

HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

CAHIER DES CHARGES

Juin 2015

SOMMAIRE

1.	CONTEXTE ET ENJEUX	2
2.	DEVELOPPEMENT DE L'HAD EN ILE-DE-FRANCE	2
3.	DEFINITION DE L'HAD	2
4.	MISSIONS DE L'HAD	3
5.	FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE D'HAD	3
5.1	PERSONNEL.....	3
5.2	PATIENTS RELEVANT DE L'HAD	4
5.3	PROJET THERAPEUTIQUE	4
5.4	CIRCUIT DU MEDICAMENT	5
6.	OBJECTIFS DE QUALITE	5
6.1	ACCESSIBILITE	5
6.2	PERTINENCE.....	6
6.3	SUBSIDIARITE ENTRE ACTEURS DU MAINTIEN A DOMICILE.....	6
6.4	EXPERIENCE DU PATIENT	6
7.	EVALUATION	6
8.	TEXTES DE REFERENCE	7
9.	GROUPE DE TRAVAIL POUR L'ELABORATION DE CE DOCUMENT	8

1. CONTEXTE ET ENJEUX

Dans un contexte en évolution – transition épidémiologique, augmentation des pathologies chroniques et contraintes économiques fortes – l’hospitalisation à domicile (HAD) devient un atout majeur de la réorganisation du système de santé. Point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, l’HAD avec son équipe pluridisciplinaire constitue une solution dans la prise en charge globale et coordonnée du patient à son domicile en contribuant à améliorer sa qualité de vie dans son environnement.

Cependant, en 2013, cette offre de soins demeure marginale en France : 105 000 patients, 4,4 millions de journées, 13 293 places et 859 millions d’€ de dépenses soit à peine 1 % des dépenses d’hospitalisation et 0,5 % de l’ensemble des dépenses d’Assurance Maladie.

La circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013, relative au positionnement et au développement de l’hospitalisation à domicile, fixe des objectifs ambitieux en termes de :

- taux de recours avec une cible de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants à horizon 2018 ;
- substitution à l’hospitalisation complète et amélioration de l’accessibilité : augmentation des prescriptions à partir du domicile ou en aval des urgences, développement des interventions en structures médico-sociales ;
- renforcement de la pertinence de l’admission et du maintien en HAD ;
- diversification des modes de prise en charge (activité polyvalente) ;
- intégration dans l’offre de soins ambulatoire (gradation des soins) avec coopérations avec les autres intervenants du domicile (subsidiarité).

En application de cette circulaire, le Schéma régional d’organisation des soins (SROS) de l’Ile-de-France fixe un objectif de création d’environ 1100 places à échéance du SROS (2017) et 1500 places à l’horizon 2018.

2. DEVELOPPEMENT DE L’HAD EN ILE-DE-FRANCE

L’offre d’HAD en Ile-de-France est représentée par 14 structures correspondant à 2 442 places et 882 346 journées en 2013. Trois opérateurs ont une aire géographique d’intervention régionale et représentent 91 % de l’activité. Le taux de recours régional moyen est de 20 patients par jour pour 100 000 habitants.

Le développement de l’offre d’HAD en Ile-de-France sera réalisé soit par le développement des opérateurs historiques soit par la création de nouvelles structures d’HAD. Dans tous les cas, il s’agira d’autorisations d’HAD polyvalente. L’efficacité des structures implique une taille critique estimée a minima à plus de 9000 journées par an. Les projets doivent s’articuler avec les groupements hospitaliers de territoire.

Le développement de l’HAD se fera dans les zones identifiées comme prioritaires. Elles apparaissent en rouge sur la carte (page 9) et correspondent à un taux de recours inférieur à 10 patients par jour pour 100 000 habitants sur une moyenne glissante calculée sur les années 2012 à 2014 excluant les journées relatives au mode de prise en charge 20 (retour précoce à domicile après accouchement).

3. DEFINITION DE L’HAD

L’HAD est une modalité d’hospitalisation à part entière au sens de l’article L.6122-1 du Code de la santé publique ; elle apporte au domicile des patients, pour une période limitée mais révisable en fonction de l’évolution de l’état de santé des patients, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. La prise en charge en HAD intègre la prise en compte de l’ensemble des besoins de la personne sur les plans sanitaire et psychosocial. La complexité, l’intensité, la technicité et la continuité des soins qu’elle met en œuvre ainsi que l’équipe pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée qu’elle mobilise, la distinguent des interventions au domicile du secteur ambulatoire et des services médico-sociaux.

La notion de domicile a été étendue aux établissements avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles (décret de septembre 2012).

Les structures d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Elles sont notamment tenues d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins 24h/24 (y compris les dimanches et jours fériés), et sont certifiées par la Haute Autorité de santé. Les articles D.6124-306 et suivants du Code de la santé publique fixent les conditions techniques de fonctionnement qui s'imposent à toute structure réalisant une activité en HAD.

Enfin, elles sont soumises au contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux (articles D. 162-9 à D. 162-16 du Code de la sécurité sociale).

4. MISSIONS DE L'HAD

L'HAD constitue un dispositif pluridisciplinaire de prise en charge coordonnée au domicile, en lien avec le médecin prescripteur, le médecin traitant, le pharmacien d'officine, l'ensemble des professionnels de santé libéraux et les aidants. Elle contribue au maintien et au soutien au domicile, afin de raccourcir ou d'éviter les hospitalisations qui peuvent être des facteurs d'une part d'aggravation, d'autre part de désadaptation sociale et/ou scolaire chez l'enfant, professionnelle chez l'adulte.

Ces établissements sont généralistes et polyvalents, les malades étant pris en charge dans leur globalité. Toutefois, toute structure d'HAD peut développer des activités particulières qui ne remettent pas en cause sa polyvalence.

Les prises en charge sont nécessairement pluri-professionnelles et nécessitent pour les équipes d'HAD un temps important de coordination, notamment pour assurer la cohérence entre les trois volets clinique, psychologique et social du projet thérapeutique. Dans le cadre d'une approche globale de la personne reposant entre autres sur des ressources psychosociales, l'HAD, avec les autres acteurs de santé du maintien à domicile, est ainsi un maillon qui contribue dans sa prise en charge à aider les personnes vulnérables confrontées à la précarité et à réduire les inégalités territoriales et sociales.

L'HAD s'inscrit dans un processus de soins gradués, la prise en charge par les professionnels libéraux ou par les services de SIAD étant envisageable dès lors que le patient est suffisamment amélioré. A contrario si l'état du patient devient incompatible avec un maintien à domicile ou si l'environnement familial ne peut plus assumer son accompagnement, une orientation vers une hospitalisation conventionnelle doit pouvoir être engagée. En tant que structure intégrée au tissu sanitaire local et travaillant en étroite liaison (rattachement, conventions, ...) avec les établissements et services existants, l'HAD favorise les échanges et les transferts de savoir-faire et de bonnes pratiques entre équipe HAD/patient/aidant et la continuité des actions des professionnels de santé libéraux dans le parcours de soins (possibilité de poursuivre la prise en charge au domicile du patient déjà connu, au-delà de la phase en HAD).

Les personnels participant à l'HAD bénéficient d'actions de formation continue établies en liaison avec les médecins de la structure HAD et des services prescripteurs.

5. FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE D'HAD

5.1 PERSONNEL

Toute structure d'HAD doit mobiliser les ressources médicales nécessaires pour la coordination et la continuité des soins et pouvoir disposer de temps de psychologue et assistante sociale. D'autres intervenants médicaux et paramédicaux salariés ou libéraux sont sollicités pour compléter les prises en charge : infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, diététiciens....

Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation, aides-soignants sont appréciés en fonction de la nature et du volume de l'activité effectués, ainsi que de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques.

Les professionnels peuvent être :

- salariés de la structure,
- salariés de toute personne morale (ayant passé convention),
- d'exercice libéral.

5.2 PATIENTS RELEVANT DE L'HAD

Sont admis en HAD les patients qui :

- nécessitent des soins complexes et coordonnés comportant une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins techniques quasi-quotidiens (infirmiers, de kinésithérapie, orthopédiques,...) et psychologiques, formalisés dans un projet thérapeutique englobant les aspects cliniques et psychosociaux. Ces soins incluent les dimensions préventives et éducatives tant pour le patient que pour son entourage.
- peuvent bénéficier de trois catégories de soins :
 - o des soins ponctuels, techniques et complexes fréquemment réitérés (par exemple en chimiothérapie) ;
 - o des soins continus, de durée non déterminée (pathologie évolutive) ;
 - o des soins de réadaptation au domicile à durée déterminée (prise en charge après une phase aiguë).

Ne relèvent pas de l'HAD les patients :

- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent ;
- qui relèvent uniquement de soins à l'acte ou de soins infirmiers à domicile (SIAD) ;
- qui relèvent uniquement de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale (malades pris en charge par des structures spécialisées dans ce type de soins) et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.

L'absence d'entourage n'est pas à elle seule un critère d'exclusion de l'HAD.

5.3 PROJET THERAPEUTIQUE

L'admission en HAD ainsi que la sortie sont faites sur prescription du médecin traitant ou du médecin hospitalier (public ou privé) et après avis du médecin coordonnateur. L'HAD ne peut se réaliser qu'avec l'accord du médecin traitant. Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge.

L'évaluation médicale initiale du patient réalisée, un projet thérapeutique est établi par l'équipe de l'HAD pour chaque patient en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire du service prescripteur et le médecin traitant. Ce projet prend en compte les besoins d'aide à domicile supplémentaires (aide-ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile).

Le projet thérapeutique formalise l'ensemble des soins requis par l'état du patient ; il définit le contenu, la nature et la fréquence des interventions de l'équipe soignante. Il comporte en outre l'évaluation de la faisabilité de la mise en place de l'HAD, les résultats à atteindre et les relais à organiser en vue de la sortie d'HAD. Il est régulièrement réévalué en fonction de l'état du patient, au moins une fois par semaine. L'éducation du patient et de son entourage fait partie des attributions des intervenants en HAD.

Le médecin traitant, praticien exerçant à titre libéral, est choisi librement par le malade. Lorsque des professionnels libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...) intervenaient déjà, le choix d'une poursuite des soins avec ces mêmes personnes doit être proposé. Il est recommandé que des réunions pluridisciplinaires de coordination des intervenants aient lieu au sein de la structure, associant les intervenants libéraux.

5.4 CIRCUIT DU MEDICAMENT

Les établissements d'HAD ont le choix entre deux types d'organisation pour l'obtention des produits de santé :

- Pharmacie à usage intérieur (PUI) sous la responsabilité d'un pharmacien gérant, qui assure
 - la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles ;
 - et le cas échéant la réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques pour le compte des patients en HAD.

Cette PUI peut confier à des pharmaciens d'officine une partie de la gestion, de l'approvisionnement, du contrôle, de la détention, de la dispensation des médicaments non réservés à l'usage hospitalier.

- En l'absence de PUI, recours à des pharmaciens d'officine ayant passé des conventions de partenariat signées pour chaque patient pris en charge. Pour les médicaments réservés à l'usage hospitalier, outre l'approvisionnement direct auprès des entreprises pharmaceutiques (fabricants), il leur est possible de s'approvisionner dans le cadre d'une convention auprès de pharmacies à usage intérieur d'autres établissements de santé.

Les établissements d'HAD, dotés ou non d'une PUI, doivent développer un système d'assurance qualité de leur circuit du médicament permettant de :

- garantir le respect des modalités de prescription ;
- garantir le respect des modalités de dispensation (accès au dossier de soins, analyse pharmaceutique)
- garantir la traçabilité de la dispensation jusqu'à l'administration des produits.

6. OBJECTIFS DE QUALITE

Les objectifs de qualité visent à mettre en œuvre le Schéma d'organisation sanitaire, notamment au regard de l'accessibilité, de la pertinence à l'entrée et à la sortie, de la subsidiarité avec les autres intervenants dans le parcours de santé du patient, de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la continuité et de la prise en charge globale du patient.

6.1 ACCESSIBILITE

Encore trop centrée sur la diminution de la durée d'hospitalisation, l'HAD doit développer sa fonction de substitution à ladite hospitalisation :

- Diversifier les types de prescriptions en développant notamment les prescriptions depuis la ville ou en aval des urgences.
- Diversifier les types de prises en charges en particulier en ce qui concerne les pathologies chroniques (insuffisance cardiaque ou respiratoire).
- Diversifier les lieux de prise en charge en intervenant davantage dans les structures médico-sociales.

Par ailleurs la structure d'HAD doit offrir une réponse d'accompagnement psycho-social pour favoriser le retour à domicile.

Ces évolutions impliquent :

- Une communication avec l'ensemble des partenaires de terrain pour se faire connaître.
- L'utilisation de Via-Trajectoire <https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/>
- Une réflexion sur la réactivité du déclenchement de l'HAD afin de pouvoir organiser une HAD dans un délai adapté au besoin du patient (sans ré-hospitalisation conventionnelle).

- L'organisation d'une discussion des dossiers de patients non-admis associant les demandeurs.
- La mise en œuvre de dispositifs d'aide à l'accompagnement des personnes vulnérables.

6.2 PERTINENCE

La réflexion sur la pertinence doit intervenir à l'occasion de l'admission (pertinence à l'entrée) et à chaque phase d'évolution de l'état du patient (pertinence du maintien).

- Communiquer sur les critères d'éligibilité à l'HAD avec des exemples concrets par mode de prise en charge.
- Discuter au moins une fois par semaine de la pertinence du maintien de l'HAD, en lien avec le médecin traitant.
- S'articuler avec l'ensemble des structures d'orientation, en particulier au sein des filières gérontologiques, afin de contribuer à la fluidité du parcours du patient.

6.3 SUBSIDIARITE ENTRE ACTEURS DU MAINTIEN A DOMICILE

L'enjeu du développement de l'HAD réside dans l'organisation d'un continuum dans le parcours par l'ensemble des acteurs du maintien à domicile : nécessaire subsidiarité avec les secteurs ambulatoire et médico-social.

- Développer une culture commune avec les acteurs hospitaliers et les acteurs ambulatoires grâce à des formations et des protocoles partagés, pour la construction d'un travail en équipe.
- Partager un support d'information entre HAD et les autres acteurs de la prise en charge à domicile.
- Formaliser les relations avec les partenaires environnants.
- Travailler au partage des évaluations pour un même patient entre partenaires, assistantes sociales, équipes mobiles, équipes d'HAD, etc.
- Apporter une suite à toute sollicitation, ce qui peut nécessiter l'orientation du demandeur, en cas de besoin, vers un acteur plus adapté pour lui répondre.
- Collaborer étroitement avec le médecin traitant, que celui-ci soit le prescripteur ou non de l'HAD.
- Collaborer étroitement avec les autres intervenants libéraux.
- Favoriser la télésurveillance et la téléconsultation à domicile ; évaluer leur impact.
- Envoyer rapidement le courrier de fin d'hospitalisation à tous les acteurs du suivi du patient.

6.4 EXPERIENCE DU PATIENT

Le patient et son entourage sont par essence au centre de la prise en charge et les plus impliqués dans le suivi des interventions. Recueillir et utiliser leur expérience sont des facteurs clés pour l'amélioration du parcours de santé du patient.

- Recueillir les plaintes et les suggestions des patients et de leur entourage ; leur faire un retour sur les actions engagées, à communiquer également au médecin traitant.
- Veiller au respect du libre choix du patient dans son parcours de soins et de santé.
- Assurer la continuité des soins.
- Développer l'accès à des programmes d'éducation thérapeutique pour le patient et les aidants.

7. EVALUATION

Le suivi des indicateurs est un moyen d'évaluer le changement dans le cadre d'une démarche plus globale ; il est inutile de mesurer un indicateur si cette mesure n'est pas utilisée pour une analyse de l'organisation et des pratiques, analyse conduisant à un plan d'action. Chaque structure fait un choix d'indicateurs à suivre en fonction de ses priorités d'action, à présenter dans le dossier promoteur.

Les indicateurs précédés d'un * sont issus de la circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 et suivis dans ScanSanté <http://www.scansante.fr/accueil-champ-had?secteur=HAD>. L'ARS Ile-de-France conduira des enquêtes prospectives, sur une période limitée, pour le suivi de certains indicateurs correspondant à des priorités régionales et dont les données ne seraient pas accessibles dans des bases de données.

Le rythme de suivi est annuel.

Part des patients âgés de 60 ans et plus : nombre de patients, nombre de séjours par patient et nombre de journées par patient âgé de 60ans et plus / total des patients

*Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique, chimiothérapie anticancéreuse, soins palliatifs)

*Part des séjours en HAD à partir du domicile (distinguer prescription de ville et prescription d'établissement de santé)

*Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents en établissements sociaux et médico-sociaux

Nombre de médecins de ville ayant fait appel directement à l'HAD pour adresser un patient

Nombre d'actions de formation associant personnel de l'HAD et intervenants extérieurs

Nombre de protocoles de soins ou procédures communs avec des intervenants extérieurs à l'HAD

Nombre de partenariats avec des services de soins infirmiers

Nombre de partenariats avec des établissements médico-sociaux

Taux d'admission dans les 24 heures suivant la demande (distinguer prescription de ville et prescription d'établissement de santé)

Délai entre la date souhaitée et la date de début de l'HAD : suivi possible sur Via-Trajectoire (tableau de bord et statistiques issues de l'Observatoire)

Nombre de non-admissions en HAD : par type de prise en charge, par type de demandeur

Nombre de réunions de concertation pluridisciplinaires HAD avec participation d'intervenants extérieurs à l'HAD (médecins, infirmiers, pharmaciens d'officine, kinésithérapeutes,...)

Nombre de contacts avec les médecins prescripteurs d'HAD au cours d'un séjour de patient

Nombre d'infirmiers libéraux ayant suivi des patients en HAD ; taux d'interventions des infirmiers libéraux / total infirmiers salariés + libéraux

Nombre de kinésithérapeutes libéraux ayant suivi des patients en HAD

Nombre de sages-femmes libérales ayant suivi des patients en HAD

Taux de patients sortis d'HAD avec un relai de la prise en charge par un service de SIAD (soins infirmiers à domicile) ou un SPASAD (service polyvalent de soins et d'aide à domicile)

Score de l'indicateur pour la qualité et la sécurité des soins Ipaqss « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC) <http://www.scopesante.fr/#/>

*Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7j/7

*Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7j/7

Nombre de réponses sur des actions engagées à la suite de réclamation / Nombre de réclamations recueillies

Nombre de patients participant à des programmes d'éducation thérapeutique

*Nombre de patients bénéficiant d'une télésurveillance

8. TEXTES DE REFERENCE

<http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had-espace-documentaire-juridique-et-professionnel.html>

Schéma régional d'organisation des soins SROS-PRS-1 2013-2017 de l'Ile-de-France, volet hospitalier, révisé en mars 2015.

Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile applicable au 1er mars 2013, publié au Bulletin officiel : Fascicule spécial n° 2013/7 bis. Il est l'annexe de l'arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004.

Décrets n° 2012-1030 et n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention et aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Article 7 du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation et créant au chapitre IV du titre II du livre Ier de la sixième partie du Code de la santé publique (partie réglementaire) une section 3 bis intitulée : « Etablissements d'hospitalisation à domicile ».

Code de la santé publique dans sa partie législative, notamment l'article L.611-1 « Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux » ; les articles L.6122-1 et L.6125-2. « Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds ».

Code de la santé publique dans sa partie réglementaire, notamment l'article R.6121-4-1 et les articles D.6124-306 à 311. « A chaque établissement d'hospitalisation à domicile correspond une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L.6122-1 ».

Haute Autorité de santé. Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments en hospitalisation incluant le secteur en HAD. 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718493/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments-en-hospitalisation-incluant-le-secteur-en-had

Haute Autorité de santé. IPAQSS 2014 - HAD : généralisation d'un recueil d'indicateurs de qualité dans les structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894788/fr/ipaqss-2014-had-generalisation-dun-recueil-dindicateurs-de-qualite-dans-les-structures-d-hospitalisation-a-domicile-had

Haute Autorité de santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé avril 2011.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011

Haute Autorité de santé. Pertinence du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à domicile : analyse économique et organisationnelle 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1696038/fr/pertinence-du-developpement-de-la-chimiotherapie-en-hospitalisation-a-domicile-analyse-economique-et-organisationnelle

9. GROUPE DE TRAVAIL POUR L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT

Martine Andrieu, stratégie HAD de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Dominique Bulard, Union régionale des professionnels de santé (URPS) infirmiers

Claude Cabin, URPS masseurs-kinésithérapeutes

José Clavéro, URPS médecins

Emmanuel d'Abboville – Responsable mercatique de l'HAD Santé Service

Catherine Guatterie, directrice adjointe de l'HAD Santé Service

Elisabeth Lesfargues, directrice de l'HAD Croix-Saint-Simon

Mireille Minchin, directrice des soins de l'HAD Croix-Saint-Simon

Jean-Jules Morteo, URPS infirmiers

Laurence Nivet, directrice de l'HAD AP-HP

Chloé Planchon, HAD 78, groupe Korian

Claude Planquette, HAD 77

Laurence Rolland-Burger, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU), AP-HP

Marc Sévène, HAD SSR St Denis

Matthieu de Stampa, président du Comité consultatif médical HAD AP-HP

Agence régionale de santé de l'Ile-de-France :

Agnès Caradec-Useo, Annaïg Durand, Anne-Jil Dupouy, Claire Génety, Valérie Godinot, Catherine Gueudin, Marina Martinowsky

Groupe de lecture :

Michel Calmon, directeur de l'HAD Santé Service. Pascal Charpentier, médecin DIM à l'UGECAM. Annick Hamon, médecin coordonnateur à l'HAD Santé Service. Odile Marquestaut, médecin coordonnateur à l'HAD AP-HP. Pierre de Montalembert et Philippe Soulié, FHF Ile-de-France. Jacky Nizard, professeur de gynécologie-obstétrique à l'AP-HP.

Taux de recours HAD Toutes PeC - hors code 20 Moyenne 2012-2013-2014

Nombre de prises en charge

 par jour pour 100 000 habitants :

