



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2227929J (numéro interne : 2022/219)
Date de signature	10/10/2022
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de soins d'hospitalisation à domicile
Commande	Mettre en œuvre le nouveau régime des autorisations d'activité de soins d'hospitalisation à domicile.
Actions à réaliser	Prendre en compte dans les travaux de rédaction des Projets régionaux de santé (PRS) 2023-2028 le futur régime d'autorisation des activités de soins ; Accompagner les évolutions de l'offre issues du nouveau régime.
Echéances	Mise en œuvre dans le cadre de la publication des projets régionaux de santé 2023-2028 au plus tard au 1 ^{er} novembre 2023 et poursuite des actions les années suivantes
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau des prises en charge post-aigües, pathologies chroniques et santé mentale (R4) Marc BEFFA Tél. : 01 40 56 67 36 Mél. : marc.beffa-gorse@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	12 pages + 2 annexes (6 pages) Annexe 1 – Conventions relatives à la mise en œuvre de l'autorisation d'HAD Annexe 2 – Conventions relatives à l'articulation entre HAD et établissement et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

Résumé	La présente instruction précise les modalités de mise en œuvre de la réforme de l'activité de soins d'hospitalisation à domicile et détaille les orientations à retenir pour la rédaction des schémas régionaux de santé dans leur versant relatif à l'hospitalisation à domicile en vue de la délivrance des nouvelles autorisations d'activité de soins.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Hospitalisation à domicile (HAD), domicile, autorisation.
Classement thématique	Etablissements de santé - Organisation
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds ; - Article L. 6122-13 du code de la santé publique ; - Articles R. 6122-32 et R. 6122-35 du code de la santé publique ; - Articles D. 6124-204 et D. 6124-205 du code de la santé publique ; - Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile ; - Arrêté du 11 février 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les arrêtés des 14 octobre et 10 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé et établissements sociaux et médico-sociaux
Validée par le CNP le 30 septembre 2022 - Visa CNP 2022-110	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'hospitalisation à domicile (HAD) assure une offre à part entière, capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés ainsi que d'agréger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet dans une logique de proximité. Elle constitue une réponse au souhait croissant des français d'être soignés chez eux.

Avec 155 000 patients hospitalisés en France en 2021 dans 282 établissements, l'HAD bénéficie en France d'un niveau de structuration nationale sans égal au niveau européen. Durant la crise, sa mobilisation a permis d'apporter un appui sanitaire aux EHPAD, d'éviter des hospitalisations et de fournir des solutions d'aval aux hôpitaux en tension.

En 2021, l'HAD représentait :

- ⇒ 282 établissements dont :
 - 108 établissements publics
 - 113 établissements privés non lucratifs
 - 61 établissements privés lucratifs
- ⇒ 155 000 patients en 2021 pris en charge pour 6,7 millions de journées dont :
 - 1,5 millions dans le public
 - 3,8 millions dans le privé à but non lucratif
 - 1,4 millions dans le privé lucratif
- ⇒ Prises en charge principales (en nombre de patients) : soins palliatifs (28%), pansements complexes (25%), soins de nursing lourds, (8%).

Si l'HAD dans son ensemble a fait preuve, en particulier durant la crise sanitaire, d'une capacité de mobilisation importante, l'offre nationale demeure néanmoins hétérogène. Par ailleurs, l'HAD est insuffisamment connue et prescrite et souvent insuffisamment intégrée dans les filières de soins et les parcours patients. De ce fait, la part des séjours en HAD est insuffisante au regard de son potentiel et, malgré son indéniable apport, ne permet pas de réduire la durée des séjours en hospitalisation avec hébergement ni de prévenir d'éventuelles hospitalisations conventionnelles. Pour structurer des liens de confiance pérennes avec les prescripteurs et construire des parcours patients efficaces, la réactivité des établissements d'HAD comme l'anticipation et l'organisation structurée des sorties par les établissements prescripteurs sont des éléments majeurs.

Face à ces constats, il importe d'être plus ambitieux dans le recours à l'HAD et désormais de poursuivre un double objectif, quantitatif et qualitatif.

La présente réforme fait de l'HAD une activité de soins à part entière. L'offre d'HAD doit adapter ses prises en charge et élargir son périmètre d'intervention. Les HAD doivent, à terme, être en capacité d'offrir, seules ou en partenariat, un éventail de compétences diversifiées.

Ainsi, il est attendu de l'HAD qu'elle constitue une offre de soins :

- accessible à tous sur son lieu de vie, complémentaire de la ville et de l'hôpital ;
- de qualité, répondant aux exigences de sécurité de tout établissement de santé et à même de se substituer efficacement à l'hospitalisation conventionnelle ;
- réactive, en capacité d'intervenir en aval hospitalier, en évitement de tout ou partie d'un séjour en établissement avec hébergement et en appui sanitaire sur le lieu de vie des personnes âgées, en situation de handicap ou de précarité.

Pour concrétiser cet objectif et développer cette offre de soins dans les 5 années à venir, la feuille de route HAD 2021-2026 établit des priorités partagées avec les acteurs de l'HAD. Les représentants des partenaires hospitaliers et libéraux de l'HAD ont été associés à son élaboration.

Parmi celles-ci, le développement des prises en charge spécialisées telles que la pédiatrie et la périnatalité ; la gériatrie ; la cancérologie ; la réadaptation ; la transfusion sanguine ; la prise en charge des maladies neurodégénératives et les soins palliatifs constitue un objectif particulièrement important.

Ce développement s'appuie notamment sur l'élaboration de partenariats formalisés avec les établissements d'hospitalisation avec hébergement dont il conviendra de s'assurer de l'effective opérationnalité.

La déclinaison en région de la feuille de route HAD 2021-2026 bénéficie d'un appui de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans le cadre de la communauté de pratiques des référents HAD en agence régionale de santé (ARS) qu'elle anime.

Les objectifs concernant le développement de l'offre d'HAD au sein du système de santé sont que :

- les établissements d'HAD poursuivent leur engagement dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de réactivité et d'organisation ;
- les établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, intègrent davantage l'HAD dans le parcours de soins, y compris sur de nouveaux segments d'activité et de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
- les médecins libéraux prescrivent un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation avec hébergement peut être évité.

Vous veillerez à la mise en œuvre de cette réforme en prenant en compte ces orientations dans la rédaction des schémas régionaux de santé 2023-2028.

1. Mise en œuvre de la réforme des autorisations

La réforme des autorisations, dont l'entrée en vigueur aura lieu en 2023 fait de l'HAD, à l'instar des activités de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, soins de suite et de réadaptation (SSR) – soins médicaux et de réadaptation (SMR) au 1^{er} juin 2023 – ou encore de psychiatrie, une activité de soins à part entière, n'appartenant plus à un régime d'exception et disposant de conditions d'implantation (CI) et de conditions techniques de fonctionnement (CTF) propres. Elle renforce les exigences associées à l'autorisation d'HAD et simplifie le cadre de ses interventions pour en favoriser la réactivité et la bonne intégration dans les filières de soins.

1.1. Création d'une activité de soins d'HAD à part entière

[L'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021](#) portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds fait de l'HAD une activité de soins à part entière. La notion d'« établissement d'hospitalisation à domicile » disparaît désormais au profit de celle de « titulaire d'autorisation d'activité de soins d'HAD ».

Le [décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation](#) et le [décret du 31 janvier 2022 n° 2022-102 relatif aux conditions techniques de fonctionnement](#) de l'activité d'HAD définissent le régime de la nouvelle activité de soins d'HAD. Cette nouvelle activité est déclinée en quatre mentions :

- **Socle** : ensemble des prises en charge à l'exception de celles entrant dans le périmètre des autres mentions¹ ;
- **Réadaptation** : ensemble des prises en charge de réadaptation répondant aux critères définis par le décret CTF (au moins 5 actes par semaine dispensés par au moins deux professions de santé différentes) ;
- **Enfants de moins de trois ans** : ensemble des prises en charge réalisées sur les enfants de moins de trois ans, dont la néonatalogie² ;
- **Ante et post-partum** : ensemble des prises en charge réalisées dans le cadre du suivi ante et post partum intégrant une dimension pathologique.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs mentions. Les établissements précisent, dans leur demande d'autorisation, le type de patients accueillis. Ils justifient, le cas échéant, des exigences complémentaires demandées pour certaines prises en charge, telles que l'oncohématologie pédiatrique ou la néonatalogie.

¹ Les enfants en soins palliatifs peuvent être pris en charge par une HAD de mention « socle » exclusive quel que soit leur âge, sous réserve du recours à une expertise pédiatrique.

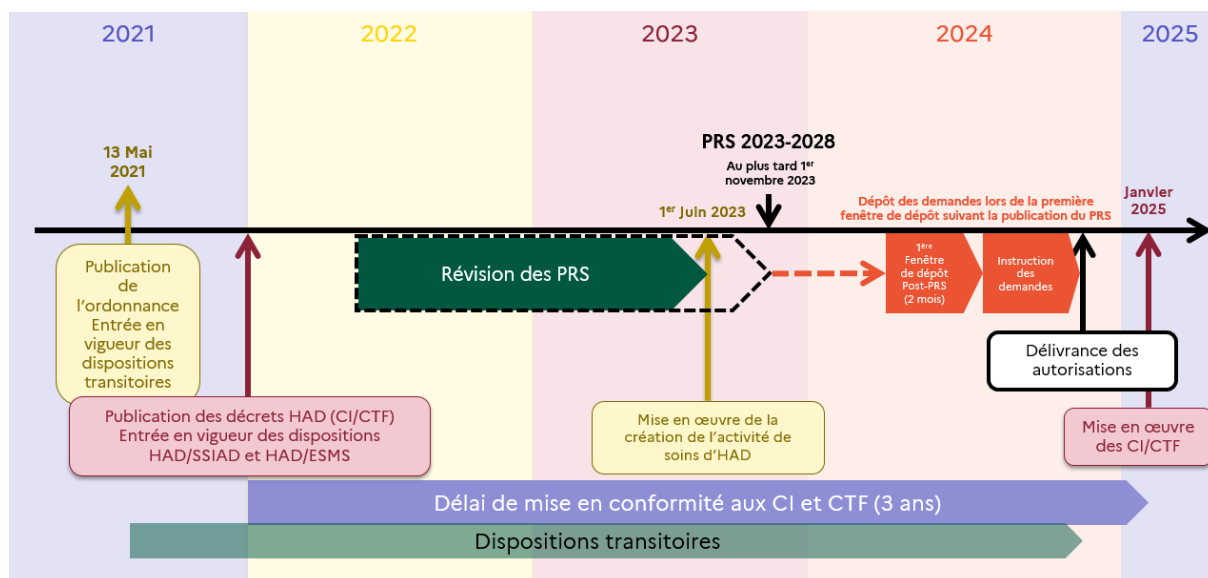
² Les nouveau-nés dont la mère est prise en charge en post partum peuvent-être pris en charge dans la même HAD que leur mère.

Concernant la prise en charge en cancérologie, les décrets relatifs au traitement médicamenteux systémiques du cancer ne modifient pas le régime de l'établissement « associé » en cancérologie. Il est nécessaire de passer convention avec les établissements autorisés avec lesquels les établissements d'HAD travaillent en collaboration et de respecter les dispositions transversales applicables aux établissements associés, qui seront reconnus contractuellement par l'ARS.

1.2. Calendrier de mise en œuvre

Les nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement entrent en vigueur au 1^{er} juin 2023, les schémas régionaux de santé prennent en compte ces dispositions au plus tard le 1^{er} novembre 2023.

Le calendrier ci-après détaille les différentes étapes de mise en œuvre de la réforme :



1.3. Prolongation des autorisations actuelles et délivrance des nouvelles autorisations

Depuis le 13 mai 2021, date de publication de l'ordonnance n° 2021-583 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, les autorisations actuelles délivrées sous la forme d'HAD sont prolongées jusqu'à l'intervention d'une décision de l'ARS prenant en compte le nouveau régime d'autorisation d'activité de soin d'HAD. L'ensemble des établissements actuellement autorisés sous forme d'HAD doivent, s'ils souhaitent poursuivre leur activité, déposer un dossier répondant aux nouvelles CI et CTF, à la date de leur application, lors de la 1^{ère} fenêtre de dépôt des demandes d'autorisations qui suit la publication du SRS 2023-2028. En l'absence de dépôt de demande, leur autorisation prend fin le lendemain de la clôture de la fenêtre de dépôt.

1.4. Délai de mise en conformité

Compte tenu des obligations nouvelles introduites par la réforme et de la nécessité d'assurer une période de transition vers le nouveau régime, il est laissé aux établissements d'HAD un délai de mise en conformité de trois ans à compter de la publication des décrets conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement.

Il ne peut donc être requis des établissements d'être en conformité aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement à la date de délivrance de leur autorisation. L'engagement à être en conformité avec les dispositions des décrets est inscrit dans le dossier de demande d'autorisation.

1.5. Regroupement, conversion, cession, ou suspension d'autorisations d'activités de soins délivrées sous la forme d'HAD

Les dispositions relatives à la prolongation des autorisations concernent uniquement leur durée de validité. Elles ne font donc pas obstacle au regroupement ou à la conversion des activités de soins réalisées conformément à l'article R. 6122-32 ou à une cession réalisée conformément à l'article R. 6122-35 du code de la santé publique (CSP).

Les dispositions de l'ordonnance du 12 mai 2021 et des décrets s'appliquent dans ces situations de la même façon que pour l'ensemble des autorisations délivrées sous la forme d'HAD, c'est-à-dire jusqu'à l'entrée en vigueur des nouvelles autorisations d'activité de soins.

1.6. Devenir de la dérogation à l'obligation de mention socle en cas de cession ou regroupement d'autorisation

Dans l'hypothèse d'un regroupement ou d'une cession d'autorisation d'obstétrique, de soins de suite et de réadaptation ou de néonatalogie délivrée sous la forme d'HAD avant le 1^{er} janvier 2022, le nouveau titulaire de l'autorisation bénéficie de la dérogation à l'obligation de disposer d'une mention « socle » prévue à l'article 3 du décret du 31 décembre 2021.

1.7. Non-respect des engagements

En toute hypothèse, en l'absence de conformité aux engagements pris à la date d'expiration du délai, soit en janvier 2025, le régime du droit des autorisations est applicable. Les nouvelles autorisations pourront faire l'objet d'une procédure d'injonction et, le cas échéant, de suspension telle que prévue à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

2. Schéma régionaux de santé

Le Projet Régional de Santé (PRS) se décline en un unique schéma régional de santé (SRS) intégrant l'évaluation des besoins de santé et la définition des modalités de réponses à ces besoins. Le SRS détermine la place et le rôle attendus des services de santé et a pour objectif premier d'approfondir, de renforcer et de fluidifier les parcours de santé dans leur ensemble. Il comporte les éléments indispensables à la planification des activités de soins et fixe les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS).

La réforme des autorisations d'activité de soins constitue, à l'occasion de la délivrance des nouvelles autorisations, une opportunité pour interroger la structuration de l'offre de soins territoriale au regard des besoins de la population du territoire. L'évaluation des besoins préalables à l'élaboration des SRS doit comporter les éléments définis dans l'article R. 1434-4 du CSP, notamment :

- Une dimension prospective des besoins de santé ;
- Des éléments relatifs à la continuité des parcours de santé, l'identification d'éventuels points de rupture au sein de ces parcours et les difficultés de coordination entre professionnels, établissements ou services.

Vous veillerez particulièrement à tenir compte dans ce diagnostic des inégalités sociales et territoriales de santé et de la démographie des professionnels de santé et de sa projection. Dans cette perspective, la préservation des équilibres territoriaux existants actuellement au bénéfice du patient est souhaitable lorsque la couverture territoriale est satisfaisante.

Chaque autorisation de mention obéit à des enjeux de planification et à des objectifs distincts. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins doivent donc être déclinés par zone, pour chacune des mentions.

2.1. Développement de l'activité

Le développement de l'HAD doit se poursuivre selon les exigences suivantes :

- favoriser l'évitement du recours à l'hospitalisation avec hébergement ;
- favoriser le positionnement de l'HAD sur les prises en charge complexes, dans une logique de complémentarité et de coopération avec l'ensemble des acteurs du domicile ;
- assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins inhérentes à tout établissement de santé ;
- intégrer pleinement l'HAD dans les parcours de soins territoriaux, en synergie avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

L'offre HAD pourra ainsi contribuer à mieux répondre aux attentes des patients et des aidants et à davantage fluidifier les parcours de soins.

Il est demandé aux agences régionales de santé d'engager une réflexion, au regard des nouvelles conditions d'implantation et techniques de fonctionnement, sur la capacité de chaque établissement d'HAD à répondre aux exigences précédemment rappelées. La qualité, la réactivité, la continuité des soins et la capacité à assurer des prises en charge complexes en amont et en aval hospitalier doivent constituer des éléments déterminants dans l'étude des demandes d'autorisations.

Au vu de la diversité des situations et de l'objectif de pertinence et de complémentarité qui doit guider le développement de l'HAD, il n'est pas jugé adéquat de fixer un taux cible national de recours à l'HAD pour les territoires. Pour accompagner l'analyse territoriale, les indicateurs de suivi qui intègrent les demandes de l'ensemble des prescripteurs : établissements de santé avec hébergement, établissements sociaux et médico-sociaux et premier recours sont disponibles à la maille régionale [sur le site de l'ATIH](#).

2.2. Aire d'intervention géographique

L'objectif de la réforme est de favoriser l'accès à des soins de qualité, au domicile, sur l'ensemble du territoire. Dans le cadre des travaux de rédaction du projet régional de santé et dans la perspective d'une amélioration du taux de couverture, en particulier dans les territoires où l'offre serait insuffisante d'un point de vue qualitatif comme quantitatif, les moyens d'atteindre ces objectifs à échéance du schéma régional de santé doivent être interrogés, en concertation avec les acteurs locaux.

Les autorisations d'activité d'HAD peuvent comporter une (mention « socle ») ou plusieurs mentions (une ou l'ensemble des mentions spécialisées : réadaptation ; enfants de moins de trois ans ; ante et post partum). Le dossier de demande d'autorisation sera unique, quel que soit le nombre de mentions demandé.

Une coopération entre l'HAD ou les HAD de mention socle, ne disposant pas de mention spécialisée, autorisée sur le territoire, doit être organisée avec l'HAD de mention spécialisée afin de faciliter la mise en œuvre en proximité des soins non spécialisés. Cette articulation de l'offre entre les deux structures doit obligatoirement être organisée par convention, celle-ci devant indiquer précisément, au vu des soins réalisés et des interventions effectuées, l'établissement responsable, du point de vue administratif et organisationnel, de l'ensemble des soins, spécialisés ou non, effectués lors du séjour.

Concernant les aires d'interventions :

- Une aire d'intervention déterminée est définie pour chacune des mentions dont dispose un même établissement. Les aires d'interventions peuvent être différentes entre elles (ex : un établissement peut disposer d'une aire d'intervention plus vaste pour la mise en œuvre de son autorisation d'HAD de mention « anté et post partum » que pour son autorisation de mention « socle »), sous réserve du respect des conditions préalablement rappelées ;
- La superposition d'aires d'interventions associées aux mentions « socle » ou « spécialisées » de titulaires d'autorisation d'HAD différents est possible, y compris concernant des mentions identiques.

Afin que ces situations de superposition ne déséquilibrent pas la cohérence et la lisibilité de l'offre, vous veillerez à ce que le périmètre d'action prévu par aire d'intervention soit respecté par les établissements. Toute intervention en dehors de l'aire prévue dans l'autorisation doit s'inscrire dans le cadre d'une coopération telle que décrite ci-dessus.

Vous veillerez néanmoins, dans ce contexte, à ce que le découpage géographique des aires d'intervention assure la cohérence et la lisibilité de l'offre et garantisse, dans la mesure du possible, une couverture territoriale complète par l'offre d'HAD, en particulier dans les territoires ruraux.

2.3. Dérogation à l'obligation de disposer d'une mention socle

Les établissements disposant d'autorisation de soins de suite et réadaptation, obstétrique ou de néonatalogie sous forme d'HAD au 1^{er} janvier 2022 peuvent bénéficier des dérogations prévues à l'article 3 du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins d'HAD sous réserve qu'ils remplissent les conditions prévues au même article. Ils sont ainsi dispensés pour leur première demande d'autorisation de disposer d'une mention socle. Cette dérogation a pour objectif de préserver l'offre spécialisée existante sur le territoire et de ne pas imposer à ces établissements de se projeter à court terme dans un projet médical qui n'est pas en lien avec leur activité initiale. Cette dérogation est toutefois limitée à une durée de 7 ans.

Au cours de la période de mise en œuvre de la dérogation, vous serez vigilant à l'organisation, au moyen des obligations de conventionnement prévues par les décrets, de la bonne articulation entre les structures d'HAD spécialisées et les titulaires d'autorisations de mention « socle » intervenant sur un même territoire.

3. Continuité des soins

Vous serez particulièrement vigilants à la capacité des titulaires d'autorisation d'HAD à assurer la continuité des soins sur leur territoire d'intervention. Par principe, le recours à l'avis médical doit s'organiser en interne. Il peut par dérogation et avec l'accord du directeur général de l'ARS être organisé par convention avec un dispositif de permanence des soins ambulatoires.

La permanence téléphonique doit être assurée par un professionnel de santé relevant directement du titulaire. Par ailleurs, dans l'hypothèse de difficultés spécifiques au sein d'un territoire pour l'organisation de la continuité des soins, des solutions de coopérations favorisant la mise en place d'astreintes ou de permanences téléphoniques mutualisées entre HAD doivent être envisagées autant que possible en amont avec les acteurs. Vous veillerez dans ce contexte à ce que les organisations qui visent à mettre à disposition d'une autre HAD ou à mutualiser du personnel soient sécurisées par convention (cf. § 4.2 de la présente instruction).

4. Conventions et partenariats territoriaux

Il apparaît indispensable, en lien avec les orientations de la feuille de route stratégique, que les capacités et savoir-faire des établissements d'HAD soient connus des prescripteurs, notamment hospitaliers. Les partenariats avec les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR) présents sur le territoire constituent un levier important pour favoriser l'adressage vers l'HAD. Ces partenariats peuvent de surcroît permettre d'apporter aux établissements d'HAD les compétences qui leur permettront de développer leur activité sur de nouveaux segments.

Dans un contexte de refonte des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire arrivant à expiration, vous vous assurerez que les dispositions du VI de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique qui prévoient que les établissements assurant une activité de soins d'hospitalisation à domicile quel que soit leur statut soient associés de manière effective à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires, soient bien appliquées.

Ces situations doivent être abordées dans le cadre du dialogue entre titulaires d'autorisation d'HAD et établissements d'hospitalisation avec hébergement qui sera conduit afin de conclure les partenariats requis par les décrets. Vous veillerez à la bonne application de ce dialogue avec tous les établissements d'HAD du territoire concerné.

Il est donc recommandé, dans le cadre de votre dialogue de gestion avec les établissements de santé avec hébergement, d'évoquer la place du partenariat avec les HAD du territoire. Les coopérations fondées sur l'implantation de personnel de liaison appartenant à l'HAD au sein des établissements MCO constituent à cet égard un levier mobilisable afin de faciliter l'évaluation précoce des patients, en particulier en période de tension hospitalière.

Si ces partenariats sont essentiels avec tous les établissements de santé avec hébergement, ils le sont en particulier avec les hôpitaux de proximité, dont l'évolution des missions induit une relation étroite avec les HAD, ainsi qu'avec les structures médico-sociales, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont à cet égard un outil adéquat pour développer le recours à l'HAD.

4.1. Partenariats requis dans le cadre des CI-CTF

Les établissements répondent aux exigences en matière de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement à travers leurs ressources internes ou à travers des conventions passées avec les différents acteurs du secteur. Les conventions requises pour souscrire aux conditions d'implantations et aux conditions techniques de fonctionnement sont jointes au dossier de demande d'autorisation ou transmises au directeur avant l'expiration du délai de mise en conformité laissé aux établissements : 1^{er} janvier 2025 pour les conventions mentionnées dans le décret CI et 2 février 2025 pour les conventions mentionnées dans le décret CTF.

Les établissements choisissent librement la forme conventionnelle de leur coopération. Ils peuvent notamment créer entre eux un groupement de coopération sanitaire en vue de mutualiser leurs moyens pour répondre aux exigences associées à leur autorisation. La liste des éléments devant règlementairement être formalisés par convention est disponible en annexe. Ces éléments peuvent être intégrés le cas échéant dans une seule et même convention.

4.2. Mutualisation de personnels

La multiplicité des organisations mises en œuvre actuellement par les HAD nécessite de distinguer le personnel relevant directement du titulaire, exigé pour l'équipe de coordination et la mise en œuvre de la continuité des soins 24h/24 ; 7j/7, du personnel éventuellement mis à disposition par convention pour la réalisation de l'activité quotidienne de la structure. Les organisations mises en place ne doivent pas contrevenir à l'objectif de sécurité et de continuité des soins voulu par la réforme.

Pour ce faire, le personnel relevant directement du titulaire, s'il n'est pas dans une relation de salariat avec l'HAD doit :

- relever directement de l'autorité fonctionnelle du directeur de l'établissement d'HAD ou d'un membre de l'encadrement en ce qui concerne la fixation et le contrôle des conditions d'exécution du travail (horaires d'exercice, territoire couverts) ;
- être pleinement intégré à l'organisation du travail de la structure en particulier en matière d'accès et d'utilisation des systèmes d'information ;
- être intégré à la démarche d'amélioration des pratiques.

Les conventions conclues doivent établir de façon claire les éléments permettant d'apprécier le lien réel existant entre le titulaire de l'autorisation d'HAD et le personnel concerné.

A l'inverse, sont exclues de ce champ, les conventions telles que celles mentionnées à l'article D. 6124-197 qui organisent l'intervention des professionnels de santé libéraux ou d'autres structures pour le compte de l'établissement d'HAD. Vous apprécierez, dans le cadre de l'application des décrets, le respect des obligations au regard de l'organisation générale de l'établissement et des exigences de sécurité de l'activité concernée.

De par leur fonctionnement actuel, certaines spécialités sont concernées par une intégration particulièrement forte entre les équipes des structures partenaires et celles de l'HAD.

Le cas de l'HAD de réadaptation

De par son organisation actuelle, l'activité d'HAD de réadaptation dispose de règles spécifiques adaptées à son fonctionnement. L'activité d'HAD de réadaptation préalablement constituée concerne exclusivement la réadaptation des affections de l'appareil locomoteur ou du système nerveux. Plusieurs structures fonctionnent aujourd'hui dans le cadre d'un partenariat avec un établissement de soins de suite et de réadaptation (futurs soins médicaux et de réadaptation) d'hospitalisation complète.

Dans le cadre de la création de l'activité de réadaptation en HAD, la possibilité a été laissée aux établissements autorisés à la mention réadaptation de mettre en œuvre leur équipe de coordination dans le cadre d'une convention avec un établissement SMR partenaire, en particulier en ce qui concerne les compétences de médecine physique et réadaptation (MPR). Dans ce cas, une convention doit être établie entre les structures afin de définir les modalités de partenariat autour du projet de soin du patient. Aucune mention particulière de SMR n'est exigée pour l'établissement partenaire. La compétence du médecin MPR étant généralement l'élément qui justifie la mise en œuvre d'une coopération, les partenariats seront en pratique principalement conclus avec les SMR autorisés aux mentions « locomoteur » et « système nerveux ».

Les partenariats entre structures HAD et SMR devront être privilégiés sur chaque territoire faisant face à des tensions sur la démographie de MPR ou de rééducateurs.

5. Lien avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les dispositions des articles D. 6124-204 et D. 6124-205 du CSP relatives à l'intervention conjointe entre une HAD et un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SSIAD/SPASAD), futurs services autonomie à domicile, et à l'intervention de l'HAD en établissement social ou médico-social avec hébergement sont entrées en vigueur depuis le 3 février 2022. Elles remplacent les dispositions dérogatoires prévues par le III de l'article 21 de l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire qui sont supprimées par l'arrêté du 11 février 2022.

Vous veillerez à ce que les établissements d'HAD comme les établissements du secteur médico-social poursuivent la dynamique entreprise durant la crise sanitaire et se saisissent des leviers qui sont aujourd'hui à leur disposition. Dans ce contexte, l'articulation avec les futurs services autonomie à domicile et, le cas échéant, les équipes d'accompagnement renforcé à domicile intervenant dans le cadre des centres de ressource territoriaux pourra utilement être organisée.

En établissement social et médico-social, les évaluations anticipées des résidents d'EHPAD bénéficient d'un financement depuis 2020. De surcroît, les établissements d'HAD peuvent participer aux astreintes IDE de nuit mutualisées mises en place en 2019 et être financés à ce titre. Les leviers que constituent ces dispositifs pour anticiper la mise en place d'une HAD et éviter les passages par les services d'urgences des résidents doivent être mobilisés par les acteurs, en particulier en période de tension hospitalière.

Enfin, dans le cadre d'une intervention conjointe HAD-SSIAD, les règles relatives à cette intervention conjointe ont été assouplies et ouvrent le champ à une large coopération. Les filières d'aval de l'HAD vers une offre de SSIAD doivent être organisées par les établissements afin d'envisager l'ensemble du parcours du patient dans une logique de pertinence des soins.

6. Evolution du rôle du médecin praticien d'hospitalisation à domicile

La nécessité de permettre une réactivité accrue des HAD afin qu'elles jouent plus efficacement leur rôle en période de tension sanitaire a conduit à la pérennisation de la possibilité pour le médecin d'HAD d'être le référent du patient, en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant. En vue d'entériner cette évolution, la dénomination, anciennement « médecin coordonnateur », a été changée pour « médecin praticien d'hospitalisation à domicile » afin de mieux tenir compte de la réalité de son rôle auprès des patients. Vous veillerez notamment à ce que l'établissement soit en mesure si nécessaire, en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant, d'effectuer une intervention médicale au domicile ou une activité de télésanté.

Il est attendu des professionnels d'HAD qu'ils s'approprient cette évolution ainsi que les obligations induites par les décrets, notamment en matière de capacité d'intervention au domicile. Cette évolution s'inscrit également dans un objectif d'amélioration de l'attractivité de l'HAD en tant que lieu de formation pour les jeunes praticiens. Vous veillerez ainsi à assurer la bonne prise en compte de l'HAD comme terrain de stage possible, notamment durant les stages d'internat, lorsque les organisations le permettent.

Mes services se tiennent à votre disposition afin de faire remonter les éventuelles difficultés que vous rencontreriez dans la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,

A rectangular box containing the word "signé" in a bold, italicized, black font, tilted slightly upwards to the right.

Pierre PRIBILE

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins
par intérim,

A rectangular box containing the word "signé" in a bold, italicized, black font, tilted slightly upwards to the right.

Cécile LAMBERT

Annexe 1

Conventions relatives à la mise en œuvre de l'autorisation d'HAD

Les éléments suivants doivent réglementairement être formalisés par convention, il n'est pas requis de la part des titulaires de conclure de nouvelles conventions lorsque les éléments suivants sont déjà intégrés à des conventions existantes, par exemple une convention constitutive de groupement de coopération sanitaire ou un projet médical partagé de groupement hospitalier de territoire.

Socle

Thème	Conditions d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à une Réanimation	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-142- II	Structure autorisée à exercer l'activité de soins critiques	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Accès à un service de médecine	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-142- II	Structure autorisée à exercer l'activité de médecine sous forme d'hospitalisation complète	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Accès à un service de chirurgie	- Obligatoire en l'absence d'accès interne	Art. R. 6123-142- II	Structure autorisée à exercer l'activité de chirurgie sous forme d'hospitalisation complète	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Convention avec un pharmacien gérant de PUI ou un pharmacien d'officine	- Obligatoire en l'absence de PUI autorisée en interne	Art. R. 6123-142- III	Pharmacien assurant la gérance d'une pharmacie à usage intérieur OU pharmacien titulaire d'une officine	- Pas de contenu obligatoire - Organisation du circuit du médicament conseillé	Pas de transmission requise
Recours à un dispositif de PDSA pour l'astreinte médicale	- Obligatoire et après avis du DGARS, de façon exceptionnelle et en cas de carence interne	Art. D. 6124-201	Dispositif de permanence des soins ambulatoires	- Procédure de recours - Modalités d'accès au dossier médical des patients - Modalités de rémunération	Transmission au DGARS des modalités d'organisation de la continuité des soins et transmission de toute modification de celles-ci
Recours à l'expertise pour la prise en charge des enfants en soins palliatifs	- Pas de convention obligatoire Formalisation conseillée	Art. R. 6123-147	Structure d'hospitalisation à domicile autorisée à la mention « enfants de moins de trois ans » ou d'une équipe régionale ressource de soins palliatifs	- Pas de contenu obligatoire : - Organisation du recours à l'avis médical conseillé	Pas de transmission requise
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes	Art. D. 6124-197-III	Personne morale OU Professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise

Réadaptation

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Mention « Réadaptation » dérogatoire	- Obligatoire en l'absence de mention « socle »	Article 3-I du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soin d'hospitalisation à domicile	Un ou plusieurs titulaires d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile de mention « socle »	Modalités de la prise en charge conjointe des patients comprenant : - Modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins - Modalités de transmission et de suivi des informations, Modalités de rémunération - Modalités d'admission directe des patients Modalités de relais	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Prise en charge conjointe en soins médicaux et de réadaptation	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes	Art. R. 6123-144-I	Structure autorisée à exercer l'activité de soins médicaux et de réadaptation sous forme d'hospitalisation complète.	Modalités de la prise en charge conjointe des patients comprenant : - Modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins - Modalités de transmission et de suivi des informations, les prestations pouvant être délivrée - Modalités de rémunération de ces prestations - Modalités d'admission directe des patients - Modalités de relais.	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Admission directe en SSR	- Obligatoire en l'absence de convention de prise en charge conjointe	R. 6123-144-I	Structure autorisée à exercer l'activité de soins médicaux et de réadaptation sous forme d'hospitalisation complète.	- Modalités d'admission directe du patient.	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes (peut être intégrée à la convention de prise en charge conjointe)	Art. D. 6124-197-III. D. 6124-206-III	Personne morale dont structure autorisée à l'activité de SMR OU professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Mise en œuvre de l'équipe de coordination	<ul style="list-style-type: none"> - Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes (intégrée à la convention de prise en charge conjointe) 	D. 6124-198-III D. 6124-207-III	Structure autorisée à l'activité de soins médicaux et de réadaptation ayant conclu la convention de prise en charge conjointe	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre au moins une fois par semaine de l'évaluation par les équipes de coordination des deux structures - Organisation des modalités d'accès au système de communication à distance et des modalités de partage du dossier médical des patients 	Pas de transmission requise

Ante et post-partum

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à un service d'Obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire en l'absence d'accès interne 	Art. R. 6123-146	Structure autorisée à exercer l'activité d'obstétrique sous forme d'hospitalisation complète	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à la structure pour transfert du patient 	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mention « ante et post partum » dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire en l'absence de mention « socle » 	Article 3-II du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soin d'hospitalisation à domicile	Un ou plusieurs titulaires d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile de mention « socle »	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités de transmission et de suivi des informations - Modalités d'organisation de la continuité des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre 	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes 	Art. D. 6124-197-III.	Personne morale OU professionnels libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de contenu obligatoire 	Pas de transmission requise

Enfants de moins de trois ans

Convention	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à un service de réanimation néonatale et à un service de réanimation pédiatrique	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire en l'absence d'accès interne 	Art. R. 6123-148-I	Structure autorisée à l'activité de réanimation néonatale ET structure autorisée à l'activité de réanimation pédiatrique permettant le transfert du patient [provisoire - sera modifié dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des soins critiques]	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à la structure pour transfert du patient 	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation

Convention	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Accès à une structure autorisée à l'activité de traitement du cancer	- Obligatoire si le titulaire réalise des prises en charge en oncohématologie	Art. R. 6123-148-II	Structure autorisée à l'activité de traitement du cancer sous forme d'hospitalisation complète et réalisant des actes d'oncopathologie	- Accès à la structure pour transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mention « enfants de moins de 3 ans » dérogatoire	- Obligatoire en l'absence de mention « socle »	Article 3-III du décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soin d'hospitalisation à domicile	Un ou plusieurs titulaires d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile de mention « socle »	- Modalités de transmission et de suivi des informations - Modalités d'organisation de la continuité des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre - En l'absence de ressource interne : Accès à une structure autorisée à l'activité de néonatalogie permettant le transfert du patient	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes	Art. D. 6124-197-III	Personne morale OU Professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise
Prise en charge conjointe des nouveaux nés et nourrissons en aval de néonatalogie	- Facultative - Obligatoire lorsque le titulaire prend en charge des nouveau-nés et nourrissons issus d'un service de néonatalogie et en l'absence de ressources internes	Art. R. 6123-148-III	Structure autorisée à l'activité de néonatalogie sous forme d'hospitalisation complète	Modalités de la prise en charge conjointe des patients comprenant - Modalités d'organisation des soins et de la continuité des soins - Modalités de transmission et de suivi des informations - Modalités de rémunération - Organisation du recours à l'avis d'un médecin spécialisé en néonatalogie	Transmission dans le cadre du dossier d'autorisation
Mise en œuvre de l'équipe pluridisciplinaire en néonatalogie	- Facultative - Obligatoire en l'absence de ressources internes (peut être intégrée à la convention de prise en charge conjointe)	Art. D. 6124-212-III	Personne morale dont structure autorisée à l'activité de néonatalogie sous forme d'hospitalisation complète OU professionnels libéraux	- Pas de contenu obligatoire	Pas de transmission requise

Annexe 2

Conventions relatives à l'articulation entre HAD et établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

HAD - Etablissement social ou médico-social avec hébergement (ESMS)

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Intervention en ESMS avec hébergement autorisés par le DGARS et établissements expérimentaux	Obligatoire dans le cas d'une prise en charge en ESMS ou établissement expérimental	R. 6123-140-II D. 6124-204.	Etablissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement relevant du champ d'autorisation du DGARS (exclusif ou conjoint) et établissements relevant d'une expérimentation dérogatoire définie à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Conditions de l'intervention du titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile dans l'établissement d'hébergement - Modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins - Organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient - Organisation des circuits du médicament - Modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie. - Copie de l'autorisation de l'ESMS 	Transmission à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétents au plus tard après la prise en charge en hospitalisation à domicile du 3 ^{ème} résident de l'établissement social et médico-social et au plus tard dans les 6 mois qui suivent le 1 ^{er} résident.
Intervention en ESMS avec hébergement hors champ autorisé par le DGARS et hors établissements expérimentaux	Obligatoire dans le cas d'une prise en charge en ESMS ou établissement expérimental		Etablissement d'hébergements ne relevant pas du champ d'autorisation du DGARS (exclusif ou conjoint) ou d'une expérimentation dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Conditions de l'intervention du titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile dans l'établissement d'hébergement 	Transmission à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétents sans délai après la prise en charge en hospitalisation à domicile du 3 ^{ème} résident de l'établissement social et médico-social et au plus tard dans les 6 mois qui suivent le 1 ^{er} résident.

HAD - Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) / Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Thème	Condition d'obligation	Article	Partenaires	Contenu	Modalité de Transmission
Intervention conjointe HAD-SSIAD/SPASAD	Obligatoire préalablement à la première intervention, En cas d'urgence, l'intervention conjointe est possible sans que la convention ne soit signée dans la limite de trois interventions	Art. D. 6124-205	service de soins infirmiers à domicile service polyvalent d'aide et de soins à domicile	<p>Conditions d'organisation de l'intervention conjointe du titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile et du service de soins infirmiers à domicile ou du service polyvalent d'aide et de soins à domicile</p> <p>Modalités d'organisation des soins, en particulier en cas d'aggravation de l'état du patient</p> <p>Modalités de transmission et de suivi des informations entre les équipes des deux structures et les modalités de traçabilité des actes</p> <p>Modalités d'information et de recueil du consentement du patient</p> <p>Organisation du circuit du médicament</p> <p>Modalités de signalement et de gestion des événements indésirables, ainsi que les procédures afférentes</p> <p>Modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie</p>	Dès signature, transmission à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétents