



L'intervention de l'hospitalisation à domicile dans les EHPAD

Par Patrick Chiché, docteur d'Etat en droit, directeur d'hôpital

Mode alternatif à l'hospitalisation, qu'elle tende à l'éviter ou à la raccourcir, l'HAD prend en charge dans sa globalité et de manière coordonnée le patient. Elle lui apporte à la fois des soins médicaux et paramédicaux mais aussi un suivi psychosocial au sein d'un programme de soins personnalisés au quotidien.

L'HAD constitue une forme de réseau particulier, interface entre l'hôpital et la ville, entre le sanitaire, le médico-social et le social. Le déclassement qu'elle autorise, facilite et sécurise, permet une plus grande flexibilité du système de santé.

Si elle occupe une place à part entière dans le système de prise en charge des patients, avec 205 structures en 2007, 1,9 millions de journées réalisées (en 2006) et 7000 places, qui devraient atteindre les 15000 places en 2010, l'HAD n'a pourtant pas plus d'un demi-siècle d'histoire, et elle continue à se développer : son intervention dans les établissements d'hébergement de personnes âgées vient d'être autorisée en mars 2007.

I. Le développement de l'hospitalisation à domicile

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a donné à l'HAD une existence légale en disposant que « les services centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». A ce titre, l'HAD fait donc partie des structures sanitaires.

Les décrets d'application n'ont jamais été publiés. En 1974, c'est une convention nationale type, parue dans la circulaire CNAM du 29 octobre 1974, qui précise :

- les conditions d'admission en HAD ;
- les critères relatifs aux états pathologiques pouvant entraîner une HAD ;
- les conditions de fonctionnement de l'HAD.

En 1986, plusieurs circulaires étendent le champ de l'hospitalisation à domicile à l'ensemble des pathologies, jusqu'à la psychiatrie.

Une définition claire des missions de l'HAD apparaît dans le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 qui précise que « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »

Plusieurs textes postérieurs ont précisé la spécificité de l'hospitalisation à domicile :

La circulaire ministérielle du 30 mai 2000 clarifie le champ d'application de l'HAD et détaille la typologie de l'ensemble des actes pouvant être, seuls ou associés à d'autres actes, réalisés à domicile. Elle insiste sur le concept de « projet thérapeutique » et précise les rôles respectifs du médecin hospitalier, du médecin traitant et du médecin coordonnateur de la structure d'HAD.

La circulaire du 4 février 2004 aborde les modalités de prise en charge générale. Elle a un double objectif : répondre à la demande des patients et diminuer les durées de séjour en hospitalisation complète. Ce développement s'appuie sur une planification simplifiée.

Ces orientations sont destinées à favoriser le développement de l'hospitalisation à domicile et s'inscrivent dans le cadre de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de deuxième génération.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 marque une évolution importante de l'HAD : elle supprime « le taux de change » qui limitait la création de places d'HAD obligatoirement corrélée à l'époque à la suppression de lits d'hospitalisation complète. Elle fait de l'HAD un volet obligatoire des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), obligeant ainsi les acteurs régionaux à une réflexion territoriale sur la place de l'HAD. Enfin, elle exclut cette alternative à l'hospitalisation de la quantification en volume, donnant ainsi plus de latitude à son développement sur le territoire.

La circulaire du 1^{er} décembre 2006 vient rappeler le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations (sécurisation pharmaceutique, soins palliatifs, continuité des soins), le rôle des différents acteurs internes et externes et son positionnement au sein d'une offre de soins locale. Cette circulaire évoque le nécessaire développement planifié de l'HAD.

II. Les conditions de fonctionnement des structures d'HAD

Elles sont rigoureusement précisées par les textes. La nature des locaux et leurs fonctions sont prévues par l'article D. 6124-307 du Code de la santé publique (CSP).

Les structures d'HAD doivent disposer de personnels (médecin coordonnateur, cadre(s) infirmier(s), équipes de soins, de rééducation, assistantes sociales ou psychologues) dont le nombre et la qualification sont appréciés en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques



(article D. 6124-308 du CSP). Afin de garantir les conditions de sécurité, l'article D. 6124-308 oblige chaque structure d'HAD à disposer en permanence d'au moins un agent pour six patients pris en charge. Le personnel exprimé en équivalent temps plein qui exerce dans la structure, en dehors des médecins, doit être constitué au moins pour moitié d'infirmiers. Toute structure d'HAD doit comporter au moins un cadre infirmier, et un **médecin coordonnateur**, élément clé du fonctionnement médical de la structure. Ce dernier, référent médical de l'établissement ou du service, ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant mais il organise le fonctionnement médical de la structure ; il participe à la décision d'admission et de sortie du patient ; il est le garant du respect des protocoles de soins ; il coordonne les échanges d'informations entre professionnels en interne et en externe et forme les équipes.

III. L'hospitalisation à domicile peut désormais intervenir dans les établissements d'hébergement des personnes âgées

C'est ce que prévoit le décret n° 2007-241 du 22 février 2007 (JO du 24 février 2007). Jusque-là, l'HAD assurait des soins médicaux et para-médicaux au seul domicile du patient afin d'éviter une hospitalisation à domicile à temps complet dans un établissement de santé ou d'en diminuer la durée. Les personnes âgées vivant en établissement ne pouvaient bénéficier de cette alternative à l'hospitalisation. La possibilité de recourir à l'HAD leur est offerte depuis le 1^{er} mars 2007, quelle que soit la nature de leur lieu de vie.

Deux conditions cumulatives sont cependant posées :

- D'une part, l'état de santé du résident en établissement doit exiger une intervention technique qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement.
- D'autre part, l'admission en HAD du résident doit répondre à des conditions de prise en charge variables selon la nature des soins, leur complexité et l'ampleur des moyens à utiliser. L'assurance maladie assure le financement des prestations d'HAD par le moyen de forfaits. Le décret précise logiquement que les forfaits correspondants à des prestations dispensées dans un établissement ou service accueillant des personnes âgées font l'objet d'une minoration.

Le décret n° 2007-660 du 30 avril 2007 (JO du 3 mai 2007) complète ce dispositif et soumet les institutions concernées à l'obligation de conclure une convention définissant les conditions techniques de fonctionnement de la structure d'HAD intervenant dans un EHPAD.

A. Les conditions de prise en charge de l'HAD en EHPAD

1. Les modes de prises en charge pouvant relever de l'HAD

Les conditions précises de prise en charge pour l'admission en HAD sont précisées par un arrêté du 16 mars 2007 (JO du 25 mars 2007).

L'arrêté du 16 mars, pris en application de l'article R. 6121-4 du CSP, détermine les conditions d'intervention de l'HAD pour 14 modes de prise en charge différents.

Certains actes peuvent être ainsi assurés par une structure d'HAD en EHPAD sans condition particulière. C'est le cas pour la chimiothérapie cancéreuse (à l'exception de la chimiothérapie par voie orale), les pansements complexes et les soins spécifiques, la transfusion sanguine et la surveillance d'aplasie.

En revanche, d'autres actes ne peuvent être dispensés en HAD que s'ils sont associés à au moins une autre prise en charge d'HAD en établissement. Entrent dans cette catégorie les actes d'assistance respiratoire, de nutrition parentérale ou entérale, de rééducation orthopédique ou neurologique et les soins de nutrition lourds.

Des conditions spécifiques sont également posées pour d'autres types d'actes. Par exemple, les traitements intraveineux peuvent être mis en œuvre par l'HAD s'ils nécessitent l'intervention la nuit d'une infirmière non présente en EHPA. De même, les soins palliatifs peuvent être pris en charge lorsqu'une mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapique), techniques ou d'ajustement quotidien de médicaments sont nécessaires.

2. Les établissements entrant dans le champ d'application de l'HAD

Un arrêté du 25 avril 2007 (JO du 12 mai 2007) fixe le champ d'application de l'HAD. Les établissements concernés par l'intervention de l'HAD sont les seuls EHPAD titulaires d'une autorisation délivrée conjointement par le préfet du département et le président du conseil général. Pour les établissements ne bénéficiant pas de cette autorisation, l'admission en HAD d'un ou de plusieurs de leurs résidents s'effectue dans le cadre des modes de prise en charge figurant à l'annexe 1 de l'arrêté du 31 décembre 2004 (JO du 14 janvier 2005) relatif au recueil et au traitement des données médicales des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement.

B. Les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD en EHPAD

Le décret n° 2007-660 du 30 avril 2007 (JO du 3 mai 2007) est venu préciser les conditions techniques de fonctionnement des structures d'HAD intervenant dans les EHPAD. La structure d'HAD et l'établissement doivent passer une convention.

La convention doit contenir les conditions de l'intervention de la structure d'HAD dans l'EHPAD, les modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins, l'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient, l'organisation des circuits du médicament et les modalités d'évaluation de l'organisation mise en place. Le contenu de la convention diffère selon que l'établissement d'hébergement bénéficie ou non de l'autorisation conjointe. Cette convention doit être transmise pour information à l'Agence régionale de l'hospitalisation, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, au président du conseil général et à la caisse primaire d'assurance maladie.