pour des patients fragiles afin de limiter la durée de séjour à l'hôpital.

La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, article 2, rappelle que le lieu de vie , domicile ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Des services d'HAD ont été créés afin de permettre à des patients âgés de retourner vivre à leur domicile, tout en libérant des lits dans les services de gériatrie.

1- Les 3 critères d'admission en HAD s'appliquent aux sujets âgés :

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. 75% des français décèdent à l'hôpital alors que 75% souhaitent mourir à domicile. En HAD 75% des patients décèdent à domicile.

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.

L'HAD ne se substitue pas au SSR. Sa spécificité est le savoir-faire d'organisation du retour à domicile et de coordination du suivi des patients .

2- 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. C'est une prise en charge pluridisciplinaire.

3- Coordination en HAD

L'équipe de l' HAD coordonne les soins et les intervenants. Cette action s'articule dans le cadre d'un projet thérapeutique et social.

Organisation du retour à domicile

L'évolution logique et recherchée pour les patients est la suivante : patients « hospitalo-requérants » puis patients « HAD requérants » pour aboutir à des patients ambulatoires.

Un délai de 48H en moyenne est nécessaire pour organiser le retour à domicile.

En HAD, l'entourage du patient est pris en compte : non seulement on respecte ses souhaits et ses possibilités d'implication, mais il a aussi pour mission d'alerter l'HAD en cas de difficulté imprévue.

La qualité des soins consiste à ne pas transformer un lieu de vie en un lieu de soins.

L'ANAES recommande que dès l'admission d'un malade, on se préoccupe de sa sortie. Cette recommandation est tout à fait adaptée à l'HAD.

Suivi coordonné du patient

Le médecin généraliste est le pivot de la prise en charge du patient. Ce dernier assure le suivi médical au quotidien du patient en lien avec l'HAD.

Organisation de la sortie d'HAD

On se doit d'anticiper une ré-hospitalisation dans le service d'origine. On évite ainsi un passage au service d'accueil des urgences. C'est aussi organiser les soins après l'HAD. On prépare aussi les familles à ce changement.

HAD et filières gériatriques

Pour un patient donné, l'HAD peut s'intégrer à une filière gériatrique. Pour un autre patient « HAD-requérant » monopathologique, qui évolue vers une polypathologie, l'HAD peut organiser son intégration à cette filière gériatrique.

L'HAD est donc un modèle de « réseau ville hôpital

1- Textes législatifs

L'HAD fait partie des alternatives à l'hospitalisation régies par les dispositions du code de la santé publique (CSP). Les alternatives à l'hospitalisation ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée (article R.6121-4 CSP).

L'article R.6121-4 CSP définit les structures d'HAD comme des structures permettant « d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.»

Par ailleurs, depuis le **décret n° 2007-241 du 22 février 2007**, les structures d'HAD peuvent désormais également intervenir en maison de retraite.

Les circulaires ci-dessous viennent notamment préciser les missions ainsi que les modalités de prise en charge en HAD.

Les autres textes réglementaires sont relatifs à l'intervention de l'HAD en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).

a- Cadre général

- Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000
- Complément à la circulaire du 30 mai 2000
- Circulaire n° DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004
- Circulaire n° DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006

b- HAD en EHPAD

Décret n°2007-241 du 22 février 2007 - Le 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

Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007 : prévoit le contenu de la convention entre HAD et EHPAD

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

- le décret du 30 avril 2007 prévoit le contenu de la convention entre HAD et EHPAD

Convention-type HAD en EHPA et schéma de financement

Circulaire N°DHOS/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. la circulaire du 5 octobre 2007 précise les règles de partenariat entre les 2 structures à l'aide de modèles de protocoles et conventions

2- Modes de prise en charge :

Les critères de prise en charge d'un patient par l'HAD en EHPAD sont au nombre de 14 et sont clairement définis.

	Définition	conditions
Soins palliatifs	Accompagnement de fin de vie ou de phase terminale	Mobilisation importante de besoins relationnels techniques ou ajustement quotidien de
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	

3- Discussion

Le décret du 30 avril 2007 prévoit le contenu de la convention HAD-EHPAD. Les indications et modes de prises en charge sont plus restrictifs qu'à domicile.
Circulaire du 5 octobre 2007

a- Préambule

L'intervention de l'HAD est une réponse à un besoin en soins afin d'éviter une hospitalisation. L'admission en HAD se fait après la décision collégiale des directions des 2 structures, HAD et EHPAD. Les 2 médecins coordonnateurs donnent leur avis.

Le but de la convention est de définir précisément le champ d'action de chacune des 2 structures.

La demande d'admission est faite par le médecin traitant du résident ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD. C'est une prescription médicale. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD doit mentionner dans le dossier médical la raison pour laquelle l'EHPAD n'est pas en mesure de prendre en charge les soins nécessités par le patient. Elle est soumise au service de l'HAD qui vient rencontrer le patient à l'EHPAD.

Un protocole nominatif est rédigé pour chaque patient.

Le médecin traitant reste le médecin prescripteur

On élabore un protocole de soins : toute modification de la prise en charge donnera lieu à la rédaction d'un nouveau protocole de soins. En effet, il définit les modalités spécifiques de chaque prise en charge.

L'équipe de l'HAD prend en charge la pathologie pour laquelle elle intervient, dans sa globalité : les soins, le personnel, les médicaments et le matériel.

Les soins antérieurs restent à la charge de l'EHPAD. Si une pathologie antérieure décompense sur une mode aigu, la prise en charge reste de la responsabilité de l'EHPAD.

Le médecin traitant reste le médecin prescripteur.
IL s'engage à assurer, une visite hebdomadaire.

La convention est conclue pour une durée de un an et renouvelable par tacite reconduction.

b- discussion

L'organisation du suivi des patients se définit au gré des expériences de chacun.

Il en est de même pour la signification et la part précise du forfait médicament au sein du forfait séjour en EHPAD.

Il semblerait que le dossier soins soit commun. Or, beaucoup d'EHPAD n'en ont pas ; et beaucoup d'EHPAD n'ont pas de médecins coordonnateur.

Comment intégrer en pratique les données complémentaires, qui le fait, et qui en a la responsabilité ?

Pour régler les problèmes de confidentialité, il est important de savoir qui le consulte, qui le remplit, qui en a la responsabilité.

Qui a la responsabilité de la confidentialité et de la conservation des dossiers ?

En fait, chacun a besoin de son propre dossier. Le dossier médical du résident doit rester à l'EHPAD. Or, l'équipe de l'HAD pour des raisons de prescription, de transmissions, ou tout simplement d'organisation propre à ce service, doit disposer du dossier médical complet concernant la pathologie qu'elle prend en charge.

Le dossier médical informatisé apporte, me semble-t-il, le meilleur compromis.

Continuité et permanence des soins : Ce point n'est pas évoqué dans l'arrêté fixant la convention - type d'intervention. Les conditions d'appel, les modes de réponses, la répartition des tâches entre le personnel de l'EHPAD et de l'HAD sont à éclaircir quasiment au cas par cas.

La gestion du médicament reste à définir au cas par cas.

Le circuit du médicament n'est pas clairement défini. Chacun doit spécifier, au cas par cas, les médicaments qui relèvent de l'HAD et ceux qui restent à la charge de l'EHPAD.

Les questions auxquelles on se doit de répondre précisément sont les suivantes :

Qui fait quoi à quel moment ?

Car plusieurs personnes avec des statuts différents interviennent auprès d'un même patient.

Les règles financières sont différentes. Comment la CPAM assure ces prestations : en effet, une même prestation assurée par le même service est minorée en fonction du lieu de la prestation. Ceci n'est pas sans soulever des inquiétudes des EHPAD sur les conséquences ultérieures de leur propre forfait.

VI- ANALYSE DE L'ACTIVITE DE L'HAD EN EHPAD EN 2008

Une étude a été réalisée par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Elle a permis le suivi spécifique de l'activité en EHPAD en mesurant le volume d'activité des établissements d'HAD en EHPAD issue des dispositions du décret du décret du 22 février 2007 :

	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. A noter qu'il existe de grandes disparités régionales. Le détail n'est pas donné mais 12 régions ont réalisé moins de 800 journées, 6 entre 1000 et 2000 journées et 4 ont réalisé entre 2500 et 5000 journées.

D'après une enquête de la FNEHAD, on note que :

- 64% des modes de prise en charge principaux relèvent de pansements complexes
- 31% sont des soins palliatifs. [A noter que dans 45% des cas, le MPP soins palliatifs est associé au MPA pansements complexes tandis que le MPP pansements complexes est quant à lui coté seul (24%) ou a été associé à la prise en charge de la douleur (42%) ou le MP soins de nursing lourds (24%).]
- L'âge moyen des patients pris en charge est sans surprise supérieur à 80 ans.
- A l'exception des refus liés à une mauvaise indication, aucun patient n'a été refusé.
- On dénombre plus de conventions signées que de conventions actives : 43%.
- 39,8% des conventions adressées à des EHPAD ne sont pas revenues signées. Ceci pose 2 questions : ou les EHPAD n'ont pas d'intérêt à travailler avec les HAD, ou elles n'ont pas de patients suffisamment lourds à proposer à l'HAD. Il est à noter que certains EHPAD ont subi des coupes PATHOS desquelles étaient exclus les patients pris en charge en HAD.
- Un point très important ressort de cette enquête : le niveau d'encadrement des EHPAD est de nature à permettre ou pas une prise en charge en HAD.

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.

Ce nouveau domaine d'intervention de l'HAD marque néanmoins une étape importante dans la prise en compte des besoins du patient âgé. L'objectif reste principalement d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation conventionnelle des personnes prises en charge en EHPAD et permettre qu'il soit hospitalisé dans son environnement propre et/ou son lieu de vie, quel qu'il soit.

VII- CONCLUSION

Les pouvoirs publics ont la volonté d'améliorer les filières en aval de l'hospitalisation.

L'HAD, au même titre que l'EHPAD, est un maillon à part entière de la filière gériatrique. Son développement et les progrès de la science qui en améliorant les techniques d'exploration, les thérapeutiques et les systèmes d'information permettent de limiter le besoin médical d'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.