

Fiche autorisation : « Hospitalisation à domicile »

Table des matières

Les textes applicables	2
Introduction	2
(I) Les grandes orientations	4
(II) Les conditions d'implantation	4
2.1 <i>La gradation des soins</i>	4
2.1.1 Modalités	4
2.1.2 Mentions	4
2.1.3 Pratiques thérapeutiques spécifiques	5
2.2 <i>Conditions d'implantations particulières</i>	5
2.2.1 Mention « socle »	5
2.2.2 Mention « Réadaptation »	5
2.2.3 Mention « Enfants de moins de trois ans »	5
2.2.4 Mention « Ante et post-partum »	6
(III) Les conditions techniques de fonctionnement	6
3.1 <i>Locaux</i>	6
3.2 <i>Equipements</i>	6
3.3 <i>Personnels</i>	6
3.3.1 Equipe pluridisciplinaire (EP)	7
3.3.2 Equipe de coordination (EC)	7
3.3.3 Mention « Réadaptation »	7
3.3.4 Mention « enfants de moins de 3 ans »	8
3.3.5 Mention « Ante et post-partum »	8
(IV) Qualité et sécurité des soins	8
(V) Calendrier	8
(VI) Foire aux questions	9

Les textes applicables

Textes réglementaires	Code de la Santé publique
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds</u> – - <u>Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile (rectificatif)</u> - <u>Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile</u> - <u>Arrêté du 9 décembre 2022 relatif aux compétences médicales requises en activité d'hospitalisation à domicile de mention « réadaptation »</u> - Légifrance (legifrance.gouv.fr) - <u>Instruction N°DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Article L. 6122-13 du CSP ; • Articles R. 6122-32 et R. 6122-35 du CSP ; • Articles D. 6124-204 et D. 6124-205 du CSP ;

Introduction

Une activité plus faible dans le secteur public que dans les autres secteurs

Le secteur public est le premier secteur en nombre d'établissements autorisés en HAD. En 2021, près de 40% des établissements autorisés en HAD relevaient du secteur public. Pour autant, leur part dans l'activité de l'HAD a progressivement décliné.

- En 2012, 35,3% des séjours étaient effectués dans un établissement public, contre 28,8% en 2021.
- En 2012, 26,5% des journées étaient réalisées dans le secteur public contre 22,6% en 2021.

Dans la même période, le nombre de journées d'HAD augmentait de 50% pour l'ensemble des établissements. **Si le secteur public a développé son activité durant cette période, ce développement a été plus fort dans les secteurs privés lucratifs et non lucratifs.** L'activité d'HAD constitue une priorité de développement pour plusieurs groupes privés.

Le secteur public développe donc moins vite son activité que les autres secteurs. De plus, l'activité est très variable d'un établissement à un autre, certains établissements enregistrent un nombre très faible de patients pris en charge chaque année.

Un risque important dans le cadre du renouvellement des autorisations

Une feuille de route pour l'HAD a été établie sur la période de 2021 à 2026. Elle fixe des objectifs ambitieux en matière de renforcement de la place de l'HAD dans l'organisation territoriale et de développement de l'activité et de taux de recours. Dès lors, **la capacité des établissements à répondre à des objectifs quantitatifs et qualitatifs de développement de l'activité de l'HAD**

devient un élément déterminant pour octroyer une autorisation. Ces nouvelles exigences pourraient conduire à la remise en cause de certaines autorisations dès lors que d'autres acteurs sont en mesure de proposer une offre de soins plus performante.

Un avantage comparatif important pour les établissements publics

Pour autant, les établissements publics bénéficient d'un avantage comparatif important qui renforce leur capacité à porter une autorisation d'HAD. Cet avantage est double :

- **L'HAD est intégrée dans une pluralité de modes de prise en charge**, des soins aigus vers l'aval. Cette intégration de l'ensemble des activités MCO, SSR et HAD permet donc de faciliter et de favoriser les protocoles d'adressage vers l'HAD identifiée comme une véritable solution d'aval ou d'alternative à l'hospitalisation en établissement.

L'HAD doit ainsi être perçue comme une opportunité de développement de l'activité et de sortie facilitée des patients dans un contexte de tension importante sur les ressources humaines. Le lien avec les activités MCO et SMR de l'établissement ou présents sur le territoire constitue un levier important pour favoriser l'adressage vers l'HAD.

- **Les établissements publics bénéficient d'une plus grande expertise**, notamment pour assurer les mentions spécialisées d'HAD. Ils sont en capacité de contribuer par le biais de leurs ressources internes aux exigences posées dans le cadre des mentions spécialisées.

Ainsi pour les mentions spécialisées « ante et post partum » et « enfant de moins de 3 ans », les établissements publics sont souvent les seuls à disposer des compétences médicales nécessaires pour assurer cette activité. **Les établissements publics ont donc tout intérêt à se positionner sur les autorisations spécialisées** qui recouvrent plusieurs aires géographiques d'autorisations socles.

Une discussion autour des OQOS et des PRS à suivre

Une aire d'intervention déterminée est définie pour chacune des mentions dont dispose un même établissement. Les aires d'interventions peuvent être différentes entre elles sous réserve du respect des conditions. L'objectif demeure une couverture complète de l'HAD, notamment dans les territoires ruraux.

Le nouveau régime des autorisations est une nouveauté pour les ARS. Ces dernières ne disposent pas forcément des outils pour permettre d'estimer le potentiel de développement de l'HAD et donc de calibrer les OQOS en conséquence. Pour accompagner l'analyse territoriale, les indicateurs de suivi intègrent les demandes de l'ensemble des prescripteurs : établissements de santé avec hébergement, établissements sociaux et médicaux (l'objectif de pertinence et de complémentarité doit guider le développement de l'HAD, il n'est pas jugé adéquat de fixer un taux cible national de recours à l'HAD pour les territoires).

A cette difficulté s'ajoute celle des mentions spécialisées qui est une donnée nouvelle. La priorité est donc de **s'assurer de la cohérence de la définition des OQOS par rapport à l'existant et aux objectifs réalistes de développement.**

(I) Les grandes orientations

- **Passage de la notion « d'établissement d'hospitalisation à domicile » au profit de celle de « titulaire d'autorisation d'activité de soins d'HAD ».** Ce changement devrait permettre une meilleure lisibilité de l'offre dans le cadre de la fixation des OQOS par les ARS.
- **Intégrer des évolutions indispensables en termes de structuration, de réactivité et d'organisation de l'HAD.**
- **Mieux intégrer l'activité d'HAD dans le parcours de soins territoriaux : en synergie avec les autres acteurs sanitaires et médico-sociaux** et y compris dans de nouveaux segments d'activité et de façon plus précoce, en cohérence avec la nouvelle gradation de soins.
- **Favoriser l'évitement du recours à l'hospitalisation avec hébergement.**
- **Favoriser le positionnement de l'HAD sur les prises en charge complexes** dans une logique de complémentarité avec les acteurs du domicile
- Faire en sorte que les professionnels de santé libéraux prescrivent un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation avec hébergement peut être évité

(II) Les conditions d'implantation

NB : Le dossier de demande d'autorisation est unique qu'importe le nombre de mentions demandées.

2.1 *La gradation des soins*

2.1.1 Modalités

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs mentions. Les établissements précisent, dans leur demande d'autorisation, le type de patients accueillis. Ils justifient, le cas échéant, des exigences complémentaires demandées pour certaines prises en charge, telles que l'oncohématologie pédiatrique ou la néonatalogie.

2.1.2 Mentions

L'activité est désormais déclinée en 4 mentions :

- **Mention « Socle »** : ensemble des prises en charge à l'exception de celles entrant dans le périmètre des autres mentions ;
- **Mention « Réadaptation »** : ensemble des prises en charge de réadaptation répondant aux critères définis par le décret CTF (au moins 5 actes par semaine dispensés par au moins deux professions de santé différentes) ;
- **Mention « Enfants de moins de trois ans »** : ensemble des prises en charge réalisées sur les enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie ;
- **Mention « Ante et post-partum »** : ensemble des prises en charge réalisées dans le cadre du suivi ante et post partum intégrant une dimension pathologique.

2.1.3 Pratiques thérapeutiques spécifiques

Sur la prise en charge en cancérologie, les décrets relatifs au traitement médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) ne modifient pas le régime de l'établissement « associé » en cancérologie. Une convention est donc nécessaire entre les établissements autorisés en la matière et les titulaires d'une autorisation d'HAD pour travailler en collaboration et faire respecter les dispositions transversales applicables.

2.2 Conditions d'implantations particulières

Le nouveau régime d'autorisation repose sur la base d'une « mention socle » obligatoire pour l'octroi des trois mentions spécialisées. Toutefois, **un dispositif dérogatoire est prévu, pour les 7 prochaines années**, pour les établissements qui proposaient avant la réforme un dispositif d'HAD spécialisé sans disposer d'une HAD socle.

2.2.1 Mention « socle »

La mention socle est obligatoire pour tous les établissements d'HAD, sauf dérogation comme précité.

- Le titulaire de l'autorisation a pour mission d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux **continus et coordonnés** (orientation du patient, continuité des soins 7/7j et 24/24h, soins délivrés dans des délais raisonnables).
- **L'intervention au sein d'un établissement social ou médico-social (ESMS) fait l'objet d'une convention transmise à l'ARS** et à l'assurance maladie au plus tard après la prise en charge du troisième patient ou à défaut dans les 6 mois qui suivent la prise en charge du premier résident.
- **L'intervention peut être réalisée conjointement avec un service de soins infirmiers à domicile.**
- **L'intervention conjointe HAD/SSIAD fait l'objet d'une convention préalable à la première intervention** (sauf urgence et dans la limite de 3 interventions conjointes).
- Dans le cadre du respect de **l'aire géographique d'intervention**, l'autorisation précise nominativement les communes couvertes par l'HAD.
- **Obligation de convention avec un service de réanimation, un service de médecine et un service de chirurgie.**
- En l'absence de pharmacie à usage interne (PUI), **obligation de conventionner avec une PUI ou une officine de ville.**

2.2.2 Mention « Réadaptation »

- La mission est d'assurer au domicile du patient une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée.
- Obligation d'une **convention d'admission directe avec un service de soins de médecine réadaptation.**

2.2.3 Mention « Enfants de moins de trois ans »

- La mission est de prendre en charge à domicile exclusivement l'enfant de moins de trois ans (sauf exception).
- Obligation **d'accès à une réanimation pédiatrique ou un service de néonatalogie.**

2.2.4 Mention « Ante et post-partum »

- La mission est d'assurer la prise en charge à domicile de la femme et du nouveau-né avant et après l'accouchement en situation de grossesse pathologique.
- Obligation **d'une convention avec un établissement ayant une activité obstétricale**.

(III) Les conditions techniques de fonctionnement

3.1 Locaux

- Les établissements de santé qui comportent des structures d'hébergement disposent d'au moins **une pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air** permettant d'accueillir quelques heures par jour les personnes âgées ou fragilisées présentes dans ces établissements.
 - Sauf dérogation où le DGARS fixe, le cas échéant, la liste des établissements de santé dispensés d'installer un système de rafraîchissement de l'air en raison de leur activité saisonnière ou de leur situation géographique.

3.2 Equipements

- Disposer d'un **système de communication à distance** permettant d'assurer une liaison permanente entre les patients, leur entourage et la structure d'HAD.
- **Dossier patient informatisé et d'un système d'information** en garantissant l'accès par les membres des équipes pluridisciplinaires
- **Permanence téléphonique**
- Dispositifs nécessaires pour assurer **une mission de télésanté**

3.3 Personnels

Une distinction est faite entre l'équipe pluridisciplinaire (EP) et l'équipe de coordination (EC).

- Les membres de l'EC assurent une permanence téléphonique.
- L'organisation garantit l'intervention d'un IDE membre de l'EP et le recours à un médecin dans un délai compatible avec l'état de santé du patient.
- Les membres de l'EP ont accès au dossier médical du patient, ils sont tenus de respecter le règlement intérieur.

3.3.1 Equipe pluridisciplinaire (EP)

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire (EP) sont soit :

- Des personnels relevant directement du titulaire de l'autorisation
- Des personnels relevant d'une personne morale
- Des professionnels libéraux sous convention avec le titulaire de l'autorisation

Composition minimale de l'EP

- Un IDE ou autorisé
- Un assistant de service social, un conseiller en économie sociale et familiale ou un assistant socio-éducatif
- Un psychologue
- En tant que besoin, au moins un aide-soignant, auxiliaire de puériculture, auxiliaire médical ou personnel des professions sociales et éducatives

3.3.2 Equipe de coordination (EC)

L'équipe de coordination assure la coordination des soins dispensés aux patients en lien avec les structures et professionnels de santé intervient en amont et aval de l'HAD.

Les membres de l'équipe de coordination (EC) sont à la fois :

- Désignés au sein de l'équipe pluridisciplinaire
- Des personnels relevant directement du titulaire de l'autorisation

Composition minimale de l'EC :

- Un médecin praticien d'hospitalisation à domicile ;
- Un infirmier diplômé d'Etat ou autorisé ;
- Un assistant de service social, un conseiller en économie sociale et familiale ou un assistant socio-éducatif.

3.3.3 Mention « Réadaptation »

- L'EP comprend à minima un masseur kinésithérapeute, un ergothérapeute, **un médecin compétent en médecine physique et de réadaptation (MPR)** ou d'une expérience en réadaptation.
 - Dans le dernier cas, il doit pouvoir justifier a minima de **3 ans d'exercice au soin d'une structure titulaire de l'autorisation SMR en mention « Locomoteur » ; « Gériatrie » ou « Système Nerveux »**.
- Si besoin l'équipe peut comprendre un orthophoniste, un diététicien, un psychomotricien ou un enseignant en activité physique adaptée.
- **L'équipe de coordination peut être mise en œuvre par convention avec un établissement SMR partenaire, en particulier sur les compétences MPR.** Dans ce cas, la convention établie les modalités de partenariat autour du projet de soin du patient. La compétence du médecin MPR étant généralement l'élément qui justifie la mise en œuvre d'une coopération, les partenariats seront en pratique principalement conclus avec les SMR autorisés aux mentions « locomoteur » et « système nerveux ».

3.3.4 Mention « enfants de moins de 3 ans »

- L'équipe comprend, des compétences pédiatriques, des compétences en puériculture, un assistant social, un Psychomotricien.
- Des conditions spéciales sont imposées pour la prise en charge de nouveau-nés ou nourrissons en aval d'un service de néonatalogie (organisation du recours, formation des équipes) et pour la prise en charge d'oncohématologie.

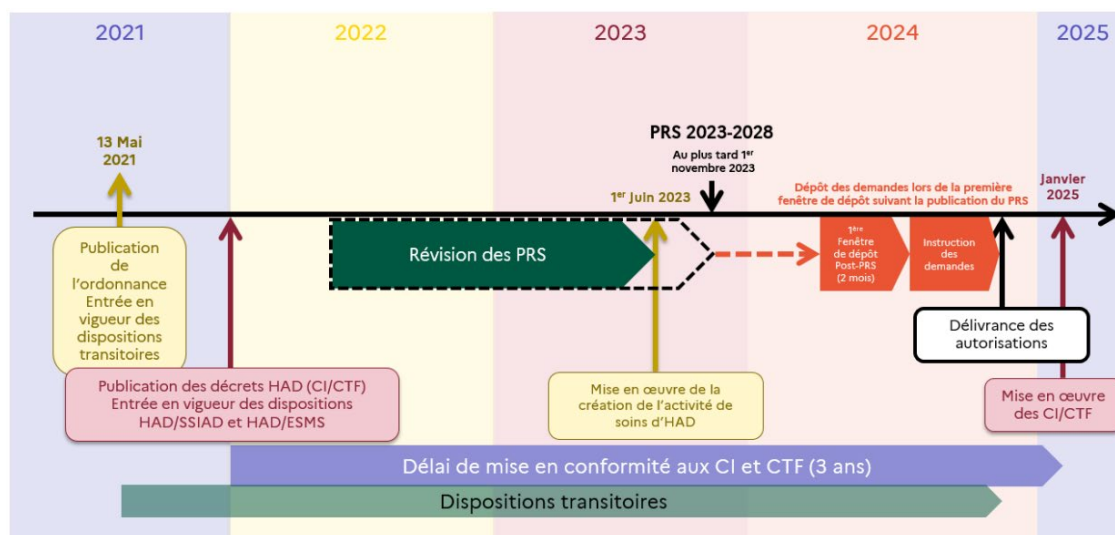
3.3.5 Mention « Ante et post-partum »

- L'équipe comprend une sage-femme et un médecin gynéco-obstétricien en interne ou par convention

(IV) Qualité et sécurité des soins

- L'équipe pluridisciplinaire établit pour chaque patient, en lien avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, **un projet thérapeutique qui définit sa prise en charge médicale, paramédicale et psychosociale.**
- Le titulaire de l'autorisation s'assure du **recueil et de l'analyse de données issues des pratiques professionnelles** dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.

(V) Calendrier



Délai de mise en conformité

- **3 ans à compter de la publication des décrets** conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement. L'engagement à être en conformité avec les dispositions des décrets est inscrit dans le dossier de demande d'autorisation.
- Dans l'hypothèse d'un regroupement ou d'une cession d'autorisation d'obstétrique, de SSR ou de néonatalogie délivrée sous la forme d'HAD avant le 1er janvier 2022, **le nouveau titulaire de l'autorisation bénéficie de la dérogation à l'obligation de disposer d'une mention « socle » prévue à l'article 3 du décret du 31 décembre 2021.**

(VI) Foire aux questions

La condition d'un délai de 7 jours de prise en charge par le SSIAD préalablement à l'intervention conjointe HAD/SSIAD est-elle toujours d'actualité ?

Non, cette condition est supprimée.

La psychiatrie est-elle concernée par cette réforme ?

Il n'existe pas à proprement parler d'HAD en psychiatrie. L'instruction relative au nouveau régime d'autorisations en psychiatrie indique que l'activité d'HAD psy est « désormais incluse dans les soins à domicile et donc dans les soins ambulatoires ».

Quelles sont les différentes dérogations ?

Il existe plusieurs dérogations

- Dérogation à l'obligation de mention socle

Concerne uniquement l'établissement qui antérieurement à la réforme était déjà spécialisé et l'activité de néonatalogie sous forme d'HAD.

- Dérogation concernant l'intervention d'HAD en établissement social ou médico-social

Celle-ci n'est plus dérogatoire, elle est intégrée au droit commun et doit faire l'objet de convention.

A quelle date devront être déposées les demandes d'autorisation ? Sur quel support ?

La date dépendra des ARS. Elle interviendra après la publication du schéma régional de santé. Pour 2023 et 2024, les ARS ne sont pas obligées d'ouvrir 2 à 3 fenêtres de dépôt mais peuvent en ouvrir davantage. Il faudra être vigilant au calendrier et déposer votre demande dès la première ouverture de fenêtre.

Les travaux sur le support sont en cours, ce sera le même dossier pour toutes les ARS. Celui-ci sera dématérialisé.

Existe-t-il des modèles de convention (HAD/ESMS, HAD/SSIAD...) ?

Des modèles existent et sont en cours de révision suite à la réforme sur le site du ministère de la santé.

Un établissement autorisé en HAD socle peut-il faire bénéficier d'autres établissements de son autorisation par voie de convention ?

Dans le cadre d'un GCS c'est possible.