

HAD et EHPA(D)

Association loi 1901 à but non lucratif créée en 1972, Établissement de santé accrédité et certifié

L'intervention de l'HAD en EHPAD est possible depuis février 2007.

Les textes législatifs réglementent et limitent les prises en charge

- Décret n2007-660 du 30 avril 2007, relatif aux conditions techniques,
une convention doit préalablement être signée.
- Les arrêtés de mars 2007 et février 2008, fixent les tarifs applicables pour les prestations d'HAD délivrées en EHPAD.
 - HAD tarif minoré de 13%
 - EHPAD : tarif normal

Types de soins délivrés en HAD

- **Soins ponctuels** : Soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. (TRT IV, Pansements complexes, PEC douleur ...)
- **Soins continus** : Durée non déterminée préalablement, des soins techniques ou 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.

Conditions d'intervention

- Le soins pourront être délivrés lorsque l'état de santé du résident nécessite une intervention technique ou une importante mobilisation de moyens relationnels, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médico-sociales dispensées par l'établissement.
- L'instabilité de symptômes d'inconfort requérant ajustement de traitement et surveillance quotidiens.
- Éviter une hospitalisation délétère

Les Modes de Prises en charge en EHPA(D)

Mode principal	Mode associé
<p>Traitement IV (Passage IDE nuit, médicaments hospitaliers, Soins DVI/picline)</p>	<p>Ass. Respiratoire (Mécanisée ou non)</p>
<p>Soins palliatifs (PEC globale par 1 équipe pluri-disciplinaire, réunion de concertation (EMSP), Soutien des équipes, PEC DI/ symptômes FDV /sédation FDV)</p>	<p>Nutrition parentérale (DVI/picline/ cathéter nutritionnel)</p>
<p>Prise en charge de la douleur (PCA/ SAP/antalgiques hospitaliers injectables : Paracétamol/oxynorm/kétamine/topalgic/profenid/midazolam)</p>	<p>Nutrition entérale (GPE ou SNG)</p>
<p>Autres traitements (Dialyse péritonéale, pleurix)</p>	<p>Rééducation orthopédique</p>
<p>Pansement complexe (escarre/plaie évoluée, stomie compliquée, TPN)</p>	<p>Rééducation neurologique</p>
	<p>Soins de nursing lourds (Soins > 2 H/j et IK < ou= 50)</p>

Demande d'admission

- L'HAD est prescrite par le médecin traitant, ou Le médecin coordonnateur/ spécialiste (Hospitalier/libéral) avec l'accord du médecin traitant.
- Le médecin traitant assure le suivi médical pendant l'hospitalisation, en lien avec les médecins coordonnateurs de l'HAD et de l'EHPAD.
- Le médecin traitant ou Le médecin coordonnateur de l' EHPAD, doit expliciter les raisons du recours à l'HAD et le domaine d'intervention.
 - Les objectifs de la prise en charge ;
 - La répartition des missions et responsabilités ;
 - Les dépenses relevant de chacune des structures ;
 - L'organisation du circuit du médicament :
L'approvisionnement et la dispensation sont assurés, en fonction de la nature du traitement, par la structure compétente.

La décision d'admission relève du directeur de l'HAD après avis des médecins coordonnateurs.

- Le délai de prise en charge est au maximum de 72 H.
- La réception des appels téléphoniques et le traitement des informations sont assurés 24H/24.
- Les équipes paramédicales effectuent les soins 24H/24, en fonction des prescriptions, des besoins et des urgences
- Le médecin de l'HAD avec l'IDEC coordonnent les soins en équipe.

La Fin du séjour.

- Les médecins coordonnateurs proposent aux médecins de l'EHPAD (médecin coordonnateur et médecin traitant) la sortie du patient lorsque l'objectif thérapeutique est atteint.
- Les médecins de l'EHPAD (médecin coordonnateur et médecin traitant) ou le patient peuvent à tout moment demander une fin de la prise en charge.

HAD en EHPAD

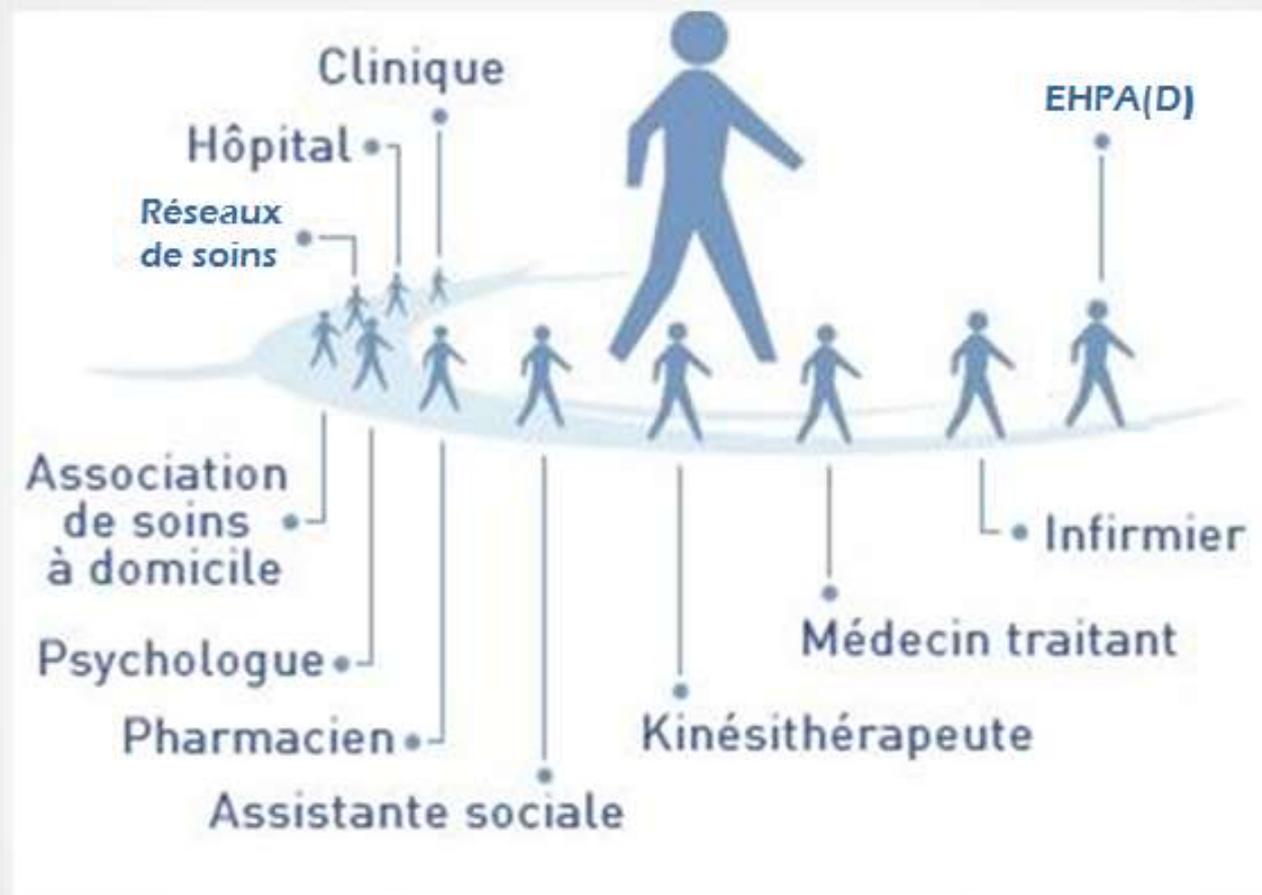
Permettre :

- au résident de choisir et rester au sein de son lieu de vie.
- le maintien des liens entre résident et personnel de l'EHPAD
- Un soutien apprécié par des structures souvent démunies de moyens techniques et humains. (épuiement)
- Permanence des soins 24h/24
- L'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (gérontologie-PEC dl/soins palliatifs)
- Réunions de Concertation entre les équipes (thérapeutique/éthique).
- Partage d'expériences/connaissances.
- un partenariat, une plus value pour la personne âgée malade.

Des enjeux communs :

Respecter le choix du résident de son lieu de FDV, Limiter le passage aux urgences,
Eviter ou réduire la durée d'hospitalisation conventionnelle.

MERCI de votre ATTENTION



L'HAD est un maillon de la chaîne de soins
Une coopération avec ces structures est indispensable