



CHAMBRE DES DÉPUTÉS
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Courrier n°252990
Responsable: Pommerell Patricia
Auteur: Fédération COPAS

Envoyé au service Expédition le 19/04/2021 à 15h59

Prise de position de la COPAS en vue du débat d'orientation portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en oeuvre du «virage ambulatoire »

Destinataires

Direction et assistante de direction
Commission de la Santé et des Sports
Groupe d'envoi -Transmis à la Conférence des Présidents - (Groupes politiques et services de la CHD inclus)



M. Fernand ETGEN
Président de la Chambre des Députés

p.a. Chambre des Députés
23, rue du Marché-aux-Herbes
L-1728 Luxembourg

Livange, le 19 avril 2021

Référence : S2021/024

Concerne : Réponses de la COPAS à votre questionnaire « virage ambulatoire ».

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur de vous faire parvenir les réponses de la COPAS au questionnaire que vous nous avez fait parvenir en vue du débat d'orientation portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en œuvre du « virage ambulatoire ».

Permettez-nous de vous joindre également le concept sur l'hospitalisation à domicile (HAD) que la COPAS a élaboré et qui a déjà été présenté aux Ministres compétents.

Nous serions honorés de pouvoir présenter notre concept de vive voix à la Commission compétente.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre profond respect.

A small handwritten checkmark or flourish in blue ink.

A long, horizontal blue line representing a signature, with a small arrowhead pointing to the left.

Marc Fischbach
Président

Annexes :

Réponses de la COPAS au questionnaire envoyé par la Chambre des députés
Concept HAD de la COPAS

Débat d'orientation portant sur les conclusions à retenir de la pandémie Covid-19 pour notre système de santé ainsi que sur la mise en œuvre du « virage ambulatoire »

1. Quelle est votre appréciation de la situation actuelle de la médecine ambulatoire ?

Le système de santé luxembourgeois reste très centré sur le secteur hospitalier et ne dispose pas de carte sanitaire globale. La médecine ambulatoire reste malheureusement très limitée à certaines indications post-chirurgicales. Les gestionnaires des réseaux de soins à domicile et des structures d'hébergement ont développé des expertises très diversifiées et envisagent une collaboration plus étroite avec les médecins traitants en les intégrant dans leurs équipes respectivement dans leurs antennes de consultation au niveau communal. Les patients sont de plus en plus demandeurs de prises en charge ambulatoires, permettant de réduire au maximum le temps stationnaire à l'hôpital.

A l'avenir, les structures d'hébergement et les réseaux d'aides et de soins pourront prendre en charge davantage de suivis de surveillance post-opératoires ou de suivis inhérents à des pathologies chroniques en phase de décompensation modérée. En intensifiant la coordination entre le secteur d'aides et de soins et les médecins spécialistes, les capacités de chirurgie ambulatoire pourraient être augmentées (si les médecins spécialistes restent disponibles en cas d'urgence) et le parcours de soins des patients chroniques pourrait être amélioré. En outre, pour des patients réputés très fragiles (grand âge, troubles démentiels, déficience immunitaire), le risque iatrogénique lié à une hospitalisation pourrait être largement diminué.

2. Comment voyez-vous le rôle des maisons médicales, notamment en ce qui concerne :

- **les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les maisons médicales ;**
- **les relations entre les maisons médicales et les établissements hospitaliers ;**
- **les moyens en personnel ?**

Les gestionnaires de l'extrahospitalier se questionnent par rapport à l'exclusivité que les gestionnaires hospitaliers revendiquent pour collaborer avec les maisons médicales. Ces dernières pourraient être gérées sous des régimes très divers, à condition de garantir une neutralité par rapport au choix du prestataire de soins de la part du patient, donc pas forcément lié à un hôpital. Il faut mettre le focus sur les dépenses salariales du personnel hospitalier par rapport au personnel extrahospitalier, beaucoup plus expérimenté pour les prestations ambulatoires basées sur la mobilité.

La COPAS est d'avis qu'il faut formaliser la collaboration entre les maisons médicales et les réseaux d'aides et de soins respectivement les structures d'hébergement afin de garantir une prise en charge structurée et continue des patients pour lesquels une hospitalisation peut être évitée. Il faudra veiller à éviter le déplacement des patients dans une maison médicale pour lesquels les soins infirmiers peuvent être garantis dans les structures d'hébergement ou à domicile du patient. Les prestataires du secteur disposent des compétences professionnelles requises pour satisfaire à un tel modèle, il faudra néanmoins veiller à ce que les moyens de financement des soins extrahospitaliers soient à la mesure de l'ambition formulée.

3. Quelle est votre vision des centres médicaux pluridisciplinaires, notamment en ce qui concerne :

- leur statut ;
- les types de soins de santé à prodiguer et les équipements à utiliser par les centres médicaux pluridisciplinaires ;
- les relations entre ces centres médicaux, les équipes soignantes et les établissements hospitaliers pour différentes prestations ;
- les frais de passage pour le remboursement de certaines prestations ;
- le nouveau cadre légal pour les centres médicaux pluridisciplinaires ;
- leurs relations avec la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;
- l'éventuel soutien public pour ces centres médicaux et leurs obligations éventuelles dans un tel contexte ?

Dans le cadre des discussions autour du développement des prises en charge médicotechniques ambulatoires dans des centres extrahospitaliers, il est indispensable d'intégrer les réseaux d'aides et de soins à domicile et les structures d'hébergement dans la préparation et le suivi post-acte. Ceci permettra d'optimiser le flux des patients, de réduire les listes d'attente dans les cabinets médicaux et les policliniques et d'éviter au maximum des hospitalisations indispensables.

Par ailleurs, une telle collaboration, étroite et coordonnée, permettra de recourir aux ressources en soin déjà disponibles, déployées et organisées afin d'éviter la mise en place d'une offre de soins supplémentaire rattachée à ces centres médicaux. En outre, une telle organisation améliorera l'information et la communication à l'égard des patients.

Les assurances sociales devront prévoir les modalités de prise en charge de ces prestations de santé, notamment par un forfait HAD.

4. Quelle est votre appréciation du rôle du médecin généraliste et du médecin référent, notamment en ce qui concerne :

- le renforcement de la médecine de première ligne ;

La médecine du futur est basée sur un travail en équipe, en inter-disciplinarité avec des disponibilités assurées en groupe et en tournées. Les jeunes médecins sont très intéressés par un travail en salariat.

Le médecin généraliste est l'acteur clé dans le cadre de la médecine de première ligne. Il assure un rôle de coordination entre les différents acteurs actifs dans la prise en charge des patients. Afin que le médecin référent puisse jouer son rôle de conseiller le patient et de coordonner le parcours du patient, il est important qu'il ait à disposition les informations relatives aux investigations, examens, traitements et soins prodigués par différents intervenants. Il est l'interlocuteur privilégié des réseaux d'aides et de soins et des structures d'hébergement et il fait le lien avec les médecins spécialistes en tant que médecin référent. Cet aspect sera détaillé davantage dans le cadre de l'HAD au point 6.

- la coopération du médecin généraliste avec certaines professions de santé ?

La coopération et les échanges réguliers sur l'état de santé des patients entre le médecin généraliste et les professionnels de santé garantissent la continuité d'une prise en charge optimale. La téléconsultation peut constituer un outil dans ce contexte.

Les gestionnaires extrahospitaliers ont une longue tradition de collaboration avec les médecins traitants. L'interopérabilité de leurs systèmes respectifs de documentation et de prescription ferait augmenter notablement leur efficacité. Pour la COPAS, il faut établir un lien fort entre les structures d'hébergement et les médecins traitants en intégrant les médecins dans les équipes multidisciplinaires des structures.

Dans cette optique, des lignes de garde ont été établies dans les structures d'hébergement et seraient à créer pour les réseaux à domicile avec l'objectif d'éviter des hospitalisations inutiles.

Dans le contexte de la mise en place des lignes de garde, la COPAS et l'AMMD se sont mises d'accord sur le contenu de nouvelles conventions de collaboration à signer entre les structures d'hébergement et les médecins des lignes de garde (médecin traitant ou médecin de garde). Ces conventions ont pour but d'encadrer les modalités de la prise en charge médicale des résidents en vue de permettre une continuité des soins optimale notamment pendant les week-ends, nuits et jours fériés. Ces conventions fournissent notamment des détails sur les possibilités de prescription médicale à distance, le déroulement de la consultation, la gestion de la médication, la gestion des situations médicales d'urgence ou encore le matériel et équipement de soins disponibles.

5. Quelle est votre vision de la télémédecine, notamment en ce qui concerne :

- **les principes de la téléconsultation et du programme e-Prescription (possibilités, limites et responsabilités) ;**

Nous souhaitons faire la différence entre téléconsultation, télémédecine et e-prescription.

La **téléconsultation** présente plusieurs avantages :

- réactivité augmentée par une plus grande disponibilité / accessibilité plus rapide du médecin ;
- bénéfice accru auprès de certaines populations présentant des pathologies impactant le comportement (en les sécurisant dans un environnement connu et maîtrisé) ;
- diminution des déplacements pour des personnes difficilement mobilisables ;
- consultation entre le médecin, le patient et l'infirmière et adaptation plus rapide du traitement ;
- désengorgement des polycliniques et des cabinets médicaux.

Limite de la téléconsultation : Elle ne peut pas remplacer toutes les consultations et examens médicaux. Il faudra également clarifier la prise de responsabilité au cas d'une adaptation du traitement suite à une consultation à distance, surtout si un tiers professionnel de la santé doit la mettre en place.

La **télémédecine** présente plusieurs avantages:

- possibilité de surveillance à distance d'une bonne partie des paramètres vitaux ;
- augmentation de l'autonomie des patients ;
- éducation à la santé pour le patient et/ou sa famille ;
- diminution des déplacements des patients, surtout pour les patients avec des pathologies chroniques évolutives (insuffisance cardiaque, BPCO,...).

Limites de la télémédecine :

- ne remplace pas les professionnels de santé qui doivent assurer des passages chez les patients ;

- utilisation parfois compliquée ;
- nécessité des protocoles de suivi clairement définis ;
- nécessité de clarifier les rôles et responsabilités du médecin, du professionnel de santé, de celui qui contrôle les paramètres à distance etc. ;
- assurer la compatibilité des différents outils utilisés afin d'exclure des problèmes d'interprétation.

Quelques projets de télémédecine ont vu le jour, notamment pour le suivi des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque, mais ils ont malheureusement dû être abandonnés à cause d'un manque de concertation entre les différents acteurs (médecins, RAS, ESC, patients), ainsi que d'un manque de financement aussi bien des appareils que du temps investi par les différents professionnels de santé et des médecins.

C'est pourquoi le développement de la télémédecine doit s'accompagner d'une réflexion coordonnée globale au niveau national portant sur ces points :

- définition des attentes / besoins / usages / critères d'utilisation ;
- définition de la population cible ;
- mesures visant à diminuer le risque d'interprétation / manque d'uniformité / manque de sécurité /... ;
- mesures visant à développer la formation éducative des infirmiers, médecins et des patients ;
- financement des outils et du temps investi pour les consultations à distance.

e-Prescription

L'usage de la e-Prescription **dans le cadre du dossier de soins** (par exemple soit via un envoi automatique d'un fichier structuré soit par encodage direct dans un module dédié du système de documentation de soins du prestataire ou via le DSP) permettra de gagner du temps dans la gestion des différentes prestations (kinésithérapie, pharmacies, soins infirmiers...) et lors des échanges avec la CNS. Sans intégration structurée dans les dossiers de soins, l'e-Prescription n'a pas de plus-value pour le prestataire ; l'ePrescription devra notamment reprendre les actes des différentes nomenclatures mais aussi les attributions des différents professionnels de santé.

Par la suite, il faudra assurer une transmission structurée automatique des éléments aux parties intéressées (ordonnance, résultats d'analyses au(x) médecin(s) et au patient, ...).

Le tiers payant/envoi automatique de la demande de remboursement à la CNS permettrait notamment aux malades chroniques un remboursement immédiat des frais parfois important. C'est une mesure d'équité dans l'accès aux soins.

- le cadre légal de la télémédecine ;

Aussi bien le volet de la téléconsultation que de la télémédecine et de l'e-prescription devront être intégrés dans les législations des attributions des médecins et des différents professionnels de santé afin de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun.

Il faudra également considérer les législations sur la sécurité de l'information, le droit et les obligations des patients et veiller à ce que les aspects légaux de la télémédecine soient compatibles avec toutes les autres législations.

- **les responsabilités des différents acteurs (médecins, pharmaciens et infirmiers (de réseaux de soins) et leurs relations ?**

Les responsabilités ainsi que leur partage et les rôles de tous les acteurs doivent être définis par un cadre légal qui fait actuellement défaut. Il est préférable d'intégrer les dispositions légales de l'utilisation des nouvelles technologies dans le suivi des patients dans la législation existante plutôt que de le régler par une nouvelle loi. Dans tous les cas, il ne faudra pas oublier de définir clairement la hiérarchie décisionnelle.

6. Quelle est votre vision de l'hospitalisation à domicile, notamment en ce qui concerne :

La COPAS a élaboré un concept d'hospitalisation à domicile qui a été soumis aux Ministres compétents. Les réponses aux questions suivantes sont des éléments de ce concept global.

- **l'identification des acteurs responsables ;**

L'HAD s'inscrit dans un parcours de soins structuré, défini entre les parties qui sont l'hôpital, la médecine spécialisée, la médecine générale, les réseaux d'aides et de soins à domicile ou les structures d'hébergement. Vu que l'hospitalisation à domicile a comme visée de soit raccourcir, soit éviter une hospitalisation avec hébergement, les acteurs peuvent différer selon le scénario dans lequel on se trouve.

Les acteurs clés qui sont toujours intégrés - peu importe le scénario - sont essentiellement le médecin spécialiste hospitalier ou en cabinet libéral, le médecin généraliste, les coordinateurs de l'HAD des réseaux et des structures d'hébergement.

- **le cadre légal de l'hospitalisation à domicile ;**

L'hospitalisation à domicile est assurée par les acteurs de l'extrahospitalier en étroite collaboration avec les médecins (spécialistes et généralistes). L'HAD ne tombe donc pas sous le cadre légal de la loi hospitalière. Etant donné que les réseaux d'aides et de soins et les structures d'hébergement, qui sont les acteurs principaux de l'HAD, pour chaque patient qui n'est pas traité en « intra-muros » au sein d'un hôpital, ont pour Ministère de tutelle le Ministère de la Famille, le projet de loi sur la qualité des prestations pour personnes âgées (PL 7524) devra être complété par un paragraphe indiquant que les gestionnaires qui souhaitent pratiquer l'hospitalisation à domicile devront être autorisés par le Ministère de la Santé à le faire. Cette autorisation se fera sur présentation d'un dossier individuel du gestionnaire d'HAD et sera subordonnée à la capacité à prester un service universel au domicile du patient (24/7 sur tout le territoire national).

Ceci ne veut pas dire que chaque réseau d'aides et de soins à domicile ou toute structure d'hébergement peut ou doit offrir les prestations d'HAD. Mais pour prendre en charge un patient en HAD, cette **autorisation du Ministère de la Santé** est obligatoire en complément de l'agrément du Ministère de la Famille.

L'HAD nécessite d'avoir à disposition du **matériel** au domicile, tels que des appareils d'aspirations trachéales ou trachéo-bronchiques, des pompes d'alimentation, des pompes pour perfusions, des concentrateurs d'oxygène fixes ou portables, des dialyseurs péritonéaux, des appareils de ventilation mécanique non invasive, des respirateurs pour ventilation assistée...

La CNS devra prendre en charge à 100 % les frais de location et d'entretien des appareils pour les patients HAD, tout comme ils auraient été couverts si le patient avait été hospitalisé.

L'HAD nécessite d'avoir accès aux médicaments relevant de la liste positive des médicaments pris en charge par la CNS ainsi qu'aux **médicaments** réservés aujourd'hui à l'usage essentiellement hospitalier.

La CNS devra étendre l'autorisation d'utilisation des médicaments à usage hospitalier aux patients en HAD, sous réserve d'une prescription initiale par un médecin spécialiste ou généraliste, renouvelable si besoin pendant la durée de l'HAD.

L'approvisionnement en médicaments à usage hospitalier devra pouvoir se faire dans un nombre limité d'officines pharmacies régionales afin de garantir l'accès rapide à tous les médicaments nécessaires.

- **le rôle de l'hôpital dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et le virage ambulatoire intra-hospitalier ;**

Le patient profitant d'une HAD n'a pas forcément été hospitalisé préalablement. Au contraire, l'HAD vise à réduire le nombre d'hospitalisations.

Pour les patients sans hospitalisation « intra-muros », l'hôpital n'a pas de rôle à jouer. Les seuls acteurs sont dans ces cas-ci, les médecins (spécialistes et/ou généralistes) et les professionnels de santé du secteur extrahospitalier.

Pour les patients avec séjour à l'hôpital au préalable de l'HAD :

Le médecin spécialiste, les équipes soignantes hospitalières et extrahospitalières définissent si l'état clinique et la situation du domicile permettent une HAD. Les acteurs précités se concertent pour définir un parcours de soins individualisé du patient.

- **la définition des tâches et des responsabilités des différents acteurs et leurs relations ;**

L'HAD se conçoit dans une répartition coordonnée de la prise en charge et des responsabilités entre les acteurs clés.

La continuité des soins entre l'hôpital et le domicile du patient reposera sur quatre piliers :

- la coordination nationale hôpital-domicile ;
- la coordination médicale entre le médecin spécialiste et le médecin généraliste ;
- la coordination entre les soignants hospitaliers et les soignants des réseaux d'aides et de soins à domicile ou des structures d'hébergement ;
- l'optimisation des échanges entre le médecin spécialiste, le médecin généraliste, le réseau d'aides et de soins à domicile ou la structure d'hébergement.

Une HAD peut être prescrite par :

- un médecin spécialiste hospitalier lorsque le patient a eu une admission au service des urgences ou est hospitalisé ou pour lequel une hospitalisation est prévue ;
- un médecin spécialiste en cabinet libéral, agréé ou non dans un hôpital, pour un patient qui ne sera pas adressé à l'hôpital ;
- un médecin généraliste pour un patient qui ne sera pas adressé à un hôpital.

Pour un patient hospitalisé au préalable à l'hospitalisation à domicile les acteurs clés et leurs responsabilités seront :

Le médecin spécialiste :

- décide en fonction de l'état clinique du patient s'il peut bénéficier d'une HAD ;
- se concerta avec les équipes soignantes de l'hôpital et du RAS sur la faisabilité de l'HAD pour le patient concerné ;
- définit quel médecin assure le suivi à domicile (généraliste ou spécialiste) et assure la concertation avec le confrère assurant le suivi ;
- si le médecin généraliste intervient dans le suivi de l'HAD, le médecin spécialiste met à sa disposition toutes les informations nécessaires pour le suivi du patient ;
- définit qui est l'interlocuteur du RAS et du médecin généraliste en cas d'urgence ;
- définit en concertation avec les équipes soignantes (hôpital et RAS) le parcours de soins précisant les soins requis, l'éducation à poursuivre, les surveillances, les examens diagnostiques à réaliser, les traitements à poursuivre, les rendez-vous de suivi médical spécialisé et la durée prévue de l'HAD ;
- fait la prescription HAD ;
- assure les consultations et/ou téléconsultations de suivi spécialisé ;
- garantit son remplacement par un confrère en cas d'absence durant la durée de l'HAD de son patient ;
- définit si une intervention de thérapeutes s'avère comme nécessaire à domicile ;
- décide de la prolongation HAD si nécessaire.

La coordination HAD de l'hôpital :

- organisera avec le réseau d'aides et de soins choisi par le patient ou la structure d'hébergement une concertation pour préparer le transfert en HAD ;
- assure la transmission des informations, prescriptions des médicaments, du matériel et des soins à prester ;
- organise le transfert du patient ;
- donne des explications spécifiques au RAS en cas nécessité de réalisation de certains soins spécifiques ;
- déposera idéalement dans le DSP du patient le parcours de soins défini en concertation avec le patient avant le transfert en HAD.

Le coordinateur HAD du réseau d'aides et de soins :

- effectue une visite préalable au domicile afin de vérifier si le domicile est compatible pour assurer une HAD ;
- définit le besoin en équipements spéciaux et d'appareillages nécessaires ;
- rencontre, si nécessaire, le patient avant son admission en HAD ;
- se coordonne avec les équipes hospitalières et le médecin pour définir un parcours de soins ;
- se concerta avec les équipes hospitalières pour le suivi de protocoles spécifiques ;
- contrôle que les soins se font selon les standards qualité requis dans la matière ;
- informe le médecin de l'évolution clinique et de tout changement de l'état général du patient ;
- planifie les interventions auprès du patient selon le parcours de soins établi et garantit une disponibilité soignante 24h/24h 7j/7j.

Le médecin généraliste :

Le médecin généraliste intervient tel que défini au préalable en concertation avec son confrère de l'hôpital. Les équipes soignantes sont informées quel médecin assure le rôle de médecin référent durant la phase de l'HAD.

Pour un patient sans hospitalisation au préalable à l'HAD les acteurs clés et leurs responsabilités seront :

Le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en cabinet libéral :

- est le médecin référent du patient pour l'HAD ;
- décide en fonction de l'état clinique du patient s'il peut bénéficier d'une HAD ;
- se concerta avec les équipes soignantes du RAS/ESC sur la faisabilité de l'HAD pour le patient concerné ;
- contacte le RAS ou l'ESC du patient pour définir le parcours de soins précisant les soins requis, l'éducation à poursuivre, les surveillances à réaliser, les examens diagnostiques à réaliser, les traitements à poursuivre, les rendez-vous de suivi médical et la durée prévue de l'HAD ;
- définit avec les RAS/ESC comment le joindre en cas d'urgence ;
- garantit son remplacement par un confrère en cas d'absence durant la durée de l'HAD de son patient ;
- fait la prescription HAD ;
- assure les consultations et/ou téléconsultations de suivi spécialisé ;
- définit si une intervention de thérapeutes s'avère comme nécessaire à domicile ;
- décide de la prolongation HAD si nécessaire.

Le coordinateur du réseau d'aides et de soins/ESC :

- effectue une visite préalable au domicile afin de vérifier si le domicile est compatible pour assurer une HAD ;
- définit le besoin en équipements spéciaux et en appareillages nécessaires ;
- se coordonne avec le médecin pour définir le parcours de soins du patient et la mise en place de protocoles de suivi spécifiques ;
- contrôle que les soins se font selon les standards qualité requis dans la matière ;
- informe le médecin de l'évolution clinique et de tout changement de l'état général du patient ;
- planifie les interventions auprès du patient selon le parcours de soins établi et garantit une disponibilité soignante 24h/24h 7j/7j.

Pendant la durée de l'HAD, en cas de problème dans la réalisation du parcours de soins, la coordination HAD du réseau d'aides et de soins à domicile ou de la structure d'hébergement aura la garantie de pouvoir contacter dans des délais raisonnables, le médecin spécialiste ayant prescrit l'HAD, le médecin généraliste ou si besoin la coordination hospitalière HAD si le patient est issu de l'hôpital.

La e-prescription sera promue pour ne pas retarder les adaptations des prises en charge.

- **le traitement des données médicales ;**

La coordination du parcours de soins sera facilitée via l'utilisation des technologies de l'information.

Le DSP sera l'outil de communication privilégié entre les professionnels.

- **les modalités de remboursement par la Caisse nationale de santé et la nomenclature ;**

Les forfaits HAD se basent sur un tarif conventionnel (non établi moyennant lettre-clé) à prévoir dans le Code de la sécurité sociale et non pas par une nomenclature.

Le financement spécifique par **forfait journalier** est proposé en fonction de la lourdeur de charge en soins du patient au début de l'HAD.

Le forfait ne sera pas dégressif mais attribué pour la durée de l'HAD.

La durée maximale de la première demande d'HAD sera de 15 jours.

Si un renouvellement de l'HAD est demandé, le niveau du forfait sera réévalué par le médecin prescripteur de l'HAD à la hausse ou à la baisse en fonction de l'état clinique du patient.

Le forfait journalier comprendra l'ensemble de la prise en charge : les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène, de l'habillement, de l'élimination, de l'alimentation, de la mobilisation, la communication avec le patient et l'entourage, les traitements, les méthodes diagnostiques, les soins infirmiers spécifiques, les soins préventifs, l'éducation, la rééducation, l'ergothérapie et la gestion des orthèses et aides techniques, le soutien psychologique, les demandes de droits sociaux, la documentation des soins, la communication et la coordination entre les professionnels, la gestion des équipements et matériels, la gestion des fournitures, les procédures de désinfection du matériel de soins, l'organisation des téléconsultations.

Les différentes classes de lourdeur de prise en charge proposées sont les suivantes :

- **forfait HAD-1 soins et surveillance faibles:** le patient requiert moins de 150 minutes de prises en charge par jour,
- **forfait HAD-2 soins et surveillance modérés:** le patient requiert 150 minutes à moins de 210 minutes de prises en charge par jour ,
- **forfait HAD-3 soins et surveillance intenses:** le patient requiert 210 minutes à moins de 270 minutes de prises en charge par jour ,
- **forfait HAD-4 soins et surveillance très intenses:** le patient requiert plus de 270 minutes de prises en charge par jour.

Cependant, les réseaux d'aides et de soins à domicile doivent à la différence des structures d'hébergement assurer les déplacements pour se rendre chez le patient pour les soins, pour visiter le patient dans l'établissement hospitalier, lors du premier contact et pour faire la visite du logement afin de déterminer si l'HAD est possible. C'est pourquoi pour chacun des forfaits journaliers de soins, deux classes ont été proposées : l'une pour les réseaux d'aides et de soins à domicile (HAD-RAS), l'autre pour les structures d'hébergement (HAD-SH). **Un complément de 30 % du temps des soins sera appliqué pour les réseaux d'aides et de soins.**

Certains patients qui auront une HAD bénéficieront déjà d'une synthèse de prise en charge dans le cadre de l'assurance dépendance (AD). A l'instar de ce qui existe pour les soins palliatifs, ces patients conserveront pendant la période HAD leurs droits acquis à l'AD. En complément, seuls les forfaits 1 ou 2-HAD-RAS ou forfait 1 ou 2-HAD-SH seront opposables à la CNS. Ces patients ne pourront pas accéder au forfait HAD 3 ou au forfait HAD 4.

Les patients n'étant pas bénéficiaires de l'AD, pourront accéder aux forfaits HAD 1,2,3,4 avec selon le lieu de réalisation de leur HAD, la classe RAS ou SH. Le financement des consultations médicales dans le cadre de l'HAD devra encore être réglé. Il faudra prévoir des tarifs pour la téléconsultation dans les nomenclatures des médecins et des infirmiers.

- **le rôle de l'hôpital du jour et de l'hôpital de suite dans l'organisation de la médecine ambulatoire ;**

L'HAD permet la diminution du recours à l'hôpital de jour et aux policliniques pour les soins et surveillances post-opératoires.

- **le rôle des pharmacies dans l'organisation de la médecine ambulatoire ?**

Dans le cadre de l'HAD, des partenariats seront conclus avec un nombre limité d'officines pharmacies régionales afin de garantir l'accès rapide à tous les médicaments nécessaires.

7. Comment évaluez-vous les conséquences que le virage ambulatoire pourrait avoir sur

- **le plan hospitalier :**

- utilisation optimale des lits hospitaliers par diminution de la durée moyenne de séjour intra-muros ;
- amélioration de la rotation des patients critiques au sein de l'hôpital ;
- compétences médicales et soignantes hospitalières concentrées sur les prises en charge les plus sévères ;
- diminution des réadmissions dans les services d'urgence grâce à une meilleure anticipation des parcours de soins et un meilleur suivi post-hospitalisation ;
- la médecine et les soins de santé ne s'arrêtant pas quand un franchi les murs de l'hôpital, le virage ambulatoire permettra de visualiser l'importance des acteurs de santé de manière globale, le virage ambulatoire devra permettre de dresser une « carte sanitaire nationale » plutôt qu'un plan hospitalier.

- **le statut du personnel :**

Tous les professionnels de santé ont le même niveau d'études et les mêmes compétences, indépendamment de leur lieu de travail. Le virage ambulatoire devra renforcer la revalorisation de l'image des soins de première ligne, notamment de leur capacité à maîtriser les situations de soins plus complexes, ainsi que la vue sur l'importance des professionnels de santé du secteur extrahospitalier qui sont actifs aussi bien dans le domaine préventif, rééducatif, curatif et palliatif.

Ils sont donc à mettre sur un pied d'égalité avec les professionnels de santé du secteur hospitalier et il ne doit pas y avoir de « hiérarchie décisionnelle » entre les professionnels du secteur hospitalier et extrahospitalier.

Un autre élément est la CCT. Le personnel des prestataires d'aides et de soins travaille sous la convention SAS. La COPAS revendique déjà depuis longtemps le rapprochement entre les 2 conventions SAS et FHL, la FHL étant plus favorable au personnel. Il n'y a aucun argument pouvant défendre une situation où les mêmes professions assurant les mêmes soins auprès de patients ont un écart de salaire.

- **la continuité des soins :**

Il y a 20 ans, les acteurs du secteur extrahospitalier ont mis en place le système de l'infirmier de liaison afin de permettre la continuité des soins, peu importe la durée de séjour à l'hôpital. C'est un modèle qui a porté ses fruits et qui a permis un retour à domicile du patient en toute sécurité. Des protocoles de soins ont été définis ensemble afin de permettre la continuité dans les traitements et dans les soins.

Dans le cadre du virage ambulatoire et de l'HAD, cette coordination sera encore à systématiser et à amplifier entre les médecins spécialistes et généralistes.

8. Comment évaluez-vous l'impact que la mise en œuvre du virage ambulatoire pourrait avoir sur le patient et son entourage ?

- diminution du risque de contracter une infection nosocomiale par diminution du temps de contact avec le milieu hospitalier ;
- diminution du recours à des transports par ambulance pour le suivi hospitalier ;
- diminution du nombre de patients âgés qui seront institutionnalisés en post-hospitalier pour des causes iatrogéniques ;
- meilleure réponse aux besoins et attentes des patients souhaitant rester dans leur cadre de vie pour leurs soins et leur convalescence, notamment en cas de pathologie neurocognitive ;
- diminution des réadmissions dans les services d'urgence grâce à une meilleure anticipation des parcours de soins et un meilleur suivi post-hospitalisation ;
- diminution du recours à l'hôpital de jour et aux polycliniques pour les soins post-opératoires.

9. Quelles propositions sont prioritaires pour vous ?

Pour la COPAS, la priorité est de garantir une prise en charge optimale.

A cette fin, il est important de garantir une coordination et une complémentarité optimales des ressources existantes et de définir des parcours de soins intégrés et coordonnés en intégrant tous les acteurs de la prise en charge, indépendamment du lieu de soin du patient.

Vu notre obligation vis-à-vis des bénéficiaires de garantir des prises en charge coordonnées de haute qualité et vu la diminution des ressources des professionnels de santé, il est grand temps d'agir tout en évitant un dédoublement supplémentaire des ressources et services.

Le concept de l'HAD n'est pas un concept nouveau. Il faut noter que les prestataires extrahospitaliers ont acquis durant les dernières années une expertise dans le cadre de l'HAD, notamment dans le domaine des soins palliatifs, mais aussi dans d'autres prises en charge complexes et spécialisées à domicile. Il faut les soutenir de continuer dans cette visée et promouvoir un modèle existant qui a fait ses preuves, en garantissant :

- la mise à disposition du matériel et des médicaments nécessaires ;
- un mode de financement adapté ;
- la promotion de la coordination entre les différents acteurs plutôt que d'intégrer des nouveaux acteurs supplémentaires dans les prises en charges HAD.

Hospitalisation à Domicile (HAD)

Concept d'organisation et de financement¹

-
1. ¹ Basé sur le document : Hospitalisation à Domicile (HAD) Concept d'organisation et de financement
Version finale 2020-11-16 de Marie-Lise Lair (Santé et Perspectives)

Sommaire

Glossaire	3
1. Contexte.....	4
2. Définition de l'HAD.....	5
3. Bénéfices attendus d'une HAD.....	6
4. Différenciation de l'HAD.....	7
5. Public cible de l'HAD.....	8
6. Hypothèses de développement en 3 phases de l'HAD.....	9
7. Portes d'entrée en HAD	9
8. Continuité et coordination des soins en HAD	10
8.1 La coordination hôpital-domicile.....	10
8.2 La coordination médecin spécialiste et médecin généraliste	11
8.3 La coordination soignante	12
8.4 Continuité des soins	13
9. Organisation de l'HAD du patient.....	14
9.1 HAD de provenance hospitalière vers un domicile privé	14
9.2 HAD de provenance hospitalière vers une structure d'hébergement	16
9.3 HAD en provenance d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste sans parcours hospitalier	17
10. Prestations de soins possibles en HAD	18
11. Qualité et sécurité des soins en HAD	20
12. Ressources professionnelles pour l'HAD	20
13. Matériel pour l'HAD.....	21
14. Médicaments accessibles dans le cadre de l'HAD	22
15. Technologies nécessaires pour l'HAD	22
16. Autorisation pour l'HAD	23
17. Gouvernance nationale-plateforme de pilotage nationale	24
18. Modalités de financement de l'HAD	24
18.1 Prise en charge du patient.....	24
18.2 Financement des médecins.....	24

18.3	Financement des réseaux d'aides et de soins à domicile ou des structures d'hébergement.....	25
19.	Suivi du concept l'HAD	27
	Documents consultés :	29
	Annexes.....	30

Glossaire

AD	Assurance Dépendance
AM	Assurance Maladie
AMMD	Association des Médecins et Médecins Dentistes
CNS	Caisse Nationale de Santé
COPAS	Fédération des Prestataires d'Aides et de Soins
DSP	Dossier de Santé Partagé
SH	Structure d'hébergement
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
HAD	Hospitalisation à domicile
IV	Intraveineuse
RAS	Réseau de Soins à Domicile
SLA	Sclérose Latérale Amyotrophique
SMA	Service Moyens et Accessoires
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive

1. Contexte

Depuis plusieurs années, la mise en œuvre d'une hospitalisation à domicile (HAD) au Luxembourg est discutée, sans que des décisions concrètes n'aient vu le jour, hormis pour les personnes relevant d'un besoin en soins palliatifs.

Cette discussion se fonde sur les modèles existants à l'étranger ayant pu démontrer une meilleure utilisation des lits hospitaliers, une meilleure rationalisation des dépenses de santé et une augmentation de la satisfaction des patients et des proches, grâce à l'HAD.

Elle repose aussi sur la volonté politique de développer des prises en charge ambulatoires souvent résumées par le terme de « virage ambulatoire ».

Dans le cadre des discussions autour du développement des prises en charge médicotéchniques ambulatoires dans des centres extrahospitaliers, il est indispensable d'intégrer les réseaux d'aides et de soins à domicile et les structures d'hébergement dans la préparation et le suivi post-acte. Ceci permettra d'optimiser le flux des patients, de réduire les listes d'attente et d'éviter au maximum un contact hospitalier s'il n'est pas indispensable.

Selon les patients et les actes qui pourront y être réalisés, la possibilité de recourir à une hospitalisation à domicile sera un prérequis indispensable à la sécurité et à la continuité des soins.

La crise sanitaire due à la pandémie a montré la pertinence d'un dispositif de prise en charge à domicile, permettant de réserver les lits hospitaliers aux patients présentant un état clinique grave.

L'expérience de la pandémie a pour le moins illustré que

- un retour à domicile précoce de certains patients fraîchement opérés est possible et ne constitue pas une perte de chances dans leur rétablissement,
- le suivi à domicile de patients nécessitant des soins complexes et une surveillance clinique accrue est possible et efficace,
- la coordination du parcours de soins du patient entre le secteur hospitalier et extrahospitalier ne révèle aucune difficulté majeure,

L'expérience patient peut confirmer les éléments précédents.

L'hospitalisation à domicile constitue une réelle perspective dans la stratégie sanitaire globale et le contexte actuel incite à la réactivation de la discussion d'une HAD durable structurée et

fonctionnelle permettant d'éviter une surcharge hospitalière aussi bien en temps de crise qu'en temps normaux.

D'autres facteurs prédictifs incitent au développement d'une HAD :

- l'évolution croissante de la prévalence des maladies chroniques (cancer, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, SLA) qui nécessitent des équipements adéquats et des prises en charge spécialisées dont certaines pourraient être réalisées hors des murs hospitaliers,
- le vieillissement de la population et l'accroissement prévu du pourcentage de personnes âgées jusqu'en 2050, avec les comorbidités associées, pour lesquelles un séjour à l'hôpital peut comporter un risque iatrogénique non négligeable (désorientation, chute, infection nosocomiale, déshydratation, escarres...),
- l'utilisation courante de thérapies nouvelles pouvant être administrées à domicile,
- le développement de technologies de la santé pouvant permettre le transfert de données de santé sécurisées par le biais de la télésurveillance ou de la télé-expertise.

Il faut noter que le Luxembourg a déjà une expérience en HAD puisque le pays a introduit depuis de longues années des prestations de soins palliatifs à domicile, avec un financement approprié. D'autre-part, les réseaux d'aides et de soins à domicile prennent déjà actuellement en charge des personnes atteintes de maladies dégénératives avec ventilation assistée sous respirateur, sans pour autant que le financement ne soit adapté.

2. Définition de l'HAD

L'HAD est une alternative à l'hospitalisation classique au sein des murs de l'hôpital. Il s'agit selon la Haute Autorité de Santé en France « *d'une modalité d'hospitalisation à part entière qui permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés sur le lieu de vie du patient (domicile, établissement d'hébergement)* ». Elle permet de dispenser au domicile des soins complexes qui seraient habituellement prestés à l'hôpital en intra-muros.

Cette organisation de la prise en charge permet soit d'éviter une hospitalisation conventionnelle avec hébergement au sein de l'hôpital, soit de raccourcir la durée d'hospitalisation du patient.

La notion de domicile est large puisque cela peut aussi considérer des lieux de vie institutionnels comme les structures d'hébergement pour personnes âgées (maison de soins, centre intégré pour personnes âgées), les services d'hébergement pour personnes handicapées, ...

L'HAD s'inscrit dans un parcours de soins structuré, défini entre les parties que sont l'hôpital, la médecine spécialisée, la médecine générale et les réseaux d'aides et de soins à domicile ou les structures d'hébergement.

L'HAD se conçoit dans une répartition coordonnée de la prise en charge et des responsabilités entre les acteurs clés.

Elle peut être polyvalente ou spécifique selon les pays, par exemple essentiellement consacrée aux soins palliatifs ou aux soins post-chirurgicaux ou à la prise en charge rééducative.

Au niveau international, l'HAD est mise en œuvre sous divers formats, modes d'organisation et modes de financement et par de nombreux pays : France, Belgique, Suisse, Pays-Bas, Suède, Danemark, Espagne, Italie, Canada, USA, Australie, Grande-Bretagne...

3. Bénéfices attendus d'une HAD

Les bénéfices attendus de la mise en place d'une HAD dans le système de soins sont les suivants :

- utilisation optimale des lits hospitaliers par diminution de la durée moyenne de séjour intra-muros,
- amélioration de la rotation des patients critiques au sein de l'hôpital,
- compétences médicales et soignantes hospitalières concentrées sur les prises en charge les plus sévères,
- diminution des réadmissions dans les services d'urgence grâce à une meilleure anticipation des parcours de soins et un meilleur suivi post-hospitalisation,
- diminution du recours à l'hôpital de jour et aux policliniques pour les soins post-opératoires,
- diminution du risque de contracter une infection nosocomiale par diminution du temps de contact avec le milieu hospitalier,
- diminution du recours à des transports par ambulance pour le suivi hospitalier,
- diminution du nombre de patients âgés qui seront institutionnalisés en post-hospitalier pour des causes iatrogéniques,
- meilleure réponse aux besoins et attentes des patients souhaitant rester dans leur cadre de vie pour leurs soins et leur convalescence, notamment en cas de pathologie neurocognitive,
- meilleure complémentarité entre les soins hospitaliers et les soins de première ligne,
- revalorisation de l'image des soins de première ligne, notamment de leur capacité à maîtriser les situations de soins plus complexes,
- gestion efficiente des coûts liés au parcours du patient.

4. Différenciation de l'HAD

L'HAD se distingue des soins à domicile habituellement prestés par les infirmiers libéraux ou les réseaux d'aides et de soins à domicile sur prescription médicale, qui correspondent le plus souvent à des actes isolés appartenant à la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'Assurance Maladie (AM).

L'HAD se distingue aussi des actes prestés par les réseaux de soins chez les bénéficiaires relevant de l'Assurance Dépendance (AD), qui correspondent principalement aux actes essentiels de la vie et aux activités d'appui à l'indépendance.

Les soins dispensés en HAD au domicile de la personne se distinguent des soins ambulatoires à domicile de par le fait qu'il s'agit de soins qui normalement auraient été prestés à l'hôpital mais sont déplacés au domicile. Ils doivent répondre aux mêmes critères de qualité et de sécurité que s'ils avaient été prestés à l'hôpital en intra-muros. Il ne doit exister aucune différence entre l'éducation, la surveillance, les soins et les traitements que la personne aurait reçu à l'hôpital si elle y était restée et ceux qu'elle recevra à domicile ou dans la structure d'hébergement dans le cadre de l'HAD.

Les soins HAD se distinguent des soins à domicile habituels soit par :

- une fréquence plus intensive que dans des soins à domicile habituels (ex : surveillance des paramètres toutes les 2h ou 3h),
- un nombre et un type de paramètres surveillés plus élevés que dans des soins à domicile habituels (ex : les paramètres respiratoires avec saturométrie, les réflexes neurologiques, les signes cardio-vasculaires),
- une durée plus longue que dans des soins à domicile habituels (ex : pansements plus complexes avec drainage ou avec fixateurs externes),
- une complexité plus grande que dans des soins à domicile habituels (ex : vac-thérapie, dialyse péritonéale, ventilation assistée),
- une multi-professionnalité plus importante que dans des soins à domicile habituels nécessitant une coordination journalière et une concertation régulière par visite virtuelle (ex : interventions de l'infirmier, de l'aide-soignant, du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, du psychologue, du médecin généraliste, du médecin spécialiste...),
- une instabilité plus grande des besoins perturbés que dans des soins à domicile habituels (ex : le patient a besoin d'une aide temporaire dans plusieurs actes essentiels de la vie, alimentation, hygiène et habillement, respiration, mobilisation, élimination, communication, en sus des procédures diagnostiques avec actes techniques et des interventions thérapeutiques et rééducatives).

5. Public cible de l'HAD

L'HAD est généralement polyvalente. Elle peut concerner des pathologies chirurgicales, médicales, gynécologiques et oncologiques, comportant des soins préventifs, curatifs, réhabilitatifs et palliatifs.

L'HAD s'adresse à des patients ayant passé la phase aiguë d'un accident de santé (AVC, œdème pulmonaire...) ou ayant passé la phase post-opératoire immédiate (chirurgie orthopédique programmée, chirurgie endoscopique, chirurgie ophtalmologique...), mais dont la situation clinique nécessite encore une surveillance rapprochée des complications éventuelles avec des soins techniques complexes.

Elle s'adresse aussi à des personnes atteintes de maladies chroniques, dégénératives ou non (ex : SLA, BPCO...), avec des périodes d'aggravation engendrant des hospitalisations répétées et prolongées.

L'HAD peut également concerner des patients adressés au service des urgences de l'hôpital, sans indication médicale d'hospitalisation (ex : altération de l'état général).

Restrictions du public cible pour la première phase de création d'une HAD au Luxembourg :

Tous les âges peuvent habituellement être concernés par l'HAD mais vu le besoin de compétences spécifiques pour la prise en charge d'enfants, il n'est prévu d'inclure dans la première phase de développement du concept d'HAD que les personnes de 18 ans et plus qui ont ou auraient eu une hospitalisation dans des unités de soins pour adultes.

Dans certains pays européens, l'HAD inclut les dialyses conventionnelles (hémodialyse) à domicile, cependant dans le présent concept, il n'est pas prévu d'inclure les personnes hémodialysées. Seules les dialyses péritonéales pourront faire l'objet d'une HAD.

D'autre-part, les maternités et les sages-femmes à domicile gèrent le suivi obstétrical et les soins aux nouveaux nés après la sortie hospitalière. Cette activité n'est pas retenue dans cette première phase de développement du concept d'HAD.

Cette stratégie pourra être éventuellement revue lors du bilan après 1 an de mise en œuvre de l'HAD.

6. Hypothèses de développement en 3 phases de l'HAD

Un scénario possible de patients en HAD au Luxembourg, hors patients ayant un forfait soins palliatifs, pourrait être :

- dans une **première phase 2021** de 10 patients/jour pour 100.000 habitants² soit environ 63 patients par jour en HAD,
- dans une **deuxième phase 2023** de 15 patients/jour pour 100.000 habitants soit environ 94 patients par jour en HAD,
- dans une **troisième phase 2025** de 20 patients/jour pour 100.000 habitants soit environ 125 patients par jour en HAD.

7. Portes d'entrée en HAD

Une HAD peut être prescrite par :

- un médecin spécialiste hospitalier lorsque le patient a eu une admission au service des urgences ou est hospitalisé ou pour lequel une hospitalisation est prévue,
- un médecin spécialiste en cabinet libéral, agréé ou non dans un hôpital, pour un patient qui ne sera pas adressé à l'hôpital,
- un médecin généraliste pour un patient qui ne sera pas adressé dans un hôpital.

² La France avait en moyenne 18,5 patients par jour par 100.000 habitants en 2014, l'Espagne 6 patients et l'Australie 8 patients.

Portes d'entrée en HAD et Prescripteurs de l'HAD

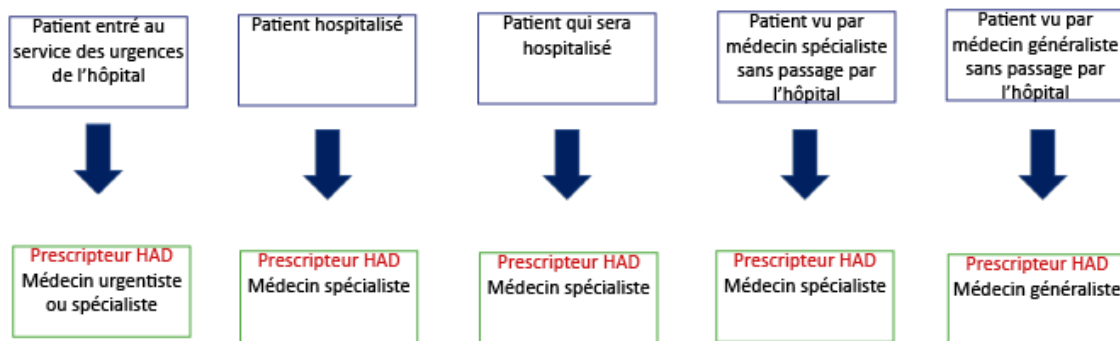


Fig.1 : Prescripteurs d'HAD en fonction de la porte d'entrée

8. Continuité et coordination des soins en HAD

La continuité des soins entre l'hôpital et le domicile du patient reposera sur quatre piliers :

- la coordination nationale hôpital-domicile
- la coordination médicale entre le médecin spécialiste et le médecin généraliste
- la coordination entre les soignants hospitaliers et les soignants des réseaux d'aides et de soins à domicile ou des structures d'hébergement,
- l'optimisation des échanges entre le médecin spécialiste, le médecin généraliste, le réseau d'aides et de soins à domicile ou la structure d'hébergement.

8.1 La coordination hôpital-domicile

La coordination hôpital-domicile dans le cadre de l'HAD devra être concrétisée par une convention entre les prestataires autorisés à faire de l'HAD et les hôpitaux respectifs.

8.2 La coordination médecin spécialiste et médecin généraliste

Principes de base :

Le médecin spécialiste est la personne de référence lorsque la demande d'HAD provient d'un médecin spécialiste hospitalier ou d'un médecin spécialiste en cabinet libéral. Il est le prescripteur de l'HAD.

Le médecin généraliste est la personne de référence s'il est le prescripteur de l'HAD pour les patients qui n'entrent pas dans le circuit hospitalier.

La communication entre médecins spécialistes et généralistes se fait idéalement par le DSP et est complétée par des concertations interprofessionnelles.

Ce type de coordination s'applique si le patient a ou aura un parcours hospitalier ou si l'HAD est demandée par un médecin spécialiste en cabinet libéral sans que le patient ait un parcours hospitalier.

Dès la décision d'une HAD, le médecin spécialiste implique le médecin généraliste du patient et s'assure de sa collaboration.

Le médecin spécialiste sera le médecin référent pendant toute la durée de l'HAD pour le problème de santé relevant de l'HAD. C'est lui qui assurera les consultations ou téléconsultations de suivi spécialisé si c'est nécessaire pendant le parcours HAD.

Le médecin généraliste aura la garantie, en cas d'aggravation de la situation clinique du patient malgré l'application du parcours de soins, de pouvoir :

- avoir un contact avec le médecin spécialiste prescripteur ou son remplaçant,
 - ré-adresser sans délai le patient directement au médecin spécialiste ayant prescrit l'HAD.
- Dans cette situation, une concertation entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste aura lieu.

Si le médecin spécialiste exerce en cabinet libéral sans être agréé dans un hôpital, le médecin spécialiste et le médecin généraliste conviendront avec le patient de l'établissement hospitalier vers lequel il sera adressé en cas d'urgence pendant son parcours HAD.

Le médecin spécialiste mettra à disposition du médecin généraliste du patient toutes les informations sur le parcours de soins du patient à suivre, ainsi que des informations sur l'état clinique du patient, les traitements en cours et à poursuivre, les surveillances, les examens diagnostiques à faire (ex : analyses biologiques) et les soins spécifiques à réaliser, la date du prochain rendez-vous avec le médecin spécialiste. Les documents seront idéalement déposés dans le DSP avant le transfert en HAD et seront accessibles, en sus du patient, au médecin généraliste, au réseau d'aides et de soins à domicile ou à la structure d'hébergement.

Pendant la durée de l'HAD, le médecin spécialiste est en charge lors de chaque téléconsultation ou consultation en présentiel des transmissions écrites à destination du médecin généraliste et

du réseau d'aides et de soins à domicile ou de la structure d'hébergement. Il fera si besoin de nouvelles prescriptions et modifiera le protocole de soins du patient.

De même, le médecin généraliste est en charge lors de chaque visite ou téléconsultation, des transmissions écrites à l'attention du médecin spécialiste. Les visites du médecin ou les téléconsultations se feront dans le respect de la planification prévue au sein du parcours de soins du patient, à l'exception de l'urgence clinique.

Le médecin spécialiste et le médecin généraliste seront des référents pour les équipes soignantes du réseau d'aides et de soins à domicile ou de la structure d'hébergement.

8.3 La coordination soignante

Chaque hôpital organisera en interne une coordination de l'HAD³ pour l'ensemble des patients concernés, qui assurera en concertation avec le médecin prescripteur de l'HAD, avec le réseau d'aides et de soins ou la structure d'hébergement l'organisation du transfert en HAD.

Chaque réseau d'aides et de soins à domicile ou structure d'hébergement autorisé à faire de l'HAD organisera en interne une coordination de l'HAD⁴ pour tous les patients concernés, qui assurera le lien avec la coordination HAD de l'hôpital, avec les médecins spécialistes et avec les médecins généralistes, notamment lorsque le patient n'a pas de parcours hospitalier.

La coordination HAD de l'hôpital organisera avec le réseau d'aides et de soins choisi par le patient ou la structure d'hébergement une concertation pour préparer le transfert en HAD.

Le médecin spécialiste et l'équipe soignante hospitalière auront préalablement défini le parcours de soins du patient à poursuivre, précisant les soins requis, l'éducation à poursuivre, les surveillances, les examens diagnostiques à réaliser, les traitements à poursuivre, les rendez-vous de suivi médical spécialisé et la durée prévue de l'HAD. Ce parcours de soins sera concerté avec la coordination HAD du réseau d'aides et de soins ou de la structure d'hébergement du patient. La coordination HAD hospitalière déposera idéalement dans le DSP du patient le parcours de soins défini en concertation avec le patient avant le transfert en HAD.

Lorsque le patient n'a pas de parcours hospitalier, le médecin spécialiste en cabinet libéral ou le médecin généraliste déterminera avec la coordination HAD du réseau d'aides et de soins à domicile ou de la structure d'hébergement le parcours de soins à suivre pendant la période d'HAD.

³ Il ne s'agit pas obligatoirement d'un poste à créer, mais d'une fonction pouvant être confiée à un cadre soignant de l'établissement

⁴ Il ne s'agit pas obligatoirement d'un poste à créer, mais d'une fonction pouvant être confiée à un cadre soignant de la structure

Pendant la durée de l'HAD, en cas de problème dans la réalisation du parcours de soins, la coordination HAD du réseau d'aides et de soins à domicile ou de la structure d'hébergement aura la garantie de pouvoir contacter dans des délais raisonnables, le médecin spécialiste ayant prescrit l'HAD, le médecin généraliste ou si besoin la coordination hospitalière HAD si le patient est issu de l'hôpital.

Lors de chaque passage chez le patient, l'équipe soignante du réseau d'aides et de soins à domicile documentera tous les soins réalisés dans le dossier de soins du patient ainsi que son évolution clinique et en informe le médecin prescripteur de l'HAD et le médecin généraliste. Dans les structures d'hébergement, une synthèse sera régulièrement rendue accessible au médecin prescripteur de l'HAD et au médecin généraliste.

L'équipe soignante du réseau d'aides et de soins à domicile ou de la structure d'hébergement aura la garantie de pouvoir contacter le médecin généraliste du patient .

La e-prescription sera promue pour ne pas retarder la prise en charge.

8.4 Continuité des soins

Les réseaux d'aides et de soins ou les structures d'hébergement prenant en charge des patients en HAD garantiront une **continuité de leurs services 24h/24, 7jrs/7** pour prester la totalité des soins prévus dans le parcours de soins du patient en respectant la planification des soins de jour, de nuit, les jours ouvrables aussi bien que les weekends et jours fériés. Aucune interruption du parcours de soins conclu entre l'hôpital et le réseau d'aides et de soins ou la structure d'hébergement ne pourra être acceptée.

De plus, les réseaux d'aides et de soins à domicile garantiront **une permanence de soins 24h/24 et 7jrs/7** sur appel téléphonique avec une infirmière pouvant se déplacer au domicile du patient en cas d'aggravation clinique entre les intervalles de passage.

Le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste garantira son remplacement par un confrère en cas d'absence pendant la durée de l'HAD.

Le DSP sera l'outil du futur pour garantir la transmission des informations entre les intervenants en HAD.

9. Organisation de l'HAD du patient

L'organisation de l'HAD présentera des variantes selon que le patient aura ou non un parcours hospitalier et selon que son domicile est privé ou en structure d'hébergement.

9.1 HAD de provenance hospitalière vers un domicile privé

Le modèle d'organisation proposé ci-après ne concerne que les HAD en provenance d'un établissement hospitalier, le patient étant hospitalisé ou devant avoir une hospitalisation programmée dans le cas par exemple d'une chirurgie électorive. Le patient retourne dans son domicile privé.

Principes de base de l'HAD :

Le médecin spécialiste ou urgentiste de l'hôpital décide en fonction de l'état clinique du patient s'il peut bénéficier d'une HAD.

La prise en charge en HAD d'un patient ne peut être possible que si le patient a un médecin référent (généraliste ou spécialiste⁵) pouvant le suivre à domicile.

Le domicile du patient doit présenter les conditions d'hygiène et d'espace permettant l'installation des équipements et la réalisation des soins au domicile.

Le réseau d'aides et de soins à domicile doit avoir une autorisation pour faire de l'HAD.

Un parcours de soins individualisé est établi pour chaque patient en HAD.

C'est le médecin spécialiste ou le médecin urgentiste en charge du patient au sein de l'établissement hospitalier qui décide si l'état clinique du patient permet de l'orienter vers l'HAD. Il en fait la proposition au patient et à ses proches.

Cette proposition peut être faite avant l'hospitalisation notamment dans le cadre des chirurgies électorives pouvant relever de l'HAD.

Un patient ne peut être adressé en HAD qu'après obtention de son accord, et le cas échéant, celui de son entourage.

Le médecin spécialiste ou le médecin urgentiste informe le coordinateur HAD de l'hôpital, qui va alors identifier les conditions logistiques, l'équipement et les fournitures nécessaires en fonction de la situation clinique du patient, puis réaliser une enquête sur le domicile⁶ du patient pour s'assurer de la potentielle compatibilité avec l'HAD.

⁵ Certains médecins spécialistes en médecine interne assurent des prises en charge au domicile.

⁶ La coordination HAD de l'hôpital ne se rend pas au domicile du patient mais réalise un entretien avec le patient et son entourage pour s'assurer qu'un minimum de conditions sont remplies pour envisager une HAD

Si le logement semble compatible avec l'HAD, le coordinateur HAD de l'hôpital demande au patient de choisir un réseau d'aides et de soins à domicile autorisé pour faire de l'HAD. La coordination HAD de l'hôpital prendra contact avec la coordination HAD du réseau d'aides et de soins à domicile pour organiser le transfert en HAD.

Si le réseau d'aides et de soins ne connaît pas le patient, la coordination HAD du réseau peut demander à rencontrer le patient avant le transfert en HAD.

La coordination HAD du réseau d'aides et de soins réalisera une visite du logement pour confirmer l'organisation possible de l'HAD en fonction des appareillages nécessaires, notamment si le patient a besoin d'équipements spéciaux ou si l'enquête sur le logement ne permet pas d'affirmer que les conditions d'HAD sont remplies.

S'il est confirmé que le logement peut accueillir le patient en HAD, le médecin spécialiste ou le médecin urgentiste rédige la prescription d'HAD.

Le médecin spécialiste ou le médecin urgentiste ensemble avec l'équipe soignante hospitalière déterminent le parcours de soins individualisé qui sera à poursuivre en HAD en concertation avec la coordination HAD du réseau d'aides et de soins à domicile, contenant le protocole d'éducation à poursuivre, de surveillance, de traitement, d'examens diagnostiques à réaliser, de soins spécifiques, de suivi par le biais de consultations médicales spécialisées.

Ils déterminent aussi la durée prévisible de l'HAD. Celle-ci est initiée pour une période limitée dans le temps⁷, renouvelable selon l'évolution de l'état de santé du patient.

La prescription d'HAD devra être transmise au réseau d'aides et de soins à domicile. Ce formulaire comportera la date de début de l'HAD, la date prévisible de fin, le code du forfait prescrit, le nom du médecin référent du patient au domicile, le nom du réseau d'aides et de soins autorisé à faire de l'HAD choisi par le patient.

La coordination HAD de l'hôpital organisera avec la collaboration de l'équipe soignante spécialisée hospitalière et de la coordination HAD du réseau d'aides et de soins à domicile, choisi par le patient, le transfert en HAD : transmission des informations et du parcours de soins à poursuivre, commande et livraison préalable des appareils et équipements spécifiques, livraison des fournitures préalablement, prescription des médicaments et obtention des médicaments à usage hospitalier si besoin, transfert par ambulance au domicile si besoin, formation si besoin du réseau pour réaliser certains soins spécifiques, planification des dates de téléconsultation pour le suivi spécialisé.

A la fin de l'HAD, si le patient nécessite encore ponctuellement des soins, le relais est pris par les soins à domicile traditionnels relevant de l'AM.

⁷ En aucun cas la période initiale demandée d'HAD ne peut être supérieure à 15 jours

9.2 HAD de provenance hospitalière vers une structure d'hébergement

Le modèle d'organisation proposé ci-après ne concerne que les HAD en provenance d'un établissement hospitalier, le patient étant hospitalisé ou devant avoir une hospitalisation programmée dans le cas par exemple d'une chirurgie électorive. Le patient avait pour domicile une structure d'hébergement⁸ dans laquelle il retournera en HAD.

Principes de base de l'HAD :

Le médecin spécialiste ou urgentiste de l'hôpital décide en fonction de l'état clinique si le patient peut faire l'objet d'une HAD.

La prise en charge en HAD d'un patient ne peut être possible que si le patient a un médecin référent (généraliste ou spécialiste⁹) pouvant le suivre dans la structure d'hébergement.

Le domicile du patient dans la structure d'hébergement doit présenter les conditions d'hygiène et d'espace permettant l'installation des équipements et la réalisation des soins.

La structure d'hébergement doit être autorisée à faire de l'HAD.

C'est l'équipe médicale et soignante de la structure d'hébergement qui réalise les soins du parcours de soins HAD du patient.

C'est le médecin spécialiste ou urgentiste en charge du patient au sein de l'établissement hospitalier qui décide si l'état clinique du patient permet de l'orienter vers l'HAD.

Il vérifie avec la coordination HAD de l'hôpital que la structure d'hébergement du patient est autorisée à faire de l'HAD.

Si oui, il fait la proposition d'HAD au patient et contacte le médecin généraliste en charge du patient dans la structure d'hébergement afin de s'assurer de sa collaboration.

Cette proposition peut être faite avant l'hospitalisation notamment dans le cadre des chirurgies électorives pouvant relever de l'HAD.

L'accord du médecin généraliste en charge du patient et de la coordination HAD de la structure d'hébergement déclenche le processus d'organisation de l'HAD.

Le médecin spécialiste ou urgentiste de l'hôpital rédige la prescription d'HAD et la transmet à la coordination HAD de l'hôpital qui se met en contact avec la coordination HAD de la structure d'hébergement.

Le médecin spécialiste ou urgentiste ensemble avec l'équipe soignante hospitalière déterminent, en concertation avec la coordination HAD de la structure d'hébergement, le parcours de soins individualisé¹⁰ qui sera à poursuivre en HAD, contenant le protocole d'éducation à poursuivre, de surveillance, de traitement, d'examen diagnostiques à réaliser, de soins spécifiques, de suivi par le biais de consultations médicales spécialisées.

⁸ Sont considérés comme structures d'hébergement les maisons de soins et CIPA

⁹ Certains médecins spécialistes en médecine interne assurent des prises en charge au domicile.

¹⁰ Le coordinateur national HAD aura la mission de développer, avec les acteurs, une maquette standard de parcours de soins HAD ainsi que des parcours de soins HAD structurés pour les pathologies prévalentes, qui seront ensuite individualisés par patient.

Ils déterminent aussi la durée prévisible de l'HAD. Celle-ci est initiée pour une période limitée dans le temps¹¹, renouvelable selon l'évolution de l'état de santé du patient.

La prescription d'HAD devra être transmise à la structure d'hébergement. Ce formulaire comportera la date de début de l'HAD, la date prévisible de fin, le code du forfait prescrit, le nom du médecin référent du patient au domicile, le nom de la structure d'hébergement autorisée à faire de l'HAD choisie par le patient.

La coordination HAD de l'hôpital organisera, avec la collaboration de l'équipe soignante spécialisée hospitalière, et avec la coordination HAD de la structure d'hébergement, le transfert en HAD : transmission des informations et du parcours de soins à poursuivre, commande et livraison préalable des appareils et équipements spécifiques, livraison des fournitures préalablement, prescription des médicaments et obtention des médicaments à usage hospitalier si besoin, transfert par ambulance, formation si besoin des soignants de la structure d'hébergement pour gérer certains soins spécifiques, planification des dates de téléconsultation pour le suivi spécialisé.

A la fin de l'HAD, si le patient nécessite encore ponctuellement des soins, le relais est pris par le personnel de la structure d'hébergement via les actes infirmiers traditionnels relevant de l'AM.

9.3 HAD en provenance d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste sans parcours hospitalier

Ce modèle d'organisation concerne seulement les patients dont l'HAD est proposée au patient par le médecin généraliste ou spécialiste, sans que le patient ait un parcours hospitalier. Ce processus a pour objectif d'éviter des ré-hospitalisations répétées au patient. Il s'agit le plus souvent de patients atteints de maladies chroniques avec des poussées évolutives ou de patients avec altération de l'état général en établissement d'hébergement ou à domicile.

Principes de base :

Le patient est au domicile privé ou en structure d'hébergement. Celle-ci ou le réseau d'aides et de soins à domicile doit obligatoirement être autorisé à faire de l'HAD.

Le médecin généraliste ou spécialiste en cabinet libéral est le médecin référent du patient pour l'HAD.

Le médecin généraliste ou spécialiste en cabinet libéral est le prescripteur de l'HAD. Il suit le patient en HAD.

Le médecin fait la proposition au patient et à son entourage de bénéficier d'une HAD et s'assure que le logement peut permettre l'installation si besoin d'appareillage.

¹¹ En aucun cas la période initiale demandée d'HAD ne peut être supérieure à 15 jours

S'il est dans un domicile privé, le patient choisit un réseau d'aides et de soins à domicile autorisé à faire de l'HAD.

S'il est en structure d'hébergement, c'est l'équipe médicale et soignante de la structure qui se chargera de la prise en charge en HAD.

Le médecin référent contacte la coordination HAD du réseau d'aides et de soins choisi par le patient ou la coordination HAD de la structure d'hébergement et détermine avec elle le parcours de soins individualisé¹² à suivre qui comprendra l'éducation à faire, la surveillance, le traitement, les examens diagnostiques à réaliser, les soins spécifiques, le suivi médical.

La prescription d'HAD devra être transmise au réseau d'aides et de soins ou à la structure d'hébergement. Ce formulaire comportera la date de début de l'HAD, la date prévisible de fin, le code du forfait prescrit, le nom du médecin référent du patient au domicile, le nom du réseau de soins choisi par le patient ou de la structure d'hébergement autorisé à faire de l'HAD.

Le réseau d'aides et de soins à domicile ou la structure d'hébergement s'occupe de la livraison du matériel, des fournitures, des médicaments.

A la fin de l'HAD, si le patient nécessite encore ponctuellement des soins, le relais est pris par les soins à domicile ou le personnel de la structure d'hébergement via les actes infirmiers traditionnels relevant de l'AM.

10. Prestations de soins possibles en HAD

Les interventions pouvant être prestées en HAD peuvent être de nature éducative, préventive, curative, rééducative ou palliative.

Elles demandent d'être coordonnées entre tous les acteurs professionnels.

Lors des interventions en HAD, l'équipe soignante veille à inclure le patient et son entourage dans les soins.

Les interventions en HAD peuvent comprendre :

- les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène, de la mobilité, de l'habillement, de l'élimination et de la nutrition,
- la prophylaxie liée : aux troubles d'altération de l'intégrité de la peau et des téguments, aux troubles thromboemboliques, aux rétractions et attitudes vicieuses, au risque de chutes, au risque infectieux, aux troubles nutritionnels...

¹² Le coordinateur national HAD aura la mission de développer, avec les acteurs, une maquette standard de parcours de soins HAD ainsi que des parcours de soins HAD structurés pour les pathologies prévalentes, qui seront ensuite individualisés par patient.

- la rééducation précoce : rééducation chirurgicale orthopédique ou traumatologique, neurologique...
- l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique des patients et de leurs proches, apprentissage des techniques d'auto-surveillance...
- la surveillance des paramètres vitaux...
- les surveillances spécifiques : neurologiques, vasculaires, respiratoires, bilan des entrées et sorties...
- la réalisation de tests d'évaluation : mesure de la douleur, bilan fonctionnel, bilan neurologique...
- les prélèvements pour diagnostic et l'envoi dans les laboratoires...
- les examens diagnostiques (ex. ECG) avec télétransmission,
- les mesures d'hygiène pour la prévention de la propagation des infections : mesures de protection individuelle et collective...
- les traitements per os, sous-cutanés ou intradermiques, intramusculaires, intraveineux direct, par perfusion, par application cutanée, par voie intra-rectale ou vaginale, par voie ophtalmique...
- l'administration de certaines chimiothérapies et leurs surveillances,
- la prise en charge de la douleur sur prescription médicamenteuse et soins non médicamenteux,
- l'alimentation parentérale,
- les pansements simples, les pansements compressifs et les pansements complexes, la VAC-thérapie...
- les contentions et bandages, la surveillance des plâtres et attelles,
- la surveillance et les soins de drainage : redon, drain abdominal, sonde gastrique de décharge ...,
- la pose, dépose, surveillance de dialyse péritonéale et l'éducation du patient,
- les soins digestifs : lavement, changement des poches de colostomie...
- les soins d'assistance respiratoire : soins de trachéotomie permanente, aspiration pharyngée et bronchique, humidification, oxygénothérapie, drainage pulmonaire, ventilation mécanique non-invasive...
- la communication avec le patient et avec les proches : le soutien psychologique adapté, la stimulation sensorielle...
- les formalités nécessaires pour la gestion des droits sociaux et financiers du patient,
- la documentation des soins et la transmission des informations dans le futur DSP,
- la communication entre les professionnels de la santé dans le cadre de consultations de suivi virtuelles: médecins spécialistes et généralistes et autres professions de santé,
- l'installation du matériel médical, sa désinstallation et sa désinfection,
- les déplacements chez le patient, aux laboratoires, à l'hôpital, à la pharmacie,
- la gestion des déchets de soins.

11. Qualité et sécurité des soins en HAD

Les conditions de sécurité et de qualité des soins fournis par les réseaux d'aides et de soins à domicile et les structures d'hébergement autorisés à faire de l'HAD devront être équivalentes à celles exigées si le patient était resté en milieu hospitalier intra-muros.

Les conditions d'asepsie lors des soins, le respect des procédures des soins techniques, l'utilisation appropriée du matériel et des dispositifs médicaux, le contrôle et la préparation des traitements, les exigences de documentation des soins¹³, seront identiques.

Le réseau d'aides et de soins à domicile et la structure d'hébergement autorisés à faire de l'HAD garantiront que l'équipe soignante qui prendra en charge le patient HAD dispose des connaissances et des compétences en savoir-faire et savoir-être pour réaliser l'éducation, la surveillance, les traitements, les méthodes diagnostiques et les soins quelle que soit leur nature. L'hôpital garantira un accompagnement à ces équipes soignantes en cas de soins très spécifiques.

L'hôpital veillera pour sa part, par sa qualité des soins et de prise en charge, à ne pas générer chez le patient de complications iatrogéniques pendant son séjour hospitalier : infection nosocomiale, escarre, chute, déshydratation, troubles thromboemboliques...

12. Ressources professionnelles pour l'HAD

Les soins en HAD nécessitent de disposer dans les réseaux d'aides et de soins et dans les structures d'hébergement autorisés à faire de l'HAD des compétences professionnelles appropriées aux besoins de ces patients. Il s'agit des professions suivantes :

- infirmiers pour les soins préventifs, curatifs, palliatifs, éducatifs et relationnels, et le suivi des droits sociaux¹⁴,
- aides-soignants pour les soins de base et certains actes techniques tels que prévus par leurs attributions,
- kinésithérapeutes pour la mobilisation active et passive ainsi que pour la kinésithérapie respiratoire et la rééducation,
- ergothérapeutes pour l'éducation aux actes essentiels de la vie dans le cadre de vie et l'installation d'aides techniques,
- psychologues pour le soutien psychologique au patient et aux proches si besoin.

¹³ Les outils de documentation peuvent être différents mais les éléments à documenter et les exigences en terme de contenu de la documentation seront identiques.

¹⁴ Dans les réseaux de soins à domicile des infirmiers plus spécialisés dans les droits sociaux réalisent ce travail, alors que dans les établissements d'hébergement ce sont des assistantes sociales.

Toutes ces compétences sont aujourd'hui disponibles dans les réseaux d'aides et de soins à domicile et dans les structures d'hébergement. Des équipes spécifiques formées aux gestes techniques appropriés à l'HAD peuvent être constituées et mobilisées dans les réseaux d'aides et de soins et structures d'hébergement désirant être autorisés à faire de l'HAD.

13. Matériel pour l'HAD

L'HAD nécessite d'avoir à disposition du matériel au domicile, tels que des lits médicalisés électriques avec barrières de protection intégrées, des lève-personnes, des matelas de prophylaxie du décubitus, des fauteuils roulants, des aspirateurs bronchiques, des pompes d'alimentation, des pompes pour perfusions, des concentrateurs d'oxygène fixes ou portables, des dialyseurs péritonéaux, des appareils de ventilation mécanique non invasive, des respirateurs pour ventilation assistée...

Ce matériel est normalement disponible au Service Moyens et Accessoires (SMA) ou/et auprès d'un fournisseur privé. Il faudra s'assurer que le stock de matériel soit suffisant pour garantir un délai de livraison de 24h maximum après la commande.

Le réseau d'aides et de soins à domicile ou la structure d'hébergement doit pouvoir acheter certains matériels qui seront remboursés par la CNS.

Il faudra aussi s'assurer que pour tous les matériels soumis à autorisation de la CNS tels que les concentrateurs d'oxygène fixes ou portables, la prescription puisse être faite par un médecin spécialiste hospitalier (médecin spécialiste en médecine interne, en pneumologie, en anesthésie-réanimation) lorsqu'il s'agit d'un patient HAD et non pas seulement par un médecin pneumologue¹⁵.

Une demande devra être faite à la CNS pour accepter la prise en charge de certains appareils ou dispositifs médicaux dans le cadre de l'HAD. L'annexe 1 reprend la liste de matériel utile en HAD et pour lesquels une prise en charge est attendue.

La CNS devra prendre en charge à 100 % les frais de location et d'entretien des appareils pour les patients HAD, tout comme ils auraient été couverts si le patient avait été maintenu en hospitalisation.

Dans le cadre de l'HAD, des partenariats seront conclus avec les fournisseurs.

¹⁵ Notamment parce que les patients COVID positifs peuvent avoir besoin au domicile d'une assistance par oxygénothérapie.

14. Médicaments accessibles dans le cadre de l'HAD

L'HAD nécessite d'avoir accès au domicile privé des patients ou dans les structures d'hébergement aux médicaments relevant de la liste positive des médicaments pris en charge par la CNS ainsi qu'aux médicaments aujourd'hui réservés à l'usage essentiellement hospitalier. Il faudra prévoir au niveau de la CNS d'élargir l'autorisation d'utilisation des médicaments à usage hospitalier aux patients en HAD, sous réserve d'une prescription initiale par un médecin spécialiste ou généraliste, renouvelable si besoin pendant la durée de l'HAD.

Une liste détaillée des médicaments dont l'accès doit être garanti dans le cadre de l'HAD est en voie d'élaboration et sera annexée au présent document lorsqu'elle sera finalisée.

Dans le cadre de l'HAD, des partenariats seront conclus avec un nombre limité d'officines pharmacies régionales afin de garantir l'accès rapide à tous les médicaments nécessaires.

15. Technologies facilitant le flux de communication lors d'une l'HAD

La coordination du parcours de soins sera facilitée via l'utilisation des technologies de l'information.

Le DSP sera, malgré son absence de convivialité et de structuration des données, l'outil de communication privilégié entre les professionnels.

Pour que cet outil soit utilisé dans le cadre de l'HAD, la condition suivante est à considérer :

- L'interopérabilité avec les logiciels métiers des médecins, des réseaux d'aides et de soins à domicile, des structures d'hébergement devra être assurée en partenariat avec l'Agence e-Santé, afin de pouvoir déposer des documents relatifs à l'HAD (ex : parcours de soins du patient)

En attendant que l'Agence e-Santé réponde à ce besoin, les outils habituels de communication entre les professionnels continueront d'être utilisés.

La téléconsultation pourra être utilisée pour l'organisation des consultations de suivi du médecin spécialiste et du médecin généraliste.

Un outil de supervision des plaies à distance devra pouvoir être utilisé pour permettre la télé-expertise des équipes spécialisées.

La e-prescription serait adaptée aux exigences de l'HAD et devrait donc être développée prioritairement.

Des installations de télémédecine permettant la transmission de données cliniques en temps réel vers les équipes spécialisées devront compléter à court ou moyen terme le dispositif d'HAD notamment pour les patients insuffisants cardiaques ou insuffisants respiratoires.

16. Autorisation pour l'HAD

Etant donné que les réseaux d'aides et de soins et les structures d'hébergement ont pour Ministère de tutelle le Ministère de la Famille, le projet de loi sur la qualité des prestations pour personnes âgées (PL7524) devra être complété par un paragraphe indiquant que les gestionnaires qui souhaitent pratiquer l'hospitalisation à domicile devront être autorisés par le Ministère de la Santé à le faire. Cette autorisation se fera sur présentation d'un dossier individuel du gestionnaire d'HAD et sera subordonnée à la capacité à prêter un service universel (24/7 sur tout le territoire national).

Il n'est pas obligatoire pour tout réseau d'aides et de soins à domicile ou pour toute structure d'hébergement d'offrir les prestations d'HAD, mais pour prendre en charge un patient en HAD, cette autorisation du Ministère de la Santé est obligatoire.

Les réseaux d'aides et de soins à domicile ou les structures d'hébergement qui souhaitent participer à la prise en charge de patients en HAD présenteront au Ministère de la Santé un dossier précisant:

- les ressources professionnelles requises pour l'HAD,
- l'organisation de la permanence et de la continuité des soins définies dans le concept d'HAD des soins,
- les conventions signées avec les établissements hospitaliers pour l'HAD,
- les partenariats faits avec les pharmacies,
- les partenariats faits avec les fournisseurs de matériel médical et de dispositifs médicaux¹⁶,
- le type de patients HAD admissibles.

La liste des réseaux de soins à domicile et des établissements d'hébergement autorisés par le Ministère de la Santé pour réaliser de l'HAD sera publiée sur le portail santé.

¹⁶ Annexe 1

17. Gouvernance nationale-plateforme de pilotage nationale

Une plateforme de pilotage nationale HAD¹⁷ sera constituée auprès du Ministère de la Santé et sera composée d'un représentant du Ministère de la Santé ou de la Direction de la Santé, d'un représentant du Ministère de la Famille, d'un représentant du Ministère de la Sécurité sociale, de deux représentants de la COPAS (domicile et long séjour), du Cercle des Médecins Généralistes et de l'AMMD qui représente l'ensemble des médecins spécialistes. Elle aura pour mission de suivre le déploiement de l'HAD et d'aider à la résolution des problèmes rencontrés dans l'application sur le terrain. Elle sera présidée par le représentant du Ministère de la Santé.

18. Modalités de financement de l'HAD

18.1 Prise en charge du patient

La CNS prendra en charge les soins du patient en HAD selon les mêmes conditions que lors d'une hospitalisation, dès lors que la prescription d'HAD aura été transmise à la CNS par le réseau d'aides et de soins ou la structure d'hébergement.

Le patient ne sera pas tenu de faire l'avance des frais médicaux et des frais de professions de santé (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute). Ceux-ci seront pris en charge à 100 % par la CNS.

Il bénéficiera de la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux à 100 % pendant toute la durée de l'HAD.

Le patient n'aura pas de part personnelle à payer dans le cadre de l'HAD puisqu'il n'est pas hébergé par l'hôpital. Bien entendu, dans les structures d'hébergement, le patient continuera de payer ses frais d'hébergement selon le tarif négocié dans son contrat d'hébergement.

Il est demandé que les frais de transport des patients en HAD soient pris en charge selon les modalités des transports en série, sans demande d'autorisation à la CNS, dès lors que la prescription d'HAD aura été envoyée à la CNS.

Les frais de location d'équipement temporaire (lit médicalisé, chaise roulante...) seront pris en charge à 100% par la CNS.

18.2 Financement des médecins

Les médecins établiront leurs mémoires d'honoraires qu'ils adresseront dans le cadre du tiers payant directement à la CNS. Ils seront pris en charge à 100 % par la CNS.

Le tarif de la téléconsultation sera maintenu dans le cadre de l'HAD.

¹⁷ En l'absence de la création d'un organisme chargé de l'HAD, un comité sera créé. Ce comité peut prendre la dénomination de Commission, de Plateforme ou de Conseil

18.3 Financement des réseaux d'aides et de soins à domicile ou des structures d'hébergement

Seuls les réseaux d'aides et de soins à domicile et les structures d'hébergement ayant obtenu une autorisation pour faire de l'HAD pourront opposer des frais pour l'HAD à la CNS.

Il ne sera possible d'opposer des frais à la CNS que pour les patients pour lesquels une prescription d'HAD a été reçue par la CNS.

Les forfaits HAD ne sont pas cumulables avec les forfaits soins palliatifs.

Les forfaits HAD se basent sur un tarif conventionnel (non établi moyennant lettre-clé) à prévoir dans le Code de la sécurité sociale.

Le financement spécifique par **forfait journalier** est proposé en fonction de la lourdeur de charge en soins du patient au début de l'HAD.

Le forfait ne sera pas dégressif mais attribué pour la durée de l'HAD.

La durée maximale de la première demande d'HAD sera de 15 jours.

Si un renouvellement de l'HAD est demandé, le niveau du forfait sera réévalué par le médecin prescripteur de l'HAD à la hausse ou à la baisse en fonction de l'état clinique du patient.

Le forfait journalier comprendra l'ensemble de la prise en charge : les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène, de l'habillement, de l'élimination, de l'alimentation, de la mobilisation, la communication avec le patient et l'entourage, les traitements, les méthodes diagnostiques, les soins infirmiers spécifiques, les soins préventifs, l'éducation, la rééducation, l'ergothérapie et la gestion des orthèses et aides techniques, le soutien psychologique, les demandes de droits sociaux, la documentation des soins, la communication et la coordination entre les professionnels, la gestion des équipements et matériels, la gestion des fournitures, les procédures de désinfection du matériel de soins, l'organisation des téléconsultations.

Les différentes classes de lourdeur de prise en charge proposées sont les suivantes :

- **forfait HAD-1 soins et surveillance faibles:** le patient requiert moins de 150 minutes de prises en charge par jour,
- **forfait HAD-2 soins et surveillance modérés:** le patient requiert 150 minutes à moins de 210 minutes de prises en charge par jour ,
- **forfait HAD-3 soins et surveillance intenses:** le patient requiert 210 minutes à moins de 270 minutes de prises en charge par jour ,
- **forfait HAD-4 soins et surveillance très intenses:** le patient requiert plus de 270 minutes de prises en charge par jour.

Cependant, les réseaux d'aides et de soins à domicile doivent à la différence des structures d'hébergement assurer les déplacements pour se rendre chez le patient pour les soins, pour visiter le patient dans l'établissement hospitalier, lors du premier contact et pour faire la visite du logement afin de déterminer si l'HAD est possible. C'est pourquoi pour chacun des forfaits journaliers de soins, deux classes ont été proposées : l'une pour les réseaux d'aides et de soins à domicile (HAD-RAS), l'autre pour les structures d'hébergement (HAD-SH). **Un complément de 30 % du temps des soins sera appliqué pour les réseaux d'aides et de soins.**

Certains patients qui auront une HAD bénéficieront déjà d'une synthèse de prise en charge dans le cadre de l'assurance dépendance (AD). A l'instar de ce qui existe pour les soins palliatifs, ces patients conserveront pendant la période HAD leurs droits acquis à l'AD. En complément, seuls les forfaits 1 ou 2-HAD-RAS ou forfait 1 ou 2-HAD-SH seront opposables à la CNS. Ces patients ne pourront pas accéder au forfait HAD 3 ou au forfait HAD 4.

Les patients n'étant pas bénéficiaires de l'AD, pourront accéder aux forfaits HAD 1,2,3,4 avec selon le lieu de réalisation de leur HAD, la classe RAS ou SH.

En prenant pour hypothèse que dans chaque forfait les patients ont une charge de soins s'étalant harmonieusement autour de la moyenne de la classe¹⁸, les forfaits journaliers de financement des institutions proposés sont les suivants :

Type de forfait	Dénomination	Classe	Temps attribué pour le financement
Forfait HAD-1	Soins et surveillance faibles	F1-HAD-RAS	135 min/jour + 30 % déplacement
		F1-HAD-SH	135 min/jour
Forfait HAD-2	Soins et surveillance modérés	F2-HAD-RAS	180 min/jour + 30 % déplacement
		F2-HAD-SH	180 min/jour
Forfait HAD-3	Soins et surveillance intenses	F3-HAD-RAS	240 min/jour + 30 % déplacement
		F3-HAD-SH	240 min/jour
Forfait HAD-4	Soins et surveillance très intenses	F4-HAD-RAS	315 min /jour + 30 % déplacement
		F4-HAD-EH	315 min /jour

Tab.1 : Liste des forfaits HAD et leur proposition de temps financé

Au moment où la prise en charge des patients COVID-19+ tombera sous le champ d'application de l'HAD, **un forfait supplémentaire journalier COVID de 30 % du temps de soins attribué sera**

¹⁸ Cette hypothèse sera à vérifier au bout d'une année de pratique de l'HAD

ajouté au forfait choisi pour le temps nécessaire aux précautions sanitaires émises par le Ministère de la Santé et à l'éducation au sein de la famille.

Le tableau ci-après présente des exemples de type de patient par type de forfait :

Type de forfait	Type de patient
Forfait HAD-1	Patient post chirurgie de hernie inguinale Patient post chirurgie ophtalmologique Patient post chirurgie ORL (oreille, nez) Patient post chirurgie gynécologique Patient post chirurgie de cholécystectomie Patient avec administration de chimiothérapie Patient avec administration d'antibiothérapie par perfusion
Forfait HAD-2	Patient post chirurgie orthopédique Patient post chirurgie traumatologique Patient traumatologique sans OP (plâtre, fracture de bassin) Patient post chirurgie urologique Patient avec soins de colostomie, jéjunostomie, urétérostomie Patient avec alimentation entérale Patient avec sonde urinaire Administration de transfusion sanguine
Forfait HAD-3	Patient avec alimentation parentérale Patient avec soins de trachéotomie sans ventilation assistée Patient avec concentrateur d'oxygène diurne Patient avec VAC thérapie ou pansement complexe Patient avec drainage gastrique de déclive Patient post chirurgie cardiaque Patient avec rééducation neurologique post-AVC avec déficit moteur
Forfait HAD-4	Patient avec dialyse péritonéale Patient avec insuffisance cardiaque sévère avec ECG journalier Patient avec insuffisance respiratoire sévère avec VMNI Patient avec ventilation assistée par respirateur et trachéotomie

Tab.2 : Classification de types de patients par type de forfait HAD

19. Suivi du concept l'HAD

Le rapport annuel d'HAD devrait suivre plusieurs indicateurs clés, dont notamment :

- nombre annuel de patients
- âge moyen des patients
- répartition par sexe des patients HAD,
- pourcentage d'HAD prescrites par médecins hospitaliers et médecins généralistes,
- répartition du nombre de patients HAD par an par établissement hospitalier,

- répartition du nombre de patients HAD par an par réseau d'aides et de soins à domicile autorisé à faire de l'HAD,
- répartition du nombre de patients HAD par an par structure d'hébergement autorisé à faire de l'HAD,
- répartition des patients HAD par diagnostic lors de la demande,
- durée moyenne de séjour en HAD,
- nombre de ré-hospitalisations pendant l'HAD,
- durée moyenne de séjour hospitalier avant HAD,
- coût moyen du patient en HAD¹⁹,
- pourcentage de patient par type de forfait d'HAD,
- pourcentage de patients HAD avec forfait COVID positif.
- pourcentage par type d'HAD : post-chirurgicale, médicale, traitement du cancer, rééducative, palliative,
- rapport du nombre total de jours d'HAD par rapport au nombre total de journées d'hospitalisation en hôpital,
- réalisation d'une enquête de satisfaction standardisée des patients en HAD.

D'autres indicateurs pourront être suivis en fonction des besoins des acteurs ou de l'autorité publique.

Le rapport annuel sera examiné par la plateforme de pilotage nationale HAD.

¹⁹ La méthodologie sera à définir avec la CNS

Documents consultés :

1. Hospitalisation à Domicile (HAD) Concept d'organisation et de financement
Version finale 2020-11-16 de Marie-Lise Lair (Santé et Prospectives)
2. Signes, symptômes et gravité de la COVID-19 : Guide à l'intention des cliniciens.
Gouvernement canadien, version 18 septembre 2020
3. Liste des médicaments commercialisés au 1^{er} novembre 2020, CNS
4. L'hospitalisation à domicile, Ministère de la santé et des solidarités, France, 2018
5. Hospitalisation à domicile. Monographies des systèmes d'HAD à l'étranger. Décembre 2028. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile
6. Projet d'hospitalisation à domicile, exposé interne Pierrette Biver, Stéftung Hëllef Doheem

Sites consultés

- www.santepubliquefrance.fr
- www.has-sante.fr
- www.solidarites-sante.gouv.fr
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
- www.gouvernement.lu
- www.gouvernement.fr
- www.canada.ca/fr/sante-publique
- www.fnehad.fr
- www.cns.public.lu
- www.who.int
- www.euro.who.int
<https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>

La COPAS remercie Mme Marie-Lise Lair, « Santé et Prospectives » pour sa précieuse collaboration. Son expertise, son conseil et sa disponibilité ont permis l'élaboration du présent concept d'organisation et de financement.

Annexes

Annexe 1 : Liste du matériel à prévoir pour l'HAD nécessitant une prise en charge par la CNS

Type de matériel	Demande
Respirateur pour ventilation assistée	Possibilité de prescription initiale par un médecin interniste, un médecin anesthésiste, un pneumologue Prévoir un nombre suffisant et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Concentrateur d'oxygène	Possibilité de prescription initiale par un médecin interniste, un médecin anesthésiste, un pneumologue Prévoir un nombre suffisant et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Appareil de ventilation mécanique non invasive	Prévoir que ce matériel soit disponible et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Pompes pour alimentation entérale	Prévoir un nombre suffisant et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Pompes pour alimentation parentérale	Prévoir un nombre suffisant et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Matériel de pansement et fixation pour les cathéters PICC Line	Prévoir que ce matériel soit disponible et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Matériel de pansement et fixation pour les cathéters MIDLine	Prévoir que ce matériel soit disponible et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Matériel de VAC Thérapie et pompe	Prévoir que ce matériel soit disponible et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Pompe PCA pour administration de morphine	Prévoir que ce matériel soit disponible et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Matériel de stomie démarrés à l'hôpital mais non disponibles en ville	Prévoir soit leur fourniture par l'hôpital à destination des réseaux d'aides et de soins à domicile ou les autoriser officine
Enregistrement ECG et télétransmission	Prévoir que ce matériel soit disponible et leur prise en charge par la CNS dans le cadre de l'HAD
Matériel de dialyse péritonéale	A prendre en charge par la CNS pour les réseaux d'aides et de soins à domicile