

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau R4

Direction générale de la cohésion sociale

Service des politiques sociales
et médico-sociales

Sous-direction de l'autonomie des personnes
handicapées et des personnes âgées

Circulaire DGOS/R4/DGCS n° 2013-107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social

NOR : AFSH1307292C

Validée par le CNP le 15 mars 2013. – Visa CNP 2013-64.

Examinée par le COMEX le 20 mars 2013.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par la ministre.

Résumé : les décrets n° 2012-1030 et n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 fixent les conditions financières et techniques d'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. La présente circulaire a pour objet de préciser les conditions de mise en œuvre et les modalités de développement du partenariat attendues de la part des structures sanitaires, sociales et médico-sociales impliquées et de fixer les conditions de l'évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif.

Mots clés : hospitalisation à domicile – établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Références :

Article L. 312-1-I du code de l'action sociale et des familles ;

Article L. 6111-1 du code de la santé publique ;

Article L. 162-31 du code de la sécurité sociale ;

Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) ;

Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;

Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile au sein des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ;

Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement ;

Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique ;

Arrêté du 25 avril 2007 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique ;

Arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

Texte abrogé : circulaire DHOS/03/DGAS/2C n° 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Annexes :

Annexe I. – Présentation de l'hospitalisation à domicile.

Annexe II. – Présentation des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Annexe III. – Qualité du cadrage partenarial.

Annexe IV. – Évaluation du dispositif.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; copie à Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (outre-mer) ; Monsieur le directeur de la direction régionale et inter-départementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-PP).

Les décrets n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 et n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 autorisent l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans l'ensemble des établissements d'hébergement visés à l'article L. 312-1-I du code de l'action sociale et des familles (CASF) et en fixent les conditions. Ainsi, l'HAD s'adresse aux personnes (enfants, adolescents et adultes) qui requièrent des soins fréquents, complexes et coordonnés sur leur lieu de vie.

L'intervention des établissements d'HAD est autorisée depuis 2007 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) (1).

La présente circulaire a pour objet de rappeler les enjeux des décrets précités du 6 septembre 2012 qui visent à garantir l'accès à l'HAD (2) de toutes les personnes qui le nécessitent et qui répondent à ses indications, qu'elles soient handicapées, âgées, en situation de précarité ou qu'il s'agisse de mineurs pris en charge au titre de la protection, tant en matière administrative, civile que pénale (3). Elle précise la qualité de coopération requise entre les établissements impliqués.

Elle prévoit en outre l'évaluation de l'intervention de l'HAD dans les ESMS, afin notamment d'en mesurer la pertinence, de constater l'évolution qu'elle induit dans les pratiques et d'identifier les modalités les plus adaptées pour son développement.

1. Donner accès à une modalité de soins qui contribue à préserver la qualité de vie

L'HAD constitue une modalité de réponse aux besoins de soins des personnes ne requérant pas nécessairement une hospitalisation avec hébergement. Pour les personnes hébergées en ESMS, les décrets permettant l'intervention de l'HAD complètent donc la palette de l'offre disponible, contribuant ainsi au respect de l'égalité de tous à l'accès aux soins.

Au-delà, le développement de l'HAD auprès des personnes hébergées en ESMS revêt un intérêt majeur, car l'HAD promeut, par ses moyens combinés à ceux de l'entourage habituel, la prise en compte globale des besoins de soins et d'accompagnement des personnes. Elle concourt ainsi à la préservation de leur qualité de vie en évitant toute déstabilisation liée à la rupture de l'accompagnement assuré au quotidien par les professionnels de l'établissement d'accueil.

(1) Décret n° 2007-241 du 22 février 2007.

(2) Voir annexe I qui fournit quelques points de repère utiles pour mieux situer l'HAD.

(3) Voir annexe II qui précise les publics et les différents établissements sociaux et médico-sociaux concernés.

Les décrets précités du 6 septembre 2012 ne restreignent pas les indications de l'HAD dans les ESMS, comme cela est le cas pour les EHPA. Aussi les restrictions quant aux indications de l'HAD telles que prévues par l'arrêté du 16 mars 2007 pour les personnes prises en charge en EHPA, si elles restent en vigueur, ne s'appliquent pas à d'autres ESMS que les EHPA. Il convient de rappeler que le recours à l'HAD est sans incidence sur le prix de journée alloué à l'établissement social ou médico-social.

Pour garantir la réussite de la mise en œuvre de ce dispositif, un travail de coopération entre HAD et ESMS en amont est indispensable.

2. Développer le partenariat entre HAD et ESMS

La qualité de la coopération en amont entre les professionnels est un des facteurs essentiels de la réussite d'une prise en charge partagée et coordonnée. Elle repose sur les initiatives convergentes des autorités et des acteurs locaux.

a) L'accompagnement par les autorités locales

Pour favoriser le déploiement du dispositif, il appartient aux ARS de le présenter à leurs partenaires locaux : directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et directions interrégionales de la protection judiciaire de la jeunesse (DIRPJJ), directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-PP) ainsi que conseils généraux (CG).

Par ailleurs, dans l'information délivrée aux CG, il doit être rappelé que l'intervention d'une HAD pour un résident en ESMS est sans incidence sur les conditions de versement d'allocations telles que l'allocation personnalisée d'autonomie ou la prestation de compensation du handicap (1).

Les autorités locales devront, d'une part, faire en sorte que chaque ESMS identifie le ou les établissements d'HAD autorisés à intervenir sur son territoire avec lesquels il pourra travailler et, d'autre part, accompagner, en tant que de besoin, les établissements d'HAD dans la connaissance, sur leur territoire d'intervention, des différents établissements d'hébergement, des populations qu'ils accueillent et de la nature des prises en charge qu'ils mettent en œuvre.

Des actions conjointes d'animation et d'accompagnement pour favoriser la rencontre des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social pourront y contribuer : réunions communes, réalisation et diffusion de supports d'information adaptés, soutien aux initiatives de décloisonnement par la formation, l'analyse de pratiques, etc. Ces actions doivent être menées en préalable à toute première admission de résident en HAD.

Enfin, le numéro FINESS ET (2) de l'ESMS est indispensable pour l'exploitation des données du PMSI de l'HAD. Les établissements devront vérifier que la structure d'hébergement dispose d'un numéro FINESS, et ce dès les premiers contacts en vue d'établir la convention.

En l'absence éventuelle de ce numéro, l'établissement se rapprochera de son référent à l'ARS ou à la DRJSCS en vue d'être répertorié dans le fichier. Ce dernier contactera, si besoin, le référent régional FINESS qui pourra l'aider dans ses recherches, voire procéder à la création de l'établissement ou recourir à la procédure d'identification provisoire prévue pour renseigner le fichier des conventions HAD-ESMS dans le PMSI de l'HAD (cf. annexe III).

b) L'engagement des établissements d'hébergement et d'HAD pour un partenariat de qualité

Une démarche à intégrer dans les projets institutionnels ou les projets d'établissement

Aujourd'hui, le cloisonnement des cultures professionnelles du soin et de l'action sociale est très fréquemment invoqué tant par les usagers que par les professionnels eux-mêmes comme une cause de dysfonctionnements et d'obstacles à l'organisation et la mise en œuvre d'un accompagnement fluide, coordonné et personnalisé, en particulier des personnes handicapées.

Au cloisonnement des métiers s'ajoute la différence des statuts, modes d'organisation et systèmes de financement des établissements, selon qu'ils relèvent du champ sanitaire ou du champ social ou médico-social.

De toutes ces différences peuvent naître des incompréhensions, des incohérences, des disparités de méthodes, voire des conflits d'intérêt économique ou de territoire toujours préjudiciables aux usagers.

Pour remédier à ces obstacles susceptibles de compromettre la qualité des collaborations, des actions de formation peuvent être recommandées dans un cadre interprofessionnel et inter-institutionnel.

En tout état de cause, les établissements d'HAD, comme les ESMS, doivent désormais prendre en compte dans leurs projets institutionnels ou leurs projets d'établissement la possibilité d'une prise en charge conjointe pour les personnes hébergées le nécessitant.

Un partenariat à construire ensemble

Le recours à l'HAD se justifie lorsque la densité, la technicité et/ou la complexité des soins à prodiguer excèdent les possibilités offertes par la structure d'hébergement.

(1) L'HAD n'est visée ni à l'article R. 232-32 du CASF relatif à l'APA ni à l'article D. 245-74 du CASF relatif à la PCH.

(2) Numéro FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) établissement géographique (ET), différent du numéro FINESS entité juridique (EJ) gestionnaire d'une ou plusieurs structures.

Les compétences des partenaires doivent se conjuguer sans se contrarier, valorisant les apports respectifs sans craindre, pour l'établissement d'HAD, d'être appelé en suppléance d'un manque de moyens de l'établissement d'hébergement, ni, pour ce dernier, de se sentir illégitimement disqualifié. De même, l'admission en HAD d'un résident ne saurait compromettre la mise en œuvre, par l'équipe de l'établissement d'accueil, de ses missions habituelles auprès des autres personnes accueillies. C'est pourquoi la coopération entre les professionnels de l'HAD et de l'établissement d'hébergement doit être explicitement décrite de façon à respecter les missions incombant à chacun.

L'intervention de l'HAD doit être réalisée, au sein de l'ESMS, en préservant au maximum les actions de soutien et d'accompagnement en cours, conformément au projet personnalisé du résident.

Comme toute hospitalisation, l'HAD est par principe à durée déterminée, même si la prise en charge peut être longue ; il est donc nécessaire, dès l'admission, de prévoir conjointement les éventuelles modalités de relais projetées en fin d'intervention. Si l'état de santé de la personne le justifie, l'HAD pourra intervenir afin de faciliter la transition vers un établissement offrant une prise en charge plus adaptée. De même, l'organisation de relais auprès des acteurs de la prise en charge ambulatoire (professionnels de santé libéraux) ou médico-sociale (services de soins infirmiers à domicile [SSIAD], services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés [SAMSAH], services d'éducation spéciale et de soins à domicile [SESSAD]) pourra être organisée, le cas échéant, par l'ESMS en concertation avec l'équipe de l'HAD.

Pour donner toutes ses chances à cette coopération, il est donc nécessaire de définir, en amont de toute action commune, les enjeux et les modalités concrètes de mise en œuvre pour chacun. Une convention-cadre entre l'établissement d'HAD et la structure d'hébergement (1), présentée et expliquée aux professionnels, doit prévoir ce travail de prise de connaissance réciproque préalable à toute intervention auprès d'un résident. La qualité du partage des informations et l'enrichissement réciproque, voire les transferts de compétences entre les partenaires, seront un élément fondamental de la démarche (cf. annexe III).

Cette convention sera complétée de protocoles personnalisés, fixant notamment le partage des tâches et des responsabilités, pour toute prise en charge d'une personne par l'HAD. L'annexe III constitue un guide à l'élaboration de la convention-cadre et des protocoles personnalisés ; elle donne accès à un modèle de convention type.

Il convient de souligner notamment que le haut niveau de complexité des situations cliniques prises en charge en HAD, notamment pour les personnes les plus vulnérables, implique de garantir la lisibilité des conduites à tenir dans les situations d'urgence ; la continuité des soins par l'HAD est organisée en cohérence avec les dispositions prises par l'ARS dans le cadre de la permanence des soins.

3. Évaluer la mise en œuvre de l'HAD en ESMS

Une évaluation prospective de la pertinence de cette offre de soins pour les personnes résidant en établissement d'hébergement sera menée dès la mise en œuvre de l'extension du périmètre d'intervention de l'HAD.

Cette évaluation, présentée dans l'annexe IV, portera sur trois axes :

- axe quantitatif : un état des lieux du développement des interventions de l'HAD en établissement d'hébergement sera principalement dressé à partir des données disponibles du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en HAD ;
- axe qualitatif : à partir d'un panel d'établissements impliqués (HAD et ESMS), sous forme de groupes de travail régionaux constitués au sein de quelques ARS. Ce travail doit permettre notamment d'apprécier la validité des restrictions d'accès des résidents d'EHPAD à l'HAD ;
- axe médico-économique permettant une appréciation de la pertinence de la minoration de tarif appliquée en cas d'intervention de l'HAD dans les établissements financés par l'assurance maladie (voir annexe II).

Un comité d'évaluation du dispositif, porté par la DGOS et la DGCS, sera créé dans ce cadre.

Vous veillerez à porter à la connaissance de nos services les éléments que vous jugerez significatifs pour illustrer les facteurs de réussite et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

Le directrice générale de la cohésion sociale,
S. FOURCADE

(1) Pour les ESMS relevant du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, la convention-cadre sera établie entre l'établissement d'HAD et la direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse du ressort de l'ESMS. A la suite, les protocoles individuels personnalisés devront s'inscrire dans cette convention-cadre et seront établis entre l'établissement d'HAD et le directeur de l'ESMS.

ANNEXE I

PRÉSENTATION DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

1. Activité

L'HAD est en forte croissance depuis 2005. En 2011, 303 établissements ont produit une activité, au bénéfice de 100 100 patients. 3 901 637 journées ont été réalisées.

La croissance de l'activité a été favorisée par la mise en place d'une tarification à l'activité en 2005.

En 2007, le champ d'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile était élargi aux établissements d'hébergement pour personnes âgées. La montée en charge de cette activité est assez lente mais régulière. Elle a mobilisé, en 2011, 229 établissements d'HAD pour 4 170 patients et généré 136 626 journées et a progressé encore en 2012.

L'intégralité du territoire national est en voie d'être couverte par une autorisation d'hospitalisation à domicile.

En 2011, les principaux modes de prise en charge ont concerné (en pourcentage du nombre de journées global) : les soins palliatifs (26,5 %), les pansements complexes (21,7 %), les soins de nursing lourd (8,6 %).

La pathologie cancéreuse est présente dans plus de 33 % des journées réalisées. La périnatalité, si elle ne représente que 6,2 % des journées, dont l'essentiel autour de l'*ante* et du *post-partum*, motive plus de 13 % des séjours.

La durée des prises en charge en HAD est extrêmement variable suivant que les soins sont de nature ponctuelle ou continue : la durée moyenne de séjour varie, selon les modes de prise en charge, de moins de 3 à plus de 36 jours, avec une forte dispersion selon les séjours.

Plus de 48 % des patients accueillis ont plus de 60 ans, plus de 36 % ont plus de 75 ans.

2. Organisation

L'HAD est une modalité d'hospitalisation à part entière, au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, qui apporte au domicile des patients des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Elle permet d'éviter, de différer ou de raccourcir l'hospitalisation conventionnelle. Elle concerne des malades de tous âges qui, sans l'intervention de l'HAD, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement.

Les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation avec hébergement. Ils sont notamment tenus d'assurer la sécurité, la qualité et la continuité des soins, la lutte contre les infections nosocomiales, et sont certifiés par la Haute Autorité de santé.

L'HAD peut être prescrite en cas de pathologie aiguë ou de maladie chronique, nécessitant des soins complexes ou d'une technicité spécifique, obligatoirement formalisés dans un protocole de soins. Il peut s'agir aussi de soins de réhabilitation, voire d'accompagnement dans la fin de vie. La nature souvent polypathologique des patients reçus en HAD en fait des établissements à vocation polyvalente, qui peuvent en outre développer des compétences propres ou des expertises spécialisées pour certains types de prise en charge.

Les prises en charge en HAD sont réalisées sur prescription, soit du médecin hospitalier, soit du médecin traitant. Elles font l'objet d'une évaluation préalable de pertinence et de faisabilité, réalisée par l'établissement d'HAD en concertation avec l'équipe de la structure d'hébergement. Cette démarche est d'autant plus nécessaire que les activités autorisées en HAD sont encadrées de façon spécifique pour les résidents des EHPAD (1).

Par ailleurs, les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique qui ne se substitue pas, si elles existent, aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées habituellement par l'établissement d'accueil. L'intervention de l'HAD a pour objet de mettre en œuvre le programme personnalisé de soins qui découle des protocoles médicaux et dont les modalités sont prévues par la convention signée entre les établissements partenaires.

Comme pour l'hospitalisation conventionnelle, la prise en charge en HAD revêt par essence un caractère provisoire, sans pour autant exclure des séjours de longue durée. Suivant l'état de santé de la personne et son évolution, en fonction également du caractère ponctuel ou continu des soins délivrés, la durée de l'HAD peut donc être déterminée ou non. En tout état de cause, sa pertinence doit être réévaluée régulièrement par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur.

(1) Pour plus de précisions sur les prises en charges autorisées, se référer au « Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile » disponible sur le site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr>.

À l'exception de certaines zones urbaines particulièrement denses, un territoire est desservi par un seul établissement d'hospitalisation à domicile, dont l'autorisation précise la zone d'intervention. L'information sur le ou les établissements d'HAD autorisés sur les territoires est disponible auprès des ARS.

3. Financement

L'activité d'HAD est financée par une tarification à l'activité. Les tarifs journaliers applicables, fixés par arrêté chaque année, sont fonction de plusieurs variables : le mode de prise en charge principal, le mode de prise en charge associé, la dépendance du patient. Sans modification des paramètres précédents, les tarifs journaliers sont dégressifs au fur et à mesure de l'allongement de la durée du séjour.

Les tarifs sont par ailleurs affectés d'un abattement forfaitaire lors d'une intervention auprès d'un résident en établissement d'hébergement financé, pour tout ou partie, par l'assurance maladie. En 2012, la minoration a été fixée à 13 %. Conçue pour éviter tout risque de double financement de certaines prestations par l'assurance maladie, cette minoration se veut représentative de la contribution apportée à la prise en charge par les moyens médicalisés présents dans la structure d'hébergement, qui continue, pour ce faire, de percevoir de la part de l'assurance maladie le prix de journée afférent au résident concerné.

Ce point fera partie des éléments évalués (annexe IV).

ANNEXE II

PRÉSENTATION DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

L'HAD peut désormais intervenir, lorsque l'état de santé des résidents le justifie, dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Ces établissements accueillent des personnes handicapées, âgées, en situation de précarité, des mineurs relevant de la protection judiciaire de la jeunesse...

Afin d'appréhender les différentes structures concernées, le tableau suivant détaille les missions et publics de chaque établissement; il indique également les règles d'autorisation et de financement, les capacités existantes en septembre 2012 (sources FINISS), ainsi que les modalités d'accès à ces structures.

Pour les personnes handicapées, l'orientation vers une structure d'hébergement dépend de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), commission instituée dans chaque département.

Établissements	Textes de référence [1]	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement [2]	Capacités	Mode d'admission dans la structure
Établissements de la protection de l'enfance relevant de l'article L312-11 1°						
01 Foyer de l'enfance	C : L312-1-1° A : L 313-3 a) T : L 314-1 II	Les foyers de l'enfance sont gérés majoritairement par des personnes publiques, leur fonctionnement est assuré le plus souvent en régie par le département. Ces établissements peuvent comporter une section pouponnière. Missions : accueil de tout enfant, à tout moment, observations et orientations (bilan de la situation de l'enfant, de ses besoins), hébergement des mineurs	CG	CG	218 structures représentant 10 598 places	Décision du directeur
02 Pouponnière à caractère social	C : L312-1-1° A : L 313-3 a) T : L 314-1 II RT : D 312-123à D312-152 et D 341-1 à D 341-7	accueil des enfants de la naissance à l'âge de 3 ans, la pouponnière peut constituer une structure d'accueil à part entière ou être rattachée à un foyer de l'enfance.	CG	CG	29 structures représentant 782 places	Décision du directeur
03 Établissement d'accueil mère enfant (Centre maternel)	C : L312-1-1° L 222-5 4° L221-2 A : L 313-3 a) et e) T : L 314-1 II	Accueille les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique	CG et préfet si habilitation justice (L313-10)	CG et préfet si habilitation justice (L313-10)	148 structures représentant 4592 places	Décision du directeur
04 Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS)	C : L312-1-1° et 4° A : L 313-3 a) T : L 314-1 II	La gestion de ce type de structures relève dans la plupart des cas de personnes morales de droit privé, leur fonctionnement est donc le plus souvent assuré par les associations à l'origine de leur création. Missions : accueil à long terme les enfants, souvent après une évaluation préalable en foyer de l'enfance ou un accueil d'urgence.	CG et préfet si habilitation justice (L313-10)	CG et préfet si habilitation justice (L313-10)	1177 structures représentant 42 546 places	Décision du directeur
05 Village d'enfant	C : L312-1-1° A : L 313-3 a) T : L 314-1 II	D'initiative et de gestion privée, ces établissements ont la particularité de venir en aide aux fratries en évitant la séparation de mineurs appartenant à une même famille.	CG	CG	22 structures représentant 1227 places	Décision du directeur

[1] C : Classification / A : Autorisation / T : Tarification / RT : Règles Techniques

[2] AM : assurance maladie / CG : Conseil général / E : Etat / APL : allocation personnalisée logement / CAF : caisse d'allocations familiales

Établissements	Textes de référence ^[1]	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement ^[2]	Capacités	Mode d'admission dans la structure
Etablissements pour enfants handicapés relevant de l'article L.312-11°						
06 Institut Médico-Educatif (IME)	C : L.312-1-1,2° CASF A : L.313-1 et suiv. CASF T : L.314-1 et suiv. CASF RT : D.312-11 à D.312-59 et suiv.	Il assure des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents, atteints de déficience à prédominance intellectuelle, pouvant s'accompagner de troubles moteurs, sensoriels ou de comportement. Son action s'inscrit dans le cadre du Plan personnalisé de compensation (PPC) des enfants, comprenant le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)	ARS	AM : 100 %	1234 structures représentant 68 867 places	Directeur après décision CDAPH
07 Institut d'Education Motrice (IEM)	C : L.312-1-1,2° CASF A : L.313-1 suiv. CASF T : L.314-1 suiv. CASF RT : D.312-60 à D.312-82 CASF	Il assure la prise en charge des enfants et adolescents présentant une déficience motrice, conformément à leur plan personnalisé de compensation (PPC) comprenant le Projet personnalisé de Scolarisation (PPS). Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.	ARS	AM : 100 %	138 structures représentant 7 288 places	Directeur après décision CDAPH
08 Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés	C : L.312-1-1,2° CASF A : L.313-1 suiv. CASF T : L.314-1 suiv. CASF RT : D.312-83 à D.312-97 CASF	Assure le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication et le développement de l'éveil sensoriel-moteur et intellectuel des enfants et adolescents présentant un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Son action s'inscrit dans le cadre de leur plan personnalisé de compensation (PPC), comprenant le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.	ARS	AM : 100 %	204 structures représentant 5 725 places	Directeur après décision CDAPH
09 Etablissement pour enfants et adolescents déficients auditifs ou déficients visuels	C : L.312-1-1,2° CASF A : L.313-1 suiv. CASF T : L.314-1 suiv. CASF Déficients Auditifs (DA) : RT : D.312-98 à D.312-110 CASF Déficients visuels (DV) : RT : D.312-111 à D.312-122 CASF Pour les 5 instituts nationaux : décret 74-355 du 26 avril 1974	Prise en charge des enfants et adolescents, présentant, soit une déficience auditive entraînant des troubles de la communication, soit une déficience visuelle, suivi médical, apprentissages des moyens de communication pour les DA, acquisition des connaissances scolaires, formation professionnelle et intégration familiale et sociale. Action dans le cadre du PPC, comprenant le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). Cinq instituts nationaux (4 pour les DA : Bordeaux, Chambéry, Metz, Paris, 1 pour les DV : Paris) effectuent les mêmes prises en charge sur des modes de financement différents.	ARS	AM : 100 % Avec une particularité pour les 5 instituts nationaux dont le personnel enseignant est financé par le ministère en charge des personnes handicapées	127 structures représentant 7653 places	Directeur après décision CDAPH
10 Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP)	C : L.312-1-1,2° CASF A : L.313-1 suiv. CASF T : L.314-1 suiv. CASF RT : D.312-59-1 à D.312-59-18	Prise en charge d'enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, malgré des potentialités intellectuelles préservées. Il s'agit de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté.	ARS	AM : 100 %	424 structures représentant 14 963 places	Directeur après décision CDAPH
11 Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)	D.312-41 et ss. CASF et R. 421-1 à 13 pour l'agrément des familles d'accueil	Il a pour but de mettre à disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif qu'ils ne peuvent trouver dans leur propre entourage. Le CAFS ne peut être créé et géré que par un IME, un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ou un centre d'accueil médico-social (CAMSMP), et n'accueille que les enfants qui y sont suivis effectivement. Le CAFS ne constitue que l'une des modalités d'hébergement des enfants et adolescents accompagnés par l'établissement. Les familles d'accueil sont agréées par le président du Conseil Général (PCG) pour l'accueil jusqu'à 21 ans.	ARS	AM : 100 % mais avec financement du Conseil Général (CG) si l'enfant est pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE)	81 centres disposant de 1032 places	Directeur après décision CDAPH pour l'établissement de rattachement

Etablissements	Textes de référence ^[1]	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement ^[2]	Capacités	Mode d'admission dans la structure
Etablissements et services de protection judiciaire de la jeunesse relevant de l'article L312-113°						
12 Etablissements de placement du secteur public : Etablissement de Placement Educatif (EPE)	Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante Décret n°2007-1573 du 6 novembre 2007 modifié relatif aux établissements et services du secteur public de la P.J.J. Art L 312-11, 4° et suivants du CASF	Les EPE peuvent comporter plusieurs unités éducatives, (deux a minima) parmi les suivantes : - d'hébergement collectif (UEHC), elles assurent dans un cadre collectif les missions d'accueil (préparé ou non), d'éducation et de surveillance des mineurs retirés temporairement de leur milieu de vie habituel ; - d'hébergement diversifié (UEHD), elles proposent des formules individualisées de placement pour les mineurs en famille d'accueil, en résidence sociale et résidence éducative ; - d'unité éducative de centre éducatif renforcé (UECER) proposant des programmes adaptés de 3 à 6 mois autour d'un projet avec un encadrement éducatif permanent.	Préfet	Financement par des crédits Etat pour les placements au titre de l'Ordonnance du 2 février 1945	Capacité définie dans le cadre de l'autorisation de l'Ordonnance du 2 février 1945	Orientation sur décision judiciaire (ordonnance de placement provisoire ou jugement)
13 Etablissements de placement du secteur public : Etablissement de Placement Educatif et d'Insertion (EPEI)	Art L 313-10 du CASF Décret n°46-734 du 16 avril 1946 relatif aux personnes, institutions ou services recevant des mineurs délinquants	Les EPEI peuvent en outre comporter une ou plusieurs unités éducatives d'activités de jour (UEAJ), organisent un ensemble structuré d'actions ayant pour objectifs le développement personnel, l'intégration sociale et l'insertion professionnelle des mineurs.				
14 Etablissements de placement gérés par le secteur associatif : Centre Educatif Renforcé (CER)	Décret n°88-949 du 6 octobre 1988 relatif à l'habilitation des personnes physiques, établissements, services ou organismes publics ou privés auxquels l'autorité judiciaire confie habituellement des mineurs ou l'exécution de mesures les concernant	Les centres éducatifs renforcés (CER) ; Ces établissements exercent les mêmes fonctions que les UECER du secteur public.			34 CER	Orientation sur décision judiciaire (ordonnance de placement provisoire ou jugement)
15 Les établissements et services de placement gérés par le secteur associatif : Centre de Placement Immédiat (CPI)		Les centres de placement immédiat (CPI) ; Les centres de placement immédiat sont destinés à prendre en charge des garçons et filles, de 13 à 18 ans, pour lesquels un accueil immédiat - orientation est prescrit par les magistrats. L'objectif est de mener une évaluation de la situation du mineur puis de proposer les solutions éducatives les plus adaptées à plus long terme. L'orientation doit se réaliser dans un délai de 3 mois. Les entrées et sorties sont permanentes.			3 CPI	
16 Centre Educatif Fermé (CEF)		Les CEF , gérés par le secteur public ou le secteur associatif accueillent des mineurs de 13 à 18 ans délinquants, dans le cadre d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle ou d'un placement extérieur. Alternatif à l'incarcération, le placement en CEF s'accompagne d'un projet éducatif intensif. Les mineurs placés ne sont autorisés à quitter le CEF qu'accompagnés par un professionnel.			9 CEF publics et 34 associatifs	

Établissements	Textes de référence[1]	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement [2]	Capacités	Mode d'admission dans la structure
Établissements pour personnes âgées relevant de l'article L312-1 1 6°						
17 Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	C : L.312-1-1 à 6° CASF A et T : L.313-3 et L.313-12 et L.313-12-1 CASF RT : D.312-156 et suiv. R.313-1 et suiv. CASF	Ils assurent aux résidents l'hébergement, la restauration, l'entretien et les soins nécessaires.	PCG + ARS	Hébergement : Usager avec APL possible et / ou CG si aide sociale à l'hébergement Dépendance : CG Soins : AM	7333 structures représentant 863 836 places	Décision du directeur
18 Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)	C : L.312-1-1 à 6° CASF A et T : L.313-3, L.313-12 et L.313-12-1 - CASF. RT : R.313-1 et suiv. + texte allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile si EHPA de moins de 25 places L.232-5 CASF	Les établissements d'hébergement pour personnes âgées autonomes (EHPA), hormis les logements-foyers (ci-dessous) assurent aux résidents l'hébergement, la restauration, l'entretien. Les résidents font appel aux personnels médicaux et paramédicaux à titre individuel.	PCG	Usager et / ou CG (aide sociale à l'hébergement) + Allocation logement ou APL.	653 structures représentant 18 587 places	Décision du directeur
19 Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)	C : L.312-1-1 à 6° CASF et L.633-1 à L.633-5 du Code de la construction et de l'habitation RT : L.313-12-1 bis CASF + texte APA à domicile : L.232-5 CASF	Les logements – foyers (LF) relèvent du Code de la Construction et de l'habitation mais sont des EHPA au sens du CASF. Ils sont destinés au logement collectif à titre de résidence principale de personnes âgées non dépendantes, dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés et des locaux communs destinés à la vie collective. Si nécessaire, la prise en charge de la dépendance est assurée selon le mode de l'APA à domicile.	PCG	Usager et / ou CG (aide sociale à l'hébergement) + Allocation logement ou APL + AM en cas de Forfait soins courants.	2349 structures représentant 112 972 places	Décision du directeur

Etablissements	Textes de référence ^[1]	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement ^[2]	Capacités	Mode d'admission dans la structure
Etablissements pour adultes handicapés relevant de l'article L312-117°						
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) 20	C : L.312-1-1-7° CASF et R.344-1 et 2 A : L.344-1 suiv. CASF RT : D. 344-5-1 à R.344-5-16 et suiv. CASF	Elles reçoivent des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de la vie et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.	ARS	A.M. : prix de journée + usager (ou CG aide sociale à l'hébergement) ; tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale.	619 structures représentant 25 081 places	Directeur après décision CDAPH
Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) 21	C : L.312-1-1-7° CASF RT : D. 344-5-1 à R.344-5-16 et suiv. CASF	Ils reçoivent des personnes incapables à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'assurance maladie.	ARS + PCG	A.M. : forfait soins + usager (ou CG aide sociale à l'hébergement) ; tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale.	804 structures représentant 23 596 places	Directeur après décision CDAPH
Foyer 22	C : L.312-1-1-7° CASF A : L.313-1 suiv. CASF T : L.314-1 suiv. CASF	Le foyer d'hébergement non médicalisé, reçoit toute personne handicapée adulte travaillant en milieu ordinaire, en établissement et services d'aide par le travail (ESAT), entreprise adaptée ou accueillie en service d'accueil de jour (SAJ). Le foyer de vie ou occupationnel accueille des personnes adultes dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais ont une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes et participer à une animation sociale.	PCG	Usager + CG (aide sociale à l'hébergement)	2996 structures représentant 90 137 places	Directeur après décision CDAPH
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale relevant de l'article L312-118°						
Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) 23	C : L312-1-8° CASF RT : R345-1 et suiv. CASF T : L314-1 et L314-4	Le CHRS est une structure d'hébergement qui accueille des personnes ou familles connaissant de graves difficultés économiques et sociales en vue de les aider à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Il développe un projet de prise en charge individualisée et globale par le biais d'un « projet d'insertion » élaboré avec la personne accueillie.	Préfet	Crédits d'Etat	961 structures disposant de 38 569 places	Décision du directeur

Etablissements	Textes de référence[1]	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement [2]	Capacités	Mode d'admission dans la structure
Etablissement pour personnes rencontrant des difficultés spécifiques relevant de l'article L312-11 9°						
Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT) 24	C : L.312-1-9° CASF T : L314-3-3 RT : D.312-154 et D.312-155 CASF (issus du décret du 3 octobre 2002)	Les ACT fonctionnent sans interruption. Ils hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.	ARS	Forfait journalier qui n'excède pas 10% du forfait fixé en application de l'article R174-5 CSS. 95% AM	100 structures représentant 1332 places	Décision du directeur
Lit Halte Soins Santé (LHSS) 25	C : L.312-1-9° CASF T : L314-3-3 RT : D.312-176-1 à D.312-176-4 CASF (issus du décret du 17 mai 2006)	Les LHSS assurent un hébergement et une prise en charge médico-sociales aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec vie à la rue.	ARS (suite à appel à projet national)	dotation globale AM	106 structures représentant 1171 places	Décision du directeur après avis du médecin
Lit d'Accueil Médicalisés (LAM) 26 (structure expérimentale jusqu'en 2012, pérennisée à compter de 2013)	arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité	Les LAM sont des structures expérimentales qui constituent une modalité de prise en charge globale de personnes majeures sans domicile fixe, atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre, nécessitant une prise en charge médicale et sociale adaptée sans limitation de durée.	Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, la ministre de la santé et des sports et la ministre du logement et la ministre A. compter de 2013 : ARS	dotation globale AM	3 structures représentant 60 places	Décision du directeur après avis du médecin
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) 27	C : L.312-1-9° CASF T : L314-3-3 RT : D312-153 CASF D.3411-1 à D3411-9 du CSP	Ils s'adressent à des personnes qui sont dans une relation de dépendance à l'égard des drogues, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique (jeux, anorexie/boulimie...) ainsi qu'à leur entourage. Ils proposent un accueil, une information, une évaluation médicale, psychologique et sociale. Ils assurent également une prise en charge médicale et psychologique en contribuant notamment à la réduction des risques. Ils peuvent accueillir en hébergement individuel ou collectif.	ARS	dotation globale AM		Décision du directeur
Communauté thérapeutique (structure expérimentale) 28	C : L312-1-12° Circulaire DGS/MILDT/SD6B/2006/4 62 du 24/10/2006	La communauté thérapeutique est une structure d'hébergement qui s'adresse à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psycho actives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. Elle s'inscrit dans un réseau de prise en charge sanitaire et sociale. Les communautés thérapeutiques ont été mises en place en tant qu'établissement expérimental et ne pourront devenir des CSAPA que sous réserve d'une évaluation.	ARS	dotation globale AM	NR	Décision du directeur

Etablissements	Textes de référence ^[1]	Missions de l'établissement	Autorisation	Financement ^[2]	Capacités	Mode d'admission dans la structure
Foyers de jeunes travailleurs relevant de l'article L312-111°						
29 Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT)	C : L312-1-10° CASF et L365-2 à L365-4 du code de la construction et de l'habitation (CCH) RT R.365-1 du CCH	Les FJT sont des structures qui mettent à la disposition des jeunes résidents (jusqu'à 30 ans) un ensemble d'installations matérielles pour leur hébergement, ainsi que des moyens qui favorisent leur insertion dans la vie sociale. Conçu comme un dispositif de transition, il s'agit de rendre possible un parcours résidentiel en créant les conditions d'un processus d'apprentissage de la vie sociale conduisant à l'autonomie et à la citoyenneté.		Résidents + CAF	307 structures disposant de 26 519 places	Décision du directeur
Etablissements expérimentaux relevant de l'article L312-112°						
30 Etablissement expérimental	C : L312-1-12°	Toute structure d'hébergement autorisée à titre expérimental à fonctionner selon des modalités qui ne sont pas expressément prévues par les textes.	ARS et / ou CG Préfet	AM ou CG (aide sociale à l'hébergement) ou crédits d'Etat	NR	Décision du directeur
Centres d'accueil pour demandeurs d'asile relevant de l'article L312-113°						
31 Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA)	C : L312-1-13° CASF L348-1 et suivants CASF RT : R348-1 et suivants CASF	Ils assurent l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur dossier par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et la cour nationale du droit d'asile.	Préfet	Etat	270 structures représentant 21 410 places	décision du directeur après approbation du préfet du département du lieu d'implantation sur proposition d'orientation de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration(OFIGI)

ANNEXE III

LA QUALITÉ DU CADRAGE PARTENARIAL

Conformément à l'article D. 6124-311 du CSP, les deux structures HAD et ESMS signent, préalablement à toute intervention, une convention de partenariat. Elle doit être transmise à la CPAM de l'établissement d'HAD, ainsi qu'à la CPAM d'implantation de l'établissement d'hébergement, si celle-ci est différente.

Cette convention reprend chacun des éléments prévus ci-dessous.

Un modèle-type de convention peut être téléchargé sur le site du ministère de la santé, rubrique « hospitalisation à domicile » par le lien suivant :

<http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had-espace-documentaire-juridique-et-professionnel.html>.

Les cinq éléments du document conventionnel requis par l'article D. 6124-311 du code de la santé publique sont :

- les conditions de l'intervention de la structure d'hospitalisation à domicile dans l'établissement ;
- les modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins ;
- l'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient ;
- l'organisation des circuits du médicament ;
- les modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie.

Conditions d'intervention de la structure d'HAD en établissement médicalisé

On entend par « établissements médicalisés » les établissements qui bénéficient d'une autorisation à dispenser des prestations susceptibles d'être prises en charge par les organismes de sécurité sociale, accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé, seul ou conjointement avec le président du conseil général ou l'autorité compétente de l'État, conformément aux *b*, *d* et *f* de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles.

Le financement de ces établissements d'hébergement relève pour partie de crédits d'assurance maladie permettant l'intervention de personnels de soins. Il convient donc d'éviter un double financement pour une même prise en charge. De plus, l'intervention des structures d'HAD auprès de résidents de ces établissements doit être complémentaire avec celle des équipes de l'établissement, sans qu'il y ait de substitution d'équipes entre les deux structures, ni gêne ou risque dans l'organisation des soins. Les parties signent dans ce cas une convention de partenariat plus élaborée que celle prévue avec les établissements d'hébergement non médicalisés.

Dans ce cas, l'intervention d'une structure d'HAD en établissement médico-social a un impact sur les tarifs facturés par l'HAD. En effet, une minoration est apportée aux tarifs d'intervention de la structure d'HAD sur la base d'un taux unique fixé par l'arrêté tarifaire annuel (arrêté fixant pour l'année les ressources d'assurance maladie des établissements de santé). Ainsi, pour l'année 2012, l'arrêté du 1^{er} mars 2012 fixe le taux de minoration à 13 %. Il est donc obligatoire que la convention de partenariat précitée précise l'existence ou non de cette autorisation pour l'établissement d'hébergement, en intégrant en pièce annexe une copie de cette autorisation. L'ARS est destinataire de la convention, ainsi que l'autorité ayant autorisé la structure d'hébergement (1). L'intervention d'une structure d'HAD dans un établissement médicalisé tient compte des règles communes à tout établissement d'hospitalisation (prescription, admission...) et de règles spécifiques précisées par les textes régissant ce partenariat (domaines d'intervention, accord de prise en charge...).

La prescription : au moment de la prescription, le médecin traitant du patient/résident et/ou le médecin de l'établissement d'hébergement explicite dans le dossier du patient les raisons de la demande de recours à l'HAD.

Les critères d'intervention : les motifs d'admission sont validés sur la base des modes de prise en charge autorisés en HAD. Seules les interventions de l'HAD en EHPAD font l'objet de restriction de ces modes de prise en charge. La pertinence de ces restrictions fera partie des éléments d'évaluation du dispositif.

Afin de justifier le recours à une structure d'HAD, le médecin traitant et/ou le médecin de l'établissement d'hébergement complète, dans le dossier de soins du patient constitué par l'établissement, la justification du recours à l'HAD.

Le protocole d'accord nominatif : la décision d'admission en HAD d'un patient hébergé en établissement médicalisé fait l'objet d'une concertation entre les directions des structures, ainsi qu'entre les médecins traitants et/ou le médecin de l'établissement d'hébergement. L'accord nominatif d'intervention est, dans ce cas, complété de la signature des médecins concernés.

(1) Lorsque cette autorité n'est pas l'ARS.

L'extension du champ d'intervention de l'HAD crée pour la population concernée un droit d'accès à cette modalité particulière d'activité de soins qui, lorsqu'elle est possible, est un facteur de préservation de la qualité de vie et de la capacité d'autonomie des personnes. L'engagement des directions des établissements impliqués pour faciliter cette accessibilité est donc crucial.

Des expériences d'HAD en établissements pour personnes âgées ont émergé certaines difficultés de mise en œuvre d'un tel partenariat : méconnaissance réciproque des partenaires de la prise en charge, craintes de disqualification de la part de certains professionnels, incompréhension des contraintes respectives, mauvaise qualité de la communication (coordination, transmissions...) ou malentendus sur la répartition des tâches et des responsabilités sont les écueils le plus fréquemment évoqués.

La prise en charge, en hospitalisation au sein de sa structure d'accueil, d'une personne hébergée exige en effet une préparation minutieuse. La rencontre entre les établissements, l'explicitation réciproque du contexte d'intervention de chacun des partenaires, la revue précise des conditions de fonctionnement en commun pour aboutir à la conclusion d'une convention-cadre, sont des conditions essentielles de la réussite d'un tel projet. Il est donc impératif d'assurer ce cadrage préalablement à toute décision d'admission, et extrêmement déconseillé d'agir sans préparation dans un contexte de sollicitation urgente.

La précision du contenu de la convention entre établissements facilitera ensuite l'élaboration du protocole personnalisé de soins pour chaque résident/patient concerné.

Les éléments thématiques qui suivent ont pour objectif d'aider à l'identification des sujets devant impérativement être évoqués.

I. – LA CONVENTION-CADRE DE PARTENARIAT

La mise en lien des structures concernées et les préalables

La convention est signée entre personnes morales gestionnaires des structures d'HAD et d'hébergement concernées.

Les conditions préalables à la mise en œuvre effective du partenariat sont prévues afin de favoriser et d'assurer sa réussite. La collaboration se fera sur la base du respect de l'organisation de chaque structure.

La convention prévoit, pour faciliter la collaboration, préalablement à la mise en œuvre du partenariat, l'échange d'informations entre structures par la transmission de tout document jugé nécessaire, voire la mise en œuvre d'actions d'acculturation réciproque.

Le projet conjoint de prise en charge implique pour les établissements d'HAD de prendre en considération la typologie de la structure sociale ou médico-sociale, la population accueillie et le projet de la structure d'hébergement. De la même manière, l'explicitation, par l'établissement d'HAD, des conditions de son intervention (organisation interne et mode de prise en charge en particulier) est une étape nécessaire pour un dialogue constructif.

Une description précise des conditions de médicalisation, le cas échéant, de la structure d'hébergement est impérative pour expliciter les ressources en personnels de soins salariés intervenant dans l'établissement, les réponses apportées aux situations d'urgence et l'organisation de la continuité de la surveillance et/ou des soins.

La convention précise les éléments d'information nécessaires à chacun des partenaires pour évaluer la faisabilité de la demande, et notamment la procédure de préadmission en HAD, qui porte en particulier sur l'évaluation des besoins et l'adéquation de la prise en charge, et recueille l'accord de l'intéressé.

Lorsque la demande de prise en charge fait suite à une hospitalisation, l'évaluation tient compte de l'avis et des recommandations de l'équipe hospitalière.

Au regard de ces éléments et en concertation avec l'équipe de la structure partenaire, la décision d'intervenir ou non est prise par l'HAD.

Les conditions particulières attachées à chaque situation de patient/résident concerné font l'objet d'un protocole nominatif d'intervention (cf. modèle de convention disponible sur le site du ministère). La convention prévoit les modalités d'information et de recueil de l'accord des résidents (ou de leur représentant légal) sur l'existence et la mise en œuvre du partenariat, et les droits de l'utilisateur dans ce cadre.

L'organisation des soins

Le médecin traitant du résident/patient ou le médecin de l'établissement d'hébergement est, pendant l'HAD, le référent principal de sa prise en charge.

La mise en place d'un dossier de transmission des informations est un facteur essentiel de qualité de la coopération autour de la personne. Ce dossier comprend ou non une composante de soins, en fonction de la nature de l'établissement d'hébergement. Au sein des établissements d'hébergement, la conservation sécurisée du dossier médical du patient doit conjuguer la nécessaire confidentialité des données et leur accessibilité 24 heures sur 24.

La tenue d'un dossier médical et sa conservation font partie des obligations de l'établissement d'HAD en tant qu'établissement de santé. En fin de prise en charge, les documents disponibles dans le lieu de vie de la personne sont intégrés dans le dossier conservé par l'établissement d'HAD.

L'HAD met à la disposition de la structure d'hébergement les moyens et informations nécessaires permettant de la contacter 24 heures sur 24, pour assurer la continuité des soins et orienter, le cas échéant, vers la permanence des soins. Une infirmière de l'HAD est toujours joignable en dehors des heures ouvrables. La structure d'accueil transmet les mêmes informations à l'HAD.

Le protocole personnalisé de soins est évalué et ajusté de manière régulière afin de tenir compte de l'évolution des besoins du patient.

L'organisation de la prise en charge commune

La cohérence de la prise en charge conjointe nécessite la désignation systématique d'un professionnel référent par chacun des partenaires et pour chaque résident/patient concerné.

L'HAD prenant en charge les conséquences de la survenue d'une dégradation de l'état de santé de la personne, ses conditions d'intervention doivent être pensées en articulation étroite avec le dispositif d'accompagnement, voire de soins, préexistant à l'admission. Si la situation de la personne le requiert, une adaptation du projet personnalisé peut entériner l'ajustement de l'accompagnement dont il bénéficie en temps ordinaire.

Chaque professionnel est responsable des interventions qu'il diligente, au regard des bonnes pratiques et des protocoles de soins définis, et chaque structure s'assure de l'existence des assurances en responsabilité civile couvrant les actes des professionnels impliqués, qu'ils soient salariés ou libéraux.

Des réunions de coordination sont organisées autant que nécessaire entre les équipes partenaires de la prise en charge.

Les modalités d'intervention sont définies conjointement. Pour toute intervention de l'HAD auprès d'un patient, un professionnel référent de la structure d'hébergement est présent dès la première rencontre.

L'intervention consiste en la mise en œuvre du protocole personnalisé de soins défini après concertation lors de l'admission. La coordination de l'intervention doit être organisée par les référents des deux équipes.

Les partenaires définissent conjointement les informations devant être communiquées et détenues par chaque structure ainsi que la gestion et la tenue du dossier du patient, dans le respect de la réglementation sur la confidentialité.

L'organisation logistique

Il est précisé que la mise à disposition, pendant l'HAD, des matériels techniques et consommables nécessaires à son intervention relève exclusivement de la responsabilité et de la gestion de l'établissement d'HAD. En cas d'utilisation conjointe d'équipement(s), le partage des informations est essentiel.

La convention doit comprendre les dispositions retenues pour la gestion du circuit des médicaments et dispositifs médicaux, prenant en considération les obligations fixées aux établissements d'HAD en tant qu'établissements de santé, et les modalités diversifiées qu'ils peuvent mettre en œuvre sur ce sujet dans le cadre de leurs prises en charge (mobilisation d'une pharmacie à usage intérieur, recours aux officines de ville, solutions mixtes). Il en va de même pour la gestion des déchets d'activité de soins, notamment à risque infectieux.

La préparation de la sortie

La sortie de l'HAD est un moment auquel il convient de se préparer dès l'admission, dans le même esprit partenarial et le souci de prévoir, si besoin, la nature du relais qui sera nécessaire après le départ de l'HAD.

L'évaluation

La convention devra prévoir les conditions d'évaluation des actions menées dans le cadre du partenariat, autant sur le plan de la pertinence des dispositions prévues que des conditions de réalisation des différentes prises en charge individuelles.

Cette évaluation porte en particulier sur :

- l'évolution du recours à l'hospitalisation complète en établissements de soins de courte durée ou de soins de suite et de réadaptation et motifs ;
- évolution du recours aux services d'urgence et motifs ;
- nombre de séjours et de journées d'HAD et nombre de résidents bénéficiaires ;
- qualité de la coordination générale entre les intervenants des partenaires, et notamment les actions communes diligentées pour la qualité du partenariat ;
- qualité de la coordination des soins entre les partenaires (quand la structure d'hébergement est médicalisée) ;
- nombre de demandes d'HAD non satisfaites et motifs ;
- nombre d'HAD interrompues et motifs ;
- satisfaction des usagers, entourages et professionnels.

Les résultats de cette évaluation seront adressés annuellement à l'ARS par l'établissement d'HAD, ainsi que, le cas échéant, à la caisse qui assure le versement de la dotation soins de la structure d'hébergement.

Date d'entrée en vigueur de la convention – durée du partenariat – résiliation du partenariat

La convention prévoit la date d'entrée en vigueur ainsi que la durée, les causes éventuelles et les conditions de résiliation.

Litiges

La convention prévoit les voies de recours en cas de litige.

Outre cette convention-cadre entre l'HAD et la structure d'hébergement, il sera nécessaire de définir le protocole personnalisé de soins pour chaque personne concernée.

II. – LE PROTOCOLE PERSONNALISÉ DE SOINS

Chaque situation individuelle proposée en HAD doit faire l'objet d'une visite préalable systématique pour recueillir les éléments d'évaluation indispensables à l'établissement d'HAD, qui se dote, le plus souvent, d'une fiche de renseignements type.

À cette occasion, comme pour toute hospitalisation, le consentement du patient doit être recueilli et tracé dans son dossier, et les représentants légaux ainsi que, le cas échéant, la personne de confiance identifiés. L'existence de directives anticipées éventuelles doit être portée à la connaissance de l'équipe d'HAD.

À chaque admission, une fiche de situation individuelle mentionne clairement la répartition des tâches entre les équipes d'HAD et de la structure d'hébergement.

Le protocole personnalisé de soins est élaboré par l'HAD en concertation avec le médecin traitant et/ou celui de la structure d'accueil. Le protocole personnalisé de soins vise à définir conjointement l'objectif d'intervention ainsi que l'ensemble des moyens respectifs à mettre en œuvre. Il est formalisé conjointement entre les professionnels référents de chaque structure.

Les éléments d'information utiles à chacun des partenaires, pour la prise en compte des besoins en soins et en accompagnement de la personne, sont communiqués et consignés dans le dossier de la personne (au sein de la structure), ainsi que toute modification intervenant par la suite. Le planning d'intervention est consultable par les professionnels des deux équipes.

Il est rappelé toutefois que ces dispositions doivent respecter l'esprit de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, qui dispose notamment que : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

Une vigilance particulière doit être apportée au partage des informations sur la conduite à tenir en situation de besoins de soins non programmés, de crise ou d'urgence. Une procédure de prise en charge des urgences vitales est définie par l'établissement d'HAD en articulation avec la procédure d'urgence de l'établissement d'hébergement. Elle est remise et expliquée au patient, à son entourage et à l'équipe de l'établissement d'accueil.

La convention pourra prévoir en annexe un modèle de protocole personnalisé de soins.

III. – INSTRUCTIONS NÉCESSAIRES À LA SAISIE DES INFORMATIONS DANS LE PMSI DE L'HAD

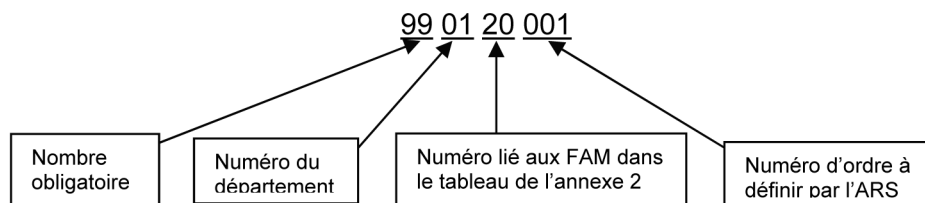
Afin de permettre la valorisation des séjours des patients hébergés dans un établissement avec lequel l'établissement HAD a signé une convention d'intervention validée par l'ARS, il faut permettre le lien entre l'identification de l'établissement d'hébergement dans le fichier des conventions (1) et les RPSS (2) correspondant aux prises en charge de ces patients. Cette identification de l'établissement doit être un numéro FINESS géographique présent dans la base FINESS. Dans le cas où l'établissement ne serait pas dans la base FINESS, et si son inscription exigeait un délai trop important, il est demandé à l'ARS de lui affecter un numéro provisoire qui sera saisi dans le fichier des conventions.

L'attribution de ce numéro provisoire incombe, quelle que soit la catégorie de l'établissement d'hébergement, à l'ARS. Il doit obligatoirement être constitué de neuf chiffres conformément au schéma suivant : 99, suivi des deux chiffres du numéro du département, suivis des deux chiffres correspondant à la catégorie de l'établissement figurant dans la première colonne du tableau de l'annexe II, suivis de trois chiffres d'ordre à la convenance des ARS.

(1) Demandé par le logiciel PAPRICA, qui réalise l'anonymisation et le chaînage des séquences.

(2) Résumés par sous-séquence. La sous-séquence autorise un découpage temporel permettant un rythme de facturation compatible avec le fonctionnement de l'établissement d'HAD.

Exemple de numérotation pour un foyer d'accueil médicalisé dans l'Ain :



La convention passée entre établissement d'HAD et établissement d'hébergement, que ce dernier soit médicalisé ou non, indique obligatoirement le numéro FINESS, ou le numéro provisoire délivré par l'ARS, de l'établissement d'hébergement comme de la structure d'HAD.

Les instructions sur le dispositif de recueil des informations dans le PMSI HAD, pour la période du 6 septembre 2012 au 28 février 2013, puis à compter du 1^{er} mars 2013, sont disponibles sur le site de l'ATIH dans l'annexe 2 de la notice technique n° CIM-MF-11-1-2013 du 7 janvier 2013 en suivant le lien ci-dessous :

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000100015FF>

ANNEXE I V

ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Le pilotage de l'évaluation sera assuré par un comité mis en place par la DGOS et la DGCS en lien avec les fédérations représentatives, les ARS, l'ATIH, la CNAMTS et la CNSA. Il sera chargé, en tant que de besoin, de préciser les conditions de l'évaluation, de veiller au bon déroulement de l'évaluation, ainsi qu'à son adaptation en fonction des remontées du territoire. Il formulera, le cas échéant, des recommandations pour améliorer la qualité du dispositif.

L'évaluation sera pour partie menée au plan national, et fera appel, d'autre part, à des travaux menés au sein de quelques régions.

1. Suivi au plan national du déploiement des prises en charge en HAD dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux

a) Évaluer la couverture du territoire par l'offre d'HAD

Le développement des autorisations d'implantation des établissements d'hospitalisation à domicile a eu pour ambition, ces dernières années, d'assurer la couverture intégrale du territoire national. Les autorités ont pris soin aussi bien de doter les zones non desservies que de limiter les situations de mise en concurrence sur un même territoire.

L'analyse des recours effectifs à l'HAD montre que le taux de couverture territorial varie néanmoins encore sensiblement d'une zone à une autre.

Les autorisations en HAD définissent le territoire d'intervention, ce qui implique pour chaque établissement un rôle d'animation territoriale pour le développement de l'HAD en ESMS, en lien avec le pilotage du dispositif par l'ARS.

L'évaluation prendra en considération :

- la nature et la densité de l'offre d'HAD par habitant ;
- l'effectivité du partenariat entre HAD et établissements d'hébergement, suivant les territoires d'intervention.

b) Décrire le parcours de soins

L'évaluation prendra en considération :

- la nature des prises en charge mises en œuvre ;
- les articulations entre les prises en charge en HAD et l'hospitalisation conventionnelle, le secteur libéral ou médico-social (SSIAD notamment).

Pour l'évaluation projetée dans ce chapitre, il sera prioritairement fait appel aux données figurant dans les bases de données disponibles, et en particulier : PMSI HAD, SAE...

2. Évaluation qualitative du dispositif

L'évaluation de la pertinence du dispositif, des facteurs de réussite et des freins éventuels sera organisée à partir de groupes de travail régionaux, constitués par quelques ARS pour cette démarche. Les modalités d'intégration des ARS concernées dans l'évaluation seront débattues au sein du comité de pilotage. Composés d'établissements partenaires dans les prises en charge d'HAD en ESMS, ces groupes s'attacheront notamment au recensement et à l'analyse :

- de la nature des actions communes diligentées par et pour les partenaires (formations, analyse de pratiques...) ;
- de la satisfaction des usagers, de leur entourage, des professionnels ;
- de la durée des séjours en HAD ;
- des refus de prise en charge par l'HAD et de leurs motifs ;
- des situations jugées *a posteriori* non adaptées à une intervention HAD ;
- de la pertinence des restrictions d'accès à l'HAD pour les EHPAD ;
- des situations de recours aux services d'urgence et les motifs ;
- du contenu des conventions de partenariat ;
- des questions sans réponse apportée par les instructions ;
- des facteurs facilitant la coopération et/ou les obstacles rencontrés.

Dans ce cadre, seront observées les éventuelles incidences de l'intervention de l'HAD au sein des établissements d'hébergement, afin de prévenir un double écueil :

- voir l'HAD requise pour pallier certains défauts de médicalisation des structures d'accueil, au risque de la faire intervenir en deçà de ses capacités ou d'amener des établissements d'hébergement à accueillir des résidents qu'ils n'ont pas les moyens de prendre en charge au long cours ;

- voir l'équipe de la structure d'accueil mobilisée excessivement par l'intervention de l'HAD, au risque de compromettre la mise en œuvre de ses missions habituelles auprès des autres résidents.

Ces travaux feront l'objet de restitutions au comité d'évaluation pour alimenter sa réflexion sur d'éventuelles adaptations du dispositif.

3. Évaluer les facteurs de modulation tarifaire

Une attention particulière sera apportée aux modalités partagées des interventions en établissement d'hébergement médico-social afin d'en évaluer les facteurs de modulation des tarifs.

La première étape de cette évaluation s'attachera donc à qualifier de façon pertinente les contributions que peuvent apporter les équipes médicalisées des structures d'hébergement à la prise en charge en HAD. Ces contributions pourront ensuite être mises en regard des éventuelles gradations de la médicalisation des établissements d'hébergement.