



## FICHE ANNEXE N°6: MOBILISATION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Dans le cadre de la crise sanitaire, les établissements d'HAD sont mobilisés en amont, comme alternative à l'hospitalisation complète en MCO ou SSR mais aussi en aval, afin de raccourcir les durées de séjour en hospitalisation conventionnelle pour des patients atteints de la Covid-19 (cf. fiche MSS du 14 mai 2020<sup>1</sup>) et pour tout autre patient présentant une pathologie éligible à l'HAD (prise en charge de soins complexes coordonnées par une équipe pluridisciplinaire).

### 1. Poursuite des prises en charge classiques en HAD

Est éligible à l'HAD, tout patient dont l'état clinique ne nécessite pas :

- Une surveillance continue en soins intensifs (cf. algorithme HAS ADOP'HAD)<sup>2</sup> ;
- Un accès direct et immédiat à un plateau technique.

En cancérologie, seules les HAD formées et expérimentées, administrant habituellement des traitements de chimiothérapies injectables doivent être sollicitées pour assurer prendre le relais des prises en charge qui ne pourraient pas être réalisées en hospitalisation de jour ou lors de courts séjours.

Dans la continuité de la première vague épidémique, l'HAD est également mobilisable pour assurer les surveillances post-chimiothérapie, la prise en charge de la douleur, les transfusions ainsi que la mise en place des soins de support et de soins de nursing lourds.

Pour les **soins palliatifs**, l'HAD doit être alertée et sollicitée le plus en amont possible de la prise en charge, notamment en EHPAD afin d'éviter tout transfert évitable d'un patient en fin de vie dans un établissement avec hébergement.

De façon générale, devant tout risque de dégradation de l'état de santé de leurs résidents, les EHPAD sont invités à solliciter en amont les structures d'HAD qui interviennent sur leur territoire pour mettre en œuvre des **évaluations anticipées des résidents** afin permettre ainsi des prises en charge éventuelles dans des délais courts, y compris le week-end.

Le **recours aux outils d'e-santé doit être encouragé et accompagné**, tant ils se prêtent particulièrement au suivi de patients complexes à domicile.

<sup>1</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-had-covid-19.pdf>

<sup>2</sup> <https://adophad.has-sante.fr>



## 2. Prises en charge en HAD des patients Covid

Pour les **patients Covid-19**, l'HAD intervient dans les situations suivantes :

- **Pour les patients ne requérant plus une surveillance continue 24h/24 mais nécessitant une surveillance médicale et soignante** pouvant inclure une assistance respiratoire ou une réadaptation pluridisciplinaire visant à réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité liées au séjour prolongé en réanimation ;
- **Pour les patients n'ayant pas justifié de séjour en réanimation mais dont les comorbidités associées imposent un suivi ou des soins** de nature hospitalière à domicile avec ou sans oxygénothérapie ;
- **Pour une prise en charge de 48h ou de courte durée, au décours du séjour MCO**, afin d'assurer la surveillance et la mise en place du traitement d'oxygénothérapie à domicile avant le relais par un prestataire.

### Focus : Recours à l'HAD pour l'oxygénothérapie de patients atteints du Covid-19

#### 1. Indications et prérequis :

- Délai en termes de jour d'infection : J9 après le début des symptômes
- Niveau d'oxygénothérapie : < 4L/min avec une saturation maintenue > 95 %
- Présence de comorbidités à traiter (ex : décompensation diabétique)
- Besoin d'une prise en charge globale : sociale, nutritionnelle (en particulier, lors de perte de poids supérieure à 8 % de poids du corps), réhabilitation à l'effort, prévention des complications, prévention de la perte d'autonomie, etc.
- Présence d'un tiers à domicile

#### 2. Anticipation de la mobilisation des prestataires délivrant l'oxygénothérapie :

- Idéalement, livraison dans un délai inférieur à 4 heures
- Le cas échéant, anticipation de la sortie d'hospitalisation 48h avant.

#### 3. Cotations T2A :

- Cotation en MPP8 « autres traitements » et MPA « assistance respiratoire » (cf. recommandations de l'ATIH)

Enfin, dans le contexte épidémique, les dérogations mises en œuvre dans le cadre de la première vague sont reconduites :

- L'orientation en HAD est toujours faite sur avis médical mais, lorsque l'urgence de la situation le justifie, **l'admission en HAD peut être réalisée sans qu'une prescription médicale n'ait été formalisée** ;
- En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, **le patient peut être admis en HAD sans l'accord de son médecin traitant**. Dans ce cas, ce dernier est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge ;
- **La convention entre les ESMS et l'HAD n'est plus obligatoire** ;
- L'obligation imposant que le SSIAD/SPASAD ait pris en charge le patient au moins 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe d'une HAD et d'un SSIAD/SPASAD est supprimée.

**Les difficultés doivent être remontées à l'ARS et doivent être traitées localement avec les acteurs présents et les spécificités d'organisation du territoire donné.**