



MCO ET HAD :

mieux se connaître, mieux travailler ensemble, pour une meilleure continuité des parcours patients



MIEUX TRAVAILLER ENSEMBLE :

apporter une réponse globale aux besoins des établissements de santé pour organiser les sorties complexes



P. 1
**CONTEXTE
ET OBJECTIFS**

P. 2
ORGANISATION :
EXEMPLES DE DISPOSITIFS ET
TENTATIVES DE MODÉLISATION

P. 5
FICHES
DES DISPOSITIFS
ET MODÈLES
DE CONVENTIONS

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

Dans un contexte de développement accéléré des formes de prises en charge sans hébergement, associé à un objectif de réduction des durées de séjour à l'hôpital, les établissements doivent organiser la sortie de leurs patients avec une plus grande efficacité, en garantissant la fluidité de leurs parcours de soins et en privilégiant, chaque fois que cela est possible, la prise en charge des patients au plus proche de leur domicile.

À l'occasion d'une enquête à laquelle un tiers des CHU a participé, le constat d'une structuration hétérogène des dispositifs de sortie des patients a été dressé. En effet, sur les dix établissements hospitalo-universitaires répondants, trois établissements ont mis en place une plateforme interne de gestion des sorties ou d'une cellule de gestion des lits tandis que deux établissements bénéficient des ressources d'acteurs extérieurs. Dans deux de ces organisations, les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) territorialement compétents sont mobilisés.

Ainsi, il apparaît nécessaire de **mettre en place, au niveau des établissements de court séjour, des dispositifs permettant une évaluation et une orientation des patients complexes pour lesquels l'HAD peut être une solution.**

Cette publication a pour objectif de porter à la connaissance des établissements, qu'ils soient des établissements de court séjour ou d'hospitalisation à domicile, des organisations mises en place et répondant avec succès à la problématique de sortie des patients, et d'en dégager les principales caractéristiques afin d'en faciliter la déclinaison ailleurs et l'appropriation par d'autres acteurs.

LES OBJECTIFS

→ **SIMPLIFIER** le travail des prescripteurs en leur garantissant une réponse rapide, en réduisant le nombre d'interlocuteurs et en limitant au maximum les refus pour des raisons autres que médicales, paramédicales ou psychosociales.

→ **HARMONISER** les réponses faites par les établissements d'HAD aux prescripteurs et faciliter leur compréhension des critères d'admission en HAD.

2. ORGANISATION :

EXEMPLES DE DISPOSITIFS ET TENTATIVES DE MODÉLISATION

Les objectifs de simplification des sorties des patients, d'harmonisation et de réactivité sont communs à l'ensemble des organisations identifiées dans ce document. Les formes peuvent, en revanche, varier selon les besoins et les contextes territoriaux :

- L'établissement MCO peut être pleinement acteur du dispositif, ou en être simplement le bénéficiaire ;
- La démarche peut être commune à plusieurs établissements d'HAD, voire à l'ensemble des HAD d'un territoire, ou être portée par un seul établissement ;
- Le dispositif mis en place peut s'adresser à un seul établissement de court séjour ou être étendu à plusieurs établissements du territoire.



CONSULTER LES FICHES DÉTAILLÉES DES DISPOSITIFS DANS LA RUBRIQUE " FICHES DES DISPOSITIFS ET MODÈLES DE CONVENTIONS "

P. 5

EXEMPLES DE DISPOSITIFS :



DISPOSITIF N°1 CARMAD ET GEOD

Expériences de centralisation des demandes d'externalisation des prescripteurs auprès d'un établissement d'HAD, via une plateforme téléphonique et orientation de leur patient vers une prise en charge au domicile adaptée en HAD ou autres (SSIAD, libéraux...).



DISPOSITIF N°2 GUICHET UNIQUE

Mutualisation de la fonction d'évaluation et d'orientation en HAD entre (tous) les établissements d'HAD du territoire et centralisation des demandes via un numéro de téléphone unique.



DISPOSITIF N°3 INFIRMIER DE LIAISON

Mutualisation d'un infirmier de liaison entre plusieurs (tous) les HAD d'un territoire auprès d'un établissement hospitalier prescripteur.



DISPOSITIF N°4 ÉQUIPE D'ÉVALUATION AUPRÈS DU CHU





Intégration d'un établissement d'HAD (ou plusieurs) aux plateformes de coordination des « parcours patients complexes » mises en place par l'établissement hospitalier prescripteur.

UN IMPACT VISIBLE SUR L'ADRESSAGE EN HAD

DISPOSITIF	ÉTABLISSEMENT / RÉGION	IMPACT ENTRE 2015-2016
Cellule d'appui au retour et au maintien à domicile (CARMAD)	Santély (Lille, Hauts-de-France)	+ 12 % DE JOURNÉES
Guichet d'évaluation et d'orientation du domicile (GEOD)	Soins et santé (Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes)	+ 19 % DE JOURNÉES
Guichet unique	Alsace HAD (Strasbourg, Grand-Est)	+ 64 % DE JOURNÉES
IDE de liaison mutualisé	HADOS, CH Albert, CH Doullens (Amiens, Hauts-de-France)	+ 30 % DE JOURNÉES
Équipe d'évaluation auprès du CHU	HAD du Cèdre, HAD Croix-Rouge (Rouen, Normandie)	+ 10 % DE JOURNÉES pour l'un des deux principaux porteurs du dispositif

TENTATIVES DE MODÉLISATION

Ce tableau vise à apprécier l'intérêt, pour l'établissement MCO, de tel ou tel type d'organisation selon le contexte du territoire et les besoins de l'établissement.

ORGANISATION-TYPE	INTÉRÊTS DU POINT DE VUE DES ÉTABLISSEMENTS MCO			
	COUVERTURE TERRITORIALE	DIVERSITÉ DES MODES DE PEC	HARMONISATION DES PRATIQUES	RÉACTIVITÉ / EFFICACITÉ
 Centralisation des demandes d'externalisation des prescripteurs par un établissement d'HAD via une plateforme téléphonique et orientation de leurs patients vers une prise en charge au domicile adaptée, en HAD ou autres (SSIAD, libéraux...)	+ Croissante avec le nombre d'HAD participant au dispositif	++		++
 Mutualisation de la fonction d'évaluation et d'orientation en HAD entre (tous) les établissements d'HAD du territoire et centralisation des demandes via un numéro de téléphone unique	++ Croissante avec le nombre d'HAD participant au dispositif et relevant de la zone d'attractivité du MCO		++ Point d'entrée unique et réponse unifiée pour l'ensemble des HAD	++ Évaluation réalisée par l'HAD la plus proche Simplification des démarches pour le prescripteur
 Mutualisation d'un infirmier de liaison entre plusieurs (toutes les) HAD du territoire, placé auprès d'un établissement MCO prescripteur	++ Croissante avec le nombre d'HAD participant au dispositif et relevant de la zone d'attractivité du MCO		++ Point d'entrée unique et réponse unifiée pour l'ensemble des HAD	++ Proximité de l'IDE avec le service Simplification des démarches pour le prescripteur
 Intégration d'un établissement d'HAD (ou plusieurs) aux plateformes de coordination des « parcours patients complexes » mises en place par l'établissement MCO prescripteur			+ Bonne connaissance des besoins / contraintes	+ Proximité spatiale et temporelle avec les décisions d'orientation

LE MODÈLE ÉCONOMIQUE

Le fonctionnement de ces organisations repose principalement sur l'autofinancement par les établissements d'HAD, des effectifs et moyens mobilisés. La contrepartie attendue est :

- une amélioration du service rendu aux prescripteurs ;
- un meilleur recours à l'HAD.

LES PERSPECTIVES

- Intégration d'un plus grand nombre d'HAD à la démarche de mutualisation, afin d'élargir la zone couverte par le dispositif ;
- Association d'autres acteurs (professionnels de ville, secteur social et médico-social, réseaux...) pour élargir le spectre des prises en charge / la capacité d'orientation ;
- Accès élargi du dispositif à un plus grand nombre d'établissements MCO prescripteurs, pour renforcer l'unification des circuits de demandes d'HAD ;
- Participation à une plateforme territoriale d'appui.

En cas de mutualisation, plusieurs modèles sont observés :

- **Facturation d'un forfait par évaluation** réalisée, à l'établissement d'HAD accueillant le patient évalué (y compris si l'évaluation n'aboutit pas à l'admission en HAD) ;
- **Répartition du coût des effectifs et moyens mutualisés** entre les établissements d'HAD, selon une part fixe (au prorata du nombre de patient journalier annuel) et une part variable (au prorata du nombre d'évaluations réalisées pour chaque établissement).



L'absence de financements publics dédiés à la fonction d'évaluation et d'orientation constitue un frein au développement et à la généralisation de ces dispositifs. En effet, les effets de seuil importants réduisent la capacité des établissements d'HAD à placer des effectifs dédiés auprès d'un grand nombre d'établissements ou d'ouvrir largement l'accès aux plateformes téléphoniques. La participation financière des établissements MCO permettrait d'envisager l'élargissement des services rendus par ce type de dispositif.

FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS ET POINTS D'ATTENTION

- **Intérêt à agir de l'établissement MCO :**
 - Maturité dans la gestion des lits et du parcours patient ;
 - Portage à haut niveau par la gouvernance de l'établissement (CME, direction).
- **Intérêt à coopérer des établissements d'HAD :**
 - Potentiel d'adressage et étendue de la zone d'attractivité de l'établissement MCO ;
 - Intensité concurrentielle raisonnable et maturité des coopérations sur le territoire entre structures d'HAD.

- **Convergence et harmonisation des pratiques entre établissements d'HAD :**
 - En amont de l'admission en HAD (critères d'évaluation, niveau de réactivité...);
 - Pendant la prise en charge en HAD (homogénéité des critères de prise en charge, des modes de communication avec le prescripteurs hospitaliers...).
- **Bonne expression préalable des besoins :**
 - Identification du profil IDE placé auprès des services hospitaliers ;
 - Robustesse du chiffrage des effectifs et moyens à mutualiser, et du potentiel d'adressage associé (business plan).

3. FICHES DES DISPOSITIFS ET MODÈLES DE CONVENTIONS

DISPOSITIF N°1

CARMAD et GEOD

P. 6

DISPOSITIF N°2

GUICHET UNIQUE

P. 8

DISPOSITIF N°3

INFIRMIER DE LIAISON

P. 9

DISPOSITIF N°4

**ÉQUIPE D'ÉVALUATION
AUPRÈS DU CHU**

P. 10

CONVENTION N°1

**MUTUALISATION D'UN INFIRMIER
DE LIAISON ENTRE PLUSIEURS
(TOUS LES) HAD D'UN TERRITOIRE
AUPRÈS D'UN ÉTABLISSEMENT
HOSPITALIER PRESCRIPTEUR**

P. 11

CONVENTION N°2

**MUTUALISATION DE LA FONCTION
D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION
EN HAD ENTRE (TOUS)
LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD
DU TERRITOIRE ET CENTRALISATION
DES DEMANDES VIA UN NUMÉRO
DE TÉLÉPHONE UNIQUE**

P. 14

**TÉLÉCHARGEZ LES FICHES DÉTAILLÉES DES DIFFÉRENTS
DISPOSITIFS ET LES MODÈLES DE CONVENTIONS SUR**

WWW.FNEHAD.FR



DISPOSITIF N°1

CARMAD et GEOD

Expériences de centralisation des demandes d'externalisation des prescripteurs à un établissement d'HAD via une plateforme téléphonique et orientation des patients vers une prise en charge au domicile adaptée en HAD ou autres (SSIAD, libéraux...).

PROJET	CELLULE D'APPUI AU RETOUR ET AU MAINTIEN À DOMICILE (CARMAD) SANTÉLYS – LILLE – HAUTS-DE-FRANCE
PORTEUR DU PROJET	<p>Association reconnue d'utilité publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • HAD, SSIAD, ESAD, SPASAD • Dialyse • PSAD • Prévention/éducation thérapeutique et télésanté <p>Quatre établissements d'HAD sur un territoire d'environ 2 millions d'habitants ; existence de zones de concurrence avec d'autres opérateurs d'HAD.</p>
ACTIVITÉ HAD	280 patients par jour
OBJECTIFS DU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les zones de rupture et fluidifier le parcours de santé. • Participer à l'organisation des filières d'aval des établissements. • Éviter ou écourter les hospitalisations, assurer un retour et un maintien durable des personnes à domicile. • Apporter une réponse rapide, assurer un retour et un maintien durable des personnes à domicile. • Apporter une réponse rapide, systématique aux demandes ; évaluer et éventuellement ajuster la réponse. • Respecter le principe de subsidiarité. • Intégrer les acteurs et partenaires et développer la gestion de cas.
DATE DE MISE EN ŒUVRE	2008
ORGANISATION DU DISPOSITIF	<p>Numéro d'appel unique</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHARGÉS D'ACCUEIL : <ul style="list-style-type: none"> - Réception des appels - Recueil des données - Transfert des demandes • INFIRMIERS DE COORDINATION : <ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la prise en charge personnalisée du maintien à domicile - Coordination avec l'ensemble des acteurs - Évaluation des solutions mises en place • ASSISTANTS DE SERVICES SOCIAUX : <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration du projet de maintien à domicile - Recherche de solutions d'aides adaptées (APA, mutuelles...) - Conseil auprès des familles et des professionnels - Montage des dossiers
PERSPECTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Développement des activités de la CARMAD et des partenariats. • Positionnement de la CARMAD au sein des GHT. • Développement de filières spécifiques de prise en charge et des parcours de santé et de vie. • Reconnaissance d'un mode de financement des coordinations.

PROJET	GUICHET D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION DU DOMICILE (GEOD) SOINS ET SANTÉ – LYON – AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
PORTEUR DU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Association ESPIC regroupant les activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - HAD - Équipe mobile de soins de support et palliatifs - SSIAD / garde itinérante de nuit (GIN) - Équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile • Partenaires : <ul style="list-style-type: none"> - Service d'aide à domicile - Prestation de matériel médical <p>Existence de zones de concurrence avec d'autres opérateurs d'HAD spécialisés.</p>
ACTIVITÉ HAD	340 patients par jour
OBJECTIFS DU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter et fluidifier le lien appelant/ville/hôpital, de manière pérenne. • Faciliter les passerelles entre les différents acteurs et entités tout au long du parcours de santé (partage de protocoles). • Permettre le décloisonnement entre les différents secteurs (sanitaire, médico-social, social). • Améliorer la qualité de l'information et de l'orientation des patients et des professionnels. • Apporter un impact tangible sur le parcours de santé du patient et de l'aidant. • Éviter les superpositions de dispositifs sur une même prise en charge. • Prendre en compte la dimension médico-économique.
DATE DE MISE EN ŒUVRE	2017
ORGANISATION DU DISPOSITIF	<ul style="list-style-type: none"> • Numéro d'appel unique à destination des patients et/ou aidants et des services hospitaliers et professionnels libéraux collaborant avec Soins et Santé. • Évaluation téléphonique avec algorithme de questions déterminant les besoins du patient concerné. • Puis définition du projet en conséquence (synthèse équipe pluridisciplinaire). • Proposition d'une orientation pour une solution adaptée aux besoins.
PERSPECTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement à d'autres partenaires et dispositifs. • Association d'autres secteurs (professionnels de ville, libéraux, secteur social et médico-social, Métropole, réseaux, MAIA, CLIC...) afin d'élargir le secteur d'intervention. • Dossier en cours de reconnaissance GEOD.



DISPOSITIF N°2

GUICHET UNIQUE

Mutualisation de la fonction d'évaluation et d'orientation en HAD entre (tous) les établissements d'HAD du territoire et centralisation des demandes via un numéro de téléphone unique.

PROJET	GUICHET UNIQUE ALSACE HAD – STRASBOURG – GRAND-EST
PORTEUR DU PROJET	<p>Aural, association réalisant des activités de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dialyse depuis 1972• HAD depuis 2004• Intervention de l'HAD sur un territoire de 550 000 habitants (Strasbourg et communes environnantes), partagé avec une HAD spécialisée en obstétrique <p>Absence de zones de concurrence entre opérateurs d'HAD.</p>
ACTIVITÉ HAD	64 patients par jour
OBJECTIFS DU PROJET	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'adressage vers l'HAD par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.• Identification des problématiques à résoudre :<ul style="list-style-type: none">- Manque de visibilité, manque de lisibilité- Problèmes de joignabilité- Complexité de la mise en œuvre- Demande forte en faveur de la facilité- Multiplicité des établissements d'HAD
DATE DE MISE EN ŒUVRE	Décembre 2015
ORGANISATION DU DISPOSITIF	<ul style="list-style-type: none">• Signature de cinq conventions entre Aural et les autres HAD.• Construction d'un document d'évaluation unique.• Fonctionnement du guichet unique :<ul style="list-style-type: none">- Un numéro unique- Permanence de 8h30 à 18h- Un interlocuteur unique qui réalise les évaluations et oriente vers l'HAD territorialement compétente- Tout le territoire alsacien est couvert, ainsi qu'un territoire lorrain (GHT du CHU)
PERSPECTIVE	<ul style="list-style-type: none">• Élargissement du guichet unique des HUS à d'autres HAD.• Mise en place d'un « autre » guichet unique pour un groupement de cliniques à Strasbourg.• Mise en place d'une cellule d'aide au retour à domicile pour orienter les patients vers d'autres formes de prise en charge que l'HAD.



DISPOSITIF N°3

INFIRMIER DE LIAISON

Mutualisation d'un infirmier de liaison entre plusieurs (tous) les HAD d'un territoire auprès d'un établissement hospitalier prescripteur.

PROJET	IDE DE LIAISON MUTUALISÉ HADOS / CH ALBERT / CH DOULLENS – AMIENS – HAUTS-DE-FRANCE
PORTEUR DU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Trois établissements réalisant une activité d'HAD : <ul style="list-style-type: none"> - HADOS (GCS public/privé) - CH d'Albert - CH de Doullens • Territoire d'intervention : Somme (570 000 habitants) <p>Absence de zones de concurrence entre opérateurs d'HAD.</p>
ACTIVITÉ HAD	70 patients par jour pour les trois HAD
OBJECTIFS DU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les critères d'admission. • Améliorer la lisibilité pour les prescripteurs hospitaliers. • Favoriser la collaboration entre les HAD.
DATE DE MISE EN ŒUVRE	2016
ORGANISATION DU DISPOSITIF	<ul style="list-style-type: none"> • Signature d'une convention entre les trois HAD et le CHU. • Fonctionnement : <ul style="list-style-type: none"> - Une ETP IDE de liaison placé à plein temps auprès des établissements de santé amiénois - Réalisation de l'évaluation du patient et préparation de son admission en HAD (équipement, accompagnement social...) avec un relais au médecin coordonnateur et à l'IDEC pour l'admission
PERSPECTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement du dispositif à un autre centre hospitalier disposant d'un service d'hospitalisation à domicile. • Projet : signature d'une convention entre les trois HAD et les établissements de santé amiénois. • Travaux sur l'harmonisation des pratiques entre médecins coordonnateurs. • Mise en place d'une équipe d'évaluation/préadmission mutualisée (deux IDE de liaison + un médecin coordonnateur).



DISPOSITIF N°4

ÉQUIPE D'ÉVALUATION AUPRÈS DU CHU

Intégration d'un établissement d'HAD (ou plusieurs) aux plateformes de coordination des « parcours patients complexes » mises en place par l'établissement hospitalier prescripteur.

PROJET	ÉQUIPE D'ÉVALUATION AUPRÈS DU CHU HAD DU CÉDRE / HAD CROIX ROUGE – ROUEN – NORMANDIE
PORTEUR DU PROJET	PREHAD 276 (Plateforme régionale des établissements d'HAD 276) : - Association regroupant tous les établissements d'HAD de Haute-Normandie. - Objectif : promouvoir le développement de l'HAD en Haute-Normandie. Absence de zones de concurrence entre opérateurs d'HAD.
ACTIVITÉ HAD	70 patients par jour pour les deux opérateurs situés sur le territoire du CHU.
OBJECTIFS DU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet doit permettre de faciliter, fluidifier et renforcer le partenariat CHU/HAD en mettant à disposition une équipe d'évaluation soignante et à ce titre composée d'IDE dédiées pour : <ul style="list-style-type: none"> - Instaurer une présence HAD continue en journée au CHU. - Anticiper et fluidifier les sorties. - Apporter une réponse « expresse » aux demandes d'évaluation d'HAD. - Faciliter les évaluations de patients complexes et anticiper les sorties. - Participer aux staffs. - Présenter l'offre HAD aux professionnels et aux usagers. - Réduire le nombre, la durée et la répétition des séjours hospitaliers avec hébergement. - Travailler avec les EHPAD et les SSR publics. - Éviter les hospitalisations avec hébergement après passage aux urgences, notamment pour les personnes âgées.
DATE DE MISE EN ŒUVRE	2016
ORGANISATION DU DISPOSITIF	<ul style="list-style-type: none"> • Création par le CHU de Rouen d'une Plateforme de Coordination des Parcours Patients Complexes (PCPPC) incluant l'HAD, mais pas que... <ul style="list-style-type: none"> - Permanence HAD assurée majoritairement par deux établissements d'HAD (9h-17h) : cadre infirmier + IDEC. - Le CHU a mis des moyens à disposition : 1 cadre supérieur + 3 IDE CHU dédiées (SSR, Aiguë et gériatrie, HAD et statistique). - 1 local au centre du CHU + 1 ordinateur + accès au dossier patient. - Désignation d'un médecin référent HAD pour la CME. - L'HAD participe à certains staffs. • Mission des représentants HAD : <ul style="list-style-type: none"> - Visite d'éligibilité à l'HAD. - Visite de préadmission et suivi des demandes en cours (service rendu à tous les établissements d'HAD de la région → c'est l'HAD concernée qui décide <i>in fine</i> de l'admission du patient). <p>➔ CHU FACILITATEUR</p>
PERSPECTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Remise en cause du modèle économique par l'un des deux principaux porteurs du dispositif. • Réduction du nombre d'intervenants différents de la plateforme. • Identification des parcours patients par service. • Parvenir à une intégration de l'HAD dans le projet médical partagé du GHT. • Augmentation du taux de recours à l'HAD. • Développement de nouvelles prises en charge : <ul style="list-style-type: none"> - Pédiatrie - Chimiothérapie - Ehpad

CONVENTION N°1

MUTUALISATION D'UN INFIRMIER DE LIAISON ENTRE PLUSIEURS (TOUS LES) HAD D'UN TERRITOIRE AUPRÈS D'UN ÉTABLISSEMENT MCO PRESCRIPTEUR

CONVENTION RELATIVE À L'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE DE LIAISON EN HAD AUPRÈS DES SERVICES DE L'ÉTABLISSEMENT MCO

L'établissement MCO,

Représenté par xxxx, [fonction]

L'établissement d'HAD,

Représenté par xxxx, [fonction]

L'établissement d'HAD,

Représenté par xxxx, [fonction]

L'établissement d'HAD,

Représenté par xxxx, [fonction]

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

Cette convention définit l'organisation de l'intervention d'une équipe de liaison au sein de l'établissement MCO xxx dans le but de favoriser le développement du recours à l'hospitalisation à domicile pour les patients pris en charge par ce dernier.

Cette collaboration doit permettre notamment de :

- Répondre dans les meilleurs délais aux demandes d'évaluation d'HAD formulées par les services de soins de l'établissement MCO xxx pour les territoires du ressort des HAD signataires de la présente convention ;
- Participer au développement de l'hospitalisation à domicile sur le territoire.

ARTICLE 2 - ENGAGEMENTS DES HAD

- Composition de l'équipe de liaison

L'équipe est composée au minimum d'un infirmier qui peut, selon les besoins spécifiques, être accompagnée d'un médecin. Ce médecin est obligatoirement médecin coordonnateur en HAD appartenant aux membres signataires de la convention.

Pour les besoins de l'activité, un ou plusieurs infirmiers peuvent composer l'équipe.

En cas d'augmentation d'effectifs, l'établissement MCO en est averti par lettre simple.

Cette équipe intervient du xxx au xxx, [horaires], en fonction des besoins de l'établissement MCO.

- Saisine de l'équipe de liaison

L'équipe de liaison intervient sur sollicitation de l'ensemble des services de soins de l'établissement MCO pour une demande d'évaluation d'HAD pour les patients relevant des territoires des HAD signataires de la convention (cf. liste jointe).

L'équipe de liaison dispose d'un accès aux demandes formulées auprès des HAD parties prenantes à la convention via l'outil Via Trajectoire, afin de les traiter dès que possible.

Via l'équipe de liaison, les HAD s'engagent à ne pas entraver l'usage de l'outil Via Trajectoire.

Les HAD ne pourront pas être tenues responsable d'une absence de traçabilité des demandes dans via trajectoire par les professionnels de l'établissement MCO xxx.

Elles s'engagent à ce que l'équipe de liaison saisisse dans l'outil Via Trajectoire les informations permettant la finalisation de la demande d'orientation et à renseigner sur Via Trajectoire le suivi de la demande d'HAD.

- Identification de l'équipe de liaison

L'équipe de liaison porte un badge lui permettant d'être identifiée lors de ses déplacements dans l'établissement MCO xxx.

- Collaboration avec les services de l'établissement MCO xxx

L'équipe de liaison travaille en collaboration avec les différents services de soins de l'établissement MCO XXX. Dans ce cadre, elle est amenée à rencontrer notamment :

- Les chefs de service / de pôle
- Les médecins et internes
- Les cadres de santé / de pôle
- Le service social

Dans le cadre de ses fonctions, l'équipe de liaison est amenée à se rendre au sein de l'établissement MCO xxx pour :

- Réaliser des évaluations pour les patients hospitalisés dans les services de l'établissement MCO xxx ;
- Participer à des rendez-vous avec les professionnels pour les renseigner sur les modalités de prises en charge en HAD ;
- Le cas échéant, participer aux staffs des services, aux réunions de la CME ou à toute autre réunion sur demande des professionnels.

ARTICLE 3 – ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT MCO XXX

L'établissement MCO xxx s'engage à :

- permettre à l'équipe de liaison l'accès aux services de soins de l'établissement MCO xxx ;
- faciliter l'accès à un espace de travail type « bureau ». L'équipe dispose de son propre équipement informatique pour assurer une mobilité dans ses missions.

ARTICLE 4 – ORGANISATION ET MOYEN DE LA COORDINATION

Les moyens et l'organisation de la coordination sont définis dans la convention cadre liant les HAD.

L'établissement MCO xxx n'est en aucun cas financeur de ce dispositif.

ARTICLE 5 – RESPONSABILITÉS ET OBLIGATIONS RH ***

L'équipe de liaison qui intervient est soumise au respect :

- du code de déontologie infirmier, pour les infirmiers ;
- du code de déontologie médicale, pour les médecins.

L'exercice de l'équipe de liaison est couvert par la responsabilité de l'employeur.

ARTICLE 6 - ÉVALUATION

Une réunion annuelle d'évaluation sera organisée entre les parties pour observer le bon respect des principes de la convention.

Les indicateurs retenus pour suivre cette coopération sont :

- le nombre d'évaluations traitées par l'équipe de liaison ;
- le nombre de personnes ayant bénéficié d'un transfert en HAD.

ARTICLE 7 - DATE D'EFFET DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter du xxxxxxxxxxxx.

ARTICLE 8 - DURÉE DE LA CONVENTION ET PRÉAVIS

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de la date de sa signature. Elle est renouvelée par tacite reconduction pour la même durée.

En cas de litige, les parties devront s'entendre conjointement sur la dénonciation ou la modification de la présente convention. Si l'une des HAD décide de se désengager, un avenant pourra être pris.

La présente convention pourra être modifiée par voie d'avenant sous réserve de l'accord des parties.

ARTICLE 9 - LITIGES

Les litiges devront faire l'objet d'une concertation amiable entre les professionnels concernés et les parties. Tout litige non susceptible d'être résolu par voie de conciliation ou de transaction sera porté devant la juridiction compétente, le cas échéant. Le tribunal compétent en cas de litige est le tribunal administratif.

Fait en xxx exemplaires originaux,

À _____, le _____ 2017

.....
Établissement MCO xxx

.....
Établissement d'HAD xxx

.....
Établissement d'HAD xxx

.....
Établissement d'HAD xxx

CONVENTION N°2

MUTUALISATION DE LA FONCTION D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION EN HAD ENTRE (TOUS) LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD DU TERRITOIRE ET CENTRALISATION DES DEMANDES VIA UN NUMÉRO DE TÉLÉPHONE UNIQUE

CONVENTION DE PARTENARIAT

Concernant la réalisation d'évaluations avant prise en charge en HAD

Entre, d'une part :

L'établissement d'HAD 1

Numéro FINESS

Adresse complète

Représenté par

Fonction

ci-après dénommé « l'établissement d'HAD 1 »,

Et, d'autre part

L'établissement d'HAD 2

Nom complet

Numéro FINESS

Adresse complète

Représenté par

Fonction

ci-après dénommé « l'établissement d'HAD 2 »,

Il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le développement de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) sur le territoire de xxx est une préoccupation et nécessite une mobilisation intensive de la part des acteurs vis-à-vis des prescripteurs potentiels, nécessitant parfois de parcourir de nombreux kilomètres pour aller réaliser une évaluation de la situation d'un patient du territoire d'intervention.

L'établissement MCO est amené à prendre en charge des patients provenant de toute la région, et donc à solliciter toutes les HAD de la région.

Dans le cadre du développement d'un partenariat plus abouti entre l'établissement MCO et les HAD, il a été décidé d'identifier une personne référente unique HAD au sein de l'établissement MCO, qui serait connue de tous les services adresseurs, et qui ferait de ce fait l'interface entre les services demandeurs et les structures d'HAD.

Cette personne référente, mise à disposition par [l'établissement d'HAD 1], aura pour objet de se rendre disponible pour les services demandeurs, de réaliser les évaluations des situations individuelles, d'identifier la structure d'HAD de rattachement, et d'établir les liens de façon à organiser, en lien avec l'HAD de rattachement, la mise en place de l'HAD pour le patient, si elle est possible.

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention établit les règles de partenariat qui fondent les relations entre [l'établissement d'HAD 1] et [l'établissement d'HAD 2] dans le cadre de la nomination d'un référent des HAD au sein de l'établissement MCO : elle précise les modes de fonctionnement établis entre les structures, lors d'une demande d'HAD formulée par un service pour un patient relevant d'une HAD.

ARTICLE 2 - MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PARTENARIAT

Afin de favoriser et d'assurer la réussite du projet commun, les signataires se sont entendus sur les moyens à mettre en œuvre en vue de garantir une bonne articulation entre les interlocuteurs, et faciliter le travail d'admission en HAD de part et d'autre.

Pour faciliter la collaboration, préalablement à la mise en œuvre du partenariat, il est entendu que la personne référente HAD utilisera un support unique d'évaluation, et non des supports spécifiques à chaque HAD.

Il est également possible qu'une évaluation n'aboutisse pas à une admission en HAD ; dans ce cas, la structure du territoire de référence reste redevable de la prestation d'évaluation faite par la personne référente HAD.

La personne référente HAD au sein de l'établissement MCO :

- procède à l'évaluation de la situation,
- transmet les données recueillies à l'HAD du territoire de référence,
- s'assure de la validation de l'admission par l'HAD de rattachement,
- récupère et transmet les ordonnances et documents nécessaires à l'admission du patient,
- informe le service et le patient ou son entourage de la décision d'admission, ou du refus, opéré par l'HAD de rattachement.

La personne référente HAD au sein de l'établissement MCO :

- ne renseigne pas le dossier informatique de l'HAD de rattachement,
- ne contacte pas le médecin traitant du patient,
- ne procède pas aux contacts avec les prestataires et professionnels de santé nécessaires à la mise en place de l'HAD.

Le délai de réalisation de l'évaluation par la personne référente HAD au sein de l'établissement MCO, entre le moment où la demande est exprimée par un service, et le RV dans le service, ne pourra excéder 48 heures, jours ouvrés (du lundi au vendredi).

Toutes les dispositions seront prises par [l'établissement d'HAD 1] pour répondre à cette exigence, même en cas de congés de la personne référente HAD. Les demandes urgentes seront traitées comme telles.

ARTICLE 3 - MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES ÉVALUATIONS

Chaque trimestre, la personne référente HAD au sein de l'établissement MCO élaborera la liste des évaluations ayant été réalisées pour le compte de l'HAD, et la transmettra à l'HAD concernée pour visa contradictoire. Sur la base de la liste validée par les deux parties, [l'établissement d'HAD 1] procédera à la facturation des évaluations sur la base ci-après convenue :

- l'évaluation complète d'une situation, des contacts à prendre avec l'HAD, des retours et recherches de renseignements, du rassemblement des éléments constitutifs du dossier d'admission est évaluée à environ 2 heures par patient ;
- le coût moyen brut chargé d'une infirmière de coordination est évalué au XX/XX/XXXX à XX euros/heure.

La prestation d'évaluation s'établit dès lors à un montant de XX euros/évaluation.

Cette prestation pourra faire l'objet d'une revalorisation basée sur l'évolution professionnelle de l'infirmière de coordination, et/ou en lien avec les évolutions conventionnelles futures.

ARTICLE 4 - DOSSIER DU PATIENT ET CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Les informations à caractère médical et soignant relatives à la prise en charge individuelle sont relevées par la personne référente des HAD au sein de l'établissement MCO.

Cette personne reste tenue au respect de la confidentialité des données, et ne pourra en faire l'usage dans un autre cadre que celui régi par la présente convention.

ARTICLE 5 - ÉVALUATION DU PARTENARIAT

Une évaluation de ce partenariat pourra être réalisée une fois par an.

L'évaluation portera au minimum sur les points suivants :

- nombre d'évaluations réalisées pour le compte de l'HAD signataire ;
- nombre d'évaluations ayant abouti à une admission ;
- nombre de patients bénéficiaires ;
- qualité de la coordination générale entre les intervenants des partenaires, et notamment les actions communes diligentées pour la qualité du partenariat et difficultés rencontrées ;
- nombre de demandes d'HAD non satisfaites et motifs ;
- satisfaction des usagers, entourages et professionnels.

ARTICLE 6 - DATE D'EFFET DE LA CONVENTION

La convention entre en vigueur à la date de sa signature.

ARTICLE 7 - DURÉE ET RÉSILIATION

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 2 mois.

Fait à _____, le _____

.....
Pour [l'établissement d'HAD 1]

.....
Pour [l'établissement d'HAD 2]



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

Conception graphique et réalisation :
ba-ba (www.ba-ba.fr)

