

Compte rendu de la table ronde du 06 mars 2007 L'Hospitalisation A Domicile : enjeux et limites

Etaients présents :

- Madame le Docteur Anne Fourquier, Médecin coordinateur, H.A.D. 44,
- Madame Isabelle Le Norcy, Directrice des soins, H.A.D. 35,
- Monsieur Xavier Grosclaude, Délégué de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (F.N.E.H.A.D.),
- Monsieur Christian Poimboeuf, Directeur Général de la Mutualité Française Ille-et-Vilaine, Directeur d' Hôpital à Domicile 35,
- Monsieur le Docteur Rémy Bataillon, Directeur U.R.M.L. Bretagne.

La conférence est animée par Monsieur Guy Somekh, Président du directoire 2bé Finance

Monsieur Somekh : *Merci d'avoir rejoint les étudiants du Master E.G.E.S.S.¹. Nous allons essayer d'animer cette fin d'après-midi sur l'H.A.D. en lançant un débat pour essayer d'y voir plus clair sur les « enjeux et limites » de l'HAD.*

Merci aux étudiants qui nous ont réunis avec l'appui de la Smeba, de Dexia et de la F.N.E.H.A.D.

Nous allons commencer par un film qui va placer le débat et chauffer la salle. Ensuite Mr GROSCLAUDE va faire un point sur les enjeux au plan national. Puis il sera relayé par Mr. POIMBOEUF, Directeur Général de la Mutualité Française d'Ille et Vilaine et Madame le Docteur FOURQUIER, Médecin coordinateur 44 et médecin H.A.D. 35. Monsieur BATAILLON représentera les praticiens du côté du terrain. Nous nous arrangerons pour avoir fini pour le cocktail.

Je vous propose que nous commençons par le film. (1/4 d'heure)

Monsieur Somekh : *Les règles du jeu sont les suivantes : quatre interventions suivies de mini questions et ensuite nous passerons au jeu des questions-réponses.*

Nous commençons par Monsieur Xavier GROSCLAUDE et nous allons lui demander de dresser le cadre de l'Hospitalisation à Domicile.

Monsieur Grosclaude : L'HAD est relativement récente en France : le concept a été importée des U.S.A. suite à une première expérience en 1945. Le cadencement a été relativement lent jusque là. La phase d'expérimentation a été réalisée à l'hôpital Tenon. Ce fut l'acte I du développement initial de l'H.A.D. en France.

La Loi hospitalière de 1970 a servi de base pour la reconnaissance juridique légale qui ne fut pas suivie d'une reconnaissance dans les pratiques.

La Loi hospitalière 1991 et le Décret 1992 ont apporté une évolution mais celle-ci est lente. En 1997, on recensait 50 structures H.A.D. (en 1985 il y en avait seulement 28). Pourquoi cette explosion à partir de 2000 ? Car il y eu une double stabilisation :

- Stabilisation juridique : décret et ordonnance lèvent les principaux freins à l'H.A.D. et instituent le taux de change et la possibilité de prescription pour les médecins généralistes.

¹ Economie et Gestion des Etablissements Sanitaires et Sociaux – Université de Rennes 1

- La Circulaire du 1er décembre 2006 permet de clarifier le contexte d'H.A.D. L'objet de cette circulaire est de mieux définir le périmètre de l'H.A.D. et sa tarification (T.2.A.).

Aujourd'hui où en sommes nous ? Deux réalités :

- L'HAD est une composante réelle du paysage français sur le plan sanitaire (200 structures - en moyenne 38 places autorisées par structures – forte présence du secteur public).
- Deuxième caractéristique : la répartition est inégale entre les territoires. L'Île De France, le Nord Pas de Calais, la région Provence Alpes Cote d'Azur représentent plus de 50% de l'offre alors que 9 départements ne sont pas couverts. Il existe en plus des problèmes de maillage : les zones rurales sont moins couvertes. Le plan « Solidarité Grand âge » a financé 24 places d'HAD pour 100 000 habitants. L'objectif est tenable dans la mesure où les structures H.A.D. se développent à un rythme qui permet d'atteindre les objectifs. C'est le rôle de la F.N.E.H.A.D.¹ d'accompagner ces nouvelles structures.

En ce qui concerne la définition de l'HAD, il faut commencer par dire que l'H.A.D. n'est pas bien connue. Elle est plus souvent définie par ce qu'elle n'est pas : ne relèvent pas de l'H.A.D. les réseaux, les services à la personne, les services d'aide à domicile. Ne relèvent pas non plus de l'H.A.D. les malades qui n'ont pas besoin de coordination médicale. L'erreur à ne pas commettre en terme de positionnement de l'offre, c'est d'oublier qu'elle repose sur la complémentarité entre les acteurs de santé mais fait partie du secteur sanitaire.

Quels sont les enjeux de l'H.A.D. en France ?

L'enjeu majeur est de développer une offre de soins sur l'ensemble du territoire et accessible à tous. Il faut améliorer la visibilité de l'H.A.D. et mobiliser tous les acteurs. L'H.A.D. est mal connue du grand public, mal perçue par le milieu hospitalier et peu connue par les généralistes.

On travaille aujourd'hui sur une clarification du positionnement de cette offre à côté de l'ambulatoire et de l'hospitalier, auprès de tous les acteurs institutionnels. C'est une offre atypique. Au niveau des ARH notamment, les traitements sont inégaux : le degré de sensibilité des A.R.H. diffère et engendre donc un problème de répartition sur le territoire. Les facteurs clés de succès de l'H.A.D. en terme de développement sont le soutien des pouvoirs publics et l'implication institutionnelle (en particulier des A.R.H.). C'est ce à quoi la F.N.E.H.A.D. s'emploie en essayant de promouvoir la création d'H.A.D. avec des formes juridiques différentes. Ce qui compte c'est l'adaptation aux besoins médicaux locaux, géographiques et de fonctionnement avec les libéraux.

Monsieur Somekh : Merci. Voici un beau panel lancé. Est-ce que le périmètre est bien compris de l'Etat et des représentants directs de l'Etat ?

Monsieur Grosclaude : Le périmètre est compris mais il y a néanmoins des confusions. La frontière entre S.S.I.A.D² et H.A.D. est difficile à cerner. Au cœur de l'activité, il y a des patients qui doivent être pris en charge et le problème n'est pas tant le mode de prise en charge que la complémentarité entre les acteurs de cette prise en charge.

Le patient est au cœur de l'activité et la réflexion est de travailler sur la continuité et le mode de prise en charge et de toujours aller plus loin en terme de prise en charge par l'H.A.D.

Monsieur Somekh : Vous avez parlé d'implication très forte de l'Etat : l'amélioration de la connaissance ne passe pas par la communication plutôt que par l'Etat ?

¹ F.N.E.H.A.D : Fédération Nationale de Etablissements de HAD

² S.S.I.A.D : Services de Soins Infirmiers A Domicile

Monsieur Grosclaude : L'Etat ne peut pas tout faire. Il y a peu de communication sur cette offre de soins. C'est le rôle de l'Etat de communiquer mais la F.N.E.H.A.D. doit pouvoir faire plus. Cependant, il est difficile de communiquer alors que les différents partenaires nous sollicitent pour savoir qui finance et qui fait quoi.

Monsieur Somekh : *Du point de vue de la Fédération, êtes-vous confiant sur le développement de l' H.A.D. ?*

Monsieur Grosclaude : On est toujours confiant, le développement de l' H.A.D. est porté par la réalité objective : le vieillissement de la population qui constitue un facteur démographie, une réalité économique de contrainte budgétaire liée à réduction des dépenses de santé et l'obligation hospitalière de se recentrer sur la réalité financière (T2A¹, réduction des durées de séjour, nouvelles technologies et système de Sécurité Sociale).

Monsieur Somekh : *Depuis l'ordonnance de 2006 l'attrait juridique est-il satisfaisant ?*

Monsieur Grosclaude : Les efforts de communication et de formation en direction des médecins généralistes et libéraux sont utiles. Il reste quelques points techniques à traiter mais médicalement, l'essentiel a été fait. Sur le plan juridique, le problème des normes juridiques et de la valeur juridique de la circulaire demeure. La qualité et la certification des pratiques sont deux points qui doivent être traités rapidement.

Monsieur Somekh : *Merci Mr GROSCLAUDE, Mr POIMBOEUF peut prendre la parole.*

Monsieur Poimboeuf : Il est important de revenir sur le S.R.O.S.² 3^{ème} génération. Cf. **Power Point**

L'H.A.D. est financée par la T.2.A. qui est bien adaptée à ce mode de prise en charge et qui permet de connaître aujourd'hui des conditions de développement favorables. L' H.A.D. est positionnée comme une des thématique de la partie 2 du SROS.

- Première ambition du schéma : la prise en charge globale du patient,
- Deuxième ambition : une répartition équilibrée sur le territoire.
- Troisième ambition : l'élaboration et la mise en œuvre concertée du schéma.

A Rennes, l'H.A.D. date, en autorisation d'activité, de 2002 et a débuté en janvier 2004. Le taux de change impliquait de fermer deux lits d'hospitalisation traditionnelle pour ouvrir un lit d'H.A.D. Pour répondre aux projets de l'époque, il fallait donner une place aux acteurs, répondre à des besoins d'organisation sur un territoire de 25-30 km, et regarder le secteur 5 (le secteur de Rennes dans le SROS) pour concrétiser un découpage pour l'H.A.D. La volonté sur ce territoire est que ce soit l'hôpital à la maison et l'hôpital pour tous. L'HAD est un hôpital sans unité de lieux. Le dossier du patient doit être en permanence à jour pour que les différents acteurs puissent s'accorder.

Monsieur Somekh : *Est-ce une opération prototype ou est-ce qu'on fait la même chose ailleurs en France et est-ce qu'il y a une spécificité ?*

Monsieur Poimboeuf : « Faire ensemble » était le principal objectif. Penser qu'on tient une matière autour du patient est une formidable opportunité pour décroquer de l'hôpital vers la ville. L'H.A.D. est porteuse d'un projet mutualiste et donc de valeur de partage et de convergence. Il faut être capable de démontrer qu'on peut travailler ensemble.

¹ T2A : Tarification à l'activité

² SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Monsieur Grosclaude : La notion de territoire est forte quand on est un hôpital local, la question du patient est au centre, je suis d'accord avec la mutualité. Mais la présentation qui en est faite est trouble. Il y a un problème d'entrelacement entre le territoire et le patient.

Monsieur Poimboeuf : Il n'y a pas de volonté d'avoir une uniformisation sur l'ensemble du territoire. La volonté est que les acteurs se mobilisent autour du projet.

Monsieur Somekh : *Est-ce qu'on voit se mettre en place ce type d'organisation régionale sur toute la France ?*

Monsieur Grosclaude : Il n'y a pas d'organisation unique en France. Ce qui est important c'est que le patient reste au cœur du sujet.

Monsieur Somekh : *Vous avez souligné que l'H.A.D. se retrouve aux confins de trois secteurs, social, médico-social et sanitaire : comment cela est-il mis en œuvre et comment le gère-t-on au quotidien ?*

Monsieur Poimboeuf : Ce n'est pas moi qui gère au quotidien. A Rennes nous avons trois ans de recul et nous observons que la complémentarité entre les 3 secteurs se mesure à l'occasion d'une prise en charge où on met en place un accompagnement, et notamment un accompagnement social.

Un fond social a été créé pour solvabiliser un certain nombre d'interventions. Car sans soutien, la prise en charge est impossible. En effet, nous ne sommes pas confrontés qu'à des questions d'ordre médical.

Madame Le Norcy : Le lien entre les différents acteurs est créé par le médecin coordonnateur et le cadre de santé. L'assistante sociale a également un rôle extrêmement important pour mettre en place toutes les aides. Car il y a un besoin important d'un entourage pour le patient.

Monsieur Somekh : *Madame le Docteur Fourquier, comment opérez-vous à Nantes ?*

Docteur Fourquier : Je vais pour ma part faire une présentation pratique de l'H.A.D. de Nantes. Il s'agit d'une association fondée en 1979, qui est P.S.P.H.¹ depuis 2001. J'insiste sur le fait que c'est un établissement de santé, ce qui apporte bon nombre de contraintes et d'obligations (C.L.I.N.², C.R.U.Q.³, contrat de bon usage des médicaments, accréditation, qualité...) La capacité autorisée est de 104 places, mais nous fonctionnons avec 90 places. Le bassin d'activité est d'environ 550 000 habitants.

Il y a des projets d'antennes satellites pour mailler le territoire de la Loire-Atlantique et des rencontres avec les professionnels locaux pour s'adapter aux problématiques locales (même problématique que l'H.A.D. de Bretagne).

A Nantes, un quart des patients est adressé par les généralistes, 50% par l'hôpital.

Pour quelle prise en charge ? Soins palliatifs pour 30%, mais aussi soins de nutrition entérale, soins intraveineux, cancérologie (30%).

Comment l'HAD intervient ? C'est un travail pluridisciplinaire avec des infirmières, des assistantes sociales, des ergothérapeutes, des médecins.

L'organisation : L'enjeu est d'assurer des soins 24h/24, de mettre à disposition du matériel à usage unique d'où le rôle stratégique des services logistiques, de prévoir les interventions du service social avant, pendant et après l'hospitalisation, de mettre en place des aides ménagères...

¹ PSPH : Participant au Service Public Hospitalier :

² CLIN : Comité de Lutte pour les Infections Nosocomiales

³ CRUQ : Commission des Relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

Type de patients accueillis (exemples)

- Madame T, 50 ans, cancer du poumon, métastases cérébrales, mariée, deux enfants, chimiothérapie. Traitement évalué quotidiennement avec le collègue du C.H.U. et le médecin coordinateur qui est le pivot de la prise en charge
- Monsieur G., cancer avec grosse plaie mandibulaire, vit seul. Objectif des soins : soins palliatifs. Soucis : grosses doses de morphine. L'H.A.D. dispense et surveille le traitement, effectue des pansements une à deux fois par jour, nutrition entérale, soins de nursing. Le plus de l'H.A.D. : la coordination avec le médecin traitant et les réunions au chevet du patient.
- Madame J., tétraplégique suite à un accident, totalement dépendante de ventilation respiratoire, vit seule chez elle ce qui constitue un gros obstacle. Elle souhaitait absolument rentrer chez elle et heureusement tout s'est bien passé !

Comment s'organise l'admission d'un patient ? Suite à l'émanation de la demande, généralement téléphonique et la prise de notes sur plusieurs facteurs, une commission est réunie pour décider de la prise en charge. Cette commission se réunit 3 fois par semaine pour offrir un délai de réponse court. Si la prise en charge est validée, suit une visite au domicile du malade par l'infirmière et éventuellement par l'assistante sociale. Généralement le délai de prise en charge varie de 48 à 72h, avec le médecin coordonnateur comme véritable pivot.

L'évaluation est quotidienne, voire pluriquotidienne, entre soignants et infirmières et une réunion pluridisciplinaire mensuelle est organisée.

La T.2.A., « oxygène » pour l'H.A.D., permet d'aller plus sereinement vers des investissements nécessaires.

Monsieur Somekh : Je m'interroge maintenant sur les 25% de médecins généralistes qui vous adressent les patients : cela fait-il suite à une communication spécifique ?

Madame Le Norcy : Oui, c'est la suite d'une politique de communication spécifique, mais 25% ce n'est pas encore extraordinaire ! On a adressé récemment un questionnaire aux généralistes pour évaluer leur ressenti face à la mise en place de l'H.A.D. (phase de traitement). L'enjeu était d'anticiper avec les futurs médecins traitants et les futures infirmières. On est parfois surpris de voir que des médecins généralistes ne savent pas ce qu'est l'H.A.D. !

Monsieur Somekh : On passe la parole à Rémi Bataillon, médecin et économiste de la santé pour qu'il nous brosse le point de vue du médecin libéral avant de revenir aux enjeux.

Docteur Rémi Bataillon : Avant toute chose je vais présenter l'U.R.M.L., Union Régionale des Médecins Libéraux, mise en place en 1994, grâce à des cotisations obligatoires pour chaque médecin libéral, avec deux grandes missions :

- organisation de l'offre de soins,
- amélioration de cette offre.

L'U.R.M.L. est attachée à promouvoir des démarches qualité, organiser le changement dans le monde de la médecine libérale et à représenter les médecins libéraux.

Nous avons été interpellés à propos de l'H.A.D. dans le cadre de la mise en place du SROS. On a procédé à une enquête il y a deux ans auprès des médecins généralistes qui avaient eu dans les 6 derniers mois un patient pris en charge par l'H.A.D. Je vais vous présenter les résultats de cette enquête. L'objectif était de voir comment les médecins généralistes (et non pas les spécialistes libéraux pour cette enquête) sont impliqués dans l'H.A.D. et de proposer des solutions pour améliorer cette collaboration.

Le nombre de médecins concernés est faible : 50% de taux réponse sur 120 médecins sollicités (soit 58 médecins) ce qui est peu significatif. En moyenne, ces médecins ont eu 3

patients pris en charge par l'H.A.D., mais ils constatent en majorité que l'H.A.D. était justifiée et avait permis d'éviter une hospitalisation.

D'après eux, l'H.A.D. permet de prendre en charge : soutien psychologique, garde, etc. Mais les médecins ont assez peu identifié le besoin de coordination. Il y a là une des explications de la difficulté des médecins traitants à orienter vers l'H.A.D., car ils n'explicitent pas les besoins de coordination dont ils ont la charge.

Ils ont également du mal à cerner les services rendus par l'H.A.D. par rapport aux autres services de soins existants. En terme d'information, il y a là une des clés pour le déploiement des dispositifs d'H.A.D..

La majorité des médecins ont eu un temps de coordination initial, sous forme de réunions téléphonique ou physique, temps estimé important.

Si ces médecins ont été interpellés, peu considèrent avoir participé à l'élaboration du projet de soins, et peu d'entre eux avaient une vision des différents compartiments de l'H.A.D., alors même qu'ils sont supposés être au centre du dispositif. Cependant 60% se sont sentis tout à fait responsables de la prise en charge.

L'U.R.M.L. a donc rédigé des recommandations pour les médecins généralistes, en confortant la nature hospitalière de l'H.A.D.. Face à la multiplication des structures de santé pour des patients qui vont avoir plus ou moins les mêmes besoins (S.S.I.A.D., réseaux, H.A.D., associations...), nous avons rédigé un manuel pour aider les médecins à y voir plus clair. Globalement, le ressenti est positif, mais l'analyse que nous faisons est que les médecins ne sont pas toujours assez bien intégrés dans la prise en charge.

Au delà du débat sur les modalités de la mise en place de l'H.A.D., que nous enseigne l'H.A.D. ? Que pour faire face aux besoins des patients qui, de plus en plus nombreux, souffrent de pathologies chroniques complexes, il faut s'appuyer sur les structures existantes qui font de la coordination, avec une grande importance de la traçabilité, de l'organisation.

Les enjeux de l'H.A.D. sont aussi vrais pour tous les autres malades du système classique d'hospitalisation et interrogent le système de santé dans son ensemble. On peut s'appuyer sur l'expérience de l'H.A.D. pour proposer une nouvelle organisation de la médecine ambulatoire, avec des pôles de santé pluridisciplinaires, imaginer des structures supports proposées à des professionnels de santé libéraux pour travailler ensemble d'une nouvelle manière. Il s'agit d'une piste de réflexion...

Monsieur Poimboeuf : Du point de vue des territoires, la Bretagne est relativement en avance sur la question par rapport au pays. Surtout, un nouveau regard est posé sur une approche de santé pluridisciplinaire des prises en charge.

On a là un enjeu, sur les questions du paiement à l'acte, des relations avec l'A.R.H.¹, qui doit nous permettre de changer de point de vue sur la coordination des professionnels libéraux.

Monsieur Grosclaude : On est déjà dans le domaine de la confusion. Il me paraît un peu prématuré d'aller plus loin que l'H.A.D. alors qu'elle vient à peine d'être mise en place. Il y a le poids de la famille dans l'H.A.D., qui est une charge lourde ! La coordination est peu aisée, les médecins se sentent peu impliqués : il y a encore des choses à faire...

Enfin, il y a le problème français de l'organisation des soins. La création dans quelques semaines d'un observatoire de l'H.A.D. peut nous permettre de sortir de ces problèmes sous l'aspect institutionnel, car il faut sensibiliser les A.R.H.. De plus, il faut faire un effort de formation des médecins libéraux, et aussi contractualiser les relations avec les soignants. Cela marchera mieux plutôt que de reconstruire quelque chose qui n'existe pas encore.

Docteur Rémi Bataillon : On peut ne pas être tout à fait d'accord sur cette analyse : notre propos n'est pas de remettre en cause l'H.A.D., notre volonté est de lever les difficultés des médecins à voir les frontières. Le problème des généralistes est de trouver une solution pour un malade dont ils ont identifié les besoins, par rapport à des professionnels, par rapport à

¹ ARH : Agence Régionale de L'Hospitalisation

des compétences repérées dans un territoire. Peut être qu'il n'y a pas tant de différences que cela entre des réseaux de cancérologie, des réseaux de gérontologie, des réseaux de soins palliatifs, les associations et l' H.A.D.. On peut peut-être imaginer une plateforme d'orientation pour les médecins, pour qu'ils soient plus impliqués, pour que les choses soient plus claires pour eux. Ils sont toujours perdus malgré les efforts de formation de l'U.R.M.L..

Une infirmière dans le public: Si on refaisait l'enquête actuellement, je suis sûre qu'on aurait des réponses différentes : de nos jours les médecins traitants sont informés et collaborent beaucoup plus facilement qu'il y a deux ans. Ils savent bien chercher la coordination.

Docteur Rémi Bataillon : On a fait l'enquête auprès de médecins sur des territoires où les H.A.D. existaient déjà depuis un certain temps et ils avaient eu en moyenne trois patients H.A.D.

L'infirmière : Il s'agissait de l'H.A.D. de Rennes, de Vannes et de Lannion et dans ces territoires, l'H.A.D. avait seulement un an d'existence.

Monsieur Somekh : *Merci pour ces interventions, nous allons pouvoir maintenant faire passer le micro dans la salle afin que le public puisse poser ses questions.*

Intervention dans la salle : Je voulais reprendre une remarque de M. Grosclaude. Au début de votre intervention, vous parliez de prise en charge légère des malades et je pense que ce n'est pas ainsi que l'on peut définir les S.S.I.A.D. Au niveau de l'offre de soins à domicile, on parle de service d'aide et d'accompagnement à domicile. Aujourd'hui, le premier niveau de prise en charge est l'aide à domicile avec des auxiliaires de vie, pour des personnes qui ne sont plus autonomes sur des gestes quotidiens. On rentre ensuite dans le soin (Personnes Agées, Personnes Handicapées, maladies invalidantes) avec du nursing ou des soins techniques qui peuvent être complexes. On trouve ici l'intérêt de l'H.A.D. car elle fait de la coordination entre le service de soins et une plateforme technique. Sur une période courte, le soin peut s'effectuer et permettre à la personne de rester à domicile. Il y a une continuité avec le service de soins.

Ce temps de coordination autour du malade, qui n'existe pas dans un S.S.I.A.D., est l'atout de l'H.A.D.

Madame Le Norcy : Vous avez raison de souligner l'importance des S.S.I.A.D., car les infirmières connaissent les malades et font le lien entre les périodes H.A.D. et les périodes de sortie du patient. Pour revenir à ce que vous disiez tout à l'heure, c'est aussi valable avec les réseaux : il y a confusion avec l'H.A.D., on ne sait plus qui fait quoi. Avant de remanier l'H.A.D., il faut savoir ce que fait chacun : réseau cancérologie, gérontologie...Et ensuite on pourra remanier tout cela.

Monsieur Grosclaude : Les meilleures plateformes sont effectivement celles avec un couplage S.S.I.A.D./H.A.D.

Question dans la salle : Quel est le lien entre la motivation des médecins et leur rémunération.

Madame Le Norcy : La rémunération n'est pas un facteur qui motiverait les médecins à travailler avec l'H.A.D. : sur 600 questionnaires envoyés à des médecins généralistes, avec un taux de retour de 20%, 90% étaient favorables aux temps de coordination, mais à la question « attendez vous une rémunération ? » peu ont répondu !

Monsieur Bataillon : La condition de la rémunération n'est pas une condition toujours suffisante pour motiver les médecins.

Une infirmière dans la salle : La rémunération pour la coordination est pourtant effective pour tous les professionnels de santé.

Question dans la salle : Quelle est pour vous la taille optimale d'un réseau H.A.D. ?

Monsieur Poimboeuf : On a longtemps considéré que la taille optimale était de 30 places, avec des territoires de 120 000, 130 000 habitants. Cette question change selon que l'H.A.D. est complètement autonome ou qu'elle est liée à un établissement qui a d'autres pratiques de santé (psychiatrie, hôpital de jour).

Question dans la salle : Comment se passe l'H.A.D. avec les soins effectués dans les E.H.P.A.D.¹, existe-il une certaine forme de concurrence ?

Madame Le Norcy : Il existe des interventions en coordination avec les équipes soignantes des E.H.P.A.D. ! La prise en charge est conjointe et n'est en aucun cas en concurrence.

Monsieur Poimboeuf : Il ne faut pas perdre de vue le but de l'H.A.D. : c'est lorsque l'équipe de soins de l'établissement n'est plus en mesure de prendre en charge les soins, et pour éviter que la personne ne soit hospitalisée que l'H.A.D. intervient. Dans les principes on est dans une action de coordination. L'E.H.P.A.D. est un domicile.

Monsieur Grosclaude : On n'est pas dans une logique de substitution, mais de coordination et de coopération.

Monsieur Somekh : Nous avons atteint le budget temps que nous nous étions fixé, les débats et l'information m'ont semblé assez riches cet après midi, avec des enjeux démographiques, technologiques, une vraie opportunité pour décroquer, et une dynamique de l'H.A.D. favorisée par la T.2.A.

Nous espérons que vous avez tous obtenu des réponses aux questions que vous vous posiez.

Avant de partir il faut remercier les étudiants de l'A.D.E.G.E.S.S. qui ont dessiné un joli débat. Merci également aux intervenants qui ont animé ce débat, et nous vous invitons à un cocktail dans le cloître en sortant.

¹ Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes