

Hospitalisation à domicile un virage à 180° pour les Ehpad

« L'accès de l'hospitalisation à domicile doit être généralisé à l'ensemble de la population », décrétait une circulaire du ministère le 4 décembre dernier. L'ambition officielle est claire. Pourtant, dans les faits, on en est encore loin. Alors que l'HAD tient encore du mirage dans le paysage médico-social - moins de 5 000 résidents d'Ehpad en ont bénéficié en 2012 - c'est un virage à 180° que devraient négocier les établissements dans les années à venir. Les freins ne manquent pas. Les avantages non plus...

● ● Par Marie Pragout



A lors qu'en 2007, faute de consultation des acteurs de terrain, la loi sur l'hospitalisation en Ehpad enterrait quasiment l'HAD en Ehpad dans le même mouvement qu'elle la légalisait, le vent semble avoir tourné. Le 4 décembre dernier est parue une circulaire du ministère auprès des ARS. Elle réitère la capacité du médecin coordonnateur d'HAD de prescrire, en soutien du médecin généraliste. Ce faisant, elle fixe aux ARS l'objectif de doubler la part de l'hospitalisation à domicile d'ici 2018, et de mieux coordonner la prise en charge médicale de l'HAD avec le suivi social de l'établissement médico-social.

Un boulevard tout tracé

La circulaire évoque, éloquente, une « logique de substitution à l'hospitalisation complète ». Plutôt que de « substitution », Dr Anne Favre et Dr Jean-Yves Lemonnier préfèrent parler de « continuité » entre l'hôpital et l'hospitalisation à domicile (voir interview p.14). Ces deux médecins coordonnateurs d'HAD viennent de l'hôpital. Ils en connaissent tous les rouages. Ils connaissent aussi très bien les équipes des Ehpad de leur région, le Loiret.

Pour eux, une fois qu'en Ehpad on a surmonté les premières interrogations sur la cohabitation, la complémentarité et le niveau de technicité de l'HAD, les équipes soignantes travaillent facilement ensemble. La communication se fluidifie, même si c'est « à recommencer chaque jour ». Une fois accepté, explique le duo de médecins coordonnateurs, le dispositif rassure les professionnels mais aussi la personne âgée et ses proches. In fine, affirme Dr Lemonnier, convaincu : « On soigne au mieux les personnes âgées au plus près de là où elles vivent ».

À entendre ces deux professionnels, on se plaît à imaginer que l'hospitalisation à domicile soit la règle en Ehpad. Quoi de plus simple en effet ? Les structures d'HAD possèdent le statut d'établissement de santé. Elles sont reconnues par la Haute autorité de santé et sont présentes dans chaque région de l'Hexagone. La qualité des soins qui y sont prodigués, généralement complexes, rivalise avec celle du grand frère, l'hôpital.

Par ailleurs, explique Dr Lemonnier, « le gériatre connaît la dégradation d'une

Ehpad : pourquoi recourir à l'HAD ?

La présidente de la Fnehad, Elisabeth Hubert, encourage régulièrement les médecins coordonnateurs d'HAD à se mettre en relation avec leurs confrères d'Ehpad afin d'évaluer les besoins en HAD. « Trop de patients sont adressés en urgence, pour lesquels l'HAD pourrait être une alternative ».

Trois indicateurs simples permettent de savoir si l'HAD devrait être envisagée :

1. le taux d'hospitalisation des résidents
2. le taux de décès des résidents à l'hôpital
3. L'Ehpad ne dispose pas d'une infirmière de nuit



Chiffres clés

- Coût moyen d'une hospitalisation pour l'assurance maladie : 750 euros
- Coût moyen d'une journée d'HAD : 196 euros
- Taux d'intervention des structures d'HAD en Ehpad : 4 %
- Nombre de patients d'HAD en 2012 : 105 000
- Nombre de structures d'HAD en 2013 : 310

sonne fragile lors de l'hospitalisation. Le risque de décompensation n'est pas lié à la pathologie, mais à un ensemble de facteurs, qui engendrent la confusion, la perte de repères, et la chute. Il y a un facteur sur lequel on peut jouer, c'est l'hospitalisation elle-même : soit en réduisant la durée de séjour soit en la remplaçant par une hospitalisation à domicile ».

L'HAD est mal connue, comme les soins palliatifs il y a dix ans. Les mœurs changeront mais cela prendra du temps.

Dr Giordano, médecin coordonnateur à Alès.

En matière d'intervention, le cadre de l'HAD est clairement défini : quatorze modes de prise en charge (voir p.15), au premier titre desquels les soins palliatifs, les soins complexes et les soins de nursing. Analogie à l'Ehpad, la structure s'appuie sur le trio du médecin coordonnateur, du directeur et de l'infirmier.

Pour l'Ehpad, la seule contrainte consiste à signer une convention annuelle avec la structure d'HAD de son territoire. La personne âgée conserve ses repères, précieux dans un contexte de fin de vie. Et l'assurance maladie, ses deniers (voir encadré).

Comme nombre de ses confrères médecins coordonnateurs, Dr Giordano, qui exerce aux Jardins de St-Hilaire, à Alès, a passé une convention avec un établissement d'HAD cette année. Il ne l'a jamais mise en application. Le médecin coordonnateur reconnaît pourtant qu'il s'agit d'un progrès considérable d'un point de vue pratique, technique, humain. Les équipes de soin se déplacent jusqu'au patient, et non plus le contraire ! »

Des freins, en plein virage

Alors pourquoi ne pas y recourir ? « Ce n'est pas tout à fait dans les mœurs. Il y a un frein de la part du personnel infirmier, qui pourrait y voir une rivalité, et les médecins généralistes ne la prescrivent pas ». Le Dr Giordano conclut, optimiste : « L'HAD est mal connue, comme les soins palliatifs il y a dix ans. Les mœurs changeront mais cela prendra du temps ».

Plus qu'un changement de mœurs, la présidente de la Fnehad appelle à un « virage à 180°, un changement de paradigme », à l'heure où le système de soins français s'organise entièrement autour d'une seule institution : l'hôpital. L'objectif, pas nouveau, mais encore trop souvent à l'état de vœu pieux : envisager le besoin du patient en premier lieu, avant la spécialité hospitalière dont il dépend. Un changement culturel aujourd'hui réalisable avec le recours à l'hospitalisation à domicile, martèle le Dr Elisabeth Hubert.

De fait, si l'hospitalisation à domicile en Ehpad a beaucoup progressé de 2007 à 2012 (voir carte), elle n'en reste pas moins marginale en France, et le fait de la bonne volonté de certains médecins coordonnateurs ou directeurs. Pourquoi ? Simple affaire de changement d'habitudes, vraiment ? Une série d'obstacles semble freiner son développement. Du côté des structures, l'enthousiasme pour les Ehpad n'est pas débordant, explique Elisabeth Hubert, leur intérêt économique se situant ailleurs. Par rapport au domicile, chaque intervention en Ehpad est en effet minorée de 13 %, du fait de sa médicalisation.

En Ehpad, les barrières ne manquent pas

non plus, même si elles peuvent être levées. En premier lieu, un résident que l'on envoie à l'hôpital est un résident dont on n'a pu charger, en termes de soins et de personnalités. Ensuite, l'organisation de l'hospitalisation

Les modes d'intervention de l'hospitalisation en Ehpad se limitent aux soins complexes. Pourquoi ne pas les étendre aux soins plus simples ?

Elisabeth Hubert, présidente de la Fnehad.

à domicile nécessite un dialogue fluide entre l'équipe de l'Ehpad, le médecin traitant et l'équipe d'HAD, ce qui nécessite un échange régulier de la part de l'Ehpad.

Enfin, remparts invisibles mais bien réels, comme l'illustrent les témoignages de Jean-François Favre, Lemonnier et Giordano : la peur de l'intrus entre les murs, le complexe face à des médecins potentiellement dévalorisés car techniquement encore plus compétents que les médecins de l'hôpital, la méconnaissance des modes d'intervention de l'HAD et de son organisation...

Au-delà de ces différents obstacles, fondamentalement surmontables, reste un détail, gênant, estime Elisabeth Hubert. Les modes d'intervention de l'hospitalisation en Ehpad se limitent aux soins complexes. Pourquoi ne pas les étendre aux soins plus simples que réalise l'hôpital, pour les cas de soins de nursing, de hydratation par exemple, si l'ambition est réellement d'apporter l'hôpital à domicile ? « On est très fort en France pour construire le deuxième étage d'une fusée avant le premier ! » ironise la présidente de la Fédération d'HAD.

De fait, le ministère des Affaires sociales et de la Santé est-il sérieux lorsqu'il évoque une « logique de substitution à l'hospitalisation complète » ? La suite dans la prochaine circulaire...

Evolution de l'activité d'HAD en EHPAD depuis 2007

Données PMSI HAD - Exploitation Observatoire de la FNEHAD

	2007	2008	2009	2010	2011	% total 2011	2012	% total 2012	Evol. 12
Nb étab.	34	115	164	201	229	75,6%	252	79,5%	10
Nb patients	141	748	1 582	2 329	4 170	4,2%	4 283	4,3%	2
Nb journées	4 727	34 236	72 466	102 488	136 626	3,5%	189 874	4,5%	39