

Pratiques oligopolistiques des 2 établissements associatifs HAD : l'ARAR et l'ASDR

INTERVENTIONS HAD ET EHPAD

Personnes âgées - **La généralisation de l'intervention de l'HAD en Ehpad est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2017.**

L'autorisation de l'intervention de l'HAD en Ehpad (résidents personnes âgées) et dans les MAS (Maisons d'Accueil spécialisées), les FAM (Foyers d'Accueil Médicalisés) (résidents porteurs de handicap) remonte en réalité à un décret du 22 février 2007. Mais ce texte prévoit que «**les soins ne peuvent être délivrés à un résident que si l'état de santé de celui-ci exige une intervention technique, qui ne se substitue pas aux prestations sanitaires et médicosociales dispensées par l'établissement, et si son admission en hospitalisation à domicile répond à des conditions de prise en charge définies par un arrêté du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Sécurité sociale.**»

Depuis lors, deux décrets du 6 septembre 2012 ont étendu les possibilités d'intervention de l'HAD à l'ensemble des établissements médicosociaux (FAM, MAS...), au-delà des seuls Ehpad. Ils ont également prévu la signature d'une convention entre l'établissement et le service d'HAD, définissant en particulier les conditions de l'intervention de la structure d'HAD, les modalités d'élaboration et d'adaptation des

protocoles de soins et l'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient. Mais ces deux décrets n'ont pas modifié le périmètre des prises en charge autorisées en HAD.

En abrogeant l'arrêté du 16 mars 2007, **l'arrêté du 19 janvier 2017 lève du même coup les restrictions qui étaient jusqu'alors posées à certaines interventions concernant, entre autres, l'assistance respiratoire, la nutrition parentérale, la chimiothérapie anticancéreuse, la prise en charge de la douleur, la rééducation orthopédique ou neurologique, les soins de nursing lourds...**

**A LA RÉUNION,
0,6 % D'INTERVENTION
HAD DANS LES EHPAD
(9% AU NATIONAL)**

Cette mesure, dont l'impact effectif reste à mesurer, devrait bénéficier à la fois aux résidents des Ehpad et résidents FAM, MAS - en évitant des hospitalisations particulièrement déstabilisantes pour des personnes fragilisées - et aux hôpitaux, en allégeant l'embolisation de certains services par des personnes âgées, faute de perspective de retour rapide à domicile ou en établissement.

Aujourd'hui, à la Réunion les deux associations ARAR et ASDR n'interviennent qu'à hauteur de 0.6% dans les EHPAD et établissements médico-sociaux quand on

reconnait ne moyenne nationale de 9% voir de 20% dans le sud de la France (2018).

UNE TARIFICATION DE REMBOURSEMENT PAR LA CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE MOINS IMPORTANTE MINIMISÉE DE 13% POUR L'ÉTABLISSEMENT HAD

Quand également nous reconnaissons (SITE ATIH Ministère de la Santé) **que 70% des hospitalisations des personnes âgées résidents en EHPAD passent par les urgences sans qu'il y ait nécessité de nuitées** (cela veut dire sans que le patient âgé ait eu besoin de rester hospitalisé car il a pu être soigné par un médecin urgentiste qui l'a par la suite autorisé à rentrer à l'EHPAD).

Ce déplacement dans les urgences peut en partie être évité à conditions que les HAD ARAR et ASDR acceptent d'y intervenir malgré un forfait minimisé par la CGSS en tarification T2A - (A savoir : intervenir dans les EHPAD et établissement médico-sociaux : le forfait Tarification CGSS par patient et par jour est minimisé de 13%).

D'autre part en évitant un déplacement forcé aux urgences pour la personne âgée celle-ci ne voit pas ses repères perturbés en subissant l'impact et les bouleversements conséquents à la décompensation

organique (choc hypertension, glycémique ou décompensation insuffisance hyperthermie.. respiratoire), Et c'est par l'intervention des équipes professionnelles experts médicaux propres aux HAD, que pour certains cas, une HAD peut permettre d'éviter une hospitalisation et ou un déplacement perturbant aux urgences.

A savoir également - **pour les équipes des soignants des EHPAD, FAM, et MAS , une équipe pluri-disciplinaire type HAD par sa présence peut les accompagner dans les tâches de plus en plus techniques en soins, complexes et longues auprès des résidents .**

Aujourd'hui, les patients résidents EHPAD sont en quasi-totalité en GIR 1 et GIR 2 cela veut dire fortement dépendants et médicalisés et susceptibles d'être très fragilisés médicalement de décompenser et de se retrouver aux urgences parmi les 70%.

A savoir et je répète, **toutes les interventions type HAD dans ces établissements n'induit aucun coût à l'établissement EHPAD, FAM, MAS ni au patient et à sa famille. La seule chose que cela induit c'est une tarification de remboursement par la caisse de sécurité sociale moins importante minimisée de 13% pour l'établissement HAD.**

Je m'interroge : pourquoi depuis 2016, les 2 établissements HAD de la REUNION, ARAR et ASDR,

ont un indicateur du taux d'intervention auprès de nos personnes âgées résident dans les EHPAD très faible de 0,6% ?

Nous demandons à la HAUTE AU-TORITE de la CONCURRENCE de bien vouloir se pencher sur les ententes de pratiques oligopolistiques de deux établissements Associatifs loi 1901 l'ARAR et de l'ASDR : ceci en total accord de la Direction de l'ARS OI.

Je renouvelle mes plus sincères remerciements aux 33000 signataires Solidaires de la PETITION HAD

<https://goo.gl/rs36qA> engagés également pour un IDEAL dans la prise en soins de nos si précieuses personnes âgées « GRAMOUNES » de la Réunion.



Je vous remercie de votre attention.

Mona Kanaan,
*Directrice de Pour Etre Bien Chez Soi,
Docteur en pharmacie, diplômée de santé publique, diplômée de prise en charge de la douleur, diplômée de soins palliatifs, diplômée d'orthopédie, diplômée d'éducation thérapeutique du patient*

