

# ► **Est-ce pertinent de garder le cadre réglementaire de l'HAD ?**

F. OLIVIER

CH Montauban



# PLAN

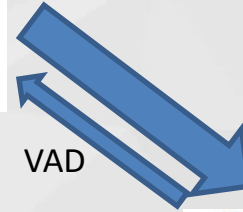
- Preamble
- 1. L'HAD est-elle bien ajustée à la psychiatrie ?
- 2. Les contraintes du cadre HAD
- 3. Que préconiser ?

# PRÉAMBULE

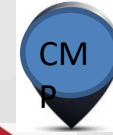
- Pertinence du concept de soins « intensifs » à domicile !
- Mais le cadre réglementaire de l'HAD est-il adapté ?

- **Pourquoi, alors que la psychiatrie française avait été si novatrice en mettant en place le secteur, a-t-elle autant de difficulté à poursuivre le développement du concept ambulatoire de soins de proximité centré sur le domicile et a toujours la tentation de maintenir ou de revenir à un hospitalo-centrisme?**

**Domicile patient**

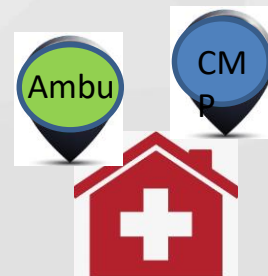
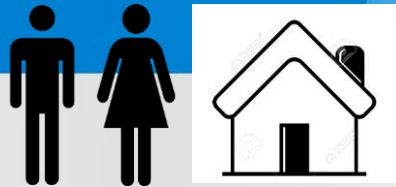


VAD



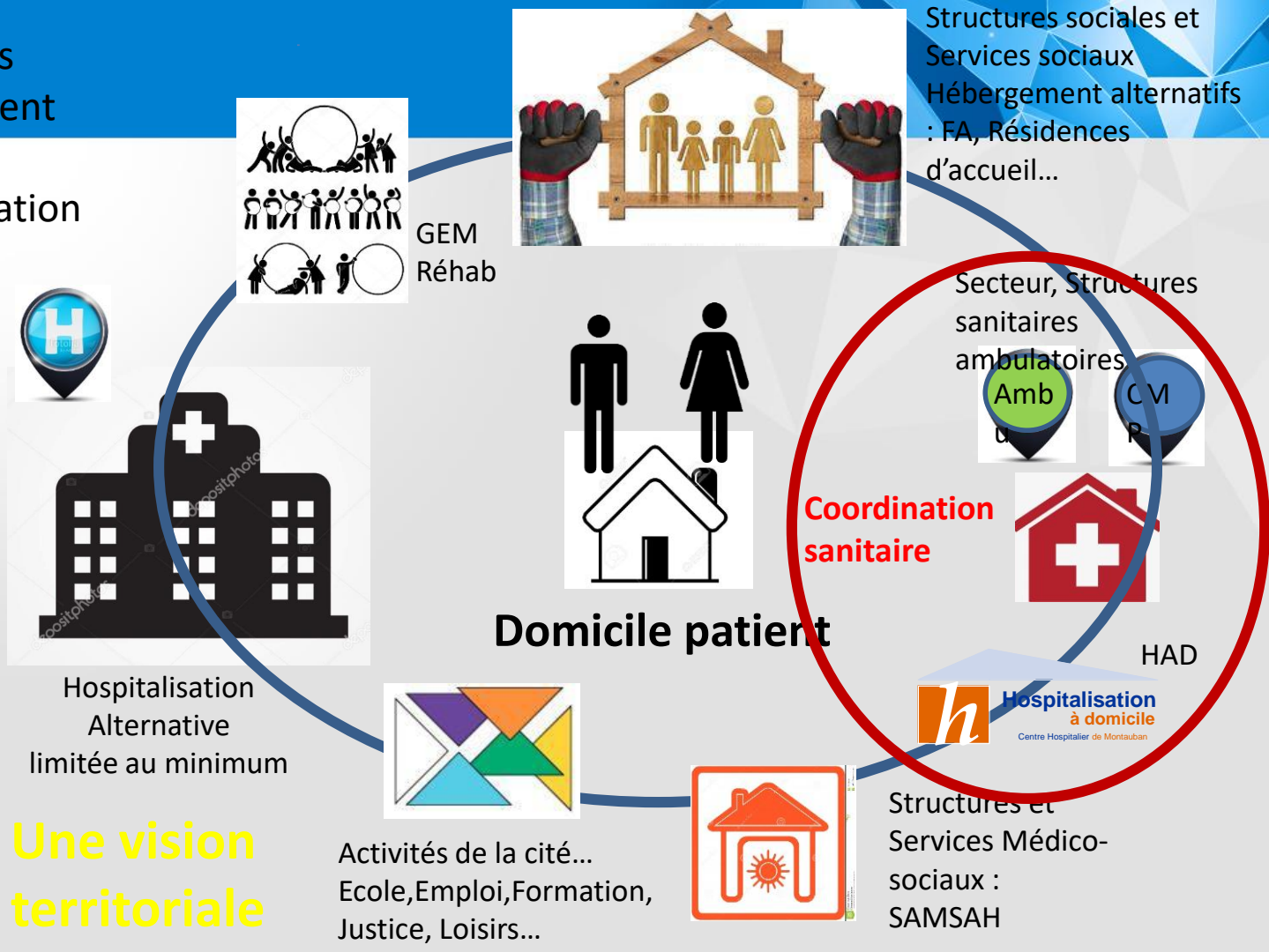
**Hospitalo-  
centrisme**

**Ambulatoire  
pseudopode de  
l'hôpital**



**Changement de paradigme  
Déplacement de l'axe des soins  
vers le domicile du patient et son  
territoire de proximité**

Psy du XXIè s  
Rétablissement  
Citoyenneté  
Déstigmatisation







1

**L'HAD est-elle bien  
ajustée à la psychiatrie ?**



# L'Hospitalisation à domicile : concept de base

► « **L'HAD est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne.**

**Elle couvre maintenant l'ensemble du territoire national, et constitue désormais une des réponses à l'aspiration grandissante de la population à être soignée dans son environnement familial quand la situation le permet »**

**Site du Ministère des Solidarités et de la Santé, mise à jour 27.06.18**

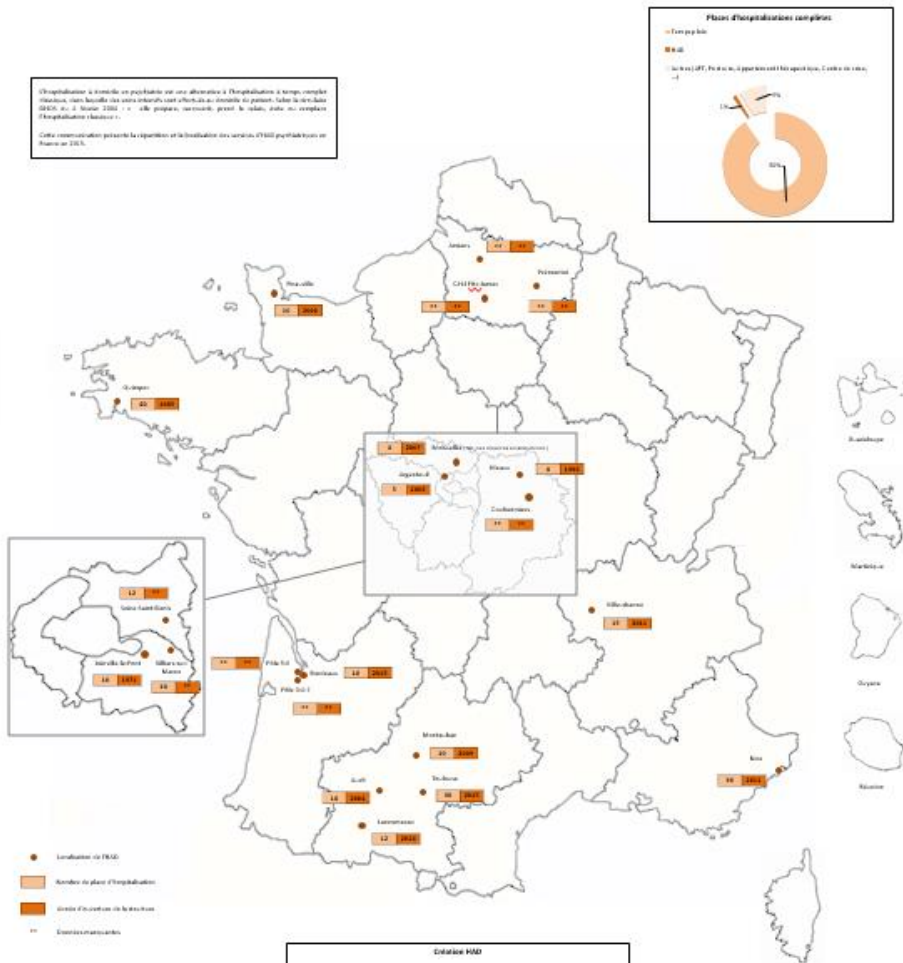
# L'Hospitalisation à domicile

Détail des modes de prises en charge principaux (source : ATIH, site scan santé)

	Nombre de journées		Part en %	
	2013	2014	2013	2014
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 061 211	1 110 811	24,4	25,2
04 Soins palliatifs	1 093 466	1 042 353	25,1	23,6
14 Soins de nursing lourds	459 664	495 248	10,6	11,2
06 Nutrition entérale	284 467	297 042	6,5	6,7
03 Traitement intraveineux	232 547	253 516	5,3	5,7
13 Surveillance <del>postchimiothérapie</del> anticancéreuse	159 982	157 232	3,7	3,6
01 Assistance respiratoire	124 287	127 862	2,9	2,9
02 Nutrition parentérale	125 195	123 524	2,9	2,8
19 Surveillance de grossesse à risque	113 916	117 040	2,6	2,7
10 <del>Posttraitement</del> chirurgical	101 150	102 019	2,3	2,3
08 Autres traitements	88 366	101 458	2	2,3
05 Chimiothérapie anticancéreuse	84 426	100 638	1,9	2,3
21 Post-partum pathologique	110 437	90 988	2,5	2,1
07 Prise en charge de la douleur	74 154	88 006	1,7	2
15 Education du patient et/ou entourage	54 996	53 482	1,3	1,2
12 Rééducation neurologique	62 290	51 265	1,4	1,2
11 Rééducation orthopédique	50 471	41 406	1,2	0,9
22 Prise en charge du nouveau-né à risque	28 895	27 369	0,7	0,6
20 Retour précoce à domicile après accouchement	23 083	20 051	0,5	0,5
24 Surveillance d'aplasie	10 005	8 756	0,2	0,2
17 Surveillance de radiothérapie	5 571	5 317	0,1	0,1
18 Transfusion sanguine	676	508	0	0
Total	4 349 255	4 415 891	100	100

FLERPSY

## < 1% Hospitalisations complètes



# L'Hospitalisation à domicile

▶ **62 structures HAD en 2000, 289 en 2020 avec 6 millions de journées réalisées (coût assurance maladie 1,2 milliard d'euros)**

▶ **DREES, septembre 2020**

En 2019, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile poursuivent également leur augmentation (+5,5 %). Elles représentent 6,2 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

## **HAD (médicale/polyvalente : soins palliatifs, pansements complexes, chimiothérapie, obstétrique)**

- Article 4 Loi du 31 décembre 1970
- **Décret du 14 mars 1986**
- Loi du 31 juillet 1991 (HAD devient une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle)
- Décret du 2 octobre 1992
- Circulaire du 30 mai 2000
- Circulaire du 11 décembre 2000
- **Circulaire du 4 février 2004**
- Circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006
- Circulaire du 5 octobre 2007
- Lettre DHOS du 11 février 2008
- 8 Décrets, arrêtés et Circulaire entre 2007 et 2012 concernant l'HAD en établissements sociaux et médico-sociaux
- Circulaire du 18 mars 2013
- Circulaire du 4 décembre 2013
- Décret du 13 avril 2018

## **HAD (psychiatrique)**

- **Décret du 14 mars 1986**

Article 11 : les services de psychiatrie « organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient ».

- **Circulaire du 4 février 2004**
- Cahier des charges pour la prise en charge en HAD d'activités spécifiques telles que la psychiatrie
- Définit les rôles, objectifs de l'HAD en psychiatrie
- Modalités de la prise en charge visant à garantir : l'intensité, la continuité et la structuration des soins

- ▶ **Aucune structure psychiatrique au sein de la FNEHAD**

- ▶ **Tous les textes réglementaires ont visé ces dernières années à développer l'HAD médicale/polyvalente. Il n'y a quasiment aucun texte légal dédié à l'HAD psychiatrique.**
- ▶ **L'HAD n'a pas été pensée pour la psychiatrie, mais essentiellement pour la médecine polyvalente**
- ▶ **Le cadre réglementaire de l'HAD psychiatrique est une déclinaison de l'HAD médicale, pas le fruit de la volonté de développer l'ambulatoire ni de moderniser notre spécialité.**





2

## **Les contraintes du cadre HAD**

- ▶ **Ils sont tous considérés depuis 2009 comme des établissements de santé** (quel que soit leur statut, rattachés à un établissement hospitalier, ou autonomes)
- ▶ **Ils doivent en assumer toutes les obligations, notamment en matière de sécurité et de qualité, de continuité des soins et de respect des droits des patients.**
- ▶ **Ils mettent en œuvre la lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur, la prévention des risques.**

- ▶ **Seul un médecin hospitalier ou un médecin traitant peut orienter une personne en HAD.**
- ▶ **L'accord du médecin traitant est nécessaire et donc doit être toujours sollicité, car il prend, pendant le séjour en HAD, la responsabilité médicale des soins, conjointement, le cas échéant avec des confrères spécialistes.**

- ▶ **Le personnel de l'équipe de coordination est toujours salarié de l'établissement d'HAD.**
- ▶ **Ce n'est pas forcément le cas des professionnels qui viennent effectuer les soins au domicile (infirmiers, kiné...) qui peuvent être libéraux... et rémunérés ponctuellement par l'établissement d'HAD à la prestation (forfait de soin rémunéré selon différents critères).... (T2A/DAF en psychiatrie ?)**

# Coût ?

- ▶ **Une HAD est prise en charge par les organismes d'assurance maladie et les mutuelles dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation classique, à l'exception du forfait hospitalier qui n'est pas du par la personne puisqu'elle est soignée chez elle.**
- ▶ **En HAD polyvalente : 2011 : tarif moyen par jour 198 euros (86 à plus de 500 euros)- 703 euros en moyenne pour une hospitalisation traditionnelle**
- ▶ **En HAD psy : ?**

# Répartition des rôles médicaux

- **Médecin hospitalier** (actuellement souvent majoritairement décideur de l'HAD) : élabore le projet thérapeutique avec l'équipe d'HAD
- **Médecin traitant**, pivot dans l'organisation d'une HAD et responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique. Il signe un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins de l'HAD. Il doit se trouver en accord avec le projet thérapeutique et avec le principe du retour du patient chez lui. Il réévalue au domicile du patient son état de santé et adapte le traitement en lien avec le service de référence.
- **Médecin coordinateur de l'HAD**, donne son avis à l'admission et à la sortie, évalue l'adéquation du projet avec les possibilités de l'HAD, coordonne les informations entre praticiens et les soins, et participe aux décisions stratégiques.

- **Il est le référent médical de la structure.**
- **Il ne prescrit normalement pas mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins.**
- **Depuis la circulaire du 4 décembre 2013, il est précisé que lorsque le médecin traitant n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordinateur peut être amené à prescrire.**



# Continuité des soins

- ▶ **Les structures d'HAD sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent 24h/24 et 7j/7 pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des patients pris en charge (précisé dans le RI de la structure).**
- ▶ **Ni le SAMU, ni les services d'urgences n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la prise en charge de la permanence des soins (Circulaire 1<sup>er</sup> décembre 2006)**
- ▶ **Circulaire 4 décembre 2013 : Modalité de sécurisation des patients par la garantie de continuité des soins : capacité interventionnelle soignante jour et nuit, formalisation des conditions de recours à un avis médicalisé à tout moment ...**
- ▶ **Astreintes Infirmières, médicales ?**

- ▶ **Délivré par PUI (Pharmacie à usage intérieur)**
- ▶ **En l'absence de PUI , pharmacie d'officine avec commande écrite/convention**
- ▶ **Problématique de l'acheminement du médicament (sécurité, conservation...)**
- ▶ **Problématique de la sécurisation des médicaments à domicile**

# Consentement du patient

- ▶ **Une HAD nécessite le consentement du patient et celui de son entourage. Le patient à la liberté à tout moment d'arrêter l'HAD, de ne pas ouvrir sa porte.**
- ▶ **Quid des programmes de soins psychiatriques sans consentement ?**



3

**Que préconiser ?**

# Modèle Home Care américain et HAD française

- ▶ **1945 : le Pr Bluestone, chef de service à l'Hôpital Montefiore de New York, se trouve confronté à une surpopulation de patients. Il décide d'en suivre certains chez eux. C'est ainsi qu'est créé en 1947 le **Home Care**, fondé d'emblée sur le principe du déplacement des médecins hospitaliers au domicile des patients. (Plus proche du modèle de fonctionnement sectoriel en psy en France ?)**

A. Sentilhes-Monkam. Rétrospective de l'évolution à domicile. L'histoire d'un paradoxe  
La documentation française. 2005/3 – pages 157 à 182  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-157.htm>

## Encadré 1 : Comparaison *Home Care* américain et HAD française

Il y a une divergence profonde avec le modèle américain dès la conception de l'HAD :

Aux USA : <i>Home Care</i>	En France : <i>HAD</i>
Motif : surpopulation de patients à l'hôpital Cible : patients stabilisés ou convalescents	
Suivi à domicile par leurs <b>médecins hospitaliers</b> des patients qui ne requièrent plus une présence soignante continue.	Transfert à la <b>médecine libérale</b> du suivi à domicile de patients convalescents, des personnes âgées valides ou semi-valides, des cas sociaux et des patients cancéreux.

En France, la discontinuité médicale entre la médecine hospitalière et la médecine libérale constitue un frein.

- ▶ **Le développement de l'HAD polyvalente a été facilité ces dernières années par un cadre réglementaire assoupli, une planification régionale et un régime des autorisations simplifiées pour aider à ce développement. De nouveaux modes de tarification favorisent son activité.**
- ▶ **Manque manifeste de structuration législative de l'HAD en psychiatrie (cf Circulaire de février 2004 uniquement)**

- ▶ **Si volonté des pouvoirs publics de développer l'HAD psychiatrique, nécessité de l'ajustement de la structuration législative et du cadre réglementaire pour la psychiatrie**
- ▶ **Passer à un cadre différent plus spécifique à la psychiatrie et plus souple : unité mobile de SI à domicile, Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile (SPID)...**



# Avenir proche

- ▶ **La nouvelle feuille de route 2021-2026 de l'HAD** devrait être diffusée en septembre (Katia Julienne, DG de la DGOS) annoncé aux universités d'été de la FNEHAD. Décidera des orientations stratégiques et du financement des HAD sur les 5 ans à venir. L'objectif est « d'améliorer la fluidité des parcours des patients et l'interaction avec l'ensemble des acteurs ».
- ▶ Plusieurs axes identifiés dont le besoin de **renforcer la place de l'HAD dans l'organisation territoriale sanitaire**, le partenariat avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ...
- ▶ Des textes attendus à l'automne avec des **mentions de spécialisation** : la réadaptation, l'ante et le post-partum et les enfants de moins de 3 ans.

- ▶ **Les Assises de la psychiatrie et de la santé mentale se tiendront les 27 et 28 septembre prochains...**