

**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS***Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/P2/2024/154 du 22 octobre 2024 relative à l'organisation des équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD)

La ministre de la santé et de l'accès aux soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : MSAH2428030N (numéro interne 2024/154)
Date de signature	22/10/2024
Emetteur	Ministère de la santé et de l'accès aux soins Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Organisation des équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD).
Contact utile	Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Bureau de la prise en charge des pathologies chroniques et du vieillissement (P2) Paul LAURENT Tél. : 06 58 27 60 85 Mél. : paul.laurent@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	2 pages + 1 annexe (4 pages) Annexe - Référentiel d'organisation relatif aux équipes rapides d'intervention en soins palliatifs relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD)
Résumé	Cette note d'information a pour but de présenter le contexte, les objectifs et l'organisation proposée pour la mise en place du dispositif d'équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) relevant de l'hospitalisation à domicile. Il est aussi précisé les indicateurs permettant d'évaluer les projets afin de mesurer le déploiement global et l'efficacité de ce dispositif.
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	HAD - Équipe rapide d'intervention - Soins palliatifs.

Classement thématique	Établissements de santé - Organisation
Texte de référence	Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile.
Rediffusion locale	Établissements de santé
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 11 octobre 2024 - N° 94	
Publiée au BO	Oui

En 2023, selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 30% des séjours d'hospitalisation à domicile (HAD) correspondent à des soins palliatifs. La volonté de davantage développer les soins palliatifs en HAD fait partie intégrante de la feuille de route HAD 2021-2026 et de la stratégie décennale de soins palliatifs et d'accompagnement publiée en avril 2024. Dans ce cadre, 3 millions d'euros ont été délégués aux régions en C1 2024, en vue de financer le déploiement d'équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) portées par des structures d'HAD.

Cette enveloppe a pour vocation cette année de soutenir les projets déjà identifiés dans certaines régions et pouvant faire état d'une file active de patients significative.

Ces crédits sont des crédits d'amorçage, dédiés à la structuration de ces équipes. Une enveloppe de 200 000 € par projet est déléguée pour soutenir le démarrage de l'activité et du recrutement durant la première année, avant un autofinancement dès la deuxième année. 15 projets seront soutenus cette année et la répartition des crédits évoluera en 2025, au regard des nouveaux projets qui seront déployés.

Ainsi, les ARS sur le territoire desquelles des projets ont déjà été initiés, ont été destinataires de ces financements, à déléguer aux établissements sélectionnés pour cette première année de mise en œuvre. Sont concernées cette année les 12 régions suivantes : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Haut-de-France, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Martinique.

Une évaluation quantitative et qualitative des initiatives soutenues sera conduite un an après la délégation de crédits, notamment pour évaluer l'impact de ce dispositif sur la prise en charge des personnes en soins palliatifs en relai de ces interventions rapides.

La présente note d'information vise à diffuser le référentiel d'organisation relatif aux ERI-SP afin d'accompagner les ARS et les HAD concernées dans le déploiement de ce dispositif et d'en permettre l'évaluation.

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

signé

Marie DAUDÉ

Annexe

Référentiel d'organisation relatif aux équipes rapides d'intervention en soins palliatifs relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD)**1. Objectif**

L'objectif de ce dispositif est de faciliter l'accès aux soins palliatifs de toutes les personnes qui en relèvent, quel que soit leur âge et leur situation.

Conformément à l'instruction¹ relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs, l'offre de soins palliatifs est aujourd'hui organisée par une pluralité d'acteurs tels que les unités hospitalières (dont les Unités de Soins Palliatifs et les Lits Identifiés en Soins Palliatifs), les équipes mobiles de soins palliatifs, l'HAD, les équipes de ville ou encore le SAMU.

Le maillon supplémentaire que représentera une intervention rapide (en quelques heures) auprès des patients permettra d'améliorer la réponse aux besoins. Ce nouveau dispositif, en lien direct avec l'activité de soins en HAD, doit proposer une organisation qui permette aux HAD d'intervenir rapidement auprès d'un patient requérant des soins palliatifs à son domicile, et ce quel que soit le niveau de prise en charge requis. L'HAD fournira ainsi une réponse immédiate au praticien (médecin traitant notamment), à la structure adreseeuse (ESMS), voire au SAMU.

L'équipe rapide d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP), médicale et soignante, interviendra dans les quelques heures qui suivent avec un objectif de stabilisation du patient et d'orientation vers le dispositif le plus adéquat pour la suite de la prise en charge (HAD, USP, LISP...). L'intervention de l'ERI-SP n'a pas vocation à se substituer à l'activité habituelle de soins palliatifs en HAD, que ce soit en termes de réactivité ou d'organisation.

2. Organisation

La structuration des ERI-SP est mise en œuvre sous l'autorité de l'agence régionale de santé. **Étant partie intégrante de l'équipe d'hospitalisation à domicile, l'ERI opère sur la même zone d'intervention que celle de la structure d'HAD porteuse.**

Les équipes rapides d'intervention en soins palliatifs ont pour missions de :

- 1) Prodiguer des soins palliatifs au patient pris en charge en phase aigüe, justifiés par l'état de celui-ci afin de conduire à la stabilisation et au soulagement du patient ;
- 2) Favoriser le maintien à domicile du patient en situation d'urgence jusqu'à sa prise en charge en soins palliatifs, si ce maintien est souhaité par le patient et son entourage et donc éviter une hospitalisation conventionnelle lorsque cela est possible ;
- 3) Assurer une prise en charge axée sur la qualité de vie de la personne, dans le respect de ses choix et de son cadre de vie habituel ; veiller à délivrer une information adaptée au patient et à ses proches, en lien avec la personne de confiance si elle a été désignée ;
- 4) Assurer l'interface avec les filières de prises en charge associées.

L'équipe d'intervention sera, au minimum, composée :

- D'un médecin ;
- D'un infirmier.

¹ Instruction interministérielle n° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.

L'équipe devra être en mesure d'intervenir au domicile du patient, avec un médecin, en journée (8h-21h) et en téléconsultation la nuit (pour les patients qui ont déjà été vus par un médecin), avec un infirmier diplômé d'État (IDE) sur place, et ce tous les jours, y compris le week-end et les jours fériés. L'équipe doit donc pouvoir intervenir 24h/24 et 7j/7.

Tout comme pour une intervention de l'HAD au titre des soins palliatifs, une formation en soins palliatifs est nécessaire pour les médecins et les IDE intervenant au titre de l'ERI-SP. Les médecins de l'équipe assurent une permanence téléphonique et l'équipe ERI-SP peut participer aux appuis territoriaux de soins palliatifs. Au sein de toute équipe d'HAD sont désignés au minimum, un « référent médical soins palliatifs »², qui coordonne la politique de qualité et de sécurité des soins palliatifs ainsi que la démarche d'amélioration continue des pratiques, et un « référent paramédical soins palliatifs ».

Dans l'attente de l'évaluation qui permettra de définir des critères de déclenchement nationaux, les critères de déclenchement de l'ERI-SP devront être définis par l'établissement d'HAD, quel que soit le lieu de vie de la personne, qu'elle soit connue d'une HAD, mais aussi pour les patients non préalablement connus et identifiés par le SAMU. Il est souhaitable de pré-identifier au maximum les patients susceptibles de relever de ce dispositif (notamment via les évaluations anticipées) pour organiser leur prise en charge dans les meilleures conditions.

3. Articulation avec les autres acteurs

Concernant la mise en œuvre opérationnelle de ces équipes, l'ARS veille à ce qu'elle soit intégrée à une filière de soins palliatifs régionale ou/et territoriale existante. Ainsi, les ERI-SP participeront aux réunions organisées par ces dernières entre les acteurs du territoire pour évoquer les pistes d'amélioration et de synergie possibles.

L'adressage peut être fait par différents acteurs comme le médecin traitant du patient, le médecin coordonnateur en établissement ou service médico-social (ESMS) ou le SAMU.

Les missions des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des ERI-SP sont complémentaires. Les EMSP visent à apporter, en tout lieu, une expertise en soins palliatifs aux professionnels de santé, aux patients et à leurs proches et à sensibiliser et à proposer des formations aux professionnels. Les ERI-SP sont effectrices de soins lorsque l'état d'un patient s'aggrave rapidement.

De la même manière, tandis que l'appui de soins palliatifs apporte une réponse téléphonique de recours aux professionnels, l'ERI-SP se déplace pour effectuer les soins.

Il est nécessaire que la communication soit fluide et que des échanges entre les différents professionnels intervenant auprès du patient aient lieu pour structurer le parcours de chaque patient en amont et pendant sa prise en charge. L'ERI informera le médecin traitant et le cas échéant le médecin adresseur de son intervention.

La mobilisation des autres intervenants (médecin traitant, EMSP, SAMU...) peut avoir lieu en utilisant les moyens adéquats (téléphone, visioconférence, messagerie sécurisée...). La prise en charge, outre les actes de soins, comprend le conseil thérapeutique avec une ligne téléphonique dédiée, la délibération sur l'orientation du projet de soin et la démarche palliative en fonction du pronostic du patient, de sa volonté et de la capacité des aidants.

Le rôle de l'ERI-SP est d'initier la prise en charge en soins palliatifs du patient jusqu'à stabilisation du patient. Elle laisse ensuite place à une hospitalisation HAD conventionnelle ou bien coordonne le transfert en structure hospitalière, en ESMS ou encore vers l'équipe de soins de proximité.

² Instruction interministérielle n° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.

4. Fonctionnement de l'équipe et moyens

L'HAD met à disposition de cette équipe un véhicule permettant l'intervention en urgence, ainsi que le matériel et les équipements, et un système d'information adaptés pour prendre en charge les patients. Des ajustements par rapport à l'équipement habituel des HAD peuvent être envisagés (ouverture d'une ligne téléphonique, dispositifs dédiés...).

Les ERI-SP interviennent dans un contexte d'urgence soit pour des situations pré-identifiées ou pour des situations non anticipées avec un besoin clairement identifié de soins palliatifs. Leur intervention n'a pas pour but de se substituer à une démarche palliative précoce et ne doit pas empêcher la gradation des soins palliatifs au cours de la prise en charge du patient. Pour la première intervention de l'ERI, une arrivée au lieu de vie du patient est attendue dans les 4 heures maximum. Le premier diagnostic devra se faire dans le cadre d'une intervention conjointe infirmier-médecin. Les visites suivantes pourront être faites uniquement par un infirmier si l'état de santé du patient le permet. Il est essentiel d'assurer un accompagnement global, notamment familial et des aidants. Une réévaluation médicale devra être prévue pour les situations le nécessitant.

Une fois l'activité de l'ERI-SP lancée, il s'agira de suivre la file active de l'équipe et l'ajustement de ses moyens pourra être fait en conséquence.

5. Indicateurs de suivi et d'évolution

Pour évaluer la pertinence et l'efficacité du dispositif, il s'agira, via une évaluation menée par l'ANAP, de décrire l'activité, le fonctionnement de l'équipe et les difficultés rencontrées durant la première année de financement. Un rapport d'activité sera rédigé à un an du démarrage et transmis à l'ARS, qui le communiquera ensuite à la DGOS.

Dans le cadre de cette évaluation, un rapport d'activité comprenant les données suivantes devra être établi :

- Profil/nature de l'adresseur et lieu de provenance du patient ;
- Profil patient/pathologie prise en charge ;
- Nombres de patients pris en charge au cours de la première année de financement ;
- Pour les résidents d'EHPAD pris en charge par l'ERI-SP, indiquer le % qui a fait l'objet d'une évaluation anticipée ;
- Modalité de la continuité de la prise en charge : HAD, transfert aux urgences, hospitalisation conventionnelle (MCO hors USP et LISP, USP, MCO LISP, SMR LISP, SMR hors LISP) ;
- Délai moyen de prise en charge (en heures) ;
- Nombre d'appels ;
- Durée moyenne de la prise en charge ;
- Coûts du dispositif :
 - Dont charges de personnel
 - Dont charges de titre 2 (matériel médical notamment)
 - Dont charges de titre 3 (fournitures non médicales notamment)
- Nombre d'ETP médecins mobilisés à ce titre ;
- Nombre d'ETP IDE mobilisés à ce titre ;
- Nombre d'ETP d'autres professionnels mobilisés à ce titre.

Des informations qualitatives seront également à transmettre :

- Difficultés rencontrées ;
- Appréciation de la pertinence des ERI-SP ;
- Facilité de communication avec les acteurs du territoire ;
- Fluidité des transmissions entre l'ERI-SP et l'adresseur ;
- Formalisation de l'organisation de l'équipe ;
- Organisation cible de votre équipe.

Selon l'évaluation qui sera faite du dispositif, il pourra être étendu à l'ensemble du territoire à terme.

6. Points de vigilance

Il convient d'apporter une attention particulière :

- 1) À la coordination : le lien avec les filières de soins palliatifs et d'urgence sur cette activité particulière sera primordial. Le dialogue doit avoir lieu régulièrement et à toutes les étapes de la prise en charge. Il conviendra notamment de veiller à distinguer les missions de l'ERI-SP de celles des futures EMSP qui seront elles aussi rattachées aux HAD.
- 2) À la nécessité pour le médecin et l'IDE de l'HAD qui interviendront dans les ERI d'avoir une appétence « urgence ». En effet, du fait de la pratique du dispositif, les professionnels allant sur le terrain se doivent d'être à l'aise avec le caractère urgent de la mission.
- 3) Au fait que les horaires élargis et la permanence des soins engendrent une activité étendue. Il est important de prendre en considération les risques d'épuisements, la cohésion de l'équipe ERI-SP avec l'ensemble de l'équipe HAD et de lui permettre de disposer des ressources nécessaires à son développement.
- 4) À l'importance de définir les rôles des équipes ERI-SP et comment elles s'intègrent au fonctionnement de l'HAD concernée.
- 5) Au fait d'adapter les moyens à l'activité, il faudra ajuster la coordination de l'équipe en fonction de la croissance de la file active.
- 6) Au fait d'être en mesure de faire le lien avec les EMSP, le SAMU et les acteurs des soins palliatifs pouvant être associés.