

Fiche résumant le dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie »

Les dispositions figurant dans ce document sont communiquées à titre indicatif dans l'attente des arbitrages relatifs à la campagne 2016 et sous réserve de leur validation par le Conseil national de pilotage des ARS.

I/ Présentation du dispositif

I.1 Enjeux et objectifs

Le dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie » vise à proposer une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre un établissement MCO et une structure d'HAD, dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

Il concerne dans un premier temps des gestes chirurgicaux ciblés avant une possible généralisation à d'autres gestes et à d'autres prises en charge MCO.

Cette nouvelle organisation est complémentaire du dispositif PRADO mis en place par la CNAMTS. L'HAD post chirurgie conventionnelle étant destinée à des patients non éligibles au PRADO et qui, sans l'HAD, resteraient hospitalisés en établissement.

Ce dispositif a été initié avec le concours des sociétés savantes de chirurgie orthopédique, digestive et gynécologique. Des points d'avancement du projet ont été présentés lors des deux derniers comités nationaux de pilotage sur l'hospitalisation à domicile intégrant l'ensemble des acteurs dont les fédérations d'établissements.

Sa mise en œuvre est prévue dans le cadre de la campagne 2016 et fera l'objet prochainement d'une instruction détaillée.

Ce dispositif est susceptible d'apporter une contribution intéressante et des outils concrets pour la réduction des durées de séjour en hospitalisation complète et de participer au « virage ambulatoire » annoncé par la ministre.

Le développement de l'HAD en sortie précoce de chirurgie **présente un intérêt** :

- pour le patient (confort et satisfaction ; demande croissante de la population d'être soignée au domicile) ;
- pour l'établissement MCO (possibilité de développer son activité à surface équivalente ou de la conserver à surface moindre) ;
- pour l'établissement HAD (développement de son champ d'intervention et de compétence).

I.2 Périmètre

Le dispositif pourra être mis en œuvre par des établissements MCO et HAD souhaitant mettre en place une coopération pour développer cette nouvelle organisation, constitutive d'un segment de parcours MCO/HAD.

Compte tenu de l'organisation à mettre en place en amont et en aval de l'intervention chirurgicale, pour garantir la fluidité du parcours des patients ainsi que la qualité et la sécurité des soins, la mise en œuvre de ce dispositif s'adresse en priorité aux établissements MCO ayant de gros volumes d'activité sur ces gestes ciblés et aux établissements d'HAD en capacité de prendre en charge les patients concernés.

- Trois spécialités chirurgicales ont été retenues : orthopédique, digestive et gynécologique.

Pour chacune de ces spécialités, des gestes chirurgicaux ont été sélectionnés avec les sociétés savantes concernées sur la base d'un ensemble de critères (notamment : pertinence médicale et faisabilité, gros volumes, durées de séjours longues...).

Les gestes ciblés sont les suivants (une note ATIH décrivant la typologie des séjours concernés sera annexée à l'instruction) :

Chirurgie gynécologique	Chirurgie digestive	Chirurgie orthopédique
<ul style="list-style-type: none">• <i>Hystérectomies</i>– Pour tumeurs malignes (corps de l'utérus, col de l'utérus, autres cancers)• Avec exérèse ganglionnaire• Sans exérèse ganglionnaire– Pour pathologies bénignes• Voie d'abord : coelioscopies et/ou vaginales• Voie d'abord : laparotomie	<ul style="list-style-type: none">• <i>Résections rectales</i>• <i>Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Factures du fémur chez la personne âgée</i>– Comportant une fracture proximale du fémur (col, trochanter ou sous trochanter)• <i>Chirurgie de la scoliose chez l'enfant</i>• <i>Prothèse totale du genou</i>

La mise en œuvre du dispositif par les établissements MCO et HAD pourra porter sur tout ou partie de ces gestes. **Les prises en charge ciblées ne peuvent en aucun cas être réalisées en chirurgie ambulatoire.**

1.3 Critères d'éligibilité des patients

Des critères généraux d'éligibilité des patients transférables en HAD dans le cadre d'une nouvelle organisation MCO/HAD permettant un retour plus rapide à domicile ont été élaborés avec les sociétés savantes de chirurgie orthopédique, digestive et gynécologique et ont été validés lors du dernier comité national de pilotage sur l'HAD avec l'ensemble des acteurs.

Ces critères généraux constituent un socle, et peuvent être éventuellement complétés dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif par les établissements MCO et HAD.

Ils portent d'une part sur l'état médical du patient et d'autre part sur les conditions socio-environnementales :

Etat médical du patient

- Douleur (EVA > 5 avec ou sans traitement) en lien avec l'intervention chirurgicale ou la pathologie, nécessitant une prise en charge spécifique (évaluation de la douleur, traitement par injecteur programmable, réajustement...)
- Comorbidités associées nécessitant des prises en charges en journées (soins et surveillance) au rythme d'au moins 2 fois par jour (ASA > 3)
- Poursuite du traitement injectable institué en chirurgie ou surveillance d'un injecteur programmé en rapport avec des soins post-chirurgicaux
- Dénutrition pré ou post opératoire lors du séjour chirurgical et nécessitant le recours à une nutrition entérale ou parentérale
- [Pansements complexes, soins en lien avec la continence, soins de stomies une à deux fois par jour en lien ou non avec l'intervention chirurgicale] ou [Nécessitant un passage de l'équipe soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour]
- Besoin d'une assistance respiratoire en lien avec l'intervention chirurgicale (ex. *décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique dans les suites d'une intervention chirurgicale...*) nécessitant le recours à des soins respiratoires (ex. *soins de trachéotomie, kinésithérapie respiratoire 3 fois/semaine, appareillage d'aide à l'expectoration, aérosols ou aspirations quotidiens, oxygénothérapie...*)
- Rééducation orthopédique nécessitant le passage d'un kinésithérapeute au moins 3 fois par semaine

Conditions socio – environnementales

➤ *Autonomie du patient*

Après évaluation de la capacité d'autonomie du patient, si ce dernier est dans l'incapacité de :

- se lever,
- de s'asseoir seul,
- de marcher seul dans son logement sans aide d'une tierce personne,
- de monter et descendre les escaliers et de comprendre les consignes,

➔ La présence d'un aidant en capacité de comprendre et de mettre en œuvre les consignes de l'équipe soignante est nécessaire afin de suppléer la perte d'autonomie du patient

L'aidant doit être disponible, autonome et être capable d'être formé si nécessaire à la gestion des actes de la vie quotidienne du patient. A défaut, il peut également être aidé par une prestation d'aide à domicile.

➤ *Environnement du patient*

Le logement où s'effectueront les soins devra réunir les conditions d'éligibilité à l'intervention de l'équipe d'HAD, celle-ci pouvant le cas échéant, après avoir procédé à son évaluation, prévoir et mettre en œuvre des aménagements permettant son intervention.

1.4 Modalités de mise en œuvre par les établissements MCO et HAD

Avant la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, les établissements MCO et HAD associés devront mettre en place une organisation adaptée pour la prise en charge des patients, visant à garantir la fluidité des parcours ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

Cette démarche sera concertée au sein de l'établissement MCO et de la structure d'HAD et il est recommandé de conclure une convention, dont un modèle-type figurera en annexe de l'instruction. Elle devra intégrer notamment les gestes retenus (parmi ceux ciblés par le dispositif, cf. 1.2), les critères d'éligibilité du patient, l'organisation du transfert et de la sortie d'HAD, le séquençage des soins à réaliser, les durées de séjour cibles, les modalités de coordination entre les équipes, l'accompagnement du patient et de son entourage, le lien avec la ville etc. Elle fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre de son parcours.

I.5 Mise en place d'un mode de tarification adapté

⇒ pour l'HAD

A compter du 1^{er} mars 2016, un nouveau mode de prise en charge sera mis en œuvre dans le cadre du dispositif¹. Il s'agit du mode de prise en charge n°29 « sortie précoce de chirurgie » qui a été intégré dans la nouvelle version du guide méthodologique PMSI HAD.

Il ne pourra être codé qu'en mode de prise en charge principal et ne pourra être associé avec le mode de prise en charge n°10 « *post traitement chirurgical* ».

Il sera possible en EHPAD et aura la même pondération que le MPP n°10.

⇒ pour le MCO

L'application éventuelle des bornes basses, du fait de raccourcissement de séjours en MCO, sera neutralisée dans la fonction groupage pour la campagne 2017.

Pour la campagne 2016, les bornes basses continuant de s'appliquer, une compensation financière pour les établissements sera mise en œuvre sur la base d'un suivi des séjours par l'ATIH (crédits AC alloués en première circulaire budgétaire 2017).

II /Suivi et évaluation du dispositif :

II.1 Suivi quantitatif par l'ATIH :

Un **suivi quantitatif** annuel de la montée en charge du dispositif sera réalisé par l'ATIH, par chaînage des données MCO et HAD, concernant notamment les volumes d'activité réalisés, les durées de séjours, etc...

II.2 Evaluation par des établissements volontaires (MCO/HAD) :

La DGOS lancera un **appel à candidature** visant à sélectionner une vingtaine d'établissements MCO associés à un ou plusieurs établissements d'HAD, volontaires pour participer à l'évaluation du dispositif **sur une période de deux ans**.

Les critères de l'évaluation seront les suivants :

Critère 1 : *La ou les prises en charge ciblée(s) par le dispositif font l'objet d'une démarche organisée et concertée au sein de l'établissement MCO et de la structure d'HAD, avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre de son parcours.*

- l'élément de preuve à apporter se matérialise par tous documents portant sur les principes et la mise en œuvre de la démarche à chaque étape et avec chaque acteur (ex. protocoles, conventions).

Critère 2 : *Des critères d'éligibilité à l'HAD des patients ont été formalisés pour la ou les prises en charge ciblée(s) selon les recommandations existantes, de façon consensuelle entre l'établissement MCO et la structure d'HAD:*

- l'élément de preuve à apporter est l'outil d'analyse de l'éligibilité du patient

Critères 3 : *La mise en œuvre du dispositif permet à des patients éligibles d'être transférés en HAD (MPP n°29 « sortie précoce de chirurgie ») conformément à la cible envisagée :*

- Les indicateurs de suivis pourraient être les suivants :
 - Nombre de patients transférés en HAD pour les prises en charge ciblées par le projet
 - Taux de transfert des patients par prise en charge: % de patient pris en charge au domicile / en EHPAD
 - Nb de patients non transférés en HAD alors qu'ils étaient initialement prévus en HAD ; raisons de ce non transfert

Critère 4 : *La mise en œuvre du dispositif permet de raccourcir la durée de séjour du patient en hospitalisation complète sur la base d'une DMS cible en MCO/en HAD :*

- Les indicateurs de suivis pourraient être les suivants :
 - Durées de séjour observées en MCO : avant la mise en œuvre du dispositif pour les prises en charge équivalentes / après la mise en œuvre du dispositif et précédent le transfert en HAD ;
 - Nb de journées réalisées en HAD suite au transfert du service de chirurgie.

¹ Il est à noter que le MP 10 « *post traitement chirurgical* » actuellement possible en HAD est inadapté au contenu du dispositif. Il concerne avant tout des suivis de cicatrisation et n'est pas approprié à la prise en charge de patients plus lourds en raccourcissement du séjour chirurgical. Il est par ailleurs interdit en EHPAD.

- Analyse des séjours où la DMS est supérieure à la DMS cible en MCO et/ou en HAD (motifs évoqués)

Critère 5 : *L'intervention de l'HAD suite à la demande d'un service de chirurgie fait l'objet d'une procédure permettant de respecter les délais prévus :*

- Les indicateurs à mettre en place et à suivre sont par exemple : le délai moyen de mise en œuvre de l'HAD

Critère 6 : *La prise en charge du patient en HAD fait l'objet d'une procédure formalisée et évaluée :*

- Les indicateurs à produire sont par exemple : le taux de réhospitalisation en MCO et les motifs associés ; le taux de satisfaction des patients...

La mobilisation des éléments nécessaires au suivi de ces critères doit permettre à l'équipe réalisant cette évaluation de :

- mener une démarche d'auto-évaluation ;
- alimenter les rapports, intermédiaire et final, qui seront transmis à l'ARS ;
- participer à l'évaluation nationale de l'appel à projets (cf. point II.3).

⇒ Une procédure de sélection des établissements MCO et HAD candidats à la mise en œuvre de l'évaluation du dispositif, sur la base d'un appel à candidature, sera réalisée par la DGOS au cours du premier semestre 2016.

⇒ Un accompagnement financier des établissements retenus pour l'évaluation est prévu².

La DGOS veillera à la meilleure représentativité possible des secteurs d'activité et des régions dans le cadre de la mise en œuvre de cet appel à candidature.

II.3 Evaluation nationale par un prestataire

Une évaluation nationale du dispositif sera réalisée par un prestataire extérieur sur la base notamment du suivi quantitatif réalisé par l'ATIH et des évaluations des établissements sélectionnés.

Cette évaluation intégrera un volet médico-économique et proposera les principes d'élaboration d'un nouveau modèle de tarification adapté à ce segment de parcours MCO/HAD. Le prestataire pourra solliciter les établissements pour accéder à des données comptables.

² Les établissements MCO et HAD qui ne seraient pas retenus pour l'évaluation pourront mettre en œuvre le dispositif mais ne disposeront pas de cet accompagnement financier uniquement destiné à financer les surcoûts liés à la démarche d'évaluation.