

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**Arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique**

NOR : SASH0910631A

Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L. 312-1 et L. 313-3 ;

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article R. 6121-4 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement, et notamment l'annexe I ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté du 25 avril 2007 et fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'annexe I de l'arrêté du 16 mars 2007 susvisé est remplacée par l'annexe I ainsi rédigée :

#### « ANNEXE I

#### CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE POUR L'ADMISSION EN HOSPITALISATION À DOMICILE D'UN RÉSIDENT D'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

Les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées sont précisées dans le tableau ci-dessous.

PRISE EN CHARGE	NUMÉRO du mode de prise en charge (*)	DÉFINITION	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE pour l'admission en HAD d'un résident d'EHPA
Assistance respiratoire.	01	Ce mode de prise en charge concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite: il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages et les soins éducatifs du patient et de l'entourage. Cette assistance est mécanisée.	L'assistance respiratoire peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Nutrition parentérale.	02	Ce mode de prise en charge fait référence à l'administration au patient de solutions binaires ou ternaires. La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (surveillance de la voie veineuse centrale, fourniture et maintenance des pompes).	La nutrition parentérale peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Traitement intraveineux.	03	Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou un autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre, sur voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements thérapeutiques. Elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour.	Le traitement intraveineux peut être mis en œuvre par une structure d'HAD en EHPA s'il nécessite l'intervention la nuit d'une infirmière non présente en EHPA.

PRISE EN CHARGE	NUMÉRO du mode de prise en charge (*)	DÉFINITION	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE pour l'admission en HAD d'un résident d'EHPA
Soins palliatifs.	04	Il s'agit de la prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Cette prise en charge vise à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.	La prise en charge des soins palliatifs peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA si elle nécessite une mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapeutique) ainsi que techniques (ex. : équilibrage difficile) ou ajustement quotidien de médicaments par voie orale ou parentérale du fait de la permanence et de l'instabilité de symptômes pénibles requérant un contrôle technique et une surveillance rapprochée.
Chimiothérapie anticancéreuse.	05	La prise en charge comporte : - l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie ; - l'administration de la chimiothérapie ; - la surveillance médico-soignante des thérapeutiques administrées ; - la surveillance et la gestion des effets secondaires.	La chimiothérapie anticancéreuse peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA, à l'exception de la chimiothérapie par voie orale.
Nutrition entérale.	06	Ce mode de prise en charge concerne des patients porteurs de sondes nasogastriques, de gastrostomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Il comporte une surveillance du patient, la maintenance des pompes et l'éducation du patient et de son entourage.	La nutrition entérale peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Prise en charge de la douleur.	07	Ce mode de prise en charge comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.	La prise en charge de la douleur peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA si sa mise en œuvre nécessite l'utilisation d'une pompe PCA.
Autres traitements.	08	Il s'agit de prise en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents.	Ces interventions peuvent être assurées par une structure d'HAD en EHPA si elles sont exceptionnelles et correspondent à des pratiques documentées.
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées).	09	Ce mode de prise en charge concerne les patients porteurs de plaies complexes (escarres, ulcères variqueux étendus...) et/ou multiples nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluriquotidienne ou supérieure à 30 minutes.	Ces interventions peuvent être assurées par une structure d'HAD en EHPA.
Rééducation orthopédique.	11	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique.	La rééducation orthopédique peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Rééducation neurologique.	12	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie neurologique.	La rééducation neurologique peut être assurée par la structure d'HAD en EHPA uniquement si elle est associée en complément d'une prise en charge principale.
Soins de nursing lourds.	14	Ce mode comporte une prise en charge quotidienne au total supérieure à deux heures, à raison d'au moins deux passages par jour chez des malades très dépendants (Karnofsky $\leq$ 50 %).	Les soins de nursing lourds peuvent être assurés par la structure d'HAD en EHPA uniquement si ils sont associés en complément d'une prise en charge principale.
Transfusion sanguine.	18	La transfusion sanguine est assurée directement par l'équipe médico-soignante de la structure d'HAD. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents.	La transfusion sanguine peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA.

PRISE EN CHARGE	NUMÉRO du mode de prise en charge (*)	DÉFINITION	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE pour l'admission en HAD d'un résident d'EHPA
Surveillance d'aplasie.	24	La prise en charge comporte : - la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique ; - la surveillance et la gestion des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion...).	La surveillance d'aplasie peut être assurée par une structure d'HAD en EHPA.

Définitions et référence :

(\*) Le numéro du mode de prise en charge : ce numéro, indiqué dans la deuxième colonne du tableau, correspond à celui figurant dans la liste des modes de prise en charge définie à l'annexe I de l'arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activités médicales des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission des informations issues de ce traitement.

Le mode de prise en charge principal : c'est celui supposé susciter la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments, etc.

Le mode de prise en charge associé, le cas échéant : si le patient nécessite un autre mode de prise en charge que le mode principal, supposé consommer moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé. S'il existe plusieurs modes associés, il faut retenir celui qui, en termes de consommation de ressources, vient immédiatement après le mode principal.

Classement des modes de prise en charge lors de l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées :

- tous les modes de prise en charge de l'annexe I de l'arrêté du 16 mars 2007 peuvent être classés en tant que modes de prise en charge associés, en complément d'un mode de prise en charge principal ;
- seuls les modes de prise en charge n<sup>os</sup> 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18 et 24 de l'annexe I de ce même arrêté peuvent être classés en modes de prise en charge principaux. »

**Art. 2.** - Le directeur général de l'action sociale, le directeur de la sécurité sociale et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 24 mars 2009.

*La ministre de la santé et des sports,*  
Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice de l'hospitalisation*  
*et de l'organisation des soins,*  
A. PODEUR

*Le ministre du travail, des relations sociales,*  
*de la famille, de la solidarité*  
*et de la ville,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur général de l'action sociale,*  
F. HEYRIES

*Le ministre du budget, des comptes publics*  
*et de la fonction publique,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
D. LIBAULT