



Année universitaire 2024-2025

**Connaissances des modes de prise en charge
en HAD par les EHPAD des territoires des HAD
de Caen, Deauville et Lisieux**

Dr HADBI Tiziri

Diplôme inter-universitaire de coordination en gérontologie

Dr FAISANTIEU Nicolas

Diplôme inter-universitaire de coordination en gérontologie

Dr BEAUFILS Maëlle

Diplôme inter-universitaire de coordination en gérontologie

Directeur de mémoire

Dr BEAURIN Morgan

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement le Docteur Morgan Beaurin d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire.

Nous exprimons notre reconnaissance aux IDEC et MEDEC ayant pris le temps de répondre à notre questionnaire.

Un grand merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour avoir transmis sa passion de la gériatrie, spécialité humaine et passionnante.

Enfin, une pensée pour nos proches pour leur soutien tout au long de cette année universitaire contraignante mais enrichissante.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACP : Analgésie Contrôlée par le Patient
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CIM : Classification Internationale des Maladies
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique
DCMPA : Diagnostic Correspondant au Mode de Prise en charge Associé
DCMPP : Diagnostic Correspondant au Mode de Prise en charge Principal
DP : Diagnostic Principal
EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GHT : Groupe Homogène de Tarif
HAD : Hospitalisation À Domicile
IDEC : Infirmière coordinatrice
IPA : Infirmière en Pratique Avancée
MEDEC : médecin coordonnateur
MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
MP = Mode de prise en charge
SU : Sonde Urinaire
TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
ETP : Equivalent Temps Plein
FNEHAD: Fédération nationale des HAD

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	1
1) Contexte de l'HAD	1
2) Les modalités d'intervention de l'HAD	2
a) Mode de prise en charge	2
b) Fonctionnement d'un service d'HAD	2
3) L'HAD en Normandie	3
I. MATERIEL ET METHODES	5
1) Objectif de l'étude	5
2) Type d'étude	5
a) Création et diffusion du questionnaire	5
b) Population cible	5
c) Analyse des données	6
d) Recherche bibliographique	6
II. RÉSULTATS.....	8
1) La population de l'étude	8
2) Etablissements de l'étude	9
3) HAD : recours et connaissances	10
4) Point de vue des répondants	11
a) Les modes de prise en charge	12
b) Le taux de recours selon les participants	13
III. DISCUSSION.....	14
1) Forces et limites de l'étude	14
a) Forces de l'étude	14
b) Limites de l'étude	15
2) Principaux résultats	16
a) Caractéristiques de la population de l'étude	16
b) Caractéristiques des établissements	18
c) HAD : recours et connaissances	19
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE.....	24
ANNEXES.....	26

I. INTRODUCTION

Dans le cadre de notre formation au Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de coordination en gériatrie, nous avons été amenés à rédiger un mémoire dans une démarche scientifique.

Ce mémoire collectif développe un sujet managérial et gériatrique relatif aux modalités d'intervention des services d'Hospitalisation À Domicile (HAD) dans des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) du Calvados.

Les difficultés d'accès aux urgences, le faible taux de lit d'aval en hospitalisation conventionnelle et les risques liés à un passage aux urgences pour les personnes âgées font du recours à l'HAD pour les résidents d'EHPAD un sujet d'actualité.

1) Contexte de l'HAD

L'Hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement. (1)

De plus, "Le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, est le référent médical du patient pendant le séjour. Son accord est sollicité préalablement à la prise en charge. Par dérogation, en cas d'indisponibilité du médecin ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être pris en charge sans que l'accord du médecin traitant, ou du médecin désigné par le patient, ait été recueilli. Dans ce cas, le médecin praticien d'hospitalisation à domicile est désigné référent de la prise en charge. Il en informe le médecin [traitant ou, à défaut, le médecin désigné par le patient] et en fait mention dans le dossier du patient ». (2)

L'HAD constitue donc une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, plébiscitée par les autorités sanitaires et d'autant plus souhaitable pour les résidents d'EHPAD au regard de la balance bénéfices-risques d'une hospitalisation conventionnelle pouvant s'avérer défavorable, a fortiori quand celle-ci fait suite à un passage aux urgences. En effet, l'étude de Jones et Al. (2021) (3) montre qu'il existe une corrélation entre le temps passé aux urgences, et la mortalité par toute cause dans les 30 jours suivant l'admission.

L'étude de 2023 de Roussel et Al (4) corrobore ces faits, en montrant que la mortalité à court terme des personnes de plus de 75 ans qui passent plus de 12 heures aux urgences en attendant leur admission dans un service est multipliée par 2.

La première HAD en France, a ouvert en 1957, à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'objectif était de diminuer l'engorgement des hôpitaux, et sa prescription était initialement hospitalière. (5)

C'est par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière que l'HAD a réellement été reconnue comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle; notamment via une obligation d'assurer une continuité de prise en charge 7 jours sur 7 et 24h/24.

Néanmoins, l'intervention des HAD en EHPAD n'a été autorisée qu'à compter du décret du 22 février 2007. (6)

2) Les modalités d'intervention de l'HAD

a) Mode de prise en charge

En 2022, les modes de prises en charge principaux les plus fréquemment sollicités étaient les soins palliatifs, ainsi que les pansements complexes et soins spécifiques, représentant respectivement 27% et 26% des journées d'HAD. (7)

L'HAD offre différents modes de prise en charge répondant à des critères spécifiques vérifiés en amont de toute admission d'un patient. Parmi les modes de prise en charge répertoriés, on peut citer (liste non exhaustive) (8) :

- les soins palliatifs;
- les pansements complexes et soins spécifiques évoqués plus tôt;
- les soins techniques de cancérologie;
- les traitements intraveineux;
- la périnatalité;
- l'assistance respiratoire ou nutritionnelle;
- les soins de nursing lourds;
- la rééducation, réadaptation, éducation,
- le post-traitement chirurgical;
- les sorties précoces de chirurgie.

A noter que l'intervention de l'HAD en EHPAD suit les règles communes du guide méthodologique (ATIH) depuis 2017 mais fait néanmoins l'objet d'une minoration de son GHT (voir annexe 2).

b) Fonctionnement d'un service d'HAD

Il existe 2 grands types de prises en charge :

- Intervention classique : qui correspond à une prise en charge active avec des interventions régulières de l'équipe de l'HAD.
- Dossier dormant (ou demande anticipée) : qui permet de maintenir un lien administratif et médical avec le patient sans intervention quotidienne, tout en facilitant une réactivation rapide de la prise en charge si nécessaire. (9)

Les dossiers des patients sont réévalués périodiquement selon un rythme adapté à l'évolution de la situation clinique de chaque patient.

La qualité de la prise en charge est assurée par la tenue hebdomadaire de réunions d'équipe pluridisciplinaire (liste non exhaustive) :

- **Réunion dédiée aux soins palliatifs**, permettant de discuter des situations complexes, parfois en collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier.
- **Réunion pluridisciplinaire**, réunissant l'équipe HAD pour un suivi global.
- **Réunion sociale**, favorisant l'intégration des dimensions sociales et médico-sociales dans le projet de soins.

Pour tout patient hospitalisé, possibilité d'anticiper une éventuelle sortie HAD grâce à l'outil HAS Adophad (annexe 1)).

3) L'HAD en Normandie

En 2021, la Normandie comptait 22 HAD polyvalentes et 1 spécialisée en néonatalogie ayant réalisé 227 171 journées d'HAD cette même année. (10)



1. DONNÉES HAD EN NORMANDIE 2020-2021		
<u>Calvados : 7 HAD</u>	<u>Manche : 3 HAD</u>	<u>Eure : 3 HAD</u>
➤ HAD Falaise	➤ HAD Cherbourg	➤ HAD Sud Eure
➤ HAD Croix rouge Caen	➤ HAD Centre Manche	➤ HAD Eure Seine
➤ HAD Lisieux	➤ HAD Avranches Granville	➤ HAD de la Risle
➤ HAD Côte Fleurie	<u>Orne : 4 HAD</u>	<u>Seine-Maritime : 6 HAD</u>
➤ HAD Vire (4 sites / antennes)	➤ HAD Soins santé Argentan	➤ HAD Elbeuf Louviers
➤ HAD Aunay Bayeux	➤ HAD Alençon (NOAL)	➤ HAD Croix rouge Rouen
➤ HAD Néonatalogie CHU CAEN	➤ HAD ADMR Orne Est	➤ HAD Cèdre
	➤ HAD Ferté Bernard (Sarthe)	➤ HAD Caux Maritime
		➤ HAD Estuaire
		➤ HAD Hospidomi

L'HAD Croix-Rouge de Caen est un service intégré depuis 2018 au pôle sanitaire régional de la Croix-Rouge française, dont la direction est basée à Bois-Guillaume.

Ce service a été créé en 1976 et compte actuellement une file active d'environ 80 patients/jour pour un objectif attendu d'environ 110 patients/jour. Son rayon d'intervention est d'environ 20 km autour de Caen couvrant ainsi 35 EHPAD.

L'HAD LNA Santé de Deauville (Côte Fleurie) est une structure d'hospitalisation à domicile intégrée à l'Hôpital privé du Pays d'Auge. Elle a été créée en 1990, et depuis le début d'année 2025, l'HAD Deauville est devenue l'HAD Deauville - Caen, couvrant une plus large implantation géographique, notamment du territoire de Caen la Mer. La zone couverte par l'HAD Deauville seule peut suivre jusqu'à 30 patients par jour, et intervient dans 9 EHPAD.

L'HAD de Lisieux fait partie du pôle gériatrique du centre hospitalier Robert BISSON, sa date de création remonte à l'an 2000. L'HAD peut prendre en charge jusqu'à 30 patients sur le territoire de Lisieux et du pays d'Auge. Elle intervient dans 13 EHPAD. En 2024 le service a reçu près de 80 dossiers de pré-admission, dont la grande majorité concernait des patients nécessitant une prise en charge palliative.

Entre 2020 et 2023, la Normandie était la région de France où le nombre moyen de patients pris en charge par l'HAD par jour et pour 100000 habitants était le plus faible. (11)

Pour comparaison, en 2023, 19,9 patients pour 100000 habitants étaient pris en charge en moyenne par jour en Normandie pour une moyenne nationale de 29,3 patients par jour pour 100000 habitants. (11)

Exerçant tous les trois dans le Calvados sur des territoires de santé différents et sensibilisés à cette thématique par notre expérience professionnelle, nous nous sommes posés la question de recherche suivante afin d'explorer ce faible recours à l'HAD en Normandie :

Ce faible taux de recours peut-il être en partie lié à un défaut de connaissances des modalités d'intervention en EHPAD que proposent les HAD?

I. MATERIEL ET METHODES

1) Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'étudier les connaissances des médecins coordonnateurs et infirmières coordinatrices exerçant dans les établissements rattachés aux HAD de Caen, Lisieux et Deauville quant aux modalités d'intervention d'HAD en EHPAD.

2) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive à partir d'un questionnaire évaluant les pratiques.

A cette fin, nous avons fait le choix de diffuser un questionnaire aux EHPAD rattachés aux HAD de Caen, Lisieux et Deauville; méthode adaptée pour une collecte de données dans le cadre d'une étude quantitative dans le but d'obtenir un maximum de réponses, sans interférer dans la réflexion des participants comme cela peut être le cas dans les entretiens individuels.

a) Création et diffusion du questionnaire

L'enquête a été réalisée par Google Forms, et a été diffusée du 01/07/2025 au 29/07/2025. Il a fait l'objet de 4 relances les 7, 11, 21 et 28/07/2025.

La première partie du questionnaire concerne des informations générales sur les médecins coordonnateurs, infirmières coordinatrices ainsi que sur le fonctionnement de leur EHPAD d'exercice.

La seconde partie explore quant à elle la fréquence du recours à l'HAD dans ces établissements ainsi que les connaissances des médecins coordonnateurs et infirmières coordinatrices sur les modalités d'intervention possibles.

Le questionnaire (annexe 3) est anonyme et comporte au total 18 questions dont 16 questions fermées à choix unique ou multiple, 1 question ouverte et 1 semi ouverte.

Il a été validé par les trois diplômants ainsi que par le directeur de mémoire.

b) Population cible

La population cible d'étude était constituée par les infirmières coordinatrices et médecins coordonnateurs des EHPAD dont les HAD de rattachements étaient celles de Lisieux, Caen et Deauville. Il pouvait y avoir jusqu'à 2 réponses par établissement.

Un mail a été envoyé aux EHPAD du Calvados concernés, dont les coordonnées ont été obtenues grâce à un document fourni par le CLIC du Calvados mis à jour en juin 2025 tout en ayant obtenu auprès des HAD de Caen, Lisieux et Deauville la liste des EHPAD inclus dans leurs territoires respectifs.

Les établissements non rattachés aux HAD de Caen, Lisieux et Deauville étaient donc exclus de l'étude.

Les participants souhaitant obtenir les résultats du questionnaire ont été invités à nous communiquer leur adresse mail. Cette partie a été anonymisée avant l'analyse de données.

c) Analyse des données

Les données ont été extraites sur Google Sheet ® à partir de Google Form ® pour interprétation. L'enquête a été complétée par 24 personnes, dont 14 MEDEC et 10 IDEC. Un total de 70 emails ont été envoyés (incluant les relances), afin d'obtenir un maximum de réponse, pour les 53 établissements concernés par les HAD Caen, Lisieux et Deauville. Certains EHPAD sont en lien avec 2 HAD différentes, dans ce contexte nous leur avons demandé de répondre aux questions en se basant sur leur HAD de premier recours.

Les données issues du Google Forms ® sont accessibles sous deux formes :

- données brutes individualisées par répondant, anonymisées.
- données générales sous forme de graphiques divisés en pourcentages de répondants.

L'analyse des données s'est faite par Google Sheet ® et tableau feuille de calcul type Excel ®, par le biais de la création de multiples tableaux, faits manuellement. Ces tableaux regroupent les réponses des participants, et la moyenne sur population totale.

Enfin, un ingénieur nous a aidés à créer la figure 1, avec calcul de la loi Gaussienne et de la loi de Poisson. (voir code annexe 4)).

d) Recherche bibliographique

Afin de préparer le questionnaire et d'étayer les propos en lien avec ce mémoire, des recherches ont été effectuées en utilisant les bases de données Pubmed, SUDOC, Google Scholar, ainsi que les travaux réalisés par nos prédécesseurs du DIU de coordination en gériatrie.

Par ailleurs, nous avons également pris contact avec les différentes HAD étudiées, afin qu'elles nous fournissent une liste exhaustive des soins qu'elles réalisent dans l'hypothèse de variabilité de prises en charge.

II. RÉSULTATS

1) La population de l'étude

Entre le 01/07/2025 et le 29/07/2025 24 réponses ont été recueillies. Il n'y a pas eu de sujet exclu de l'étude. L'enquête a donc été réalisée sur l'intégralité des réponses des participants.

Les caractéristiques de la population étudiées sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude (N=24)				
Caractéristique		MEDEC (n=14)	IDEC (n=10)	Total (n=24)
Sexe	Homme	4 (29%)	/	4 (17%)
	Femme	10 (71,4%)	10 (100%)	20 (83%)
Âge	<25	0	0	0
	26 à 35 ans	1 (7%)	5 (50%)	6 (25%)
	36 à 45 ans	5 (36%)	4 (40%)	9 (37,5%)
	46 à 55 ans	6 (43%)	1 (10%)	7 (29,2%)
	56 à 65 ans	2 (14%)	0	2 (8,3%)
	65 ans	0	0	0
Temps d'exercice dans l'établissement	0 à 1 an	1 (7%)	0	1 (4%)
	1 à 5 ans	6 (43%)	4 (40%)	10 (42%)
	6 à 10 ans	3 (21%)	4 (40%)	7 (29%)
	> 10 ans	4 (29%)	2 (20%)	6 (25%)
Fonction	Médecin coordonnateur (MEDEC)	14	0	14 (58%)
	Infirmière coordinatrice (IDEC)	0	10	10 (42%)
ETP (MEDEC)	0,1 ETP	/	/	0
	0,2 ETP	2 (14%)	/	2 (14%)
	0,3 ETP	0	/	0
	0,4 ETP	2 (14%)	/	2 (14%)
	0,5 ETP	1 (7%)	/	1 (7%)

	0,6 ETP	6 (43%)	/	6 (43%)
	0,7 ETP	0	/	0
	0,8 ETP	3 (22%)	/	3 (22%)
	0,9 ETP	0	/	0
	1 ETP	0	/	0
	IDEC	/	/	/

2) Etablissements de l'étude

Tableau 2 : Caractéristiques de l'établissement				
Caractéristiques	Réponses	MEDEC (14)	IDEC (10)	Total (n=24)
Présence MEDEC dans l'établissement	Oui	/	9 (90%)	9 (37,5%)
	Non	/	1 (10%)	1 (4,2%)
	MEDEC répondant	14	/	14 (58,3%)
Soins primaires	Médecins traitants assurant des visites	13 (93%)	8 (80%)	21 (87,5%)
	Téléconsultations (médecins en distanciel)	3 (21%)	2 (20%)	5 (21%)
	Médecin coordonnateur qui est aussi prescripteur	9 (64%)	7 (70%)	16 (67%)
	Médecin(s) prescripteur(s) salarié(s) n'étant pas le médecin coordonnateur	2 (14%)	1 (10%)	3 (12,5%)
	Infirmière en pratique avancée	0	0	0
	Autre			
Statut juridique de l'établissement	Public	1 (7%)	3 (30%)	4 (17%)
	Privé associatif (non lucratif)	7 (50%)	2 (20%)	9 (37,5%)
	Privé commercial (lucratif)	6 (43%)	5 (50%)	11 (46%)
	Autre	0	0	0

Environnement de l'établissement	Urbain	9	3 (30%)	12 (50%)
	Semi Rural	5	5 (50%)	10 (42%)
	Rural	0	2 (20%)	2 (8%)
Quelle équipe intervient ?	Equipe mobile de soins palliatifs uniquement	4	3 (30%)	7 (29%)
	Equipe mobile de gériatrie uniquement	0	3 (30%)	3 (12,5%)
	Les deux	10 (71%)	4 (40%)	14 (58,3%)
	Aucune des deux	0	0	0
	Ne sait pas	0	0	0
De quelle HAD dépend l'établissement ?	Caen	10 (71%)	4 (40%)	14 (58,3%)
	Lisieux	1 (7%)	3 (30%)	6 (25%)
	Deauville	3 (21%)	3 (30%)	4 (17%)

3) HAD : recours et connaissances

Le tableau 3 ci-dessous regroupe l'estimation de fréquence de retour à l'HAD, associé à un nombre moyen de recours, et l'estimation des connaissances des modalités d'intervention de l'HAD en EHPAD.

Tableau 3 : Le recours à l'HAD				
Caractéristique	Réponses	MEDEC (14)	IDEC (10)	Total (n=24)
Fréquence, en moyenne sur une année, de recours à l'HAD au sein de l'établissement?	Rarement	1 (7%)	0	1 (4%)
	Parfois	5 (36%)	7 (70%)	12 (50%)
	Très souvent	8 (57%)	3 (30%)	11 (46%)
Moyenne de recours à l'HAD par an (nombre d'intervention approximatif)		15,7	11,2	14,2
Estimation de connaissance des modalités d'intervention des HAD en EHPAD	Très bien	12 (86%)	9 (90%)	21 (87,5%)
	Moyennement	2 (14%)	1 (10%)	3 (12,5%)
	Très peu	0	0	0

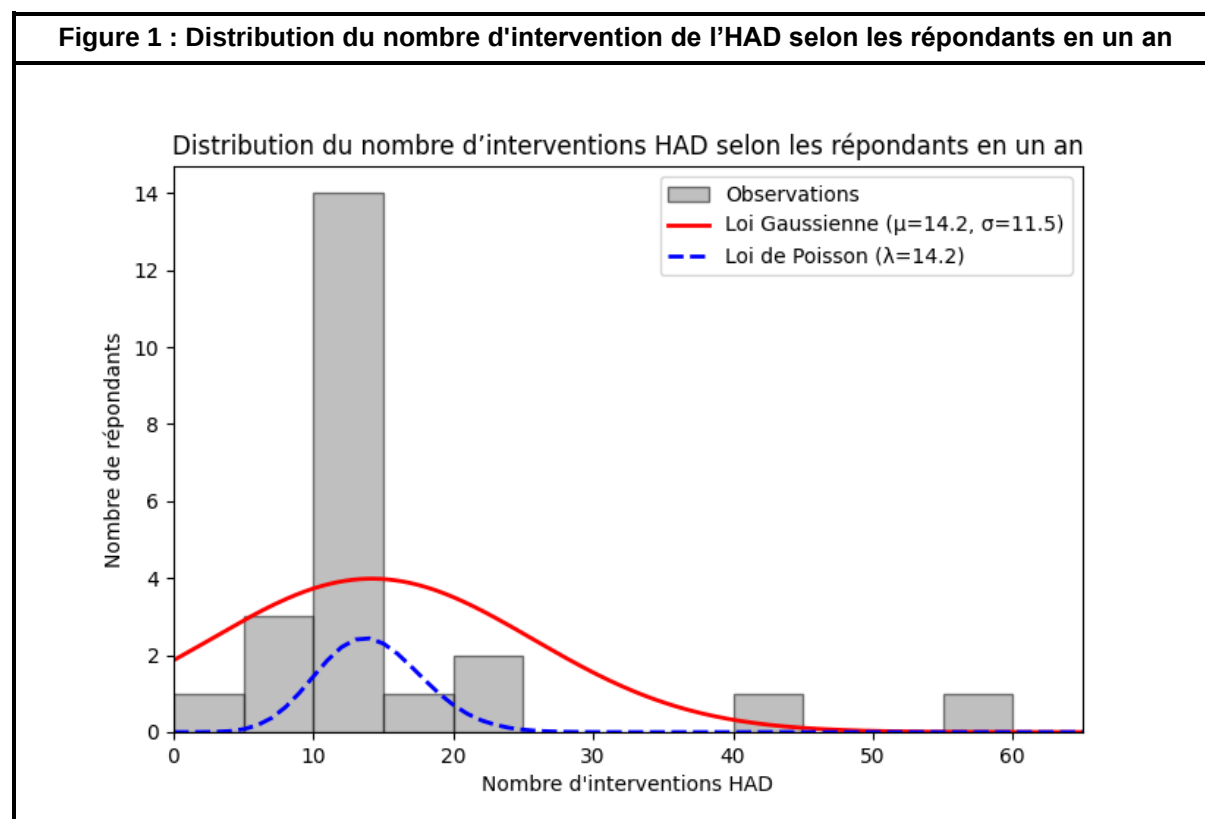
	Pas du tout	0	0	0
--	-------------	---	---	---

En moyenne, la majorité des médecins coordonnateurs (MEDEC) et des infirmières coordinatrices (IDEC) déclarent avoir recours à l'HAD (Hospitalisation à Domicile) de manière occasionnelle à très fréquente (respectivement 50 % et 46 %). Les IDEC estiment majoritairement y avoir recours « parfois » (70 %), tandis que les MEDEC déclarent y recourir « très souvent » (57%).

Il convient toutefois de souligner qu'au moment de la diffusion du questionnaire, l'item « souvent » n'apparaissait pas, ce qui introduit un biais dans l'interprétation des résultats.

Concernant le nombre moyen d'interventions de l'HAD, les MEDEC rapportent environ 16,5 interventions par an, contre 11,2 pour les IDEC. Cela correspond à une moyenne globale de 14,2 interventions pour l'ensemble des répondants. Un des participants ayant indiqué une valeur sur deux mois et demi, sa réponse n'a pas été retenue puisque la question portait sur une période d'un an. Par ailleurs, deux répondants ayant indiqué un nombre d'interventions compris « entre 10 et 15 », une valeur moyenne de 12,5 a été retenue pour l'analyse.

La figure 1 illustre l'application d'une loi gaussienne et d'une loi de Poisson sur le nombre annuel de recours à l'HAD au sein des établissements.



La majorité des répondants, qu'ils soient IDEC ou MEDEC, déclarent "très bien" connaître les modalités d'intervention de l'HAD en EHPAD (respectivement 86 % et 90 %). Aucun participant ne rapporte une méconnaissance ou une connaissance insuffisante de ces modalités.

4) Point de vue des répondants

Le tableau 4 regroupe les différents modes de prise en charge de l'HAD, en fonction de s'ils ont déjà été sollicités par les répondants, ou de leur connaissance effective par ces derniers.

Tableau 4 : Les prises en charges de l'HAD				
Caractéristiques	Réponses	MEDEC (14)	IDEC (10)	Total (n=24)
Modes de prise en charge déjà sollicités par les répondants	Soins palliatifs	13 (93%)	9 (90%)	22 (92%)
	Douleur	9 (64%)	8 (80%)	17 (71%)
	MEOPA	3 (21%)	1 (10%)	4 (17%)

	Traitements intraveineux (antibiothérapie, furosémide...)	10 (71%)	7 (70%)	17 (71%)
	Nutrition entérale	2 (14%)	0	2 (8%)
	Nutrition parentérale	1 (7%)	1 (10%)	2 (8%)
	Pansements complexes	11 (78,5%)	9 (90%)	20 (83%)
	Chimiothérapie et/ou surveillance post chimiothérapie	0	1 (10%)	1 (4%)
	Transfusions	9 (64%)	6 (60%)	15 (62,5%)
	Surveillance post-ablation de sonde urinaire	1 (7%)	0	1 (4%)
	Post-chirurgie et sorties précoces de chirurgie	1 (7%)	0	1 (4%)
Modes de prise en charge non connus des répondants	Soins palliatifs	0	1 (10%)	1 (4%)
	Douleur	0	1 (10%)	1 (4%)
	MEOPA	0	1 (10%)	1 (4%)
	Traitements intraveineux (antibiothérapie, furosémide...)	0	1 (10%)	1 (4%)
	Nutrition entérale	0	0	0
	Nutrition parentérale	0	1 (10%)	1 (4%)
	Pansements complexes	0	1 (10%)	1 (4%)
	Chimiothérapie et/ou surveillance post chimiothérapie	2 (14%)	2 (20%)	4 (17%)
	Transfusions	1 (7%)	1 (10%)	2 (8%)
	Surveillance post-ablation de sonde urinaire	9 (64%)	7 (70%)	17 (71%)
	Post-chirurgie et sorties précoces de chirurgie	4 (28,5%)	2 (20%)	6 (25%)

a) Les modes de prise en charge

En termes de modes de prise en charge ayant déjà été sollicités par les répondants, les soins palliatifs constituent l'intervention la plus fréquemment mentionnée (93 % des MEDEC et 90 % des IDEC). En seconde position figurent les pansements

complexes (90 % des IDEC et 78,5 % des MEDEC). Les MEDEC citent ensuite l'administration de traitements intraveineux (71 %), tandis que les IDEC mentionnent la gestion de la douleur (80 %).

À l'inverse, les modes de prise en charge les moins sollicités sont la nutrition, qu'elle soit parentérale ou entérale (8 %), la surveillance post-chimiothérapie (4 %), la surveillance après ablation de sonde urinaire (4 %) et le suivi post-chirurgical ou les sorties précoces de chirurgie (1 %).

Sur les 11 items relatifs aux modalités de prise en charge par l'HAD, les MEDEC en identifient en moyenne 7 (64 %). Les IDEC, en revanche, ne sont unanimes que sur la nutrition entérale, soit un item sur 11 (9 %).

Les modalités les moins connues des répondants concernent principalement la surveillance post-ablation de sonde urinaire (71 % en moyenne, dont 64 % de MEDEC et 50 % d'IDEC).

En deuxième position, le suivi post-chirurgical et les sorties précoces de chirurgie apparaissent comme mal connus (28,5 % des MEDEC et 14 % des IDEC). Enfin, les chimiothérapies et leur suivi post-traitement sont cités comme méconnus par 17 % des répondants.

A noter que la surveillance post-ablation de sonde urinaire n'était néanmoins pas proposée par les 3 HAD et que nous avons volontairement exclu les modes de prise en charge en lien avec la rééducation orthopédique ou neurologique eût égard leur recours exceptionnel en EHPAD.

b) Le taux de recours selon les participants

La moitié des MEDEC trouve que leur taux de recours à l'HAD n'est pas faible. Parmi les raisons exprimées par les autres répondants, expliquant un recours limité à l'HAD, on retrouve :

- la présence d'une équipe infirmière disponible 24h/24 et 7j/7, ou l'accès à SOS IDE la nuit en cas d'impossibilité de recours à l'HAD (14%)
- une difficulté d'acceptation de l'intervention de l'HAD par certaines équipes soignantes, vécue comme un échec dans la prise en charge (7%)
- la perception de l'HAD comme un dernier recours, uniquement sollicitée en cas d'impossibilité de prise en charge interne (7%)
- la réticence de certains médecins traitants (7%)
- l'estimation d'un manque de besoins spécifiques en EHPAD ou une méconnaissance des compétences de l'HAD (7%).

Concernant les IDEC, deux d'entre elles estiment ne pas avoir un faible taux de recours. (20%). L'une évoque un manque d'offre en comparaison à la demande,

associé à la prudence de certains médecins traitants vis-à-vis de l'HAD (dossiers laissés en attente ou non aboutis), et souligne que SOS IDE est fréquemment missionné par l'HAD. Elle rapporte également une insuffisance de connaissance des procédures d'intervention de l'HAD chez certains médecins traitants (10%).

Cinq autres IDEC mettent en avant la méconnaissance des médecins traitants quant aux possibilités de recours, ainsi que les difficultés d'organisation qui en découlent (50%). Une IDEC mentionne que la présence d'une infirmière en journée compense les besoins de recours à l'HAD (10%). Enfin, une autre souligne des difficultés de communication avec les différents intervenants (10%).

Le tableau 5 présente les réponses des participants concernant les éléments susceptibles de faciliter, selon eux, le recours à l'HAD.

La sensibilisation des médecins traitants apparaît comme le principal levier identifié par les participants (43 % des MEDEC et 70 % des IDEC).

Par ailleurs, certains répondants mentionnent l'organisation de staffs communs ou la possibilité de réaliser les demandes d'admission via une plateforme en ligne dédiée, ce qui pourrait contribuer à fluidifier le processus (17 % respectivement).

Parmi les réponses ouvertes, un MEDEC et un IDEC estiment qu'aucune amélioration n'est nécessaire, considérant que la fluidité des interactions est déjà optimale, tandis qu'un autre MEDEC souligne l'intérêt d'une rencontre avec les équipes pour faciliter le recours.

III. DISCUSSION

1) Forces et limites de l'étude

a) Forces de l'étude

À notre connaissance, cette étude est la seule à interroger les MEDEC et les IDEC exerçant en EHPAD sur les modalités d'intervention de l'HAD, leur ressenti et leurs connaissances à ce sujet, tout en ouvrant une réflexion sur les leviers pouvant en favoriser les sollicitations.

Le questionnaire est constitué quasi exclusivement de questions fermées et à choix multiples, afin de limiter les biais méthodologiques liés à une mauvaise formulation.

Il existe peu de données épidémiologiques concernant le profil des professionnels exerçant en EHPAD. Dans notre étude, les répondants étaient majoritairement des femmes et exerçaient dans le secteur privé. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude d'Attali et al. (2024) (12), qui retrouvait également une prédominance féminine parmi les soignants interrogés, et exerçant majoritairement dans le privé.

Ainsi, la population de notre étude peut être considérée comme représentative de la population générale.

b) Limites de l'étude

i) Biais de sélection

Nous avons obtenu un taux de réponse de 45 % (24 réponses sur 53 établissements sollicités). Ce chiffre est probablement surestimé du fait de la possibilité de compléter deux questionnaires par établissement. Nous ne pouvons exclure ici un manque de puissance de l'étude.

La diffusion du questionnaire par mailing a pu induire un biais de sélection, en excluant les professionnels dont les adresses électroniques n'avaient pas été transmises par les HAD. Ce biais a été renforcé par la présence d'adresses erronées ou non utilisées. De plus, certains mails génériques transmis aux établissements n'ont pas été relayés aux MEDEC et IDEC par les services d'accueil, ce qui en a limité la diffusion. Ce constat nous a conduits à cibler plus spécifiquement les interlocuteurs concernés (MEDEC et IDEC) en mobilisant notre réseau professionnel.

Par ailleurs, les EHPAD dépourvus de médecin coordonnateur ou d'IDEC ne pouvaient pas répondre au questionnaire, ce qui constitue également une source potentielle de biais de sélection.

ii) Biais de déclaration

La nature même de l'étude expose à un biais de déclaration ainsi qu'à un biais de mémoire. Par exemple, lorsque les participants étaient interrogés sur leurs

Tableau 5 : Faciliter le recours à l'HAD				
Caractéristiques	Réponses	MEDEC (14)	IDEC (10)	Total (n=24)
Piste pour faciliter le recours à l'HAD	Plaquette explicative	1 (7%)	2 (20%)	3 (12,5%)
	Staffs communs	3 (21%)	1 (10%)	4 (17%)
	Demande d'admission numérique (site internet dédié)	3 (21%)	1 (10%)	4 (17%)
	Sensibilisation des médecins traitants	6 (43%)	7 (70%)	13 (54%)
	Autre	2 (14%)	1 (10%)	3 (12,5%)

connaissances des modalités d'intervention de l'HAD, certains ont pu se référer directement à la question 15 pour indiquer les modalités qu'ils connaissaient. Une

formulation en question ouverte aurait permis de limiter ce biais, mais aurait probablement réduit le taux de participation et induit d'autres biais.

iii) Biais de méthodologie

Un biais méthodologique lié à la structure des questions fermées du questionnaire ne peut être exclu. Si ce format peut orienter les réponses, il présente néanmoins l'avantage de limiter les erreurs de compréhension, de faciliter la réponse et d'augmenter le taux de participation.

Un exemple notable est la question 12, dans laquelle l'item « souvent » n'apparaissait pas, entraînant une limitation importante dans l'interprétation des résultats.

Enfin, l'absence de restriction du nombre de réponses par adresse IP laisse ouverte la possibilité de doublons. Toutefois, au vu du nombre de répondants et de l'absence de réponses strictement identiques, cette hypothèse semble peu probable.

2) Principaux résultats

a) Caractéristiques de la population de l'étude

L'échantillon de notre étude se compose de 24 participants, répartis entre 14 médecins coordonnateurs soit 58 % des répondants et 10 infirmiers coordonnateurs 42 %.

L'âge de la majorité des participants se situe entre 36 et 45 ans soit 37,5 % correspondant à la tranche d'âge la plus représentée, suivi des 46 à 55 ans 29,2 % des répondants, ce qui indique une population globalement expérimentée.

Les 26 à 35 ans représentent 25 % de l'échantillon, majoritairement des IDEC.

La tranche des 56 à 65 ans est peu représentée 8,3 %, et aucun participant n'a plus de 65 ans.

On note également qu'aucun participant n'a moins de 25 ans ce qui peut être expliqué par la durée nécessaire pour accéder au poste de MEDEC ou IDEC.

Les IDEC sont proportionnellement plus jeunes, 50 % ont entre 26 et 35 ans, alors que les MEDEC sont plus souvent dans les tranches 36–55 ans probablement dû aux études de médecine qui sont plus longues.

Les données sont issues d'un échantillon restreint de 24 participants, ce qui peut constituer un biais à la généralisation des résultats.

En termes d'ancienneté dans l'établissement :

- 42 % des participants exercent depuis 1 à 5 ans et représente la catégorie la plus fréquente
- 29 % depuis 6 à 10 ans
- 25 % depuis plus de 10 ans.
- Les moins d'un an ne représentent que 4 % des répondants.

Les médecins coordonnateurs semblent légèrement plus anciens dans leur poste que les IDEC avec une plus forte proportion des plus de 10 ans.

La coexistence de profils nouvellement arrivés moins de 5 et de professionnels expérimentés plus de 10 ans peut constituer un atout pour l'HAD.

Pialoux et al (2013) soulignent que l'HAD est un des leviers pour l'amélioration de la prise en charge des soins palliatifs en EHPAD. La réussite de l'intervention de l'HAD dépend de la coordination entre les professionnels de l'EHPAD et de l'HAD. (13)

La connaissance des circuits internes par les professionnels expérimentés peut améliorer cette coordination contribuant ainsi à la réussite de leur intervention.

Concernant les équivalents temps plein, 100% des IDEC sont à temps plein, contrairement au MEDEC où les quotités de travail sont majoritairement partielles, ce qui est cohérent avec l'organisation des établissements sur le terrain :

- Une prévalence du 0,6 ETP à 43 %
- Suivi de 0,8 ETP à 22 %.
- 0,2 ETP et 0,4 ETP sont chacun à 14 %
- 0,5 ETP est à 7 %
- Aucun MEDEC n'exerce à temps plein, il en va de même pour les 0,1 ETP, 0,3 ETP ou 0.7 ETP

La mise en place et le suivi des interventions des HAD en EHPAD sont facilités et renforcés par le fait que les IDEC soient à temps plein.

Ils assurent la coordination quotidienne entre l'EHPAD et l'HAD, occupent une position cruciale dans la communication entre les professionnelles, l'accueil des équipes de l'HAD, la gestion logistique des soins et le suivi des protocoles.

La Fédération Nationale des HAD (14) note que la disponibilité médicale est un facteur décisif de la fluidité des parcours de soins en EHPAD. Du moment que le médecin coordonnateur est présent à temps partiel, la coordination médicale s'appuie davantage sur l'IDEC, le médecin traitant et les équipes de l'HAD.

L'équilibre entre MEDEC et IDEC permet une complémentarité de compétences qui est essentielle à l'intervention de l'HAD en EHPAD reposant ainsi sur une fluidité entre décision médicale et coordination soignante.

De ce fait, la réussite de l'intervention de l'HAD en EHPAD repose autant sur l'expertise médicale que sur les capacités organisationnelles et relationnelles de l'équipe de coordination.

b) Caractéristiques des établissements

Sur les 10 IDEC ayant répondu à notre questionnaire, 9 ont signalé travailler avec un MEDEC; constituant un potentiel biais puisqu'environ $\frac{1}{3}$ des EHPAD en France ne disposent pas de médecin coordonnateur selon un rapport sénatorial déposé le 23 février 2022 (15) et que la présence d'un médecin coordonnateur peut être un facteur d'augmentation du recours à l'HAD. (16)

Sur les 24 IDEC et MEDEC ayant répondu quant à l'organisation des soins primaires au sein de leur établissement:

- une grande majorité (21) ont notifié la présence de médecins traitants assurant des visites dans l'établissement.
- 5 ont indiqué le recours à la téléconsultation pour se faire.
- 16 ont noté que le médecin coordonnateur était aussi prescripteur.
- 3 ont rapporté la présence d'un médecin prescripteur salarié n'étant pas le médecin coordonnateur.
- Aucun répondant n'a fait part de la présence d'une IPA.

A noter que la qualification de "prescripteur" du médecin coordonnateur était ici définie comme étant celle où il agissait en qualité de médecin traitant des résidents et non comme celle définie dans la 13ème mission du médecin coordonnateur selon le CASF (prescripteur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux, lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs et le médecin traitant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription).

Cette qualification a pu être mal interprétée par les répondants, entraînant un potentiel biais par la surreprésentation des médecins coordonnateurs dits "prescripteurs".

Sur les 24 répondants :

- 4 travaillent dans un établissement public ; 20 dans un établissement privé dont 9 dans un établissement dit "associatif" (non lucratif) et 11 dans un établissement dit "commercial" (lucratif).
- 12 travaillaient en environnement urbain, 10 en environnement semi-rural et 2 en milieu rural.
- 14 ont signalé pouvoir bénéficier de l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs et d'une équipe mobile de gériatrie; 7 uniquement d'une équipe mobile de soins palliatifs; 3 uniquement d'une équipe mobile de gériatrie et aucune ni de l'une ni de l'autre.
- 14 dépendaient de l'HAD de Caen; 6 de celle de Lisieux et 4 de celle de Deauville.

c) HAD : recours et connaissances

i) Recours à l'HAD

D'après les répondants, le recours à l'HAD en EHPAD, sur une année, est loin d'être rare. Les médecins coordonnateurs rapportent globalement le sentiment d'un nombre d'interventions important, comparativement aux infirmiers coordinateurs. Cette différence de perception pourrait s'expliquer par le fait que la demande d'HAD doit être réalisée par un médecin (traitant ou MEDEC). La procédure pouvant être perçue comme fastidieuse, les MEDEC ont ainsi l'impression d'y recourir fréquemment. Toutefois, le biais méthodologique précédemment évoqué concernant cette question ne permet pas d'en garantir une interprétation exacte.

Afin d'obtenir une estimation plus objective de la fréquence de sollicitation de l'HAD, les répondants ont été invités à fournir le nombre approximatif d'interventions survenues au sein de leur établissement au cours d'une année. L'objectif initial était de calculer une moyenne et d'évaluer, à l'aide d'une loi normale (ou gaussienne), la probabilité d'intervention de l'HAD en EHPAD sur une année.

Cependant, l'écart-type calculé sur les réponses s'est avéré particulièrement élevé. De plus, le comptage du nombre d'interventions ne pouvant être négatif et les réponses étant exprimées en valeurs entières, la distribution gaussienne obtenue était trop étalée et tronquée en zéro, rendant l'analyse inadaptée.

Face à cette difficulté, nous avons choisi d'utiliser une loi de Poisson, plus adaptée à ce type de données. Cette modélisation a permis de montrer que, dans notre étude, un établissement présente un nombre moyen attendu d'interventions de l'HAD égal à 12 par an.

Nous avons initialement envisagé de comparer le nombre effectif d'interventions observées avec le ressenti subjectif des répondants concernant la fréquence de recours à l'HAD. Toutefois, l'absence de normalisation du nombre d'interventions par le nombre de résidents de chaque établissement n'a pas permis de réaliser ce calcul. Une future étude intégrant cette variable permettrait de mieux évaluer la concordance entre le ressenti des professionnels et la réalité du recours à l'HAD.

ii) Connaissance des modalités d'intervention et motifs de recours

La majorité des répondants affirme avoir une bonne connaissance des modalités d'intervention de l'HAD en EHPAD. Cette perception semble liée au rôle central des MEDEC et IDEC dans la mise en place des prises en charge : les premiers sont à l'initiative de la demande, tandis que les seconds assurent la coordination avec les différents intervenants. De plus, les MEDEC ont l'obligation d'organiser annuellement

des commissions de coordination gérontologiques, auxquelles des intervenants extérieurs tels que l'HAD, les médecins traitants, et d'autres professionnels de santé, peuvent être conviés pour échanger. Ceci contribue à renforcer la visibilité de telles structures, et la compréhension de son rôle, pouvant expliquer le taux de bonne connaissance estimé par les participants.

Concernant les motifs de recours, nos résultats rejoignent les données de la littérature. En effet, comme évoqué lors de l'état de l'art, les soins palliatifs et les pansements complexes apparaissent comme les principales causes de sollicitation de l'HAD, tant en EHPAD qu'en ville. Notre étude montre des résultats similaires. Cela témoigne de la représentativité des établissements inclus dans notre étude. (8)

Enfin, l'analyse des connaissances des participants montre une tendance intéressante. Les MEDEC semblent maîtriser davantage les modalités d'intervention de l'HAD : en moyenne, ils identifient 7 items sur 11, contre 1 sur 11 pour les IDEC. Toutefois, cette différence doit être interprétée avec prudence. En effet, parmi les IDEC, un seul répondant concentre à lui seul 5 réponses négatives sur 11. Il serait donc inexact de conclure que l'ensemble des IDEC a une faible connaissance des modalités d'intervention de l'HAD. Une étude menée sur un échantillon plus large serait nécessaire pour préciser ces résultats.

iii) Le point de vue des répondants

Les participants ont été interrogés sur la raison, selon eux, pour laquelle le taux de recours à l'HAD en Normandie est le plus bas de France. Leurs réponses mettent en évidence plusieurs éléments expliquant les sollicitations plus ou moins fréquentes de l'HAD en EHPAD selon les professionnels interrogés.

Chez les médecins coordonnateurs, sept participants estiment ne pas avoir le sentiment d'un faible recours à l'HAD. Ceci traduit une perception d'un usage adapté aux besoins. D'autres répondants viennent nuancer cette affirmation. En effet, la présence d'infirmières disponibles 24h/24 et 7j/7 au sein de certains établissements limite le recours à l'HAD, de même que l'accès à des dispositifs alternatifs tels que SOS IDE la nuit. Cette autonomie organisationnelle réduit probablement le besoin de solliciter une structure externe.

Pour d'autres, certains freins sont davantage en lien avec une dynamique institutionnelle et/ou relationnelle : un des répondants souligne en effet une difficulté d'acceptation par les équipes infirmières, vécue comme un sentiment d'échec de leur prise en charge et qui limiterait le recours à l'HAD. D'autres évoquent l'HAD comme « dernier recours », réservé aux situations où la prise en soin est impossible en interne.

Enfin, le rôle des médecins traitants apparaît déterminant : leur réticence, ou leur méconnaissance des possibilités offertes par l'HAD, constitue un frein

supplémentaire. Dans certains cas, le faible recours s'explique également par la perception d'un manque de besoins spécifiques de la population en EHPAD, ou par une méconnaissance globale de ce que l'HAD peut apporter.

Du côté des infirmières coordinatrices, seules deux participantes estiment ne pas présenter un faible recours à l'HAD. Les réponses des autres participantes mettent en évidence plusieurs problématiques. D'abord, l'offre perçue comme insuffisante face à la demande, associée, comme selon les MEDEC, à la réticence de certains médecins traitants, ralentit la mise en place des interventions d'HAD. Le rôle central de ces derniers dans la prescription et l'orientation vers l'HAD induit la nécessité absolue de connaissance des procédures et des modalités d'intervention dans l'objectif d'un bon fonctionnement de telles structures. Cinq IDEC soulignent cette difficulté, évoquant à la fois un manque d'information des médecins traitants et des complications organisationnelles qui en découlent. D'autres facteurs, tels que la présence d'une infirmière en journée, peuvent également, selon les répondantes, compenser le recours à l'HAD. Enfin, une IDEC insiste sur les limites de la communication interprofessionnelle, jugée insuffisante, ce qui entrave la fluidité et la qualité des collaborations nécessaires à une intervention efficace de l'HAD.

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence que le recours à l'HAD en EHPAD n'est pas uniquement conditionné par les besoins cliniques des résidents, mais aussi par des facteurs organisationnels, relationnels et institutionnels. La méconnaissance des modalités d'intervention, tant par certains médecins traitants que par certaines équipes soignantes, apparaît comme un frein majeur. Enfin, la communication entre les différents professionnels de santé se révèle primordiale : son insuffisance est perçue comme un obstacle, tandis qu'une meilleure coordination pourrait faciliter l'intégration de l'HAD dans la pratique quotidienne des EHPAD.

iv) Faciliter le recours à l'HAD

Les répondants au questionnaire se sont vus interrogés sur ce qui pourrait, selon eux, faciliter le recours à l'HAD dans leurs établissements.

Ici encore les résultats mettent en évidence que la sensibilisation des médecins traitants constitue le principal déterminant identifié pour améliorer le recours à l'HAD en EHPAD. Cette nécessité est particulièrement soulignée par 43 % des MEDEC et 70 % des IDEC, confirmant ainsi le rôle central des médecins traitants dans le déclenchement et la fluidité des parcours de soin. Leur implication apparaît donc déterminante pour garantir l'efficacité du dispositif.

Au-delà de cette dimension, d'autres pistes d'amélioration émergent, notamment l'organisation de staffs communs entre équipes d'HAD et d'EHPAD, ou encore la mise en place de plateformes en ligne dédiées aux demandes d'admission. Ces propositions, citées par 17 % des répondants, traduisent un besoin de simplification

voire d'automatisation des procédures. Elles témoignent également de la volonté d'instaurer une meilleure coordination interprofessionnelle, facteur souvent reconnu comme essentiel dans la littérature concernant les soins complexes en gériatrie.

Il est intéressant de noter qu'une minorité de répondants considère que les pratiques actuelles ne nécessitent aucune amélioration. Un MEDEC et une IDEC estiment en effet que les interactions sont déjà suffisamment fluides, soulignant ainsi l'hétérogénéité des expériences selon les établissements. Cette perception contraste avec celle d'un autre MEDEC, qui insiste sur l'importance des rencontres directes avec les équipes pour faciliter le recours à l'HAD, rappelant que la dimension relationnelle reste un élément clé dans la qualité des coopérations entre les professionnels de santé.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que, si certaines structures perçoivent déjà une fluidité optimale des relations avec l'HAD, la majorité identifie encore des marges de progression importantes. La sensibilisation accrue des médecins traitants et l'optimisation des outils de communication et de coordination apparaissent comme majeurs pour renforcer l'accessibilité et l'efficacité de l'HAD en EHPAD.

CONCLUSION

La réduction continue du nombre de lits en hospitalisation conventionnelle rend le développement de l'HAD indispensable et incontournable ; particulièrement en EHPAD où les multiples fragilités gériatriques des résidents plaident pour leur maintien sur leur lieu de vie autant que possible.

Cette étude met en évidence une bonne connaissance des IDEC et MEDEC interrogés des modalités d'intervention de l'HAD, suggérant ainsi une bonne utilisation de l'HAD en EHPAD. Cependant le recours reste faible en Normandie, une exploration des connaissances et réticences des médecins hospitaliers et généralistes libéraux quant aux modalités d'intervention pourrait être utile afin d'expliquer ce faible recours à l'HAD.

L'hétérogénéité, la diversité des pratiques et la faible puissance de cette étude limitent toutefois l'extrapolation des résultats. Une enquête à plus large échelle, auprès des différents prescripteurs d'HAD pourrait être utile afin d'identifier les freins et d'optimiser ainsi le recours à l'HAD.

La diffusion de la culture HAD auprès des différents acteurs de soins permettrait de renforcer l'intégration de cette dernière dans le parcours de santé des résidents en EHPAD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article R6123-139 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044940732
2. Article D6124-200 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045101674
3. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J*. 1 mars 2022;39(3):168-73.
4. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 1 déc 2023;183(12):1378-85.
5. Hospitalisation à domicile | La Revue du Praticien [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/hospitalisation-domicile>
6. Article D312-158 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038743629
7. HAD Hospitalisation à domicile, ATIH, 2022 [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4729/synthese_aah_2022_had.pdf
8. Les établissements d'hospitalisation à domicile en 2022 [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ES24%20-%20Fiche%2016%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99hospitalisation%20%C3%A0%20domicile.pdf>
9. Abdallah N, CHICOT D, Prieur M. L'Appropriation des dossiers dormants d'HAD par les EHPAD du Calvados.
10. L'Hospitalisation à Domicile (HAD), c'est quoi ? [Internet]. 2023 [cité 23 août 2025]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/lhospitalisation-domicile-had-cest-quoi>
11. Indicateurs HAD | Stats ATIH [Internet]. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-had/submit?snatnav=&mbout=&tgeo=fe&codegeo=fe>
12. Attali H, Romard J, Mora V, Monteleon PY, Wargon C, Semoun O, et al. Conditions de travail et santé du personnel soignant d'EHPAD d'Île-de-France. *Arch Mal Prof Environ*. 1 mai 2024;85(2):102061.

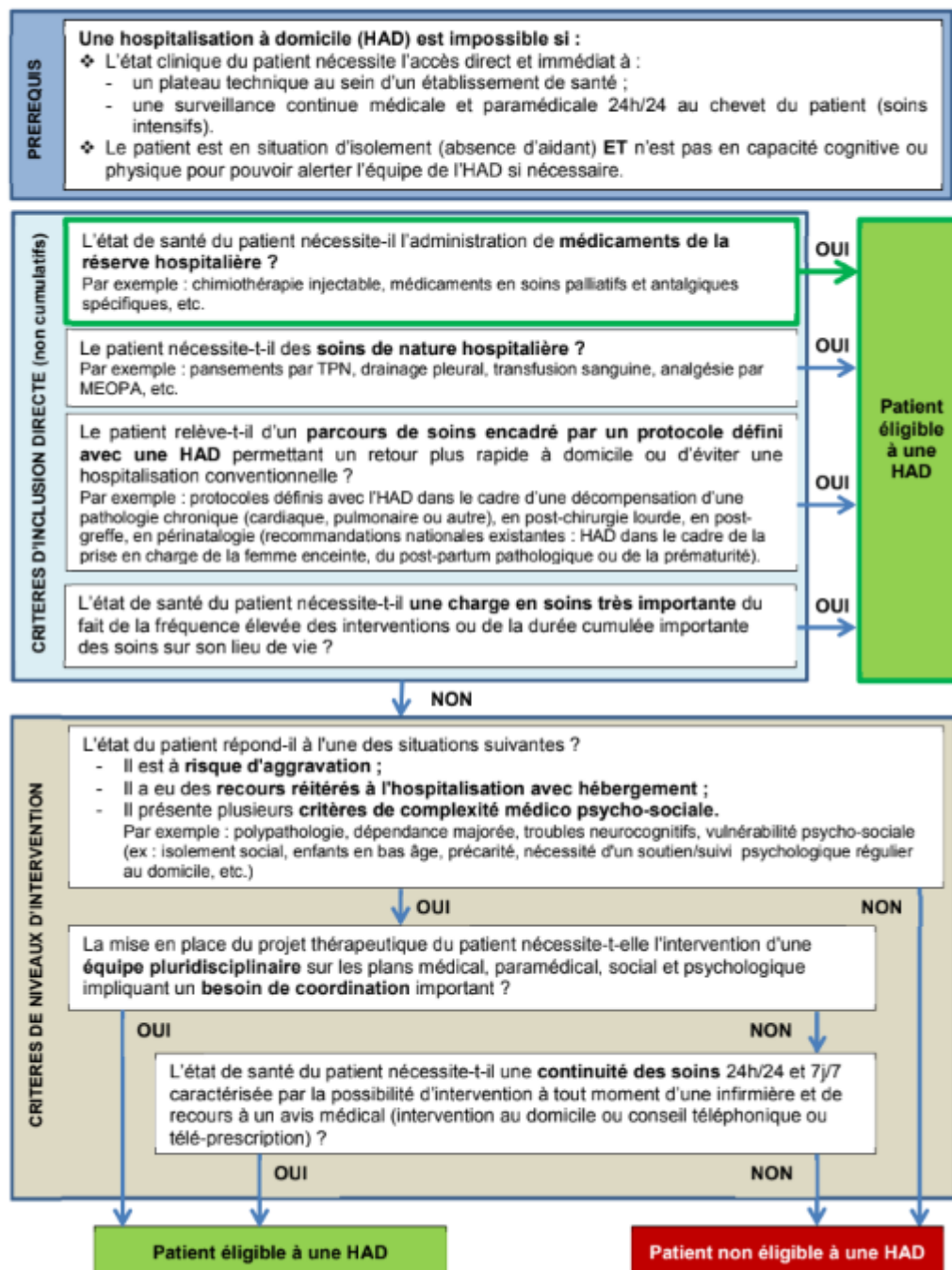
13. Pialoux T, Amblard-Manhes E. Soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : état des lieux, problématiques et perspectives. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 déc 2013;12(6):298-304.
14. Qu'est-ce que l'HAD ? [Internet]. FNEHAD. [cité 23 août 2025]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>
15. Sénat [Internet]. 2023 [cité 23 août 2025]. La prise en charge médicale des personnes en Ehpad : un nouveau modèle à construire. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-536/r21-536.html>
16. Gaspais L. Rôle du médecin coordinateur d'EHPAD dans la collaboration EHPAD et hospitalisation à domicile. 11 Déc 2019.

ANNEXES

1) Algorithme ADOPHAD



Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs



L'outil en ligne est disponible à cette adresse : <http://adophad.has-sante.fr>

2) Modes de prise en charge en HAD (selon guide méthodologique ATIH 2025)

MP 01 Assistance respiratoire

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Assistance respiratoire	01	Ce MP concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite : il comporte le suivi médico-	Le MP 01 Assistance respiratoire inclut la ventilation invasive et la ventilation non invasive. Chez l'adulte, le MP 01 Assistance respiratoire peut être codé comme MPP que si l'assistance respiratoire est mécanisée.	Le MP 01 Assistance respiratoire <u>coexiste habituellement</u> avec un autre MP. Si l'assistance respiratoire est isolée, une confirmation de codage est nécessaire ² . Le MP 01 peut être codé en tant que MPA dans les situations suivantes : 1. lorsque deux des soins parmi les suivants sont associés : a. CPAP b. Aérosols quotidiens et/ou aspirations c. Les hétéro-soins pour les trachéotomies d. La kinésithérapie respiratoire au moins trois fois par semaine e. Les appareillages d'aide à l'expectoration f. Les thérapeutiques à visée respiratoire spécifique administrées par voie inhalée ou sous-cutanée (encombrement des voies aériennes supérieures, ...) ou par voie orale et présentant une charge pharmaceutique particulière (HTAP, ...)) 2. Kinésithérapie respiratoire réalisée 7 jours sur 7 3. Oxygénothérapie seule L'association avec le MP 15 Éducation du patient et/ou de son entourage est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à l'assistance respiratoire codée en tant que MPP. L'association avec le MP 25 Prise en charge psychologique et/ou sociale est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.	C'est l'affection ou les affections motivant les soins en HAD qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPPA). À titre d'exemples :
		infirmier du patient, la maintenance des appareillages, et également les soins éducatifs du patient et de l'entourage. Par exception, l'assistance respiratoire par des dispositifs d'oxygénothérapie nasale à haut débit (exemple : Optiflow®, ...) autorise le codage du MP01 pour le traitement de l'insuffisance respiratoire aiguë. Des aspirations trachéales pluriquotidiennes et des aérosols pluriquotidiens ne peuvent à eux seuls justifier le codage de ce MP. Par ailleurs, le traitement pour l'apnée par pression positive continue ne peut justifier à lui seul ce mode de prise en charge. Chez l'enfant, (cf. plus loin les exemples de codage en pédiatrie.), le MP 01 Assistance respiratoire est aussi codé comme MPP dans les circonstances suivantes : ▪ prématuré pathologie respiratoire chronique complexe et/ou compliquée, bénéficiant d'aérosols pluriquotidiens (au moins 3/j) et de kinésithérapie respiratoire quotidienne. ▪ l'emploi d'oxygénothérapie par canule nasale à haut débit, ▪ nourrisson sous oxygénothérapie en continu (au moins 2 passages /j) bénéficiant d'aérosols, de thérapeutiques à visée respiratoire et de kinésithérapie respiratoire quotidienne.			▪ Emphysème : J43... ³ ▪ Bronchopneumopathie chronique obstructive : J44.9 ▪ Bronchite chronique : J42 ▪ Pneumoconioses : J60-J64 ▪ Paralysie du diaphragme : J98.60

MP 02 Nutrition parentérale

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Nutrition parentérale	02	La nutrition parentérale à domicile (NPAD) consiste en la perfusion intraveineuse d'un mélange nutritif ayant le statut de médicament ⁴ : mélanges nutritifs de type solutions binaires (glucides et protéides) ou solutions ternaires (glucides, lipides et protéides). La HAS précise les indications et les non-indications de la NPAD.	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 d'abord, fourniture et maintenance des pompes, actions éducatives liées à la mise en place de la nutrition parentérale conformément aux recommandations de bonnes pratiques).	Le MP 02 Nutrition parentérale <u>coexiste habituellement</u> avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire ⁵ . Si le projet thérapeutique comporte une administration discontinue mais fréquemment répétée de l'administration parentérale, le codage se fait en continu. Seules les interruptions temporaires non prévues au protocole de soins justifient un arrêt de ce codage. L'association avec le MP 15 Éducation du patient et/ou de son entourage est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la mise en place de la nutrition parentérale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 25 Prise en charge psychologique et/ou sociale est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. L'association MP02 et MP06 nécessite une confirmation de codage.	La diversité des circonstances de codage du MP 02 Nutrition parentérale rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant la nutrition parentérale en HAD.

MP 03 Traitement intraveineux

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Traitement intraveineux	03	Il s'agit de mettre en œuvre, y compris pour un traitement initié en MCO, une administration de médicament et/ou une surveillance de médicament ou la surveillance d'un injecteur programmable, par voie veineuse : - soit lorsqu'il s'agit d'un médicament à usage hospitalier - soit lorsque l'état polyopathologique ou la sévérité de l'état pathologique du patient le justifie et nécessite au moins deux passages infirmiers par jour. La situation polyopathologique doit être caractérisée par la lourdeur des soins requis ou par l'instabilité de la situation, dont les éléments du dossier du patient doivent impérativement témoigner. La prise en charge comporte la mise en œuvre du traitement, l'évaluation et les ajustements thérapeutiques. Chez l'enfant, le MP 03 peut ne justifier qu'un passage infirmier quotidien, à condition qu'il soit le fait d'une infirmière puéricultrice ; dans ce cas, il doit toujours être complété par le MP documentaire n° 26 <i>Traitement intraveineux, un seul passage quotidien</i>.	Ce MP exclut la chimiothérapie anticancéreuse et la nutrition parentérale (cf. les modes de prise en charge spécifiques). En aucun cas, l'injection isolée d'un médicament ne peut à elle seule justifier le codage du MP 03 <i>Traitement intraveineux</i>. Par exception, l'injection isolée d'un traitement intraveineux de la réserve hospitalière, s'il ne relève d'aucun autre MP, justifie le codage du MP03 <i>Traitement intraveineux</i>.	L'association avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> est erronée. Le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,...). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique ne justifie pas le codage du MP 07 comme MPA. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 <i>Prise en charge de la douleur</i>. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la mise en place du traitement intraveineux codé en tant que MPP. L'association avec le MP 24 <i>Surveillance d'aplasie</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié au traitement intraveineux codé en tant que MPP. L'association avec le MP 05 Chimiothérapie anticancéreuse n'est autorisée que lorsque le traitement intraveineux est indépendant de la chimiothérapie elle-même et de la gestion des effets secondaires engendrés par celle-ci.	La diversité des circonstances de codage du MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes des maladies motivant le traitement intraveineux en HAD.

				Lorsque le patient a bénéficié d'un traitement par voie intraveineuse respectant les consignes de codage du MP03 et que son état nécessite une poursuite du traitement par voie sous-cutanée ou intramusculaire en relai de la voie veineuse, alors c'est le MP 08 qui doit être utilisé.	
--	--	--	--	--	--

MP 04 Soins palliatifs

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Soins palliatifs	04	La prise en charge palliative, dont la durée est variable, concerne le patient et son entourage ; le patient est atteint d'une maladie grave en phase avancée ou terminale mettant en jeu à plus ou moins court terme son pronostic vital. Les soins prodigués visent à soulager la douleur physique, les symptômes d'inconfort, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir l'entourage ; ils permettent le maintien du patient dans son cadre habituel en lui évitant une hospitalisation dans un établissement de	Les soins palliatifs en hospitalisation à domicile présentent les caractéristiques de l'HAD définies par l'article R.6121-4-1 du code de la santé publique ; ils permettent de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation avec hébergement. Le projet de soins individualisé est multidimensionnel et interdisciplinaire, non seulement en raison des soins, mais aussi de la composante psychosociale, de l'importance du temps passé auprès du malade et de son entourage, du temps de concertation pluridisciplinaire nécessaire voire des besoins de soutien des soignants du domicile/de l'EMS/de l'ES (formation, adaptation des modalités de prise en charge propres au patient, soutien psychologique, ...). Le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge implique du personnel médical et soignant mais aussi un ou plusieurs autres intervenants (psychologue, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...). Le codage en MP04 est admis y compris lorsque la prise en charge a été organisée selon ces modalités mais n'a pas été mise en place effectivement du fait de l'aggravation rapide du patient et du transfert et/ou décès. Les soins palliatifs comprennent <u>au moins deux soins parmi les suivants</u> : - une prise en charge de la douleur (évaluation systématique et répétée avec des outils validés ; mise en œuvre et suivi des traitements appropriés, conformes aux recommandations professionnelles), - une prise en charge psychologique du patient - des soins de nursing (hygiène, soins de bouche, prévention et soins d'escarres, ...),	L'association avec le MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> est erronée. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est erronée. L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est erronée. L'association avec le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> n'est autorisée que si le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP[®] ». L'acte en rapport est codé dans le RPSS lorsqu'il figure dans la CCAM (cf. ci-dessous).	Le MPP 04 <i>Soins palliatifs</i> doit être accompagné du code de la CIM-10 de la maladie qui justifie les soins palliatifs. Le code CIM-10 Z51.5 <i>Soins palliatifs</i> est redondant avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> : il convient de coder en DP et/ou DCMPP le ou les codes CIM 10 correspondant à la nature de la pathologie initiale : tumeur cancéreuse, affection neurologique dégénérative, etc.

04	santé avec hébergement. On pourra se référer à l'annexe IV de la Cirulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs qui précise les spécificités des soins palliatifs en hospitalisation à domicile.	- un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (par ex. toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil ...), - un accompagnement du patient auquel peuvent participer tous les intervenants et en particuliers les bénévoles, - une prise en charge sociale : c'est dans ce cadre que l'intervention d'une assistante sociale pourra être proposée, - un accompagnement essentiellement psychologique de la famille et des proches. Enfin, les soins palliatifs intègrent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes de manière à pouvoir les prendre en charge. La pathologie et sa gravité, la mise en œuvre d'une démarche interdisciplinaire et coordonnée, tous les soins effectués par l'ensemble des intervenants doivent impérativement être tracés dans le dossier du patient. En cas de fin de vie, la prise en charge comporte un 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 ainsi que l'intervention d'au moins 2 personnels dont l'un au moins est un professionnel de santé. Il est entendu par fin de vie, les 5 derniers jours avant le décès du patient.	Le mode de prise en charge 04 (MPP ou MPA) est autorisé en EHPAD si les soins palliatifs nécessitent une mobilisation importante de moyens relationnels ainsi que techniques ou un 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.	
----	--	--	---	--

– **MP 05 Chimiothérapie anticancéreuse**

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Chimiothérapie anticancéreuse	05	Par chimiothérapie anticancéreuse on entend l'administration de produits des catégories L01 et L02 de la classification ATC quelle que soit la maladie traitée (tumeur ou non) et les catégories L03⁷ et L04 de la même classification quand la maladie traitée est une tumeur. Par ailleurs, le protocole de traitement doit en outre être conforme à l'encadrement réglementaire des produits et molécules prescrits conformément à leur AMM et conformes aux recommandations de la HAS et de l'Inca.	Ce MP correspond d'une part à la chimiothérapie anticancéreuse et d'autre part à l'administration de thérapeutiques ciblées. L'utilisation de ce MP est justifiée les jours d'administration de la chimiothérapie anticancéreuse ou de la thérapeutique ciblée, par voie parentérale, cutanée ou orale. L'utilisation du MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> n'est pas justifiée lorsque le médicament est fourni par un établissement de santé et que le branchement de la perfusion a été effectué par ce dernier, en hospitalisation complète ou en séance de chimiothérapie. L'utilisation du MP 05 <i>chimiothérapie anticancéreuse</i> n'est pas justifiée pour un traitement isolé de chimiothérapie par voie orale dès lors, lorsqu'il est codé en MPP, il est obligatoirement associé à un autre MP. Par exception, le MP 05 <i>chimiothérapie anticancéreuse</i> est justifié pour un traitement isolé de chimiothérapie par voie orale lorsque celle-ci est soumise à une prescription restreinte	En cas d'administration discontinue mais fréquemment répétée, le codage du MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> se fait en continu jusqu'au dernier jour d'administration ; une cotation discontinue, entraînant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux administrations est supérieur à cinq jours. L'association avec le MP 03 <i>Traitement intraveineux</i> n'est autorisée que lorsque le traitement intraveineux est indépendant de la chimiothérapie elle-même et de la gestion des effets secondaires engendrés par celle-ci. L'association avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve que celui-ci soit utilisé pour des actions éducatives non liées à	Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré dans le RPSS. Par exemple : - C90.0 Myélome multiple ou, - C85.9 Lymphome non hodgkinien, de type non précisé

	La prise en charge comporte⁸ : ▪ l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; ▪ l'administration de la chimiothérapie (ou de l'immunothérapie à visée antinéoplasique) ; ▪ la surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires correspondant au(x) jour(s) d'administration de la chimiothérapie.	correspondant à l'une des deux conditions suivantes⁹ : - médicament réservé à l'usage hospitalier - médicament à prescription hospitalière et nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Dans ce cas, ce MP peut être codé en MPP sans être systématique associé à un autre MP ou en MPA. Chez l'enfant, lorsque l'HAD assure la préparation et l'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse orale ou sous-cutanée à la suite d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière par voie veineuse, le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est codé.	la mise en place de la chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP. L'association avec le MP 24 <i>Surveillance d'aplasie</i> est erronée.	
--	--	--	--	--

MP 06 Nutrition entérale

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Nutrition entérale	06	Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> concerne des patients porteurs de : - sonde nasogastrique, - gastrostomie, - jéjunostomie, - et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD Chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 6 mois non sevré, la nutrition entérale vise les situations de nutrition administrée par sonde naso-gastrique, quelle que soit la nature du nutriment utilisé.	Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> comporte : - la surveillance du patient, - la maintenance des pompes, - l'éducation du patient et de son entourage. L'administration de tout ou partie d'un biberon par voie naso-gastrique chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 6 mois non sevré relève de ce mode de prise en charge quelle que soit la nature du nutriment utilisé. Elle est administrée en vue d'une reprise progressive de l'alimentation chez le nouveau-né.	Le MP 06 <i>Nutrition entérale</i> coexiste habituellement avec un autre MP. Si elle est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁰. L'association avec le MP02 est possible sous réserve d'une confirmation de codage. <i>Chez l'enfant</i>, l'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est autorisée pour enregistrer les troubles de l'oralité connexes. Dans les autres cas, l'association du mode n° 15 est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la nutrition entérale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.

MP 07 Prise en charge de la douleur

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Prise en charge de la douleur	07	Le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> comporte : - l'évaluation médico-soignante de la douleur, - la mise en place du traitement, - l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.	L'hypnose n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie, elle ne peut donner lieu au codage de ce MP.	Le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> doit être lié à l'importance de la consommation de ressources spécifiques mobilisées en vue de la prise en charge de la douleur. <i>Chez l'adulte</i>, il nécessite l'utilisation d'un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP12 ». Le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> se justifie le temps nécessaire à l'utilisation de l'injecteur. Le codage en tant que MPA 07 ne se justifie que le temps nécessaire à obtenir l'équilibre de la situation douloureuse à l'exception des situations durables de prises en charge en soins palliatifs justifiant le maintien du codage. <i>Chez l'enfant</i>, le codage du MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> se justifie uniquement lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine, TENS,...). Les autres situations de prise en charge de la douleur ne justifient pas le codage en tant que MPP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i>. <i>Chez l'adulte</i>, le MP n° 07 peut être associé aux MPP n° 03 traitements intraveineux, 08 autres traitements, 09 pansements complexes ou 11 rééducation orthopédique ou 14 soins de nursing lourds lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,...) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. <i>Chez l'enfant</i>, le MP n° 07 peut être associé aux MPP n° 03, n°8, n° 09 ou n° 11 ou n° 14 lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (morphine, MEOPA, kétamine, TENS,...) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. Chez l'enfant, la prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques ne justifie pas le codage du MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i>.
	07			L'association du MPA 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> au MPP n° 4 <i>Soins palliatifs</i> est possible à condition que le traitement de la douleur utilise un injecteur programmable, par exemple, une « pompe ACP ». Les éléments attestant du respect des règles de l'art requises pour la pose et la surveillance d'un tel dispositif doivent être présents dans le dossier du patient. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge de la douleur codée en tant que MPP.

MP 08 Autres traitements

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Autres traitements	08	Il s'agit de prises en charge de patients qui relèvent sans ambiguïté de l'HAD, conformément à l'article R6121-4-1 du code de la santé publique, et nécessitant un suivi médocosignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents ne pouvant être complètement décrites par aucun des autres modes de prise en charge. Remarque : la réalisation isolée de saignées thérapeutiques ne justifie pas une prise en charge en HAD.	Ce MP regroupe des situations hétérogènes : - modalités de prise en charge en HAD non modélisées actuellement ; - actes spécifiques (ex : évacuation pleurale, ponction d'ascite...) lorsqu'ils sont réalisés dans un contexte justifiant une hospitalisation. L'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse, y compris pour une maladie non tumorale, n'utilise pas ce MP mais le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i>. Dans tous les cas, l'utilisation de ce MP doit être clairement justifiée et tracée dans le dossier du patient. Le MP 08 <i>Autres traitements</i> inclut la surveillance après greffe d'organe ou de tissu.	L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à « l'autre traitement » codé en tant que MPP. Lorsque le patient a bénéficié d'un traitement par voie intraveineuse respectant les consignes de codage du MP03 (médicament à usage hospitalier ou état polypathologique ou sévérité de l'état pathologique) et que son état nécessite une poursuite du traitement par voie sous-cutanée ou intramusculaire en relai de la voie veineuse, alors l'utilisation du MP08 est autorisée.	Les établissements sont invités à coder les diagnostics correspondant aux symptômes et à la maladie causale (DCMPP, DCMPPA et DAS) et de renseigner les actes CCAM lorsqu'ils existent. Le MP 08 <i>Autres traitements</i> incluant la surveillance après greffe, doit être accompagné d'un code CIM-10 Z94.- <i>Greffe d'organe et de tissu</i>¹¹ comme diagnostic correspondant au mode de prise en charge concerné du RPSS (en pédiatrie, voir les exemples de codage des MP en pédiatrie).

MP 09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	09	Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> concerne les patients souffrant de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples, ou de complications de stomie, nécessitant une intervention (soins et coordination) de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge ou nécessitant une réévaluation régulière de la stratégie thérapeutique, y compris, le cas échéant, quand elle est réalisée à distance dans le cadre de la télémedecine. Dans certains cas (récidives, plaies chroniques, multiples échecs préalables...) il peut être justifié de poursuivre la prise en charge en HAD jusqu'à la cicatrisation. La notion de stomie compliquée ne s'apprécie pas seulement sur le plan cutané et inclut notamment la compensation de pertes digestives importantes et leur surveillance clinique et/ou biologique, ou de multiples changements de supports Le MP 09 inclut le traitement des plaies par pression négative selon les recommandations de la Haute Autorité de santé	Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> inclut la prise en charge de la douleur générée par la réalisation du pansement ou des soins spécifiques sauf quand elle utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine,...) qui doivent être mentionnées dans le dossier du patient. Le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> inclut tout pansement de trachéostomie, quelle qu'en soit la durée (changement de canule de trachéostomie : cf. le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i>).	Le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MPP n° 09 que lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,...). La prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques ne justifie pas le codage du MPA n° 07 <i>Prise en charge de la douleur</i>. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 <i>Prise en charge de la douleur</i>. L'association avec le MP 10 <i>Post-traitement chirurgical</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MPP. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées aux pansements complexes et soins spécifiques codés en tant que MPP.	Il est important de décrire les lésions soignées en HAD ainsi que et la/les maladie(s) qui en sont à l'origine en DP ou en DCMPP Exemples : - escarre : L89.-¹² ; - ulcère variqueux : I83.-Erreur ! S ignet non défini. ; - I70.21 <i>Athérosclérose des artères distales, avec gangrène</i> ; - T87.5 <i>Nécrose d'un moignon d'amputation</i>. - Le codage des complications de stomies utilise par exemple les codes : - J95.0 <i>Fonctionnement défectueux d'une trachéostomie</i> ; - K91.4 <i>Mauvais résultats fonctionnels d'une colostomie et d'une entérostomie</i> - N99.5 <i>Mauvais fonctionnement de stomie de l'appareil urinaire</i>.

					Des codes CIM-10 sans lien avec le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> peuvent être décrits en DA : ex. G30.9 <i>Maladie d'Alzheimer, sans précision</i> .
--	--	--	--	--	---

MP 10 *Posttraitement chirurgical*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Post traitement chirurgical	- 10	Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> concerne les situations de surveillance post chirurgicale et post-interventionnelle (par ex. pose de drain sous radioguidage) nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes par jour en moyenne sur la durée de la prise en charge. Il est à nouveau rappelé que, dans ce cadre, la lourdeur des soins ou l'instabilité de la situation, dont les éléments figurant dans le dossier du patient doivent témoigner, doit justifier le recours à l'hospitalisation. Le MP10 inclut également le traitement post-traumatologique, par exemple allègement prolongé pour fracture du bassin ou traction collée. Chez l'enfant, le MP 10 inclut la prise en charge par traction collée des synovites aiguës transitoires (rhumus de hanche).	Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> exclut les soins prodigués pour accouchement après césarienne, qui doivent être codés selon les consignes données <i>infra</i> pour le MP 21 <i>Post partum pathologique</i>. Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> est codé lorsque le patient est admis en HAD dans un délai maximum de 48h après la sortie d'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement.	L'association avec le MP 09 <i>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour un problème de santé non lié à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge postchirurgicale codée en tant que MPP. L'association avec le MP 29 <i>sortie précoce de chirurgie</i> n'est pas possible. Le MPP n° 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> ne peut coexister qu'avec un mode d'entrée codé « 6 » (mutation) ou « 7 » (transfert) et une provenance codée « 1 » (médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie : MCO) ou « 2 » (soins de suite et de réadaptation, SSR) ou avec un mode d'entrée 8 dans le respect du délai des 48 h après sortie de l'établissement.	Le MP 10 <i>Posttraitement chirurgical</i> doit être accompagné du code CIM-10 de la maladie opérée en DCMPP/DCMPA suivant le cas (MPP ou MPA). Exemples : - Pneumonectomie ou lobectomie pour cancer bronchique lobaire supérieur : C34.1 <i>Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon</i> en DP - soins locaux après retrait d'une vis d'ostéosynthèse d'une fracture du tibia, menaçant la peau : Z98.8 <i>États post chirurgicaux précisés</i> en DP et T84.1 <i>Complication mécanique d'une prothèse interne de fixation d'os d'un membre</i> en DCMPP/DCMPA.

MP 11 *Rééducation orthopédique*

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Rééducation orthopédique	11	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication du ou des acteurs de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique. Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile¹³ du patient est fixé à : 5 par semaine* lorsque le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> est codé en MPP ; 3 par semaine lorsque le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> est codé en MPA.	Le projet spécifique doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectués effective. Il inclut la réadaptation et la réinsertion. Ce mode de prise en charge inclut également la rééducation orthopédique des patients pour reprise d'autonomie suite à une hospitalisation prolongée ou pour un syndrome post-chute.	Le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> coexiste habituellement avec un autre MP. Si la rééducation orthopédique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁴. Le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> que lorsque les soins le justifient, c'est-à-dire lorsque la lutte contre la douleur utilise régulièrement des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS...). La prise en charge courante de la douleur, telle qu'elle respecte les règles habituelles de bonne pratique (solution sucrée orale, anesthésique local transcutané...) ne justifie pas le codage du MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> comme mode associé. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 <i>Prise en charge de la douleur</i>. L'association avec le MPA 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> ne peut être justifiée par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques. L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.	Le MP 11 <i>Rééducation orthopédique</i> doit être accompagné par exemple du code CIM-10 de la maladie opérée en DP Exemple : S72.0 <i>Fracture du col du fémur</i> Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées comme 5e caractère supplémentaire lorsqu'il n'est pas possible ou désiré d'utiliser le codage multiple pour identifier les fractures et les plaies ouvertes. Une fracture non précisée fermée ou ouverte doit être classée comme fermée. 0 <i>Fracture fermée</i> 1 <i>Fracture ouverte</i>

MP 12 Rééducation neurologique

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations,	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Rééducation neurologique	12	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication du ou des acteurs de rééducation avec élaboration d'un projet spécifique au patient et à sa pathologie neurologique. Le nombre de passages minimum du ou des acteurs de rééducation au domicile¹⁵ du patient est fixé à : 5 par semaine* lorsque le MP 12 <i>Rééducation neurologique</i> est codé en MPP ; 3 par semaine lorsque le MP 12 <i>Rééducation neurologique</i> est codé en MPA.	Le projet spécifique doit être détaillé dans le dossier du patient et la traçabilité des actes effectués effective. Il inclut la réadaptation et la réinsertion.	Le MP 12 <i>Rééducation neurologique</i> coexiste <u>habituellement</u> avec un autre MP. Si la rééducation neurologique est isolée, une confirmation de codage est nécessaire¹⁶. L'association avec le MPA 15 ne peut être justifiée par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques. L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.	Exemple : retour à domicile d'un patient pris en charge en SSR pour une hémipégie spastique due à un infarctus cérébral par embolie sylviennne ; la rééducation neurologique se poursuit ; Description des diagnostics : code CIM-10 I63.4 <i>Infarctus cérébral dû à une embolie des artères spastiques en DP ; Hémipégie spastique en DCMPP ou DCMPPA ;</i>

MP 13 Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	13	La surveillance post chimiothérapie anticancéreuse comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance médico-soignante des effets secondaires intenses à court terme d'une chimiothérapie anticancéreuse hospitalière comprenant les soins de cathéter et la surveillance infectieuse, biologique, hématologique et nutritionnelle ou administration de facteurs de croissance.	Le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> correspond à la surveillance après administration d'une chimiothérapie anticancéreuse ou de thérapeutiques ciblées. La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée. Celle-ci peut ne pas être une tumeur. L'utilisation du MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> est également justifiée pour la surveillance de traitements en cours de chimiothérapies anticancéreuses qui sont réalisés en hospitalisation complète ou en séance de chimiothérapie. Le codage de ce MP est justifié en fonction des effets secondaires observés ou potentiels. Le dossier du patient doit intégrer le protocole de chimiothérapie reçu et les modalités de surveillance du traitement. Le MP 13 exclut la surveillance après greffe de moelle osseuse (pour celle-ci, cf. le MP 08 <i>Autres traitements</i>).	L'association avec le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance après chimiothérapie anticancéreuse codée en tant que MPP. L'association avec le MP 24 <i>Surveillance d'aplasie</i> est erronée.	Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la chimiothérapie anticancéreuse doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, quand le MP13 est en position MPP, DCMPPA quand le MP13 est en position de MPA). Les codes CIM-10 : Z08.2 <i>Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne</i> et Z09.2 <i>Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections</i> sont redondants avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i>. La notion de chimiothérapie anticancéreuse s'entend en termes de produits administrés, indépendamment de la maladie traitée – celle-ci pouvant ne pas être une tumeur –, le codage avec la CIM-10 de la maladie est essentiel.

MP 14 Soins de nursing lourds

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Soins de nursing lourds	14	Le MP 14 <i>Soins de nursing lourds</i> comporte une prise en charge quotidienne supérieure à 2 heures, chez des malades dépendants ou très dépendants (indice de Karnofsky $\leq 50\%$). Par « supérieure à 2 heures » on entend la durée de présence cumulée des intervenants de l'équipe soignante. Lorsque la durée cumulée des intervenants de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge est supérieure à une heure, elle peut être codée en MPA.	Les soins engendrés par la réalisation d'aspirations trachéales ou l'utilisation d'aérosols pluriquotidiens sont inclus dans les soins de nursing lourds sous réserve des dispositions relatives au MPA 01.	Le MP 14 <i>Soins de nursing lourds</i> coexiste habituellement avec un autre MP. Si le MP 14 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire¹⁷. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées aux soins de nursing lourds codés en tant que MP principal. L'association avec le MP 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> est possible à condition qu'il soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient. Le MP 07 <i>Prise en charge de la douleur</i> ne peut être associé au MPP n° 14 que lorsque la lutte contre la douleur utilise des ressources inhabituelles (MEOPA, kétamine, TENS,...). La prise en charge courante de la douleur dans le respect des règles de bonnes pratiques ne justifie pas le codage du MPA n° 07 <i>Prise en charge de la douleur</i>. Les modalités de codage spécifiques à l'enfant ou l'adulte sont précisées dans le MP07 <i>Prise en charge de la douleur</i>.

MP 15 Éducation du patient et/ou de son entourage

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Éducation du patient et/ou de son entourage	15	Le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> comporte le suivi médico-soignant quasi quotidien et l'éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible vis-à-vis de sa maladie (pathologies cardiaques, dénutrition, diabète, asthme, affections respiratoires...) et/ou de son traitement (canule de trachéostomie, insulinothérapie, ...), formalisé sous forme d'un projet dans le dossier du patient.	L'utilisation de ce MP est subordonnée à la conduite d'une réelle action d'éducation du patient et/ou de son entourage (aidants naturels ou professionnels) et non d'accompagnement. « Chez l'enfant, y compris le nouveau-né jusqu'à 28 jours, l'action d'éducation peut avoir pour objet de rendre les parents autonomes pour la réalisation des actes de soins à leur enfant » Les objectifs du programme d'éducation, les actions entreprises et les résultats de l'évaluation finale doivent figurer dans le dossier du patient. Le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> inclut le changement de canule de trachéostomie lorsqu'il s'agit d'éduquer des professionnels de santé ou l'entourage du patient ou le patient lui-même à ce changement.	L'association avec le MP 04 <i>Soins palliatifs</i> est erronée. L'utilisation du MPP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> nécessite des conditions conformes à son contenu. Le MPA 15 ne peut être justifié par les actions éducatives liées à la mise en place du mode de prise en charge principal conformément aux recommandations de bonnes pratiques.	La diversité des circonstances de codage du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> rend indispensable la saisie dans le RPSS du ou des codes diagnostics des maladies ou problèmes motivant cette prise en charge en HAD (DP, DCMPP, DCMPPA). Lorsque le MP 15 est codé pour le changement de canule de trachéostomie, le code de la CIM-10 Z93.0 <i>Trachéostomie</i> doit être enregistré comme DP, DCMPP dans le RPSS (cf. exemples de codage des MP en pédiatrie).

MP 17 Surveillance de radiothérapie

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Surveillance de radiothérapie	17	Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> comporte le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires à court terme d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.	Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> est utilisé pendant la radiothérapie et dans le cadre de la surveillance des effets secondaires immédiats (dermites, mucites, effets secondaires hématologiques, surveillance neurologique, effet antalgique...).	Le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i> coexiste habituellement avec un autre MP. Si le MP 17 est isolé, une confirmation de codage est nécessaire¹⁸. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance de radiothérapie codée en tant que MPP. En cas de prise en charge discontinue mais fréquemment répétée, le codage est continu jusqu'au dernier jour. Le codage discontinu, entraînant un changement de séquence, n'est possible que lorsque l'intervalle entre deux séances est supérieur à 5 jours.	Le code de la maladie tumorale ou non et de son évolution (ex. tumeur maligne au stade secondaire) motivant la radiothérapie doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCMPPA). Les codes CIM-10 Z08.1 <i>Examen de contrôle après radiothérapie pour tumeur maligne</i> et Z09.1 <i>Examen de contrôle après radiothérapie pour d'autres affections</i> sont redondants avec le MP 17 <i>Surveillance de radiothérapie</i>.

MP 18 Transfusion sanguine

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10, acte CCAM
Transfusion sanguine	18	La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD. Cet acte nécessite la disponibilité d'un médecin transfuseur pouvant intervenir à tout moment.	Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents le jour de la transfusion.	L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> n'est possible que sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la transfusion sanguine codée en tant que MPP.	Le code de la maladie motivant la transfusion sanguine doit être enregistré comme diagnostic dans le RPSS (DP, DCMPP, DCPMA). Par exemple : DP : Anémie D46.– DCMPP : Leucémie C91.– L'acte CCAM de transfusion sanguine à domicile doit être décrit dans le RAPSS.

MP 19 Surveillance de grossesse à risque

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10 (exemples)
Surveillance de grossesse à risque	19	Prise en charge de la femme enceinte à domicile dans le cadre de la surveillance d'une grossesse à risque pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en limiter la durée.	Le MP 19 inclut les soins et le suivi de la femme enceinte conformes à ceux contenus dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé parue en 2011 ¹⁹ . Le premier jour de l'admission en HAD inclut nécessairement le passage d'une IDE ou du médecin coordonnateur ou de la sage-femme. Ce passage doit être au moins l'occasion de procéder à l'accueil du patient, à son information sur les conditions de sa prise en charge et les modalités de continuité des soins. Ce MP nécessite le passage d'une sage-femme au moins trois fois par semaine et inclut notamment le monitoring fœtal externe avec télésurveillance. La HAS distingue six situations pathologiques pouvant relever d'une HAD avant l'accouchement : 1. pathologie maternelle préexistante 2. pathologie maternelle gravidique ; 3. facteur de risque lié aux antécédents obstétricaux ;	L'association du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance de grossesse à risque codé en tant que MPP.	C'est l'affection ou les affections motivant les soins d'HAD chez la femme enceinte qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCPMA). Par exemple ²⁰ : <u>Pour les pathologies maternelles préexistantes</u> ○ Hypertension artérielle préalable à la grossesse : codes O10.– <i>Hypertension préexistante compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> ○ Diabète préalable à la grossesse : codes O24.0 à O24.3 ○ Syndrome des antiphospholipides : ex. D68.6 <i>Autres thrombophilies</i> <u>Pour les pathologies maternelles gravidiques</u> ; ○ Hypertension artérielle gravidique : O13 <i>Hypertension gestationnelle [liée à la grossesse]</i> ○ Cholestase gravidique : ex. O26.6 <i>Affections hépatiques au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité</i> ○ Diabète gestationnel : ex. O24.4 <i>Diabète sucré survenant au cours de la grossesse</i>

	19	4. facteur de risque lié à la grossesse ; 5. problème médico-psychosocial associé à une indication médicale 6. menace d'accouchement prématuré/placenta prævia en l'absence d'offre de soins alternative.			<u>Pour les facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux :</u> ○ Antécédents de mort fœtale <i>in utero</i>, d'hématome rétroplacentaire, d'éclampsie : par ex. Z35.2 <i>Surveillance d'une grossesse avec d'autres antécédents obstétricaux pathologiques et difficultés à procréer</i> <u>Pour les facteurs de risque liés à la grossesse :</u> ○ Retard de croissance intra-utérine : ex. O36.5 <i>Soins maternels pour croissance insuffisante du fœtus</i> ○ <i>Placenta prævia</i> : codes O44.– <u>Pour les problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale</u> ○ Problèmes médico-psychosociaux : cf. les codes des catégories Z55 à Z65 ○ Pathologie psychiatrique : ex. O99.3 <i>Troubles mentaux et maladies du système nerveux compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité</i> <u>Pour les menaces d'accouchement prématuré/placenta prævia en l'absence d'offre de soins alternative.</u> ○ Menace d'accouchement prématuré : ex. code O60.0 <i>Travail prématuré sans accouchement</i>
--	----	---	--	--	--

MP 21 Post partum pathologique

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10 (exemples), autre recommandation
Post partum pathologique	21	Prise en charge de la mère consécutive à des suites pathologiques de l'accouchement .	Le MP 21 inclut les soins et le suivi de la mère nécessitant des soins et du nouveau-né en bonne santé conformes à ceux contenus dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé parue en 2011 ²³ . La HAS distingue quatre situations pathologiques pouvant relever d'une HAD après l'accouchement : 1. pathologie spécifique au post-partum ; 2. pathologie non spécifique au post-partum ; 3. mère en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale ; 4. difficultés d'allaitement chez des femmes à risque ²⁴ en l'absence d'offre de soins alternative. ²⁵	L'association du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées au post partum pathologique codé en tant que MPP.	C'est l'affection ou les affections motivant les soins d'HAD chez la mère qui doivent être codées comme diagnostics du RPSS (DP, DCMPP, DCMPPA) ; les situations de vulnérabilité associées aux indications médicales doivent aussi être décrites. Par exemple ²⁶ : <u>Pour les pathologies spécifiques au post-partum :</u> - déchirures obstétricales : codes O70.– <i>Déchirure obstétricale du périnée</i> - infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale : O86.0 <i>Infection d'une plaie d'origine obstétricale chirurgicale</i> - autres infections puerpérales : codes O86.1 à O86.4 et O86.8 - complications veineuses puerpérales : codes O87.– - rupture d'une suture de césarienne : O90.0 <i>Rupture d'une suture de césarienne</i>
	21		Ces situations sont détaillées par l'exemple dans le tableau suivant.		- rupture d'une suture obstétricale du périnée : O90.1 <i>Rupture d'une suture obstétricale du périnée</i> - hématome d'une plaie obstétricale : O90.2 <i>Hématome d'une plaie obstétricale</i> - difficultés sphinctériennes urinaires : ex. O90.8 <i>Autres complications puerpérales, non classées ailleurs</i> <u>Pour les pathologies non spécifiques au post-partum :</u> - diabète préexistant à la grossesse : codes O24.0 à O24.3 - grossesse multiple : codes O30.– - obésité : O99+2 + E66.– (4^e et 5^e caractères : cf. CIM-10 à usage PMSI). La catégorie E66.- est modifiée dans la CIM 10 à partir de 2017. <u>Pour les mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale :</u> - dépression du post partum : F53.0 <i>Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs</i> - mère victime de violences : codes T74.– - primipare de moins de 18 ans : Z35.6 <i>Surveillance d'une primipare très jeune</i> - grossesse non ou mal suivie : Z35.3 <i>Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soins prénatals insuffisants</i>
	21				- femme isolée, difficultés socioéconomiques, séparation du couple, : cf. les codes des catégories Z55 à Z65 - mère dépendante d'une drogue ou de l'alcool : O99.3 + les catégories F10 à F19 avec le quatrième caractère : .2 <u>En cas de difficultés d'allaitement chez des femmes à risque en l'absence d'offre de soins alternative :</u> - Z39.1 <i>Soins et examens de l'allaitement maternel</i> S'agissant du MP 21, la mention dans le recueil d'un code CIM-10 O80-O84 d'accouchements est erronée : l'accouchement se rapporte en effet au séjour de maternité, précédent l'HAD.

MP 22 Prise en charge du nouveau-né à risque

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Prise en charge du nouveau-né à risque	22	Il ne peut s'agir que d'un mode de prise en charge principal concernant le nouveau-né (âge inférieur ou égal à 28 jours). ▪	Exemples d'indications de prise en charge du nouveau-né à risque : ▪ sortie précoce de nouveau-nés hypotrophes ; ▪ retour au domicile en cas de grossesse multiple ; ▪ contexte de maladie génétique ou métabolique nécessitant une prise en charge spécifique. ▪	Rappel : par convention, l'indice de Karnofsky du nouveau-né à risque est coté 100 %. L'association du MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la prise en charge du nouveau-né à risque codée en tant que MPP. Pour un enfant admis en HAD pour MPP n° 22 <i>Prise en charge du nouveau-né à risque</i> avant 28 jours de vie et toujours pris en charge en HAD après 28 jours de vie, l'ESHAD devra signaler un changement de <i>séquence</i> au 29 ^{ème} jour.	S'agissant d'un MP du nouveau-né, le ou les DCMPP du RPSS ne peuvent pas commencer par la lettre O car ces codes sont réservés à la mère. <i>Exemples :</i> ▪ P05.- : <i>Hypotrophie</i> ▪ P01.5 : <i>Nouveau-né de grossesse multiple</i> <i>Cf. le volume 3 (index alphabétique) de la CIM-10 et les Conseils de codage publiés sur le site Internet de l'ATIH et relatifs aux :</i> - <i>anomalies héréditaires du métabolisme</i> ; - <i>affections du nouveau-né</i> Le code Z38.0 <i>enfant unique, né à l'hôpital</i> ne doit pas être codé en DP car il ne décrit pas l'affection ou le problème de santé du patient pris en charge par l'équipe d'HAD.

MP 24 Surveillance d'aplasie

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Surveillance d'aplasie	24	La prise en charge comporte : ▪ la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; ▪ le diagnostic, le traitement et la surveillance des effets secondaires (antibiothérapie...)	L'aplasie chronique est définie par la recommandation HAS (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/pnds_am_fev09.pdf) comme l'atteinte des 3 lignées suivantes: - Agranulocytose; - Anémie; - Thrombopénie. Le MP24 s'applique à cette situation mais également aux cytopénies temporaires lorsque deux des trois lignées sont simultanément atteintes (PNN < 1.5 G/l, Plq < 100 G/l, HB < 80 g/l) ou dans le cas d'atteinte sévère de l'une de ces trois lignées (PNN < 0.5 G/l ou Plq < 50 G/l ou Hb < 80 g/l) Ces seuils sont appréciés au début du codage du MP et le dépassement ponctuel de l'un de ces seuils ne constitue pas un motif suffisant pour un changement de codage qui doit s'apprécier au regard de la situation clinique globale. Le contenu de ce MP ne porte que sur les soins liés à la surveillance à l'exclusion du traitement médicamenteux.	L'association avec le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée. L'association avec le MP 13 <i>Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse</i> est erronée. L'association avec le MP 15 <i>Éducation du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à la surveillance d'aplasie codée en tant que MPP.

MP 25 Prise en charge psychologique ou sociale

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Prise en charge psychologique et/ou sociale	25	Il s'agit du soutien psychologique ou social du malade et de son entourage par une prise en charge par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).	Un suivi psychologique et social « de base » devant être assuré pour tous les modes de prise en charge, l'utilisation de ce MP nécessite l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social du fait d'une situation complexe. Les éléments de complexité motivant l'intervention d'un psychologue ou d'un assistant social doivent être tracés dans le dossier médical. Le codage de ce MP n'est pas adapté si l'intervention concernée est limitée à une intervention isolée, par exemple à l'occasion de l'admission. En revanche, les interventions indirectes régulières (auprès des autres professionnels, en participation à des synthèses, etc.), dès lors que le dossier du patient en témoigne, doivent être prises en considération. Le codage est licite le temps de l'intervention de ces professionnels (temps direct et indirect des professionnels).	La prise en charge psychologique ou sociale vient nécessairement en complément d'un autre MP ; elle ne peut être qu'un MPA. L'association avec les MPP n° 1, 2, 6, 11, 12, 14 est autorisée à condition que le MPA n° 25 <i>Prise en charge psychologique et/ou sociale</i> soit utilisé dans un contexte spécifique et pour une durée adaptée, sous réserve d'une traçabilité des motifs et du suivi réalisé dans le dossier du patient.

MP 29 Sortie précoce de chirurgie

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations		
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations	Codage des diagnostics avec la CIM-10
Sortie précoce de chirurgie	29	Le MP 29 « Sortie précoce de chirurgie » concerne les situations de raccourcissement de séjours longs de chirurgie conventionnelle nécessitant une intervention soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour. Ce mode de prise en charge ne doit être utilisé que dans le cadre du dispositif mis en œuvre au niveau national (cf. Instruction N° DGOS/R4/R3/2016/185 en date du 6 juin 2016). Il ne peut être codé qu'en mode de prise en charge principal. Pour toute admission, il convient de se référer aux critères d'orientation du patient en HAD « sortie précoce de chirurgie » (cf. annexe 2 de l'instruction sur les critères d'éligibilité). Il est rappelé que la lourdeur des soins ou l'instabilité de la situation, dont les éléments figurant dans le dossier du patient doivent témoigner, doit justifier le recours à l'hospitalisation.	Le MP 29 « Sortie précoce de chirurgie » concerne les séjours de chirurgie transférés de manière précoce en HAD. Il inclut tous les actes ciblés par le dispositif, à savoir : ▪ Chirurgie orthopédique : ▪ Fracture du col du fémur proximal de première intention chez la personne âgée ▪ Chirurgie de la scoliose chez l'enfant ▪ Prothèse totale du genou ▪ Chirurgie digestive : ▪ Résections rectales ▪ Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon ▪ Chirurgie gynécologique : ▪ Hystérectomies : ▪ Pour tumeurs malignes (corps de l'utérus, col de l'utérus, autres cancers) ▪ Avec exérèse ganglionnaire ▪ Sans exérèse ganglionnaire ▪ Pour pathologies bénignes ▪ Voie d'abord : coelioscopies et/ou vaginales ▪ Voie d'abord : laparotomie Il conviendra de se référer à la note relative à la description détaillée de la typologie des actes ciblés, annexée à l'instruction N° DGOS/R4/R3/2016/185.	L'association avec le MP 10 « post traitement chirurgical » n'est pas possible. Le MPP 29 « Sortie précoce de chirurgie » ne peut être codé qu'avec un mode d'entrée « 6 » (mutation) ou « 7 » (transfert) et une provenance codée « 1 » (MCO).	Le MPP 29 « sortie précoce de chirurgie » doit être accompagné du code CIM-10 de la maladie opérée en DCMPP.

3) Questionnaire

Questionnaire sur les modalités d'interventions de l'HAD en EHPAD

B I U ↺ ✕

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de notre formation pour l'obtention du "DIU coordination en gérontologie" de l'Université Paris Cité, nous réalisons un travail sur les connaissances des Infirmières Coordinatrices (IDEC) et Médecins Coordonnateurs (MEDEC) quant aux modalités d'interventions des Hospitalisations Au Domicile (HAD) dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) du Calvados. Ce travail est sous la direction du Dr Morgan BEAURIN, médecin praticien à l'HAD Croix-Rouge de Caen.

Entre 2020 et 2023, la Normandie était la région de France où le nombre moyen de patients pris en charge par l'HAD par jour était le plus faible.

Dans ce contexte, notre objectif est d'apprécier si ce faible taux de recours serait lié à une méconnaissance de l'ensemble des modalités d'intervention que proposent les HAD en EHPAD.

Cette étude s'adresse aux MEDEC et IDEC exerçant en EHPAD, qu'ils soient publics, associatifs ou privés, localisés dans le Calvados, et ayant pour HAD de référence Caen, Lisieux ou Deauville. Ce questionnaire est totalement anonyme, en respect du règlement général de la protection des données (RGPD). **Il peut être rempli en moins de 10 minutes.**

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous répondre **avant le 28 Juillet 2025 inclus**. Vos réponses nous aideront à enrichir notre réflexion et à mieux comprendre les enjeux liés à ce sujet.

Si vous exercez dans plusieurs établissements, merci de renseigner 1 questionnaire par établissement.

Nous vous remercions sincèrement pour votre participation et restons à votre disposition pour toute précision ou pour échanger sur notre démarche.

Dr Tiziri Habdi, Dr Nicolas Faisantieu, Dr Maëlle Beauvils

Contact : nicolas.faisantieu@croix-rouge.fr

Titre de l'image



Université
Paris Cité

1) Vous êtes : *

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Autre identité de genre
- ☐ Ne souhaite pas répondre

2) Quelle est votre tranche d'âge? *

- ☐ ≤ 25 ans
- ☐ 26 à 35 ans
- ☐ 36 à 45 ans
- ☐ 46 à 55 ans
- ☐ 56 à 65 ans
- ☐ > 65 ans

3) Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ? *

- ☐ 0 à 1 an
- ☐ 1 à 5 ans
- ☐ 6 à 10 ans
- ☐ > 10 ans

4) Quelle est votre fonction ? *

- ☐ Infirmière coordinatrice (IDEC)
- ☐ Médecin coordonnateur (MEDEC)
- ☐ Autre...

5) Si vous êtes médecin coordonnateur, quel est actuellement votre temps de travail en équivalent temps-plein (ETP) ? *

- ☐ 0,1 ETP

5) Si vous êtes médecin coordonnateur, quel est actuellement votre temps de travail en équivalent temps-plein (ETP) ? *

- ☐ 0,1 ETP
- ☐ 0,2 ETP
- ☐ 0,3 ETP
- ☐ 0,4 ETP
- ☐ 0,5 ETP
- ☐ 0,6 ETP
- ☐ 0,7 ETP
- ☐ 0,8 ETP
- ☐ 0,9 ETP
- ☐ 1 ETP
- ☐ Je suis IDEC
- ☐ Autre...

6) Si vous êtes IDEC, exercez-vous avec un médecin coordonnateur? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je suis MEDEC

7) Comment sont assurés les soins primaires au sein de votre établissement ? (choix multiples) *

- ☐ Médecins traitants assurant des visites
- ☐ Téléconsultations (médecins en distanciel)
- ☐ Médecin coordonnateur qui est aussi prescripteur
- ☐ Médecin(s) prescripteur(s) salarié(s) n'étant pas le médecin coordonnateur
- ☐ Infirmière en pratique avancée
- ☐ Autre...

8) Quel est le statut juridique de votre établissement ? *

- ☐ Public
- ☐ Privé associatif (non lucratif)
- ☐ Privé commercial (lucratif)
- ☐ Autre...

9) Votre établissement bénéficie-t-il d'interventions d'équipes mobiles de soins palliatifs et/ou de gériatrie ? *

- ☐ Oui, équipe mobile de soins palliatifs uniquement
- ☐ Oui, équipe mobile de gériatrie uniquement
- ☐ Oui, les deux
- ☐ Non, aucune des deux
- ☐ Je ne sais pas

10) Votre établissement est situé dans un environnement : *

- ☐ Urbain
- ☐ Semi-rural
- ☐ Rural

11) De quelle HAD (hospitalisation à domicile) votre établissement dépend-il principalement ? *

- ☐ Caen
- ☐ Deauville
- ☐ Lisieux
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Aucune

12) A quelle fréquence, en moyenne sur une année, avez vous recours à l'HAD au sein de votre établissement? (Nombre d'intervention) *

- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Pas du tout
- ☐ Je ne sais pas

13) Combien de fois par an votre établissement a-t-il recours à l'HAD? (Nombre d'intervention approximatif) *

Réponse courte

14) Estimez-vous l'impression de bien connaître les modalités d'intervention des HAD en EHPAD ? *

- ☐ Très bien
- ☐ Moyennement
- ☐ Très peu
- ☐ Pas du tout

15) Parmi ces modes de prise en charge, lesquels avez-vous déjà sollicité pour vos résidents ? (plusieurs choix possibles) *

- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Douleur
- ☐ MEOPA
- ☐ Traitements intra-veineux (antibiothérapie, furosémide...)
- ☐ Nutrition entérale
- ☐ Nutrition parentérale
- ☐ Pansements complexes
- ☐ Chimiothérapie et/ou surveillance post chimiothérapie
- ☐ Transfusions
- ☐ Surveillance post-ablation de sonde urinaire
- ☐ Post-chirurgie et sorties précoces de chirurgie
- ☐ Autre...

16) Parmi ces modes de prise en charge, lesquels **vous étaient inconnus** ? (prise en charge découverte par la question 15 de ce questionnaire) (plusieurs choix possibles) *

- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Douleur
- ☐ MEOPA
- ☐ Traitements intra-veineux (antibiothérapie, furosémide...)
- ☐ Nutrition entérale
- ☐ Nutrition parentérale
- ☐ Pansements complexes
- ☐ Chimiothérapie et/ou surveillance post chimiothérapie
- ☐ Transfusions
- ☐ Surveillance post-ablation de sonde urinaire
- ☐ Post-chirurgie et sorties précoces de chirurgie
- ☐ Autre...

17) Comment expliqueriez-vous, un éventuel faible taux de recours à l'HAD dans votre établissement? *

Réponse longue

18) Selon vous, quels facteurs pourraient faciliter le recours à l'HAD dans votre établissement ? (semi-ouverte) *

- ☐ Plaque explicative
- ☐ Staffs communs
- ☐ Demande d'admission numérique (site internet dédié)
- ☐ Sensibilisation des médecins traitants
- ☐ Autre...

Si vous souhaitez recevoir les résultats du questionnaire, merci d'indiquer ci-après votre adresse mail.

Réponse courte

4) Code pour création de la figure.

```
In [3]: import numpy as np
import matplotlib.pyplot as plt
from scipy.stats import norm, poisson

In [4]: nb_HAD = np.array([55, 15, 12, 12.5, 12, 5, 12, 3, 40, 13, 10, 12, 12.5, 12, 10, 5, 5, 10, 10, 10, 20, 10, 20])

In [ ]:

In [ ]: # -----
# Histogramme (bins de largeur 5 entre 0 et 65)
# -----
bins = np.arange(0, 70, 5)
counts, edges = np.histogram(data, bins=bins)
n = len(data)

# -----
# Fit gaussien (paramètres estimés)
# -----
mu, sigma = np.mean(data), np.std(data, ddof=1)

# On trace sur une grille fine pour lisser la courbe
x_fine = np.linspace(0, 65, 500)

gauss_fit = norm.pdf(x_fine, mu, sigma) * n * 5 # normalisé pour largeur bin 5

# -----
# Fit Poisson (paramètres estimés)
# -----
lmbda = np.mean(data)

# Pour lisser : approximer la Poisson par interpolation discrète
poisson_probs = [poisson.pmf(k, lmbda) for k in range(0, 70)]
poisson_counts = np.array(poisson_probs) * n
x_poisson = np.arange(0, 70)

# -----
# Visualisation
# -----
plt.figure(figsize=(8,5))

# Histogramme
plt.hist(data, bins=bins, alpha=0.5, color="gray", edgecolor="black", label="Observations")

# Fit gaussien (courbe lissée)
plt.plot(x_fine, gauss_fit, 'r-', lw=2, label=f"Gaussian fit ( $\mu={mu:.1f}$ ,  $\sigma={sigma:.1f}$ )")

# Fit Poisson (connecter les points pour lisser)
plt.plot(x_poisson, poisson_counts, 'b--', lw=2, label=f"Poisson fit ( $\lambda={lmbda:.1f}$ )")

plt.xlabel("Valeur")
plt.ylabel("Effectifs")
plt.title("Histogramme + Fit Gaussien et Poisson")
plt.legend()
plt.xlim(0, 65)
plt.show()
```

RÉSUMÉ

Entre 2020 et 2023, la Normandie était la région de France où le nombre moyen de patients pris en charge en HAD par jour était le plus faible. L'objectif principal de cette étude était d'étudier si ce faible taux de recours était en partie lié à une méconnaissance des modes d'intervention de l'HAD en EHPAD. A cette fin, nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle descriptive à partir d'un questionnaire à destination des infirmières coordinatrices et médecins coordonnateurs des EHPAD dont les HAD de rattachement étaient celles de Caen, Deauville et Lisieux. 10 infirmières coordinatrices et 14 médecins coordonnateurs ont répondu à l'enquête dont 14 travaillant en collaboration avec l'HAD de Caen, 6 avec celle de Lisieux et 4 avec celle de Deauville. La moyenne du nombre d'interventions de l'HAD était de 12.5 séjours/établissement/an. 87.5% des répondants ont estimé leur connaissance des modalités d'intervention de l'HAD comme étant très bonne et très peu de modes de prises charge leur étaient inconnus. Malgré la présence de nombreux biais, les résultats montrent une bonne utilisation de l'HAD par les EHPAD interrogés, suggérant que le faible taux de recours en Normandie puisse être expliqué par d'autres facteurs. Une étude à plus large échelle auprès des autres prescripteurs d'HAD (généralistes libéraux et médecins hospitaliers) pourrait être utile afin d'identifier les freins et d'optimiser ainsi le recours à l'HAD.

ABSTRACT

Between 2020 and 2023, Normandy was the region of France with the lowest average number of patients receiving home hospital care per day. The main objective of this study was to investigate whether this low rate of use was partly due to a lack of awareness of how home hospital care works in nursing homes. To this end, we conducted a quantitative observational descriptive study based on a questionnaire aimed at nurse coordinators and coordinating physicians in nursing homes whose affiliated home care services were those of Caen, Deauville, and Lisieux. 10 nursing coordinators and 14 coordinating physicians responded to the survey, including 14 working in collaboration with the home care service of Caen, six with the home care service of Lisieux and 4 with the home care service of Deauville. The average number of home hospital care interventions was 12.5 stays/establishment/year. 87.5% of respondents rated their knowledge of home hospital care intervention procedures as very good, and very few care methods were unfamiliar to them. Despite the presence of numerous biases, the results show good use of home hospital care by the nursing homes surveyed, suggesting that the low rate of use in Normandy may be explained by other factors. A broader survey of other home hospital care prescribers (general practitioners and hospital doctors) could be useful in identifying obstacles and thus optimizing the use of home hospital care.