RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation
du système de soins

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation
(pour mise en oeuvre)

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 et diffusion)

CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.
Date d'application : immédiate
NOR : SANH0430035C (texte non paru au journal officiel)
Grille de classement : SP 3 333

Résumé : L'objet de cette circulaire est de préciser les missions et les modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général (I) en périnatalité (II) en pédiatrie (III) et en psychiatrie (IV). 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 de deuxième génération. Les prochains SROS intègrent le développement des alternatives à l'hospitalisation, au moyen d'un volet spécifique.

Mots-clés : médecin traitant, coordination, intensité des soins, formation, hospitalisation complète, réseau, projet thérapeutique, évaluation de la prise en charge, collaborations

Textes de référence : art L.6121.1 et L.6121.2, art. L.6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique modifiés par l'ordonnance du 4 septembre 2003, art. R. 712-2-1 et R. 712-2-3, D. 712-35 à 39 du code de la santé publique - circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile – circulaire du 11 décembre 2000 complémentaire – circulaire n° DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification administrative et du fonctionnement du système de santé.

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

- 1 - Recensement des HAD en 2002
- 2 - Tableau

L'hospitalisation à domicile fait partie des alternatives à l'hospitalisation régies par les dispositions du code de la santé publique. Deux circulaires du 30 mai et 11 décembre 2000 ont précisé le rôle et le fonctionnement de ces structures, et donné des indications sur les patients qui peuvent relever de cette prise en charge.

Bien que ces textes aient été déterminants notamment en termes d'organisation de la prise en charge, le développement de l'HAD reste relativement faible. En juin 2002, les capacités nationales (en MCO) sont les suivantes :

- le nombre total de structures d'HAD en France s'élève à 108 contre 68 en 1999,
- le nombre de places autorisées atteint 4739 contre 3908 en 1999,
- le nombre de places installées varie de 4206 à 3832 sur la même période.

La répartition des structures d'HAD sur le territoire demeure encore très inégale, puisque 33 départements en 2002 ne comptent encore aucune place, contre 52 en 1999. Vous trouverez, en annexe, un état des lieux plus détaillé réalisé avec l'appui des ARH.

Ainsi, malgré son intérêt évident pour les patients, l'HAD joue aujourd'hui un rôle encore marginal dans l'offre de soins.

Ce constat m'a conduit à modifier le cadre légal et réglementaire de l'hospitalisation à domicile afin de le rendre plus incitatif.

Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003 pose le cadre d'une nouvelle planification sanitaire en supprimant la carte sanitaire et en faisant du schéma d'organisation sanitaire rénové, un outil plus pertinent (cf circulaire n° DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 d'application de l'ordonnance du 4/09/03), ce qui se traduit pour l'HAD, par :

- **la suppression de l'imputation à la carte sanitaire.**

L'article 12 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 dispose qu'il ne peut désormais plus être opposé de carte sanitaire à la création de places d'hospitalisation à domicile. Cette mesure est d'application immédiate. Par ailleurs, l'alinéa c) de l'article R. 712-2-4 sera prochainement abrogé par décret en Conseil d'Etat.

- **la fin du « taux de change ».**

L'ancien article L.6122-3 du code de la santé prévoyant « que les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation situés dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause peuvent être autorisés à condition d'être assortis d'une réduction de moyens d'hospitalisation… » est abrogé et remplacé (cf article 8 de l'ordonnance) : le taux de change est ainsi supprimé. L'article D. 712-13-1 du code de la santé publique qui définit les modalités de réduction des moyens fera l'objet d'une abrogation par décret.

- **l'obligation pour les SROS d'intégrer le développement des alternatives à l'hospitalisation, dont l'hospitalisation à domicile.**

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir identifier l'HAD en tant que telle dans le volet, qui au sein du SROS, est spécifiquement consacré aux alternatives à l'hospitalisation, afin de valoriser cette politique et d'accroître la transparence des appels d'offres que vous conduirez. A compter de leur publication, les projets d'HAD devront également satisfaire les nouvelles conditions prévues à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Ainsi, dans le cadre de la révision des SROS II et dans la perspective d'élaboration des troisièmes SROS, le développement de l'HAD est à intégrer aux politiques régionales et se traduire par la création de places et de structures supplémentaires. Une attention particulière doit être portée à la création de places dans les zones géographiques qui en sont actuellement dépourvues : la création d'HAD, ou d'antenne de structure d'HAD, à partir d'un établissement de santé de proximité ou d'un hôpital local est particulièrement à envisager, conformément à la circulaire n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux m issions de l'hôpital local.

Les orientations des SROS prennent appui sur les présentes recommandations. De façon opérationnelle, des appels à projets régionaux pourront être conduits, sur la base des cahiers des charges contenus dans la présente circulaire.

Cette procédure garantit la transparence du choix et l'expertise des projets. Elle permet aux différents acteurs, établissements de santé publics ou privés et organismes associatifs, de s'inscrire dans la réalisation de cette politique au vu de critères connus de tous. Les moyens de leur réalisation sont négociés dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les promoteurs de projets et l'agence régionale de l'hospitalisation.

Je vous précise que le développement de l'HAD, constituant un des volets du plan consacré aux « urgences »,

bénéficie d'un accompagnement financier à hauteur de 66 millions d'euros. La montée en charge s'étale sur 2004/2005 selon le scénario suivant (qui vous est détaillé dans la circulaire budgétaire) : 16 millions d'euros en 2004 et un effort de 50 millions d'euros en 2005 pour permettre d'atteindre une capacité totale de 8000 places.

Enfin, je souhaite réaffirmer le caractère généraliste et polyvalent de l'hospitalisation à domicile qui doit permettre la prise en charge des patients sur la base du niveau de soins requis par leur état de santé, quelle que soit leur(s) pathologie(s). Les principes généraux de la prise en charge en HAD, sur lesquels tout projet de structure d'HAD doit s'appuyer, sont rappelés dans la première partie de la circulaire (Partie I). Les promoteurs de structures d'HAD polyvalentes peuvent développer des activités spécialisées sur la base des cahiers des charges ci-après détaillés :

- Partie II : le cahier des charges de la prise en charge en hospitalisation à domicile en périnatalité
- Partie III : le cahier des charges de la prise en charge en hospitalisation à domicile en pédiatrie.

La Partie IV est relative au cahier des charges de la prise en charge en hospitalisation à domicile en psychiatrie.

La démarche retenue dans ces cahiers des charges est fondée sur la notion de « charge en soins »,à l'exception de la néonatologie qui repose sur des indications précises. Cette charge en soins doit être telle :

- qu'elle fonde désormais le caractère substitutif de l'HAD par rapport à l'hospitalisation complète, d'autant plus qu'il n'existe plus désormais de taux de change ;
- qu'elle permet de distinguer l'HAD des autres modes de prise en charge à domicile.

Cette circulaire complète donc les circulaires des 30 mai et 11 décembre 2000 qui s'appliquaient particulièrement aux prises en charge des patients atteints de cancer ou de maladies neurologiques ainsi qu'aux soins palliatifs.

D'autres approfondissements notamment sur les soins de suite, les soins palliatifs et la prise en charge des personnes âgées en HAD sont également envisagés. Enfin, les travaux actuellement conduits dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer pourront faire évoluer la réflexion sur la prise en charge des patients atteints de cancers en hospitalisation à domicile.

Partie I - LES PRINCIPES GENERAUX de la prise en charge en HAD

La prise en charge en HAD répond à la définition du code de la santé publique (art. R.712-2-1) disposant que les *«structures d'HAD 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 para-médicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes».*

L'HAD répond également à des conditions techniques de fonctionnement détaillées aux articles D.712-35 à D.712-39 du même code.

Enfin, la circulaire du 30 mai 2000 pose les principes d'une prise en charge de qualité dans le cadre de l'HAD. La circulaire du 11 décembre 2000 précise les critères d'admission des patients dans ces structures et les modes de prise en charge.

Ces principes généraux ne sont pas redétaillés dans le présent texte. Pour autant, il est apparu utile de mettre l'accent sur certains d'entre eux, et de donner des orientations à prendre en compte dans l'élaboration des cahiers des charges.

I – L'HAD nécessite des soins coordonnés et continus, régulièrement évalués et d'une certaine intensité.

- **il s'agit de soins coordonnés**. Un des points forts et intérêts, de l'HAD est d'être en mesure de coordonner au chevet du malade, les interventions de plusieurs professionnels, relevant de spécialités ou de disciplines différentes et de modes d'exercice différents. La coordination entre ces intervenants repose notamment sur le médecin-coordonnateur, dont la présence et le rôle est un élément clé du fonctionnement médical de cette structure.

REFERENCES :

Article R.712-2- du CSP
Article D.712-36
Article D. 712-37, 2è alinéa
Article D.712-39
Circulaire du 30 mai 2000, partie 3.3.2

- **Il s'agit de soins régulièrement réévalués**. L'état du patient doit faire l'objet d'une évaluation médicale régulière afin d'adapter de façon continue, la prise en charge au plus près de ses besoins. Il s'agit d'une évaluation réalisée par l'équipe médicale (dont le médecin coordonnateur) et soignante, en lien avec le médecin traitant.

REFERENCES :

Article R.712-2-1 du CSP
Article D. 712-37, 2è alinéa
Circulaire du 30/05/2000, parties 1 et 3.3.1

- Il s'agit d'une prise en charge qui suppose **une charge en soins importante et pluridisciplinaire**. L'intensité des actes et des interventions au chevet du patient, notamment infirmières, permet de distinguer la prise en charge en HAD, des autres modes de prise en charge à domicile.

REFERENCES :

Article R.12-2-1 du CSP
Article D.712-37, 1er alinéa
Article D.712-37
Circulaire du 30 mai 2000, partie 1

* Il s'agit de soins **médicaux et paramédicaux continus** : les structures d'HAD mettent en œuvre les moyens de garantir la permanence et la continuité des soins, en s'assurant notamment de la tenue et la circulation du dossier médical.

REFERENCES :

Article R. 712-2-1 du CSP
Article D. 712-35
Article D. 712-36, 2è alinéa
Article D. 712-38

II – La prise en charge en HAD permet de délivrer des soins ponctuels, continus ou de réadaptation à des patients qui le souhaitent, admis sur la base de critères et de modes définis au niveau national.

La définition des soins délivrés en HAD -ponctuels, continus ou de réadaptation- pose le principe de la polyvalence de ces structures. Cette polyvalence permet de se préserver d'un morcellement de l'offre de soins et d'éviter les cloisonnements entre services que l'on peut parfois constater dans les établissements de santé.

Pour autant, en pratique, deux constats peuvent être dressés :

- globalement, les HAD se sont plutôt positionnées sur les soins ponctuels que sur des prises en charge lourdes ou de réadaptation. Récemment amorcé, l'accent désormais doit porter significativement sur les pathologies chroniques lourdes.

- la spécialisation des structures se développe. Cette spécialisation répond à des pathologies complexes, ou à la demande des patients. Elle paraît inévitable pour certains secteurs comme la psychiatrie et la périnatalité. Une telle

approche spécialisée pourra être développée en fonction des orientations du SROS et des besoins de santé régionaux. Pour autant, le caractère généraliste ou polyvalent de la structure d'HAD doit être préservé et maintenu : un patient est admis avant-tout en fonction du niveau de soins de requis par son état de santé. Cela n'empêche pas la structure d'HAD polyvalente de développer une expertise et une spécialisation des activités.

Enfin, les modes de prise en charge, listés par la circulaire du 11 décembre 2000, sont susceptibles d'évoluer dans le cadre de la refonte du financement des HAD en cours, et de l'élaboration d'une tarification adaptée à l'activité réelle des structures.

REFERENCES :

Circulaire du 30 mai 2000, partie 2
Circulaire du 11 décembre 2000

III – l'HAD est prescrite pour une durée limitée mais renouvelable (article R.712-2-1)

IV – Un projet thérapeutique est établi par l'équipe médicale et soignante pour chaque patient, en lien avec l'équipe hospitalière et/ou les professionnels libéraux. Il comprend toutes les dimensions de la prise en charge, médicale, sociale et psychologique. Ce projet est réévalué de façon régulière. L'accompagnement et le soutien de l'entourage du patient est également pris en compte.

REFERENCES : Circulaire du 30 mai 2000, partie 3

V - la complémentarité avec les autres acteurs de la prise en charge est à développer et à formaliser.
L'HAD trouve sa place en amont -en permettant de l'éviter-, et en aval de l'hospitalisation : elle constitue ainsi une étape relais, soit vers un retour à domicile normal, soit vers une prise en charge par un réseaux de soins, soit vers une prise en charge en SSIAD, soit vers une hospitalisation complète. Cette intégration dans un réseau d'intervenants très large nécessite de réfléchir et préciser l'articulation entre les différents acteurs de la prise en charge sanitaire et sociale, notamment :
- le rôle de chaque intervenant
- les modalités de liaison entre les différents intervenants, dont le médecin traitant
- les modalités de ré-hospitalisation
- les modalités de prise en charge en urgence.

Ainsi, les projets d'HAD développés par un établissement de santé doivent être inscrits dans le projet d'établissement. Les HAD privées associatives passent convention avec les établissements de santé, support d'un véritable partenariat permettant de garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

Afin que l'HAD joue pleinement son rôle de maintien à domicile, son développement va de pair avec le développement des structures capables d'en prendre le relais tels que les SSIAD.

A ce titre, la création de structures polyvalentes ou de « plates-formes » offrant des services diversifiés, gérés par un même opérateur doit être soutenue : par exemple une association qui gère un SSIAD, un SAD et souhaite créer une HAD, et inversement une structure d'HAD qui créé une activité sociale et médico-sociale. En effet, ce type d'organisation, qui repose sur une coordination efficace favorise le continuum de la prise en charge. Le patient est pris en charge par une seule structure sans rupture de suivi quels que soient les différents stades de sa pathologie.

REFERENCES :

Article D.712-38
Circulaire du 30 mai 2000, partie 3.1

VI – la place du médecin traitant dans la prise en charge en HAD doit être reconnue, précisée et préservée. En particulier, la spécialisation de certaines activités ne doit pas faire obstacle au rôle essentiel joué par le médecin

traitant dans la prise en charge du patient. De la même façon, la place des autres intervenants libéraux (par exemple sage-femmes) fait l'objet d'une définition et d'une formalisation.

REFERENCES : Circulaire du 30 mai 2000, parties 3.2.1 et 3.2.2

VII – la transmission de l'information relative au patient doit être assurée dans les conditions de sécurité en vigueur, entre tous les intervenants de la prise en charge (au moyen par exemple de fiches de liaison).

REFERENCES : Article D.712-35 Circulaire du 30 mai 2000, partie3.3.6

VIII – les équipes d'HAD ont un rôle de formateur **à prendre en compte**. Cette formation s'exerce auprès des professionnels libéraux, mais également doit se traduire par l'accueil de stagiaire résidant, interne, élève-infirmier…

REFERENCES : Circulaire du 30 mai 2000, partie 3.3.5

*
* *

Ces points constituent le « socle » incontournable de la prise en charge en HAD : ils peuvent être précisés, adaptés et spécialisées en fonction des activités développées.

Partie II : CAHIER DES CHARGES de la prise en charge en HAD en PERINATALITE

I - RÔLE de l'HAD en Périnatalité :

L'HAD a pour but d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, en offrant à domicile, **à la patiente et à son enfant**, des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète. L'HAD met en place une organisation pour faire face, dans les meilleurs délais, aux situations d'urgence au domicile.

Elle s'adresse ainsi aux femmes et à leurs enfants, qui requièrent des soins coordonnés et un suivi pouvant justifier de l'intervention d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une puéricultrice, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien ou d'un autre médecin spécialiste, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une assistante sociale et autres acteurs tels que les masseurs kinésithérapeutes, et tout autre intervenant.

L'HAD en périnatalité permet d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle en coordonnant l'intervention d'acteurs différents, au bénéfice de la patiente et de son enfant.

La structure d'HAD s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux qu'ils soient ou non constitués en réseaux, les professionnels de santé des établissements de santé, des structures des centres de Protection Maternelle Infantile, et/ou tout autre intervenant relevant du secteur social et/ou médico-social.

Elle a également pour rôle de participer à la formation des étudiants sages-femmes mais également des professionnels de ville : sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI, infirmiers et médecins libéraux.

L'HAD peut être prescrite lors d'une hospitalisation ou d'une consultation par un médecin libéral ou hospitalier.

Elle est fixée pour une durée limitée, renouvelable, en fonction d'un projet thérapeutique initial, et d'objectifs évalués régulièrement. Cette réévaluation périodique est réalisée par l'équipe médicale et soignante en collaboration avec le médecin prescripteur et le médecin traitant.

II – LES MISSIONS DE L'HAD EN OBSTETRIQUE.

Dans le cadre des missions de soins auprès de la femme et de son enfant, l'HAD contribue également à la prévention et à l'éducation à la santé, notamment en matière d'allaitement.

D'une façon générale, l'état de santé de la mère fonde l'admission en HAD, mais la relation mère-enfant est une dimension qui peut justifier d'une prise en charge en HAD, notamment lorsque la situation sociale et/ou psychologique le justifie.

La prise en charge à domicile des femmes et de leur enfant est assurée en tenant compte des dispositifs de prise en charge existants et sur la base d'une définition des rôles de chaque intervenant, établissements de santé y compris psychiatriques, HAD, réseaux périnatalité, professionnels de santé libéraux et structures de PMI : l'HAD est un des maillons de cette prise en charge.

Dans le cadre d'une offre de soins complète, l'HAD doit prioritairement centrer ses activités sur l'ante et le post-partum «pathologique ».

Pour autant, en cas de sorties précoces de maternités, de l'inexistence de réseau (de sages-femmes libérales ou de sages-femmes de PMI) ou de sages-femmes libérales en capacité de prendre en charge les patientes et leur enfant au domicile, le recours à l'HAD peut ne pas être limité aux seules prises en charges pathologiques.

L'HAD peut également être mise en place dans l'attente d'une prise en charge-relais (ex : sage-femme de PMI).

A - En ANTE PARTUM, l'ensemble des indications ci-dessous développées, suppose une charge en soins correspondant au moins à **trois visites à domicile par semaine**, d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.

Les indications d'une prise en charge en HAD sont des :

- pathologies associées non équilibrées ou en cours (ex : diabète, HTA)
- menaces d'accouchement prématuré
- grossesses multiples, placenta praevia asymptomatique
- antécédents de fausse couches à répétition ou antécédents de mort in utero
- antécédents pathologiques non obstétricaux nécessitant une surveillance adéquate
- retards de croissance intra-utérin
- nécessités d'un soutien psychologique et/ou social
- suivis para-cliniques (examens biologiques, monitorage, surveillance tensionnelle…) nécessitant un rythme de passages de professionnels de santé difficilement compatible avec une prise en charge exclusivement libérale.

L'HAD doit travailler en partenariat avec les secteurs de psychiatrie :
- lorsque qu'une pathologie psychiatrique est repérée au cours de la prise en charge,
- lorsqu'il s'agit d'une patiente ayant une pathologie psychiatrique déjà diagnostiquée.

B - En POST PARTUM pathologique, les indications supposent une charge en soins correspondant **au moins, à une visite quotidienne** d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.

Les pathologies maternelles et la relation parents-enfants doivent être considérées, en fonction des critères suivants :

Pathologies maternelles :

- accouchements par césarienne nécessitant des soins
- problèmes de cicatrisation (paroi, épisiotomie compliquée, thrombose, hématome)
- pathologies infectieuses et pathologies à risques de « compliquer » le post-partum, pathologies vasculaires systémiques
- risques de dépression maternelle
- risques de décompensation d'un problème psychopathologique connu
- grossesses pathologiques déjà prises en charge en ante-partum par l'HAD

Ces pathologies relèvent d'une prise en charge en HAD d'autant qu'elles sont associées à des difficultés psychologiques et/ou sociales.

Relation mère-enfant

- mère ayant eu une grossesse multiple et nécessitant des conseils en puériculture
- accompagnement de l'allaitement en cas de difficulté de mise en place, et en l'absence de structure ou professionnel de santé notamment libéral permettant de le prendre en charge
- difficultés psychologiques et/ou sociales notamment en lien, ou attente de lien, avec la PMI.

Surveillance pédiatrique

- surveillance d'un ictère néo-natal
- sortie d'enfant qui n'a pas repris son poids de naissance, ou surveillance d'une courbe pondérale

III – LES MISSIONS DE l'HAD à la suite d'une hospitalisation en néonatologie.

La sortie des prématurés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile est possible dans de bonnes conditions de sécurité. Elle suppose qu'une évaluation psychologique et sociale soit réalisée par le service de néonatologie en lien notamment avec l'équipe de coordination de l'HAD.
Pour assurer une prise en charge des enfants sortant des services de néonatologie, l'équipe de l'HAD comprend :
- un médecin-coordonateur, de préférence pédiatre,
- des puéricultrices,
- une psychologue
- une assistante sociale.
Elle peut comprendre également des auxiliaires de puériculture et des assistantes maternelles.

Un (ou plusieurs) membre(s) de l'équipe d'HAD, particulièrement le médecin-coordonnateur, travaille(nt) en collaboration étroite avec les services de néonatologie, et en fonction des indications, avec les services de psychiatrie infantile ou générale afin d'organiser le relais de la prise en charge. Par ailleurs, cette équipe travaille conjointement avec un médecin libéral référent pour chaque enfant (pédiatre si possible, ou médecin généraliste) et en partenariat avec l'équipe hospitalière de pédiatrie, en mettant notamment en œuvre un système de communication adapté.

Pour l'enfant, **les conditions actuelles** pour une prise en charge en HAD sont :

- un âge corrigé d'au moins 36 semaines
- un poids minimum de 1800g
- une absence d'apnées et de bradychardies depuis plus de 5 à 7 jours
- une courbe pondérale régulièrement ascendante depuis plusieurs jours ainsi qu'une bonne prise des biberons.

L'HAD peut aussi être indiquée dans le cadre d'une adaptation au domicile après une hospitalisation très longue de grands prématurés.

Les autres indications de l'HAD en néonatologie peuvent être :

1. Traitements anti-infectieux par voie parentérale.

PAR EXEMPLE : - fin de traitement au domicile d'une infection materno-fœtale pour un nouveau-né à terme - traitement d'une infection urinaire apparue dans le premier mois de vie et en relais d'un début de traitement en hospitalisation

2. Surveillance d'un traitement donné per os, indiqué dans le cadre de pathologie à risque de conséquences majeures, et en particulier quand des difficultés d'observance sont à craindre.

PAR EXEMPLE : -surveillance d'un traitement adapté dans le cadre d'un malaise vagal associé éventuellement à une surveillance par holter

-surveillance d'un traitement par caféine dans le cadre d'apnées du sommeil
-surveillance d'un traitement adapté dans le cadre d'un reflux gastro-oesophagien important et à risque de conséquences majeures
-mise en route et surveillance d'un traitement antirétroviral dans le cas de nouveaux-nés infectés par le VIH
-traitement antirétroviral donné en prévention de la transmission materno-fœtale du VIH.

3. Prises en charge respiratoires de type oxygénothérapie, aérosol, kinésithérapie, avec nécessité de surveillance régulière

PAR EXEMPLE :
- bronchodysplasies nécessitant une oxygénothérapie au domicile
-poursuite du traitement d'une bronchiolite apparue lors du premier mois de vie

4. Soins spécifiques de la sphère digestive (stomies, nutrition entérale)

PAR EXEMPLE :
-syndrome malformatif complexe type Pierre Robin
-maladie de Hirschprung
-autres pathologies

5. Surveillance d'un nouveau-né au domicile avec éducation de la famille et soutien psychologique si nécessaire.

PAR EXEMPLE :
- sortie précoce de nouveaux-nés hypotrophes
- retour au domicile en cas de grossesse multiple
- contexte de maladie génétique ou métabolique nécessitant une prise en charge spécifique

6. Aide à la parentalité

PAR EXEMPLE :
- Notion de situation à risque de maltraitance
- Très jeune âge de la mère
- Conduites addictives

Cette liste n'est pas exhaustive et sera complétée en fonction de l'évolution des technologies, des connaissances médicales, thérapeutiques et des savoir-faire en HAD.

Partie III : CAHIER DES CHARGES de la prise en charge en HAD en pédiatrie

I – Le rôle et les missions de l'HAD en pédiatrie.

Bien qu'elle représente actuellement une très faible part de l'activité des structures d'HAD, la pédiatrie peut relever de l'HAD dans les conditions détaillées par la présente circulaire. Son développement s'inscrit notamment dans le cadre du SROS enfant et adolescent dont les orientations générales font l'objet d'une circulaire en cours d'élaboration.

L'âge de la prise en charge en HAD pédiatrie peut aller jusqu'à 18 ans.

L'HAD permet de prendre en charge l'enfant et son entourage dans son environnement familial et social, et ce **quelle que soit la pathologie** de cet enfant. Pour permettre une prise en charge globale, des collaborations sont à développer avec le médecin traitant, les équipes hospitalières, les professionnels de santé libéraux mais également avec les structures de PMI, les acteurs sociaux et pédagogiques. L'HAD met ainsi en place une coordination notamment médicale, souvent très lourde en pratique, au bénéfice de l'enfant et de son entourage.

Elle participe à la formation des professionnels de ville en lien avec les pédiatres, de même qu'à la formation des élèves puéricultrices qu'elle peut accueillir en stage.

L'HAD peut être prescrite par tout médecin. Dans le respect de ses compétences, le médecin exerçant au sein d'une structure de PMI peut orienter un enfant vers cette prise en charge.

II – Les modes de prise en charge.

Différents types de soins peuvent être délivrés au cours d'une HAD pédiatrique : soins ponctuels, soins continus, ou soins de réadaptation au domicile.

Ils nécessitent la mise en œuvre d'un ou plusieurs modes de prise en charge définis pour chaque projet thérapeutique, préalablement à l'admission de l'enfant(1). Chacun de ces modes de prise en charge est caractérisé par des exigences de coordination médicale, de soins infirmiers et d'autres soins paramédicaux (kinésithérapie en particulier). Vous trouverez, ci-annexé, une définition des modes de prise en charge les plus couramment dispensés en HAD pédiatrie.

Une attention particulière doit être portée à la prise en charge en onco-pédiatrie qui doit s'inscrire dans le cadre des recommandations spécifiques à cette activité, formulées dans le plan national de lutte contre le cancer. Une circulaire précisera le nouveau schéma organisationnel de la cancérologie pédiatrique.

III – La composition de l'équipe et sa formation.

Un des éléments clés de la qualité de la prise en charge en HAD pédiatrique repose sur la composition et la formation adaptée et continue de l'équipe médicale et soignante.
Ainsi, dans la mesure où la prise en charge de la petite enfance relève de préférence d'une infirmière puéricultrice, l'équipe de l'HAD doit disposer d'une (ou plus) infirmière puéricultrice et/ou d'une (ou plusieurs) IDE ayant un savoir faire acquis dans un service de pédiatrie. Le médecin coordonnateur de l'HAD pédiatrie est de préférence un pédiatre.
Des staffs réguliers avec les équipes hospitalières concernées sont notamment mis en place.

MODES DE PRISE EN CHARGE EN HAD PEDIATRIE

Liste des différents modes de prise en charge	Types de soins délivrés en HAD pédiatrie
• Antibiothérapie (voir traitements) • Antiviraux (voir traitement) • Aplasies (voir surveillance) • Assistance respiratoire • Autres traitements (fin de liste) • Chimiothérapie • Douleur • Education • Escarres : voir pansements complexes • Nutrition entérale • Nutrition parentérale • Pansements complexes (ulcérations cutanées, brûlures…) • Prise en charge psychologique et/ou sociale • Radiothérapie • Rééducation neurologique • Rééducation orthopédique • Soins palliatifs	**Soins ponctuels** : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple). **Soins continus** : Ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive. **Soins de réadaptation au domicile** : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie.

• Surveillance post-chimiothérapique • Surveillance des aplasies • Traitement anti-infectieux ou autres traitements par voie veineuse • Transfusion sanguine	

Modes de prise en charge	Définition	Types de soins en HAD Conditions pour HAD	Classement
Assistance respiratoire mécanisée	Ce mode de prise en charge concerne des enfants dont l'autonomie respiratoire est réduite. Il comporte le suivi médico-infirmier de l'enfant, la maintenance des appareillages, mais également les soins éducatifs de l'enfant et à son entourage.	Associé à au moins un autre mode de prise en charge	soins continus ; soins de réadaptation au domicile si associé à un mode de prise en charge à visée rééducative
Assistance respiratoire non mécanisée	Ce mode de prise en charge concerne des enfants dont l'autonomie respiratoire est réduite. Il comporte le suivi médico-infirmier de l'enfant, et les soins éducatifs de l'enfant et à son entourage (ex : bronchiolite, asthme compliqué…)	?	soins ponctuels
Chimiothérapie **Cette définition est susceptible d'être réactualisée dans le cadre des travaux sur l'oncopédiatrie, conduits au sein du plan national de lutte contre le Cancer**	La prise en charge comporte : 1) l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie, 2) la surveillance médico-soignante des thérapeutiques, 3) la surveillance et la gestion des effets secondaires immédiats et retardés	dispositifs intra-veineux de longue durée : - et/ou réhydratation, - et/ou surveillance médico-infimière pendant au moins 24 H	soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge
Douleur	Ce mode de prise en charge comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques		soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge
Education de l'enfant et de son entourage	Suivi médico-infirmier quasi-quotidien et éducation visant à rendre l'enfant et/ou sa famille le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires, stomies, surcharge pondérale, épilepsie, Sida….)		soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge ; soins de réadaptation, au domicile si associé à un mode de prise en charge à visée rééducative.
Nutrition entérale	Ce mode d'alimentation entérale concerne des enfants porteurs de sondes naso-gastriques, de gastronomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Il nécessite le plus souvent une surveillance soignante continue, la maintenance des	Associé à au moins un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels, soins continus si associé à un autre mode de prise en charge

	pompes si nécessaire et l'éducation de l'enfant et de son entourage		
Nutrition parentérale	Ce mode de prise en charge concerne essentiellement les solutions binaires et ternaires. La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (gestion d'un dispositif intra-veineux de longue durée, fourniture et maintenance des pompes)	Associé à au moins un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge
Pansements complexes (ulcération cutanée, brûlure…) et soins spécifiques (stomies compliquées)	Ce mode de prise en charge concerne les enfants porteurs de plaies complexes nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluri-quotidienne et comprend également le soutien à la famille.		Soins ponctuels ; soins continus
Prise en charge psychologique et / ou sociale	Il s'agit du soutien psychologique de l'enfant et de son entourage et/ou d'une prise en charge sociale par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux).	En complément d'un autre mode de prise en charge	
Radiothérapie **Cette définition est susceptible d'être réactualisée dans le cadre des travaux sur l'oncopédiatrie conduits au sein du plan national de lutte contre le Cancer**	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico-soignante des effets secondaires d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels ; Soins continus si associé à un autre mode de prise en charge
Rééducation orthopédique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec l'élaboration d'un projet de rééducation spécifique à l'enfant et à sa pathologie orthopédique	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge ; soins de réadaptation, au domicile si associé à un mode de prise en charge.
Rééducation neurologique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec l'élaboration d'un projet de rééducation spécifique à l'enfant et à sa pathologie neurologique.	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins continus si associé à un autre mode de prise en charge ; Réadaptation au domicile quand l'objectif est un maintien ou un gain d'autonomie présumé, associé à un mode de prise en charge à visée rééducative
Surveillance post-chimiothérapie	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico-soignante des effets secondaires d'une chimiothérapie hospitalière : surveillance		Soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge

Cette définition est susceptible d'être réactualisée dans le cadre des travaux sur l'oncopédiatrie conduits au sein du plan national de lutte contre le Cancer	infectieuses, hématologique et nutritionnelle.		
Surveillances des aplasies	La prise en charge comporte, quelle que soit la méthode aplasiante : 1) la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique (notamment surveillance de l'hydratation, de l'alimentation…), 2) la surveillance et la gestion des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion, décision d'hospitalisation), 3) éducation des parents et de l'entourage.		Soins ponctuels ; Soins continus si associé à un autre mode de prise en charge
Soins palliatifs	Il s'agit de la prise en charge d'un enfant et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale, soignante et de psychologues, dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie ou d'une phase terminale.		soins continus
Traitements anti-infectieux et autres traitements par voie veineuse	Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou autre type de traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre sur voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.		soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge
Transfusion sanguine	La transfusion sanguine est assurée directement, selon les lieux, par l'équipe médico-soignante de l'HAD et en partenariat direct avec l'EFS. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle de l'infirmier et la surveillance des incidents et accidents dans le respect des compétences de chacun.	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge
autres traitements : ne sont concernés que les traitements, exceptionnels ou peu fréquents, susceptibles de relever d'une HAD et non listés par ailleurs	Il s'agit de prise en charge d'enfants nécessitant un suivi médico-soignante spécifique		Soins ponctuels ; soins continus si associé à un autre mode de prise en charge ; soins de réadaptation si associé à un autre mode de prise en charge à visée rééducative.

Partie IV : CAHIER DES CHARGES de la prise en charge en HAD en PSYCHIATRIE

L'HAD en psychiatrie comme toutes les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, est soumise aux dispositions qui lui sont propres (article R.712-2-2 du code de la santé publique), rappelées en annexe.

Il en ressort principalement que :

- les services d'hospitalisation à domicile en 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* » ;

- en l'état actuel de la réglementation, seuls les établissements publics de santé et privés participant au service public hospitalier, ainsi que les personnes morales de droit public et privé ayant passé une convention avec l'ARH dans les conditions prévues à l'article L.3221-1 du CSP, peuvent mettre en œuvre ce type de prise en charge dans le cadre de leur participation à la sectorisation psychiatrique.
  Pour autant, l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 élargit aux établissements privés, le champ de la lutte contre les maladies mentales (article L.3221-1 du CSP) selon des modalités à définir par voie réglementaire. Parallèlement, le plan Hôpital 2007 comporte un objectif de développement des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie par les établissements privés : dans un premier temps, la levée des obstacles tarifaires concernera l'hospitalisation de jour et de nuit. Après évaluation de l'impact de cette première phase de montée en charge, les conditions d'une ouverture plus large seront envisagées.

- les places d'HAD en psychiatrie n'entrent pas dans l'indice global de besoin afférent aux équipements de psychiatrie : leur autorisation n'implique pas donc pas de gage de lits d'hospitalisation complète sur la carte sanitaire de psychiatrie.

Par conséquent, il est apparu nécessaire de compléter ce dispositif en définissant la prise en charge en HAD parmi l'ensemble des modalités de prise en charge existant en psychiatrie. Son rôle et ses objectifs sont ainsi précisés (I) avant de décliner les modalités de prise en charge (II) qui assoient sa spécificité, notamment par rapport à l'hospitalisation complète et aux visites à domicile.

I – ROLE ET OBJECTIFS DE L'HAD EN PSYCHIATRIE

1. Le rôle de l'HAD en psychiatrie

L'HAD en psychiatrie a pour rôle d'apporter au patient, à son domicile, des soins coordonnés, d'une particulière intensité.

L'HAD permet tout d'abord, particulièrement en psychiatrie générale, de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet. Dans la perspective de soins gradués, et dans le cadre d'un travail en réseau intégrant le secteur et les professionnels libéraux (psychiatres et/ou généralistes mais également pédiatres, gériatres…), elle peut notamment contribuer à la réinsertion de patients pris en charge au long cours en hospitalisation complète.

Elle peut également constituer une étape dans la prise en charge du patient, avant la mise en place d'un suivi ambulatoire moins intense (consultation au CMP, VAD, hospitalisation de jour, autres).

Enfin, en assurant l'intervention de professionnels de santé et d'acteurs sociaux à domicile, l'HAD favorise, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile, l'accès aux soins des patients et des familles qui ne recourent pas aux structures de prise en charge traditionnelles.

Par conséquent, cette prise en charge concerne aussi bien des patients déjà suivis par le secteur, que des patients ayant recours pour la première fois à des soins psychiatriques.

Parce qu'elle est globale et qu'elle prend en compte son milieu social de référence, l'HAD permet d'améliorer l'alliance thérapeutique du patient et l'observance de son traitement. Elle permet en outre, d'apporter et de mettre en place un soutien adapté à la famille et à l'entourage du patient.

C'est pourquoi, l'admission en HAD implique la prise en compte de la capacité de l'environnement du patient à assumer cette prise en charge, notamment en situation d'urgence et de crise, sans pour autant exclure de ce dispositif, les personnes vivant seules.

L'admission suppose le consentement du patient et de son entourage au principe de l'HAD. Elle est prononcée par le responsable de l'HAD sur prescription du médecin1 hospitalier ou libéral, après avis du médecin coordonnateur.

Il n'existe pas de critères de refus d'admission liés au diagnostic psychiatrique ou à des limites d'âge. En revanche, ne peut être pris en charge en HAD, un patient qui relèverait d'une prise en charge exclusivement sociale, éducative ou scolaire.

2. Les objectifs de l'HAD en psychiatrie

Les objectifs d'une prise en charge en HAD sont :
- la délivrance, à domicile, de soins individualisés, coordonnés et d'une particulière intensité,
- le maintien ou le développement de l'autonomie du patient,
- son insertion ou sa réinsertion sociale en prenant en compte son environnement social ou familial. En psychiatrie infanto-juvénile, elle peut permettre d'éviter la déscolarisation de l'enfant.

Des objectifs plus spécifiques peuvent être poursuivis, par exemple pour la prise en charge des personnes âgées ou des troubles de la relation mère-enfant ainsi qu'en matière de prise en charge des conduites addictives, de l'urgence et de la crise à domicile ou de prévention de la maltraitance.

A travers la pratique de cette prise en charge, l'équipe d'HAD peut constituer une équipe ressource et participer à la formation d'autres intervenants dans la prise en charge des patients adultes ou enfants, atteints de troubles psychiques. Elle participe ainsi à l'évolution des modes de prise en charge :
- des équipes de psychiatrie pour ce qui concerne notamment leurs pratiques d'interventions à domicile ou de travail en réseau ;
- d'autres catégories d'intervenants contribuant à la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques (professionnels de santé libéraux, équipes des institutions sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives).

L'HAD contribue également à la prévention primaire et secondaire et à la déstigmatisation attachée à la maladie mentale, par son travail en réseau et la multiplicité de ses lieux d'intervention.

II – LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE EN HAD EN PSYCHIATRIE.

L'organisation des soins en psychiatrie se caractérise par des formes diversifiées de prise en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet (CMP, CATTP, hospitalisation de jour, visites à domicile…) dans une logique de graduation des soins. Parmi ces modalités de prise en charge, l'HAD se caractérise par une intensité, une continuité, une coordination et une structuration des soins correspondant au rôle et aux objectifs qui lui incombent et définis préalablement.

Alors que les objectifs sont identiques, les prises en charge en HAD peuvent jouer des rôles spécifiques selon qu'elles interviennent en psychiatrie générale (où la référence aux prises en charge en hospitalisation complète est prépondérante) ou en psychiatrie infanto-juvénile. Dans ce domaine précis, l'HAD se situe dans une palette de prises en charge principalement ambulatoire, voire éducative, sociale et médico-sociale.

Ces spécificités peuvent ainsi justifier des modalités variables permettant de garantir l'intensité, la continuité, la coordination et la structuration des soins.

1. Garantir l'intensité des soins.

Les moyens à mettre en œuvre à cet égard portent à la fois sur :

1.1 La composition de l'équipe.

La prise en charge en HAD s'articule autour d'une équipe identifiée pour chaque patient. Les compétences de cette équipe doivent être diversifiée au-delà du binôme psychiatre – infirmier, et mobiliser psychologues, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux …

Cette équipe travaille en collaboration avec des professionnels extérieurs. Il s'agit, par exemple, de professionnels

de santé libéraux (généralistes, psychiatres, gériatres, pédiatres…), de travailleurs sociaux ou pour ce qui concerne la pédopsychiatrie des professionnels de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de la protection maternelle et infantile (PMI), de la santé scolaire, de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

1.2 La fréquence des interventions.

L'intervention de l'équipe d'HAD doit être principalement centrée sur le domicile du patient ou le substitut de domicile. A titre d'exemple, mais de manière non exhaustive, peuvent être cités en qualité de substitut de domicile, les établissements médico-sociaux, notamment hébergeant des personnes âgées dépendantes, institutions de l'ASE, familles d'accueil, appartements associatifs, etc.
Le cas échéant, des modalités particulières de sécurisation des interventions à domicile (par exemple par des interventions en binômes, l'organisation de signalement téléphonique de fin d'intervention en temps réel auprès de la structure de rattachement, etc…) au titre de l'HAD sont organisées par l'équipe et prévues dans le protocole de fonctionnement de l'HAD (cf. infra).

L'intervention d'un membre de l'équipe au titre de l'HAD est au moins quotidienne en psychiatrie générale, voire pluri-quotidienne. En psychiatrie infanto-juvénile, cette fréquence ne peut être inférieure à 3 interventions par semaine.

Les évaluations médicales sont au moins hebdomadaires.

1.3 Une prise en charge limitée dans le temps.

Pour garantir l'intensité et la dimension de réinsertion des soins offerts en HAD, la prise en charge doit être limitée dans le temps (mais elle peut être renouvelable). Une durée indicative de prise en charge est déterminée initialement, avec l'accord formalisé du patient, dans le projet thérapeutique individuel élaboré par l'équipe.

2. Garantir la continuité et la permanence des soins.

Les équipes d'HAD sont tenues de garantir la permanence et la continuité des soins (7jours sur 7, 24 heures sur 24) sur la base d'une organisation permettant une réponse lisible et effective pour le patient et son entourage (notamment face à des situations d'urgence et de crise). Celle-ci repose en particulier sur la mise en place d'un dossier partagé, garantissant la circulation et la protection des informations relatives aux patients de l'HAD.

Il convient, **a minima**, que les équipes d'HAD formalisent, par convention ou protocole, des modalités de relais téléphonique vers d'autres structures : structures de secteur (notamment d'hospitalisation complète en dehors des heures d'intervention de l'HAD et d'ouverture des CMP) et/ou par exemple, services d'urgences ou de pédiatrie (notamment pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dépourvus de lits d'hospitalisation complète).

Au-delà, en fonction des moyens disponibles ou alloués, le cas échéant dans un cadre intersectoriel, il convient de permettre l'intervention à domicile de soignants et/ou le recours à un psychiatre d'astreinte ou de garde.

3. Favoriser la coordination et la structuration des soins.

Afin d'éviter toute rupture de prise en charge du patient, une prise en charge de qualité en HAD implique le développement de collaborations et de complémentarités structurées entre les équipes d'HAD et les autres acteurs de la prise en charge du patient qu'ils soient sanitaires, sociaux, médico-sociaux (et même éducatifs ou judiciaires pour la psychiatrie infanto-juvénile). Il s'agit, en particulier, de permettre au médecin traitant de garder toute sa place dans cette prise en charge, mais également de développer des liens avec des intervenants tels que les associations d'usagers.

La coordination et la structuration des prises en charge en HAD reposent ainsi sur deux principes essentiels : la formalisation des prises en charge et de l'organisation, et la reconnaissance d'une fonction de coordination.

3.1 La formalisation des prises en charge et de l'organisation.

La structuration de l'organisation des soins constitue l'une des spécificités en HAD en psychiatrie d'une part, sur le plan de la prise en charge individuelle du patient et, d'autre part, sur le plan de l'organisation institutionnelle des acteurs concernés.

Ainsi, la prise en charge en HAD repose nécessairement sur la formalisation d'un **projet thérapeutique individuel**

avec chaque patient. Outre les soins psychiatriques, le projet thérapeutique prend en compte les dimensions somatique et sociale de la prise en charge du patient. Il est élaboré et périodiquement réévalué et réactualisé, par l'équipe d'HAD, en association avec le médecin prescripteur et le médecin traitant désigné par le patient, et avec l'adhésion de ce dernier.

Ce projet précise les modalités de recours du patient hors des heures d'intervention de l'équipe (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7), la durée indicative de la prise en charge, la fréquence, le lieu et les horaires d'interventions ainsi que les aides à domicile complémentaires dont pourrait avoir besoin le patient (aides-ménagères par exemple) et les modalités de sortie de l'HAD.

En outre, sur le plan institutionnel, afin de garantir une organisation des soins lisible pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge et pour les patients et leur entourage, la formalisation d'un protocole de fonctionnement de type **règlement intérieur** permet de préciser :

- les principes généraux du fonctionnement médical (modalités d'admission, fréquence et lieux d'intervention, organisation de la permanence des soins, modalités de sortie) ;
- le rôle du médecin coordonnateur ;
- l'organisation générale des interventions des personnels ;
- les modalités de coordination internes et externes.

Celui-ci est remis à chaque patient lors de son admission.

3.2 La reconnaissance d'une fonction de coordination.

L'équipe d'HAD en psychiatrie comprend un **médecin coordonnateur**, de préférence psychiatre. En collaboration avec un cadre de santé, il veille notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations aux besoins des patients, à la transmission des dossiers médicaux et de soins dans le cadre de la continuité des soins.

Cette fonction contribue à l'organisation de la participation des intervenants extérieurs, sanitaires (notamment pour les relais visant à garantir la permanence des soins), sociaux, éducatifs, judiciaires…A cet effet, des temps de synthèse sont organisés en fonction de besoins liés à la prise en charge.

Dans ce cadre, l'implication effective du médecin traitant désigné par le patient, est recherchée lors de l'élaboration, la réévaluation et la réactualisation périodique du projet thérapeutique, ainsi que pour la préparation de la sortie du patient. Le professionnel médical libéral tient compte des pratiques et des organisations mises en place par l'équipe d'HAD.

L'accent est également porté sur la formalisation du travail en réseau avec les acteurs concernés (par exemple, HAD pédopsychiatrique et réseau périnatalité, mais également HAD et réseau gérontologique).

A cet effet, la mise en place d'un dossier partagé entre les différents acteurs de la prise en charge contribue à la circulation de l'information afin, notamment de garantir la continuité et la permanence des soins.

*
* *

III – ELEMENTS DE CADRAGE pour l'élaboration des projets.

Les projets d'HAD en psychiatrie élaborés sur la base des présentes recommandations peuvent être organisés :

- soit dans le cadre d'une structure dédiée (par exemple dans le cadre d'une unité fonctionnelle),
- soit être conçus comme une modalité thérapeutique supplémentaire du secteur sans individualisation d'une structure spécifique.

En l'absence d'imputation des capacités concernées à la carte sanitaire de psychiatrie et de gages de lits d'hospitalisation complète, la création d'activités ou structures d'HAD n'appelle pas d'autorisation par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), après avis du comité régional de l'organisation sanitaire, à l'instar de la procédure en vigueur pour d'autres équipements en psychiatrie tels que, par exemple, les centres

médico-psychologiques (CMP) ou les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Sur le plan de l'allocation des moyens, il convient de rappeler que la diversification des modes de prise en charge, en particulier, le renforcement des interventions à domicile, constitue une des priorités de l'accompagnement pluriannuel de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie prévu, depuis 2001, dans les circulaires relatives à la campagne budgétaire des établissements sanitaires financés par dotation globale.

Sur cette base, et conformément aux orientation du SROS, les projets d'HAD en psychiatrie sont intégrés dans les projets d'établissements, après délibération du conseil d'administration. L'allocation de moyens nouveaux et/ou les redéploiements de moyens sont négociés, soit dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, soit par avenant. Les créations ainsi réalisées, à compter de la parution des présentes recommandations, feront l'objet d'un financement sur la dotation globale puisque cette modalité de prise en charge alternative à l'hospitalisation est classée, par l'arrêté du 14 mars 1986 relative à la sectorisation psychiatrique, dans la catégorie des équipements ne comportant pas d'hébergement. Dans la perspective où cette modalité de prise en charge deviendrait accessible aux établissements privés, des modalités tarifaires dans le champ de l'OQN seront déterminées.

Quel que soit le mode d'organisation retenu, un suivi spécifique de cette activité –au plan budgétaire, notamment par la mise en place d'une comptabilité analytique - permettra de valoriser la spécificité de l'HAD en psychiatrie par rapport à l'hospitalisation complète, aux autres alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie et aux visites à domicile.

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées

Jean-François MATTEI

---

(1) Les critères d'admission en HAD pédiatrie sont fondés sur les besoins de l'enfant.

RECENSEMENT DES HAD en 2002

RESULTATS

I – Données générales :

- A - structures :

En 2002, le nombre total de structures d'HAD en France s'élève à 108 contre 68 en 1999, soit une augmentation de 58 % en 3 ans.

La part des structures publiques (dont PSPH) est stable entre 1999 et 2002 (respectivement 66 % contre 67 %).

Deux grosses régions concentrent un nombre important de structures : l'IDF avec 12 structures, PACA avec 13.

- B - répartition sur le territoire : Cf annexe 1

Rappel : en 1999, la répartition des structures d'HAD sur le territoire était très inégale puisque **52** départements n'en comptaient aucune. Le développement des HAD était exclusivement urbain.

En 2002, **33** départements ne disposent encore d'aucune place.

Cependant, les structures nouvellement créées sont situées **majoritairement** dans des départements totalement dépourvus d'HAD, souvent peu urbanisés, ce qui témoigne d'un certain rééquilibrage territorial.

- C – en terme de places :

Places	**autorisées**		**installées**			
	1999	2002	1999		2002	
publiques + PSPH	1681	2352	1616	*42%*	2037	48%
Privées	2227	2387	2216	*58%*	2169	52%
Total	**3908**	**4739**	**3832**	**100%**	**4206**	**100 %**

Au total, entre 1999 et 2002 :

- le nombre de places autorisées croit de 831 places
- le nombre de places installées croit de 374 places sur la même période

- Il y a un rééquilibrage entre les secteurs privé et public au profit de ce dernier, puisqu'en 1999, 58 % des places sont installées dans le secteur privé, contre 52 % actuellement.

Répartition des autorisations entre 1999 et 2002 :

Privées : + 160 places
Publiques : + 671 places

Répartition des installations entre 1999 et 2002 :

Privées : - 47 places
Publiques : + 421 places

En 2002, le nombre de places d'HAD autorisées atteint 4739 et le nombre de places installées est de 4206.

48 % des places et 67 % des structures sont publiques ou PSPH contre respectivement 42 % et 66 % en 1999

II – Analyse régionale.

A - Capacités par région :

La région qui totalise le nombre le plus important de places est l'IDF avec 2320 places autorisées en 2002 et 2278 installées.

Viennent ensuite les régions :

- **PACA** avec 411 places autorisées en 2002 et 376 places installées : *REMARQUE : si le nombre de places autorisées est en augmentation par rapport à 1999, en revanche, le nombre de places installées diminue (378 en 1999).*
- **Rhône-Alpes** avec 373 places autorisées en 2002 et 287 installées en 2002. *Par rapport à 1999, le nombre de places autorisées augmente alors que les capacités installées diminuent.*
- **Aquitaine** avec 312 places autorisées en 2002 (un quasi doublement par rapport à 1999) et 289 installées.

REMARQUE : Globalement, il n'existe pas d'adéquation entre les capacités autorisées et installées en HAD.

B – 1999-2002 : Evolutions régionales

(en places installées)

Capacités identiques entre 1999 et 2002 :
Bretagne, Haute-Normandie, Auvergne, Corse, Limousin, Alsace, Languedoc-Roussillon

Capacités en diminution :
PACA (- 2),
Rhône-Alpes
Poitou-Charentes
Midi-Pyrénées

Capacités en augmentation :
Aquitaine, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Lorraine, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Picardie, Ile de France.
Dont plus forte hausse : Franche-Comté * 12 (5 à 60)
Puis Nord Pas de Calais * 3 (55 à 143).

C - Répartition régionale entre public / privé
(en places installées)

Quelques particularités

Régions « tout public » : Auvergne, Bretagne, Bourgogne, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Haute-Normandie

Régions « tout privé » : Centre, Champagne-Ardenne.

Régions « à dominante privée » : Aquitaine, Franche-Comté, IDF, NPDC, Basse-normandie, PACA, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes.

Entre 1999 et 2002, le développement de l'HAD est relatif avec : plus de 800 places autorisées, mais moins de 400 places installées.

L'objectif porte sur le doublement des capacités d'ici 2005, pour atteindre 8000 places.

premiers résultats

REGIONS	**Nombre total de places installées**		Nombre total de places autorisées		**Statut jur des places installées 2002**		Statut jur des places autorisées en 2002		Nombre de structures	
	1999	**2002**	**1999**	**2002**	PU+PSPH	PR	PU+PSPH	PR	1999	2002
ALSACE	26	26	21	21	20	6	15	6	2	2
AQUITAINE	165	289	165	312	131	158	154	158	4	6
AUVERGNE	34	34	34	94	34	0	69	25	3	6
BRETAGNE	10	10	10	22	10	0	22	0	1	2
BOURGOGNE	12	27	12	27	27	0	27	0	1	4
CENTRE	30	55	30	55	0	55	0	55	1	2
CHAMPAGNE-ARDENNE	36	54	36	54	0	54	0	54	2	3
FRANCHE-COMTE	5	60	5	100	10	50	10	90	1	5
CORSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LANGUEDOC-ROUSSILLON	48	48	53	53	48	0	53	0	5	5
LIMOUSIN	47	47	47	62	30	17	45	17	3	4
LORRAINE	14	31	14	41	22	9	32	9	2	5
MIDI-PYRENEES	69	64	73	83	34	30	53	30	4	5
NORD-PAS-DE-CALAIS	59	143	59	192	53	90	77	115	2	7
BASSE-NORMANDIE	41	78	41	88	18	60	18	70	2	6
HAUTE-NORMANDIE	18	18	18	40	18	0	40	0	1	1
PACA	378	376	411	411	107	269	142	269	13	13
PAYS-DE-LA-LOIRE	100	138	100	195	100	38	110	85	3	6
PICARDIE	38	58	38	99	20	38	20	79	2	5
POITOU-CHARENTES	132	85	132	97	20	65	32	65	2	3
RHONE-ALPES	326	287	343	373	287	0	343	30	5	6
IDF	2244	2278	2266	2320	1048	1230	1090	1230	9	12
TOTAL	**3832**	**4206**	**3908**	**4739**	**2037**	**2169**	**2352**	**2387**	**68**	**108**

ANNEXE : DISPOSITIONS EXISTANTES RELATIVES A L'HAD EN PSYCHIATRIE

- L'article L.3221-4 du CSP prévoit que les services et équipements de lutte contre les maladies mentales mis en œuvre par un établissement assurant le service public hospitalier exercent leurs missions non seulement à l'intérieur de l'établissement **mais aussi en-dehors de celui-ci ;**

- Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à l'organisation de la sectorisation psychiatrique précise, article 9, que les actions de ces établissements sont *« assurées notamment **(…) à la résidence des patients »** ;*

- L'arrêté du 14 mars 1986 pris en application du décret susvisé mentionne -article 1er- que les services d'hospitalisation à domicile en 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 » ;*

- La circulaire n°5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie confirme que seuls les établissements publics de santé et privés participant au service public hospitalier peuvent mettre en œuvre ce type de prise en charge dans le cadre de leur participation à la sectorisation psychiatrique.

- L'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques n'inclut pas l' HAD dans l'indice global de besoin afférent aux équipements de psychiatrie. Celui-ci concerne uniquement les lits d'hospitalisation complète, les places de jour, les lits de nuit, les places de placement familial thérapeutique, les places d'appartement thérapeutique, les lits de centre de crise et les lits de centre de postcure psychiatrique.

- La lettre du 5 septembre 1991 du directeur des hôpitaux au préfet du Val de Marne relative à la mise en place d'un service d'HAD en psychiatrie par le CHS Paul Guiraud à Villejuif donne des précisions – sans toutefois valeur réglementaire- sur le fondement juridique de l'hospitalisation à domicile en psychiatrie.