



Directeur d'hôpital

Promotion : 2007 - 2009

Jury : Décembre 2008

**Ouvrir une unité d'Hospitalisation à
Domicile au CHU de Nîmes : enjeux,
défis et solutions organisationnelles**

Nicolas RAZOUX

Remerciements

Je profite de cet espace pour remercier Anissa MEGZARI, mon maître de stage, qui m'a permis de vivre un stage d'une grande richesse, opérationnel, parfois anxiogène mais toujours passionnant. Elle a su me donner une réelle place en tant que cadre de direction au sein du Pôle des Politiques Sociales et du Soin.

Je remercie Jean-Olivier ARNAUD et Nicolas BEST, Directeur Général et Directeur Général-Adjoint du CHU de Nîmes, pour leur accueil, leur confiance et le soutien qu'ils m'ont apporté dans ce dossier.

J'ai, en cette heure tardive, une pensée toute particulière pour le Dr Christine BENISTAND avec qui j'ai vécu intensément les prémices de l'histoire de l'hospitalisation à domicile au CHU de Nîmes et dont la ténacité et la conviction permettront à de nombreux patients et leurs familles du Gard de bénéficier de cette prise en charge si singulière qu'est le soin à domicile. Je la salue très respectueusement.

Je remercie le cadre de santé de l'HAD de Perpignan, les médecins coordonnateurs de l'HAD de Grenoble, de Lyon et de l'APARD à Nîmes pour leur accueil et leur écoute ainsi que l'ensemble de personnes contactées par courriels et appels téléphoniques pour leur réactivité et leur disponibilité.

Mes remerciements s'adressent à l'ensemble des acteurs de l'hôpital qui ont contribué à l'aboutissement de ce projet : aux deux cadres de l'unité d'HAD, Nathalie BESSIERE et Carole GAMBE, à l'équipe de direction qui s'est mobilisée pour répondre à mes sollicitations parfois pressantes, à Philippe EXTRAT, ingénieur logisticien et Catherine MARINO, qualitiennne pour la richesse et la qualité de nos échanges.

Bien entendu, je n'oublie pas Simone CLEMENT qui, une fin d'après-midi en avril 2008, est venue me voir pour me suggérer de me pencher sur le dossier de l'hospitalisation à domicile, un « beau projet » m'a-t-elle dit « où tout reste à inventer » !

Sommaire

Introduction	1
1 L'hospitalisation à domicile s'inscrit pleinement dans le projet d'établissement du CHU qui vise à répondre aux grands enjeux de santé publique tout en contribuant à la rénovation du système de soins.	5
1.1 L'hospitalisation à domicile apporte une réponse aux grands enjeux de santé publique dans lesquels le CHU de Nîmes inscrit sa stratégie de développement.....	6
1.1.1 Le cœur du métier de l'HAD est la coordination d'une équipe pluridisciplinaire au service de patients lourds.	6
1.1.2 Vieillesse démographique et croissance des pathologies chroniques posent des problèmes sanitaires auxquels l'HAD peut apporter des solutions.	7
1.1.3 Enjeu de santé publique, l'HAD reste pourtant un segment du soin mal couvert par le secteur public et jusqu'en 2008 non couvert dans le Gard soulignant ainsi la pertinence pour le CHU de développer une offre en la matière.	11
1.2 L'HAD est une opportunité pour le CHU de bâtir de nouvelles relations avec son environnement lui permettant de garantir une meilleure continuité des soins pour le patient.	15
1.2.1 Fondée sur une approche globale du patient, l'hospitalisation à domicile participe au décloisonnement de l'offre de soins au cœur de la stratégie du CHU de Nîmes.	15
1.2.2 En contribuant au décloisonnement de l'offre de soins, l'HAD apporte à l'hôpital la possibilité de mieux gérer l'aval et de recentrer ses missions.....	17
1.3 En instituant une autre manière de soigner, l'hospitalisation à domicile permet au CHU d'améliorer la prise en considération des droits fondamentaux du patient.	19
1.3.1 L'HAD reconnaît au patient et à sa famille un véritable rôle dans la gestion de la maladie.	19
1.3.2 Tout en permettant une prise en charge dans un univers moins anxiogène, l'HAD accroît la responsabilisation du patient et de son entourage.	20

2	L'HAD un défi organisationnel pour le CHU de Nîmes... et l'équipe projet.	21
2.1	Lever un blocage culturel impliquant tous les acteurs pour faire reconnaître la légitimité de l'HAD.	22
2.1.1	L'HAD se heurte à la fois à l'hospitalo-centrisme et à la culture des professionnels de santé ayant opté pour un exercice libéral.	22
2.1.2	Les familles et leurs médecins traitants expriment parfois des inquiétudes lorsque ce mode d'hospitalisation est proposé.	24
2.2	Penser le soin à domicile en assurant la même qualité qu'une hospitalisation traditionnelle afin de répondre aux injonctions réglementaires.	25
2.2.1	Le législateur s'est attaché à clarifier le concept d'hospitalisation à domicile.	25
2.2.2	Cette clarification se traduit par de fortes injonctions réglementaires en matière d'organisation.	27
2.3	Déterminer des choix organisationnels pour garantir la pertinence médico-économique de l'unité d'HAD.	29
2.3.1	L'HAD est présentée comme un choix médico-économique pertinent sans pour autant disposer toujours d'évaluations suffisamment fiables.	29
2.3.2	Dès lors, à l'échelle d'un établissement, le choix d'ouvrir une unité d'HAD dans le cadre d'un financement à l'activité impose d'identifier les coûts pour mieux sérier les options organisationnelles possibles et de définir une stratégie médico-économique à tenir pour optimiser les recettes.	32
3	Les options retenues pour l'HAD nîmoise apportent des solutions novatrices pour repenser la place du CHU sur son territoire de santé.	37
3.1	Pour promouvoir l'hospitalisation à domicile, l'équipe projet a mis en place une stratégie de partenariat et de communication.	37
3.1.1	La construction de partenariats respectueux des obligations respectives de chacun a nécessité un long processus de négociation avec les professionnels de santé libéraux.	37
3.1.2	L'option de la coopération public/privé est privilégiée à celle de la confrontation.	43

3.1.3 Une démarche communicante au service de la pédagogie doit permettre de faire connaître et reconnaître la place de l'HAD dans l'offre de soins.	45
3.2 L'HAD repose sur un dispositif de continuité et de coordination des soins élaboré pour assurer une prise en charge sécurisée des patients à domicile.	47
3.2.1 Après un long cheminement, la PDS de l'HAD se fonde sur un dispositif original permis par les partenariats conclus avec les infirmiers libéraux et l'HAD 30.	48
3.2.2 Un projet de borne internet au lit du patient en cours d'instruction est envisagé pour optimiser la coordination des soins.	51
3.3 Une structure paramédicale mixte et une organisation logistique originale doivent apporter au service souplesse de fonctionnement et efficience.	52
3.3.1 Une structure paramédicale mixte apporte la souplesse nécessaire au fonctionnement médical de l'HAD.....	53
3.3.2 Les principes retenus pour la gestion des flux de l'HAD visent à optimiser le travail des soignants.....	54
Conclusion.....	57
Bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALD	Affection de longue durée
APARD	Association pour l'assistance respiratoire à domicile
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
COMEX	Commission exécutive
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de doc. en éco de la santé
CSP	Code de la Santé Publique
ENC	Echelle nationale des coûts
ETP	Equivalent temps plein
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FNI	Fédération nationale des infirmiers
GHPC	Groupe homogène de prise en charge
GHT	Groupe homogène de tarif
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IPI	Indice de pondération intermédiaire
IPT	Indice de pondération totale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ONSIL	Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux
PDS	Permanence des soins
PSPH	Participant au service public hospitalier
SNIL	Syndicat national des infirmiers et infirmières libérales
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UMCH	Unité médico-chirurgicale hospitalière

Introduction

Le CHU de Nîmes inscrit son développement dans une logique de promotion de projets médicaux permettant de remplir au mieux à la fois sa mission de soins de proximité et celle d'innovation et de recours au service de la population du Languedoc-Roussillon et plus directement de la ville de Nîmes. Ses pratiques médicales ne cessent d'évoluer et de nouveaux modes de prise en charge sont proposés aux patients. Ils concourent à éviter, limiter, réduire la durée du séjour à l'hôpital chaque fois que cela est possible et ce pour une plus grande satisfaction des patients. D'ores et déjà, le CHU offre la possibilité de séjourner moins de 24 heures pour une intervention chirurgicale au sein d'une unité dédiée à la chirurgie ambulatoire inaugurée en 2007. Dans la perspective d'une offre de soins la plus complète possible, la Direction Générale a souhaité développer une unité d'Hospitalisation à Domicile (HAD) au service des usagers. En effet, en favorisant le transfert du patient du cadre hospitalier vers son environnement familial, l'HAD est de nature à accélérer la guérison ou répond, dans les situations de fin de vie, à une demande pressante du patient et de ses proches. Bien adaptée à la prise en charge de certaines pathologies (notamment les affections de longue durée), elle apparaît comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, garantissant à la fois l'intérêt humain, médical et économique.

L'hospitalisation à domicile constitue une initiative ancienne née aux Etats-Unis en 1945 pour tenter de répondre à la sur-occupation des établissements de santé. Le Professeur Bluestone, chef de service à l'hôpital Montefiore de New York, se trouve confronté à une surpopulation de patients. Il décide de suivre à domicile ceux dont l'état de santé ne nécessite plus une présence continue de soignants. C'est ainsi qu'est fondé en 1947 le « Home care » qui associe les ressources de la médecine moderne et les contributions affectives, sociales et matérielles que la famille, le domicile et les soignants apportent aux thérapies prescrites aux patients. Le principe est d'apporter des soins au domicile du patient en nombre et en intensité comparables à ceux qui seraient susceptibles d'être prodigués dans le cadre de l'hospitalisation traditionnelle.

En France, le développement est très lent. Si la première expérience française a lieu à l'hôpital Tenon en 1951 sur l'initiative du Professeur Siguier, également confronté à un sureffectif de patients, le premier service d'HAD est créé officiellement par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) en 1957. Son objectif est de désencombrer les hôpitaux à une époque où les durées moyennes de séjour sont très longues, les malades démarrant leur convalescence à l'hôpital. Plus secondairement est esquissée la possibilité qu'offre l'HAD de constituer un relais de soins et une amélioration du confort du malade

en optimisant sa réintégration dans le milieu familial. En 1958, est créée la deuxième structure d'HAD à Puteaux sous la forme d'une association, « Santé Service », principalement destinée à des patients cancéreux. Si les années qui suivent voient se multiplier le nombre de structures, consacrant le succès de ces deux initiatives, les années 1980 apparaissent comme une période de régression et de désengagement du secteur public dans un contexte où le secteur privé développe d'autres modes de prise en charge à domicile sous la forme notamment de services de soins à domicile pour les personnes âgées.

Consacrée comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, l'HAD entre dans une phase de structuration législative. En France, l'hospitalisation à domicile connaît pourtant un vrai paradoxe. Louée pour le bien-être apporté au patient et sa pertinence médico-économique pour le système de santé, sa place reste encore marginale dans le système de soins. Elle peine à se développer en raison d'obstacles réglementaires et budgétaires majeurs. Réglementairement, l'hospitalisation à domicile était tributaire de la carte sanitaire de médecine alors qu'elle relève de la médecine de réhabilitation et d'accompagnement. De plus, l'instauration d'un « taux de change » a pour effet majeur de faire apparaître l'HAD comme concurrentielle de l'hospitalisation conventionnelle. En effet, il imposait de fermer un ou deux lits d'hôpital, suivant le cas, pour créer une place d'hospitalisation à domicile¹. En outre, le financement de l'hospitalisation à domicile basé sur des accords de gré à gré passés historiquement avec les caisses régionales d'assurance maladie était extrêmement disparate et entraînait des inégalités importantes.

La pression sur les structures de soins oblige à nouveau à s'interroger sur le développement de cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle dans notre pays. Les pouvoirs publics l'ont compris et ont levé progressivement les principaux freins à son expansion. Les conditions pour l'ouverture de l'HAD jusqu'en 2004, qui voulait que pour une place d'HAD ouverte se fermait un lit en intra-hospitalier, deviennent caduques. La nouvelle planification sanitaire issue de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 supprime la carte sanitaire et fait du schéma d'organisation sanitaire rénové un outil plus pertinent. Cela se traduit pour l'HAD par la suppression de l'imputation à la carte sanitaire, la fin du « taux de change » et l'intégration dans les Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) du développement des alternatives à l'hospitalisation, dont l'HAD. Enfin, l'application de la Tarification à l'activité (T2A) pour la totalité de l'activité depuis mars 2005 quel que soit l'établissement lève l'obstacle financier. L'HAD bénéficie aujourd'hui

du soutien des pouvoirs publics qui tablent sur un objectif de 15 000 places d'ici 2010². La montée en charge des structures d'HAD se poursuit. Leur nombre est passé de 108 en 2002 à 208 en 2007. La croissance de l'activité en journée d'HAD est soutenue (29% entre 2005 et 2006 et 22% entre 2006 et 2007).

Le projet nîmois s'inscrit dans cette dynamique de promotion des formes alternatives d'hospitalisation. Le 27 juin 2007, la demande d'autorisation d'activité de soins portant sur la création d'une structure d'hospitalisation à domicile polyvalente de 30 places (dont 5 places dédiées à l'obstétrique) sur le territoire de santé « Nîmes-Bagnols-sur-Cèze » a été déposée auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Elle se fonde sur les orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS III) ayant retenu un besoin de 56 places sur le territoire de santé et sur les objectifs de la politique nationale de santé, à savoir, de garantir par l'hospitalisation à domicile une prise en charge efficiente et de qualité des patients tout en fluidifiant les filières médicales et gériatriques et d'apporter ainsi une solution au problème souvent très aigu d'occupation des lits. Par décision de la Commission Exécutive (COMEX) de l'ARH du 20/11/2007, le CHU de Nîmes a été autorisé à créer un service d'Hospitalisation à Domicile. L'équipe de coordination composée du Dr Christine BENISTAND (médecin coordonnateur), de Nathalie BESSIERE (cadre de santé coordonnateur) et de Carole GAMBE (sage-femme coordonnatrice) s'est constituée le 15 avril 2008.

Ainsi, l'évolution des pratiques médicales qui requièrent de moins en moins le recours à l'hospitalisation complète, l'aspiration des malades à être soignés dans leur environnement familial et l'obligation pour le système sanitaire de revoir ses modes de fonctionnement dans le sens d'une meilleure évaluation médico-économique de l'offre de soins donnent tout son sens au projet d'Hospitalisation à Domicile porté par le CHU de Nîmes. L'ouverture de ce nouveau service lui permettra de répondre aux grands enjeux de santé publique que sont aujourd'hui le vieillissement de la population et la chronicisation de certaines pathologies tout en participant à la modernisation du système de soins (1). Pour autant, il soulève des problématiques organisationnelles inédites pour la culture des hospitaliers (2) et appelle des réponses novatrices s'inscrivant dans la recherche permanente de solutions audacieuses pour répondre aux transformations des besoins de santé en garantissant l'efficience des ressources allouées (3).

¹ Décret n°92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

² Chassat-Philippe Sybilline, Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile, Travail social actualités, fascicule 1116, mai 2007.

1 L'hospitalisation à domicile s'inscrit pleinement dans le projet d'établissement du CHU qui vise à répondre aux grands enjeux de santé publique tout en contribuant à la rénovation du système de soins.

Le projet d'établissement du CHU de Nîmes définit des choix stratégiques de développement correspondant aux spécificités du CHU et s'inscrivant dans la perspective du SROS III. Résolument volontariste, il recherche et met en place des solutions organisationnelles afin d'accroître son efficacité et ses performances, renforce ses partenariats stratégiques publics et privés et développe une politique de qualité des soins pour satisfaire toujours mieux les besoins de santé de la population. Filière gériatrique, politique de promotion des soins palliatifs, plan stratégique en cancérologie, structuration d'un Comité de coordination des pratiques d'éducation thérapeutique du patient, mise en place d'une Direction de la Clientèle chargée en particulier de mieux accompagner le patient dans son parcours de soins, autant d'exemples qui traduisent un établissement à la recherche de l'offre de soins la mieux adaptée aux attentes des usagers.

C'est dans cette dynamique que le projet d'hospitalisation à domicile est porté par le CHU. En effet, les réflexions actuelles sur la modernisation du système de soins mettent l'accent sur plusieurs enjeux majeurs. Vieillesse de la population, meilleure utilisation des ressources (compétences médicales et paramédicales, plateaux techniques etc.), meilleure prise en compte du patient, autant d'enjeux qui exigent des établissements d'être actifs sur les organisations des soins privilégiant le suivi des patients, les réponses aux besoins de proximité, les approches coordonnées entre professionnels de santé. L'HAD participe pleinement aux orientations actuelles de notre système de santé³ et de celles prises en particulier par le CHU de Nîmes. Elle est d'abord une réponse à des problématiques majeures de santé publique liées à la fois aux transformations démographiques et à l'évolution des pathologies de longue durée (1.1). Elle offre ensuite l'opportunité à l'hôpital de bâtir de nouvelles relations avec son environnement et de mieux garantir ainsi la continuité des soins pour le patient (1.2). Enfin, en répondant aux attentes des malades d'être pris en charge dans leur environnement, elle renforce la démocratie sanitaire promue par la loi de 2002 en élargissant la palette de l'offre de soins (1.3).

1.1 L'hospitalisation à domicile apporte une réponse aux grands enjeux de santé publique dans lesquels le CHU de Nîmes inscrit sa stratégie de développement.

Les principes de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile (1.1.1) en font un mode de prise en charge adaptée aux enjeux de santé publique que sont le vieillissement de la population et la croissance des affections de longue durée avec la chronicisation de maladies autrefois létales (1.1.2). Or, le secteur public est encore mal représenté sur ce segment du soin non couvert dans le département du Gard jusqu'en 2008 (1.1.3).

1.1.1 Le cœur du métier de l'HAD est la coordination d'une équipe pluridisciplinaire au service de patients lourds.

a) L'HAD s'adresse à des patients lourds...

L'hospitalisation à domicile n'est pas une simple amélioration de la pratique ambulatoire, elle ne se résume pas à l'addition de prestations de soins. Elle est un mode de prise en charge qui concerne des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. Les principaux modes de prises en charge en HAD sont les soins palliatifs, les pansements complexes, la cancérologie et les traitements post-chirurgicaux. Il faut y ajouter la prise en charge de malades atteints de pathologies neuro-dégénératives nécessitant des soins de nursing très lourds que seuls pourrait prendre en charge l'hôpital s'ils n'étaient pas admis en HAD.

b) ... qui nécessitent des soins coordonnés.

La gravité des pathologies des malades pris en charge conduit obligatoirement à ce que le médecin prescripteur de l'HAD, le médecin traitant, et le médecin coordonnateur définissent ensemble un « projet thérapeutique » qui précise, en l'absence de surveillance continue, les interventions coordonnées des professionnels de santé qui vont se succéder au chevet du patient (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, psychologue, voire ergothérapeute, diététicien, orthophoniste etc.). La caractéristique essentielle de l'hospitalisation à domicile est d'instituer ainsi une coopération étroite entre professionnels de santé et une coordination de leurs actes, établie sur leur complémentarité et leur pluridisciplinarité. Ils sont alors amenés à rompre avec le caractère isolé et segmenté de

³ COUTY E., février 2004, « HAD – complémentarité, articulation, coordination », *Revue hospitalière de France*, n°496, page 3.

leurs pratiques. Le suivi médical, soignant et social est réalisé en lien avec le médecin traitant, pivot de la prise en charge du patient et l'équipe pluriprofessionnelle de l'HAD.

1.1.2 Vieillesse démographique et croissance des pathologies chroniques posent des problèmes sanitaires auxquels l'HAD peut apporter des solutions.

Dans un contexte de vieillissement de la population, l'HAD apparaît bien adaptée pour prendre en charge et suivre le patient âgé (a). Parallèlement, la croissance des maladies chroniques nécessite des prises en charge coordonnées que l'HAD est en mesure d'organiser (b).

a) L'HAD est bien adaptée à la prise en charge et au suivi du patient âgé.

A l'instar des autres pays européens, la France connaît une tendance au vieillissement de sa population même si elle semble moins rapide et moins accentuée⁴. Ce vieillissement résulte de la conjonction d'un allongement de l'espérance de vie et d'une diminution de la fécondité. En 2010, les personnes de plus de 65 ans seront 10,4 millions, environ 15,5 millions en 2030 et près de 19 millions en 2050, soit 28% de la population totale, alors qu'ils en représentent 16% actuellement. L'augmentation la plus spectaculaire concerne les plus de 75 ans. La croissance de cette classe d'âge est beaucoup plus rapide que celle de la population totale. L'effectif des 75 ans ou plus passera de 4,2 millions à 8,3 millions de personnes entre 2000 et 2030, et celui des 85 ans ou plus de 1,2 millions à 2,4 millions.

Lorsque l'on considère les départements français, on observe que le vieillissement concerne particulièrement le Sud-ouest et le Sud-est. Moins rapide en Languedoc-Roussillon en raison d'une croissance plus rapide de sa population liée à l'attractivité de sa position géographique, le vieillissement de sa population va néanmoins se poursuivre⁵. Ainsi, En 2015, le Languedoc-Roussillon compterait 41 000 personnes dépendantes de 75 ans ou plus contre 30 000 en 2000, soit une augmentation proche de 40 %. Les départements de l'Hérault et du Gard devront assurer une part essentielle de l'augmentation de la dépendance des personnes de 75 ans ou plus. Le département de l'Hérault regrouperait à lui seul près de 40 % de ces personnes avec 15 000 personnes

⁴ Les données sont extraites du Rapport Larcher sur les missions de l'hôpital remis au Président de la République en avril 2008.

⁵ Septembre 2002 « Dépendance des personnes âgées en Languedoc-Roussillon : à l'horizon 2015 », *Synthèse pour l'économie du Languedoc-Roussillon*, n° 10.

dépendantes de 75 ans ou plus en 2015. Le Gard en comptera près de 10 300 en 2015 contre 7 400 en 2000. Cet accroissement représente également une part importante de l'augmentation régionale. La part des personnes âgées en Languedoc-Roussillon augmente très fortement avec l'allongement de la durée de la vie et avec l'accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus, et surtout de celui des plus de 75 ans. Cette évolution va s'accélérer au cours des prochaines années. En 2015, la région compterait ainsi 282 000 personnes de 75 ans ou plus contre 206 000 en 2000.

La « gérontocroissance⁶ », accroissement du nombre de personnes âgées dans une population, a des implications sanitaires évidentes en particulier en raison du problème de la dépendance et des polypathologies liées à l'âge. La demande en soins est en effet directement corrélée à l'âge. Le taux de recours aux soins, en ville comme à l'hôpital, est plus élevé chez les personnes âgées. Le taux d'hospitalisation est de 325 pour 1000 entre 55-64 ans, 440 entre 65-74 ans, 582 entre 75-84 et 625 au-delà de 84 ans. Leur durée moyenne de séjour est également plus élevée. En court séjour, elle passe de 8,9 jours pour les personnes entre 65 et 74 ans, à 12,7 jours pour les plus de 85 ans. Le poids des maladies chroniques augmente également avec l'âge. Si 33% des 45-59 ans résidant à domicile souffre d'une pathologie chronique, cette proportion s'élève à plus de 50% chez les 60-75 ans.

Sensible à la problématique du grand âge, le CHU de Nîmes voit dans l'hospitalisation à domicile une réponse adaptée aux patients âgés fragiles en perte d'autonomie et qui nécessitent une prise en charge globale pluridisciplinaire et coordonnée. En effet, les personnes âgées fragiles ont besoin d'une pratique médicale adaptée à leurs pathologies multiples et complexes. L'HAD peut aider au retour à domicile après une hospitalisation traditionnelle, favoriser une sortie précoce des services hospitaliers ou permettre au patient de bénéficier de soins complexes à son domicile alors que son état de santé justifierait une hospitalisation complète. Elle se distingue d'une démarche médicale traditionnelle centrée sur la maladie et ses mécanismes pour lui préférer une prise en charge globale mieux adaptée aux pathologies de la vieillesse. En effet, il est souvent difficile de faire la part entre l'aigu et le chronique, le physique et le psychique ou encore les effets de la maladie et ceux du traitement. Le plus souvent, la prise en charge de la personne âgée doit se construire autour d'une approche pluridimensionnelle centrée sur le patient et prenant en compte ses capacités physiques, ses difficultés psychologiques et

⁶ Selon l'expression de Gérard – François Dumont, géographe, économiste et démographe, professeur à l'Université Paris IV Sorbonne.

sociales. A cet égard, l'élaboration d'un programme médico-social personnalisé diminue les placements en institution, améliore l'état fonctionnel du patient et retarde la fin de vie.

Le vieillissement de la population soulève également la problématique de la prise en charge de la fin de vie. Elle constitue une préoccupation de la population et un enjeu des pouvoirs publics chargés d'organiser l'offre de soins⁷. La fin de vie constitue un enjeu de santé publique. En 2050, les démographes estiment que la mortalité parmi les personnes âgées de plus de 60 ans sera de 700 000⁸. Le nombre de personnes se situant en fin de vie qui auraient besoin de soins spécialisés relevant de la technicité offerte par l'institution hospitalière se situe entre 150 000 et 200 000⁹. Un tiers des personnes chez qui est diagnostiqué un nouveau cancer se trouve déjà en phase palliative. Nombreuses sont les personnes qui doivent d'emblée bénéficier de soins physiques et psychologiques complexes. Ces prises en charge techniques et relationnelles nécessitent de hauts niveaux de compétences en particulier quand elles s'inscrivent dans le grand âge. Les patients âgés présentent des pathologies chroniques, souvent compliquées et désirent demeurer chez eux dans leur environnement familial. Leur entourage réinvestit un rôle prépondérant. De plus, ils expriment leur volonté de mourir à leur domicile. Plus largement, un sondage IFOP réalisé par la Délégation interministérielle de la Famille en 2005 confirme à nouveau qu'une majorité de Français souhaitent terminer leurs jours chez eux. Au sein d'un échantillon représentatif de la population française, 20% ont déclaré avoir eu à accompagner un proche en fin de vie durant les deux dernières années. Le décès est intervenu dans 57 % des cas à l'hôpital et dans 23% des cas à la maison. Or, 61% des personnes ont déclaré qu'il est préférable que cela se passe à la maison. Ce sondage en corrobore d'autres plus anciens notamment celui réalisé par l'IFOP-Santé en 1991 montrant que 68% des Français souhaitaient mourir chez eux.

Parmi les dispositifs de prise en charge de la maladie grave et chronique et plus spécifiquement des soins palliatifs, l'HAD figure en bonne place. Les patients en fin de vie nécessitent souvent des soins infirmiers techniques importants, des soins de nursing, une grande disponibilité du médecin traitant qui trouve conseil auprès du médecin coordonnateur qu'il peut solliciter pour le choix de traitements palliatifs mais aussi pour une aide dans les décisions éthiques de fin de vie. Cet accompagnement du patient en fin de vie et de sa famille est possible grâce au temps passé par les équipes auprès du

⁷ SENILHES-MONKAM A., 2005, « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile – L'histoire d'un paradoxe », Revue française des affaires sociales, n°3, pp. 157-182.

⁸ AUBRY R., MAUREL O., 2004, « Etat des lieux et enjeux des soins palliatifs et de l'accompagnement en France », *La lettre de la SFAP*.

malade, à une réponse 24h/24 aux appels mais aussi aux aides humaines et matérielles mises en place afin d'éviter un épuisement des aidants. L'écoute et l'empathie face aux souffrances de la famille peuvent être plus thérapeutiques et réconfortantes qu'une injection mais nécessitent plus de disponibilité.

b) La croissance des pathologies chroniques nécessite des prises en charge coordonnées¹⁰ que l'HAD est en mesure d'organiser.

Les affections de longue durée (ALD) constituent un enjeu croissant sur les plans humain, sanitaire et financier car près de huit millions de personnes sont atteintes aujourd'hui d'une de ces affections et le nombre de patients progresse de plus de 5 % par an depuis 10 ans et les soins exposés à ce titre représentent près de 60 % du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie¹¹. Les patients atteints d'un ou plusieurs troubles de santé chroniques doivent souvent être soignés et pris en charge sur une longue période. Retarder le décès, améliorer la qualité de vie du malade sont des enjeux auxquels doivent répondre des professionnels aux compétences multiples, intervenant en complémentarité.

Or, s'agissant des maladies chroniques, la continuité de la prise en charge, du soin à l'éducation thérapeutique, n'est pas satisfaisante dans l'organisation actuelle de notre système de soins. Les études réalisées montrent qu'il existe des éléments importants de non-qualité liés au cheminement du malade à l'intérieur du système de soins. Leurs principaux facteurs sont bien identifiés : défaut de coordination entre les professionnels, absence de responsabilisation des patients, insuffisance de cohérence et de coordination de l'offre de soins.

A la charnière entre la médecine hospitalière, la médecine ambulatoire et les interventions sociales et médico-sociales, l'HAD constitue un cadre idoine de prise en charge de patients atteints de maladies chroniques. Elle fédère autour du malade l'ensemble des intervenants sanitaires et sociaux de façon à prendre en considération, au-delà de la technique médicale, le vécu, l'affectif, le soutien moral et le cadre de vie, autant de dimensions indispensables à la qualité des soins et à l'acceptation de la maladie.

⁹ Données citées par Angélique Sentilhes-Monkam, L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner, L'Harmattan, Ethique et pratique médicales, avril 2008.

¹⁰ 2005, « Données sur la situation sanitaire et sociale en France – Annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale », *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*, Ministère de la santé.

¹¹ 18 mai 2006, « Avis sur les ALD », Haute Autorité de Santé.

1.1.3 Enjeu de santé publique, l'HAD reste pourtant un segment du soin mal couvert par le secteur public et jusqu'en 2008 non couvert dans le Gard¹² soulignant ainsi la pertinence pour le CHU de développer une offre en la matière.

Situer l'offre de soins en matière d'hospitalisation à domicile permet de comprendre pourquoi il est stratégique pour le CHU de se positionner sur ce créneau sur son territoire de santé. Quelques données nationales rétrospectives mettent en relief le paradoxe d'un mode d'hospitalisation alternatif valorisé pour ses atouts en termes de qualité de prise en charge pour les patients et pour sa pertinence médico-économique mais pour autant encore peu développé et surtout mal couvert par le service public hospitalier. Forme d'hospitalisation encore insuffisamment développée en France (a), la carence en places d'HAD est significative en Languedoc-Roussillon (b).

a) L'HAD est une forme d'hospitalisation encore insuffisamment développée.

Fin 2004, 4 094 places d'HAD sont autorisées, 91 établissements hospitaliers ont une HAD, 30 départements en sont dépourvus. Hormis l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) et « Santé et Service » en Ile-de-France, les structures sont de petite taille, situées dans des agglomérations pour des raisons qui tiennent à des problèmes de transport et de sécurité des soins. La prise de conscience des pouvoirs publics a conduit à un objectif national de doublement du nombre de places dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Ce plan et les crédits qui lui ont été alloués devaient porter le nombre de places d'HAD à 8 000 d'ici la fin de l'année 2005 et 15 000 en 2010.

A la fin de l'année 2007 (Doc. 1), la situation de l'offre d'HAD se présentait ainsi :

Doc 1. HAD : chiffres clés en 2007

	2005	2006	Variation (%)	2007	Variation (%)
Nombre d'établissements	124	177	+43 %	208	+ 18%
Nombre de journées (en millions)	1,511	1,956	+29%	2,379	+21%
Valorisation (en millions d'€)	286,15	387,7	+ 35%	474,9	+ 22%

Source : FNEHAD

Depuis la mise en place de la T2A en 2005, l'activité en deux ans (mesurée par le nombre de journées) a augmenté de 57,4%. Après une forte croissance du nombre d'établissements entre 2005 et 2006, le rythme s'est nettement ralenti. Entre 2005 et 2007, la croissance des remboursements de l'Assurance Maladie au titre de l'HAD est portée par l'arrivée des nouveaux établissements mais se ralentit en 2007 par rapport à

¹² Juillet 2008, « Enjeux et perspectives de l'HAD », *Fédération nationale des établissements*

2006. Par ailleurs, le prix moyen du coût d'une journée d'HAD après une augmentation de 4,6% entre 2005 et 2006 est resté stable entre 2006 et 2007 du fait de la stabilité des tarifs HAD¹³ et d'une durée de séjour qui tend à s'allonger.

Par ailleurs, en 2007, 96% de l'activité est réalisée sur le territoire métropolitain¹⁴. Cinq régions réalisent plus de 130.000 journées d'HAD. En termes de densité, 3 régions offrent plus de 5 000 journées pour 100 000 habitants (Corse, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais). Au 31 décembre 2007, environ 260 autorisations étaient recensées pour 208 établissements installés. Des départements sont nouvellement couverts : Ain, Alpes de Haute Provence, Meuse, Haute-Loire, Hautes-Pyrénées, Guyane etc. Au 30 juin 2008, aucune autorisation n'avait encore été délivrée dans 2 départements : Ardèche, Gers.

La répartition des établissements et de l'activité par statut met en relief que les établissements publics représentent une part d'activité très nettement inférieure à leur part dans l'ensemble des structures existantes (Doc. 2). Alors qu'ils représentent en 2007 45% des établissements d'HAD, ils ne réalisent que 26,7% des journées. Dans l'offre de soins à domicile, le secteur privé et les établissements PSPH sont prépondérants. Malgré la suppression des obstacles réglementaires et tarifaires¹⁵, les établissements publics restent en retrait dans la mise en place de ce mode d'hospitalisation alternatif.

Doc 2. Répartition par statut des établissements et de l'activité en HAD

	2006				2007			
	Nombre d'établissements	%	Nombre de journées	%	Nombre d'établissements	%	Nombre de journées	%
Public	78	44	540 398	28	94	45	647 770	26,7
PSPH	17	10	694 786	36	18	9	794 962	32,7
Privé (non lucratif)	64	36	617 009	32	76	36	851 344	35
Privé lucratif	18	10	87 879	5	20	10	135 413	5,6
Ensemble	177	100	1 940 072	100	208	100	2 429 489	100

Source : FNEHAD

d'hospitalisation à domicile (FNEHAD).

¹³ GHT = groupe homogène de tarif. Cf. partie 2 paragraphe C.

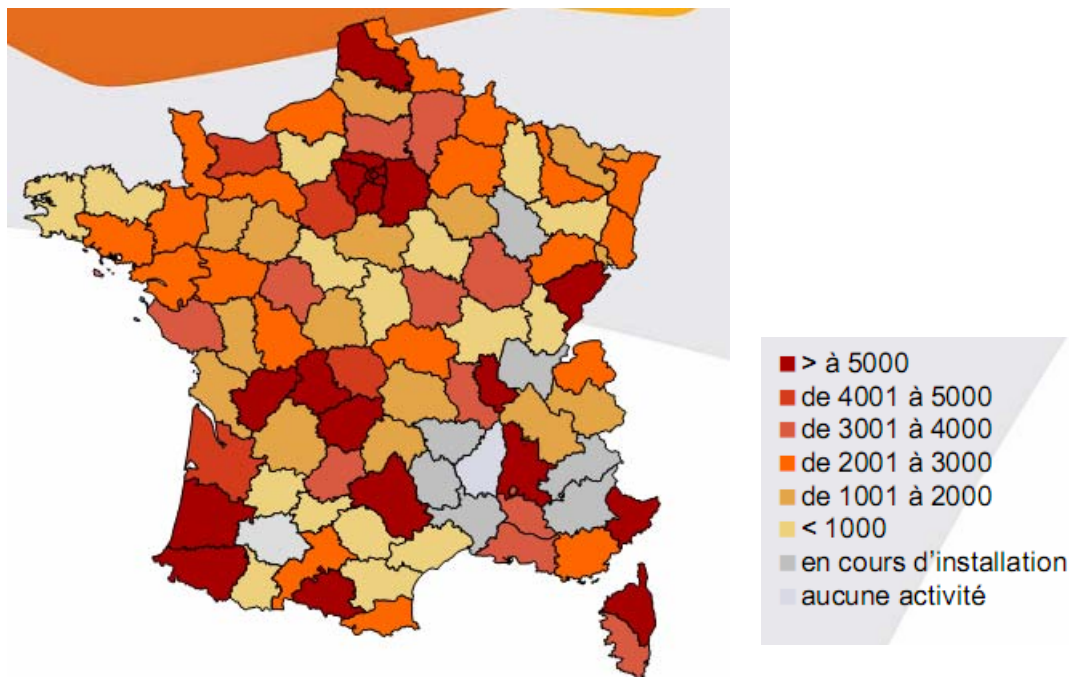
¹⁴ D'après les données colligées par la FNEHAD.

¹⁵ Suppression de l'opposabilité de la carte sanitaire aux structures d'hospitalisation à domicile et intégration dans les SROS d'un volet spécifique HAD avec spécification des besoins d'implantation en HAD, abrogation du taux de change en 2003, application de la T2A pour la totalité de l'activité depuis mars 2005 quel que soit l'établissement.

b) Une carence est sensible en Languedoc-Roussillon et dans le département du Gard plus spécifiquement.

Dans la région Languedoc-Roussillon, 341 places d'HAD sont inscrites au SROS pour les 2 434 316 habitants (soit 14 places pour 100 000 habitants). Moins de 20% des places sont installées.

Doc 3. Nombre de journées d'HAD réalisées en 2007 pour 100 000 habitants



Source : FNEHAD

Sur la région, seul le département des Pyrénées-Orientales a une activité d'hospitalisation à domicile assez forte en raison du dynamisme de l'HAD du Centre Hospitalier (CH) de Perpignan.

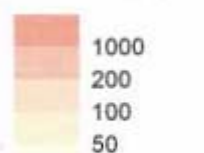
L'examen des aires de recrutements à l'aide des données du PMSI-HAD du Languedoc-Roussillon (Doc. 4) met en exergue la carence de la région et en particulier du Gard et de la Lozère au regard du rayonnement de l'HAD d'Avignon.

Doc 4. PMSI HAD – Languedoc-Roussillon – Aires de recrutement (Données ARH)



Cette absence de couverture valide la pertinence du projet nîmois qui s'inscrit dans les orientations du SROS III mais apporte surtout une réponse à un véritable besoin de santé. A la fin de l'année 2007, dans le Gard, trois structures avaient obtenu une autorisation d'ouverture de places d'HAD : l'Association Pour l'Assistance Respiratoire à Domicile (APARD), le CHU de Nîmes et le CH de Bagnols-sur-Cèze. Au 1^{er} septembre 2008, seul l'APARD propose une offre d'HAD depuis le mois de mars. Le CHU de Nîmes admettra les premiers patients au cours du mois d'octobre 2008.

densité de population en 1999 (hab./km²)



source : Insee 1999

1.2 L'HAD est une opportunité pour le CHU de bâtir de nouvelles relations avec son environnement lui permettant de garantir une meilleure continuité des soins pour le patient.

L'HAD sort la prise en charge du patient d'une approche séquentielle au bénéfice d'une démarche centrée sur l'organisation de son parcours dans le système de soin. En effet, elle contribue à renforcer les relations entre les professionnels de santé de la ville et de l'hôpital et repose sur une véritable dynamique de coordination et de coopération (1.2.1). En favorisant ainsi le décroisement de l'offre de soins, elle donne à l'hôpital la possibilité de mieux gérer les flux de patients et de recentrer ses missions (1.2.2).

1.2.1 Fondée sur une approche globale du patient, l'hospitalisation à domicile participe au décroisement de l'offre de soins au cœur de la stratégie du CHU de Nîmes.

a) Par son approche globale du patient, l'HAD évite la segmentation des prises en charge et les défauts de coordination.

L'hospitalisation traditionnelle repose sur une approche séquentielle de la prise en charge du patient consistant pour l'institution sanitaire à décomposer le séjour du patient en au moins trois phases distinctes, quasiment autonomes presque étanches. L'entrée du patient à l'hôpital est centrée sur le diagnostic à partir d'une série d'examens permis par le plateau technique. Après cette phase d'exploration, débute alors la séquence des soins. Enfin une fois les soins dispensés, la question de la sortie du patient et du retour vers son domicile se pose.

L'HAD rompt avec ce mode de prise en charge en termes de « séjour » pour promouvoir par une approche globale de l'état de santé du patient l'objectif qu'il faut organiser le « parcours du patient ». En effet, en rappelant que l'HAD est par nature polyvalente et généraliste, la circulaire du 1^{er} décembre 2006 fait fi des spécialités médicales qui cloisonnent bien souvent la prise en charge en hôpital. Avec le développement de l'HAD, les services hospitaliers prescripteurs sont tenus de travailler en parfaite coordination et le plus possible en prévision de la sortie du patient. Le retour d'un malade à domicile est un engagement pour le médecin hospitalier, le médecin traitant mais aussi pour la famille et les « aidants ». Si ce « contrat de partenariat » n'est pas solidement mis en oeuvre, il conduira inéluctablement à un échec et à une ré-hospitalisation traditionnelle.

L'HAD promeut une approche continue de la prise en charge du patient. Lors d'une hospitalisation à domicile, le patient reste pris en charge par son médecin traitant sans rupture. Ce professionnel connaît parfaitement ses antécédents et peut continuer le suivi de son patient dans une relation de confiance et dans un environnement sécurisé. Les professionnels paramédicaux de l'HAD peuvent être salariés de l'établissement mais souvent la prise en charge est assurée par l'infirmier du patient, professionnel libéral dont l'intervention favorise là encore le lien avec la ville.

De plus, l'HAD fonctionne selon une approche complémentaire des besoins du patient. Plus encore qu'en hospitalisation complète, les acteurs sociaux sont des professionnels primordiaux dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour ou du maintien à domicile. L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est souvent nécessaire et parfois essentiel aussi bien auprès du malade que de sa famille et des aidants, tout particulièrement pour éviter l'épuisement de ses derniers et la ré-hospitalisation des malades. Par ailleurs, le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aides supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile, garde à domicile etc. Cet aspect est réévalué périodiquement.

Les réunions périodiques de coordination, les échanges entre les différents acteurs de la prise en charge au travers du système d'information utilisé par la structure d'HAD, permettent ce travail pluridisciplinaire d'équipe autour d'un protocole de prise en charge où chacun a sa place tout en étant tenu de savoir partager son savoir avec d'autres.

b) Cette conception du soin suppose de la part de l'établissement une politique volontariste de coopération et de partenariat en rupture avec l'hospitalocentrisme

Fonctionnant comme un véritable réseau coordonné de soins, l'HAD implique la promotion de multiples coopérations et partenariats. Cette particularité s'inscrit dans la volonté clairement affichée du CHU d'ouverture sur son environnement en poursuivant une politique de décroïsonnement, tant vers les autres établissements publics que vers les cliniques privées de son territoire et les professionnels libéraux.

La coopération apporte une continuité des soins, facteur de qualité. L'enjeu de l'HAD est d'introduire une complémentarité entre les soins de ville et la compétence spécifique de l'hôpital. L'objectif est d'utiliser la structure hospitalière dans de justes proportions pour éviter des recours parfois surabondants ou surdimensionnés. L'hospitalisation à domicile

témoigne de ce que certaines fonctions de l'hôpital peuvent être assurées hors les murs et éviter ainsi les coûts de l'infrastructure. La coordination des soins que favorise le décloisonnement apporte à la fois continuité et régularité de la prise en charge.

La réalisation à domicile de soins oncologiques illustre les vertus d'une coopération au service du patient. Par sa fonction de coordination, l'HAD a évalué les besoins du patient et a pu alors organiser son retour. Quand le patient arrive à son domicile, le matériel médical a été livré ou arrive dans la journée et les médicaments ont été préparés ou commandés par la pharmacie. Le médecin coordonnateur contacte le médecin traitant pour lui expliquer le traitement et ses modalités de réalisation et de surveillance. Cet entretien est prolongé par une visite à domicile avec le médecin traitant accompagné éventuellement de l'infirmier(e). Les soins sont organisés conformément aux prescriptions du projet thérapeutique déterminé avec l'ensemble de professionnels de la prise en charge (médical, paramédical, social). Enfin, un suivi régulier du bon déroulement des soins et de l'état de santé du patient est assuré par l'équipe de l'HAD, en lien étroit avec le médecin traitant et les infirmiers, permettant une circulation optimale de l'information. Dans ces conditions, la coordination de la prise en charge ne repose plus sur le patient et son entourage et le risque de rupture est largement amoindri.

1.2.2 En contribuant au décloisonnement de l'offre de soins, l'HAD apporte à l'hôpital la possibilité de mieux gérer l'aval et de recentrer ses missions.

L'HAD constitue un réseau particulier, interface entre l'hôpital et la ville, entre le sanitaire, le médico-social et le social. Elle apporte une solution à l'insuffisante offre d'aval (a). Le décloisonnement qu'elle autorise, facilite et sécurise, permet une plus grande flexibilité du système de santé. L'établissement hospitalier n'est qu'un élément de la chaîne des soins qui doit articuler sa technicité avec les autres acteurs de l'offre de soins (b).

a) L'HAD est l'une des solutions possible pour mieux gérer l'aval.

Interface entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, l'hospitalisation à domicile permet aux malades présentant des pathologies aiguës et chroniques d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. L'HAD apparaît comme une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation (SSR)¹⁶ dont le nombre de places est insuffisant. Le vieillissement de la population, le degré de

¹⁶ AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., février 2007, « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Question d'économie de la santé*, n° 119.

dépendance et les polyopathologies liées à l'âge posent aujourd'hui aux établissements de santé une problématique de disponibilité des lits de court séjour, « embolisés » par des patients relevant de services d'HAD, de SSR ou de long séjour. Le problème de la disponibilité des lits invite à un nécessaire travail en réseau, d'autant plus que la réorientation des patients vers le système libéral infirmier ou vers les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) souffre de la saturation de ces solutions.

b) Un des principaux enjeux de l'HAD, c'est de permettre à l'hôpital de recentrer ses interventions.

Développer l'hospitalisation à domicile est une réelle opportunité pour l'hôpital public¹⁷. En effet, par sa nature, ce mode d'hospitalisation offre un large espace de soins et un « continuum de soins ». L'HAD peut, selon le cas, intervenir en amont et en aval de l'hospitalisation complète. Elle est capable de prendre en charge tout type de malade, quels que soient l'âge, la ou les pathologies. Elle applique selon les besoins des malades les protocoles de soins les plus simples ou les plus complexes convenus avec le médecin hospitalier et traitant, en coordination étroite avec le médecin coordonnateur. Enfin, elle permet aux professionnels de santé hospitaliers et de ville de travailler ensemble autour d'un projet thérapeutique validé avec le concours du médecin coordonnateur. L'essor de l'hospitalisation à domicile donne à l'hôpital la possibilité de confier à d'autres structures la phase thérapeutique et la surveillance des patients pour se concentrer sur le rôle de diagnostic autour du plateau technique.

En effet, l'hôpital est de moins en moins un lieu d'hébergement, mais un lieu de passage dans des locaux de plus en plus spécialisés. L'activité de soins intensifs et de réanimation s'est considérablement développée. Le « cœur » de l'hôpital s'est déplacé vers le plateau technique. L'hôpital est en pleine mutation et l'HAD l'accompagne en lui offrant la possibilité de mieux exploiter son potentiel diagnostique et thérapeutique tout en répondant au souhait du malade de développer des politiques de maintien à domicile.

¹⁷ MONNIER B., janvier-février 2004, « L'HAD : Enjeux, freins et risque pour l'hospitalisation publique », *Revue hospitalière de France*, n°496.

1.3 En instituant une autre manière de soigner¹⁸, l'hospitalisation à domicile permet au CHU d'améliorer la prise en considération des droits fondamentaux du patient.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a pour ambition de promouvoir une véritable démocratie sanitaire en remplaçant en particulier le patient au cœur de la décision médicale. Par le respect du choix et le souci de confort psychologique et physique du patient qu'elle apporte, l'HAD le repositionne au cœur de la décision et du suivi de sa prise en charge. Elle attribue donc au patient et à sa famille un véritable rôle dans la gestion de la maladie (1.3.1). En favorisant une prise en charge dans un environnement moins anxiogène, elle accroît la responsabilisation du malade et de son entourage (1.3.2).

1.3.1 L'HAD reconnaît au patient et à sa famille un véritable rôle dans la gestion de la maladie.

La loi de 2002 relative aux droits des patients vise à mettre en place une véritable démocratie sanitaire en reconnaissant en particulier au patient un véritable rôle d'acteur dans la gestion de sa maladie¹⁹. Titulaire de droits essentiels (droit de consentir aux soins, droit à l'information, droit d'accès direct au dossier médical, droit de participer à la décision médicale), le patient les exerce avec en contrepartie une responsabilisation plus forte. L'hospitalisation à domicile, par la proximité qu'elle conçoit entre soignants, patient et aidants, est par excellence un lieu où se vit l'exercice de cette démocratie sanitaire et l'exigence de responsabilisation qui en découle pour le malade et son entourage.

Le patient est en premier lieu titulaire d'un droit au consentement puisque l'article L.1111-4 du CSP dispose « qu'aucun acte ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Or, l'admission en HAD est avant tout la réponse à un souhait exprimé par le patient. Son consentement est éclairé par une information portant sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposées, sur leur utilité, leurs conséquences notamment en cas de refus et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles (art. L. 1111-2).

¹⁸ SENTILHES-MONKAM A., 2007, *L'hospitalisation à domicile, une autre manière de soigner*, Collection Ethique et pratique médicales, L'Harmattan.

¹⁹ CHICHE P., octobre 2007 « L'évolution de la place du patient dans le système de santé », *Bulletin juridique de la santé publique*, n°107.

En effet, la réappropriation par le patient de sa maladie et de son traitement implique une parfaite transparence des informations relatives à son état de santé (article L.1111-7). En HAD, les professionnels de santé l'accompagnent à l'aide de leur expertise du soin et de professionnels de la maladie. Dans cette forme singulière d'hospitalisation, ils sont amenés très souvent à conseiller ou informer le patient et ses proches.

Le projet thérapeutique est le cœur de cet enrichissement de la démocratie sanitaire. Partagé avec le patient, il consacre véritablement l'évolution de la relation médicale. Le choix thérapeutique est pleinement une décision du malade partagée avec l'ensemble de l'équipe qui l'accompagne. L'HAD replace le patient au centre du système de soins car elle s'attache à s'adresser à la personne malade en prenant en compte son parcours, ses souhaits et son environnement. Elle n'est pas un « prestataire de services ». Elle vise à sortir le malade de la logique de l'hôpital en lui offrant la possibilité de participer et d'influer sur son propre projet de soins. Celui-ci est avant tout un programme de soins personnalisés au quotidien, socle qui doit ouvrir un espace de liberté pour que le soignant coproduise la prise en charge avec le malade et les aidants naturels. L'HAD offre la possibilité de créer avec le malade un partenariat et de sortir ainsi de la relation hospitalière traditionnelle fondée souvent sur la seule dimension technique.

1.3.2 Tout en permettant une prise en charge dans un univers moins anxiogène, l'HAD accroît la responsabilisation du patient et de son entourage.

Le choix exprimé par les patients de bénéficier d'une hospitalisation à domicile correspond à leur souhait de se réapproprier leur prise en charge dans un univers moins anxiogène. L'HAD permet une hospitalisation écourtée ou évitée au profit d'une prise en charge dans un environnement moins déstabilisant.

De plus, elle implique une prise en charge plus responsabilisante pour le patient et ses aidants. La structure d'HAD intervenant de manière coordonnée mais ponctuelle au domicile du patient, celui-ci ou son entourage est donc davantage sollicité. L'hospitalisation à domicile passe par la prise en charge par le patient ou par ses proches de certaines tâches ou actes médicaux rapatriés dans la sphère domestique. Le patient ou ses aidants intègrent de fait l'équipe soignante en tant qu'acteurs de la prise en charge. L'éducation thérapeutique du patient et des aidants « naturels » est un passage obligé qui permet que s'accomplissent en toute sécurité ces gestes et attitudes de soins effectués par des non professionnels. Elle contribue à un rééquilibrage de la relation soignant-soigné.

En réintégrant le domicile, certaines tâches qui relèvent à l'hôpital des soignants redeviennent des actes de la vie quotidienne. Elles incombent au patient aidé de ses proches. Leur investissement est souvent important. Ils estiment que c'est de leur responsabilité d'aider le patient à faire sa toilette ou à prendre ses repas voire à passer les médicaments dans la sonde. Le projet de soins renforce d'ailleurs la position des proches. Il couvre un champ d'action plus large que le seul champ technique. C'est une autre logique de soin qui est à l'œuvre, plus tout à fait fondée sur le modèle hospitalier ou sur des compétences professionnelles. Elle s'appuie sur les besoins techniques et domestiques du patient et de ses proches. Sa mise en œuvre se fait grâce à des transferts de compétences. Dès lors, les proches sont bien plus que des « aidants naturels », ils deviennent, comme les patients, des « soignants naturels ».

L'HAD est une modalité d'organisation des soins qui répond à des besoins de santé publique en permettant au CHU de s'ouvrir sur son environnement. Elle contribue à ce recentrage du soin autour d'un axe « patient » ainsi qu'au besoin de coordination des professionnels. Mode alternatif d'hospitalisation, l'HAD prend en charge dans sa globalité et de manière coordonnée le patient. C'est sa véritable spécificité. Elle lui apporte à la fois des soins médicaux et paramédicaux mais aussi un suivi social au sein d'un programme de soins personnalisés au quotidien. Pour autant, sa mise en œuvre n'allait pas de soi et constituait un défi organisationnel pour le CHU de Nîmes et l'équipe projet en charge du dossier.

2 L'HAD un défi organisationnel pour le CHU de Nîmes... et l'équipe projet.

Pour un établissement hospitalier, mettre en place une unité d'hospitalisation à domicile l'oblige à reconsidérer ses schémas de pensée. Il doit d'abord faire sauter un obstacle culturel dans la reconnaissance de l'HAD comme structure de soins légitime. En effet, le développement de l'HAD est freiné par un ensemble de réserves qui touchent les différents acteurs de la prise en charge, prescripteurs, patients et structures (2.1). De plus, le soin à domicile impose une approche particulière. Prendre soin du patient à domicile nécessite une organisation matérielle et relationnelle sécurisante, dans le respect de la personne et de son entourage. Il s'agit de privilégier le maintien à domicile du malade tout en lui assurant la même qualité de soins qu'en hospitalisation traditionnelle. En la matière, les prescriptions réglementaires sont contraignantes (2.1). Enfin, la logique financière intrinsèque à la tarification à l'activité commande de déterminer des choix organisationnels qui assurent la pertinence médico-économique de l'ouverture d'une structure d'hospitalisation à domicile (2.3).

2.1 Lever un blocage culturel impliquant tous les acteurs pour faire reconnaître la légitimité de l'HAD.

Des réticences demeurent au sein des hôpitaux et chez les professionnels de santé libéraux : l'hospitalisation à domicile implique en effet un travail en réseau qui rompt avec les prises en charge traditionnelles (2.1.1). De plus, les familles et leurs médecins traitants expriment parfois des inquiétudes lorsque ce mode d'hospitalisation est proposé (2.1.2).

2.1.1 L'HAD se heurte à la fois à l'hospitalo-centrisme et à la culture des professionnels de santé ayant opté pour un exercice libéral.

L'HAD implique une coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital et entre les secteurs sanitaire et social pour assurer la continuité et la qualité des soins. Il est indispensable donc que les établissements acceptent de sortir de leurs murs (a) et que les professionnels libéraux n'y voient pas un moyen d'affirmer l'hospitalo-centrisme (b).

a) La culture hospitalo-centriste, fortement ancrée, ne joue pas en faveur d'une prise en charge lourde à domicile.

La conception française de l'HAD est, dès l'origine, fondée sur la discontinuité médicale entre la médecine hospitalière et la médecine libérale²⁰. Elle se démarque nettement du modèle américain. En effet, ce dernier prend sa source dans l'expérience du Professeur Bluestone (1945). Confronté à une surpopulation de patients, il décide alors d'en suivre certains chez eux. C'est dans le prolongement de cette expérience que le Home Care créé en 1947 est fondé d'emblée sur le déplacement des médecins hospitaliers au domicile des patients. Par contre, dès les premières expérimentations d'hospitalisation à domicile en France à l'AP-HP à la fin des années 1950, le principe retenu est de s'appuyer sur la médecine libérale.

Cette discontinuité structurelle et culturelle favorise la multiplication des arguments avancés par le monde hospitalier pour justifier la suprématie de l'hospitalisation traditionnelle. Ils hésitent à laisser sortir des patients sur des soins jugés aigus et considèrent que l'hospitalisation traditionnelle permet de réaliser des examens de

²⁰ SENTHILES-MONKAM A., 2005, « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile – L'histoire d'un paradoxe », *Revue française des affaires sociales*, n°3, pp. 157-182.

manière régulière. A cela s'ajoutent une méconnaissance du système et une tendance naturelle à remplir les lits d'un service hospitalier. De plus, ils craignent de confier des patients à des médecins et des professionnels paramédicaux qu'ils ne connaissent pas ou peu. Les praticiens hospitaliers sont encore réticents à orienter leurs patients vers l'hospitalisation à domicile au motif que la qualité, la sécurité et la continuité des soins ne seraient pas toujours assurés. Or, les professionnels y travaillant satisfont aux obligations de formation continue. Un travail d'évaluation régulier concernant la qualité des soins dispensés et l'analyse des attentes des populations est réalisé.

De plus, la culture hospitalière n'a pas « intégré » que l'HAD faisait partie de l'hôpital. Le sentiment persiste parmi les hospitaliers que les ressources dédiées à ces structures sont « détournées » au détriment des services conventionnels au profit d'une forme d'hospitalisation « au rabais » voire au bénéfice du monde libéral. Ce sentiment d'être spolié rend peu visible les avantages que l'hospitalisation à domicile présente pour le monde hospitalier. Or, en diminuant la durée moyenne des séjours hospitaliers, en accélérant la rotation des malades dans les lits d'hôpital, l'H.A.D. permet de réserver les équipements hautement spécifiques au plus grand nombre de malades aigus.

b) De même, l'exercice libéral des métiers de la santé peut être un frein à la reconnaissance de l'hospitalisation à domicile.

Les professionnels libéraux voient encore en l'HAD un possible empiètement sur leurs interventions, voire une remise en cause de leur indépendance. La présence d'une équipe de coordination (un médecin et un cadre coordonnateurs) peut être ressentie comme un contrôle sur leur activité. Or, ils ignorent souvent que l'hospitalisation à domicile n'est pas une alternative à l'ambulatoire mais à l'hôpital et que de ce fait les malades en HAD sont des patients à qui, individuellement, ils ne seraient pas en mesure de prodiguer des soins. De plus, le travail en réseau est au cœur de l'HAD et ne peut se passer de cette coordination.

Le mode de rémunération des professionnels paramédicaux libéraux peut rendre difficile la prise en charge continue des patients. L'indispensable continuité des soins impose des contraintes fortes aux médecins généralistes et aux professionnels paramédicaux engagés dans l'hospitalisation à domicile. La rémunération à l'acte n'invite pas à la prise en charge des patients les plus lourds. En outre, les structures d'HAD se heurtent à l'absence de relais lorsque les soins techniques diminuent ou que l'état de santé des patients se stabilise. Là encore, le système de rémunération est un frein à la prise en charge du nursing ou des soins palliatifs, plus longs que des actes davantage techniques.

Pourtant, l'hospitalisation à domicile offre des perspectives intéressantes aux professionnels libéraux. Dans la mesure où elle permet d'éviter ou d'écourter des hospitalisations, elle leur apporte une « clientèle » nouvelle. L'HAD suppose aussi des prises en charge plus lourdes puisque relevant d'une hospitalisation. Elle est alors un moyen de contribuer à la technicité des actes des libéraux et assure aussi une formation continue diffuse des professionnels médicaux et paramédicaux. Par ailleurs, les professionnels ressentent fréquemment un sentiment d'isolement, en particulier dans la prise en charge des pathologies lourdes. La possibilité de faire référence à des protocoles, à d'autres professionnels et de confronter les pratiques leur permet d'envisager des prises en charge qu'ils récuseraient sans l'existence du service d'HAD.

2.1.2 Les familles et leurs médecins traitants expriment parfois des inquiétudes lorsque ce mode d'hospitalisation est proposé.

a) Les interrogations du côté des patients et de leur entourage sont nombreuses.

Concernant le patient et son entourage, une réticence ou une crainte des patients et des familles s'expriment devant l'inconnu des spécificités de la prise en charge en HAD. La médicalisation de la vie familiale, le sentiment d'abandon, les contraintes et le stress psychologique des familles y contribuent. Ce mode de prise en charge s'appuie sur la nécessaire présence et disponibilité de l'entourage qui ressent plus de problèmes inhérents à cette alternative que le patient lui-même, avec notamment une surcharge de travail domestique et une obligation de garde. Enfin, pour les patients, l'hôpital reste synonyme de sécurité et ils ressentent parfois un sentiment d'insécurité à domicile qu'il est facile de pallier avec les moyens technologiques sophistiqués et les possibilités nouvelles qu'offrent la télé médecine. Enfin certaines familles peuvent y voir un transfert de financement qui peut paradoxalement coûter puisque de nombreux articles sont peu ou pas remboursés.

Pourtant, le principal avantage cité par 93% des patients est le retour à domicile ou, en d'autres termes, le mieux être chez soi, qui peut induire une attitude volontaire du patient, qui se sent acteur dans son quotidien, partenaire d'une équipe, contrairement à la soumission qu'il accepte à l'hôpital. Les arguments sont d'autant plus valables pour une personne âgée dont le retour et le maintien à domicile réduisent les risques d'apparition ou d'aggravation d'un état de dépendance physique, psychique et de passage à la condition de grabataire.

b) L'HAD étant mal connue, les médecins traitants émettent des réserves à la prise en charge à domicile de leurs patients.

D'une façon générale, les médecins généralistes, qui peuvent prescrire l'H.A.D. depuis octobre 1992, évaluent mal ce que l'expression HAD recouvre. Les médecins en charge des patients accueillis en HAD, soulignent la difficulté à prendre en charge des malades lourds à domicile, avec les contraintes de surcharge de travail qui en résultent. Ils mettent également en avant l'absence de formation spécifique à ce type de prise en charge ainsi qu'une information insuffisante sur l'existence des structures et leurs possibilités de prise en charge. Ils s'inquiètent d'une responsabilité mal définie.

Or, le médecin généraliste souvent en difficulté face à des prises en charges de plus en plus techniques trouve en cette intervention coordonnée une véritable valeur ajoutée lui permettant ainsi de garder le patient à son domicile dans les meilleures conditions qui soient en prenant en compte les limites et possibilités de la médecine libérale. Par ailleurs, la reconnaissance d'une responsabilité entière et globale d'une HAD ne fait que valoriser le rôle du médecin de famille.

2.2 Penser le soin à domicile en assurant la même qualité qu'une hospitalisation traditionnelle afin de répondre aux injonctions réglementaires.

L'hospitalisation à domicile est avant tout une hospitalisation mais ... hors les murs ! Les règles de fonctionnement et d'organisation des établissements de santé s'appliquent aux services d'HAD. Pour les pouvoirs publics, les structures d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé où l'on dispense des soins de « niveau hospitalier » avec une coordination médicale. Ainsi en clarifiant rigoureusement le concept d'HAD (2.2.1), l'ouverture d'un service d'HAD suppose que les solutions organisationnelles conçues par les directions d'hôpitaux respectent des prescriptions réglementaires strictes (2.2.2).

2.2.1 Le législateur s'est attaché à clarifier le concept d'hospitalisation à domicile.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 reconnaît officiellement le principe de l'hospitalisation à domicile. En définissant les « centres hospitaliers », elle précise que « [leurs services] peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin

traitant²¹ ». Par la suite, les pouvoirs publics préciseront le concept d'HAD en définissant les critères d'inclusion (a) et structurant les principes de son fonctionnement médical (b).

a) Les critères d'inclusion en HAD sont définis réglementairement.

« L'HAD prend en charge des malades nécessitant une charge en soins importante ». Prescrites dans le cadre d'une pathologie aiguë ou chronique, l'HAD suppose des soins complexes ou d'une technicité spécifique obligatoirement formalisés dans un « projet thérapeutique²² ». « La prise en charge est complète et souvent longue ».

Les critères d'inclusion sont les mêmes qu'en établissement d'hospitalisation complète. Il peut s'agir de « soins de réhabilitation » jusqu'à ce que l'amélioration de l'état du patient puisse envisager un passage de relais à la médecine de ville ou aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des « soins d'accompagnement » jusqu'à au terme de la vie²³. Les frontières entre les modes de soins à domicile sont délimitées tout en reconnaissant la continuité entre les SSIAD et l'hospitalisation à domicile, celle-ci dispensant des soins plus lourds que ceux qu'il est possible de pratiquer dans des SSIAD.

La circulaire de 2006 étend le champ d'application de l'HAD à la quasi-totalité des situations pathologiques²⁴. Elle en officialise le côté pluridisciplinaire et généraliste. L'HAD prend en charge des malades « polypathologiques ». Il ne peut y avoir d'HAD spécialisée mais toute structure peut développer des compétences propres, des expertises sur des disciplines particulières dominantes assurées par des personnels spécialisés.

b) Les principes de fonctionnement de l'HAD font l'objet d'une structuration progressive.

La répartition des rôles médicaux est précise. Le médecin hospitalier prescrit des soins personnalisés au malade dont il s'occupe. Il élabore le projet thérapeutique avec l'équipe d'HAD. Il est l'expert auprès de l'HAD pour la pathologie et organise la mise à disposition des procédures et des protocoles complexes. Il participe à la formation des médecins traitants. Il s'engage à ré-hospitaliser le patient si nécessaire. Le médecin traitant, toujours librement choisi par le malade, doit être en accord avec le projet thérapeutique. Il doit approuver le principe du retour du patient chez lui. Il réévalue au domicile du patient son état de santé. Il décide éventuellement d'une ré-hospitalisation. Le médecin coordonnateur, référent médical de l'HAD, en organise le fonctionnement médical et

²¹ Article 4.

²² Le texte utilise la formule de « protocole de soins ».

²³ La circulaire distingue les « soins ponctuels », les « soins continus » et les « soins de réadaptation ».

l'évaluation. Il donne son avis à l'admission et à la sortie du patient. Il évalue l'adéquation du projet avec les possibilités de l'HAD afin d'assurer au patient une sécurité maximale. Il coordonne les informations entre les différents praticiens. Il assure une évaluation de la qualité.

Le patient est pris en charge à partir de la définition d'un projet thérapeutique, clinique et psychosocial. Il regroupe les soins cliniques, psychologiques et sociaux envisagés pour une prise en charge de qualité. Il résulte d'un consensus entre les médecins et l'équipe paramédicale donne son accord après avoir estimé la charge en soins dans le cadre d'une analyse de la situation.

Un cadre infirmier assure des fonctions de coordination des soins en appui du médecin coordonnateur auprès des professionnels paramédicaux employés ou rétribués par la structure. Pour cela, un dossier de soins est constitué lors de la première visite chez le patient à partir du projet thérapeutique. Il est mis à jour quotidiennement par chacun des intervenants qu'ils appartiennent à l'HAD ou qu'ils soient libéraux. La collaboration des libéraux avec l'HAD doit être formalisée par une convention qui constitue un « contrat d'objectifs » et un cadre juridique. Le professionnel libéral s'y engage à respecter la continuité des soins, les modalités de transmissions des informations et la tenue du dossier de soins. Il accepte le principe de l'évaluation de la qualité des soins.

Enfin, compte tenu des pathologies graves prises en charge par l'HAD, le traitement de la douleur et les soins palliatifs font partie intégrante des activités de soins de l'HAD. Dans cette optique, celle-ci doit assurer financièrement l'ensemble des dépenses afférentes.

2.2.2 Cette clarification se traduit par de fortes injonctions réglementaires en matière d'organisation.

L'hospitalisation à domicile est avant tout une hospitalisation, rappelle avec insistance la circulaire de 2006. Hospitalisation sans hébergement, l'HAD est soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers privés et publics et parmi elles la sécurité et qualité des soins, la certification ou encore la lutte contre les infections nosocomiales. L'ouverture des nouvelles unités d'HAD est subordonnée depuis 2006 au respect de prescriptions réglementaires plus rigoureuses qu'auparavant. La définition d'un dispositif de permanence des soins (PDS) autonome et sécurisé est une problématique délicate (a)

²⁴ Y compris psychiatrique

à laquelle s'ajoute la nécessité de concevoir des principes de fonctionnement garantissant la meilleure coordination des soins (b).

a) L'élaboration de la PDS en HAD est une problématique particulièrement délicate compte tenu d'un cadre réglementaire strict.

Les prescriptions réglementaires sont très contraignantes en matière de PDS. Le CSP dans son article D 6124-309 prescrit que les structures de soins à domicile « sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins, y compris les dimanches et les jours fériés ». Elles doivent garantir aux patients « qu'elles prennent en charge leur transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine et de chirurgie ». Elle impose aux structures ne relevant pas d'un établissement comportant les disciplines susmentionnées « de conclure une convention avec un autre établissement de santé doté de telles disciplines ». La circulaire du 1^{er} décembre 2006 renforce cette contrainte réglementaire en rappelant que les obligations concernant la continuité des soins s'appliquent à la structure d'HAD et que « ni le SAMU, ni les services des urgences n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la prise en charge de la permanence des soins ».

Par ailleurs, le service hospitalier prescripteur doit s'engager à réadmettre sans délai un patient hospitalisé à domicile et ayant besoin d'une ré-hospitalisation conventionnelle. Cet engagement est difficile à tenir - et à obtenir - de la part de services dont le fonctionnement est souvent déstabilisé par la gestion des admissions non programmées liées à l'activité des urgences.

b) La coordination des soins est reconnue réglementairement comme une mission propre de l'HAD.

Parce qu'elle est par nature « polyvalente et généraliste », l'HAD prend en charge des patients souffrant en général simultanément de plusieurs affections et nécessitant l'intervention de spécialités et de disciplines différentes. L'HAD doit donc assurer une mission spécifique de coordination de l'activité de ces divers intervenants.

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, l'HAD est ainsi une structure mixte utilisant les compétences internes de ses propres équipes et coordonnant les interventions de professionnels extérieurs tout en prenant en compte l'environnement sanitaire et médico-social participant à la prise en charge éventuelle du patient en amont ou en aval de l'HAD. L'activité des divers intervenants doit donc être coordonnée à partir d'un projet thérapeutique personnalisé. En effet, en HAD, les soins ne sont plus assurés dans un cadre bien établi comme en milieu hospitalier. La caractéristique principale de la prise en charge des soins de patients à domicile est que

les acteurs sont multiples et ne sont pas sur place. Les professionnels de santé assurent les soins à domicile de manière séparée et à différents moments de la journée. Les différents partenaires (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes etc.) interviennent sur la gestion du soin les uns après les autres et ne se rencontrent que très rarement. Le travail est général asynchrone et il convient donc d'organiser l'activité coopérative du personnel soignant impliqué dans la gestion de soins en situation d'hospitalisation à domicile. A ce titre, le législateur garantit une coordination médicale des soins avec l'existence obligatoire d'un médecin coordonnateur. Il est le pivot de la continuité des soins en coordonnant les professionnels et les structures d'amont et d'aval.

2.3 Déterminer des choix organisationnels pour garantir la pertinence médico-économique de l'unité d'HAD.

Si dans les discours, l'HAD est présentée comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pertinente sur le plan médico-économique, les évaluations sont peu répandues et encore partielles (2.3.1). C'est pourquoi, l'ouverture d'une telle activité désormais financée en T2A exige d'identifier la structure du coût d'une journée d'hospitalisation pour encadrer les choix organisationnels envisageables et de déterminer une stratégie de pilotage médico-économique des prises en charge pour optimiser les recettes (2.3.2).

2.3.1 L'HAD est présentée comme un choix médico-économique pertinent sans pour autant disposer toujours d'évaluations suffisamment fiables.

Si l'ouverture d'une structure d'HAD est justifiée par les économies potentielles pour le système de soins qu'elle permettrait (a), les évaluations en la matière sont encore rares et difficiles à mettre en œuvre (b).

a) La création des structures d'HAD se justifierait en raison d'un coût plus limité que l'hospitalisation conventionnelle

Pour les différents financeurs (l'Assurance Maladie, l'Etat, les services sociaux, les responsables d'hôpitaux ou même les malades), les alternatives à l'hospitalisation et en particulier l'HAD sont justifiées compte tenu de la possibilité qu'elles offrent de diminuer les dépenses. Les références aux alternatives à l'hospitalisation dans les textes législatifs et réglementaires sont devenues pressantes à mesure que l'obligation de contenir les dépenses de santé et plus particulièrement les dépenses hospitalières s'est imposée sur l'agenda politique. La volonté exprimée par les pouvoirs publics est de parvenir à un

meilleur usage possible du système de soins en tenant compte des équilibres à trouver entre ses différentes composantes, notamment en évitant de systématiser les formes lourdes de prise en charge de la maladie²⁵ et en veillant ainsi à diminuer le « taux d'inadéquation » dans les modes de prise en charge.

En 2000, le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) évaluait sur la base de 29 structures d'hospitalisation auditées le coût moyen global d'une journée d'HAD à 140 €. Selon la FNEHAD, en 2007, avec un coût par journée de 198 €²⁶, l'HAD est une dépense beaucoup plus faible que celle affichée par les établissements hospitaliers avec hébergement. On se placerait alors dans un rapport de 1 à 4. Les avantages médico-économiques de l'HAD mis en exergue sont nombreux :

1° Les investissements des établissements d'HAD sont faibles en comparaison de ceux du secteur de l'hospitalisation traditionnelle. Les coûts de structures sont réduits notamment en l'absence d'hébergement.

2° L'HAD repose sur un mode de fonctionnement souple dont l'unique curseur d'adaptabilité est l'état de santé du patient et de ses besoins en soins et médicaments.

3° Dans un contexte de T2A en cours de déploiement dans les établissements hospitaliers, créer une unité d'HAD serait une piste supplémentaire pour permettre aux établissements de se concentrer sur les soins à forte valeur ajoutée et de réduire la durée des séjours.

4° La démographie des professions de santé oblige à trouver de nouvelles organisations et à mieux coordonner les pratiques. L'HAD en serait une modalité possible.

5° Réglementée et soumise aux mêmes règles que les hospitalisations avec hébergement, l'HAD offre une solution médicale de qualité qui répond à la nécessité de limiter la progression des dépenses de santé par des organisations moins coûteuses que l'hospitalisation traditionnelle.

²⁵ STEFFEN M., juin 1987, « Les alternatives à l'hospitalisation : entre le social et le médical, quelles alternatives ? », *Prévenir*, n°14.

²⁶ FNEHAD, 15 Juin 2008, « Enjeux et perspectives de l'HAD », Note au DG de CHU.

b) Mais les évaluations des économies potentielles pour le système de santé générées par l'HAD sont encore rares et délicates à conduire.

Les évaluations économiques des structures d'HAD sont encore rares et, quand elles existent, elles portent surtout sur des segments particuliers des prises en charge possibles à domicile comme les chimiothérapies²⁷ ou les soins de suite et de réadaptation²⁸. Evaluer la pertinence médico-économique de développer l'hospitalisation à domicile se révèle très complexe pour au moins 3 raisons :

1° La comparaison entre la situation que l'on a avec l'alternative et celle que l'on aurait sans l'alternative est difficile. Elle l'est d'autant plus que le degré de substitution entre les deux varie en fonction de facteurs sociaux et épidémiologiques (âge des patients, pathologie, environnement etc.).

2° De plus, la mise en place d'un nouveau service nécessite un développement de nouveaux moyens qui sont source de nouvelles dépenses dans un premier temps pouvant introduire un biais dans l'évaluation. La crainte d'un accroissement de dépenses pour le système de santé avait d'ailleurs conduit les tutelles à beaucoup de circonspection en considérant l'expression « alternative à l'hospitalisation conventionnelle » avant tout comme un synonyme de « substitution ». C'était tout le sens des principes posés par les décrets de 1991 incluant l'HAD dans la carte sanitaire et créant un « taux de change » impliquant la suppression de lits d'hospitalisation conventionnelle en contrepartie de la création de places d'HAD.

3° L'analyse des coûts suppose de disposer d'une comptabilité analytique élaborée de l'activité d'HAD des établissements. La méconnaissance des coûts par pathologie rend difficilement comparable les dépenses d'une activité alternative par rapport à une hospitalisation traditionnelle. En matière d'HAD, l'évaluation d'un « coût complet » implique aussi de considérer les éventuels coûts cachés qui pèsent sur la famille : garder un patient à domicile est une charge pour la famille psychologiquement mais également matériellement.

²⁷ Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2005, *Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels*.

²⁸ Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), février 2007, « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n°119.

Un premier modèle d'évaluation des coûts a été élaboré par le CREDES et a servi de base à la construction du PMSI HAD et son modèle de tarification. Une nouvelle Etude Nationale des Coûts (ENC) sera lancée à partir de janvier 2009. Elle doit constituer un outil essentiel de connaissance des coûts en privilégiant l'affectation d'un nombre important de charges directement à la séquence de prise en charge voire au séjour. Elle apportera aux pouvoirs publics des données indispensables pour conduire une évaluation médico-économique judicieuse de cette forme alternative d'hospitalisation tout en fournissant aux établissements les moyens d'une gestion interne efficiente.

2.3.2 Dès lors, à l'échelle d'un établissement, le choix d'ouvrir une unité d'HAD dans le cadre d'un financement à l'activité impose d'identifier les coûts pour mieux sérier les options organisationnelles possibles et de définir une stratégie médico-économique à tenir pour optimiser les recettes.

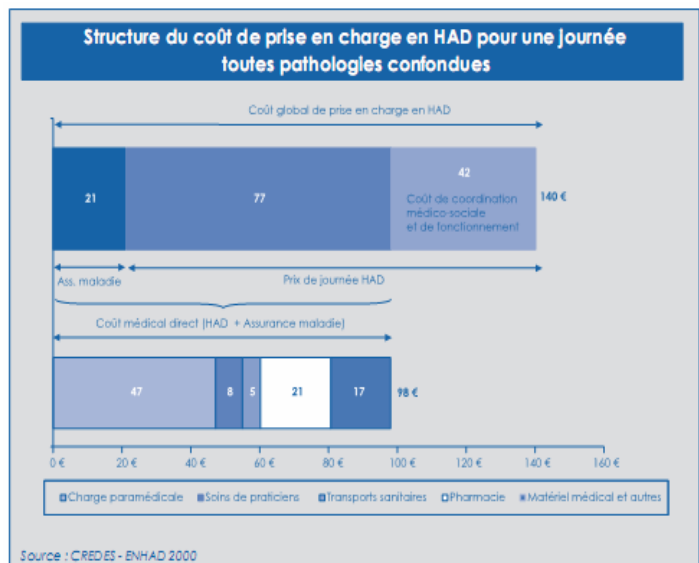
L'identification de la structure du coût moyen d'une journée d'hospitalisation à domicile est une condition préalable au recensement des différentes options organisationnelles possibles (a). Mais pour garantir la viabilité financière de la structure, elle n'est pas suffisante et doit se doubler d'une stratégie médico-économique fondée sur la structure des prises en charge permettant une optimisation des recettes (b)

a) L'identification des coûts²⁹ d'une journée en HAD permet de guider l'analyse sur les options organisationnelles possibles.

Le « coût moyen global » de l'hospitalisation à domicile englobe les prestations incluses dans les tarifs perçus par les structures d'HAD et les éventuelles consommations remboursées en sus par l'Assurance maladie. Le « coût médical direct », c'est-à-dire le coût des soins délivrés au patient, représente selon le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la santé (CREDES) environ 70 % du coût global. La part restante se décomposant entre la coordination médico-sociale (temps consacré par l'équipe d'HAD aux tâches de coordination) et les frais de fonctionnement de la structure.

²⁹ Ces données sont issues de l'Enquête nationale sur l'hospitalisation à domicile (ENHAD) réalisée par le CREDES auprès de 29 structures d'hospitalisation entre septembre 1999 et janvier 2000. A partir de ces éléments, une tarification à l'activité pour les services d'HAD a pu être élaborée dans le cadre du Plan Hôpital 2007.

La charge en soins paramédicale (soins infirmiers, soins de nursing et aides ménagères) représente près de la moitié du coût médical direct (48%), dont 39% pour les seuls soins infirmiers et de nursing. La pharmacie rassemble 21% du coût médical direct et le matériel médical 18%. Les honoraires des médecins généralistes n'en représentent qu'une faible part (3%).



Ces résultats confirment que l'HAD est avant tout une médecine de réhabilitation et d'accompagnement proche des SSR dans la mesure où elle se traduit essentiellement par des actes thérapeutiques effectués par les soignants et très peu par des actes diagnostiques.

Une fois identifiée la composition du coût d'une journée d'hospitalisation, l'équipe projet s'est concentrée sur la recherche d'options organisationnelles dans deux domaines stratégiques :

1° La structure par statut des personnels soignants et leurs missions. Les unités d'hospitalisation peuvent faire appel à du personnel soignant salarié ou libéral. Les contacts avec les différentes structures d'HAD ont mis en évidence que toutes les combinaisons étaient possibles. Le continuum des possibilités allant de l'HAD ne fonctionnant que sur la base de personnels salariés pour la prise en charge des soins à celle ayant fait le choix de privilégier intégralement l'intervention de professionnels libéraux.

2° L'organisation de la logistique. Cette dimension est souvent insuffisamment approfondie lorsque la problématique de la création d'un service d'HAD est abordée. Or, la gestion des flux pour une unité d'HAD est très complexe car très différente d'un service hospitalier classique intra-muros. Plusieurs circuits étaient à formaliser pour en déterminer les modalités possibles d'organisation : circuit des médicaments et du petit matériel, circuit des déchets, circuit des prélèvements biologiques. Si l'amélioration de la gestion des flux est une source d'économies substantielles et un facteur déterminant de la qualité,

une mauvaise maîtrise des circuits logistiques est un facteur de surcoût et une source de non-qualité pour les patients hospitalisés à domicile.

b) Par ailleurs, le modèle de tarification à l'activité élaboré pour l'HAD suppose une stratégie de pilotage médico-économique des prises en charge permettant d'optimiser les recettes.

Avec la volonté politique clairement affirmée de développer l'hospitalisation à domicile (HAD), le Ministère de la Santé a réalisé une réforme de son système de tarification. Présentée comme étant une bonne alternative à l'hospitalisation complète, le principal obstacle au développement de l'HAD restait encore l'opacité de son mode de financement : la facturation des séjours en HAD était basée sur un prix de journée unique, ne prenant pas en compte la variété des structures et des soins prodigués (surveillance de grossesse à risque, chimiothérapie combinée à un traitement de la douleur etc.).

Sur la base de l'enquête sur les coûts de prise en charge en HAD l'HAD conduite par le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en 2000, une nouvelle grille de tarification a été construite afin de mieux rendre compte de ses réalités financières. Fondée sur une tarification à l'activité (et non plus à la journée), elle prend en compte la nature et la variété des soins, le degré de dépendance du patient et la durée du séjour. Après un programme d'expérimentation lancé en novembre 2002, la mise en œuvre de la tarification à l'activité est effective depuis la loi de financement de la sécurité sociale 2006 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Tous les établissements d'hospitalisation à domicile publics ou privés sont financés pour la totalité de leurs journées par une tarification à l'activité. L'ensemble des frais inhérents à l'hospitalisation du patient³⁰ incombent au CHU et sont couverts par le versement d'un tarif. Cette réforme entraine dans le cadre du plan hôpital 2007 qui avait pour objectif d'harmoniser les modes de financement des hôpitaux publics et privés, et d'assurer une meilleure équité dans l'allocation des ressources.

Ce nouveau mode de tarification justifie le recueil d'informations médicalisées et les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation à domicile ont désormais pour obligation de procéder à une analyse de leur activité³¹. Ainsi :

³⁰ Le paiement des partenaires extérieurs, les médicaments prescrits par le médecin traitant, les fournitures médicales (aiguilles, seringues, pansements, perfusions, etc.), les fournitures hôtelières (couches, alèses, etc.), le matériel médical loué (lit électrique, fauteuil, déambulateur, etc.), les transports nécessaires aux soins, l'enlèvement des déchets d'activité de soins.

³¹ Art. L. 6113-7, CSP.

1° La valorisation des modes de prises³² en charge est fondée sur une codification de chaque prise en charge dans un « Groupe Homogène de Prise en Charge³³ » construit à partir de 3 variables : (1) un « mode de prise en charge principal » (ex : soins palliatifs), (2) un « mode de prise en charge associé » s'il existe (ex : prise en charge de la douleur), (3) le degré de dépendance du malade mesuré à partir de « l'indice de Karnofsky »³⁴. (ex : IK = 40). Chaque GHPC est affecté d'un indice de pondération appelé « indice de pondération intermédiaire » (IPI). Il situe la lourdeur médicale du patient prise en charge. Plus il est élevé, plus la charge médicale liée au patient est élevée en raison de son état de santé et des soins nécessaires.

2° La rémunération des activités d'HAD d'un établissement repose sur le paiement d'un forfait pour chaque journée où le patient est hospitalisé à domicile, appelé « groupe homogène de tarif » (GHT) calé sur un GHPC mais pondéré par un coefficient lié à la durée moyenne de séjour. En effet, sur la base de l'hypothèse selon laquelle, plus la durée de prise en charge est longue moins les coûts sont élevés, le modèle prévoit que la durée de séjour ait un effet dégressif sur les tarifs. Au sein de chaque séquence de soins, quatre tranches de prise en charge ont été définies (du 1^{er} au 4^{ème} jour tous deux inclus, du 5^{ème} au 9^{ème} jour tous deux inclus, du 10^{ème} au 30^{ème} jour tous deux inclus et à partir du 30^{ème} jour). A chaque tranche de durée de prise en charge est affecté un « indice de pondération ».

3° Le produit de la pondération intermédiaire associée à chaque GHPC (IPI) par celle de la tranche de durée de prise en charge permet d'obtenir un « indice de pondération totale » (IPT) déterminant le tarif versé par l'Assurance Maladie (le GHT).

4° Il existe 31 tarifs différents en fonction de la lourdeur des soins dispensés.

En HAD, le montant des recettes prévisionnelles dépend donc de deux composantes principales que l'équipe de coordination doit bien maîtriser pour garantir l'équilibre économique de la structure : (1) la composition du protocole de soins (mode de prise en charge principal + mode de prise en charge associé + indice de dépendance), (2) la durée

³² La circulaire relative à l'HAD établit une liste de « modes de prise en charge » qui sont autant de traitements réalisables en HAD (soins palliatifs, pansements complexes, antibiothérapies, prise en charge de la douleur etc.).

³³ Les GHPC représentent les variables du modèle tarifaire décrivant l'état de santé du patient.

³⁴ Indice qui quantifie le degré de dépendance du sujet. Chaque palier de 10% correspond à un degré de dépendance ou d'autonomie. A 100% le patient est sain. A 0% le patient est décédé. Entre 10 et 30%, le patient est très dépendant. Au-delà de 40%, le patient conserve encore une certaine autonomie.

moyenne du séjour. Le modèle prévoit par ailleurs que si les modalités de la prise en charge du patient évoluent et que le patient entre dans une nouvelle séquence de soin, la première tranche s'applique à nouveau. Pour l'équipe de coordination, ces principes de financement impliquent donc sans tabous et dans le respect de la déontologie professionnelle :

1° De déterminer pour chaque admission le protocole le plus pertinent sur le plan médico-économique (quel mode de prise en charge principal ? quel mode de prise en charge associé ? quel indice de dépendance ?) ;

2° De procéder le plus régulièrement possible à la réévaluation du patient pour s'assurer que les modes de prise en charge associés et donc les recettes qui en découlent sont en adéquation avec les dépenses engagées ;

(3) De suivre attentivement les durées de séjour de chaque patient ;

(4) D'évaluer à échéance régulière la structure optimale des prises en charge pour le service c'est-à-dire les segments à développer (poids respectifs des soins palliatifs, des pansements complexes, de l'éducation du patient, de l'antibiothérapie etc. dans les modes de prise en charge).

Ainsi, les contraintes étant bien identifiées, l'équipe projet était en mesure de proposer des solutions organisationnelles pour la création de l'unité d'HAD du CHU de Nîmes :

1° Créer les partenariats nécessaires au bon fonctionnement de l'HAD et lever les réticences en faisant connaître et reconnaître la place de l'HAD auprès des professionnels de santé et du public ;

2° Garantir la qualité des prises en charge par un dispositif sécurisé de permanence des soins et des modalités de coordination des soins bien établies ;

3° Assurer l'efficacité du service en recherchant la structure paramédicale et l'organisation logistique idoines.

3 Les options retenues pour l'HAD nîmoise apportent des solutions novatrices pour repenser la place du CHU sur son territoire de santé.

L'HAD constitue un vrai laboratoire pour expérimenter d'autres modes organisationnels et repenser la place de l'hôpital dans le système de santé en sortant de l'hospitalo-centrisme. L'HAD du CHU de Nîmes s'est très résolument positionnée au carrefour ville-hôpital et dans la coopération avec le secteur privé, opérateur de soins à domicile sur le territoire, sans tabou et dans une démarche de pédagogie pour lever les réticences culturelles. (3.1) L'unité s'inscrit clairement dans une démarche qualité en posant des principes contraignants en termes organisationnels pour garantir une prise en charge sécurisée des patients à domicile par un dispositif de permanence des soins qui lui est propre et un projet de coordination des soins mobilisant les possibilités offertes par la télémedecine (3.2). Enfin, les choix relatifs à la structure paramédicale et à la logistique doivent apporter souplesse et efficience au service (3.3).

3.1 Pour promouvoir l'hospitalisation à domicile, l'équipe projet a mis en place une stratégie de partenariat et de communication.

La méconnaissance de l'HAD, les craintes des professionnels de santé, hospitaliers comme de ville, constituaient un véritable handicap dans la mise en œuvre et le fonctionnement de l'HAD. Pour surmonter cet obstacle culturel, une logique de partenariat avec les professionnels de santé de la ville (3.1.1), de coopération avec le secteur privé (3.1.2) et de communication (3.1.3) s'est imposée.

3.1.1 La construction de partenariats respectueux des obligations respectives de chacun a nécessité un long processus de négociation avec les professionnels de santé libéraux.

Devenir partenaire oblige à se connaître pour se reconnaître, à réfléchir ensemble et à agir de façon coordonnée dans un but commun. Pour l'équipe projet, le partenariat doit être compris comme un espace de liberté et de respect du travail de l'autre. Il doit se traduire par des conventions de coopération décrivant précisément la place de chacun dans les prises en charge et les responsabilités qui en découlent. Tel a été systématiquement le sens qui a animé les étapes de négociation nécessaires pour bâtir les contours de l'unité d'HAD. Pour autant, si la négociation peut déboucher sur la possibilité d'une collaboration équilibrée à l'instar de celle engagée avec les infirmier(e)s

libéraux (a), elle peut aussi, dans un premier temps, ne pas aboutir parce que les esprits ne sont pas mûrs comme l'illustre l'échec du dialogue avec les sages-femmes libérales (b).

a) Avec les professionnels infirmiers libéraux, le partenariat visait à rassurer et reconnaître leur expertise du soin à domicile pour initier une collaboration fructueuse au service des patients.

L'équipe projet s'est orientée très rapidement dans la voie d'une unité d'HAD très largement ouverte sur les professionnels infirmiers libéraux. La circulaire de 2006 prescrit la nécessité de matérialiser la coopération dans une convention. Pour éviter de donner le sentiment d'un CHU tout puissant et arrogant imposant ses conditions de fonctionnement, une première rencontre plénière avec l'ensemble des infirmier(e)s du territoire a été décidée. Elle devait avoir lieu bien en amont de l'ouverture de l'HAD. Son objet était de présenter les principes de fonctionnement envisagés pour l'HAD du CHU mais surtout d'évaluer la perception qu'en avaient les libéraux puisque le modèle d'organisation envisagé se fondait sur une structure hospitalière légère et une ouverture large sur le monde libéral. La rencontre a rassemblé environ 130 professionnels libéraux à l'école d'infirmières le 16 juin 2008. Délibérément, elle était animée par l'équipe coordonnatrice (le médecin coordonnateur et le cadre), les membres de la direction n'intervenant que de façon incidente pour répondre aux questions de la salle. La rencontre a révélé de très fortes inquiétudes de la part des professionnels libéraux.

1° L'inquiétude majeure portait sur la crainte d'une captation de patients par le CHU. Celle-ci traduisait une méconnaissance pour certains de la nature de l'HAD, structure hospitalière « hors les murs » et non pas un simple service de soins à domicile. Le pari pour l'équipe de coordination de l'HAD et les représentants de la direction présents était de lever cette réticence en rappelant que sans service d'HAD les patients seraient en hospitalisation complète et qu'en définitive, pour les libéraux, l'HAD était pourvoyeur de patients nouveaux dans un cadre organisé leur permettant de préserver leur activité libérale tout en profitant des apports de la structure hospitalière, notamment en termes d'expertise médicale. Il faut souligner que le contexte politique général marqué par les débats autour de la réorganisation du système de santé (le ministère consultait l'ensemble des professionnels de santé pour bâtir le projet de loi « Patient-santé-territoire » et les représentants des libéraux étaient en pleine négociation) avivait l'anxiété du monde libéral et a pesé sur l'atmosphère de cette rencontre.

2° Pour certains, l'HAD portait aussi atteinte à une identité professionnelle forte marquée par le choix d'une activité libérale. Les termes de « coordination », de « cadre de santé »

ou encore de « convention » étaient perçus comme une « implantation » dans la « ville » de l'hôpital avec ses protocoles remettant en cause la liberté d'exercice du libéral. Cette méfiance était très largement exprimée par la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI). Sa représentante, par ailleurs administratrice au CA, a beaucoup insisté dans les discussions en aparté sur la nécessité de penser des modes de coopération souples préservant la culture professionnelle du libéral.

3° Une troisième préoccupation portait sur les modes de rémunération et sur les engagements financiers que le CHU pouvait prendre. Mais, si la question s'est posée, paradoxalement, elle est arrivée finalement assez tardivement dans les discussions alors que nous pensions qu'elle allait être la principale revendication.

4° Une quatrième préoccupation portait sur la responsabilité du professionnel en charge du patient. Là encore, elle traduit une incompréhension de la nature de l'HAD. Il a fallu rappeler que le patient en HAD étant un patient hospitalisé, la responsabilité (en dehors de la faute personnelle du professionnel) incombait à l'hôpital.

Ce premier face-à-face fortement structuré par la présence des organisations syndicales nous a permis de les identifier. Sur les quatre organisations syndicales représentant la profession des infirmiers libéraux³⁵, trois étaient présentes : la Fédération nationale des infirmiers (FNI), le Syndicat National des Infirmiers et Infirmières Libérales (SNIIL) et l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL)³⁶. L'ONSIL s'est montré dans un premier temps très hostile. Il avait par ailleurs appelé ses adhérents à boycotter la réunion. Plus conciliant, la FNI a clairement exprimé sa demande d'être associée à la rédaction de la convention de partenariat que le CHU envisageait de proposer à chaque professionnel. L'ONSIL, ne souhaitant pas être écartée, s'est ralliée à la proposition. La rencontre s'est achevée sur le principe que la convention serait rédigée dans le cadre d'une négociation avec les organisations syndicales.

En définitive, cette rencontre « fiévreuse » s'est avérée utile pour assurer la viabilité du modèle d'HAD porté par le CHU.

1° Elle a apaisé, pour partie, les inquiétudes quant aux velléités du CHU de capter une part des patients des professionnels infirmiers libéraux.

³⁵ FNI, ONSIL, SNIIL, Convergences infirmières

2° Une masse plus « silencieuse » de professionnels était venue chercher des réponses sur les critères d'inclusion en HAD afin de bien comprendre ce qui pouvait distinguer l'admission en HAD des soins à domicile tels qu'ils les prodiguent au quotidien. Ce besoin évident d'information nous incitait à un effort de communication et de pédagogie auprès des infirmiers pour lever toutes leurs craintes relatives à la perte de patients.

3° Elle a permis d'identifier le positionnement des organisations syndicales.

Une nouvelle phase s'ouvrait pour le CHU. Il s'agissait d'organiser la collaboration avec les organisations syndicales sur la rédaction de la convention-type. L'enjeu était d'être réactif. Très rapidement, une première date (le 8 Juillet 2008) était fixée avec les organisations syndicales pour débiter les discussions sur un premier projet de convention rédigé par l'équipe projet. Les règles de négociation adoptées étaient les suivantes : (1) engager les discussion d'abord sur les éléments du fonctionnement médical de la structure, (2) discuter des engagements financiers en second lieu.

Les négociations se poursuivirent dans une ambiance très courtoise. Notre objectif était d'une part d'obtenir que la PDS soit assurée par les infirmiers libéraux et, d'autre part, que le texte conventionnel adopté soit soutenu par l'ensemble des organisations syndicales. Nous savions que du côté des représentants syndicaux, les pressions financières allaient être fortes. En effet, l'APARD-HAD30, première structure ayant ouvert des places d'HAD, avait accepté des conditions financières très avantageuses pour les infirmiers libéraux. Elle avait accepté de déroger à l'article 11B de la nomenclature générale des actes infirmiers prévoyant la dégressivité de la rémunération des actes et de majorer chaque acte de 10% pour couvrir la perte d'abattement URSSAF subie par les infirmiers libéraux intervenant en HAD. L'équipe projet était très attachée à construire un partenariat équilibré avec les professionnels libéraux sans être pour autant prête à toutes les concessions. C'est dans cet esprit que les négociations ont abouti à la signature d'un « accord de partenariat » le 8 septembre 2008 fondé sur sept engagements réciproques proportionnés³⁷.

³⁶ L'absence de Convergences infirmières s'explique par sa non-représentativité dans le Gard et sur le territoire de santé du CHU en particulier.

³⁷ Cf. annexe 7 : Les 7 engagements réciproques entre le CHU et les professionnels infirmiers libéraux

b) L'enlisement des négociations avec les sages-femmes s'explique par une culture exacerbant l'individualisme professionnel.

Le projet d'HAD du CHU de Nîmes comporte un volet obstétrique. Conformément à son économie générale, il est envisagé que la prise en charge en ante-partum (suivi des grossesses à risques) et en post-partum (post-partum pathologique et éducation de la parturiente) soit assurée par le réseau des sages-femmes libérales travaillant déjà en étroite collaboration avec le pôle « femme-enfant » du CHU. Dans le cadre de l'unité d'HAD, le partenariat devait être formalisé par une convention dont il fallait négocier le contenu. Une rencontre est organisée avec les sages-femmes libérales le 12 juillet 2008. La sage-femme coordonatrice nous avait alertés sur le fait que les sages-femmes libérales n'étaient pas enclines à assurer la permanence des soins ; or, l'équipe projet tenait à élaborer un dispositif de permanence des soins similaire pour le volet obstétrique et le volet polyvalent. Les propositions de l'équipe projet faites aux sages-femmes nous apparaissaient équilibrées :

1° Les sages-femmes participant à l'HAD seraient rémunérées sur la base du forfait et non pas de la simple consultation pour l'ante et le post-partum. Ce principe conforme à la nomenclature des actes de sages-femmes était une demande des sages-femmes libérales.

2° En contrepartie de la rémunération forfaitaire plus onéreuse pour le CHU, les sages-femmes libérales devaient s'engager à la continuité des soins 24h/24 y compris le dimanche et assurer les éventuels soins infirmiers (pansements, injection, etc.).

La rencontre fut difficile et les points d'incompréhension nombreux. La question de la permanence des soins fut un élément de blocage. Les contacts que nous avons avec les structures d'HAD ayant développé un segment obstétrique mettaient en évidence que toutes fonctionnaient avec un noyau de sages-femmes salariées assumant la permanence des soins même lorsque les sages-femmes libérales y participaient. Ainsi, si la continuité des soins était une caractéristique forte de l'exercice libéral chez les IDE, elle ne faisait pas partie de la culture professionnelle des sages-femmes. Plus précisément, pour une sage-femme libérale, le suivi d'une parturiente 24h/24 était un choix personnel patiente-dépendante et ne pouvait faire l'objet d'une stipulation contractuelle imposée par les relations avec l'HAD.

Au-delà, les dissensions s'expliquaient pour deux raisons principales :

1° Les principes mêmes de la « convention de partenariat » étaient mal compris puisque certaines craignaient, en signant un tel engagement, d'être liées à la structure sans possibilité de refuser une prise en charge.

2° Plus fondamentalement, l'incompréhension provenait d'un biais intrinsèque au projet obstétrique lui-même. En effet, le pôle « femme-enfant » confie déjà aux sages-femmes libérales les parturientes pour le suivi de grossesse à risque ou en post-partum. Or, avec la mise en place de l'HAD, la même activité était intégrée dans un cadre réglementaire plus contraignant (PDS, évaluation des pratiques professionnelles, participation à des réunions de concertation, obligation de contribuer à l'évaluation de la qualité des soins dispensés etc.). De plus, les parturientes qui leur étaient confiées devenaient leurs « clientes », et désormais elles allaient demeurer les patientes du CHU et les sages-femmes devenir des « collaboratrices occasionnelles » du service public.

Le projet obstétrique s'embourbait donc. Il fallait sortir de l'impasse, mais les sages-femmes du CHU en relation avec les consœurs libérales étaient pessimistes sur la faisabilité d'une PDS assurée par les sages-femmes. Plusieurs options étaient envisagées :

1° Dans la première option, la sage-femme libérale assure la continuité des soins 24h/24 et 7j/7 en première intention sur le modèle du volet polyvalent de l'HAD en contrepartie de quoi le CHU propose une revalorisation du forfait. Il n'y avait aucune certitude que la question financière soit véritablement le nœud du problème. Plus vraisemblablement, le refus des sages-femmes était le fait du choix d'exercer en libéral sans la contrainte de la PDS. De plus, lors de la rencontre, la profession des sages-femmes était apparue très divisée et il semblait peu plausible d'obtenir, à l'exemple des professionnels infirmiers libéraux, un consensus en la matière.

2° La deuxième prévoit que la sage-femme libérale assure la continuité des soins jusqu'à 19h et en dehors des heures ouvrables (7h-19h du lundi au vendredi), le service d'HAD organise une astreinte téléphonique en recourant à la sage-femme de garde du CHU. Cette alternative présentait une faille évidente : elle dénaturait les principes de l'HAD puisque de façon assez certaine, à la moindre alerte, la parturiente allait être ré-hospitalisée en service dans la mesure où aucune compétence médicale ne l'aurait examinée à son domicile.

3° Comme dans l'option précédente, la troisième envisage que la sage-femme libérale assure la continuité des soins jusqu'à 19 h et qu'en dehors des heures ouvrables, le service d'HAD organise une astreinte téléphonique auprès de la sage-femme de garde du CHU. Cependant, le dispositif ajoute la possibilité pour celle-ci de diligenter la visite à domicile d'un médecin d'astreinte de l'HAD. Si le dispositif n'est pas optimal dans la mesure où le médecin d'astreinte, médecin généraliste, n'a pas les mêmes compétences qu'une sage-femme, il présente l'avantage d'être plus sécurisé puisqu'il prévoit la visite à domicile d'une compétence médicale en mesure d'évaluer la situation et d'éviter des ré-hospitalisations systématiques.

4° Une dernière option concernant l'obstétrique post-partum était envisageable. Ce volet de la prise en charge en HAD des parturientes peut être assuré par les puéricultrices libérales et/ou les IDE libérales puisqu'il ne nécessite pas impérativement de soins sages-femmes. Pour l'ante-partum, les options 2 ou 3 s'appliqueraient.

3.1.2 L'option de la coopération public/privé est privilégiée à celle de la confrontation.

Le CHU de Nîmes et l'A.P.A.R.D. ayant été autorisés, chacun en ce qui les concerne, à créer et gérer une structure d'hospitalisation à domicile sur le même territoire de santé (celui de Nîmes-Bagnols sur Cèze), étaient placés d'emblée dans une logique de concurrence. Dans le même temps, l'ARH demandait aux deux structures de conclure une convention de complémentarité. Néanmoins, au-delà de la demande formulée par la tutelle, la coopération s'inscrivait dans l'esprit du projet d'HAD : s'ouvrir largement sur l'environnement pour optimiser les ressources humaines et matérielles en offrant la meilleure qualité de service à la population du territoire. Pour autant, le rapprochement entre les deux structures s'est heurté dans un premier temps à beaucoup de tergiversations lors de la négociation relative à la forme juridique et au contenu de la convention de coopération (a). Il se concrétise pourtant par une convention de coopération simple dans sa forme juridique mais découlant à terme sur une coopération étroite entre les deux structures (b).

a) Les attermoissements autour du cadre juridique ... ou le mythe de David et Goliath ravivé.

L'APARD, association spécialisée dans l'assistance respiratoire à domicile, souhaitait, bien avant la demande d'autorisation du CHU, développer une activité d'hospitalisation à domicile. Son projet a eu du mal à aboutir. Ayant vu sa demande d'autorisation refusée par l'ARH de Languedoc-Roussillon, elle a fait appel et obtenu l'agrément du Ministère de

la Santé pour la mise en œuvre et la prise en charge d'un service d'HAD pour le bassin de santé de Nîmes. C'est à la suite de ce long processus que le service APARD-HAD 30 sur Nîmes a ouvert en Mars 2008. Parallèlement, le projet d'HAD du CHU de Nîmes beaucoup plus récent, et lié à la stratégie de développement de la nouvelle Direction Générale, a très rapidement débouché sur une autorisation de la tutelle.

Les rancœurs et les suspicions sont tenaces. L'HAD30, structure de petite taille, ne dispose pas des ressources humaines, matérielles et symboliques du CHU. Elle est un prestataire de service et non un prescripteur comme l'hôpital. Ses inquiétudes sur le risque de captation de la clientèle et la perte de part de marché sont vives. Là encore, instituer progressivement du lien entre les acteurs des deux structures supposait donc patience et rapprochement progressif.

Dès le 6 février 2008, les responsables des deux établissements se sont rencontrés et accordés sur les principes et domaines de coopération. Par la suite, aucune nouvelle rencontre entre les directions respectives n'eut lieu avant le 4 septembre 2008, l'équipe projet du CHU ayant choisi de promouvoir le rapprochement en priorité des équipes médicales. Dès le mois d'avril, les rencontres entre les médecins coordonateurs devinrent régulières. Une fois les domaines et les modalités de coopération définis par les deux équipes médicales, le moment de la formalisation juridique de la coopération arriva. C'est alors qu'une partie de ping-pong entre les deux directions, projet contre projet, allait se jouer. Un premier projet de convention était proposé par le CHU à l'APARD le 21 juillet 2008. Simple dans son économie générale, il reprenait les domaines de coopération listés en février 2008. La réaction de l'APARD fut excessive mais traduisait aussi le besoin d'établir un rapport de force plus équilibré. Il n'était pas question de s'engager sur un texte qu'elle jugeait minimaliste et fondé sur des déclarations d'intention sans réel contenu. Le 12 août 2008, le directeur de l'APARD fit parvenir une nouvelle proposition de texte promouvant une « coopération plus intégrée en matière d'organisation et de fonctionnement » formalisée par « un accord d'association au fonctionnement du service public hospitalier » conclu immédiatement pour cinq ans. A l'association souple et pragmatique que proposait le CHU, l'APARD opposait une formule juridique peu usitée et plus contraignante en termes de procédure. Prévu par le législateur dès la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, cette forme de coopération prévue à l'article L. 6161-10 du Code de la Santé publique concerne les établissements de santé privés autres que ceux admis à participer au service public hospitalier et ceux titulaires d'un contrat de concession.

Les objectifs poursuivis par ce type d'accord (coordination des activités de soins, utilisation en commun des équipements, organisation commune de formation en direction des personnels) étaient conformes aux orientations que le CHU souhaitait donner à la collaboration avec l'APARD. Cependant, la forme soulevait au moins deux objections. Il semblait précipité de choisir une formule juridique de coopération soumise à l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) dans un contexte où les formules de coopération publique/privée vont être refondées par la prochaine loi « Patient-Santé-Territoire » en cours d'élaboration. De plus, prévoir d'emblée une coopération de 5 ans apparaissait peu réaliste alors même que l'HAD du CHU n'avait pas encore commencé son activité. Il était plus pragmatique d'opter pour une coopération d'une année, sorte de période probatoire permettant aux acteurs d'apprendre à se connaître et aux structures d'ajuster leur fonctionnement respectif. Sur la base de ces deux arguments, le CHU proposa un nouveau texte très largement inspiré sur le fond du projet porté par l'APARD mais préférant la formule d'une simple convention-cadre. La rencontre du 4 septembre aboutit à un accord.

b) Le choix d'une convention-cadre simple dans sa forme juridique mais promouvant une coopération intégrée ambitieuse.

Cette convention-cadre est fondée particulièrement sur une coopération médicale étroite des deux structures d'hospitalisation à domicile. D'un commun accord, le CHU de Nîmes et l'APARD décident de développer leur coopération dans les domaines suivants : (1) l'organisation médicale de l'HAD, (2) la formation des professionnels participant à l'HAD, (3) la continuité et la permanence des soins, (4) la fourniture de prestations logistiques. Les domaines de collaboration ne sont pas exhaustifs et pourront être complétés ultérieurement³⁸.

3.1.3 Une démarche communicante au service de la pédagogie doit permettre de faire connaître et reconnaître la place de l'HAD dans l'offre de soins.

Le faible développement de l'HAD est également dû à la méconnaissance de ce mode de prise en charge par une grande partie de la population mais aussi par le milieu médical dans sa globalité. Il est donc primordial de réaliser des actions de communication pour sensibiliser les acteurs hospitaliers (a) et faire connaître des partenaires extérieurs (b).

³⁸ Cf. Annexe 6 : Deux exemples de convention et en particulier le contenu de la convention de coopération passée avec l'APARD.

a) Communiquer pour sensibiliser les acteurs hospitaliers.

Depuis le mois d'avril, l'ensemble des professionnels de santé du CHU entendaient parler du projet d'HAD. Inlassablement, l'équipe de coordination rencontrait les services hospitaliers pour leur expliquer la logique de l'hospitalisation à domicile et le fonctionnement médical de la future structure. L'enjeu majeur était de faire admettre que l'HAD du CHU de Nîmes est une unité de l'hôpital qui, par sa nature polyvalente, est transversale à toutes les spécialités. Parallèlement, l'équipe projet mobilisait l'ensemble des ressources hospitalières pour en bâtir le cadre organisationnel. Avec l'aide des compétences du Pôle des ressources matérielles se dessinaient les contours de la logistique HAD, se rédigeaient les cahiers des charges nécessaires pour le choix des prestataires de service ou encore se décidait la localisation de l'HAD. La Direction de la qualité était mobilisée pour concevoir l'ensemble des logigrammes et instructions formalisant les processus de fonctionnement du service. Le DIM et le Pôle Evaluation-Finances-Clientèle étaient sollicités pour aider l'équipe de coordination et l'équipe projet à évaluer la pertinence médico-économique des options organisationnelles envisagées.

Mais chacun de ces acteurs ne percevait l'HAD qu'au prisme de sa propre problématique sans en percevoir très nettement la cohésion. La fin des congés d'été a été jugée le bon moment pour afficher publiquement une échéance pour l'ouverture du service et communiquer le plus largement possible à l'aide du journal interne, Flash info. Plusieurs raisons plaidaient en la faveur de cette période : (1) les contours de la future organisation se précisaient nettement, (2) les négociations se poursuivaient avec les organisations représentatives des infirmiers libéraux et il était opportun de mettre un coup de projecteur sur leur caractère fructueux, enfin (3) il fallait extraire l'HAD de son statut de projet abstrait pour en faire une réalité en fixant une échéance à sa mise en route. La date du 1^{er} octobre 2008 allait s'imposer dans les esprits de chacun, y compris de l'équipe projet désormais tenue par l'échéance.

b) Se faire connaître du public et des partenaires externes.

Mais la communication ne pouvait se limiter aux professionnels de santé de l'hôpital. L'HAD reste un dispositif aux contours mal cernés par le public et l'ensemble des professionnels de santé de la ville et en particulier les médecins. Or, ceux-ci constituaient une cible prioritaire dans la mesure où l'admission d'un patient en hospitalisation à domicile est conditionnée à leur accord et qu'ils doivent ensuite en assurer le suivi médical. Il était indispensable d'élaborer une stratégie de communication et des supports adaptés.

A court terme, deux temps forts de communication auprès des média régionaux ont été programmés : (1) Le premier s'est déroulé le 8 septembre 2008 avec la signature de l'accord de partenariat avec les infirmiers libéraux en présence de la presse régionale (écrite et radiophonique). Il a permis d'annoncer l'ouverture prochaine du service et de faire de la pédagogie sur les caractéristiques de l'HAD grâce à la publication d'un article de presse et l'interview du médecin coordonnateur et du Directeur Général à la radio. Le second moment important ayant vocation à une forte médiatisation est prévu le 21 octobre 2008. Il s'agira de la signature avec l'APARD de la convention de partenariat scellant la collaboration notamment en matière de partage des astreintes médicales. A plus long terme, une chaîne de télévision nationale a pris contact avec le CHU pour réaliser un reportage sur la prise en charge en HAD. Ce reportage n'est envisageable qu'une fois les premiers patients admis puisque l'objectif fixé est de suivre les malades au cours de leur hospitalisation à domicile.

En matière de support de communication, les moyens envisageables sont nombreux. L'équipe projet en collaboration avec l'équipe de coordination et la Direction de la communication ont construit une plaquette d'informations décrivant brièvement les missions et le fonctionnement de l'HAD. Elle doit servir pour les contacts individuels auprès des différents prescripteurs et en particulier des médecins de ville. Enfin, un logo est en cours de validation par la Direction Générale. Ce choix est important puisqu'il constitue une dimension forte de l'identité du service. Il est aussi un moyen pour la population nîmoise d'identifier l'existence d'une unité d'HAD au CHU notamment lorsqu'il est apposé sur les véhicules.

3.2 L'HAD repose sur un dispositif de continuité et de coordination des soins élaboré pour assurer une prise en charge sécurisée des patients à domicile.

Parce que l'hospitalisation à domicile est d'abord une forme d'hospitalisation sans hébergement soumise aux mêmes impératifs de qualité que l'hospitalisation conventionnelle, il était indispensable de doter l'HAD du CHU de principes d'organisation garantissant aux patients une prise en charge sécurisée 24h/24 (3.2.1) et coordonnant le mieux possible l'ensemble des acteurs intervenant au chevet du malade (3.2.2).

3.2.1 Après un long cheminement, la PDS de l'HAD se fonde sur un dispositif original permis par les partenariats conclus avec les infirmiers libéraux et l'APARD-HAD 30.

a) La PDS de l'HAD est le résultat d'un long cheminement.

Les prescriptions réglementaires imposaient de doter l'HAD d'un système de PDS autonome même s'il pouvait intégrer, dans sa conception, des liaisons avec le centre 15. Plusieurs options étaient concevables. Pour chacune, il était admis que le médecin traitant intervenait en première intention.

1° Mettre en place une permanence médicale exclusivement hospitalière en s'appuyant sur les praticiens de l'Hôpital. Les services du CHU d'où proviennent les patients admis en HAD assureraient la permanence des soins. Cette solution présentait un avantage indéniable : la PDS médicale se faisait à coût nul. Pour autant, cette solution présentait au moins deux limites : (a) les praticiens du CHU devraient se déplacer sur tout le territoire de l'HAD et (b) lors de leurs déplacements ils ne seraient plus en mesure d'intervenir en cas d'urgence dans leurs services.

2° Mettre en place une astreinte médicale autonome sur le modèle de celle existante pour l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) intervenant dans la maison d'arrêt de Nîmes. Un praticien attaché au CHU assurerait l'ensemble des astreintes. Cette solution engendrait un coût élevé. Sur la base du tarif de l'astreinte en médecine polyvalente, la Direction des affaires médicale l'a évaluée à 56 0000 € par an.

3° Mettre en place une astreinte médicale autonome mais fondée sur une coopération avec l'APARD. Cette option présentait deux avantages : (1) la ressource médicale étant rare dans le département du Gard, la constitution d'un pool commun permettait de l'optimiser ; (2) par ailleurs, le partage de la charge financière réduisait les coûts de cette mobilisation importante de moyens. Hors rémunération des visites à domicile, la seule astreinte suppose une dépense de 24 000 € par an³⁹. Pour le CHU, la dépense est bien inférieure à celle que supposerait l'option 2. La principale limite tenait à la nécessité de constituer un pool fiable pour assurer la sécurité des patients. En la matière, en raison de son parcours professionnel antérieur (expérience de médecin de ville et animateur du réseau de soins palliatifs) le médecin coordonnateur de l'HAD du CHU a une

³⁹ L'astreinte est rémunérée 50 € par nuit en semaine, 100 € les samedis et 150 € les dimanches et jours fériés.

connaissance fine du réseau des médecins de ville qui est un atout dans la sélection des médecins.

Après analyse et conformément à l'esprit d'un projet porteur de solutions organisationnelles novatrices, l'option de la coopération s'est imposée et est devenue un enjeu fort de la négociation avec l'APARD.

b) Le dispositif, bâti sur la coopération avec les professionnels libéraux et l'HAD30, doit garantir la sécurité des patients hospitalisés à domicile.

La structure d'hospitalisation à domicile du CHU de Nîmes est dotée d'une permanence des soins spécifique qui se décline en deux volets : un volet pour l'HAD polyvalente et un volet pour l'HAD obstétrique.

La PDS de l'HAD polyvalente repose sur une astreinte infirmière libérale et/ou hospitalière. L'infirmier(e) libéral(e) qui décide d'être associé à l'HAD du CHU s'engage, par l'accord de partenariat négocié avec les organisations représentatives, à être joignable 24h/24, 7j/7 par le malade, sa famille, le médecin traitant ou le Centre 15. La fiche de liaison d'urgence déposée au lit du malade précise les coordonnées permettant de le/la joindre. L'infirmière d'astreinte assure l'accueil téléphonique des patients ou de leur famille, communique les informations nécessaires ou se déplace au domicile. En cas de besoin, elle fait appel à un médecin. La permanence médicale est structurée en 3 niveaux. Le médecin traitant est le médecin de recours en première intention. Dans l'agglomération nîmoise, une convention avec SOS médecin assure l'astreinte médicale pour pallier l'absence du médecin traitant. En dehors de l'agglomération nîmoise, un pool de médecins commun avec l'HAD 30 de l'APARD couvre l'astreinte.

Si le Centre 15 ne doit pas suppléer la PDS de l'HAD, il peut y être associé. C'est pourquoi, un règlement portant prise en charge par le Centre 15 des patients de l'HAD a été rédigé et précise les cas d'intervention. Il prévoit qu'il peut être appelé par le patient ou la famille par réflexe lié à l'anxiété, après évaluation par l'infirmière d'astreinte de l'état de santé du patient s'il s'avère instable ou relever de l'urgence vitale ou après évaluation par le médecin d'astreinte de l'état de santé du patient. Lors de l'appel de la famille, le Centre 15 régule l'appel et apporte une réponse adaptée : (1) appel de l'infirmière d'astreinte, (2) appel du médecin d'astreinte, (3) envoi d'une ambulance médicalisée en cas d'état de santé instable ou d'urgence vitale. Lors de l'appel par l'infirmière d'astreinte ou le médecin d'astreinte, le Centre 15 apporte la réponse adaptée liée à l'état de santé instable du patient ou l'urgence vitale de la situation. Pour aider le Centre 15 dans la prise en charge des patients du service, l'unité d'HAD renseigne et lui communique les dossiers

médicaux de la file active des patients admis dans son service. Elle tient à jour et lui transmet le tableau d'astreinte des médecins de l'HAD.

Pour le volet obstétrique, il n'a pas été possible à ce jour d'obtenir que les sages-femmes libérales assurent la continuité et la permanence des soins. C'est donc l'option d'une PDS articulée autour de la sage-femme de garde du CHU et du médecin d'astreinte qui a été retenue. Ainsi, après 19 heures, la sage-femme de garde du CHU joignable à un numéro dédié reçoit les appels de la patiente ou de sa famille et évalue la situation après avis de l'interne ou de l'obstétricien de garde. Elle peut alors apporter une réponse adaptée par téléphone, si besoin, solliciter le déplacement du médecin d'astreinte de l'HAD pour évaluation de la situation à domicile ou organiser la ré-hospitalisation de la patiente.

L'objectif étant à terme d'harmoniser le dispositif de la permanence des soins, l'HAD ouvre la possibilité pour la sage-femme libérale de référence d'assurer la continuité des soins 24h/24 et 7j/7 en contrepartie d'une majoration du forfait reconnaissant ainsi la particularité pour une sage-femme libérale d'une prise en charge en hospitalisation à domicile d'une parturiente. Les points de vue étant très disparates dans la profession, le but est d'amener les sages-femmes à accepter les contraintes de la PDS comme inhérentes à la nature même de l'HAD grâce à une incitation financière et mais surtout à l'expérience de leurs consœurs.

c) Dans le cadre de l'HAD, la ré-hospitalisation complète assimilée à une « mutation de service » contribue à la continuité des soins.

Les patients admis en HAD sont des patients du CHU de Nîmes. Leur sécurité impliquait que la réadmission en hospitalisation complète soit comprise par tous les acteurs hospitaliers comme une mutation de service et devant être traitée comme telle. A chaque présentation du projet d'HAD aux responsables de services de l'hôpital, le médecin coordonnateur et le cadre rappelaient inlassablement ce principe cardinal.

Un règlement interne portant sur la ré-hospitalisation des patients de l'unité d'HAD a été rédigé en ce sens. Il prévoit que le service prescripteur d'une HAD s'engage, dans toute la mesure du possible au regard des disponibilités en lits, à réintégrer la personne prise en charge par l'HAD dans l'hypothèse où son état de santé se dégrade et nécessite un retour sur site. Par sécurité, si l'admission immédiate n'est pas possible, le règlement prescrit que le patient sera admis dans le service de médecine polyvalente ou le service des Urgences Médico-Chirurgicales de l'Hôpital (UMCH) avant sa réorientation dans le service adapté. Pour les patients admis en HAD sans hébergement initial dans une structure sanitaire ou médico-sociale et devant être ré-hospitalisés, il est prévu qu'ils

soient admis en première intention en médecine polyvalente ou en UMCH avant orientation dans le service adapté à leur pathologie.

3.2.2 Un projet de borne internet au lit du patient en cours d'instruction est envisagé pour optimiser la coordination des soins.

La coordination entre les acteurs apparaît comme un des éléments essentiels de la qualité des soins en HAD. De façon classique, la coordination peut se fonder sur un support papier. Un « classeur de soins » peut être utilisé. Il s'agit d'un document de liaison laissé au domicile du patient qui s'apparente au cahier de transmissions utilisé dans les hôpitaux. Il est le pivot de l'activité de gestion des soins en participant au bon déroulement de leur coordination. Ce cahier de liaison établit une communication entre tous les partenaires afin de garantir une coopération suffisante pour assurer les meilleurs soins possibles.

Mais le soin à domicile donne l'opportunité de mobiliser le potentiel de la télémédecine. Cette coopération peut être améliorée par la mise en œuvre de nouveaux services utilisant les technologies de l'information et de la télécommunication. Ce type d'application favorise la coordination des soignants et améliore les modalités d'échanges d'information. La valeur ajoutée d'une telle application est forte même si l'investissement initial peut apparaître lourd.

L'équipe projet a proposé au Directeur Général un projet informatique ambitieux pour le service d'HAD : l'utilisation d'une borne internet au lit du patient. La borne internet est une solution qui permet d'accéder, en temps réel, depuis un terminal, au dossier d'un patient hospitalisé à domicile. Toutes les informations concernant le patient (résultats d'examens, prescriptions médicales etc.) peuvent être consultées, en toute confidentialité. Elle simplifie le travail du personnel médical, spécialiste, médecin, personnel hospitalier en facilitant leur coordination. Cette solution contribue ainsi à améliorer la qualité de vie du patient, suivi dans les mêmes conditions qu'à l'hôpital. Trois objectifs sont poursuivis :

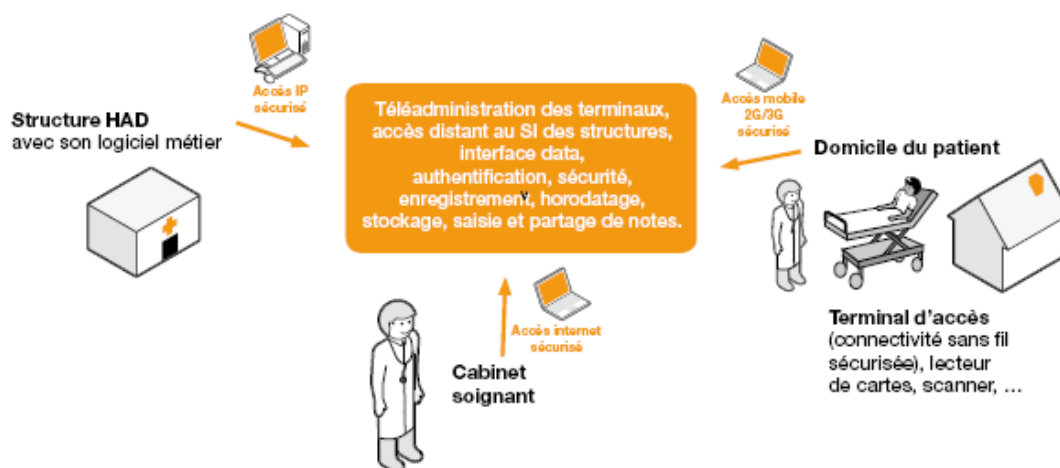
1° L'optimisation du parcours de soin. Le dispositif doit faciliter le suivi et la coordination des actes des professionnels de la santé au domicile du patient et accroître la réactivité des différents intervenants médicaux. Il évite les ressaisies ultérieures et la déperdition d'information. Il permet par ailleurs la transmission de documents scannés.

2° Le confort des patients. Le dispositif améliore la qualité de soins. La continuité de la chaîne de soins est garantie grâce aux échanges entre les différents personnels soignants, à la traçabilité et l'historique des notes ou comptes-rendus existants dans le

système d'information sécurisé. Il assure une meilleure écoute. Depuis le terminal, le patient peut se connecter au système pour envoyer un message à la coordination de l'HAD.

3° Les échanges en temps réel. Le dispositif permet des échanges en temps réel entre les soignants référents du service HAD et les soignants libéraux. Il garantit un enregistrement et une traçabilité des interventions, immédiatement disponibles pour tous les soignants d'un même patient. Il optimise les mises à jour et les transmissions d'informations entre tous les intervenants.

Le système repose sur une plateforme interfacée avec la base de données de l'HAD permettant la coordination du travail entre tous les soignants d'un même patient.



Ce projet est à l'étude. Ne pouvant être déployé qu'à moyen terme, la procédure papier sera utilisée dans les premiers mois de fonctionnement du service. Elle restera également la « procédure dégradée » pour les domiciles des patients mal ou non couverts par le réseau 3G ou si le malade ou ses proches refusent la présence du matériel.

3.3 Une structure paramédicale mixte et une organisation logistique originale doivent apporter au service souplesse de fonctionnement et efficience.

La prise en charge d'un malade en hospitalisation demande beaucoup de souplesse et une grande réactivité de la structure. C'est pourquoi, l'HAD du CHU de Nîmes s'est très largement ouverte sur les professionnels infirmiers libéraux (3.3.1) et repose sur une logistique devant permettre d'optimiser le temps soignant (3.3.2).

3.3.1 Une structure paramédicale mixte apporte la souplesse nécessaire au fonctionnement médical de l'HAD.

a) Les tournées de soins seront assurées principalement par le réseau des infirmier(e)s libéraux.

La détermination de la structure paramédicale la mieux adaptée aux besoins de l'HAD était une étape importante du projet. Sur la base des organisations existantes dans d'autres unités d'HAD, l'équipe projet a identifié trois grands modèles :

1° Une structure exclusivement hospitalière. Les infirmières de l'hôpital auraient assuré les tournées de soins avec les aides soignantes et pris en charge la permanence des soins. C'était jusqu'à ces derniers mois le modèle adopté par le CHU de Grenoble. Mais le poids budgétaire de la dotation en personnel le conduit à développer des relations avec les professionnels libéraux.

2° Une structure mixte mais avec une équipe hospitalière étoffée. Les tournées de soins seraient assurées à la fois par des infirmières de l'hôpital et des infirmières libérales. C'est le schéma adopté par Perpignan (pour 30 places, 8 IDE et 8 AS et près de 180 conventions de partenariat signées avec les libéraux). L'APARD, structure associative, a conventionné avec des professionnels libéraux mais s'est dotée également d'une équipe de salariés assez importante (4 IDE après 3 mois de fonctionnement).

3° Une structure exclusivement libérale pour les soins. L'HAD « Soins et santé » de Lyon fonctionne avec une prise en charge exclusivement libérale des tournées. Le personnel infirmier salarié occupe des fonctions de coordination.

Le choix a été celui d'une structure paramédicale mixte très largement ouverte sur les professionnels libéraux pour l'exécution des tournées de soins. En effet, non seulement, dans le coût médical direct d'une journée d'HAD, la charge en soins représente une dépense importante mais aussi prendre en charge à domicile des patients lourds dont l'état de santé peut se dégrader brutalement suppose d'être en capacité de réajuster rapidement le temps de travail soignant affecté. Le recours au réseau des libéraux est un moyen d'offrir à l'HAD la flexibilité nécessaire.

b) L'équipe soignante du CHU fonctionnera sur une organisation du travail singulière associant tournée de soins et mission d'évaluation.

Si l'HAD est très ouverte sur les professionnels infirmiers libéraux, elle se compose aussi d'une équipe paramédicale strictement hospitalière composée dans une première étape de trois infirmier(e)s et 2 aides-soignant(e)s.

Pour les aides-soignants, les fonctions demeurent classiques si ce n'est la particularité de travailler à domicile et en association avec un(e) infirmier(e) libéral(e). Ainsi, afin d'assurer les soins d'hygiène et de confort du patient, les aides-soignants effectueront une tournée de matin prévue de 7h à 14h. L'aide-soignant travaillera soit seul soit en binôme avec une infirmière du CHU ou avec une infirmière libérale. En fonction du projet thérapeutique, un horaire coupé pourra être nécessaire : 08 - 12h / 15h30 -18h30.

Dans l'unité d'HAD, l'organisation du travail des infirmiers différera sensiblement de celle d'un service hospitalier traditionnel. Le temps de travail (7 heures par jour) se partagera entre des missions de soins lors de tournée, des fonctions d'évaluation-coordination et la participation aux astreintes. Lors de semaine d'évaluation-coordination, elle sera chargée d'aller au domicile du patient pour rencontrer le médecin traitant et l'IDE en charge du patient à domicile (que ce soit une infirmière libérale ou une infirmière salariée). Elle évaluera les objectifs/actions du projet thérapeutique et la pertinence d'une modification.

3.3.2 Les principes retenus pour la gestion des flux de l'HAD visent à optimiser le travail des soignants.

a) En tant que service hospitalier, la logistique de l'HAD est intégrée à l'équipe de gestion des flux du CHU.

Les fonctions logistiques en HAD sont essentielles à la continuité des prestations fournies au patient, et à la qualité de sa prise en charge. Dans la mise en place d'une nouvelle activité, a fortiori lorsqu'elle se traduit par une dispersion des patients sur un territoire très étendu, l'étude des flux est essentielle. Pour l'unité d'HAD, deux options logistiques étaient envisagées :

1° Assurer le fonctionnement logistique de l'HAD à partir d'un agent dédié (le dossier d'autorisation prévoyait 0.5 ETP). Cet effectif apparaissait trop faible au regard de l'expérience d'autres services d'HAD (ex : à Perpignan 2 agents à mi-temps sont affectés à la logistique) et de l'étendue du territoire de l'HAD du CHU.

2° Intégrer la logistique de l'HAD dans l'équipe de la gestion des flux.

C'est cette dernière option qui a été retenue notamment parce qu'elle permettait de s'appuyer sur la force d'une organisation ayant fait ses preuves, la plateforme logistique du CHU de Nîmes est un modèle en la matière. Par ailleurs, pour apporter davantage de souplesse, il est prévu qu'une partie de la logistique pourra également être prise en charge par l'équipe soignante hospitalière (les IDE lors de leurs tournées, l'infirmière coordinatrice). L'objectif est que les agents de la gestion des flux du CHU assurent prioritairement la logistique sur les zones les plus éloignées de l'hôpital.

b) Un choix équilibré pour le circuit des déchets.

Le Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 établit la responsabilité des producteurs de Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (D.A.S.R.I) (art. R 1335-2 du Code de Santé publique). En pratique cela signifie que les DASRI produits par des professionnels de santé libéraux au domicile du patient relèvent de leur responsabilité et ils leur incombent de les éliminer comme ceux qu'ils produisent à leurs cabinets, sous peine de sanctions civiles ou pénales. La problématique logistique posait donc la question de la gestion des déchets. Là encore, plusieurs solutions étaient possibles :

1° Demander aux IDE libéraux de gérer leurs propres déchets (notamment leur élimination) alors que le CHU se chargerait de la récupération et de l'élimination des déchets du personnel hospitalier. Cette option est celle retenue par l'HAD de Perpignan.

2° Faire assurer par le CHU la gestion des déchets pour tous les professionnels soignants quel que soit leur statut.

La première possibilité soulève deux objections : (1) réglementairement, c'est la structure productrice des déchets qui doit en assurer l'élimination, en l'espèce il s'agit de l'unité d'HAD, (2) tactiquement, cette proposition risquait de conduire à un blocage dans les négociations avec les infirmiers libéraux d'autant plus qu'il pourrait arriver qu'un même patient soit pris en charge alternativement par une IDE hospitalière et une IDE libérale. Ainsi, dans la mesure où le CHU a fait le choix d'une structure paramédicale mixte et qu'il souhaitait un partenariat équilibré avec les IDE libéraux, cette option est retenue, les déchets seront récupérés par les personnels hospitaliers (service logistique ou soignants) et acheminés vers l'hôpital pour élimination.

c) Un choix pragmatique pour optimiser le circuit des prélèvements.

En HAD, le circuit des prélèvements peut s'avérer coûteux s'il mobilise trop de temps soignant. Le CHU de Grenoble faisait assurer l'ensemble de la logistique et notamment l'acheminement des prélèvements par son personnel soignant. Le coût est élevé puisque cette organisation stérilise du temps de travail paramédical en obligeant les soignants à repasser systématiquement à l'hôpital. Il étudie actuellement deux options en parallèle : la création d'un poste d'agent logistique dédié chargé de l'ensemble des flux et plus spécifiquement pour les prélèvements le recours à un prestataire de service passant deux fois par jour au domicile des patients pour les récupérer et les acheminer à l'hôpital.

Cette situation a mis en exergue la problématique du circuit des prélèvements pour l'HAD du CHU. En effet, le territoire couvert est à la fois très étendu et très dense en raison de l'agglomération nîmoise. Ces deux caractéristiques risquaient d'alourdir la dépense liée à l'acheminement des prélèvements. C'est pourquoi, la solution choisie est très pragmatique :

1° Le principe général retenu est celui de la prise en charge des analyses biologiques par les laboratoires du CHU. Les prélèvements biologiques seront effectués par les infirmiers, acheminés par le service logistique vers les laboratoires du CHU pour analyse, pour les malades domiciliés dans un rayon de 12 kms autour de Nîmes.

2° De façon dérogatoire à ce principe, pour les parties du territoire de l'HAD les plus éloignées et couvertes par le seul réseau des IDE libérales, les prélèvements seront effectués et analysés par des laboratoires d'analyses médicales avec lesquels le CHU aura passé convention.

Conclusion

La visite de conformité est prévue le 1^{er} octobre 2008. Si la conformité est obtenue, une nouvelle étape s'ouvre pour l'unité d'HAD qui ne sera plus un simple projet mais bien une réalité. Les premiers patients pourront être admis et bénéficier de cette forme particulière de prise en charge. Mais l'histoire de l'HAD nîmoise reste à écrire. A moyen terme, l'équipe de coordination aidée par la Direction devra :

1° Développer des complémentarités avec d'autres réseaux dans une logique de filière de prise en charge. Une première étape est en cours avec la convention qui va être signée avec le réseau de soins palliatifs. Des relations avec les SSIAD sont indispensables mais en étant exigeant sur le passage de témoin entre les différentes prises en charge.

2° Réfléchir aux « segments » de prise en charge à développer qui, tout en répondant aux besoins des populations, s'inscrivent dans les priorités du CHU. Plusieurs pistes sont envisageables au CHU de Nîmes. La première consisterait à exploiter pleinement le référentiel sur l'HAD en annexe de la circulaire des soins palliatifs pour développer ces prises en charge et se faire reconnaître sur ce segment. L'expertise du Dr BENISTAND en la matière est un atout pour l'établissement. La deuxième consisterait à développer des interventions de l'unité d'HAD en EHPAD dans le prolongement de la réflexion que conduit l'hôpital sur sa filière gériatrique. De même, dans le cadre du schéma directeur du CHU en matière de cancérologie, et en partenariat avec l'Institut National du Cancer (INCA), les équipes de l'hôpital devront définir et spécifier les typologies de prise en charge et élaborer un guide de bonnes pratiques (ex : chimiothérapies à domicile). Enfin, il existe également des opportunités à analyser en matière de soins de suite et de réadaptation.

3° Conduire la première évaluation de l'efficacité de l'unité d'HAD du CHU au début de l'année 2009. Plusieurs éléments seront à évaluer : (1) le coût de la charge en soins et l'efficacité du dispositif de coordination et de suivi des actes soignants, (2) la dépense liée aux différents circuits logistiques et la pertinence des choix faits par l'hôpital, (3) l'évaluation du segment obstétrique de l'HAD et l'éventualité d'un redéploiement des places vers du polyvalent si nécessaire.

Le soin à domicile est une piste de recomposition de l'offre de soins qu'il faut exploiter. Cependant, il ne faut pas tout attendre de l'HAD et en mesurer les limites. Tous les patients ne relèvent pas d'une hospitalisation à domicile soit parce que leur pathologie nécessite la logistique du CHU soit parce que leur environnement social n'est pas adapté.

Il ne s'agit pas non plus d'un moyen de vider les lits de soins aigus des personnes âgées polypathologiques. Les critères d'inclusion sont stricts et l'admission ou non en HAD ne répond qu'au souci de trouver le mode de prise en charge le plus adapté au patient.

L'hospitalisation à domicile est donc une piste de restructuration de l'offre de soins parmi d'autres. D'autres voies de décloisonnement sont à explorer (ex : les admissions directes ou des formes originales de plateforme de soins à domicile dont l'opérateur pourrait être le CHU).

Ce projet d'HAD met en relief que, dans la réflexion sur la rénovation de notre système sanitaire qui est aujourd'hui sur l'agenda politique, la promotion des coopérations est peut-être une alternative crédible à la privatisation.

Bibliographie

❶ Textes réglementaires.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement, Journal Officiel, n°11 su 14 janvier 2005

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Circulaire n°DHOS/O/ n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

❷ Articles de périodiques.

AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., février 2007, « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Question d'économie de la santé*, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.), n° 119.

ALIGON A., COM-RUELLE L., RAFFY-PIHAN N., mars 2000, « L'hospitalisation à domicile. Un nouvel essor. L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ? », *Informations hospitalières*, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). n°52, pp. 16-21.

ALIGON A., COM-RUELLE L., RENAUD T., avec la collaboration de LEBRUN E., juin 2003, « Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile, *Question d'économie de la santé*, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.), n°67.

CHASSAT-PHILIPPE S., mai 2007, « Nouveau souffle pour l'hospitalisation à domicile », *Travail social actualités*, n° 1116, pp. 17-24.

CHEVILLOTTE J., RAUTUREAU P., mai 2008, « L'hospitalisation à domicile ». *Revue de l'infirmière*, n° 140, pp. 13-26.

CHICHE P., octobre 2007, « L'évolution de la place du patient dans le système de santé », *Bulletin juridique de la santé publique*, n°107.

COM-RUELLE L., juin 2006, « Quel avenir pour les soins à domicile ? L'hospitalisation à domicile : une alternative de choix en termes de coût et de qualité ? (les enjeux) » Congrès Paris, Altedia M&M Conseil, pp. 14-18.

COM-RUELLE L., RAFFY-PIHAN N., juillet 1995, « L'hospitalisation à domicile : bilan, perspectives et comparaisons internationales », *Solidarité santé études statistiques* Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Service des Statistiques des Etudes et des Systèmes d'Information. (S.E.S.I.). Paris. FRA. n°3, pp. 25-36.

COUSTEIX J-P., janvier-février 2004, « Hospitalisation à domicile : état des lieux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, n°496, pp.4-8.

CHEVREUL K., COM-RUELLE L., MIDY F., PARIS V., décembre 2004, « Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : l'éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne », *Question d'économie de la santé*, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.), n°91.

GIUISIANO B., GUIRAUD P., MEUR H., janvier 2007, « 10 règles pour tracer le parcours patient dans un réseau de santé », disponible sur internet : www.contingences.com/guiraud, 13 p.

JOUE M., RAFFY PIHAN N., OLIVIER M., LE PLAT P., BERNARD F., FEBVRE A., décembre 1999, « L'hospitalisation à domicile au-delà des mots », *Techniques hospitalières*, n° 642, pp. 36-39.

LYDIE N., décembre 2006, « Hospitalisation à domicile. Pas seulement en fin de vie », *Le concours médical*, Tome 128 – 39/40, pp. 1611-1614.

MONIER B., janvier 2004, « Hospitalisation à domicile : Enjeux, freins et risques pour l'hospitalisation publique », *Revue hospitalière de France*, n°496, pp.9-12.

SENTILHES-MONKAM A., 2006, « L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches », *Santé publique*, n°3, pp.443-457.

SENTILHES-MONKAM A., juillet 2005, « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile : l'histoire d'un paradoxe », *Revue française des affaires sociales*, n°3, pp. 157-182.

SOURTY-LE GUELLEC M-J., juin 1997, « L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ? », Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.), Biblio n°1183.

③ Ouvrages.

COUSTEIX P.J., REVEL M., TREGOAT J.J., COUTY E., 2005, *IXe Journée Nationale de l'Hospitalisation à Domicile*, Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.), 132 p.

DUBOST E., mars 2004, *L'hospitalisation à domicile*, Comprendre Agir, Michel Servet Eds.

GARCIA Y., 2005, *Ce qu'il faut savoir pour créer ou gérer une H.A.D.*, Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (F.N.E.H.A.D.), 333 p.

SENTILHES-MONKAM A., 2007, *L'hospitalisation à domicile, une autre manière de se soigner*, Éthique et pratique médicales, L'Harmattan, 260 p.

④ Mémoires et thèses.

FLAYELLE J-B., 2007, *Étude et mise en place d'une structure d'hospitalisation à domicile au sein du CHU de Reims*. Thèse d'exercice. Université de Reims.

GAILLOT N., HIRTZLIN I., 2005, *Organisation et fonctionnement de l'hospitalisation à domicile en France*, DU Système de santé et gestion des établissements, Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 48 p.

GOUIN C. 2008, *L'hospitalisation à domicile : ses avantages et ses limites : expérience de l'HAD du centre Alsace.*, Thèse d'exercice Université Louis Pasteur Strasbourg 1. Strasbourg, 223 p.

JOURDAIN D., 2006, *Un service d'hospitalisation à domicile en centre hospitalier général : avantages et limites : à propos de l'expérience du centre hospitalier "Jacques Monod" de Flers-de-l'Orne*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Caen, 130 p.

MARILIER S., 2007, *L'hospitalisation à domicile : historique, données actuelles et étude de la faisabilité sur une population gériatrique*, Thèse d'exercice, Université de Bourgogne. Dijon, 90 p.

⑥ **Rapports publics.**

LARCHER G., avril 2008, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital », Rapport final remis au Président de la République, 99 p.

Liste des annexes

- Annexe 1 : L'équipe projet et la méthodologie
- Annexe 2 : Décision de la Commission exécutive autorisant le CHU à créer une structure d'HAD de 30 places
- Annexe 3 : Aire géographique d'intervention
- Annexe 4 : Les contacts et la grille d'analyse
- Annexe 5 : Quelques logigrammes pour comprendre les processus d'une hospitalisation à domicile
- Annexe 6 : Deux exemples de conventions de partenariat
- Annexe 7 : Les 7 engagements réciproques entre le CHU et les professionnels infirmiers libéraux
- Annexe 8 : Les supports de communication de l'HAD
- Annexe 9 : La communication autour de l'HAD

ANNEXE 1 : L'EQUIPE PROJET ET LA METHODOLOGIE

Conformément à la démarche projet promue par la Direction générale et portée par le Pôle « Recherche et développement » du CHU, chaque projet est coordonné par un « chef de projet ». Simone CLEMENT, Directrice de la recherche et des activités réglementées est en charge du projet HAD. Trois référents du Pôle Politiques Sociales et du Soins, Cécile PIQUES, Directrice des ressources humaines, Marie-Claude GASTE, Coordinatrice générale des soins et Nicolas RAZOUX, Elève-Directeur ont formé les chevilles ouvrières de la mise en place du service d'Hospitalisation à Domicile. Ils ont accompagné l'équipe de coordination dans la structuration des principes organisationnels de l'HAD du CHU de Nîmes.

Face à un projet d'une telle envergure, il fallait définir une méthode de travail d'autant plus que les délais fixés par la Direction Générale étaient serrés. Initialement prévue début juillet 2008, le réalisme l'a emporté et l'ouverture de l'unité d'HAD a été arrêtée au début du mois d'octobre. Le tâtonnement s'est d'abord imposé... puis progressivement s'est élaborée une méthodologie plus rigoureuse fondée sur quatre grands principes :

1° Une analyse préalable des textes législatifs et réglementaires ainsi que de la littérature relative aux principes de l'HAD. Le point de départ a été, bien entendu, une étude des articles du Code de la Santé Publique (CSP) relatifs à l'hospitalisation à domicile et de la circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 qui posaient le cadre dans lequel les choix devaient se faire. Cette analyse du droit devait être complétée par une bonne compréhension de la nature et des enjeux de l'hospitalisation à partir d'un ensemble d'articles et d'ouvrages s'y rapportant.

2° Une pratique de « benchmarking ». L'élaboration de l'organisation du service s'est faite sur la base de beaucoup d'empirisme. Les contacts téléphoniques, par courriels ainsi que les visites sur site ont permis de recenser différentes solutions organisationnelles et pratiques professionnelles.

3° L'adoption d'une « logique processus ». Par ailleurs, s'est imposée l'obligation de tracer au mieux le parcours du patient à partir de la formalisation des différents processus sous la forme de logigrammes et d'instructions écrites (ex : pré-admission en HAD, admission, permanence des soins, procédure de ré-hospitalisation, circuits logistiques etc.). Cette démarche était indispensable à partir du moment où l'équipe projet considérait

que la logique intrinsèque de l'HAD était celle du réseau. Il était alors indispensable d'avoir une description, centrée intentionnellement sur le patient, des processus de sa prise en charge par les acteurs. Dans la mesure où plusieurs options étaient posées systématiquement pour chaque processus identifié, la schématisation aidait à en identifier leurs limites. Dans cette étape de description du parcours patient à l'aide du logiciel VISIO, le concours de la Direction de la qualité a été précieux, d'autant que les établissements et services d'HAD sont engagés dans la procédure de certification organisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la base d'un référentiel spécifique⁴⁰ élaboré en 2003, le CHU lui-même entrant dans la V2.

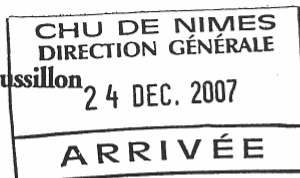
4° Le recours à la méthode des « petits pas » dans les phases de négociation. La nature même du projet d'HAD a mis en exergue la pluralité des acteurs dont il allait falloir faire converger les points de vue. Ouvrir une unité d'hospitalisation à domicile impliquait la coopération de nombreux professionnels des secteurs sanitaire et médico-social mais pour autant celle-ci n'allait pas de soi ! La coopération obéit à quelques règles simples. Pour qu'elle fonctionne, il faut d'abord que les parties prenantes aient des intérêts communs pour coopérer sans avoir le sentiment que les rapports de force soient trop asymétriques. En l'espèce, la stature du CHU a souvent été un facteur de crainte lors des négociations. A chaque nouvelle rencontre, l'objectif de l'équipe projet était de parvenir à construire du sens partagé et à faire en sorte que chacun puisse retirer un bénéfice pour supporter les inconvénients de la coopération.

⁴⁰ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), mars 2003, *Complément au manuel d'accréditation - L'hospitalisation à domicile*, 41 p.

**ANNEXE 2 : DECISION DE LA COMMISSION EXECUTIVE AUTORISANT LE CHU A
CREER UNE STRUCTURE D'HAD DE 30 PLACES**



D A G A M
27 DEC. 2007



République Française

ARRIVEE
Direction Régionale des Affaires
Sanitaires et Sociales

Pôle des Politiques Sanitaires et Médico-Sociales
Département de Politique Hospitalière
Affaire suivie par : Mme MARILLET - 04.67.07-21.72

Dossier n°1644

LRAR n°006 719 7726 7

Le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation

à

Monsieur le Directeur Général
Centre Hospitalier Universitaire
Groupe Hospitalo-Universitaire Caremeau
Place du Professeur Robert DEBRE
30029 - NIMES cedex 9

Montpellier, le 20 DEC. 2007

Monsieur le Directeur Général,

Conformément à l'article R. 6122-40 du Code de la Santé Publique, je vous notifie la décision prise par la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation le 20 novembre 2007 à l'égard de votre demande :

- d'autorisation de création d'une structure d'hospitalisation à domicile de 30 places : HAD polyvalente et HAD obstétricale (5 places dédiées) desservant Nîmes et la partie sud du territoire.

Je vous précise qu'un recours contre cette décision peut être formé par des tiers, dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région.

Il vous appartient de solliciter la visite de conformité auprès de la DDASS du département avant la mise en service de l'activité, **et d'adresser copie de votre demande à la DRASS** - Pôle des Politiques Sanitaires et Médico-Sociales - Département de Politique Hospitalière (Secrétariat du CROS).

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

P/le Directeur de l'A.R.H. et par délégation
P/Le Directeur Régional,
La Directrice Adjointe,

Chantal BERTHAULT

Copie pour information à :
- D.D.A.S.S du département.
- C.R.A.M.
- Médecin Conseil Régional.
- DRASS (Stats)



Languedoc Roussillon

République Française

Extrait du registre des délibérations de la
Commission Exécutive

Séance du 20 novembre 2007

N° d'ordre : 152/XI/2007

Objet : CHU de NIMES

Demande d'autorisation de création d'une structure d'hospitalisation à domicile de 30 places : HAD polyvalente et HAD obstétricale (5 places dédiées) desservant Nîmes et la partie sud du territoire.

Président : Monsieur le docteur Alain Corvez

Membres présents :

Monsieur Jean-Pierre Rigaux
Monsieur Alain Roux
Monsieur Jean Paul Aubrun
Monsieur Serge Delheure
Madame Anne Sadoulet
Madame Marie-Hélène Lecenne
Monsieur Dominique Keller
Monsieur Jean Paul Guyonnet
Monsieur Charles Chanut
Monsieur Dominique Létocart
Monsieur Dominique Gareau
Monsieur Michel Giraudon
Monsieur Michel Noguès

Membres représentés :

Monsieur Pierre Chabas par monsieur Alain Roux

Absents excusés :

Monsieur Daniel Bucheton, contrôleur général économique et financier
Madame Josianne Colleraïs, conseiller régional
Monsieur Robert Crauste, conseiller régional

Agence Régionale de l'Hospitalisation du LANGUEDOC ROUSSILLON
Immeuble le Phénix, parc du Millénaire - 1350 Avenue Albert Einstein BP 6 - 34935 Montpellier Cedex 9
Tél. : 04 67 99 86 40 - Fax : 04 67 99 86 49 - ARH-LANGUEDOCROUSSILLON.fr

LA COMMISSION EXECUTIVE

- **Vu** le Code de la Santé Publique et notamment ses articles L. 6121-1 à L. 6121-12 relatifs au Schéma d'organisation sanitaire, L.6122-1 à L.6122.20 relatifs aux autorisations, L.6123-1 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds, L.6124-1 relatif aux conditions techniques de fonctionnement, R.6121-1 à R.6122-44 et D.6122-37 relatifs à l'équipement sanitaire, R.6123-1 à R.6123-85 relatifs aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds et D.6124-1 à D.6124-481 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement ;
- **Vu** la loi n°91-748 du 31 décembre 1991 portant réforme hospitalière, notamment l'article 25,
- **Vu** l'ordonnance n° 2003/850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation,
- **Vu** le décret n°2005-804 du 20 juillet 2005, relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code,
- **Vu** la convention constitutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon signée le 31 décembre 1996,
- **Vu** l'arrêté DIR/N°075/2006 du 29 mars 2006 du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon, relatif au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire du Languedoc-Roussillon, modifié par les arrêtés DIR N°093/2006 du 14 avril 2006 et DIR /N°98/2007 du 2 mai 2007,
- **Vu** la circulaire DHOS/O/ n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile,
- **Vu** les décisions DIR/ n°094/2007 du 12 avril 2007 et n°358/2007 du 3 octobre 2007 du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation relatives au bilan quantifié de l'offre de soins au 31 Mars 2007 et au 30 septembre 2007, au regard du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, pour les activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, de médecine – chirurgie – gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale – (annexe VI – Hospitalisation à domicile), bilan inchangé à ce jour,
- **Vu** la demande présentée par le **CHU DE NIMES**, en vue de la création d'une structure **d'hospitalisation à domicile de 30 places : HAD polyvalente et HAD obstétricale (5 places dédiées)** desservant Nîmes et la partie sud du territoire.
- **Vu** l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire, dans sa séance du 19 novembre 2007,
- Considérant que l'annexe opposable du SROS prévoit 4 implantations d'HAD sur le territoire de santé de Nîmes - Bagnols / Cèze,
- Considérant qu'il existe une implantation autorisée (gérée par l'APARD) couvrant le centre et le sud de ce territoire, et qu'une 2^{ème} autorisation va être délivrée au CH de Bagnols/cèze,
- Considérant que le projet s'inscrit dans les orientations du SROS sur l'hospitalisation à domicile notamment en terme d'accessibilité et en ce qui concerne la polyvalence de la prise en charge et l'adossement à un établissement de santé,
- Considérant l'engagement de l'établissement de conclure une convention de complémentarité avec l'APARD et de respecter les conditions du cahier des charges,

La Commission exécutive, dans sa séance du 20 novembre 2007 et après avoir délibéré,

DECIDE

ARTICLE 1^{er} : Le CHU de Nîmes **est autorisé** à créer une **structure d'hospitalisation à domicile** desservant Nîmes et la partie sud du territoire.

ARTICLE 2 L'aire géographique d'intervention de la structure prévue par l'article R 6121-4 du code de la santé publique est jointe en annexe.

ARTICLE 3 : Les modalités de mise en œuvre de l'autorisation seront définies dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le demandeur et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARTICLE 4 : Les caractéristiques FINESS seront enregistrées en conséquence.

ARTICLE 5 : La mise en œuvre de cette autorisation est subordonnée :
- au respect des normes applicables en la matière,
- au résultat de la visite de conformité prévue par les articles L.6122-4 et D.6122-37 du Code de la Santé Publique,
- à la réalisation dans un délai de 3 ans (conformément à l'article L.6122-11 du code de la santé publique) suivant la date de notification de la présente décision, sous peine de caducité.

ARTICLE 6 : Conformément aux dispositions de l'article R. 6122-38 du Code de la Santé Publique, la durée de validité de l'autorisation est de 5 ans, à compter du jour où est constaté le résultat positif de la visite de conformité mentionnée à l'article 4.

ARTICLE 7 : Les éléments relatifs aux résultats de l'évaluation devront être produits lors du renouvellement, conformément à l'article L.6122-10, du Code de la Santé Publique et, le cas échéant, dans le cadre des dispositions de l'article R.6122-32 du même code.

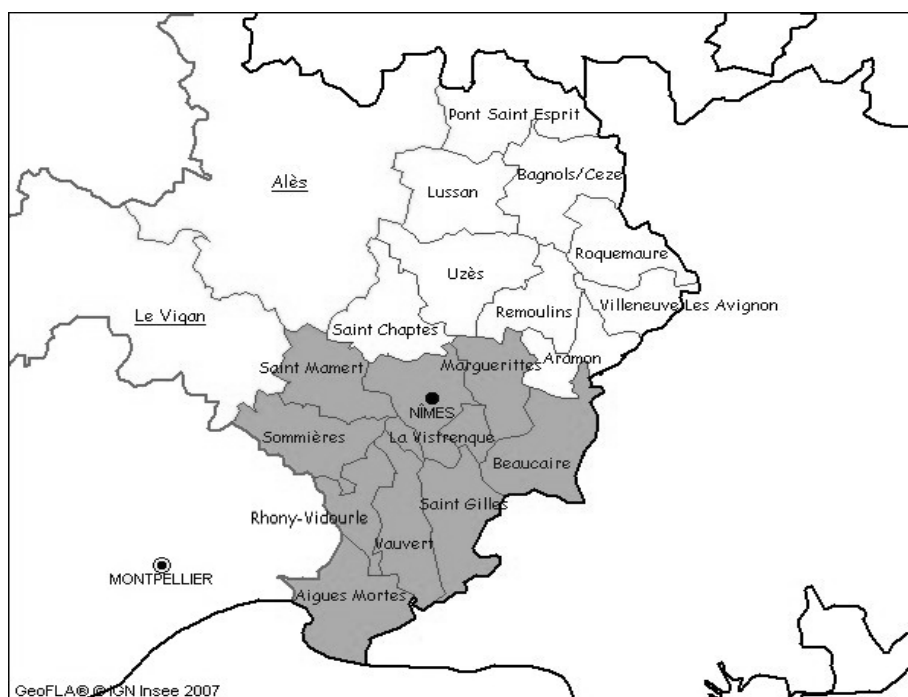
ARTICLE 8 : Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc-Roussillon, le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales du Gard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision, qui sera notifiée à l'intéressée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et publiée au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région.

FAIT A MONTPELLIER, le 20 novembre 2007

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION,
PRESIDENT DE LA COMMISSION EXECUTIVE,



ANNEXE 3 : AIRE GEOGRAPHIQUE D'INTERVENTION



Cantons / Communes

Canton d'Aigues Mortes

Aigues mortes
Le Graü du Roi
Port Camargue
St Laurent d'Aigouze

Canton de Beaucaire

Beaucaire
Bellegarde
Fourques
Jonquières St Vincent
Vallabrègues

Canton de Marguerittes

Bezouce
Cabrières
Lédenon
Manduel
Marguerittes
Poulx
Redessan
St Gervasy

Canton de Nîmes

Nîmes
St Césaire

Canton de Rhône Vidourle

Aimargues
Le Cailar
Codognan
Gallargues le montueux
Mus
Uchaud
Vergèze
Vestric et Candiac

Canton de Saint Gilles

Générac
St Gilles

Canton de Saint Mamert du Gard

Caveirac
Clarensac
Combas
Crespian
Fons
Gajan
Montagnac
Montmirat
Montpezat
Moulézan
Parignargues
St Bauzely
St Côme et Maruejols
St Mamert du Gard

Canton de Sommières

Aigues vives
Aspères
Aubais
Aujargues
Boissières
Calvisson
Congénies
Fontanes
Junas
Langlade
Lecques
Nages et Solorgues
St Dionizy
St Clément
Salinelles
Sommières
Souvignargues
Villevieille

Canton de Vauvert

Aubord
Beauvoisin
Bernis
Gallician
Vauvert

Canton de La Vistrenque

Bouillargues
Caissargues
Garons
Milhaud
Rodilhan

ANNEXE 4 : LES CONTACTS ET LA GRILLE D'ANALYSE

De nombreux contacts ont été noués avec plusieurs établissements et services d'hospitalisation à domicile (Avignon, Béziers, l'HAD obstétrique de Schiltigheim etc.) par l'équipe de coordination et l'équipe projet. Quatre structures nous ont accueillis :

❶ L'HAD du CH de Perpignan

L'HAD de du **Centre Hospitalier** de Perpignan est une HAD polyvalente de 30 places qui existe depuis 2006. Elle a opté pour une prise en charge paramédicale mixte associant personnels hospitaliers et professionnels libéraux de santé. Béatrice LACOMBE en est le cadre de santé.

❷ L'HAD du CHU Grenoble

Le service d'HAD du **CHU** de Grenoble dépend du département de médecine communautaire dirigé par le professeur Franco. Il comporte 80 places, réparties en trois secteurs : un secteur adulte de 58 places, un secteur maternité de 16 places et un secteur pédiatrique de 8 places. Il couvre toute l'agglomération grenobloise dans un rayon de 30 kilomètres, soit près de 400 000 habitants. Créé en 1969, ce service fut la première HAD ouvert en province. Le Dr Lydie NICOLAS en est le médecin coordonnateur. Gériatre et médecin de soins palliatifs de formation, elle organise le DU de coordination en HAD dirigé par le Pr Franco.

❸ L'HAD « Soins et Santé » de Lyon

L'Hospitalisation A Domicile - Soins et Santé, **établissement participant au service public hospitalier** (PSPH), est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Créée en 1972, elle accueille aujourd'hui près de 230 patients /jour sur le département du Rhône et quelques communes de départements limitrophes. Le Dr Eric DUBOST en est le médecin coordonnateur.

❹ L'HAD 30 de l'APARD (Nîmes)

L'APARD est **une association** dont l'activité est la prise en charge des traitements et le maintien à domicile des patients, en partenariat avec les professionnels de santé hospitaliers et libéraux. L'APARD est née de l'assistance aux patients insuffisants

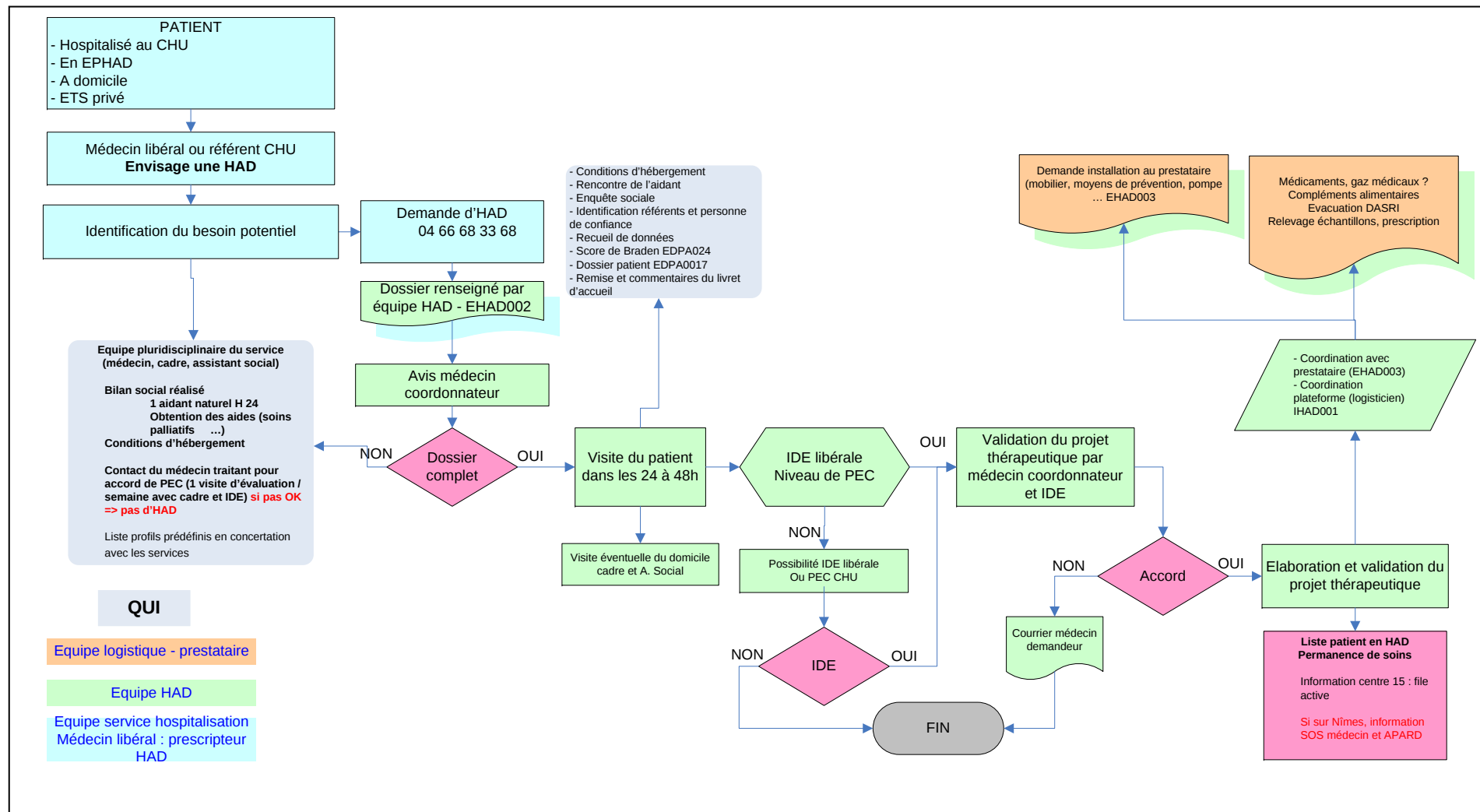
respiratoires, domaine dont elle fut précurseur. Depuis mars 2008, l'APARD Le Dr BENEZET en est le médecin coordonnateur.

A chaque entretien téléphonique ou visite de site, la grille suivante était renseignée :

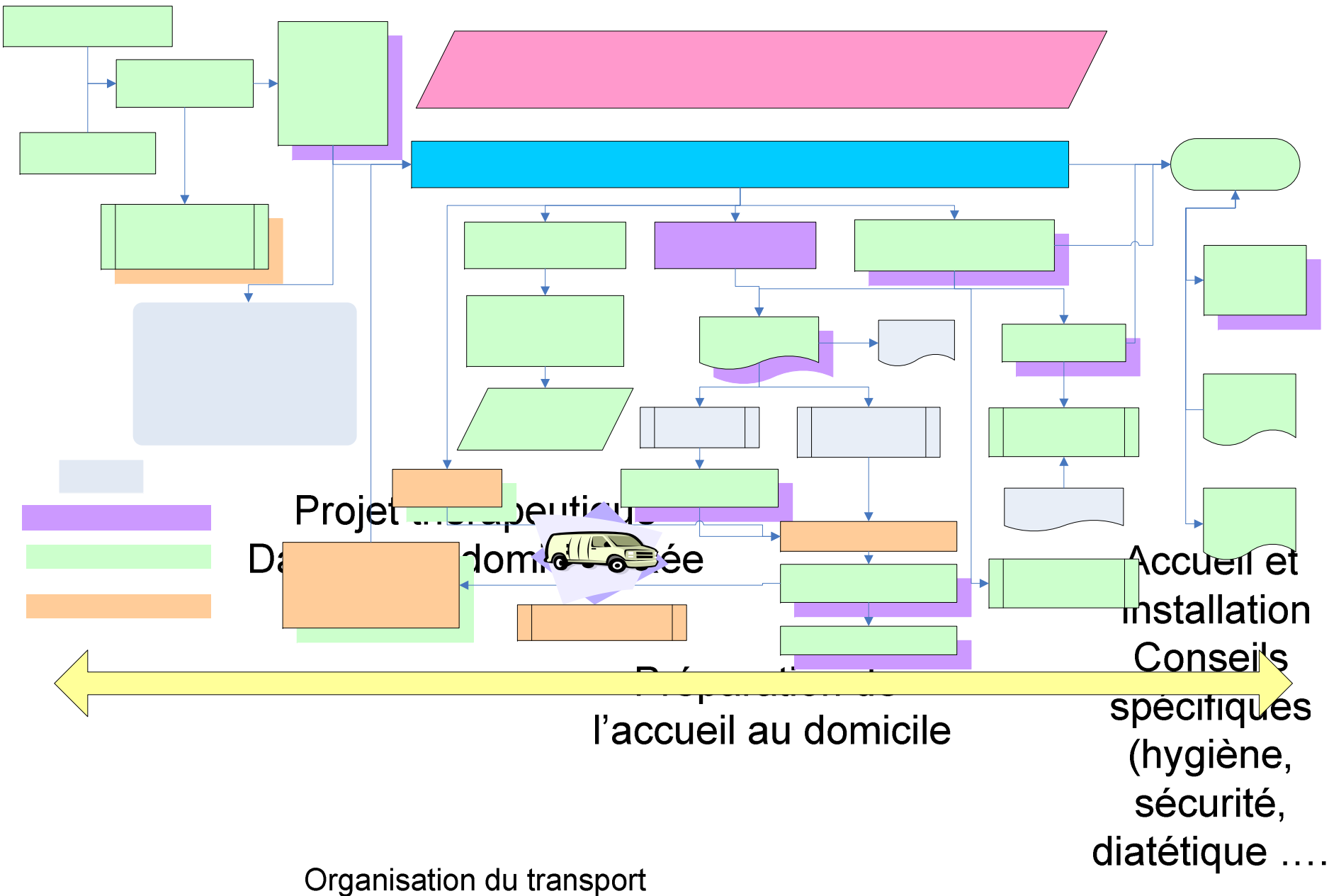
CRITERES	NOM DE L'HAD	DATE
Type d'HAD		
Personnels dédiés		
Organisation du travail ▪ Temps de travail IDE ▪ Temps de travail AS ▪ Prise en charge paramédicale (<u>ex</u> : prise en charge exclusivement hospitalière, mixte, exclusivement libérale, les 3 selon les besoins etc.)		
Modalités de prise en charge des patients ▪ Admission ▪ Modalités et support de la coordination ▪ Circuit des prescriptions médicales		
Modalités d'association des professionnels libéraux ▪ Convention ▪ Mode de rémunération		
Permanence des soins ▪ Permanence paramédicale ▪ Permanence médicale		
Partenariats ▪ Avec les établissements de santé ▪ Avec les EHPAD ▪ Avec les SSIAD ▪ Autres		
Fonctionnement logistique ▪ Circuit médicaments ▪ Circuit du petit matériel ▪ Circuit des déchets ▪ Circuit des prélèvements		
Divers		

ANNEXE 5 : QUELQUES LOGIGRAMMES POUR COMPRENDRE LES PROCESSUS D'UNE HOSPITALISATION A DOMICILE

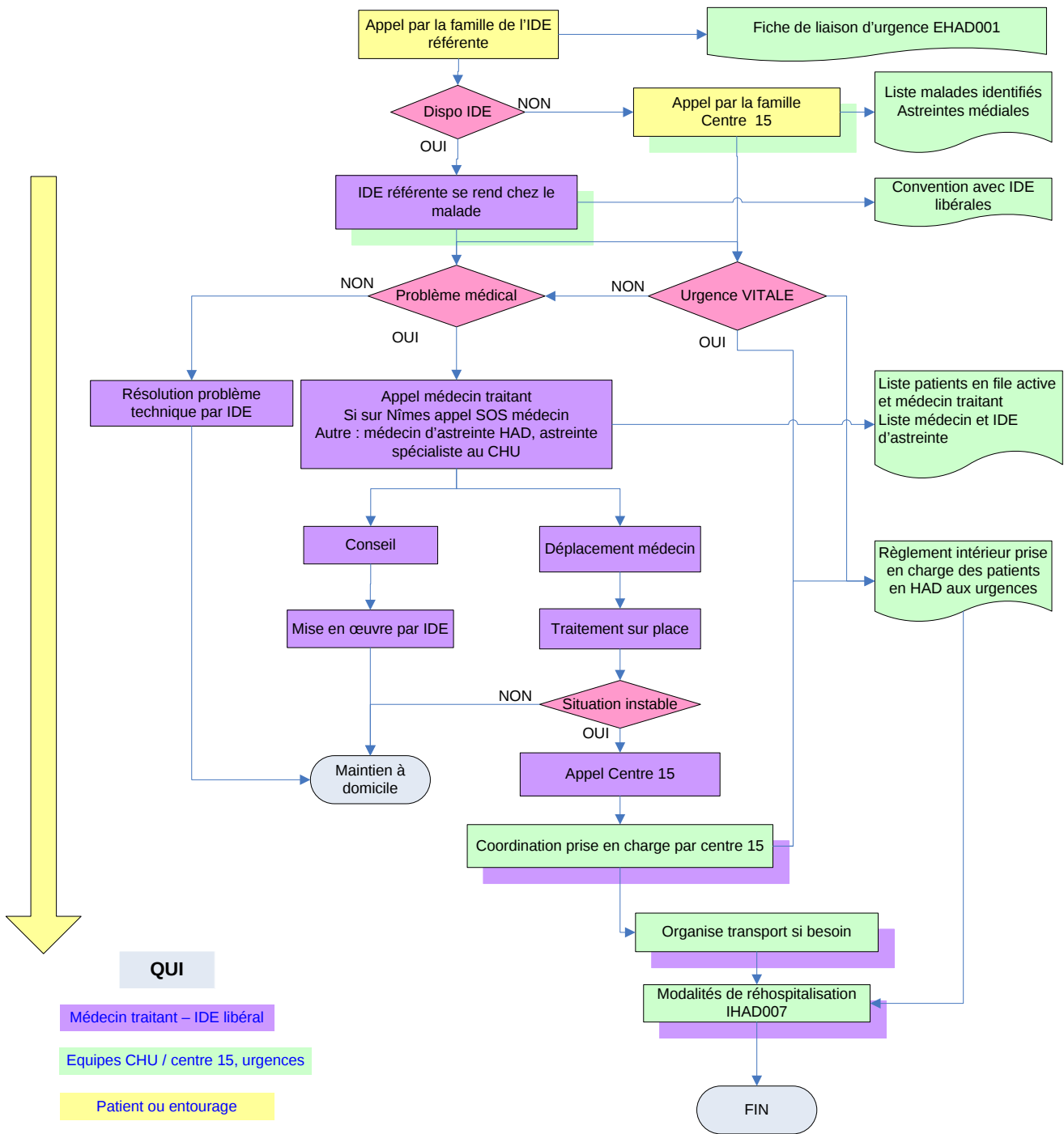
Pré-admission en HAD polyvalente



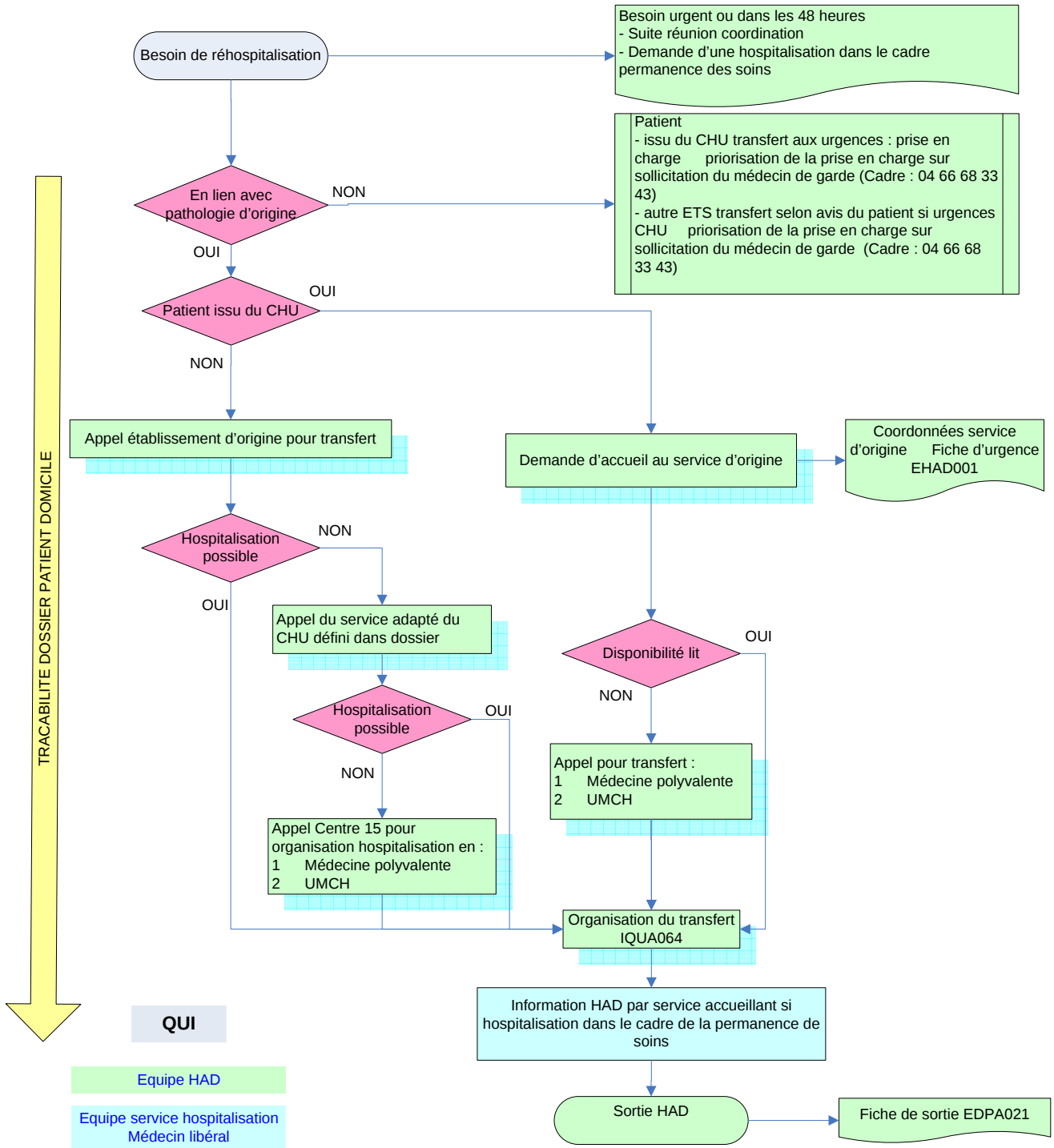
Prise en charge en HAD polyvalente



La permanence de soins de l'HAD polyvalente



Les modalités de ré-hospitalisation en HAD polyvalente



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Groupe hospitalo-universitaire Carémeau

Place du Professeur Robert Debré - 30029 – NIMES Cedex 9 - Tél. : 04.66.68.68.68

POLE POLITIQUES SOCIALES ET DU SOIN

Direction des Ressources Humaines

Secrétariat : 04.66.68.30.32 / Télécopie : 04.66.68.35.57

N/Réf. : NR : 312/08

Nîmes le 28 août 2008

**« Accord de partenariat » entre l'Hospitalisation à domicile (HAD)
du CHU de Nîmes et les professionnels libéraux infirmiers**

Vu le Code de la Santé Publique et notamment les articles L.6121-2, L.6122-1 et L.6122-2 et suivants, R.6121-4, R.6122-8, R.6122-32, R.6122-38, D.6124-306 à D.6124-310

Vu la loi n°2002-2003 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et de ses décrets d'application

Vu le décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

Vu le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Vu les dispositions de la circulaire DH/EO n°2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'HAD et son complément du 11 décembre 2000

Vu les dispositions de la circulaire DHOS n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'HAD

Vu les dispositions de la circulaire DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

Vu la décision de la COMEX du 20/11/07 autorisant le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes à créer un service d'Hospitalisation à Domicile polyvalente de 30 places.

Attendu que le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nîmes prend en charge dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) des malades qui nécessitent des soins complexes et coordonnés formalisés dans un projet thérapeutique personnalisé ;

Attendu que pour ce faire, il travaille en partenariat avec l'ensemble des professionnels infirmiers libéraux intervenant à domicile sur le département du Gard ;

La présente convention est conclue entre :

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, sis Place Robert Debré, 30900 Nîmes, représenté par Jean-Olivier Arnaud, son Directeur général

Et

Monsieur (nom, prénom, adresse professionnelle)

Agissant en son nom propre

Ayant le diplôme d'Etat d'infirmier

N° enregistrement D.D.A.S.S

Enregistré au Conseil de l'Ordre n°

Assurance professionnelle :

Art. 1 – Objet du partenariat.

Le présent accord établit les modalités de partenariat entre l'HAD du CHU de Nîmes et les professionnels infirmiers libéraux permettant d'assurer la prise en charge des patients admis dans le service d'HAD.

Art. 2 – Libre choix du patient

Le patient ou son entourage, lorsque celui-ci n'est pas en capacité de se prononcer, a le libre choix du professionnel infirmier libéral.

Dès qu'un patient, dont il assure habituellement le suivi, est pris en charge par l'HAD du CHU de Nîmes, le professionnel libéral est averti par le médecin coordonnateur ou le cadre de santé de l'HAD.

Le nom de l'infirmier(e) libéral(e) choisi(e) par le patient lors de son admission est indiqué dans le dossier de soin.

Art. 3 – Cadre du partenariat

Le partenariat se déroule dans le strict respect de l'exercice libéral du professionnel paramédical.

L'intervention du professionnel infirmier libéral est déterminée par le projet thérapeutique élaboré en concertation avec l'HAD du CHU.

Le professionnel libéral respecte les pratiques et l'organisation des soins mises en place par le service d'hospitalisation à domicile. Il s'engage à appliquer les protocoles mis à disposition par l'HAD du CHU.

L'HAD s'engage à assurer chaque fois que nécessaire la formation utile au professionnel pour permettre la bonne application des protocoles et une utilisation optimale des équipements médicaux spécifiques mis en place au domicile du patient.

En cas d'indisponibilité de dernière minute du professionnel libéral, l'unité d'HAD décide de la mesure d'urgence destinée à assurer la continuité des soins et garantir la sécurité de la prise en charge du patient.

Les deux parties s'engagent à assurer une prise en charge de proximité, de qualité, adaptée à l'état du patient et à garantir la sécurité des soins.

Les deux parties s'engagent à une communication réciproque de toutes les informations utiles à une prise en charge optimale et continue de la personne hospitalisée à domicile.

Art. 4 – Organisation, coordination et suivi des soins

Les soins sont coordonnés par le médecin coordonnateur et l'équipe de coordination du service d'HAD ou leurs remplaçants désignés.

Les soins à réaliser pour chaque patient admis en HAD font l'objet d'un projet thérapeutique. Une « lettre de mission » précisant les modalités spécifiques de la prise en charge du patient est signée par le professionnel infirmier libéral. Toute modification de la prise en charge donne lieu à la rédaction d'une nouvelle lettre de mission.

Le professionnel infirmier libéral s'engage à participer, selon une périodicité à décider d'un commun accord, à des réunions ayant pour objet l'évaluation de la situation des personnes soignées et l'actualisation du projet thérapeutique.

Le professionnel libéral organise librement son travail en fonction des besoins du patient et du projet thérapeutique. La périodicité des visites est établie en concertation lors de l'élaboration du projet thérapeutique.

Il communique au médecin traitant, au médecin coordonnateur et/ou au cadre infirmier de l'HAD toute information susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.

Lors de chaque intervention, le professionnel libéral complète le dossier de soins infirmiers laissé au domicile du patient permettant d'assurer la continuité des soins. Il doit y inscrire :

1° Les soins effectués chez le patient ;

2° L'administration des thérapeutiques ainsi que les principaux paramètres de surveillance de l'état de santé du patient ;

3° Les transmissions utiles aux autres intervenants.

Les informations non confidentielles sont notifiées à chaque intervention dans le dossier de soins. Les informations confidentielles sont adressées directement au médecin traitant, au médecin ou au cadre infirmier coordonnateurs de l'HAD du CHU.

Les documents complétés lors de chaque intervention sont systématiquement paraphés par le professionnel libéral.

Le professionnel libéral est partenaire de la démarche d'évaluation de la qualité des soins et du service dispensés par l'unité d'HAD.

Art. 5 – Conditions d'exercice - Obligations professionnelles

Le professionnel infirmier libéral respecte les conditions d'exercice régies par le décret de compétences et les principes déontologiques propres à la profession d'infirmier. Notamment,

- 1° Il doit respecter les libertés et les droits fondamentaux des patients.
- 2° Il informe systématiquement le patient des soins prodigués sauf volonté contraire.
- 3° Il est soumis à l'obligation de secret professionnel concernant les faits dont il peut avoir connaissance dans l'exécution des prestations concernant le patient.

Art. 6 – Continuité des soins

En cas de congés ou d'empêchement, le professionnel infirmier libéral s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à son remplacement.

- 1° Il propose au patient le choix de son collaborateur ou remplaçant investi alors des mêmes droits et obligations envers le patient et le service d'HAD du CHU.
- 2° Il transmet au service d'HAD, selon les modalités définies par celui-ci, l'identité du professionnel chargé du remplacement.
- 3° Le collaborateur ou remplaçant doit signer avec le service d'HAD du CHU l'accord de partenariat qui organise la prise en charge paramédicale des patients admis en Hospitalisation à Domicile pendant la durée du remplacement.
- 4° Le collaborateur ou remplaçant doit justifier de son titre d'infirmier diplômé d'Etat. Le remplaçant doit également justifier de son contrat de remplacement ou de son autorisation préfectorale de remplacement.

En cas d'incapacité à assurer son remplacement, le professionnel libéral doit informer dans les plus brefs délais le service d'HAD du CHU afin que celui-ci organise la continuité des soins au patient.

Art. 7 – Continuité des soins - Missions confiées à plusieurs professionnels appartenant au même cabinet

En accord avec les professionnels concernés, les soins à un même patient pourront être confiés à plusieurs infirmier(e)s appartenant au même cabinet travaillant en alternance, dans la mesure où la continuité des soins, la coordination et les transmissions internes au cabinet et concernant le patient, seront assurées. Ils se répartiront le travail à leur convenance, sans que l'HAD n'ait à intervenir et seront solidairement responsables de l'application des articles du présent accord de partenariat.

Chaque infirmier(e) membre d'un cabinet et susceptible d'intervenir pour la prise en charge d'un patient en HAD signe l'accord de partenariat et la lettre de mission. Le cabinet s'engage alors à organiser la prise en charge complète des soins infirmiers tout en préservant son mode de fonctionnement condition importante pour la satisfaction et la sécurité des malades hospitalisés à domicile.

Art. 8 – Permanence des soins

Le professionnel infirmier libéral s'engage à assurer une prise en charge continue du patient 24h/24 et 7 jours sur 7. Il peut à tout moment être amené à se déplacer au chevet du malade à la demande du malade lui-même, du médecin traitant, ou du médecin d'astreinte de l'HAD.

Il doit être équipé d'un moyen de communication permettant les appels d'urgence et s'engage à indiquer le numéro correspondant qui est mentionné sur la fiche de liaison d'urgence à la disposition du patient et de sa famille.

Art. 9 – Organisation logistique

Le professionnel libéral utilise son véhicule et son matériel (seringues et aiguilles pour toute injection). Il utilisera le matériel spécifique à certains soins mis à sa disposition par l'HAD du CHU.

Les médicaments sont fournis par la pharmacie à usage intérieur du CHU et seront acheminés par les services de l'HAD.

En vue de l'élimination des déchets de soins, l'HAD mettra à sa disposition au domicile du patient des récupérateurs et des containers conformes à la réglementation. L'élimination sera assurée par les services du CHU de Nîmes.

Art. 10 – Dispositions relatives au décès du patient

L'HAD et le professionnel infirmier libéral s'engagent mutuellement à se prévenir en cas de décès du patient.

La toilette mortuaire est faite par la société de pompes funèbres choisie par la famille du patient.

Le professionnel de santé libéral pourra être sollicité pour participer à une « démedicalisation » du défunt.

Art. 11 – Dispositions contractuelles complémentaires

Les patients de l'HAD du CHU de Nîmes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour l'ensemble des prestations délivrées par les professionnels infirmier(e)s libéraux. Le professionnel infirmier libéral s'interdit de demander ou de recevoir une rémunération de la part du patient ou de sa famille.

Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, le professionnel infirmier libéral n'a pas le droit de prescription.

Le professionnel infirmier libéral s'engage à communiquer sans délai à l'HAD toutes difficultés rencontrées dans l'exécution des actes qui lui ont été confiés.

Le professionnel libéral atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'HAD et y adhérer sans aucune réserve.

Art. 12 – Commission de suivi et d'évaluation du partenariat

Une « Commission de suivi et d'évaluation du partenariat » est constituée. Elle est composée paritairement :

- 1° de quatre infirmier(e)s d'exercice libéral désignés par les organisations représentatives de la profession d'infirmier libéral ;
- 2° du Directeur de l'établissement ou de son représentant ;
- 3° du médecin coordonnateur de l'HAD ;
- 4° du cadre coordonnateur de l'HAD ;
- 5° de l'infirmière coordonnatrice de l'HAD.

La Commission pourra inviter toute personne à assister à ses travaux.

Cette Commission se réunira aussi souvent que de besoin et au moins une fois par an pour dresser un bilan du partenariat entre l'HAD et les professionnels infirmiers libéraux.

Au titre du suivi du partenariat, la Commission s'assure de l'efficacité et de la qualité de sa mise en œuvre et peut :

- 1° Proposer toute mesure utile à la résolution des difficultés rencontrées par l'infirmier(e) libéral(e) lors de la prise en charge d'un patient admis en HAD.
- 2° Organiser des formations adaptées aux spécificités de la prise en charge en HAD.
- 3° Mettre en œuvre une procédure de conciliation pour faciliter un règlement à l'amiable des différends relatifs à la collaboration entre le professionnel de santé et l'HAD.

Au titre de l'évaluation du partenariat, la Commission a compétence pour :

- 1° Evaluer l'organisation de l'unité d'HAD (organisation des soins, protocoles de soins, facturation et paiement des actes etc.), proposer les améliorations à introduire pour assurer une meilleure qualité de la prise en charge des patients et toute modification utile au présent accord en application de l'art.18.
- 2° Examiner les plaintes et réclamations des patients et de leur entourage et proposer les réponses à apporter.
- 3° Apprécier la nécessité de mettre fin au partenariat avec un professionnel infirmier libéral ne respectant pas les termes du présent accord. La décision éventuelle de cesser le partenariat est prise conformément aux termes de l'art.17-4 du présent accord.
- 4° Apprécier la nécessité de mettre fin au partenariat à la demande de l'infirmier(e) en cas de difficultés majeures rencontrées pour l'exécution de sa lettre de mission.

L'évaluation du partenariat peut conduire à des adaptations du présent accord qui feront l'objet d'avenants.

Les modalités de fonctionnement de la « Commission de suivi et d'évaluation du partenariat » seront fixées par règlement arrêté par les membres qui la composent et annexé au présent accord.

Art. 13 – Tarification

Les honoraires infirmiers sont inclus dans les tarifs d'hospitalisation à domicile.

La rémunération respecte la nomenclature générale des actes professionnels infirmiers à l'exclusion de l'application de l'article 11B.

La première réunion de concertation ayant pour objet l'élaboration du projet thérapeutique est rémunérée AMI 10.

Dans le cadre de la démarche d'évaluation de la qualité des soins et des services développés au domicile du malade, les infirmier(e)s libéraux ayant pris en charge un patient en HAD seront sollicités et rémunérés AMI 5 lors de chaque réunion.

La démedicalisation du défunt est rémunérée AIS 3 majoré des frais de déplacement ou sur la base d'un tarif de nuit majoré des frais de déplacement.

La participation à la « commission de suivi et d'évaluation du partenariat » est rémunérée AMI 5.

Art. 14 – Facturation et règlement des actes.

Aucun relevé d'actes ne doit être transmis par le professionnel libéral aux caisses d'assurance maladie.

Les relevés d'actes remplis au nom du professionnel libéral et mentionnant ses honoraires sont à adresser à chaque fin de mois à l'unité d'HAD du CHU de Nîmes. Lors de l'envoi de la première facture, le professionnel libéral transmet un relevé d'identité bancaire (RIB) valide afin que le paiement des prestations puisse être effectué.

Le service d'HAD valide et effectue le règlement par virement bancaire dans le mois qui suit la réception des pièces nécessaires.

Dans le cas où les délais d'envoi ne seraient pas respectés par le professionnel libéral, le service d'HAD ne saurait être tenu responsable des retards pouvant survenir dans le traitement des factures reçues.

Les modalités pratiques de paiement seront fixées par voie d'avenant.

Art. 15 – Assurance professionnelle

Le professionnel libéral (son collaborateur ou remplaçant) doit justifier la souscription d'une assurance responsabilité civile couvrant les risques de la profession, à jour de règlement de ses primes.

Art. 16 – Responsabilité

La responsabilité de chaque co-contractant pourra être recherchée, en cas de défaillance ou de faute commise dans le cadre de ses obligations, telles que définies au présent accord.

Art. 17 – Adhésion – Résiliation

L'adhésion du professionnel paramédical libéral est formalisée par la signature de cet accord de partenariat.

La durée d'adhésion est fixée à un an, tacitement renouvelable, sauf dénonciation 1 mois avant sa date d'échéance par les parties signataires. La dénonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception au Directeur Général du CHU.

L'HAD du CHU de Nîmes se réserve le droit de suspendre sans préavis son partenariat avec le professionnel paramédical libéral en cas de faute grave, de non exécution des soins prescrits ou de non-conformité des soins réalisés.

La décision de résiliation est prononcée par le Directeur Général du CHU de Nîmes sur proposition du médecin coordonnateur et notifiée par écrit au professionnel libéral.

Le professionnel infirmier libéral se réserve le droit de suspendre son partenariat avec le service d'HAD du CHU de Nîmes en cas de non respect des dispositions contractuelles et après notification préalable au CHU.

Art 18 – Procédure de modification

Toute modification du présent accord qui ne change pas l'objet et la nature du partenariat peut être mise en œuvre après proposition de la « commission de suivi et d'évaluation du partenariat » par voie d'avenant signé par l'ensemble des parties.

Art 19 – Date d'effet – Condition d'application

L'accord de partenariat prend effet immédiatement à sa signature par les parties.

La signature de la lettre de mission par le professionnel infirmier libéral enclenche l'application des dispositions du présent accord.

Art 20 – Règlement des litiges.

Tout litige fera l'objet d'une tentative de conciliation entre les parties dans le cadre de la « Commission du suivi et de l'évaluation du partenariat ». A défaut, le Tribunal Administratif de Nîmes pourra être saisi.

Fait à Nîmes, le

Le professionnel infirmier libéral (à préciser)

Le Directeur Général
du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes

Jean-Olivier ARNAUD

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Groupe hospitalo-universitaire Carémeau

Place du Professeur Robert Debré - 30029 – NIMES Cedex 9 - Tél. : 04.66.68.68.68

POLE POLITIQUES SOCIALES ET DU SOIN

Direction des Ressources Humaines

Secrétariat : 04.66.68.30.32 / Télécopie : 04.66.68.35.57

N/Réf. : NR : 315/08

Nîmes le 2 septembre 2008

CONVENTION-CADRE DE COOPERATION

ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NIMES ET L'APARD DANS LE DOMAINE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

- Vu les dispositions de la circulaire DHOS / EO2 n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile ;
- Vu les dispositions de la circulaire DHOS / O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile ;
- Vu les dispositions de la circulaire DHOS / O3 n° 2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile ;
- Vu le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération de la région Languedoc-Roussillon ;
- Vu la décision d'autorisation de création d'une structure d'hospitalisation à domicile obtenue par le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes le 20 novembre 2007 ;
- VU la décision d'autorisation de création d'une structure d'hospitalisation à domicile obtenue par l'A.P.A.R.D le
- Vu la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes du
- Vu la délibération du Bureau du Conseil d'Administration de l'A.P.A.R.D. du

Entre

d'une part :

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, Groupe Hospitalo-Universitaire Caremeau, sis Place du Professeur Robert Debré – 30029 NIMES cedex 9, représenté par son Directeur Général, Monsieur Jean-Olivier ARNAUD,

Et

d'autre part :

L'A.P.A.R.D., sise rue de Chambert – Parc Euromédecine 2 – 34186 MONTPELLIER Cedex 4, représentée par son Directeur, Monsieur Daniel POUX.

PREAMBULE

Le CHU de Nîmes et l'A.P.A.R.D. ont été autorisés, chacun en ce qui les concerne, à créer et gérer une structure d'hospitalisation à domicile sur le territoire de santé Nîmes-Bagnols sur Cèze dans le cadre du SROS Languedoc Roussillon.

Afin d'améliorer l'organisation de la prise en charge et de la continuité des soins, et de s'assurer de la coordination des interventions de ces deux structures d'hospitalisation à domicile auprès des patients domiciliés dans le territoire de santé de Nîmes – Bagnols sur Cèze, les deux parties conviennent de la conclusion d'une convention-cadre de coopération dans le domaine de l'hospitalisation à domicile.

Cette convention-cadre est fondée particulièrement sur une coopération médicale étroite des deux structures d'hospitalisation à domicile. Elle établit les domaines de coopération. Des protocoles en précisant les modalités seront annexés à la présente convention.

Article 1 – Objet de la convention

La présente convention établit les principes et les domaines de coopération entre le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes et l'A.P.A.R.D dans le cadre de leurs services d'hospitalisation à domicile.

La mise en œuvre des objectifs de la présente convention est assurée dans le respect des dispositions relatives à la qualité, à la sécurité et à la continuité des soins définies par la réglementation et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Article 2 – Principes communs de la prise en charge en hospitalisation à domicile par les structures d'hospitalisation à domicile du CHU de Nîmes et de l'APARD

2.1 – Engagements des deux structures d'HAD

Les deux structures s'engagent, une fois le consentement préalable des patients obtenu, à prendre en charge en hospitalisation à domicile les patients qui relèvent des critères d'inclusion en hospitalisation à domicile, domiciliés dans la zone d'intervention géographique fixée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région Languedoc-Roussillon.

Dans ce cadre, les signataires entendent :

- 1° Organiser et assurer une continuité et une coordination des soins ainsi qu'une prise en charge complète et optimale des patients hospitalisés à domicile,
- 2° Promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité,
- 3° Offrir au patient un cadre rassurant lui garantissant la parfaite transmission des données médicales, thérapeutiques et médico-sociales.

2.2 – Critères d'inclusion en HAD

L'hospitalisation à domicile concerne des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, qui, en l'absence d'un tel service, seraient pris en charge en hospitalisation complète. L'hospitalisation à domicile a pour objectif de permettre au patient de disposer à son domicile, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son

état de santé, de soins médicaux, paramédicaux, continus et nécessairement coordonnés. Ces soins complexes coordonnés s'intègrent dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial.

Les patients hospitalisés à domicile peuvent bénéficier de différents modes de prise en charge, qui, selon leur état, peuvent être classés dans trois catégories de soins :

1° Les soins ponctuels définis comme des soins techniques et complexes, chez les patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ces soins peuvent être régulièrement réitérés (chimiothérapie, antibiothérapie...);

2° Les soins continus associant, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive ;

3° Les soins de réadaptation destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée après une phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly-pathologie.

2.3 – Conditions d'admission et de prise en charge des patients

Peuvent être admis dans les deux structures d'hospitalisation à domicile, dans les limites des places disponibles, les patients déjà hospitalisés ou reçus en consultation externe dans les services des établissements de santé du territoire de santé de Nîmes – Bagnols sur Cèze s'ils répondent aux critères d'inclusion en hospitalisation à domicile.

Peuvent également être admis dans ces structures d'hospitalisation à domicile, toujours dans les limites des places disponibles, les patients directement adressés par leurs médecins traitants et répondant aux mêmes critères d'inclusion en hospitalisation à domicile.

Le médecin référent du patient pris en charge dans un établissement de santé assurant une hospitalisation complète ou le médecin traitant du patient :

1° transmet au médecin coordonnateur de la structure d'hospitalisation à domicile concernée, les informations médicales relatives au patient et nécessaires à sa prise en charge,

2° élabore en coordination avec le médecin coordonnateur de la structure d'hospitalisation à domicile le projet thérapeutique concernant le patient. Ce projet thérapeutique formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux justifiés par l'état de santé du patient.

Lorsque le médecin prescripteur de l'hospitalisation à domicile est hospitalier, il assure le suivi du patient au niveau hospitalier et s'engage à le ré-hospitaliser si nécessaire.

Lorsque la demande d'admission en hospitalisation à domicile est faite par le médecin hospitalier référent : ce médecin joint obligatoirement au certificat médical de demande d'admission en hospitalisation à domicile le projet thérapeutique préconisé pour le patient, à l'attention du médecin traitant, qui, après en avoir pris connaissance, donne son avis au médecin coordonnateur de la structure d'hospitalisation à domicile. En outre, le cadre infirmier du service hospitalier dans lequel est hospitalisé le patient prend contact avec l'infirmier coordonnateur de la structure d'hospitalisation à domicile pour organiser matériellement l'admission.

2.4 – Continuité et permanence des soins

Conformément aux dispositions réglementaires, les deux structures d'hospitalisation à domicile signataires s'engagent :

1° à assurer la surveillance et les soins par des personnels diplômés, sous la responsabilité du médecin traitant.

2° à veiller à la continuité des soins et à la réponse aux appels d'urgence, 24h sur 24, 7jours sur 7 et 365 jours par an grâce à leur service d'astreinte.

2.5 – Droits du patient

La coopération organisée et l'action de chaque structure seront réalisées dans le respect des principes de libre choix et de consentement des patients ou de leurs représentants légaux et dans le respect des règles déontologiques et professionnelles.

Le patient ou son représentant légal exprime son consentement, après une information claire, loyale et appropriée donnée par le médecin, pour suivre son traitement en hospitalisation à domicile. La preuve de son consentement est consignée dans le dossier médical.

Les deux établissements remettent au patient lors de sa prise en charge un livret d'accueil et un questionnaire de satisfaction.

A la demande du patient, la personne de confiance qu'il a désignée est également informée.

Un dossier médical et un dossier de soins infirmiers sont constitués pour chaque patient hospitalisé à domicile dans l'une des structures signataires du présent accord. Conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique relatives à la communication du dossier médical,

1° Le dossier médical d'un patient hospitalisé au Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes peut être communiqué au médecin coordonnateur de l'A.P.A.R.D. en cas d'hospitalisation à domicile dans cette structure.

2° De la même façon, en cas de repli d'un patient initialement pris en charge par l'A.P.A.R.D., dans un service d'hospitalisation du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, son dossier médical peut être communiqué par le médecin coordonnateur de l'A.P.A.R.D. au médecin responsable du service l'accueillant.

Article 3 – Les domaines de la coopération

D'un commun accord, le CHU de Nîmes et l'APARD décident de développer leur coopération dans les domaines suivants :

- 1° Organisation médicale de l'HAD
- 2° Formation des professionnels participant à l'HAD
- 3° Continuité et permanence des soins
- 4° Prestations logistiques
- 5°Engagement de repli
- 6° Evaluation

Les domaines de collaboration visés ci-dessus ne sont pas exhaustifs. Ils pourront être complétés par avenant à la présente convention.

Article 4 – Organisation médicale de l'hospitalisation à domicile

La coopération médicale entre les deux structures se réalisera par :

1° La définition des modalités et critères d'admission communs aux deux structures d'hospitalisation à domicile.

2° La tenue de réunions régulières de coordination entre les équipes médicales et soignantes des deux structures.

3° L'harmonisation du contenu du dossier patient de leur service d'hospitalisation à domicile.

Article 5 – Formation des professionnels participant à l'HAD

Les deux structures signataires du présent accord conviennent du principe de mener conjointement des actions de formation et d'information à destination de leurs personnels, selon les besoins exprimés par les médecins coordonnateurs et les cadres de santé des deux services d'hospitalisation à domicile.

Ces actions peuvent notamment prendre la forme de stages des personnels dans l'une ou l'autre structure, en fonction des possibilités de prise en charge des stagiaires, des tableaux de présence des personnels et des contraintes de fonctionnement de chacune des deux structures.

Ces actions de formation pourront être étendues aux auxiliaires médicaux libéraux qui interviennent, pour le compte des deux structures signataires, dans la prise en charge de patients en hospitalisation à domicile.

Le CHU de Nîmes pourra mettre à disposition les compétences et les ressources qu'il a mises en place dans les domaines où il est référent, notamment en matière d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales.

Article 6 – Continuité et permanence des soins

L'organisation de la permanence médicale est commune aux deux structures d'hospitalisation à domicile.

1° Un pool commun de médecins d'astreinte est constitué.

- Le médecin d'astreinte intervient dans le cadre de la permanence médicale des deux structures sur l'ensemble du territoire couvert par l'HAD en dehors de Nîmes, Nîmes – Courbessac, Nîmes – St Césaire (intervention de SOS Médecins).
- Le médecin d'astreinte intervient sur appel de l'infirmière d'astreinte de chaque service d'HAD ou du Centre 15.
- Le tableau d'astreinte des médecins du pool est tenu à jour et transmis à chaque infirmière et au Centre 15.

2° Un protocole précisant les conditions de la prise en charge des patients du service d'HAD de l'A.P.A.R.D par le Centre 15 sera annexé à la présente convention.

Article 7 – Coopération logistique

7.1 – Produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux

Le CHU de Nîmes dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI). En cas d'urgence ou pour la fourniture de médicaments et produits spécifiques ou de petits matériels médicaux consommables

non commercialisés, l'A.P.A.R.D. pourra faire appel aux médicaments, produits et consommables du CHU de Nîmes sous réserve de l'information préalable et de l'accord du chef de service de la pharmacie du CHU de Nîmes. Un protocole précisant les modalités de la coopération entre l'A.P.A.R.D et la PUI sera annexé à la présente convention.

7.2 – Utilisation réciproque des locaux ou équipements

En cas de difficultés techniques importantes, les deux structures signataires de la présente convention s'engagent à faciliter l'utilisation réciproque de leurs locaux ou de leurs équipements.

Article 8 – Engagement de repli

Les deux structures s'engagent à s'accorder mutuellement assistance en cas de dépassement des capacités autorisées. Lorsque toutes ses places d'HAD sont occupées, chaque structure pourra faire appel à l'autre si un patient lui est adressé pour une admission en HAD.

Dans le cas où l'état de santé d'un patient pris en charge par le service d'HAD de l'A.P.A.R.D s'aggrave ou si les conditions nécessaires à la poursuite de l'hospitalisation à domicile ne sont plus remplies, le CHU, s'engage, dans toute la mesure du possible au regard des disponibilités en lits, à réintégrer la personne malade dans le service ou l'unité qui a prescrit l'HAD, ou à l'admettre dans tout autre service adapté à son état de santé en cas de primo-admission. Cette admission est prononcée à la demande du médecin traitant, après validation par le médecin coordonnateur du service d'HAD de l'APARD et le médecin responsable dans le service de soins. Dans ce cas, le médecin coordonnateur de la structure d'hospitalisation à domicile de l'A.P.A.R.D. communique, au médecin hospitalier concerné du CHU de Nîmes, toute information utile à la prise en charge du patient.

Article 9 – Evaluation

Les structures parties au présent accord d'association évaluent chaque année :

1° le nombre d'hospitalisations à domicile,

2° le suivi des hospitalisations (démographique, épidémiologique) comportant en particulier les motifs d'hospitalisation et de durée moyenne de séjour.

Un comité de suivi est mis en place composé de trois représentants de chaque structure, dont le médecin coordonnateur et le cadre de santé de chaque service d'hospitalisation à domicile.

Il se réunit au moins une fois par an.

Il établit un rapport annuel d'évaluation qui est présenté, pour information, aux instances de chaque structure.

Article 10 – Dispositions financières

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes facturera à l'A.P.A.R.D. et réciproquement le coût des prestations et fournitures mises à disposition.

Chaque structure prendra en charge pour moitié la rémunération de l'astreinte médicale dans le cadre de l'organisation commune de la permanence des soins. Les modalités relatives au partage du coût de l'astreinte médicale feront l'objet d'une convention financière entre le CHU de Nîmes et l'A.P.A.R.D.

Article 11 – Responsabilités et assurances

Les parties signataires sont chacune titulaires d'une police d'assurance garantissant leur responsabilité (civile - d'exploitation et professionnelle) à l'égard des patients, du personnel et des tiers intervenant pour les activités de soins exercées dans le cadre de la présente convention-cadre.

Article 12 – Durée – Résiliation

La présente convention est établie pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Elle prend effet à la date de sa signature. Chaque structure peut solliciter sa résiliation sous réserve d'un préavis de six mois.

Article 13 – Règlement des litiges

Les deux structures s'efforcent de régler par la conciliation tout différend qui pourrait intervenir dans la mise en œuvre de la présente convention.

Faute de règlement amiable, le contentieux pourra être porté devant le Tribunal Administratif de Nîmes.

Fait à Nîmes, le

En 3 exemplaires originaux destinés aux deux signataires
et à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon.

Le Directeur de l'A.P.A.R.D.

D. POUX

Le Directeur Général
du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes

Jean-Olivier ARNAUD

ANNEXE 7 : LES 7 ENGAGEMENTS RECIPROQUES ENTRE LE CHU ET LES PROFESSIONNELS INFIRMIERS LIBERAUX



Accord de partenariat entre l'Hospitalisation à domicile du CHU de Nîmes et les professionnels libéraux infirmiers

Le CHU de Nîmes et les organisations syndicales des infirmiers libéraux ont abouti à un « accord de partenariat » fixant les principes de leur collaboration dans le cadre la création de l'unité d'hospitalisation à domicile du CHU. Cet accord initie un partenariat durable et fructueux au service des patients et s'inscrit dans une logique de décroisement du système de soins indispensable à la qualité de la prise en charge des malades. Il se fonde sur les engagements réciproques suivants :

- ① **La reconnaissance de l'expérience des infirmiers libéraux dans la prise en charge des soins à domicile.**
- ② **Un partenariat fondé sur le respect de l'exercice libéral de la profession d'infirmier.**
- ③ **L'élaboration d'un projet thérapeutique et d'une lettre de mission définis en concertation avec l'équipe de coordination de l'HAD.**
- ④ **Une prise en charge sécurisée garantie par leur implication dans le dispositif de permanence des soins.**
- ⑤ **Une participation active à la démarche de la qualité des soins dispensés par l'unité d'HAD.**
- ⑥ **La reconnaissance de l'exercice particulier des soins à domicile par la dérogation à l'application de l'art.11 B de la nomenclature des actes infirmiers.**
- ⑦ **Un dialogue ouvert entre les représentants des infirmiers libéraux et l'équipe de coordination de l'HAD assuré par la mise en place d'un « Comité de suivi et d'évaluation du partenariat ».**

❶ Le logo de l'HAD du CHU de Nîmes



② La plaquette d'information

Conditions d'admission en HAD

Qui ?
Alternative à l'hospitalisation complète, l'HAD s'adresse aux malades qui relèvent de soins lourds dans le cadre d'une pathologie aiguë ou chronique.

Comment ?
L'admission des malades qui le souhaitent se fait sur prescription médicale, avec l'accord du médecin traitant et du médecin coordonnateur de l'HAD.

Combien de temps ?
Elle est prescrite pour une durée limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé.

Où ?
L'HAD du CHU de Nîmes couvre tout le sud du département jusqu'à Beaucaire et Le Grau-du-Roi, avec la Vaunage.

Informations pratiques

Secrétariat médical
☎ 04 66 68 33 68
E-Mail : had.chunimes@chu-nimes.fr

Horaires d'ouverture
Du lundi au vendredi de 9h à 17 h

Équipe hospitalière

Médecin coordonnateur
Dr BENISTAND

Cadre de santé
Mme N. BESSIERE

1 Assistante des services sociaux

1 Psychologue



HOSPITALISATION A DOMICILE

Un choix alternatif pour le malade et sa famille

HOSPITALISATION A DOMICILE
Centre Hospitalier Universitaire
Groupe Hospitalo-Universitaire Carêmeau
1 place du Pr. Robert Debré
30029 NÎMES CEDEX 9

Notre structure d'hospitalisation à domicile permet d'assurer à votre domicile les soins médicaux et paramédicaux pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de votre état de santé.

Il s'agit de soins continus et coordonnés entre le service hospitalier, votre médecin traitant et l'ensemble des professionnels de santé qui vous entourent.

L'HAD permet de raccourcir l'hospitalisation en service de soins traditionnels.

L'équipe HAD

Quels bénéfices pour le patient ?

- Une équipe associant des professionnels [de santé] hospitaliers et libéraux à votre service 24h/24 et 7j/7
- Qualité, sécurité et professionnalisme de la prise en charge à votre domicile
- Des soins coordonnés par votre médecin traitant et le médecin de l'HAD
- Amélioration du confort et du vécu de la maladie par le maintien dans l'environnement familial
- Soutien psychologique et accompagnement social pour le malade et sa famille
- Réduction de la durée du séjour hospitalier
- Un coût d'hospitalisation restreint

Les professionnels libéraux partenaires de l'HAD du CHU de Nîmes.

- Médecins de ville
- Infirmiers
- Kinésithérapeutes
- Sages-femmes

