



Atelier 2 : HAD, place des acteurs et pertinence des prises en charges

Place et pertinence de l'HAD dans l'offre de soins

Laétitia FAVERAUX - DGOS



Qu'est ce que l'HAD ?

- L'HAD assure des soins, au domicile de la personne :
 - non réalisables par des professionnels libéraux même coordonnés car trop complexes, trop intenses ou trop techniques
 - pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire et médicalisée
- Sans l'HAD, les personnes seraient prises en charge en établissement hospitalier



Qu'est ce que l'HAD ?

- L'HAD permet de raccourcir une hospitalisation en établissement, ou de l'éviter complètement
- Le statut d'établissement de santé implique différentes obligations à respecter :
 - Droit des usagers
 - Continuité des soins
 - ...
 - Certification HAD
 - Circuit du médicament
- L'HAD ne fait pas au domicile tout ce que fait l'hôpital :
 - Diagnostic / exploration nécessitant la mobilisation d'un plateau technique
 - Prise en charge de patients requérant la continuité des soins médicaux et paramédicaux en permanence au lit du malade



Qu'est ce que l'HAD ?

- Spécificités de l'HAD :
 - Evaluation et adaptation du domicile aux besoins de soins
 - Prise en compte et intégration de l'entourage dans les soins
 - Coordination avec les intervenants de ville (médecins traitants, paramédicaux libéraux, pharmaciens d'officine, services à domicile, services sociaux territoriaux,...)
 - Prise en charge de soins complexes par leur technicité, leur intensité et leur continuité (7j/7-24h/24) ;
 - Mise à disposition en continu d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée
 - Garanties des établissements de santé en matière de sécurité et de qualité des soins avec une certification par la HAS
 - Prise en charge de l'adaptation du domicile (à l'admission et à la sortie)



Comment l'HAD est-elle organisée ?

- L'HAD est composée d'une **équipe de coordination** médicale, paramédicale et psychosociale
 - Médecin coordonnateur (réfèrent médical de l'établissement)
 - Infirmier de coordination
 - Assistant social
 - Psychologue
- Pour la réalisation des soins, l'HAD fait appel à :
 - Du personnel salarié
 - Des professionnels libéraux dans le cadre d'un contrat de coopération (IDE, MK, diététicien...)
- L'HAD assure le **circuit du médicament** et gère la collecte des déchets (PUI ou pharmacie d'officine)



Comment l'HAD est-elle organisée ?

- L'HAD est prescrite par le médecin hospitalier ou le médecin traitant
- Le médecin traitant donne son accord à la prise en charge. Il est le référent de la prise en charge médicale,
- Le consentement du patient et/ou de son entourage sont des conditions nécessaires à toute admission
- La coordination des soins est assurée par l'équipe d'HAD 7j/7 et 24h/24



Comment l'HAD est-elle organisée ?

- Avant toute admission en HAD, **une évaluation de la situation** est réalisée par l'équipe de coordination de l'HAD, qui se rend au domicile **pour confirmer la faisabilité de la prise en charge**.
- Dans la mesure du possible, l'organisation des soins prend en considération les souhaits et contraintes personnelles des patients et de leur entourage.
- Les soins sont organisés via des protocoles personnalisés de soins



Le périmètre de la prise en charge en HAD

- La compétence médicale et soignante d'un établissement d'HAD est polyvalente :
 - Une activité importante de pansements complexes, soins palliatifs...
 - Des activités spécialisées ont également été développées sur certains territoires, par exemple en traitement du cancer, en rééducation neurologique...
- Le périmètre est encadré par les modes de prise en charge existant dans le modèle :
 - 22 modes de prise en charge principaux (MPP)
 - 21 modes de prise en charge associés (MPA)
 - Ces modes de prise en charge font l'objet d'une description dans le guide méthodologique du PMSI (définition, détail du contenu, associations MPP/MPA, diagnostics...)



Le périmètre de la prise en charge en HAD

- Les 22 modes de prise en charge principal :

01 - Assistance respiratoire	12 – Rééducation neurologique
02 – Nutrition parentérale	12 – Rééducation neurologique
03 – Traitement intraveineux	13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
04 – Soins palliatifs	14 – Soins de nursing lourds
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	15 – Éducation du patient et/ou de son entourage
06 – Nutrition entérale	17 – Surveillance de radiothérapie
07 – Prise en charge de la douleur	18 – Transfusion sanguine
08 – Autres traitements	19 – Surveillance de grossesse à risque
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	21 – Post partum pathologique
	22 – Prise en charge du nouveau-né à risque
10 – Posttraitement chirurgical	24 – Surveillance d'aplasie
11 – Rééducation orthopédique	29 – Sortie précoce de chirurgie



Pourquoi l'HAD ?

- Pour le patient
 - Bénéficier d'un parcours de soins sans rupture d'accompagnement
 - Réduction des risques d'infection nosocomiales
 - Pas de rupture avec les professionnels de santé auquel il est habitué et qui le connaissent bien (MT, IDEL, pharmacien, kiné...)
 - Eviter la fragilisation, le risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation, les nombreux déplacements (par ex. pour chimio)
 - Continuer à vivre aussi normalement que possible dans son environnement (ex. personnes âgées, enfants...)
 - HAD = projet de soins individualisé, multidimensionnel et interdisciplinaire intégrant la dimension psychosociale



Pourquoi l'HAD ?

- Pour le prescripteur
 - Une prise en charge intégrant qualité et sécurité des soins (HAD = établissement de santé)
 - Améliorer la pertinence du parcours du patient en évitant l'hospitalisation en établissement de santé quand la situation requiert un niveau de soins exigeant
 - HAD = savoir faire de coordination entre la ville et l'hôpital



Pourquoi l'HAD ?

- Pour les hôpitaux/cliniques
 - Réduction des durées de séjours : contribution au virage ambulatoire, à l'efficacité des soins et à la pertinence des parcours de soins
 - Diversification des modalités de prise en charge permettant le retour à domicile
 - Recentrage de l'activité hospitalière sur les prises en charge requérant impérativement hébergement et plateau technique



La mise en œuvre d'une stratégie nationale partagée avec les acteurs

- Mise en place d'un Comité national de pilotage en 2012
 - Rassemble les acteurs concernés (fédérations, Administrations centrales, usagers, CNAMTS, UNPS...)
 - Assure le suivi des orientations et du développement de l'HAD
 - Positionnement de l'offre d'HAD par la circulaire du 4/12/2013
 - Définit à l'attention des ARS une feuille de route jusqu'en 2018
 - Structurer une offre plus homogène sur l'ensemble du territoire
 - Conforter la place de l'HAD au sein du système de santé
- > La place attendue pour l'HAD dans la gradation des soins :
- Celle d'une offre de substitution à l'hospitalisation traditionnelle MCO/SSR mettant en œuvre la qualité et la sécurité hospitalières et s'inscrivant dans le cadre du virage ambulatoire préconisé par les pouvoirs publics.



Les axes de développement de l'HAD

- **Mieux organiser le recours à l'HAD :**
 - Inscription d'objectifs de prescriptions dans les CPOM des établissements de santé
 - Montée en charge de la prescription des médecins libéraux en alternative à l'hospitalisation traditionnelle
- **Restructurer l'offre :**
 - Apprécier la structure adéquate de l'offre en considération de la taille de la population desservie et des caractéristiques des territoires d'intervention
- **Rendre exhaustive la couverture territoriale :**
 - Limiter les situations de concurrence
 - Favoriser le cas échéant les extensions d'autorisation, la création d'antennes ou les regroupements



Les axes de développement de l'HAD

- Homogénéiser et étendre les modes de prise en charge en HAD :
 - Favoriser la polyvalence de l'HAD sur l'ensemble des territoires
 - Développer des prises en charge spécialisées exigeantes (suites d'AVC, chimiothérapies, soins palliatifs...)
- Diversifier les populations accueillies en HAD :
 - Inciter au développement de l'HAD en ESMS
- 2007 : HAD en EHPAD pour certains MPP
- 2012 : HAD dans tous les ESMS
- 2017 : levée des restrictions de prise en charge en EHPAD
- Une évaluation nationale de l'activité d'HAD en ESMS a été réalisée, accompagnée d'une feuille de route : en cours de publication.



Les axes de développement de l'HAD

- Mise en œuvre par les ARS
 - Outils : PRS – régime des autorisations d'activité - CPOM ARS/ES – CPOM ARS/ESMS
 - Coordination des différents acteurs : de l'HAD, de la ville, du secteur SMS, de l'hôpital, de l'assurance maladie (Instance régionale)
- Suivi national
 - COPIL HAD
 - Dialogue de gestion
 - Journées des référents ARS



Renforcer la pertinence

- Loi HPST de 2009 a fixé un haut niveau d'exigence :
 - en faisant accéder les établissements d'HAD au statut d'établissements de santé.
 - Ceci implique une vigilance forte quant à la professionnalisation de ces établissements, tant dans la nature des prises en charge que dans les compétences qu'ils mettent en œuvre.
- Le recours pertinent à l'HAD :
 - Répondre aux plus exigeantes des prises en charge possibles au domicile
 - Inversement, ne pas réaliser des interventions situées en-deçà du potentiel et du savoir-faire des établissements d'HAD en matière d'évaluation et d'orientation du patient dans le parcours de soins
 - Exigences figurant dans la circulaire de décembre 2013



Renforcer la pertinence

- La pertinence de l'HAD doit s'appuyer sur des référentiels de la HAS existants ou à paraître notamment :
 - Evaluation médico-économique de la chimiothérapie en HAD (livrée fin 2014)
 - Grille de pertinence des demandes de transfert et mutation en HAD à partir du MCO/SSR (livraison prévue mi 2017)
- L'expérimentation du raccourcissement de séjours longs de chirurgie par mobilisation précoce de l'HAD.
 - Objectif : tester la pertinence d'un modèle de parcours, sur une séquence hospitalière liant prise en charge chirurgicale avec hébergement et HAD



Renforcer la pertinence

- Dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie »
 - une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre MCO et HAD
 - dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide du patient à domicile
 - tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins :
- Il concerne dans un premier temps des prises en charge chirurgicales ciblées :
 - Sélectionnées avec les sociétés savantes
 - Sur la base de critères : pertinence médicale et faisabilité, forts volumes, durées de séjours longues...



Renforcer la pertinence

- **Les gestes chirurgicaux ciblés :**
 - gynécologique : hystérectomies (tumeurs malignes et pathologies bénignes)
 - Chirurgie digestive : résections rectales et interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon
 - Chirurgie orthopédiques : fractures du fémur chez la personne âgée comportant une fracture proximal du fémur, chirurgie de la scoliose chez l'enfant et prothèse totale du genou
- **Les critères d'éligibilité des patients au dispositif :**
 - Élaborés avec les sociétés savantes
 - Portent sur l'état médical du patient et les conditions socio-environnementales



Renforcer la pertinence

- Le dispositif fait l'objet d'une évaluation sur 2 ans
- 11 équipes composés d'établissements MCO et HAD ont été sélectionnées au niveau national
 - En Pays de la Loire : CHU NANTES et HAD NANTES ET SA REGION pour les spécialités chirurgicales : orthopédie et digestive



Renforcer la pertinence

- Les évolutions du guide PMSI : redéfinition du contenu des modes de prises en charge existants
 - Préciser et faciliter les conditions d'admission dans les modes de prise en charge
 - Actualiser les définitions en fonction de l'évolution des techniques médicales
 - Lever les ambiguïtés éventuelles suscitant des désaccords lors des contrôles de l'assurance maladie
- Conditions de fonctionnement :
 - Un décret de mai 2017 apporte des garanties :
 - Obligation pour l'HAD d'assurer une capacité interventionnelle soignante 24h/24 et 7jours/7 et un recours à un avis médical en interne ou en externe à tout moment
 - Le médecin traitant est le référent médical
 - Permet au médecin coordonnateur de prescrire en cas d'absence du médecin traitant afin d'assurer la continuité des soins



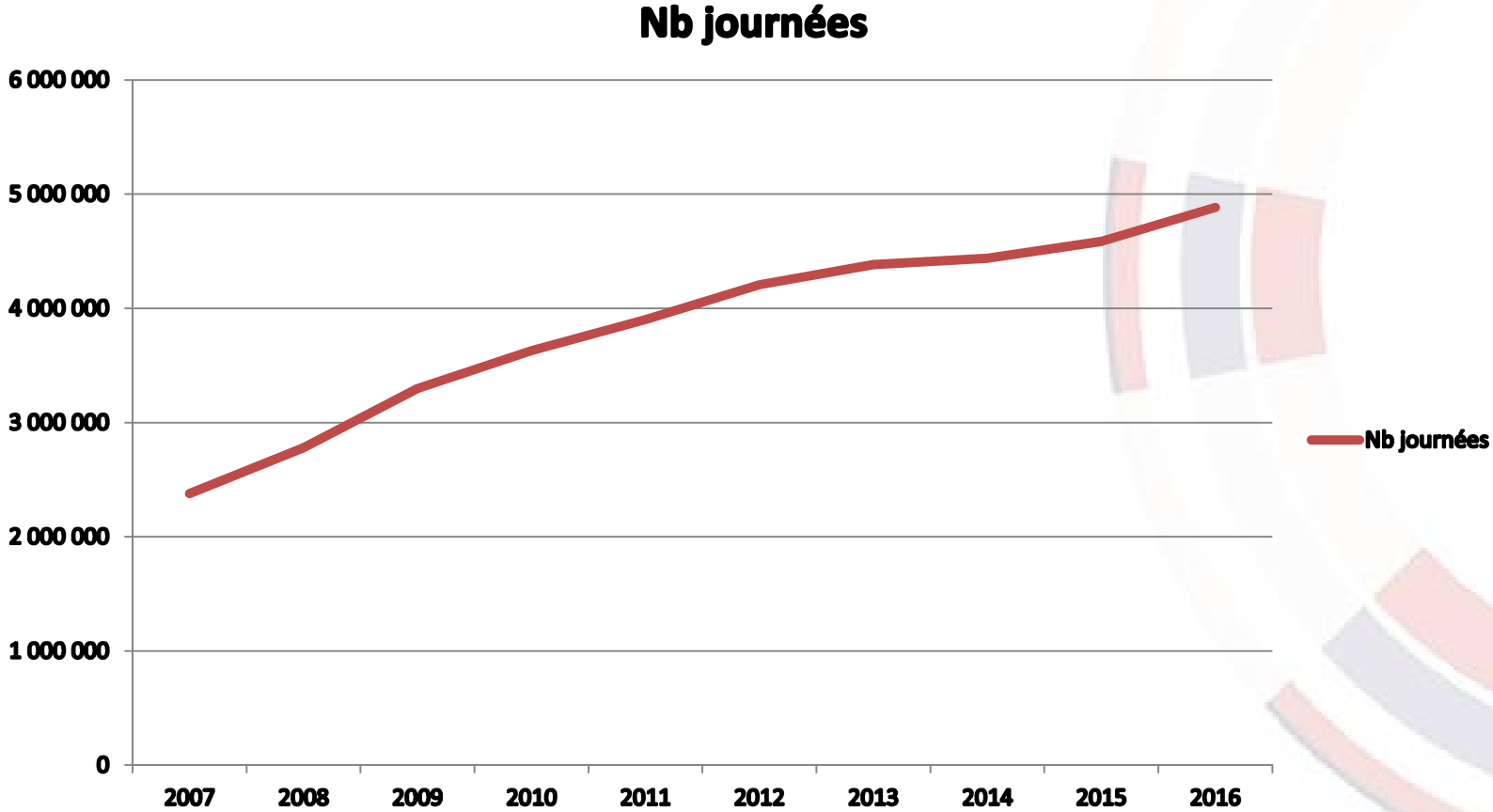
Renforcer la pertinence

- **La loi de modernisation de notre système de santé a prévu la participation de l'HAD à deux dispositifs majeurs :**
 - Les GHT (association au projet médical)
 - Les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (participation au fonctionnement)



Un bilan encourageant

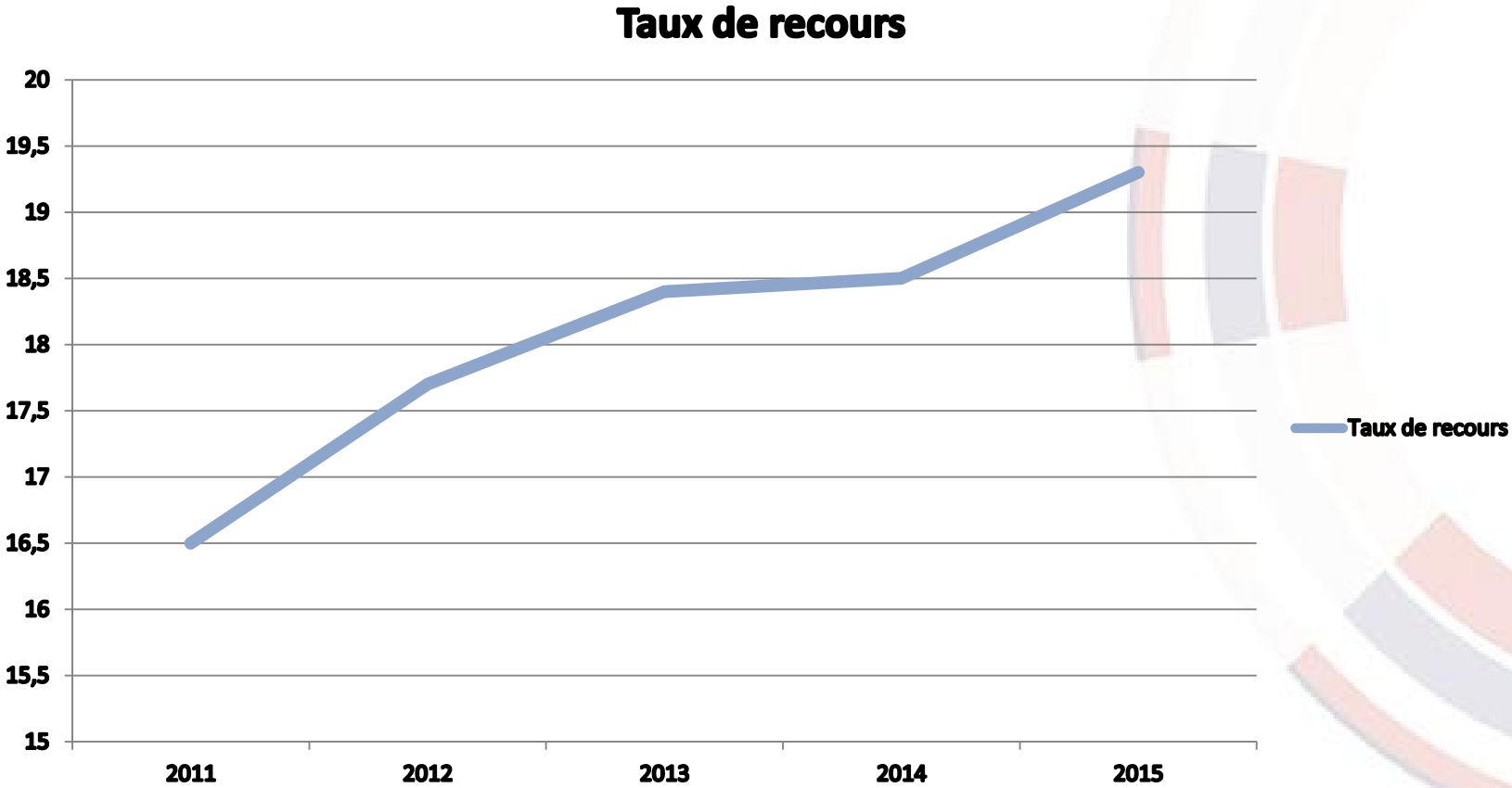
- Une croissance régulière de l'activité d'HAD :





Un bilan encourageant

- Une amélioration du taux de recours





Un bilan encourageant

- Un territoire globalement couvert par une autorisation d'HAD
- Cependant certaines disparités régionales subsistent :
 - qui peuvent s'expliquer notamment par la démographie médicale ou l'implication encore récente des acteurs dans la prescription d'HAD
- Les actions régionales menées par l'ensemble des ARS se poursuivent et s'intensifient



Un bilan encourageant

- En 2016, **les trois principales prises en charge**, représentant plus de 60% de l'activité en journées, sont les suivantes :
 - Pansements complexes
 - Soins palliatifs
 - Soins de nursing lourds
- Suivent ensuite, la nutrition entérale, les traitements intraveineux, la surveillance post-chimio anticancéreuse
- Les séjours en HAD surviennent :
 - À près de 70% après un transfert d'un établissement MCO ou SSR
 - À 30% du domicile du patient



Un bilan encourageant

- Environ 5% des journées réalisées en HAD ont concerné des patients résidant dans les ESMS :
 - Principalement en EHPAD
 - Ce taux était en augmentation depuis 2013 mais reste encore insuffisant
 - Cette progression devrait se poursuivre avec la levée des restrictions d'indications lorsque l'HAD intervient en EHPAD (1^{er} mars 2017)
- Les principales prises en charge en HAD en EHPAD sont les suivantes :
 - Pansements complexes
 - Soins palliatifs
 - Prise en charge de la douleur
 - Traitement intraveineux

Données ATIH



Nécessité de poursuivre la consolidation et la pertinence de l'offre d'HAD

- Travail de communication pour mieux faire connaître l'HAD auprès des prescripteurs, des autres PS, des étudiants et du grand public
- Travaux d'évolution de la classification et du financement de l'HAD pour améliorer la description des activités réalisées et l'adaptation de la tarification
- Mise en place d'un soutien financier des établissements qui s'engagent dans la prise en charge des patients pour lesquels sont prescrits des traitements coûteux qui peuvent devenir dissuasifs, comparés aux tarifs journaliers
- Travaux engagés pour améliorer la coopération entre SSIAD et HAD
- Réflexion sur l'évolution du régime des autorisations en HAD (prévue par le LMSS)



Nécessité de poursuivre la consolidation et la pertinence de l'offre d'HAD

- Cet objectif nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs :
 - Des établissements d'HAD (structuration, réactivité, professionnalisation...)
 - Des établissements de santé conventionnels (intégration plus fréquente et plus précoce de l'HAD dans les parcours)
 - Des professionnels libéraux (capacité de réponse coordonnées quand l'HAD n'est pas nécessaire et prescription de l'HAD a contrario)



Merci de votre attention

