



Journée régionale HAD 28 novembre 2016



Déroulé de l'après-midi

- **13h** : Ouverture par Nicolas Portolan (ARS) et Nicolas Noiriel (FNEHAD)
- **13h30** : L'HAD en Nouvelle-Aquitaine : état des lieux et perspectives
- **15h** : Table ronde « Le bon usage du médicament en HAD »
- **16h** : Table ronde « Développement de la chimiothérapie en HAD »
- **17h** : Clôture

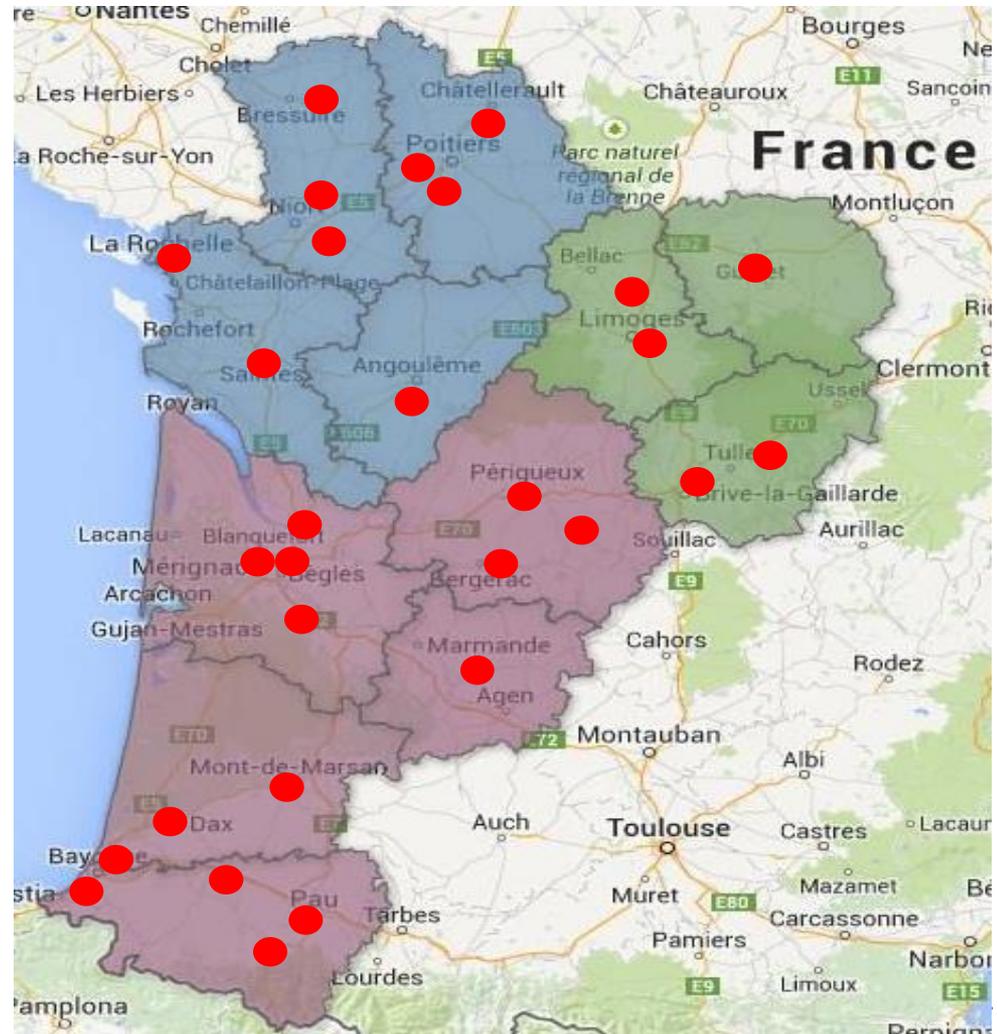


Etat des lieux de l'offre et de l'activité



29 établissements d'HAD en Nouvelle Aquitaine

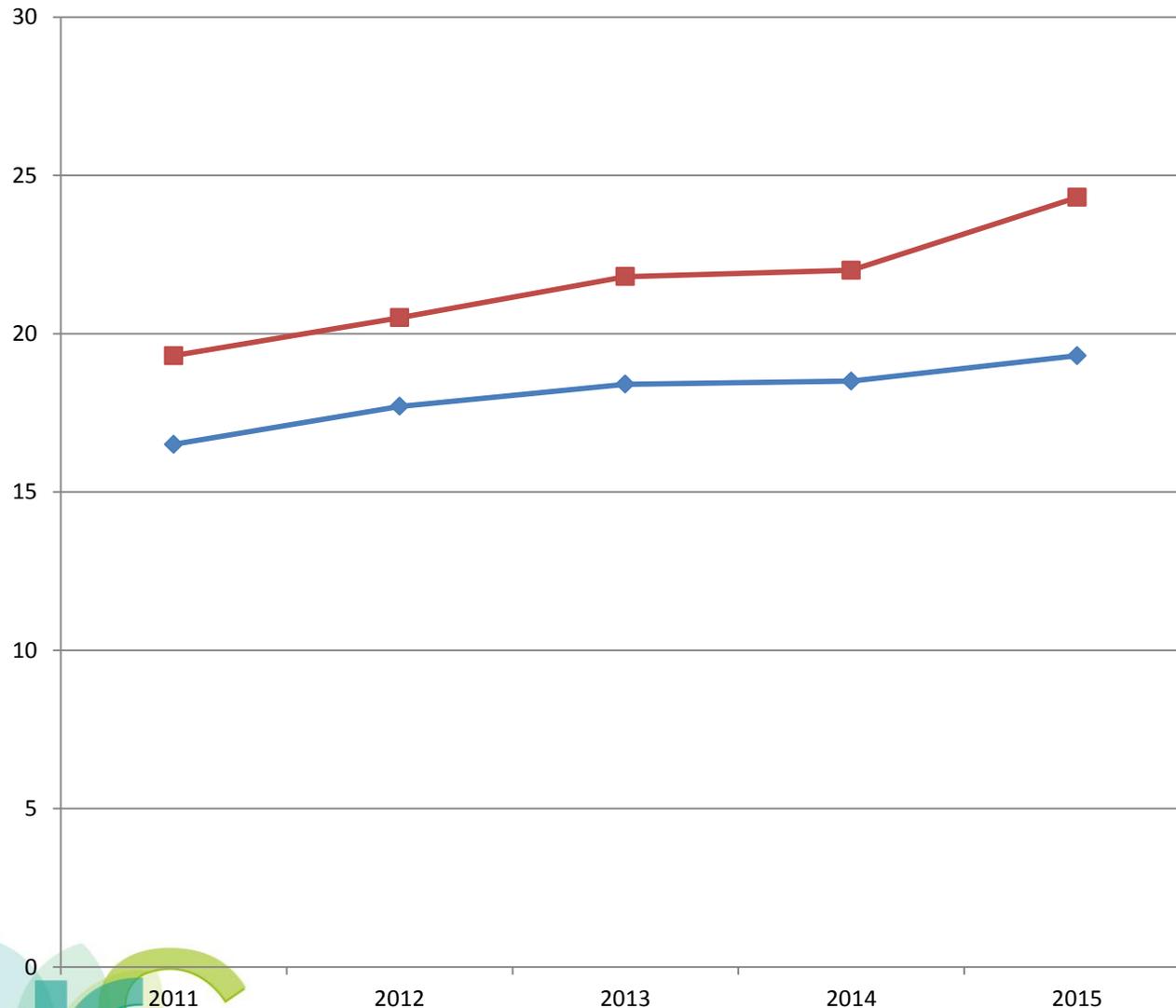
- 15 établissements en ex-Aquitaine
- 9 établissements en ex-Poitou-Charentes
- 5 établissements en ex-Limousin



Les 29 établissements d'HAD de la grande région

Région	Département	Commune	Nom de l'établissement
Aquitaine	Dordogne	Périgueux	CH PERIGUEUX
		Bergerac	HAD DE LA CLINIQUE PASTEUR
		Sarlat	CH JEAN LECLAIRE
	Gironde	Libourne	HAD VIGNES ET RIVIERES
		Langon	CHISUD GIRONDE
		Le Bouscat	HOPITAL SUBURBAIN BOUSCAT
		Bordeaux	MSP.BORDEAUX BAGATELLE
	Landes	Dax	HAD SANTE SERVICE DAX
		Bretagne de Marsan	HAD MARSAN ADOUR
	Lot-et-Garonne	Boe	HAD 47
	Pyrénées-Atlantiques	Bayonne	SANTE SERVICE BAYONNE
		Oloron Sainte Marie	HAD HAUT BEARN ET SOULE
		Bayonne	CH COTE BASQUE
		Orthez	CH ORTHEZ
Limousin	Corrèze	Tulle	CH TULLE
		Brive-la-Gaillarde	HAD RELAIS SANTE
	Creuse	Noth	HAD 23 CRRF ANDRE LALANDE
	Haute-Vienne	Limoges	CHU LIMOGES
		Limoges	HAD SANTE SERVICE LIMOUSIN
Poitou-Charentes	Charente	Soyaux	HAD MUTUALITE 16
	Charente-Maritime	La Rochelle	CH LA ROCHELLE-RE-AUNIS
		Saintes	CH SAINTONGE
	Deux-Sèvres	Niort	CH NIORT
		Saint Maixent	CH GH&MS HAUT VAL DE SEVRE ET MELLOIS
		Parthenay	HAD 79
	Vienne	Poitiers	HAD Clinique saint Charles
		Chatellerault	CH CHATELLERAULT
		Poitiers	CHU POITIERS

Evolution de l'activité 2011-2015

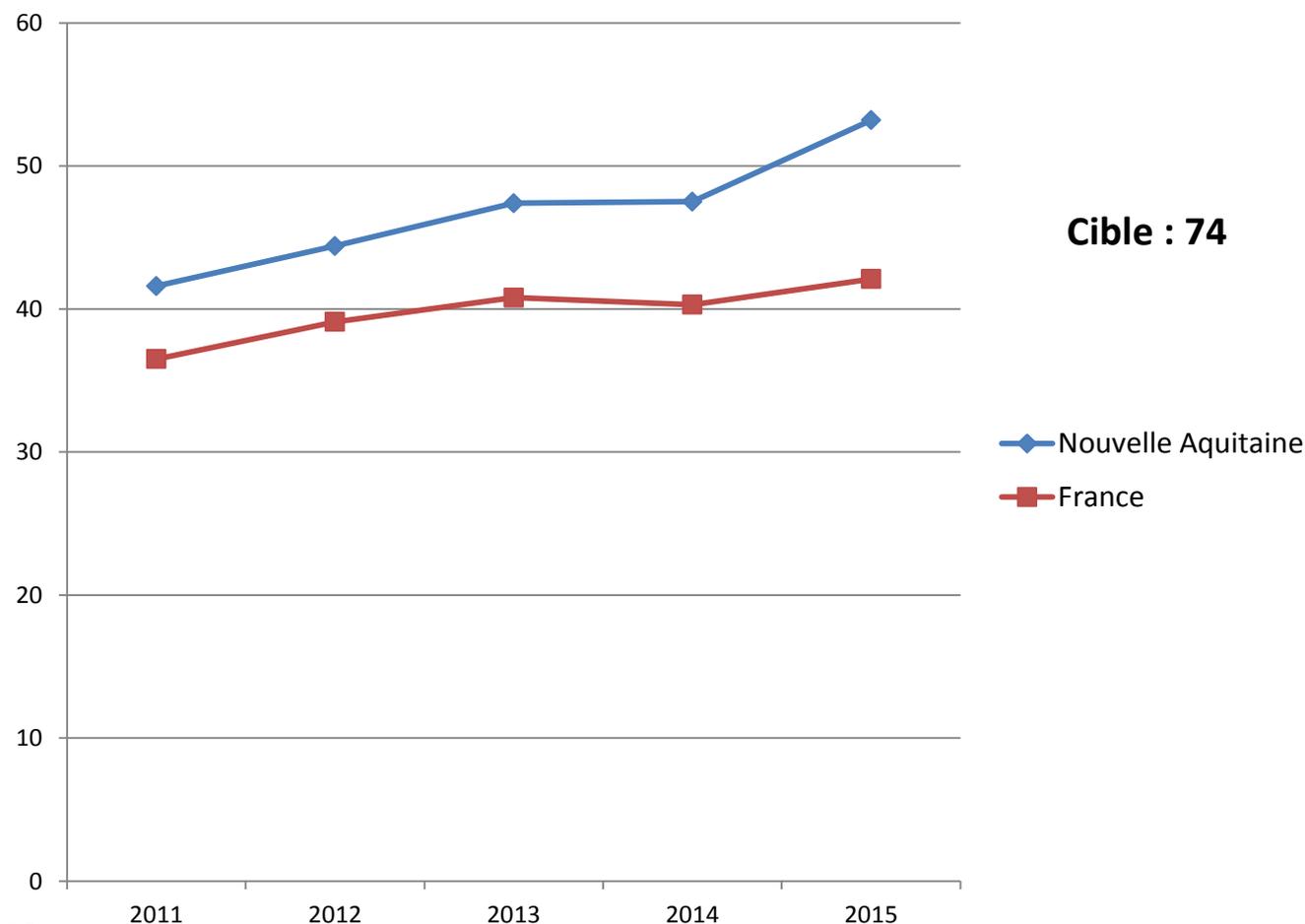


Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants [val. cible = 30]

◆ France entière

■ Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes

Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète



Une activité en augmentation...

Régions	Nombre de journées			Evol journées		Part de journées en ESMS		
	2013	2014	2015	Evol 13/14	Evol 14/15	2013	2014	2015
Aquitaine	282 021	288 470	326 575	2,3%	13,2%	4,2%	6,3%	6,2%
Poitou Charente	106 750	110 493	122 647	3,5%	11,0%	4,5%	5,2%	5,2%
Limousin	69 872	66 743	70 200	-4,5%	5,2%	2,7%	2,6%	2,6%
	458 643	465 706	519 422	1,5%	11,5%	4,0%	5,5%	5,5%

ARS ALPC - DPSP etudes et stats - Mai 2016

Régions	Poppulation 2013	Nb journées 2015	Nb patients / j / 100 000 habitants
Aquitaine	3 316 889	326 575	27,0
Poitou Charente	1 789 779	122 647	18,8
Limousin	737 509	70 200	26,1
	5 844 177	519 422	24,4

ARS ALPC - DPSP etudes et stats - Mai 2016



... mais des inégalités territoriales

Département	Population Insee 2013	Nombre de journées réalisées en 2015	Nb patients/j /100 000 hab
Charente	353 482	28 663	22
Charente-Maritime	633 417	35 265	15
Corrèze	240 781	19 747	22
Creuse	120 872	8 875	20
Dordogne	416 909	21 499	14
Gironde	1 505 517	126 484	23
Landes	397 226	75 904	52
Lot et Garonne	333 180	25 906	21
Pyrénées Atlantiques	664 057	74 377	31
Deux Sèvres	371 632	25 627	19
Vienne	431 248	30 738	20
Haute Vienne	375 856	41 578	30



Plan d'action régional



Cadre réglementaire

- **Texte de référence :**

Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD

- **Un principe directeur :**

Substituer l'HAD aux séjours d'hospitalisation complète MCO/SSR

⇒ *à condition que le total des journées d'hospitalisation en MCO+SSR+HAD reste constant*

⇒ **Cible** : passer de 0,6% des séjours MCO+SSR à 1,2%

- **4 objectifs fixés aux ARS :**

1. Conforter la structure de l'offre
2. Améliorer l'accessibilité à l'HAD
3. Renforcer la pertinence du recours à l'HAD
4. Affermir les compétences



Plan d'actions régional (1)

1. Optimiser le territoire d'intervention des HAD.

Objectif : se rapprocher d'un taux régional plancher de recours à l'HAD de 30-35 patients /jour/100 000 habitants

1.1. Assurer l'exclusivité territoriale de chaque HAD par redistribution des territoires d'intervention ou regroupements d'établissements

Objectifs : une responsabilité accrue, une réduction des déplacements, une meilleure identification par les prescripteurs, une organisation facilitée de la permanence des soins

1.2. Apprécier la structure adéquate de l'offre en considération :

- De la taille de la population desservie . Attention aux territoires à trop faible population, qui ne permettraient pas aux HAD d'avoir une activité suffisante => viabilité
- Des caractéristiques des territoires d'intervention : distances, reliefs...

⇒ **Pour atteindre l'objectif de 30-35 patients /jour/100 000 hab. et assurer la viabilité de la structure, on considère que chaque HAD doit couvrir un territoire exclusif d'au moins 100 000 hab.**



Potentiel de journées par département pour atteindre la cible

Département	Nombre de journées réalisées en 2015	Nombre de journées si 30 patients/j/100 000	Potentiel restant si 30 patients/J	% d'augmentation d'activité	Population Insee 2013
Charente	28 663	38 706	10 043	35 %	353 482
Charente-Maritime	35 265	69 359	34 094	97 %	633 417
Corrèze	19 747	26 365	6 618	33 %	240 781
Creuse	8 875	13 235	4 360	49 %	120 872
Dordogne	21 499	26 365	4 866	23 %	416 909
Gironde	126 484	164 854	38 370	30 %	1 505 517
Landes	75 904	43 496	-32 408	Cible départementale atteinte	397 226
Lot et Garonne	25 906	36 483	10 577	41 %	333 180
Pyrénées Atlantiques	74 377	72 714	-1 663	Cible départementale atteinte	664 057
Deux Sèvres	25 627	40 693	15 066	59 %	371 632
Vienne	30 738	47 221	16 483	54 %	431 248
Haute Vienne	41 578	41 156	-422	Cible départementale atteinte	375 856
Total Nouvelle Aquitaine	514 663	620 647	105 984	20,59 %	5 844 177

Plan d'actions régional (2)

2. Améliorer l'accessibilité à l'HAD

2.1. Inciter au développement des prescriptions d'HAD

- Analyser la part d'activité hospitalière (MCO et SSR) qui pourrait être confiée à l'HAD pour insérer des objectifs de prescription dans les CPOM des établissements
- Développer la prescription d'HAD par les différents acteurs concernés : médecins traitants, hospitaliers, en ESMS...

2.2. Homogénéiser et étendre les modes de prise en charge en HAD

- Développer la polyvalence de l'HAD sur l'ensemble des territoires. => *plus d'HAD spécialisée dans un seul type de prise en charge.*
- Développer des prises en charge spécialisées exigeantes (suites d'AVC, chimiothérapies, soins palliatifs, pédiatrie)

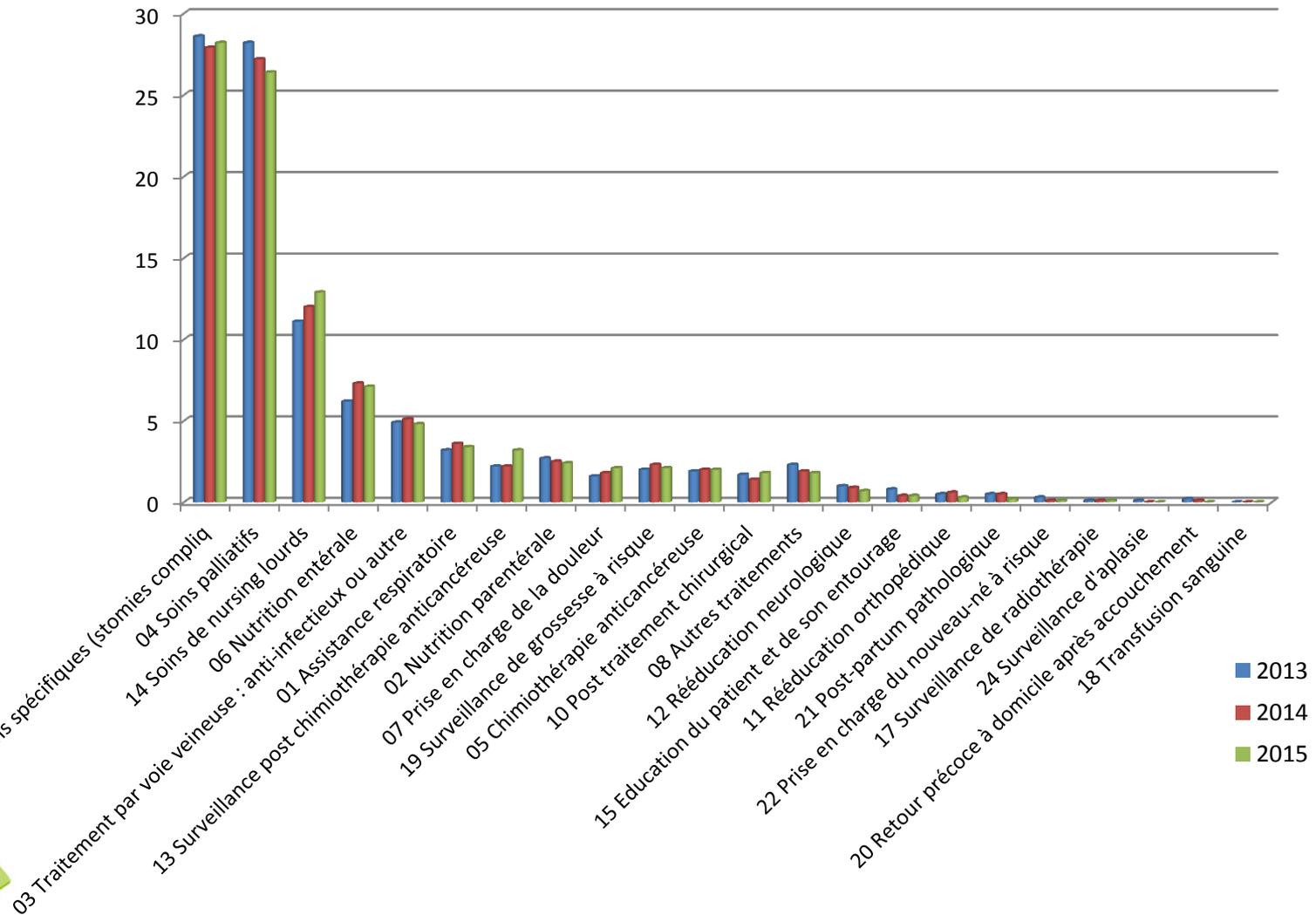
2.3. Diversifier les populations accueillies en HAD

- Inciter au développement de l'HAD en ESMS (EHPAD, MAS...)

=> La prescription d'HAD doit se faire en adéquation avec les indications d'HAD (vs SSIAD et libéraux)



Répartition des journées d'HAD selon les modes de prise en charge (en %) en NA



Plan d'actions régional (3)

3. Affermir la place de l'HAD comme établissement de santé

L'HAD est un établissement de santé qui doit satisfaire à toutes les obligations liées, dont la continuité des soins.

3.1. Améliorer les compétences de l'HAD dans tous les domaines de son fonctionnement : encadrement des soins, gestion des risques, circuit du médicament, information médicale produite...

3.2. Renforcer la continuité des soins

- Assurer une capacité interventionnelle soignante 24h/24 et 7j/7
- Organiser le recours à un avis médical formalisé à tout moment >> **Les HAD doivent disposer d'une astreinte médicale H24 et 7j/7 par un médecin de la structure ou avoir formalisé un recours à un avis médical H24 et 7j/7**



Suivi du plan d'actions

Un Comité de pilotage restreint :

ARS/FNEHAD/Assurance maladie/Omédit

⇒ *Tous les trimestres*

Un Comité de pilotage élargi :

ARS/FNEHAD/Assurance maladie/Omédit/Fédérations
d'établissements/URPS/usagers

⇒ *Deux fois par an*



Organisation de l'ARS sur l'HAD

- **Interlocuteurs de proximité des HAD** : les Délégations départementales de l'ARS
- **Pilotage régional**:
 - Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
 - Référents : un binôme médico-administratif :
 - Dr Christine CHAIGNON (conseiller médical)
 - Stéphanie LAMPERT (chargée de mission)





Questions d'actualité



Dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD

Instruction du 6 juin 2016

- **Mise en place d'un dispositif de sortie précoce de MCO vers HAD pour trois spécialités chirurgicales : orthopédique, digestive et gynécologique**
- **Création d'un nouveau mode de prise en charge n°29 « sortie précoce de chirurgie »**
- **Démarche à élaborer dans le cadre d'une concertation entre les établissements MCO/HAD. Doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière => pas de demande préalable d'autorisation ou d'agrément auprès de l'ARS.**
- **En parallèle, organisation d'un appel à candidatures de la DGOS pour solliciter la participation des établissements à l'évaluation nationale de ce dispositif.**
=> 9 dossiers déposés en région Nouvelle-Aquitaine. Instruction en cours par la DGOS.



Focus sur les CPOM

**« Des objectifs de prescription d'admissions en HAD devront être inclus dans la contractualisation avec les établissements hospitaliers »
(Circulaire de 2013)**

Des objectifs seront inscrits dans les CPOM des établissements en 2017 :

>> Pour les HAD :

- Objectif de 30 à 35 patients/jour/100 000 hab.

>> Pour tous les établissements MCO et SSR :

- Objectif de sortie par l'HAD en % et en valeur absolue (en fonction du contexte de l'établissement)

=> Nécessité de réaliser un état des lieux préalable des sorties en HAD par établissement et d'identifier le potentiel de développement

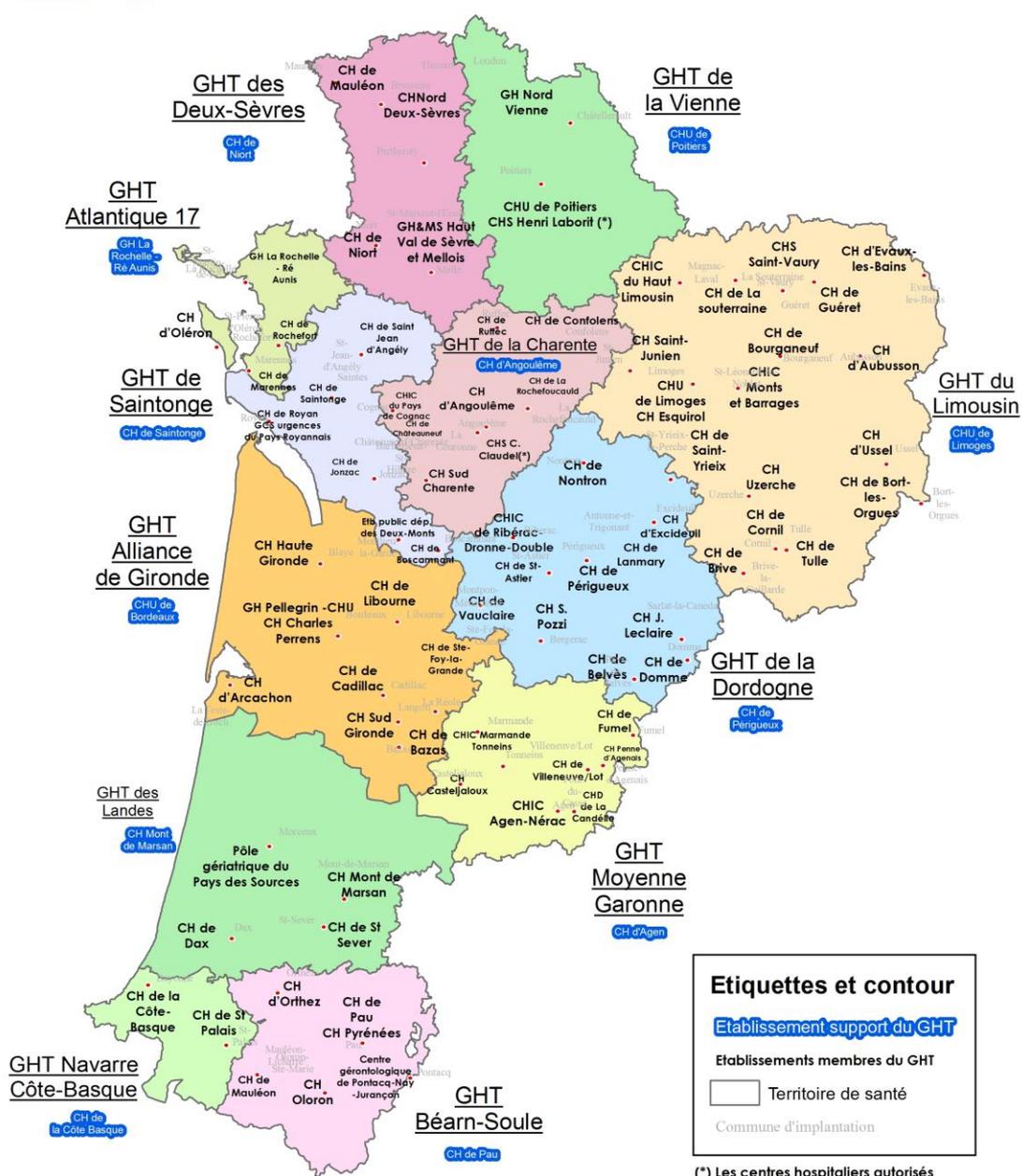


GHT

12 groupements hospitaliers de territoire (GHT) en Nouvelle Aquitaine

Art. 107 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

« Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires »



Procédure de renouvellements des autorisations d'HAD

1 / Dépôt du dossier de demande de renouvellement

- auprès de la Délégation départementale de l'ARS pour les CH et HAD privés
- auprès de la Direction de l'offre de soins et de l'autonomie pour les CHU

Quand ? Au plus tard 14 mois avant la date d'échéance de l'autorisation

⇒ A terme, mise en place d'un **sharepoint** où les dossiers seront déposés en version dématérialisée

2/ Si le dossier est complet et l'évaluation favorable : information par l'ARS, par simple courriel, du renouvellement de l'autorisation et de la nouvelle date d'échéance

Quand ? Entre la date de dépôt du dossier et la date d'échéance de l'autorisation

3 / Si le dossier est incomplet ou si l'ARS donne un avis défavorable au renouvellement de l'autorisation : injonction à l'établissement de transmettre un dossier complet qui sera présenté à la Commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS) de la CRSA.

Quand ? Au plus tard 12 mois avant la date d'échéance de l'autorisation



Relations HAD/SSIAD

Circulaire HAD du 1er décembre 2006 => complémentarité HAD et SSIAD

- SSIAD et HAD sont susceptibles d'intervenir successivement auprès du même type de population pour assurer leur maintien à domicile
 - Leur collaboration est nécessaire pour éviter les ruptures de prise en charge
=> formalisation de conventions ou « création de structures mixtes ou de plateformes offrant à la fois un SSIAD et une HAD, gérées par un même opérateur ».
- => Pas de prise en charge simultanée d'un même patient par les deux types de structure, et pas de mise à disposition de personnel d'une structure à l'autre.**

=> Réflexion en cours au niveau national pour autoriser cette modalité de manière pérenne (dans le cadre du plan « Soins palliatifs 2015-2018 »).



Table ronde « Le bon usage du médicament en HAD »

Participants :

- **Fnehad** : Yannick Garcia et Michel Bey
- **Omédit** : Bertrice Loulière et Joëlle Faucher-Grassin
- **Territoires de santé numérique (TSN) Landes** : Marie-Noëlle Billebot et Lionel Isolda
- **HAD Santé Services Bayonne** : Dr Anne Coustets
- **URPS pharmaciens Nouvelle-Aquitaine** : Jean-Philippe Brégère



Table ronde « Développement de la chimiothérapie en HAD »

Participants :

- **Fnehad** : Yannick Garcia et Dr Jacquet
- **Omédit** : Bertrice Loulière et Joëlle Faucher-Grassin
- **HAD CRRF André Lalande (Creuse)** : Claude Barbaray
- **HAD MSPB Bagatelle (Gironde)** :
Dr Emmanuelle Reich-Pain
- **ARS** : Dr Patrick Lepault

