Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Annie PODEUR
Directrice

Sous-Direction de l'organisation du système de soins

Myriam REVEL, Sous- Directrice

Bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins (O3)

Marc-David SELIGMAN, Chef de bureau

Personnes chargées du dossier :

Jean MALIBERT
☎ : 01 40 56 41 77
Mèl : jean.malibert@sante.gouv.fr
Fax 01 40 56 41 89

Chloé BATEAU
☎ : 01 40 56 44 84
Mèl : chloe.bateau@sante.gouv.fr

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

A

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agences Régionales de l'Hospitalisation
(Pour mise en œuvre)
Mesdames et Messieurs les Préfets de région
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Préfets de département
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

Résumé : La présente circulaire vise à mieux définir le rôle spécifique de l'hospitalisation à domicile et sa place dans le dispositif sanitaire, notamment en comparaison des autres services de santé à domicile, à clarifier son mode d'organisation et ses missions ainsi qu'à préciser son apport en matière d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.

Mots-clés : domicile, hospitalisation, médecin traitant, alternative, autorisation, pharmacie, soins palliatifs, continuité des soins, tarification, facturation, coordination.

Textes de référence :
Art L.6121-2 CSP ;
Art. L.6122-1 et L. 6122-2 et suivants CSP ;
Art R.6121-4 CSP ;
Art R.6122-8, R.6122-32 et R.6122-38 CSP ;
Art D.6121-8 ; art D.6124-306 et suivants CSP ;
Circulaire DHOS/O n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile ;
Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ;
Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile – circulaire du 11 décembre 2000 complémentaire –

Textes abrogés ou modifiés :
Circulaire DHOS/O n°44 du 04 février 2004
Circulaire DHOS n°2003-485 du 13 octobre 2003
Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile – circulaire du 11 décembre 2000 complémentaire –

Annexes : Annexe 1 : les missions du médecin coordonnateur
Annexe 2 : les modes de tarification de l'HAD.

Préambule

L'offre d'hospitalisation à domicile est aujourd'hui en pleine croissance en France. Ce développement doit se poursuivre et s'accélérer. En effet, l'essor de l'HAD est essentiel pour que le système de soins réponde pleinement aux besoins médicaux et médico-sociaux des malades tout en respectant leur souhait de continuer à vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Le gouvernement souhaite donc renforcer le développement des structures d'HAD en affichant clairement l'objectif de 15 000 places d'ici 2010.

Dans cette perspective, diverses mesures sont venues faciliter votre travail : l'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'hospitalisation à domicile. Les SROS intègrent dorénavant le développement de l'HAD au moyen d'un volet spécifique. En outre, l'abrogation de l'ancien article L.6122-3 a permis la fin du taux de change qui limitait particulièrement le développement des places d'HAD. Enfin, la mise en œuvre d'une complète tarification à l'activité est un élément favorable pour donner à l'HAD une impulsion nouvelle.

Face aux évolutions de ces dernières années, il est apparu nécessaire d'élaborer un texte qui réaffirme les missions de l'HAD à partir de l'actualisation et de la clarification des textes existants (ou la régissant) et qui mette l'accent sur l'intérêt de sa particularité parmi les acteurs de soins.

1. l'HAD est une hospitalisation alternative

Le code de la santé publique considère les structures d'HAD comme des alternatives à l'hospitalisation. L'article R.6121-4 du CSP dispose que les alternatives à l'hospitalisation « ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. ...Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par ...les structures dites d'hospitalisation à domicile ». Ce même article précise que « les structures 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 coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

Les patients pris en charge dans des structures d'HAD, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. **Il est important de rappeler qu'une hospitalisation à domicile est donc avant tout une hospitalisation**. D'ailleurs l'hospitalisation à domicile peut être prescrite directement par le médecin traitant sans qu'il y ait eu séjour préalable en hospitalisation complète.

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

1-1 : L'HAD prend en charge des malades nécessitant une charge en soins importante

L'hospitalisation à domicile peut être prescrite lorsque le patient présente des pathologies aiguës ou chroniques qui nécessitent des soins complexes ou d'une technicité spécifique obligatoirement formalisés dans un **protocole de soins**. La charge en soins est importante en HAD.

1-2 : La prise en charge est complète et souvent longue

Les critères d'inclusion sont les mêmes qu'en établissement d'hospitalisation complète. L'hospitalisation à domicile peut assurer, par la coordination des professionnels internes ou externes à la structure (voir point 2.3) qu'elle met en œuvre autour du protocole de soins, une prise en charge ponctuelle ou continue. **Il peut s'agir de soins de réhabilitation**, jusqu'à ce que l'état du patient soit suffisamment amélioré pour qu'il soit pris en charge par les médecins de ville ou par des SSIAD, ou des **soins d'accompagnement,** jusqu'au terme de sa vie.

1-3: Les structures d'HAD sont soumises au droit des autorisations

L'article L.6122-1 du code de la santé publique soumet à autorisation « *la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous forme d'alternatives à l'hospitalisation* », donc notamment sous forme d'hospitalisation à domicile.

En application de l'article R.6121-4, et en raison de conditions techniques de fonctionnement spécifiques, l'autorisation spécifique de structures d'hospitalisation à domicile est conjointe à celle des activités de soins concernées. Les deux types d'autorisation figurent d'ailleurs sur un même document. Lorsque l'établissement ne pratique que sous la forme d'hospitalisation à domicile, cette autorisation vaut pour les activités de soins qu'elle désigne.

L'autorisation est donnée pour une durée de cinq ans renouvelable (art. L.6122-8 et R.6122-38 CSP).

Le renouvellement de l'autorisation n'autorise pas en lui-même l'exercice de l'activité de soins sous d'autres formes, en hospitalisation complète par exemple.

La procédure de renouvellement tacite prévue par l'article L. 6122-10 du CSP permet le renouvellement de l'autorisation sans nécessairement qu'il y ait dépôt de dossier auprès de l'ARH. Cependant, le renouvellement est obligatoirement soumis aux résultats d'une évaluation de l'activité de l'HAD. Cette évaluation doit être transmise au plus tard quatorze mois avant l'échéance de l'autorisation et permet ainsi d'apprécier la place tenue par l'HAD dans l'activité réalisée par l'établissement pour l'activité de soins en cause.

1-4: Les textes concernant les produits de santé et leur approvisionnement s'appliquent à l'HAD

L'article L.5126-6 dispose que : « *Lorsque les besoins pharmaceutiques d'un établissement mentionné à l'article L.5126-1 ne justifient pas l'existence d'une pharmacie, des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L.4211-1 destinés à des soins urgents peuvent, par dérogation aux articles L.5126-1 et L.5126-5, être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un médecin attaché à l'établissement ou d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement* ».

Les structures d'HAD ne disposant pas de PUI peuvent donc détenir et dispenser aussi bien des médicaments d'officine que ceux réservés à l'usage hospitalier sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou du pharmacien titulaire d'officine ayant passé convention avec la structure d'HAD selon l'article L.5126-6 du CSP qui précise que « l*a convention détermine les conditions dans lesquelles est assuré l'approvisionnement de l'établissement* ».

En vertu de l'article R.5126-112 :

- Les produits pharmaceutiques détenus en application de l'article L.5126-6, autres que ceux réservés à l'usage hospitalier, sont fournis aux structures d'hospitalisation à domicile soit par une pharmacie d'officine sur commande écrite du médecin attaché à l'établissement, soit par la pharmacie d'officine dont le titulaire a passé convention avec l'établissement à cette fin. S'il s'agit d'un établissement de droit privé, le choix de la pharmacie d'officine est libre ; s'il s'agit d'un établissement de droit public, le choix doit respecter les règles de mise en concurrence et de publicité en vigueur.

- Les médicaments détenus en application de l'article L.5126-6 et réservés à l'usage hospitalier sont fournis aux HAD par une entreprise pharmaceutique sur commande écrite du médecin ou du pharmacien précités.

En outre, les établissements non dotés de PUI peuvent bénéficier de la délivrance par des établissements de santé disposant d'une PUI des préparations pharmaceutiques reconstituées, dont les préparations de chimiothérapie en vertu de l'article 47-II de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004 codifiée à l'article L.5126-2 CSP.

Les structures d'HAD disposant d'une PUI ne peuvent pas s'approvisionner auprès des pharmacies de ville mais ont la possibilité de passer convention avec une autre PUI pour assurer une partie de leur approvisionnement dans le cadre des nouvelles dispositions dudit article.

1-5 : Les obligations relatives aux soins palliatifs s'appliquent à l'HAD

Les structures d'HAD sont soumises à l'obligation d'organiser les soins palliatifs pour les patients en fin de vie. L'article L.6112-7 du CSP précise que « les établissements publics de santé et les établissements privés PSPH organisent la délivrance de soins palliatifs en leur sein ou dans le cadre de structures de soins alternatives à l'hospitalisation…Lorsqu'un de ces établissements dispose d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant les soins palliatifs en hospitalisation à domicile, celle-ci peut faire appel à des professionnels de santé exerçant à titre libéral avec lesquels l'établissement conclut un contrat qui précise notamment les conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l'acte ».

1-6 : Les obligations concernant la continuité de soins s'appliquent à l'HAD

Selon l'article D.6124-309 du CSP, les structures d'HAD sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent 24h/24 et 7 jours sur 7 pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des patients pris en charge. L'organisation de cette permanence doit être précisée dans le règlement intérieur de la structure. La tarification de l'hospitalisation à domicile est d'ailleurs calculée en prenant déjà en compte les frais occasionnés par cette continuité dans la prise en charge.

A ce titre, je vous rappelle notamment que 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.

Vous veillerez à évoquer systématiquement cette obligation lors des discussions relatives aux contrats d'objectifs et de moyens et à en évaluer la réalité de la mise en œuvre sur le terrain.

2) La spécificité de l'HAD lui confère une organisation, des missions et des obligations propres dans un environnement particulier

2-1 : Elle est par nature polyvalente et généraliste

Une des caractéristiques fondamentales de l'hospitalisation à domicile tient au fait qu'elle prend en charge des malades « polypathologiques » ce qui rend incontournable son caractère généraliste ou polyvalent. L'existence de « lits dédiés » est souvent un obstacle à la flexibilité recherchée des services d'HAD. Il ne doit donc pas y avoir d'HAD spécialisée.

Bien que généraliste et polyvalente toute structure d'HAD peut développer en son sein des compétences propres, des expertises sur des disciplines particulières dominantes qui ne remettent pas en cause la polyvalence, ces interventions étant assurées par des personnels spécialisés.

Pour les HAD spécialisées qui ont pu être autorisées par le passé, il convient d'encourager, autant que faire se peut, l'élargissement du champ de leurs interventions vers d'autres disciplines afin qu'elles évoluent vers des HAD généralistes.

2-2 : Elle assure des missions spécifiques

La coordination

La prise en charge de patients souffrant en général simultanément de plusieurs affections, nécessite l'intervention de spécialités et de disciplines différentes. L'activité de ces divers intervenants doit donc être coordonnée à partir du protocole de soins. C'est le rôle de l'HAD au travers du **médecin coordonnateur, élément clé du fonctionnement médical de la structure**.
Il arrive que l'hospitalisation à domicile soit prescrite comme prise en charge relais entre deux étapes du parcours du patient. C'est ainsi le cas, par exemple, entre son hospitalisation complète et sa prise en charge en ambulatoire.
Ici aussi l'HAD et tout particulièrement son médecin coordonnateur, régule l'interface, coordonne les professionnels et les structures d'amont et d'aval afin de faciliter la continuité de la prise en charge.

La formation

Si les équipes d'HAD ont naturellement un rôle de formation auprès des professionnels libéraux, les structures d'HAD représentent aussi des lieux privilégiés de stage pour les résidents, internes, élèves infirmiers, capacitants en gériatrie... Cette possibilité doit être favorisée dans l'avenir.

2-3 : L'HAD coordonne des acteurs spécifiques dans un environnement particulier

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, l'HAD est une structure mixte utilisant les compétences internes de ses propres équipes et coordonnant les interventions de professionnels extérieurs tout en prenant en compte l'environnement sanitaire et médico-social participant à la prise en charge éventuelle du patient en amont ou en aval de l'HAD.

Les acteurs internes de l'HAD :

Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est recruté et salarié par le service d'HAD, ou mis à disposition de celui-ci par contrat avec un établissement de santé.
Il est responsable de la prise en charge globale du patient et dans ce cadre, il remplit un certain nombre de missions aussi bien médicales qu'administratives (voir annexe 1).

Les cadres infirmiers

Les cadres infirmiers sont salariés de la structure d'HAD et assurent des fonctions de coordination des soins en appui du médecin coordonnateur auprès des paramédicaux employés ou rétribués par l'HAD.

Les infirmiers

Ils mettent en œuvre le protocole de soins au chevet du patient et communiquent les éléments cliniques utiles dans la prise en charge du patient au travers du dossier de soins. Ils participent à l'élaboration des protocoles et à leur réévaluation.
Ils peuvent êtres salariés par l'établissement et/ou libéraux rétribués à l'acte. Dans ce dernier cas, ils sont tenus de respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne les protocoles de prise en soins, la continuité de soins, les modes de transmission des informations, le dossier de soins. Ils s'engagent à participer régulièrement à l'évaluation des pratiques et leur évolution éventuelle.

Les acteurs sociaux

Les acteurs sociaux sont des professionnels importants dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile.
Par ailleurs, le protocole de soins prend en compte les besoins d'aides supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile, garde à domicile, ... Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

Les psychologues

L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est souvent nécessaire et parfois essentiel aussi bien auprès du malade que de sa famille et des aidants, tout particulièrement pour éviter l'épuisement de ses derniers et la ré-hospitalisation des malades. Dans les structures d'une certaine taille, un psychologue est souvent intégré à l'équipe. Celle-ci peut aussi faire appel à un psychologue extérieur rémunéré à la prestation. Enfin, des conventions de mise à disposition peuvent être passées avec les services où sont hospitalisés le plus souvent les patients, s'ils disposent d'un psychologue. Cette solution a l'avantage d'assurer une continuité dans le suivi du patient.

Les partenaires de l'HAD :

En permettant au médecin prescripteur une alternative, l'HAD trouve sa place en amont ou en aval de l'hospitalisation complète : elle constitue ainsi une étape relais, soit vers un retour à domicile quel que soit ce domicile, sous la seule responsabilité du médecin traitant ou avec une prise en charge en SSIAD, soit vers une hospitalisation complète. Cette intégration dans un maillage d'intervenants très large, qu'ils soient rémunérés par l'HAD ou directement par l'Assurance Maladie, nécessite de préciser l'articulation entre les différents acteurs de la prise en charge sanitaire et sociale :

Le médecin traitant

Qu'il soit ou non le prescripteur, le médecin traitant est le pivot dans l'organisation d'une HAD. Il est responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique. Il assure le suivi médical, la surveillance des soins lors de ses visites. A cette occasion, il adapte si nécessaire les traitements et peut faire intervenir un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur ou, en cas d'empêchement, information de ce dernier. Il est responsable de son diagnostic et de ses prescriptions. Il est le garant avec le médecin coordonnateur, du début à la fin de la prise en charge, de la qualité de l'information concernant le malade, de son état de santé et de son traitement.

Les structures d'hospitalisation à domicile recourent le plus souvent à un médecin libéral, choisi librement par le malade. De même, la prescription directe par un médecin de ville d'une hospitalisation à domicile est possible. Elle reste cependant minoritaire à ce jour, faute d'information des médecins de ville sur les structures d'HAD existantes. Il vous appartient donc de renforcer au plus vite cette information.

Pour l'admission en HAD, le médecin traitant désigné par le malade est obligatoirement sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD. Il donne son aval à l'hospitalisation par la signature d'un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins du service d'HAD.

Avec les autres professionnels impliqués, il participe au travail d'élaboration du protocole de soins piloté par le médecin coordonnateur. Il valide avec ce dernier et le médecin prescripteur ce protocole qui définit entre autres, le nombre et la fréquence de ses visites. Hors du cadre de ce protocole et des cas d'urgence, les passages d'un médecin à la demande du patient ou de sa famille ne seront pas pris en charge par la structure d'HAD ou l'Assurance Maladie.

Pour la décision de sortie du patient, il est sollicité par le médecin coordonnateur qui signe cette décision. Il peut cependant demander à ce dernier de mettre fin à l'hospitalisation avant terme s'il considère que celle-ci n'est plus adaptée à l'état de santé du patient.

Ainsi, son activité médicale se trouve en permanence confrontée à l'opinion de ses confrères, médecin coordonnateur de l'HAD ou autres médecins intervenant au bénéfice du malade. De même la rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante du service d'HAD est de nature à faciliter la prise en charge et le suivi du patient et doit, de ce fait, être systématique et fréquente.

L'action médicale du médecin traitant auprès du malade est enregistrée dans le dossier médical au chevet de ce dernier. Le médecin traitant adresse périodiquement un relevé de ses actes à l'HAD.

A ce jour, et comme pour l'ensemble des autres activités, les charges médicales sont incluses dans les groupes homogènes de tarifs (GHT) du secteur public ex-DG qui rémunère donc le médecin traitant à chaque acte. La rémunération des médecins traitants est exclue des GHT du secteur ex-OQN. Une réflexion sur l'harmonisation de ces pratiques est en cours.

Les libéraux paramédicaux

En dehors des professionnels associés de manière permanente à la structure d'HAD, cette dernière peut avoir recours à certains paramédicaux : infirmiers, psychologues, professionnels de rééducation...rémunérés ponctuellement à la prestation.
Selon le statut de la structure d'HAD, la part d'intervenants libéraux est plus ou moins importante. A l'exemple de certains services d' HAD, il est souhaitable que la collaboration avec les professionnels de santé libéraux soit formalisée dans un contrat définissant le cadre juridique et la collaboration entre le service d'HAD et les intervenants libéraux. Le professionnel libéral s'engage ainsi à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations, le dossier de soins et, en particulier, à se prêter à l'évaluation de la qualité des soins.

Les structures proches de l'HAD :

L'HAD et les autres établissements de santé

Structures d'HAD et établissements d'hospitalisation complète sont associés à double titre :

- La complexité des pathologies en HAD impose un renforcement de la collaboration des professionnels intervenant à domicile avec les services hospitaliers spécialisés. En effet, ces derniers ont un rôle d'expert pour certaines pathologies fréquemment traitées en HAD, comme la cancérologie, la cardiologie, la neurologie,... Ces services hospitaliers organisent la mise à disposition de la structure d'HAD de procédures et protocoles thérapeutiques et peuvent participer à la formation des médecins traitants et des personnels soignants de l'HAD.

- Le circuit de prise en charge du patient pouvant le conduire à des allers-retours entre HAD et hospitalisation complète, la continuité des soins nécessite que soient organisés les passages entre les structures afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

Ainsi, les établissements d'hospitalisation complète, doivent être incités à passer des conventions avec des structures d'HAD, où ils s'engagent au minimum à réadmettre, sans délai et dans le même service, un patient transféré en HAD. Le service hospitalier doit également s'engager à faire participer l'équipe d'HAD au protocole de soins, à informer régulièrement le médecin coordonnateur de l'HAD et le médecin traitant de l'évolution du patient hospitalisé. Afin de faciliter ces relations, les services ayant fréquemment recours à l'HAD pour leurs patients doivent désigner un médecin correspondant.

Les conventions liant les structures d'HAD et les établissements de santé devront prévoir l'élaboration de protocoles de soins, les modalités de liaison avec le médecin traitant, les ré-hospitalisations et la prise en charge des urgences. Le projet d'établissement de chaque établissement de santé, public ou privé, doit, s'il y a lieu, non seulement comporter ses éventuels projets d'HAD, mais aussi faire état des conventions des HAD avec lesquelles il collabore.

L'HAD et les SSIAD

L'HAD est complémentaire des structures telles que les SSIAD, dont elle a vocation à prendre éventuellement le relais, si la situation du malade s'aggrave, et a contrario auxquels elle peut confier un malade stabilisé. Même si l'HAD se distingue des SSIAD par le niveau de soins que l'on y dispense et par la coordination médicale des soins, la continuité des soins entre SSIAD et HAD doit être assurée à l'image de la complémentarité souhaitée avec les établissements d'hospitalisation complète évoquée précédemment. Des liens conventionnels sont ici aussi particulièrement opportuns.

La création de structures mixtes ou de « plates-formes » offrant à la fois un SSIAD et une HAD, gérées par un même opérateur peut être soutenue. En effet, ce type d'organisation favorise le continuum de la prise en charge dès lors que les indications respectives sont clairement définies.

L'HAD et les organismes prestataires de services

Les organismes prestataires d'aide à la personne trouvent naturellement leur place dans la liste des acteurs facilitant le maintien à domicile des patients d'HAD. Les structures d'hospitalisation à domicile doivent ici aussi formaliser les liens avec ces organismes sur les lieux de résidence des patients pris en charge.

L'HAD et les réseaux de santé

Afin de faciliter la coordination des intervenants précédemment évoqués au sein de l'environnement sanitaire ou de partager les expertises sur certaines pathologies et populations, il est recommandé que l'HAD participe aux divers réseaux de santé implantés sur le territoire qu'elle dessert, en fonction des thématiques portées par ces réseaux. Au même titre que d'autres établissements de santé, les structures d'HAD peuvent être, dans certains cas, les promoteurs de ces réseaux.

3) Le développement de l'HAD favorisé

3-1 : Le développement de l'HAD en région est facilité par un cadre réglementaire assoupli

Une incitation à favoriser le développement de l'hospitalisation à domicile

Comme évoqué en préambule de la présente circulaire, afin d'accompagner l'essor de l'HAD souhaité par le gouvernement, l'évolution réglementaire a transformé le paysage de l'hospitalisation à domicile. En application de l'arrêté du 27 avril 2004, l'HAD doit maintenant faire l'objet d'un volet spécifique dans le SROS, précisant les implantations prévues par territoire de santé et mentionnant les activités de soins concernées.

Le développement de l'HAD doit être ainsi intégré aux politiques régionales et se traduire par le développement des implantations existantes et la création d'implantations supplémentaires, plus spécialement encore dans les zones géographiques qui en sont dépourvues. **Je vous demande donc de favoriser le développement du potentiel d'accueil, notamment par la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les structures d'HAD qu'elles soient publiques ou privées, participant ou non au service public hospitalier ou en organisant des appels d'offre au sein de votre région pour intéresser d'éventuels promoteurs.** Compte-tenu de la coordination et de la professionnalisation de ces prises en charge à organiser, on peut considérer que le niveau d'activité minimum souhaitable correspondrait à environ 9000 journées d'hospitalisation par an et par structure.

Une planification régionale et un régime des autorisations simplifiés pour aider à ce développement

Les SROS doivent accompagner le développement de l'HAD aussi bien dans le volet spécifique que dans tous les domaines ou l'hospitalisation à domicile peut constituer une réponse aux besoins régionaux. La suppression de l'imputation à la carte sanitaire, la fin du « taux de change », doivent vous aider à cet accompagnement.

Le régime des autorisations a été modifié afin de suivre et de porter la dynamique de développement de l'HAD. Ainsi, au terme de l'article D.6121-8 CSP relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins, l'HAD est exclue de la quantification en volume par territoire et par activité de soins prévue au *tertio* de l'article D. 6121-7 CSP. Il n' y a donc pas de limitation en volume à l'HAD.

En revanche, cette dernière est soumise :

- au *primo* de cet article, relatif aux objectifs exprimés en nombre d'implantations par territoire de santé. A chaque structure d'HAD correspond une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 (article R.6121-4 du CSP). Rien n'interdit la coexistence de plusieurs structures d'HAD sur une même aire géographique.
- au *secundo* qui dispose que : « les objectifs peuvent également être exprimés de la manière suivante :

  - temps maximum d'accès, dans un territoire de santé, à un établissement exerçant l'une des activités de soins définies à l'article R. 6122-25,

  - permanence des soins pour tout ou partie d'une activité de soins définie à l'article R. 6122-25».

Afin de mieux appréhender les objectifs de votre région, vous veillerez en particulier à solliciter les établissements de santé, en tant que partenaires privilégiés de l'HAD, pour définir ensemble les perspectives de développement des substitutions hospitalisation complète -> HAD correspondant aux besoins des premiers et permettant de mieux cerner l'évaluation du développement souhaitable des seconds.

3-2 : De nouveaux modes de tarification favorisent son activité

Depuis le vote de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2006 et à compter du 1er janvier 2006, tous les établissements d'hospitalisation à domicile publics, privés PSPH, associatifs non PSPH et privés à but lucratif, sont financés pour la totalité de leur activité par une tarification à l'activité.

Les modalités d'utilisation de l'outil T2A sont rappelées dans l'annexe 2.

3-3 : Un état des lieux régulier du développement de l'HAD dans vos régions

Il vous appartient de cerner les besoins de développement de l'HAD correspondant aux besoins non encore pris en compte.

En vue d'améliorer le suivi du développement de l'hospitalisation à domicile dans chaque région il vous est demandé de nous adresser à la fin de chaque année un tableau retraçant les objectifs que vous vous êtes assignés sur cinq ans afin d'assurer une couverture de votre région par les structures d'HAD et comportant au minimum sur chacune des 5 années les indicateurs suivants :

- nombre de structures,
- nombre de journées d'hospitalisation par an,
- pourcentage du territoire couvert par ces structures,
- nombre de journées d'HAD par an rapportées à 100 000 habitants (sans être une norme, il s'agit là d'un indicateur permettant d'apprécier la couverture des besoins notamment pour les territoires les moins bien pourvus).

Le Ministre de la Santé et des Solidarités

Xavier BERTRAND

Annexe 1

LES MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

- Il est le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur.

- Il émet un avis médical signé pour toute admission d'un patient dans la structure d'HAD. Il s'appuie pour cette décision médicale sur le protocole de soins qu'il signe après que ce protocole ait été préalablement élaboré et validé en totale concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant et au regard de l'enquête médico-sociale. Il signe la sortie du patient de la structure d'HAD après décision prise conjointement avec le médecin traitant.

- Il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence absolue mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins, dont, en qualité de signataire, il est responsable du stade de l'élaboration aux évolutions éventuelles qui peuvent y être apportées.

- Il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient.

- Il a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante.

- Il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans les traitements du malade, et les informe de tout élément pouvant leur être utile.

- Il coopère avec les services sociaux qu'ils appartiennent à la structure ou non, afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux d'un accompagnement personnalisé.

- Il coordonne et participe à l'évaluation de la qualité du service d' HAD.

- Il participe aux décisions stratégiques de la structure.

- Dans le cadre de la T2A, il est responsable de la qualité de la saisie de l'information médicalisée.

- Il organise le fonctionnement médical de la structure. A ce titre :
  - il anime et coordonne l'ensemble des services médicaux, paramédicaux et biomédicaux ;
  - il étudie et propose les améliorations utiles à l'équipement du service et à son fonctionnement ;
  - il propose les orientations médico-sociales dans lesquelles le service pourrait s'investir et définit les moyens nécessaires à leur mise en œuvre ;
  - il participe à la demande de la direction, en tant que représentant médical du service, aux instances de l'établissement ainsi qu'aux différentes commissions départementales, régionales ou nationales concernant l'HAD ;
  - il impulse une politique du médicament en coopération avec le pharmacien et, en l'absence de ce dernier, peut être amené à gérer la dotation pharmaceutique de la structure ;
  - il assure le suivi des objectifs médicaux, et effectue des évaluations régulières des modes de prise en charge ;
  - il établit chaque année un rapport retraçant les activités médicales de la structure ;
  - il participe auprès du directeur de l'établissement à la définition du projet d'établissement, donne son avis et est force de proposition ;
  - il assiste le directeur de l'établissement dans ses négociations avec les organismes de tutelle et veille au maintien des relations avec les médecins-conseils des organismes dont dépend la structure.

Annexe 2

LES MODES DE TARIFICATION DE L'HAD

Le recueil de l'information médicalisée

L'outil T2A doit être pleinement utilisé, ce qui justifie l**e recueil d'informations médicalisées.** En effet depuis le 1er janvier 2005, les établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile ont pour obligation de procéder à une analyse de leur activité en produisant des résumés par sous-séquence (RPSS), en application de l'article L. 6113-7 du CSP.

Une partie de ces informations est nécessaire pour la tarification des journées de présence du patient, selon des modalités précisées dans **l'arrêté du 31 décembre 2004** relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement et dans le **guide méthodologique de production du recueil d'informations** standardisé de l'hospitalisation à domicile publié en annexe de l'arrêté.

Le calcul de la journée en GHT

La rémunération des activités d'HAD d'un établissement repose sur le paiement d'un forfait pour chaque journée où le patient est hospitalisé à domicile, appelé « groupe homogène de tarif » (GHT).
Le classement de chaque journée de présence dans un GHT est réalisé par un programme informatique appelé « fonction groupage » qui utilise les quatre variables tarifantes des RPSS, soit le mode de prise en charge principal, le mode de prise en charge associé (s'il existe), l'indice de Karnofsky (degré de dépendance du malade) et la durée de prise en charge au sein de la séquence de soins.

La facturation des journées d'HAD et des prestations externes

L'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation à domicile et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, définit les règles de facturation des GHT aux caisses d'assurance maladie. Le II de l'article 5 précise notamment : « *Un forfait « groupe homogène de tarifs » est facturé pour chaque journée où le patient est hospitalisé à son domicile. Lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée, un forfait est facturé* ».

Lorsque, pendant son séjour en HAD, un patient bénéficie de soins réalisés par un établissement de santé en hospitalisation de jour (par exemple en chimiothérapie, dialyse ou radiothérapie), la règle suivante s'applique :
- L'établissement prestataire des soins réalisés en hôpital de jour est rémunéré directement par le paiement d'un forfait GHS.
- L'établissement d'HAD est rémunéré, pour cette même journée, par un forfait GHT.

Les tarifs des structures d'HAD du secteur public incluent à ce jour la rémunération du médecin traitant, contrairement aux tarifs du secteur privé. Les honoraires des médecins libéraux spécialistes, y compris ceux des radiologues, sont exclus du tarif du GHT dans les deux cas. Ces honoraires doivent être payés directement par le patient au praticien qui a délivré les soins.

Pour ce qui est de la prise en charge des frais de transports sanitaires en HAD, c'est le prescripteur des soins qui paie le transport. Si la prescription d'un transport sanitaire est faite par le service d'HAD ou s'il est prévu au protocole de soins, l'établissement d'HAD prend en charge les frais de transport et ceux-ci sont couverts par le tarif du GHT.

Sont facturables à l'assurance maladie, en sus des GHT, les médicaments prescrits au patient pendant son hospitalisation en HAD et présents dans la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnée à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale.