



N° 3977

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 juillet 2016.

## RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

*en application de l'article 145 du Règlement*

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux de la **mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'hospitalisation à domicile,***

ET PRÉSENTÉ PAR

Mme JOËLLE HUILLIER,

Députée.

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>LISTE DES RECOMMANDATIONS</b> .....	11
<b>I. MIEUX DÉFINIR L'HOSPITALISATION À DOMICILE ET SON CHAMP DE PRESCRIPTION POUR PERMETTRE UN DÉVELOPPEMENT COHÉRENT ET PERTINENT</b> .....	13
<b>A. MAL DÉFINIE ET PEU ÉVALUÉE, L'HAD EST ENCOURAGÉE SANS QUE SON POSITIONNEMENT DANS L'OFFRE DE SOINS SOIT TOUJOURS CLAIREMENT ÉTABLI</b> .....	13
1. Un positionnement flou résultant de définitions ambiguës.....	13
a. Les définitions successives de l'HAD n'ont pas permis de lever l'ambiguïté originelle de ce mode de prise en charge .....	13
b. Les définitions générales reflètent mal la complexité des frontières entre l'HAD et les autres modes de prise en charge.....	15
2. La légitimité du recours à l'HAD plutôt qu'aux autres modes de prise en charge est insuffisamment étayée au plan médico-économique .....	16
a. L'HAD bénéficie d'une présomption d'efficacité par rapport à l'hôpital conventionnel .....	17
b. La comparaison avec d'autres modes de prise en charge est insuffisante et difficile à mettre en œuvre .....	18
3. Une articulation complexe et parfois difficile avec les autres modes de prise en charge .....	19
<b>B. L'HAD DOIT RENOUER AVEC SA VOCATION PREMIÈRE POUR S'ASSURER UN DÉVELOPPEMENT PERTINENT</b> .....	20
1. Les outils du positionnement : définition, études médico-économiques et référentiels.....	20
a. L'HAD doit être définie comme une activité hospitalière de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux soins de suite et de réadaptation (SSR)...	20
b. Des études médico-économiques doivent permettre d'identifier les situations qui relèvent de l'HAD afin de renforcer sa légitimité .....	21
c. Des référentiels doivent fonder, au plan médical, l'identification des patients susceptibles d'être soignés en HAD .....	22

2. Les conséquences espérées : un développement plus rapide et plus pertinent dans les domaines où l'HAD est réellement attendue.....	24
a. L'HAD a de bonnes perspectives de croissance dans de nombreux domaines.....	25
b. L'HAD doit faire l'objet d'une politique particulièrement volontariste dans les établissements médico-sociaux .....	28
<b>II. GARANTIR LE CARACTÈRE HOSPITALIER DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD .....</b>	<b>32</b>
<b>A. MIEUX DÉFINIR LES PRESTATIONS ET SERVICES QUE L'HAD DOIT DÉLIVRER À SES PATIENTS.....</b>	<b>32</b>
1. La définition de l'HAD doit se décliner dans la typologie des prestations offertes, la permanence et la technicité des soins .....	32
2. L'HAD a vocation à apporter un accompagnement médical mais également social .....	33
3. Les établissements d'HAD ne respectant pas les exigences techniques légales n'ont pas vocation à continuer à exercer leur activité.....	34
<b>B. LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE EN HAD PASSE PLUTÔT PAR UN ADOSSEMENT AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE SANTÉ QUE PAR LE MAINTIEN DE STRUCTURES INDÉPENDANTES .....</b>	<b>34</b>
1. La recomposition de l'offre apparait comme un préalable nécessaire au développement de l'HAD .....	34
2. Le regroupement de petites structures pourrait engendrer de nouveaux problèmes .....	35
3. Les prérequis à l'admission en HAD plaident en faveur d'un rapprochement des structures d'HAD des établissements de santé conventionnels .....	35
4. L'adossement des petites structures d'HAD aux établissements de santé existants rend moins pertinente la question de la définition d'une activité minimale.....	36
<b>III. CLARIFIER ET FAIRE ÉVOLUER LES RÔLES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES AUTRES MODES DE PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>38</b>
<b>A. LA RÉPARTITION ACTUELLE DES RÔLES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTICIPANT À L'HAD NE CORRESPOND PAS À LA NATURE HOSPITALIÈRE DE CE MODE DE PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>38</b>
1. Le médecin traitant : un « superviseur » qui doit être mieux informé et mieux accompagné.....	38
2. Le médecin coordonnateur : un acteur central qui doit jouer pleinement son rôle de référent médical hospitalier.....	39
3. L'infirmière coordonnatrice : un intermédiaire à conforter .....	40
4. Les infirmières de l'HAD : un système souple qui doit être conservé.....	41
5. Les personnels de l'EHPAD : des acteurs réticents qui doivent être mieux associés à l'HAD.....	42

B. L'HAD DOIT S'INSÉRER DANS DES PARCOURS DE SOINS PLUS FLUIDES.....	42
1. Trouver une réponse adaptée pour la « zone grise » qui existe entre HAD et SSIAD ou soins de ville .....	42
a. Il manque actuellement un mode de prise en charge pour des patients trop lourds pour les SSIAD ou les soins de ville et trop légers pour l'HAD .....	42
b. Plusieurs pistes doivent être explorées pour prendre en charge les patients de cette « zone grise » .....	43
2. Améliorer la fluidité des parcours en renforçant la coopération entre modes de prise en charge.....	46
a. L'intégration des structures constitue une piste intéressante pour favoriser la fluidité des parcours.....	46
b. Un véritable partage de l'information est essentiel pour suivre des parcours de soins souvent complexes.....	47
<b>IV. RÉMUNÉRER L'HAD DE MANIÈRE PLUS INCITATIVE.....</b>	<b>50</b>
A. LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DE L'HAD SOUFFRE DE NOMBREUSES LIMITES .....	50
1. Un modèle de tarification à l'activité reposant sur des données obsolètes .....	50
2. Un modèle de financement qui incite les structures d'HAD à optimiser leurs prises en charge en fonction de critères tarifaires.....	51
B. LA REFONTE EN COURS DE LA TARIFICATION NE PEUT ATTENDRE L'HORIZON 2019 .....	52
1. Une étude de coûts qui a pris du retard.....	52
2. Des mesures ponctuelles permettant de remédier à des difficultés particulières...	53
3. La nécessité d'accélérer la refonte de la tarification .....	54
4. La coordination des soins et la gestion de l'information médicale devraient faire l'objet d'une tarification propre.....	55
5. La prise en compte du rôle de l'HAD dans la permanence et la couverture territoriale du système de soins .....	56
<b>V. FAIRE CONNAÎTRE ET RECONNAÎTRE L'HOSPITALISATION À DOMICILE.....</b>	<b>58</b>
A. L'ENSEIGNEMENT DES MÉTHODES ET INDICATIONS DE RECOURS À L'HAD DEVRAIT ÊTRE INTÉGRÉ AUX DISPOSITIFS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	58
1. Une modalité de prise en charge non abordée durant la formation initiale des professions de santé.....	58
2. Un mode de prise en charge qui pourrait faire l'objet de formations thématiques délivrées dans le cadre du développement professionnel continu des professionnels de santé .....	59

B. LA NÉCESSITÉ DE FAIRE CONNAÎTRE LES POTENTIALITÉS DE RECOURS À L'HAD AU SEIN DE CHAQUE TERRITOIRE DE SANTÉ.....	61
C. LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE PAR LE DÉVELOPPEMENT DES SOLUTIONS D'ASSISTANCE AUX AIDANTS ....	63
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION .....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DU DÉPLACEMENT EN RÉGION AUVERGNE RHÔNE-ALPES (19 AVRIL 2016).....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 4 : LISTE DES PERSONNES AYANT ADRESSÉ UNE CONTRIBUTION ÉCRITE.....</b>	<b>92</b>

## INTRODUCTION

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer.

Considérée auparavant comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle, l'HAD est depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires une modalité d'hospitalisation à part entière et les structures d'HAD sont considérées comme des établissements de santé.

La Cour des comptes avait consacré un chapitre de son rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 à l'hospitalisation à domicile <sup>(1)</sup>. À la demande de Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, de Mme Gisèle Biémouret et M. Pierre Morange, coprésidents de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), la Cour a publié une communication prolongeant ses travaux sur les évolutions récentes de l'HAD, le 20 janvier 2016 <sup>(2)</sup>.

Ce rapport constate que, malgré la stratégie de développement décidée par le Gouvernement et concrétisée par la publication d'une circulaire du 4 décembre 2013 <sup>(3)</sup> à destination des agences régionales de santé (ARS) fixant pour objectif un doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, en la portant de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations complètes, la place de l'hospitalisation à domicile progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins. La Cour estime nécessaire de mieux démontrer par des études comparatives les avantages et l'efficacité de ce mode de prise en charge, notamment par rapport à une intervention coordonnée de professionnels libéraux de santé ; elle estime également nécessaire de réorganiser une offre de soins hétérogène et mal répartie et de refondre la tarification.

La rapporteure remercie la Cour des comptes, ainsi que le secrétariat de la MECSS, de l'assistance apportée à ses travaux.

---

(1) *Cour des comptes*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013, chapitre IX, L'hospitalisation à domicile, pp. 253-277.

(2) *Cour des comptes*, L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes, *communication à la commission des Affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, décembre 2015.

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

À l'issue de ses auditions et du déplacement effectué par sa rapporteure dans la région Auvergne Rhône-Alpes, la MECSS partage l'essentiel du constat fait par la Cour sur les faiblesses du développement de l'HAD et renvoie à sa communication pour plus de détails.

La progression globale de l'activité en HAD au cours des dernières années est restée très nettement en deçà des objectifs fixés par la circulaire de 2013, avec des disparités géographiques importantes et persistantes. Le rythme de progression reste lent, avec une hausse de l'activité de + 4,7 % en 2013, + 1,9 % en 2014, et + 3,2 % en 2015, ce qui représente 4,5 millions de journées d'hospitalisation environ. La Cour montre également comment des politiques mises en œuvre dans d'autres pays ont permis que l'HAD y représente jusqu'à 5 % de l'activité hospitalière, limitant d'autant la progression de ce poste de dépense médicale.

La rapporteure de la MECSS considère que l'HAD n'a pas encore atteint le volume minimal d'activité qui permettrait d'assurer, d'une façon générale, l'équilibre financier de ces structures, de dégager des économies d'échelle et de mieux faire connaître et reconnaître ce mode de prise en charge : le recours à l'HAD par les médecins prescripteurs n'est pas assez fréquent pour créer une réelle proximité entre médecine de ville, médecine hospitalière et HAD sur les prestations pouvant relever de cette forme d'hospitalisation et conforter ainsi la construction du parcours de soins coordonné que les pouvoirs publics appellent de leurs vœux.

Le développement de l'HAD demeure largement souhaitable en raison de son coût et de son intérêt pour des patients qui souhaitent de plus en plus demeurer à leur domicile. Toutefois, les objectifs chiffrés, même raisonnables, fixés par le gouvernement ont pu conduire à une croissance peu satisfaisante en termes de qualité et de pertinence de la prise en charge. Il s'agit donc de lever les freins à l'HAD tout en veillant à ce qu'elle se développe dans le champ le plus pertinent et au meilleur coût.

Ainsi, la rapporteure estime que le choix politique qui consiste à faire de l'HAD une priorité de santé publique ne pourra porter ses fruits sans que certains prérequis ne soient satisfaits.

Il apparaît tout d'abord nécessaire de mieux définir l'HAD et son champ de prescription. Cela ne peut alors que conduire à clarifier, voire faire évoluer, les rôles des professionnels de santé appelés à y participer.

Les structures d'HAD doivent également évoluer afin de garantir le caractère hospitalier de cette prise en charge, en engageant une recomposition de l'offre par rapprochement avec les structures hospitalières présentes sur le même territoire.

Par ailleurs, il ne pourra y avoir de développement sans une remise à plat rapide de la tarification, prenant en compte les contraintes propres de l'HAD et

évitant que le mode de tarification, et non l'état du patient, décide de son parcours de soins.

Enfin, il reste nécessaire de faire connaître et reconnaître l'HAD, comme un mode de prise en charge enseigné aux professionnels de santé durant leur formation initiale et continue, mais également comme une structure de santé présente pour les usagers et les professionnels de la médecine de ville dans chaque territoire de santé desservi par un groupement hospitalier de territoire.



## LISTE DES RECOMMANDATIONS

### Mieux définir l'HAD et mieux évaluer ses atouts

- Proposition n° 1      Définir clairement par voie réglementaire l'HAD comme une activité de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux SSR, distincte des autres modes de prise en charge à domicile.
- Proposition n° 2      Confier à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH), en coordination avec la CNAMTS, la réalisation d'études médico-économiques permettant de comparer le coût de l'HAD et celui des autres modes de prise en charge.
- Proposition n° 3      Confier à la Haute Autorité de Santé l'élaboration de référentiels d'activité par grande pathologie susceptible d'être prise en charge en HAD.

### Renforcer le modèle médical de l'HAD

- Proposition n° 4      Développer des solutions incitatives en vue de faire progresser la prise en charge en HAD au sein des établissements médico-sociaux, telles que :
- la suppression de la minoration tarifaire, en faveur des établissements HAD ;
  - une rémunération des EHPAD indexée sur la qualité de la prise en charge, laquelle tiendrait compte du taux de prise en charge en HAD.
- Proposition n° 5      Garantir que les prestations et les actes fournis par les structures d'HAD correspondent à la qualité et la permanence des soins hospitaliers et retirer les autorisations d'exercer aux établissements qui ne les garantissent pas.
- Proposition n° 6      Recomposer l'offre de soins en HAD par un adossement des plus petites structures aux établissements de santé exerçant sur le même territoire.
- Proposition n° 7      Développer un système d'appui technique et financier pour les médecins traitants qui s'investissent dans la prise en charge en HAD.
- Proposition n° 8      Créer une procédure de délégation permettant au médecin coordonnateur de prendre en charge les prescriptions et le suivi effectif de la prise en charge.

- Proposition n° 9 Revoir et simplifier les procédures de délégation de tâches du médecin à l’infirmière.
- Proposition n° 10 Développer une offre de soins pour prendre en charge les patients qui sont en dessous du seuil d’admission en HAD.
- Proposition n° 11 Favoriser les intégrations et les conventionnements « verticaux » pour assurer la fluidité du parcours de soins.

### **Placer le partage de l’information médicale au cœur de l’HAD**

- Proposition n° 12 Les pouvoirs publics doivent soutenir spécifiquement l’effort d’informatisation des structures d’HAD ainsi que l’interopérabilité entre les systèmes d’information mis en place.
- Proposition n° 13 Intégrer pleinement l’HAD dans le développement du nouveau DMP.

### **Rénover le financement de l’HAD**

- Proposition n° 14 Engager la réforme de la tarification de l’HAD au plus tôt et, dans les faits, dès l’exercice 2018.
- Proposition n° 15 Faire de la coordination et de la gestion de l’information médicale un élément de la tarification de l’HAD.
- Proposition n° 16 Faire bénéficier de manière expérimentale l’HAD de nouveaux modes de financements prenant en compte son rôle, d’une part, de substitution à l’hospitalisation conventionnelle et, d’autre part, dans le maintien de structures de soins coordonnées sur le territoire.

### **Faciliter le recours à l’HAD**

- Proposition n° 17 Enseigner aux futurs professionnels de santé la prise en charge en HAD, comme tout autre mode d’hospitalisation.
- Proposition n° 18 Faire de l’HAD l’une des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé.
- Proposition n° 19 Organiser une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les solutions d’HAD existant au sein de chaque groupement hospitalier de territoire.
- Proposition n° 20 Mettre en place des solutions adaptées pour soutenir les aidants des patients en HAD.

## **I. MIEUX DÉFINIR L'HOSPITALISATION À DOMICILE ET SON CHAMP DE PRESCRIPTION POUR PERMETTRE UN DÉVELOPPEMENT COHÉRENT ET PERTINENT**

La mission a pu constater au cours de ses travaux que le développement heurté de l'hospitalisation à domicile (HAD) ces dernières années s'était fait parfois au détriment d'autres modes de prise en charge. Or on ne pourra développer l'HAD dans de bonnes conditions sans en définir préalablement la place au sein du système de santé afin :

- qu'elle ne soit pas perçue comme une menace par les autres professionnels de santé, notamment de ville, sur lesquels elle s'appuie par ailleurs ;
- qu'elle conserve toute sa pertinence médico-économique.

### **A. MAL DÉFINIE ET PEU ÉVALUÉE, L'HAD EST ENCOURAGÉE SANS QUE SON POSITIONNEMENT DANS L'OFFRE DE SOINS SOIT TOUJOURS CLAIREMENT ÉTABLI**

L'HAD est un mode de prise en charge spécifique qui n'a pas vocation à se substituer aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou aux soins de ville lorsque ceux-ci sont plus pertinents et moins coûteux. Or, une définition incertaine et une documentation médico-économique insuffisante entretiennent une concurrence qui n'a pas lieu d'être entre ces modes de prise en charge au domicile.

#### **1. Un positionnement flou résultant de définitions ambiguës**

Il existe bien évidemment des définitions de l'hospitalisation à domicile, mais elles sont trop générales, trop imprécises, pour permettre de délimiter ce qui relève ou non de l'hospitalisation à domicile.

##### ***a. Les définitions successives de l'HAD n'ont pas permis de lever l'ambiguïté originelle de ce mode de prise en charge***

L'hospitalisation à domicile a fait l'objet au cours de son histoire de nombreuses définitions légales et réglementaires qui ne permettent pas aux acteurs et aux patients de bien identifier son positionnement.

On peut rappeler que l'hospitalisation à domicile est apparue en France dès le début des années 1950, quelques années à peine après les précurseurs américains <sup>(1)</sup>, pour répondre à un même problème : la surpopulation à l'hôpital conventionnel. L'hospitalisation à domicile a donc été conçue dès ses débuts

---

(1) L'hospitalisation à domicile serait née en 1945 à New York à l'initiative d'un chef de service hospitalier qui faisait face à une surpopulation impossible à gérer. La première expérience française remonte à 1951 à l'hôpital Tenon à Paris.

comme une offre prolongeant l'hôpital. Cependant, si les États-Unis ont fait le choix d'une mise à disposition des personnels hospitaliers auprès des patients, la France a rapidement fait reposer les soins sur la ville, et plus particulièrement sur le médecin libéral, introduisant ainsi ce que Mme Angélique Sentilhes-Monkam a appelé une « *discontinuité médicale* »<sup>(1)</sup>. Cette histoire française de l'HAD explique la relative confusion qui perdure entre l'hospitalisation à domicile et d'autres types de prise en charge à domicile. Les textes pris par les pouvoirs publics pour encadrer et orienter l'HAD ces cinquante dernières années ont, chacun à leur manière, rappelé son positionnement spécifique dans l'offre de soins sans parvenir à lever toutes les ambiguïtés.

Ainsi, l'article 4 de la loi hospitalière du 31 décembre 1970<sup>(2)</sup>, qui constitue la première consécration légale de l'hospitalisation à domicile, prévoit que « *les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.* » L'HAD était ainsi définie comme un prolongement de l'hôpital conventionnel.

La circulaire de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de 1974 prend acte de cette reconnaissance et cherche déjà à l'époque à mieux identifier l'hospitalisation à domicile parmi les autres modes de prise en charge : « *les associations et services d'hospitalisation à domicile se proposent d'abrèger le séjour des malades en milieu hospitalier et, dans certains cas, d'éviter tout séjour à l'hôpital. Leur but est donc de dispenser des soins à une catégorie de malades qui ne peuvent pas utiliser les moyens déjà existants du secteur des soins ambulatoires ou à domicile et doivent bénéficier d'une densité de soins plus intense, impliquant une coordination poussée entre médecin hospitalier, médecin traitant et auxiliaires médicaux.* »

La circulaire du 12 mars 1986 de la direction générale de la Santé (DGS) réaffirme, alors que l'HAD est entrée en stagnation, l'exigence de soins lourds : « *L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être d'une nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle. Le critère de l'intensité de soins est particulièrement important pour distinguer l'hospitalisation à domicile de formules voisines comme les services de soins infirmiers à domicile.* »

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière abroge les dispositions légales antérieures et renvoie au pouvoir réglementaire le soin de fixer « *la liste des structures de soins alternatives à l'hospitalisation* » qui doivent

---

(1) Angélique Sentilhes-Monkam, « *Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe* », Revue Française des affaires sociales 2005/3, p. 157-182.

(2) Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

trouver leur place au sein des nouveaux outils d'organisation que sont la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire.

Pour la première fois, c'est le pouvoir réglementaire qui définit, par le décret du 2 octobre 1992, la fonction de ces « *structures de soins alternatives* » : elles ont pour objet « *d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.* »

L'article R.6124-4 du code de la santé publique, issu de ce décret et toujours en vigueur, prévoit que « *les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.* »

Si la circulaire de la direction des hôpitaux du 30 mai 2000 n'insiste pas sur le niveau de soins requis pour être admis en HAD <sup>(1)</sup>, celle du 4 février 2004 reprend la définition réglementaire.

Ces définitions successives, insistant toutes sur des aspects importants mais à chaque fois différents (intensité, complexité, identité avec les soins dispensés à l'hôpital, distinction avec les soins de ville), n'ont pas réussi à faire de l'hospitalisation à domicile une offre bien identifiée par les patients et par les professionnels de santé.

En effet, les auditions ont montré que la pertinence du recours à l'HAD par rapport aux autres modes de prise en charge (médecins de ville, prestataires, infirmières, SSIAD) faisait encore débat entre les professionnels de santé malgré un demi-siècle de pratique, chaque catégorie tentant de justifier du bien-fondé de son « territoire ».

#### ***b. Les définitions générales reflètent mal la complexité des frontières entre l'HAD et les autres modes de prise en charge***

La problématique de l'hospitalisation à domicile ne se limite pas à une difficulté d'appréhension globale dans l'organisation du système de soins et de perception par les professionnels de santé.

Il est également assez difficile d'associer l'HAD à des pathologies déterminées pour lesquelles elle serait particulièrement pertinente. Or, la place limitée de l'hospitalisation à domicile dans l'activité hospitalière rend assez vaine la tentation de se reposer sur des habitudes et des expériences personnelles concluantes. Le prescripteur classique n'y a pas suffisamment recours pour se

---

(1) « L'hospitalisation à domicile (HAD), prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, permet de dispenser au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les services d'HAD sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins. »

constituer un « répertoire » permettant d'identifier si le patient nécessite une prise en charge en HAD.

Le secteur de l'hospitalisation à domicile, pour sa part, est parfois tenté d'accepter des prises en charge légères qui permettent d'équilibrer plus facilement les comptes. L'exemple le plus marquant de recours inapproprié à l'HAD a été le retour précoce après accouchement, qui a longtemps constitué une part importante de l'activité d'HAD alors qu'il ne s'agissait manifestement pas de soins dont la complexité exigeait une technicité hospitalière. Seule une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) a permis de mettre fin à cette pratique, contestable tant du point de vue de son intérêt médical que de son coût pour l'assurance-maladie <sup>(1)</sup>.

Définir ce qui relève de l'HAD suppose donc non seulement de bien identifier les activités pour lesquelles ce mode de prise en charge présente un intérêt médico-économique, mais aussi d'effectuer un tri au sein de ces activités. La frontière entre ce qui relève de l'HAD et ce qui relève des autres modes de prise en charge est parfois difficile à identifier car le critère peut être très fin (technique utilisée, coût du médicament, etc.). C'est ainsi que l'ordre national des infirmières, entendu par la mission, a insisté sur le fait que les pansements complexes, qui constituent aujourd'hui une part importante de l'activité des structures d'HAD, pourraient dans certains cas relever de SSIAD ou de soins de ville en fonction de leur complexité.

La rapporteure estime par conséquent que les définitions posées par les textes réglementaires ne permettent pas au prescripteur et à l'établissement HAD de bien identifier les patients qui doivent relever d'un mode de prise en charge hospitalier et qu'il faut donc aller au-delà de ces définitions, afin de cerner plus précisément les réalités qu'elles recouvrent.

Cela implique en premier lieu de développer une solide analyse médico-économique de l'HAD.

## **2. La légitimité du recours à l'HAD plutôt qu'aux autres modes de prise en charge est insuffisamment étayée au plan médico-économique**

Le développement de l'hospitalisation à domicile souhaité par le gouvernement a longtemps été légitimé par l'idée que l'HAD permet des économies pour les dépenses d'assurance-maladie.

Or, la rapporteure a pu constater que ces économies sont plus présumées qu'étayées lorsque l'on compare l'HAD tant à l'hôpital conventionnel qu'aux autres modes de prise en charge. L'imprécision des éléments dont disposent les pouvoirs publics pour définir le domaine de l'HAD n'est pas acceptable près de

---

(1) *Haute Autorité de Santé*, Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *Mars 2014*.

25 ans après qu'ils ont décidé de faire du développement de ce mode de prise en charge une priorité.

**a. L'HAD bénéficie d'une présomption d'efficience par rapport à l'hôpital conventionnel**

Les auditions conduites par la mission ont montré une certaine unanimité autour de l'affirmation que l'hospitalisation à domicile coûterait environ deux fois moins cher que la prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

De l'avis convergent de la Haute Autorité de Santé, de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la CNAMTS, une prise en charge en HAD occasionnerait en moyenne un coût de 200 euros par jour quand la prise en charge en hospitalisation classique pourrait coûter de 500 à 700 euros.

Interrogé sur l'absence d'étude étayant les économies que pourrait générer le développement de l'HAD, le directeur général de l'offre de soins, M. Jean Debeauvais, semblait avoir peu de doute sur les résultats d'une évaluation médico-économique : *« Il existe tout de même un certain nombre de données médico-économiques et d'études comparatives nationales ou internationales. Les chiffres de la CNAM montrent par exemple que l'HAD représente environ 900 millions d'euros de dépenses de santé pour l'exercice 2015 pour 4,4 millions de journées, la journée coûtant de 50 à 400 euros, pour une moyenne de quelque 200 euros [...] Pour ce qui est de la comparaison avec les soins hospitaliers stricto sensu – hospitalisation complète ou hospitalisation de jour –, la question ne se pose guère quand on considère les tarifs moyens d'une prise en charge hospitalière, tarifs qui se situent tout de même assez nettement au-dessus de ceux d'une HAD. Dès lors que les soins peuvent être délivrés dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité au domicile du patient, on considère que la prescription de l'HAD a une très forte pertinence. Au total, les comparaisons, que je résume ici peut-être un peu grossièrement, sont favorables à l'HAD. »*<sup>(1)</sup>

Toutefois, il s'agit d'estimations très approximatives qui ne permettent pas d'éclairer précisément les pouvoirs publics sur certaines questions :

- l'hospitalisation à domicile est-elle plus avantageuse pour toutes les maladies et en toutes circonstances ?
- le moindre coût de l'hospitalisation à domicile peut-il s'expliquer par le fait que les prises en charge sont globalement plus légères que dans les autres établissements de santé ?
- sait-on calculer le coût des lits vides que peut engendrer la prise en charge à domicile ? On peut supposer que la disparition du « taux de change », qui existait auparavant en matière d'hospitalisation à domicile (suppression de

---

(1) Audition du 3 février 2016

deux lits d'hôpital pour chaque place ouverte en HAD)<sup>(1)</sup> limite l'effet de substitution de l'HAD ;

- à l'inverse, peut-on calculer le gain d'efficacité engendré par l'HAD lorsqu'un patient qui peut être pris en charge à domicile est remplacé par un patient qui ne peut être pris en charge qu'à l'hôpital conventionnel ?

L'absence de chiffres officiels et de réponses à ces questions, malgré les recommandations insistantes et justifiées de la Cour des comptes en 2013<sup>(2)</sup> et en 2015<sup>(3)</sup>, risque d'alimenter les critiques et les doutes qui pèsent encore sur la pertinence de l'hospitalisation à domicile. Ces études doivent être réalisées d'autant plus rapidement que la seule qui existe, concernant la chimiothérapie, ne permet pas d'extrapoler à d'autres indications médicales en raison du segment d'activité choisi et du caractère incertain de ses conclusions<sup>(4)</sup>. Dans un contexte budgétaire contraint pour les dépenses de santé, les économies susceptibles d'être générées par l'HAD sont un argument fort en faveur de son développement.

***b. La comparaison avec d'autres modes de prise en charge est insuffisante et difficile à mettre en œuvre***

Si la comparaison avec l'hôpital conventionnel – bien que délicate – semble avantageuse, de nombreuses auditions ont invité la mission à se pencher sur une comparaison avec d'autres modes de prise en charge, notamment les SSIAD et les soins de ville.

Or, comme l'a rappelé M. Jean Debeauvais lors de son audition, la difficulté tient à ce qu'en principe, les soins fournis par l'HAD et les autres modes de prise en charge à domicile ne sont pas comparables : *« il est difficile de comparer l'HAD à des soins de ville qui, le plus souvent, même sous forme d'exercice coordonné, vont être un peu plus dispersés et un peu moins techniques, y compris dans leur dimension médico-sociale – je pense aux interventions relevant des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). »*<sup>(5)</sup>

---

(1) Ce « taux de change » a été supprimé par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à son autorisation, en raison de l'antagonisme qu'il créait entre hospitalisation à domicile et hospitalisation conventionnelle.

(2) Cour des Comptes. « Chapitre IX. L'hospitalisation à domicile » in Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, février 2013.

(3) Cour des Comptes, L'hospitalisation à domicile. Évolutions récentes. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, décembre 2015.

(4) HAS, Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels, 2005, et HAS, Conditions du développement de la chimiothérapie en HAD : analyse économique et organisationnelle, 2015. La première étude avait conclu à un avantage financier de l'HAD sans réussir à tenir correctement compte des molécules onéreuses. La seconde étude a conclu au même résultat tout en exprimant un doute sur le mode de calcul (l'hôpital de jour devient moins coûteux si le patient reste en HAD entre les injections).

(5) Audition du 3 février 2016.

Il est vrai que, compte tenu des tarifications qui s'appliquent à ces modes de prise en charge, ces interventions sont potentiellement moins coûteuses que l'hospitalisation à domicile à condition qu'elles aient la technicité suffisante pour assurer le traitement du patient.

La comparaison est néanmoins délicate car, en principe, les domaines des différents modes de prise en charge sont disjoints et non pas superposables. En effet, si l'HAD est une forme d'hospitalisation qui peut se substituer à une prise en charge par un autre établissement de santé, il n'y a normalement pas de substituabilité avec les soins prodigués par les SSIAD ou les professionnels libéraux.

### **3. Une articulation complexe et parfois difficile avec les autres modes de prise en charge**

La position originale de l'hospitalisation à domicile a pu rendre difficile sa perception par les autres acteurs de la prise en charge à domicile : certains ont pu estimer que l'HAD prend en charge des patients qui, en réalité, ne nécessitent pas des soins de niveau hospitalier.

L'hospitalisation à domicile a en effet la particularité de faire appel à des professionnels libéraux (médecins traitants, par définition, mais aussi infirmières libérales et prestataires de santé à domicile) pour réaliser les soins alors que ces mêmes acteurs prennent en charge des patients hors de toute structure d'HAD. Cette caractéristique nuit à la clarté du positionnement de l'HAD, donc à la bonne perception de sa spécificité.

En fait, l'idée selon laquelle la prise en charge en HAD, même lorsqu'elle fait appel à ces professionnels de ville, a une véritable valeur ajoutée parce qu'elle prodigue des soins de niveau hospitalier, n'est pas aisément acceptée. On peut même avancer que l'image de l'HAD auprès de ces professionnels s'est détériorée ces dernières années, en même temps que l'HAD se développait. La rapporteure convient que cette dégradation n'est pas dénuée de raisons objectives même si celles-ci ne peuvent être généralisées.

Ainsi, certaines structures d'hospitalisation à domicile se voient reprocher d'accepter des patients qui devraient relever d'un autre mode de prise en charge (SSIAD, soins de ville) dans des proportions qui font craindre à certains acteurs une concurrence. Ces critiques sont confirmées par le rapport de la Cour des Comptes de 2015 : en 2013-2014, 22 % des contrôles avaient permis d'identifier une inadéquation de l'état du patient à la structure. Ces contrôles ayant principalement concerné des établissements dont les recettes annuelles d'assurance maladie sont supérieures à 800 000 euros, on peut craindre que ce taux – inacceptable – soit plus élevé dans de nombreux autres établissements.

Ce sentiment partiellement fondé est renforcé par l'impression que l'HAD joue de son statut hospitalier comme argument d'autorité auprès des patients. Les

représentants des infirmières et infirmiers ont également évoqué des situations de « pression » dans lesquelles le médecin hospitalier refuse de faire sortir un patient si celui-ci n'est pas pris en charge en HAD.

Enfin, l'hospitalisation à domicile est parfois perçue comme une structure excessivement rigide lorsqu'elle impose le changement des équipes soignantes ou du matériel, ce qui n'est ni dans l'intérêt du patient ni favorable à l'indispensable cohésion entre toutes les parties prenantes de l'HAD.

La rapporteure veut donc rappeler que l'hospitalisation à domicile n'a pas vocation à se substituer aux autres modes de prise en charge et qu'il faut clarifier son positionnement, s'assurer du bon usage des financements qui lui sont dévolus et apaiser les inquiétudes parfois fondées, mais souvent infondées, des acteurs.

## **B. L'HAD DOIT RENOUER AVEC SA VOCATION PREMIÈRE POUR S'ASSURER UN DÉVELOPPEMENT PERTINENT**

Pour se développer conformément aux souhaits des pouvoirs publics, l'hospitalisation à domicile doit clarifier son positionnement dans le système de soins. Un travail de redéfinition est à mener pour que les efforts de croissance de l'HAD soient dirigés vers les secteurs où elle est très attendue, tant du point de vue médical que financier.

### **1. Les outils du positionnement : définition, études médico-économiques et référentiels**

Les travaux de la mission ont permis d'identifier un problème de définition de l'HAD. Le résoudre suppose de répondre avec autant de clarté que possible à trois questions essentielles : qu'est-ce que l'hospitalisation à domicile ? Est-elle toujours pertinente sur le plan médico-économique ? Quand faut-il la prescrire ?

#### ***a. L'HAD doit être définie comme une activité hospitalière de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux soins de suite et de réadaptation (SSR)***

Il s'agit donc de redonner à l'hospitalisation à domicile une définition réglementaire, voire légale, qui permette de réaffirmer les éléments essentiels de son positionnement dans notre système de soins, à la fois positivement et négativement :

– l'HAD, ayant vocation à se substituer à l'hospitalisation conventionnelle ou aux soins de suite et de réadaptation <sup>(1)</sup>, est une forme d'hospitalisation à part entière, assurant des soins d'une complexité et d'une intensité comparables à ceux

---

(1) L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prévoit le passage de SSR complets à des SSR de jour, et de SSR de jour à des HAD en rééducation.

qui sont dispensés par les autres établissements de santé. Elle propose un niveau de coordination très avancé entre professionnels de santé ;

– les soins dispensés en HAD se distinguent des soins dispensés dans les autres modes de prise en charge à domicile par le fait que les patients requièrent des soins de niveau hospitalier. La prise en charge en HAD a vocation à cesser dès que le patient ne requiert plus ce niveau de soins.

**Proposition n° 1** Définir clairement par voie réglementaire l'HAD comme une activité de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux SSR, distincte des autres modes de prise en charge à domicile.

*b. Des études médico-économiques doivent permettre d'identifier les situations qui relèvent de l'HAD afin de renforcer sa légitimité*

Des études médico-économiques doivent être entreprises pour asseoir une légitimité de l'hospitalisation à domicile qui demeure contestée, notamment auprès des acteurs des soins à domicile. Ces études devraient notamment s'attacher à tester les hypothèses suivantes :

– L'environnement du domicile est meilleur pour le patient.

– L'hospitalisation à domicile coûte moins cher que l'hospitalisation conventionnelle en raison de l'absence de plateau technique et grâce aux aidants.

– L'hospitalisation à domicile est la seule façon de prendre en charge certaines pathologies (comparaison avec les SSIAD et, surtout, les soins à domicile).

La rapporteure estime que l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) est la mieux placée pour réaliser ces études.

L'ATIH semble d'ailleurs être très ouverte à une accélération de ces travaux de recherche, comme l'a indiqué sa directrice, Mme Lise Rochaix, lors de son audition par la mission <sup>(1)</sup> : « *La question n'a pas été posée de cette façon à l'ATIH, mais, si la mission souhaite que ce travail soit mené dans des délais plus courts tout en répondant aux exigences scientifiques qui permettraient à l'universitaire que je suis de demander au conseil d'administration d'en valider les résultats, je pense qu'il pourra en partie être réalisé. Nous aurons des résultats s'appliquant à une population définie pour un certain nombre d'indications, elles-mêmes précisées par la Haute Autorité de santé.* »

L'ATIH a en effet pour mission de collecter, de mettre à disposition, d'analyser et de restituer les données concernant l'hospitalisation à domicile. Elle est également chargée, sous la responsabilité du ministère de la santé, et

---

(1) Audition du 3 février 2016.

notamment de la DGOS, de la gestion technique de la campagne tarifaire. Elle réalise des études de coûts pour l'ensemble du secteur sanitaire, y compris pour l'HAD. Dans ce cadre, elle collecte les données d'activité mensuelles des établissements d'HAD au travers du dispositif du PMSI et réalise une étude de coûts annuelle depuis 2009. Ces données sont restituées grâce à un outil statistique « ScanSanté ». Ces données permettent de comparer les coûts réels de l'hôpital conventionnel et de l'hospitalisation à domicile sur des échantillons très significatifs.

Le travail pourrait être mené conjointement avec la CNAMTS.

**Proposition n° 2**    **Confier à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH), en coordination avec la CNAMTS, la réalisation d'études médico-économiques permettant de comparer le coût de l'HAD et celui des autres modes de prise en charge.**

*c. Des référentiels doivent fonder, au plan médical, l'identification des patients susceptibles d'être soignés en HAD*

Malgré les réticences de la HAS, la rapporteure considère qu'est totalement justifiée la recommandation formulée par la Cour des comptes dans ses rapports de 2013 et de 2015, appelant à l'élaboration de référentiels d'activité qui définiraient les pathologies et situations où l'HAD devrait être envisagée pour le patient et, le cas échéant, celles où il devrait relever plutôt d'un autre mode de soins, SSIAD ou soins de ville. Complétés par des protocoles, ces référentiels permettraient au médecin hospitalier d'envisager une sortie du patient dès son admission dans un service hospitalier et d'anticiper ainsi la prise en charge en HAD, qui est inévitablement lourde au plan administratif <sup>(1)</sup>.

Il revient en principe à la Haute Autorité de Santé de réaliser ces référentiels, à l'image du travail qu'elle avait déjà réalisé avec le *post-partum* physiologique.

Interrogé sur l'élaboration de ces référentiels, M. Dominique Maigne, directeur général de la Haute Autorité de Santé, a indiqué n'avoir pas été sollicité par les pouvoirs publics en ce sens. Il a également mis en doute l'utilité de référentiels par pathologie : « *Si nous sommes saisis de la rédaction des référentiels demandés par la Cour, nous poserons la question de la pertinence d'une approche par pathologie, centrée sur l'HAD, par rapport à une approche plus générique dans laquelle l'HAD n'est qu'une modalité de prise en charge alternative à l'hospitalisation traditionnelle qui devrait être systématiquement envisagée quand l'état du patient le permet. Cette approche nous semble plus*

---

(1) Lors des auditions, le manque de réactivité de la structure d'HAD a été souvent pointé. S'il existe probablement des marges de progression, il est également avéré que l'établissement est souvent prévenu au dernier moment et qu'il doit mener préalablement à toute admission une instruction – qui peut prendre plusieurs jours – pour s'assurer que les conditions du retour au domicile sont réunies.

*bénéfique que celle envisagée par pathologie, qui laisse toujours des zones non couvertes et qui complexifie grandement le travail des soignants sans nécessairement lever les barrières. »<sup>(1)</sup>*

Tout en comprenant l'intérêt d'un tel document « générique » au regard du programme de travail de la Haute Autorité de Santé, la rapporteure doute qu'une telle approche soit de nature à résoudre les difficultés décrites précédemment.

En effet, les médecins traitants ou hospitaliers, qui réalisent souvent une ou deux prescriptions d'HAD chaque année, ne sont pas en mesure d'appliquer des critères généraux à une large variété de pathologies et de situations.

S'il revient aux textes légaux et règlementaires, accompagnés par les circulaires nécessaires, de définir la place qu'occupe l'hospitalisation à domicile dans le système de soins, il revient aux autorités scientifiques d'identifier le plus précisément possible les situations qui requièrent ou non une prise en charge en hospitalisation à domicile pour faciliter le travail du prescripteur.

Il ne s'agit donc pas de créer un nouveau guide méthodologique qui sera soit trop complexe soit trop sommaire pour permettre d'orienter les patients dans des cas concrets, mais de développer des « grilles », pour les pathologies les plus importantes, qui permettront aux prescripteurs de se poser très en amont la question d'une éventuelle prise en charge en HAD. Ces référentiels doivent permettre de distinguer facilement une prise en charge en HAD d'une prise en charge ambulatoire classique lorsque les deux modes coexistent, par exemple dans les pansements complexes.

Les référentiels d'activité ont vocation à être intégrés par la DGOS dans le guide méthodologique<sup>(2)</sup>, ce qui permettra de donner une véritable légitimité médicale aux pratiques pertinentes et de mettre un terme à celles qui ne relèvent pas de l'hospitalisation à domicile.

Mme Isabelle Prade, chef de bureau à la DGOS, a ainsi rappelé devant la mission le rôle de l'administration dans la déclinaison opérationnelle des recommandations de la Haute Autorité de Santé : « *La DGOS y procède chaque année depuis 2014 – c'était alors autour de la question du post-partum. Avec la direction de la sécurité sociale (DSS) et la CNAM, nous passons en revue les conditions d'admission en HAD telles qu'elles sont décrites dans le guide méthodologique du PMSI, qui est l'annexe de l'arrêté ministériel annuel sur les prestations. Ce document, de plus en plus précis, tient compte des évolutions de la médecine pour l'établissement des conditions dans lesquelles on peut considérer que le patient doit être admis en HAD. Il prend en considération également le*

---

(1) Audition du 8 février 2016.

(2) Le guide méthodologique est actualisé annuellement par la DGOS. Il intègre les référentiels réalisés par la Haute Autorité de Santé lorsqu'ils existent. À défaut de référentiels, les indications de prise en charge sont déterminées, pour chaque pathologie, sur une base empirique après consultation des fédérations d'HAD. Ce guide sert de base aux contrôles effectués par la CNAMTS sur la pertinence de la prise en charge.

*souhait de pertinence auquel vous faites référence, mais aussi l'impact des contrôles de l'assurance maladie a posteriori sur la pertinence des séjours. Ainsi, les fédérations hospitalières ont été incitées à s'associer à la révision des modes de prise en charge, pour supprimer des textes les ambiguïtés qui pouvaient subsister et intégrer les nouveautés thérapeutiques qui permettent certaines réalisations en HAD qui étaient auparavant impossibles. »<sup>(1)</sup>*

Les référentiels faciliteront un travail de protocolisation dans les hôpitaux, sur le modèle de l'AP-HP tel qu'il a été décrit par le responsable de l'HAD de cet organisme, M. Matthieu de Stampa : *« Nous élaborons désormais des protocoles de prise en charge permettant, à l'issue d'une rencontre avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de l'hôpital prescripteur, de déterminer au plus vite le parcours à suivre : dès son entrée à l'hôpital, en effet, le patient doit pouvoir envisager l'HAD. Nous savons ensuite, le cas échéant, transférer les protocoles hospitaliers à domicile, notamment en post-chirurgie. En clair, cette méthode nous permet d'identifier rapidement les patients pouvant être pris en charge en HAD et nous évite d'effectuer des évaluations parfois redondantes. »<sup>(2)</sup>*

Par ailleurs, la diffusion de ces référentiels d'activité contribuerait à rappeler aux prescripteurs l'existence et l'intérêt de ce mode d'hospitalisation.

**Proposition n° 3 Confier à la Haute Autorité de Santé l'élaboration de référentiels d'activité par grande pathologie susceptible d'être prise en charge en HAD.**

## **2. Les conséquences espérées : un développement plus rapide et plus pertinent dans les domaines où l'HAD est réellement attendue**

Les conséquences espérées de cet effort de redéfinition sont à la fois :

– une plus forte incitation, pour les médecins traitants et hospitaliers, à prescrire une HAD, dès lors que leur patient entrerait dans les critères définis ;

– mais aussi le maintien d'un rôle prépondérant de la prise en charge post-hospitalière : les pathologies lourdes et évolutives justifiant un environnement médicalisé et des soins complexes et coordonnés restent souvent liées à une intervention hospitalière.

En effet, l'hospitalisation à domicile conserve un fort potentiel de développement dans de nombreux domaines, notamment dans les établissements médico-sociaux, pour lesquels des mesures complémentaires doivent être prises afin d'accompagner sa progression.

---

(1) Audition du 3 février 2016.

(2) Audition du 3 mars 2016.

### *a. L'HAD a de bonnes perspectives de croissance dans de nombreux domaines*

L'HAD a vocation à couvrir un champ très large d'actes hospitaliers mais, compte tenu du vieillissement de la population ainsi que de l'évolution des compétences et des techniques disponibles, il existe des segments d'activité dans lesquels l'HAD doit se développer de manière plus spécifique. Il ne revient pas à la mission d'identifier de manière exhaustive ces segments <sup>(1)</sup>, d'autant que c'est le rôle qu'elle souhaite confier à la HAS en l'invitant à réaliser des référentiels d'activité et à l'ATIH en lui demandant de réaliser les études médico-économiques attendues depuis plusieurs années. Toutefois, ses travaux, dans la droite ligne de ceux qui ont été conduits par la Cour des Comptes, ont montré certaines pistes à renforcer ou à explorer avec une attention particulière.

#### ● *La chimiothérapie*

La prise en charge d'un traitement aussi lourd et aussi complexe fait indiscutablement partie du champ d'intervention pertinent de l'HAD en raison de sa technicité, en l'état actuel des méthodes. La prise en charge à domicile permet d'éviter les déplacements et semble avoir un impact positif sur le moral du patient <sup>(2)</sup>.

La Cour des comptes a pointé dans son dernier rapport sur l'hospitalisation à domicile un développement de cette activité pour laquelle les besoins vont croissant.

Ce segment d'activité, exigeant un haut niveau de coordination, a la particularité d'être l'un des seuls à avoir fait l'objet d'une étude économique poussée par la Haute Autorité de Santé. Réalisée en janvier 2015 <sup>(3)</sup>, elle conclut que la prise en charge en HAD est globalement moins coûteuse qu'à l'hôpital.

Les personnes auditionnées ont cependant insisté sur le fait que ce type de traitement pourrait évoluer ces prochaines années vers davantage de traitements *per os* <sup>(4)</sup> et, par conséquent, moins de traitements intraveineux. Si le développement de telles méthodes est de nature à favoriser le traitement au domicile, il faudra probablement réévaluer à terme la pertinence de l'HAD au regard de ces innovations, notamment si la prise en charge se limite à l'administration – même risquée – du traitement.

Quel que soit le mode de traitement, la chimiothérapie fait partie de ces pathologies qui nécessitent un haut niveau d'expertise du médecin traitant et du

---

(1) Il existe en tout 25 modes de prise en charge autorisés pour les structures d'hospitalisation à domicile mais leur importance en termes de volume d'activité est très variable.

(2) Inspection générale des Affaires sociales, rapport RM010-109P Hospitalisation à domicile, 2010, p. 190.

(3) Haute Autorité de santé, Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile : analyse économique et organisationnelle, janvier 2015.

(4) Il s'agit de médicaments anticancéreux administrés par voie orale.

médecin coordonnateur, posant ainsi la question de leurs places respectives dans le cours du traitement.

La place de l'hospitalisation à domicile a été renforcée dans le plan Cancer 2014-2019 alors que le précédent ne la mettait pas sur le même plan que l'hôpital de jour. Comme le rappelait le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2010, cette opposition entre hôpital de jour et hospitalisation à domicile a d'autant moins lieu d'être que ces deux modes de prises en charge ne sont pas nécessairement exclusifs l'un de l'autre (par exemple, le bilan peut être fait en hôpital de jour et le traitement en HAD).

- *Les soins palliatifs*

L'HAD joue un rôle important de coordination et assure la permanence des soins dans ce domaine qui constitue son deuxième segment d'activité le plus important en volume.

Les soins concernent principalement les patients atteints de cancer avec la particularité d'un fort taux de ré-hospitalisation en fin de traitement, à la demande de la famille du patient ou du médecin traitant, sans que les fondements médicaux de ces pratiques soient bien établis.

Une vigilance particulière doit être portée à la durée de la prise en charge pour que celle-ci ne conduise pas à ce que le coût moyen du séjour soit plus élevé qu'à l'hôpital.

L'HAD devrait également apporter sa valeur ajoutée dans l'information et le soutien aux aidants <sup>(1)</sup>.

- *Pédiatrie et périnatalité*

La pédiatrie, qui représente une part significative de l'activité en HAD, est une activité très spécialisée dans laquelle l'hospitalisation à domicile peut apporter des compétences dont ne dispose pas nécessairement le médecin traitant. L'intérêt pour les parents et pour l'enfant qui peut être pris en charge à domicile est indiscutable, notamment lorsque les HAD disposent de médecins coordonnateurs spécialistes ou très investis sur cette activité.

Les travaux de la HAS seront très attendus sur certains modes de prise en charge comme « *l'éducation du patient et de son entourage* » ou « *la prise en charge du nouveau-né* » qui ne relèvent pas manifestement d'une prise en charge hospitalière.

S'agissant de la périnatalité, il s'agit comme la pédiatrie d'une activité très spécialisée qui fait l'objet d'une autorisation distincte par les agences régionales

---

(1) Le renforcement des solutions de soutien aux aidants fait l'objet d'un développement détaillé au C du V du présent rapport.

de santé (ARS). Elle a longtemps constitué une part très importante de l'HAD en raison de la prise en charge des retours précoces à domicile, la Haute Autorité de Santé ayant finalement estimé que ceux-ci ne devaient pas en relever.

Aujourd'hui, il existe encore des pathologies en *post partum* qui nécessitent une coordination entre une sage-femme et des soins infirmiers relevant de l'hospitalisation à domicile. La prise en charge au domicile évite des allers-retours contraignants et coûteux avec l'hôpital.

- *La prise en charge post-urgences*

La prise en charge à domicile à la suite d'un passage par les urgences est peu développée en France alors qu'elle constitue une part importante de l'HAD en Catalogne.

Il est vrai que le développement des traitements en HAD pourrait limiter le nombre des ré-hospitalisations effectuées en urgence mais il existe aussi une piste intéressante de complémentarité relayée par le dernier rapport de la Cour des comptes.

L'expérience, qui mérite l'attention tant du point de vue des économies qu'elle peut produire <sup>(1)</sup> que du supplément de bien-être qu'elle peut procurer à des patients souvent âgés, pour lesquels les transferts sont souvent préjudiciables, a été menée au centre hospitalier de Lisieux dans lequel les urgentistes réorientent les patients vers les services d'HAD les plus adéquats (cancérologie et soins palliatifs notamment).

Une telle organisation préfigure peut-être une filière gériatrique intégrée dans laquelle les urgences pourraient être un moment de bilan et d'aiguillage thérapeutique. Elle nécessite un partenariat renforcé entre l'établissement hospitalier et la structure d'HAD afin que la seconde puisse admettre la personne rapidement. La présence d'un médecin coordonnateur issu d'un service d'urgences ou travaillant à mi-temps dans celui-ci peut alors s'avérer précieuse.

- *La rééducation et le post-chirurgical*

Les rééducations neurologique et orthopédique <sup>(2)</sup> constituent une part assez limitée de l'activité de l'HAD <sup>(3)</sup>, notamment en raison de problèmes de tarification ; cependant, cette activité est bien répartie sur le territoire.

La HAD est parfaitement dans son rôle lorsqu'elle permet de faire appel à des équipes pluridisciplinaires et à des soins infirmiers dans des conditions de coordination efficaces tout en raccourcissant les séjours en SSR. La rééducation à

---

(1) Notamment en limitant l'utilisation très coûteuse de transports sanitaires.

(2) Elles font l'objet d'une autorisation spécifique de l'ARS, comme la pédiatrie et la périnatalité.

(3) La place modeste de la rééducation doit être nuancée par le fait qu'une partie des activités qualifiées de « nursing lourd » en HAD s'appliquent à des patients en rééducation.

domicile est souvent jugée plus efficace car elle s'exerce dans le lieu de vie effectif. Lors de visite d'établissements, un manque alarmant de kinésithérapeutes a été signalé à la rapporteure.

Il s'agit pourtant souvent d'un mode de prise en charge moins coûteux que les services de SSR et qui a un véritable potentiel d'évolution avec l'émergence continue de nouvelles pratiques et de nouvelles techniques.

Ainsi, le rapport de la Cour des Comptes rappelle que la structure « Santé Services » a mis en place un service de télé-évaluation dans le cadre de la rééducation après chirurgie orthopédique.

Néanmoins, le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) mis au point par la CNAMTS dans ce domaine rend plus nécessaire que jamais la mise en place de référentiels pour éviter des recouvrements.

***b. L'HAD doit faire l'objet d'une politique particulièrement volontariste dans les établissements médico-sociaux***

Le développement de l'HAD dans les établissements médico-sociaux est une thématique récente car il existait avant 2007 des limites règlementaires qui ont été progressivement levées <sup>(1)</sup>.

Comme l'a rappelé M. David Causse, coordonnateur du Pôle Santé-Social de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), cette nouvelle opportunité n'a pas toujours été bien perçue dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) : « *En 2007-2008, peu de temps après la canicule, les directeurs d'EHPAD ne voyaient pas l'arrivée de l'HAD d'un très bon œil. En effet, à l'époque, ils pensaient que la possibilité de solliciter de l'HAD donnait aux pouvoirs publics un prétexte pour ne pas augmenter le niveau de médicalisation courant des EHPAD. Aujourd'hui, ce malentendu est dissipé. De plus, la réforme de la tarification des EHPAD engagée en 1999-2000 a été vécue comme une éviction par les infirmiers libéraux : le remplacement des sections de cure médicale par le régime des EHPAD a abouti à ce que les infirmiers libéraux qui suivaient auparavant leurs patients dans l'EHPAD ont été remplacés par des équipes d'infirmiers salariés. Lorsque les HAD ont commencé à intervenir dans les EHPAD à partir de 2007, elles ont souvent mobilisé des infirmières libérales qui gardaient le souvenir de cette éviction. Troisième élément à souligner : une infirmière d'EHPAD a une grande responsabilité d'encadrement d'aides-soignants, tel un cadre supérieur ; les infirmières d'HAD sont plus affûtées en matière de techniques et de soins.* » <sup>(2)</sup>

---

(1) Le décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées a autorisé les structures d'HAD à intervenir dans les EHPAD et le décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement a étendu cette autorisation à l'ensemble des établissements médico-sociaux.

(2) Audition du 8 mars 2016.

### **L'hospitalisation à domicile au sein des établissements d'hébergement de personnes handicapées**

Dans son dernier rapport, la Cour des comptes rappelle que le recours à l'hospitalisation à domicile dans ces établissements spécialisés demeure très limité puisqu'il représentait en 2014 à peine 0,4 % de l'ensemble de l'activité d'HAD.

Cette possibilité, ouverte seulement depuis 2012, s'avère particulièrement pertinente pour les patients handicapés car elle leur permet de rester dans un environnement qu'ils connaissent, notamment en fin de vie. L'hospitalisation à domicile peut ainsi faciliter la fluidité du parcours et mieux personnaliser la prise en charge.

Le cloisonnement important qui existe aujourd'hui entre les personnels de l'HAD et ceux de ces établissements constitue, avec d'autres éléments communs à tous les établissements sociaux et médico-sociaux, un sérieux frein au développement de partenariats efficaces. La rapporteure considère que cette méconnaissance doit être combattue par l'instauration de moments d'échanges entre équipes soignantes à l'instar de ce qu'a mis en place la région Nord-Pas de Calais en 2014.

Le soutien des associations de personnes en situation de handicap, qui attendent beaucoup de l'hospitalisation à domicile, comme l'atteste le rapport qu'a remis M. Pascal Jacob à la ministre des Affaires sociales et à la ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion<sup>(1)</sup>, pourrait alors s'avérer très utile.

S'agissant de la situation actuelle, un constat en demi-teinte a été dressé devant la mission par le président de la 6<sup>ème</sup> chambre de la Cour des comptes, M. Antoine Durrleman : *« De la même manière, les prises en charge en HAD dans les établissements médico-sociaux, notamment les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), restent limitées. Leur progression statistique est impressionnante mais elle part d'un niveau infinitésimal. En réalité, les prises en charges sont peu nombreuses. L'EHPAD est un substitut du domicile où, depuis 2007, les structures d'HAD peuvent intervenir. Cela répond aux souhaits de patients qui ne veulent pas faire des allers-retours, souvent très difficiles à vivre, entre leur EHPAD et l'hôpital.*

*« Ce point fait l'objet d'une attention très vigilante des pouvoirs publics. Le comité de pilotage chargé du développement de l'HAD a mis en place un dispositif de suivi particulier qui vise notamment à mieux déterminer les indications qui peuvent donner lieu à ce type de prise en charge pour des personnes en EHPAD. Ce comité s'interroge aussi sur le maintien de la minoration des tarifs de l'HAD en EHPAD. Dans notre rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013, nous avons noté que c'était assez dissuasif pour les structures d'HAD.*

*« En résumé, nous avons constaté que les "lignes commençaient à bouger" mais que la progression de l'HAD restait faible. Cela s'explique par des*

---

(1) Rapport établi par M. Pascal Jacob. Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement, avril 2013.

*raisons objectives – peu de temps s’est écoulé entre nos deux observations – mais cela tient aussi à l’existence d’obstacles et de préalables qui n’ont toujours pas été levés. »* <sup>(1)</sup>

Pourtant, ces établissements sont un terrain très intéressant pour le développement de l’hospitalisation à domicile car ils disposent d’un personnel médical, par nature beaucoup plus fiable que ne le sont les aidants au domicile.

Les résultats médiocres obtenus dans ce champ incitent donc à s’interroger sur les moyens mis en œuvre pour permettre aux résidents d’accéder à l’hospitalisation à domicile. Aussi, la rapporteure estime que si les objectifs quantitatifs généraux n’ont pas permis de garantir que l’HAD soit prescrite et utilisée à bon escient, la question du recours à l’HAD en EHPAD pourrait faire l’objet d’une politique spécialement volontariste. Plusieurs mesures seraient envisageables :

– dans le cadre des contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens des EHPAD, une amélioration du taux de recours à l’HAD par rapport à l’hospitalisation classique des résidents pourrait être exigée ;

– la minoration de la tarification pourrait être supprimée. La prise en charge en EHPAD fait en effet l’objet d’une minoration de 13 % pour tenir compte des soins apportés par le personnel de l’établissement. Ces dispositions, compréhensibles du point de vue de la logique financière, agissent cependant de façon dissuasive ;

– un dispositif incitatif à recourir à l’HAD pourrait également être prévu : pour les établissements tarifés par le conseil départemental, en cas d’absence du résident pendant plus de 72 heures, l’article R. 314-204 du code de l’action sociale et des familles prévoit que le tarif journalier afférent à l’hébergement est minoré des charges relatives à la restauration et à l’hôtellerie, pour un montant fixé dans le règlement départemental d’aide sociale. De surcroît, lorsque cette absence est imputable à une hospitalisation, cette minoration doit tenir compte du forfait hospitalier. Il pourrait être prévu une minoration du tarif journalier « soins » en plus de la suspension du tarif « restauration – hôtellerie » en cas d’hospitalisation classique.

En effet, un EHPAD ne reçoit pas les bonnes incitations financières par rapport à l’HAD : envoyer un de ses résidents à l’hôpital est objectivement plus avantageux puisque les frais d’hébergement continuent d’être perçus pendant le temps de l’hospitalisation. Si tous les établissements ne fonctionnent pas sur ce schéma, il conviendrait de les inciter davantage à rechercher des modes de prise en charge plus conformes au souhait des patients et à l’efficacité de la dépense sociale.

---

(1) Audition du 20 janvier 2016.

– la désignation de référents au sein des établissements, qui deviendraient les interlocuteurs de la structure d'HAD, pourrait favoriser la coopération mais aussi la bonne connaissance de l'offre de soins proposée par l'hospitalisation à domicile sur un territoire donné ;

– enfin, un grand nombre d'intervenants auditionnés par la mission ont souligné la complexité administrative que représenterait le recours à l'HAD pour un EHPAD. La rapporteure estime qu'il faut veiller à ce que les formalités soient bien proportionnées à l'objectif poursuivi, car il serait paradoxal que l'admission d'un patient en HAD soit plus complexe dans un cadre déjà médicalisé – donc offrant de bonnes garanties en termes de sécurité – que dans un domicile « de ville », environnement par nature moins adapté à une prise en charge médicale.

**Proposition n° 4**    **Développer des solutions incitatives en vue de faire progresser la prise en charge en HAD au sein des établissements médico-sociaux, telles que :**

- la suppression de la minoration tarifaire, en faveur des établissements HAD ;
- une rémunération des EHPAD indexée sur la qualité de la prise en charge, laquelle tiendrait compte du taux de prise en charge en HAD.

## II. GARANTIR LE CARACTÈRE HOSPITALIER DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD

Les auditions menées par la MECSS n'ont pas toujours rassuré la rapporteure sur le fait que l'HAD soit toujours prescrite à bon escient, c'est-à-dire lorsqu'elle représente la meilleure solution médicale pour le patient et non un mode de financement de prestations ne relevant pas de l'hospitalisation.

### A. MIEUX DÉFINIR LES PRESTATIONS ET SERVICES QUE L'HAD DOIT DÉLIVRER À SES PATIENTS

Comme le rappelle la circulaire de la DGOS du 4 décembre 2013<sup>(1)</sup>, « *si l'HAD n'assure pas l'intégralité des missions et prestations d'un établissement d'hospitalisation, en revanche elle prend en compte les contraintes imposées par le domicile, devenu le lieu des soins, sans rien concéder aux impératifs de qualité et de sécurité des soins incombant à tout établissement de santé* ».

Les structures d'HAD doivent ainsi satisfaire à des conditions de fonctionnement requises par les articles D. 6124-306 à D. 6124-311 du code de la santé publique. Celles-ci prévoient les modalités de sécurisation des patients par la garantie de continuité des soins que doivent mettre en œuvre tous les établissements de santé : la capacité interventionnelle soignante jour et nuit, ainsi que la formalisation des conditions de recours à un avis médicalisé à tout moment constituent « *le socle minimal sur lequel doivent pouvoir compter les patients et les professionnels* ». Le cas échéant, des conventions avec les centres 15 permettent de proposer cet accès à un professionnel de santé la nuit.

#### 1. La définition de l'HAD doit se décliner dans la typologie des prestations offertes, la permanence et la technicité des soins

Les établissements de santé exerçant une activité d'HAD sont, comme tous les établissements de santé, soumis à une procédure de certification par la Haute Autorité de Santé, en application des articles L.6133-7, L.6321-1, L.6147-7 et L.6322-1 du code de la santé publique.

Cependant, comme le dénonce le rapport de la Cour des comptes, certaines structures exerçant une activité d'HAD ne semblent pas en mesure de garantir toutes les conditions de fonctionnement minimales : « *Or, si 80 % à 90 % des établissements d'HAD (moyenne France entière) déclarent avoir mis en place cette continuité des soins, dans certaines régions elle n'est pas satisfaisante. C'est le cas par exemple de la Picardie où près de 40 % des établissements n'ont pas mis en place de dispositif de continuité des soins, du Nord-Pas-de-Calais (40 %), ou encore de Poitou-Charentes (35 %). Aux heures de la permanence des soins, il*

---

(1) Circulaire DGOS/R4 n° 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

*n'est pas rare que les professionnels des centres 15 ou des associations d'urgentistes soient dans ces régions sollicités par les proches des patients, faute d'autre recours. Quelques grosses structures, a contrario, disposent non seulement d'une astreinte infirmière mais également d'une astreinte médicale (Santé Services par exemple) »<sup>(1)</sup>.*

Les indicateurs de suivi communiqués par la DGOS à la MECSS confortent ce diagnostic : en 2014, 20,2 % des établissements d'HAD ne disposaient pas d'une astreinte médicale ou n'avaient pas formalisé un recours à un avis médical 24 heures sur 24, par convention avec les centres 15 par exemple ; 11,7 % ne disposaient pas d'une astreinte opérationnelle soignante 24 heures sur 24 ; seuls 1 % mettaient en œuvre des dispositifs de télésurveillance.

La MECSS a été informée qu'un projet de décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement en HAD et modifiant les articles D. 6124-306 à D. 6124-311 du code de la santé publique est en cours de préparation. Ce projet a pour objectif de supprimer les dispositions inutilement contraignantes ou devenues obsolètes au regard des évolutions des techniques de soins comme de la réalité des établissements, et de les remplacer, en tant que de besoin, par des dispositions adaptées. Il visera ainsi à promouvoir des objectifs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, et à responsabiliser les établissements sur le choix des moyens à mettre en œuvre pour y répondre, plutôt qu'à décider pour eux des moyens et organisations adéquats.

Il n'en reste pas moins que la définition de l'HAD doit se décliner dans la typologie des prestations offertes, la permanence et la technicité des soins.

Le manque de professionnels de santé et de technicité semble parfois aboutir à ce que les patients pris en charge par ces structures ne répondent pas à la définition de l'HAD, qui est indiquée pour prendre en charge de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent prodiguer au patient.

## **2. L'HAD a vocation à apporter un accompagnement médical mais également social**

Par ailleurs, la rapporteure estime que cette réflexion devrait aboutir à considérer que de nouvelles obligations tenant à l'accompagnement médico-social en HAD pourraient s'ajouter aux conditions techniques, telles que :

- la possibilité de l'assistance de travailleurs sociaux,
- le soutien aux aidants familiaux<sup>(2)</sup>,

---

(1) Cour des Comptes, communication de décembre 2015, p. 40.

(2) Le renforcement des solutions d'assistance aux aidants fait l'objet d'un développement détaillé au C du V du présent rapport.

– le recours aux conseils d’un diététicien.

Ces éléments pourraient en effet constituer une plus-value indiscutable de l’HAD afin que le patient puisse gérer au mieux le retour à une vie normale.

### **3. Les établissements d’HAD ne respectant pas les exigences techniques légales n’ont pas vocation à continuer à exercer leur activité**

Au vu des auditions, il semble que certaines structures soient trop fragiles, du fait notamment de leur petite taille, pour pleinement répondre aux obligations qui pèsent sur elles en tant qu’établissements de santé à part entière et prendre en charge des situations qui requièrent intensité, complexité et technicité des soins avec le même impératif de qualité, de sécurité et de continuité que dans un établissement de santé conventionnel.

Dans les faits, leur activité se concentre sur les patients en phase non aiguë et le recours à une solution hospitalière n’est alors pas systématiquement pertinent, certains de leurs patients pouvant tout à fait nécessiter des soins et relever de structures infirmières telles que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

De manière générale, si les conditions réglementaires – nécessairement exigeantes – ne sont pas remplies, il faut que les ARS reçoivent des consignes claires en vue prendre des mesures de retrait d’autorisation à l’encontre de ces établissements, ce qu’elles ne semblent pas avoir fait en raison de la priorité donnée à un développement rapide de l’HAD.

**Proposition n° 5**    **Garantir que les prestations et les actes fournis par les structures d’HAD correspondent à la qualité et la permanence des soins hospitaliers et retirer les autorisations d’exercer aux établissements qui ne les garantissent pas.**

## **B. LA RECOMPOSITION DE L’OFFRE EN HAD PASSE PLUTÔT PAR UN ADOSSEMENT AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE SANTÉ QUE PAR LE MAINTIEN DE STRUCTURES INDÉPENDANTES**

### **1. La recomposition de l’offre apparait comme un préalable nécessaire au développement de l’HAD**

Dans son rapport de 2013 comme dans sa communication de 2015, la Cour des comptes constate la très grande diversité des statuts, des tailles et des modes de fonctionnement des structures d’HAD. Cette diversité et la fragilité de nombre de structures sont à l’origine de difficultés à développer une activité qui demande une professionnalisation croissante.

La Cour recommandait ainsi en décembre 2015 de « *recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures* ».

La rapporteure de la MECSS établit le même constat : selon les chiffres fournis par la DGOS, la recombinaison de l'offre n'a pas été engagée : 291 établissements avaient une activité d'HAD en 2010 ; ils étaient 309 en 2014 et 308 en 2015, avec trois fusions et deux nouvelles autorisations.

## **2. Le regroupement de petites structures pourrait engendrer de nouveaux problèmes**

Pour autant, le simple regroupement de petites structures à faible activité poserait de nouvelles difficultés.

Les volumes d'activité des structures d'HAD sont très variables : 4 établissements sont proches ou au-dessus de 100 000 journées par an ; 178 établissements au total se situent au-dessus de 70 000 journées, 117 entre 50 000 et 70 000, 6 entre 10 000 et 49 000, et 4 ont même une activité annuelle inférieure à 10 000 journées. Les dix plus grosses structures, qui assurent 27 % de l'activité totale, sont situées en Ile-de-France ou dans les grandes métropoles.

Les structures présentant une faible activité sont donc essentiellement celles qui exercent en zone à moindre densité, telle celle présente à Voiron, que la rapporteure a pu visiter. La mise en place d'une HAD nécessite des trajets fréquents des différents intervenants entre le siège de l'établissement et le domicile des patients, et les coûts afférents ne peuvent être accrus sans mettre en péril la rentabilité de l'établissement.

Aussi, le rapprochement de petits établissements d'HAD risque de conduire à la création de structures chargées de desservir un large territoire, sans être en capacité de l'exercer convenablement et dans des conditions de rentabilité maîtrisées dans les zones les plus éloignées de leur siège.

## **3. Les prérequis à l'admission en HAD plaident en faveur d'un rapprochement des structures d'HAD des établissements de santé conventionnels**

L'admission en HAD peut être demandée par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier, en accord avec le patient et son entourage. Le médecin traitant ou le médecin hospitalier contacte l'HAD (médecin coordonnateur ou infirmière coordinatrice). Une évaluation médicale, paramédicale et sociale est réalisée, avec généralement la visite de l'infirmière coordinatrice ou d'un ergonome, à l'hôpital ou à domicile, afin de recueillir les informations nécessaires à l'admission, s'assurer des conditions de logement (accessibilité, possibilité d'installer un lit médicalisé, etc.) et de la présence de l'entourage familial. La personne qui réalise l'évaluation peut être accompagnée, le cas échéant, d'une

assistante sociale. L'admission est alors prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD.

Ainsi, pour organiser la mise en place d'une HAD, il est nécessaire que le médecin prescripteur et le médecin coordonnateur de la structure d'HAD puissent l'envisager plusieurs jours en avance, afin de vérifier si les conditions sont réunies.

Cela nécessite qu'un dialogue s'établisse entre le prescripteur et la structure d'HAD sur le bien-fondé de l'admission en HAD et l'évolution de l'état du patient. Les auditions menées par la MECSS ont montré que certaines admissions ne pouvaient être mises en œuvre du fait de l'absence de connaissance et de communication entre les acteurs concernés, alors que les patients et leur famille souhaitaient une solution au plus proche du domicile du patient.

Il apparaît donc nécessaire de favoriser une culture commune et un dialogue permettant d'envisager, avant même que le patient soit sorti d'une phase aiguë, son éventuel transfert en HAD. Si cette coordination existe d'ores et déjà sur le terrain dans certains établissements, c'est notamment lorsque les structures hospitalières classiques et d'HAD interviennent dans des secteurs et pour des pathologies bien déterminées.

Aussi, dans le cadre de la mise en œuvre de la recomposition souhaitée par la Cour des comptes, le rapprochement avec l'établissement de santé classique présent sur le même territoire devrait être privilégié.

Le renforcement des structures d'HAD aboutira à une concentration vers des établissements plus importants. Dans les territoires ruraux où cette concentration risque de se traduire par des temps de trajet plus longs, le modèle des antennes, déjà développé par de grandes HAD, pourrait être développé puisqu'il permettrait de rapprocher les équipes des patients sans créer des structures devant assumer leur propre coût de fonctionnement.

#### **4. L'adossement des petites structures d'HAD aux établissements de santé existants rend moins pertinente la question de la définition d'une activité minimale**

La question de la définition d'une taille critique des structures a fait l'objet de développements, sans qu'elle soit finalement tranchée. En 2006, la DGOS avait estimé l'activité minimale d'une structure HAD à 9 000 journées par an, mais ce seuil était indicatif et n'a pas été redéfini depuis. La circulaire de décembre 2013 tient ce niveau d'activité pour insuffisant, mais n'en tire aucune conclusion. Elle se contente de rappeler qu'une attention particulière devra être apportée « *au devenir des structures qui en dépit d'un potentiel significatif n'ont pu faire progresser le recours à l'HAD sur leurs territoires* », en notant seulement qu'il faudra, dès que possible « *en tirer les conséquences* ».

Rapprocher les petits établissements d'HAD des établissements de santé conventionnels permettrait de rendre moins pertinente cette question de la taille minimale des structures d'HAD, car elles seraient mieux à même de mettre en place les mutualisations nécessaires à la continuité et la qualité des soins, en ayant notamment des médecins coordonnateurs plus nombreux et plus présents et des personnes pouvant assurer un soutien médico-social et l'accompagnement des aidants.

**Proposition n° 6**    **Recomposer l'offre de soins en HAD par un adossement des plus petites structures aux établissements de santé exerçant sur le même territoire.**

### **III. CLARIFIER ET FAIRE ÉVOLUER LES RÔLES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES AUTRES MODES DE PRISE EN CHARGE**

Structure de coordination, un établissement d'hospitalisation à domicile a par définition vocation à travailler avec de nombreux acteurs intérieurs et extérieurs à l'établissement. Les travaux de la mission ont montré que la répartition des tâches est aujourd'hui insatisfaisante et que l'HAD doit pouvoir mieux fonctionner avec les modes de prise en charge alternatifs pour offrir au patient un parcours plus fluide.

#### **A. LA RÉPARTITION ACTUELLE DES RÔLES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTICIPANT À L'HAD NE CORRESPOND PAS À LA NATURE HOSPITALIÈRE DE CE MODE DE PRISE EN CHARGE**

La réaffirmation du caractère hospitalier de la prise en charge en HAD implique de rappeler le rôle essentiel que jouent l'ensemble des acteurs et de l'adapter en vue de le rendre plus conforme aux exigences associées à la complexité des soins dispensés.

##### **1. Le médecin traitant : un « superviseur » qui doit être mieux informé et mieux accompagné**

Les travaux de la mission ont étayé un constat qui avait déjà été établi par les rapports de l'IGAS et de la Cour des comptes : le médecin traitant ne peut pas être le « pivot » opérationnel de l'hospitalisation à domicile.

En effet, alors que la France manque de médecins généralistes, il est parfois difficile pour des professionnels dont la charge de travail est déjà très lourde de s'investir dans l'hospitalisation à domicile, qui traite des pathologies complexes et nécessite du temps pour assurer les visites à domicile, les prescriptions parfois très spécialisées et le suivi global du patient.

Partant de ce constat, il faut donc apprécier la place que peut occuper le médecin traitant <sup>(1)</sup> en fonction de deux situations dont la rapporteure a pu constater qu'elles coexistaient dans la réalité quotidienne de l'HAD.

Lorsqu'il souhaite être très impliqué, il doit avoir les moyens de s'occuper de son patient. Cela implique de mettre en place un mode de rémunération qui tienne compte du temps passé et du travail de coordination effectué, ainsi que des mécanismes de formation et d'appui par la structure d'HAD, par exemple pour l'élaboration et l'évolution des prescriptions.

---

*(1) Ou le futur « médecin désigné par le patient », pour ceux qui n'ont pas de médecin traitant, que devrait le prévoir le projet de décret sur les conditions de techniques de fonctionnement des établissements d'HAD.*

Lorsqu'il est acté que le médecin traitant ne peut pas ou ne veut pas s'impliquer dans la prise en charge, l'HAD doit être organisée pour qu'il reste cependant complètement informé de la prise en charge de son patient.

En toute hypothèse, on ne peut pas accepter que le médecin traitant soit parfois tenu à l'écart du principe et des modalités de la prise en charge en HAD. En effet, il est le professionnel de santé qui connaît le mieux le patient. Il doit également, à ce même titre, continuer à pouvoir prescrire l'HAD s'il la juge nécessaire et s'y opposer s'il ne l'estime pas pertinente.

**Proposition n° 7 Développer un système d'appui technique et financier pour les médecins traitants qui s'investissent dans la prise en charge en HAD.**

## **2. Le médecin coordonnateur : un acteur central qui doit jouer pleinement son rôle de référent médical hospitalier**

Le médecin coordonnateur assure au sein de la structure d'hospitalisation à domicile des fonctions essentielles qui doivent devenir centrales.

Tout d'abord, le médecin coordonnateur filtre l'entrée de l'hospitalisation à domicile en évaluant la capacité du patient à être pris en charge par sa structure. Cet exercice complète l'accord du médecin traitant, lequel assure que le patient qu'il connaît est bien apte à bénéficier d'une prise en charge en HAD, par la vérification que celle-ci peut effectivement être déployée à son domicile (conditions d'hygiène, d'espace, soutien effectif des aidants, etc.). Il revient également au médecin et à l'équipe qui l'accompagne de vérifier que la pathologie relève de l'hospitalisation à domicile, faute de quoi il doit utiliser sa bonne connaissance du système de soins pour rediriger efficacement le patient.

Par ailleurs, au cours de la prise en charge, le médecin coordonnateur assure le contact avec le médecin traitant et, le cas échéant, le médecin hospitalier. En tant que référent médical de la structure, il appuie et forme les équipes soignantes. À ces fonctions, la pratique ajoute une quantité significative de tâches administratives.

Ce second aspect mérite d'être revu dans la perspective de faire de l'HAD une hospitalisation à part entière. Le médecin coordonnateur est souvent un prescripteur de fait pour les patients dont les médecins traitants n'ont pas le temps ou les compétences pour assurer effectivement le suivi médical de soins lourds et complexes.

La rapporteure estime qu'il convient de reconnaître juridiquement ce rôle au médecin coordonnateur et de faire de celui-ci un prescripteur à part entière, qui assure en équipe la permanence de l'avis médical prévue par les textes sur les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD. Il doit aussi, par analogie avec le médecin hospitalier et comme cela se pratique dans des structures

importantes, pouvoir se déplacer ponctuellement au domicile pour voir les patients.

Aussi, lorsqu'il est acquis que le médecin traitant ne pourra pas assurer le suivi effectif du traitement, une procédure de délégation de tâches aussi simple que possible doit être prévue pour que le médecin coordonnateur prenne une place centrale, qui ne saurait se limiter à une coordination administrative.

Il est très important que l'établissement d'HAD s'oriente vers cet accroissement des responsabilités et des compétences du médecin coordonnateur, dont la dénomination pourrait évoluer en conséquence : médecin hospitalier HAD, médecin référent HAD, etc.

Une telle évolution peut amener, dans certaines structures, à réévaluer l'effectif des médecins nécessaire pour fonctionner ; toutefois :

– il s'agit surtout de consacrer une pratique répandue, notamment en matière de prescriptions pour lesquelles, dans de nombreuses structures, le médecin coordonnateur va bien au-delà des seuls cas d'urgence ;

– le recrutement de médecins coordonnateurs pourrait se révéler moins difficile que pour d'autres fonctions en raison du statut de salarié et du travail collaboratif qu'il implique, qui correspondent à une demande de la part des jeunes professionnels.

**Proposition n° 8** Créer une procédure de délégation permettant au médecin coordonnateur de prendre en charge les prescriptions et le suivi effectif de la prise en charge.

### 3. L'infirmière coordonnatrice : un intermédiaire à conforter

Avec le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice constitue le rouage le plus important et la plus-value de l'HAD, comme le rappelait la présidente de la FNEHAD, Mme Elisabeth Hubert, lors de son audition : *« le rôle, essentiel en HAD, de l'infirmière de coordination, qui consiste à évaluer les situations. Aujourd'hui, les infirmières savent quel patient est éligible ou non à l'HAD. Elles ont de plus en plus souvent, dans nos établissements, un diplôme universitaire de prise en charge de la douleur, de soins palliatifs ou de plaies, brûlures et cicatrisation. Elles apportent une expertise utile aux professionnels libéraux avec lesquels elles travaillent, puisqu'on associe de plus en plus personnels salariés et professionnels libéraux. »*

*« Les infirmières, en menant ce travail de coordination, d'organisation, de logistique et d'interface avec les libéraux, jouent un rôle transversal. Les HAD qui*

*fonctionnent bien sont celles qui ont un nombre suffisant d'infirmières coordinatrices. »<sup>(1)</sup>*

Il s'agit alors de s'assurer que ces infirmières coordonnatrices soient suffisamment nombreuses pour assurer ce travail essentiel et qu'elles soient mieux reconnues dans leur travail. On pourrait notamment envisager de développer les délégations de tâches du médecin coordinateur vers l'infirmière coordinatrice.

#### **4. Les infirmières de l'HAD : un système souple qui doit être conservé**

Un établissement à domicile fonctionne souvent avec des infirmières salariées et des infirmières libérales. Cette souplesse est indispensable pour s'adapter à des patients parfois assez éloignés géographiquement de la structure.

S'agissant des secondes, une attention particulière doit être portée à leur meilleure association à l'évaluation des soins, par exemple.

Comme pour les infirmières coordinatrices, il faut expérimenter une montée en compétences des personnels infirmiers au sein des HAD et simplifier la procédure de délégation de tâches dont la complexité avait été très bien décrite par le Dr Blandin-Matas lors de son audition par la mission :

*« La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a en effet permis cette forme de transfert de compétences, qui fonctionne dans certains endroits de manière extraordinaire. Malheureusement, il s'agit d'une procédure d'une incroyable lourdeur administrative : il faut souvent attendre deux ans pour que la Haute Autorité de santé (HAS) rende un avis positif, puis obtenir de l'agence régionale de santé (ARS) qu'elle prenne un arrêté. Lorsque l'arrêté est pris – désignant nominativement le délégant comme le délégué – il faut encore que soit respecté un protocole drastique imposant un certain nombre d'heures de formation et une évaluation dans la durée de la délégation : en définitive, la démarche aura pris trois ans. C'est pour cela que, dans les faits, il existe de très nombreuses délégations dépourvues de fondement régulier, et l'on croise les doigts pour qu'aucun problème de responsabilité médicale ne se pose dans ces situations, sachant que les médecins qui pratiquent ces délégations le font parce qu'elles concernent des protocoles et des gestes n'emportant pas de risques majeurs. »*

Le niveau de compétences qui est aujourd'hui celui des infirmières diplômées d'État doit inviter à revoir une répartition des compétences au sein de l'HAD qui n'est pas nécessairement optimale.

**Proposition n° 9 Revoir et simplifier les procédures de délégation de tâches du médecin à l'infirmière.**

---

(1) Audition du 10 février 2016.

## **5. Les personnels de l'EHPAD : des acteurs réticents qui doivent être mieux associés à l'HAD**

Les difficultés du développement de l'hospitalisation à domicile en EHPAD tiennent beaucoup à une méfiance des personnels de ces établissements vis-à-vis de l'immixtion d'un nouvel acteur qui peut donner l'impression d'accaparer la partie la plus intéressante de l'activité des personnels soignants pour ne laisser à celui-ci que les activités de « *nursing* », voire d'interférer sur la technique médicale.

Il convient donc de replacer l'HAD dans son rôle, à savoir un appui hautement médicalisé pour des établissements qui ne disposent pas toujours de tout le personnel nécessaire, notamment la nuit et le week-end.

Le rôle de référent pourrait être exercé par le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou par une infirmière, en vue de mieux connaître les compétences de chacun et de mieux préparer l'arrivée des équipes de l'HAD au sein des établissements.

## **B. L'HAD DOIT S'INSÉRER DANS DES PARCOURS DE SOINS PLUS FLUIDES**

Pour créer un parcours de soins bien adapté à l'état de santé du patient, il faut parvenir à combler les lacunes qui existent dans le système de prise en charge et favoriser la coopération entre acteurs.

### **1. Trouver une réponse adaptée pour la « zone grise » qui existe entre HAD et SSIAD ou soins de ville**

Au-delà de la difficulté de l'HAD à se définir dans l'absolu comme mode de prise en charge, il existe une véritable lacune au niveau de prises en charge plus légères. Le recentrage de l'HAD vers sa vocation première risque même d'élargir les « zones grises » entre soins de ville et SSIAD d'une part, et HAD d'autre part, pour des raisons tarifaires et réglementaires. L'enjeu est donc simple : permettre à ces structures de prendre en charge ces patients intermédiaires (tarification spécifique, souplesse accrue pour l'admission en SSIAD, etc.). Il faut donc identifier une offre complémentaire à l'HAD, avec laquelle elle pourrait fonctionner pour s'adapter aux besoins du patient.

#### ***a. Il manque actuellement un mode de prise en charge pour des patients trop lourds pour les SSIAD ou les soins de ville et trop légers pour l'HAD***

Le rapport précité de l'IGAS évoquait dès 2010 des difficultés de prise en charge pour certains patients : « *Enfin, il apparaît que la nomenclature des modes de prise en charge et les modes de tarification associés peuvent conduire à des difficultés pour la prise en charge des personnes âgées. Ainsi le mode de soins*

*“nursing lourd” comporte une forte exigence en termes de lourdeur de soins alors que beaucoup de patients âgés poly-pathologiques ne justifient pas de cette lourdeur mais en revanche ont besoin de prestations qui ne peuvent pas être offertes en SSIAD et qui doivent être coordonnées, ce qui est difficile dans une prise en charge exclusivement ambulatoire ».*

Le rapport de la Cour des Comptes a confirmé ce constat et l’a généralisé en estimant que certains patients sont, en l’état actuel du système de soins, affectés par des pathologies trop légères pour être admis en HAD mais aussi trop lourdes pour les autres modes de prise en charge.

Cette situation est notamment due à un écart tarifaire entre l’HAD, dont la prise en charge commence à 200 euros la journée, et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui ont des tarifs de 70 euros par jour.

Aussi, un patient situé dans cette « zone grise » peut soit être pris en charge par l’HAD – mais il fait alors partie de ces patients dont les pathologies ne sont ni assez lourdes ni assez complexes pour bénéficier d’un service qui reste coûteux pour l’assurance-maladie –, soit ne pas bénéficier de soins au niveau de ses besoins en termes de traitements, de durée, ou de modalités de l’intervention, ce qui est inacceptable.

La réorientation vers les soins à caractère véritablement hospitalier que la rapporteure souhaite voir prendre à l’hospitalisation à domicile oblige donc à s’interroger sur la plus grande place que pourraient occuper d’autres modes de prise en charge.

***b. Plusieurs pistes doivent être explorées pour prendre en charge les patients de cette « zone grise »***

Sans sortir du champ qui est le sien, la mission doit insister sur l’existence d’un manque ainsi que sur les conséquences de ce manque en termes de pertinence de la prise en charge et de qualité des soins dispensés. Elle doit aussi suggérer des orientations qui ont émergé de ses travaux sur la façon de combler ce manque.

● *Les SSIAD renforcés*

**Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :  
concurrents ou partenaires ?**

Les SSIAD sont des structures, souvent associatives, qui assurent sur prescription médicale des soins infirmiers et d’hygiène générale pour des personnes âgées ou en situation de handicap. Pour assurer ces missions, ils comprennent des équipes d’infirmières, d’aides-soignants et d’autres auxiliaires médicaux et assurent la fourniture du matériel nécessaire. Ils exercent sur autorisation pour un territoire donné dont ils ont alors l’exclusivité.

Le caractère complet et pluridisciplinaire de la prestation est une caractéristique commune aux SSIAD et à l'HAD, ce qui a pu faire dire que les frontières étaient floues entre les deux modes de prise en charge.

En principe, HAD et SSIAD se distinguent cependant nettement par la technicité des soins apportés.

Toutefois, les HAD peuvent recourir à des SSIAD lorsque le domicile du malade est éloigné de la structure. Le conventionnement qui fixe le cadre de cette coopération fait l'objet d'incertitudes juridiques qu'il conviendrait de lever<sup>(1)</sup>. Le conventionnement SSIAD/HAD, expérimenté par la région Nord-Pas-de-Calais, doit permettre d'adapter la prise en charge aux besoins du patient et d'organiser un parcours de soins descendant mais également ascendant, en développant des coopérations entre acteurs : hôpital – HAD – SSIAD, infirmières ou prestataires. Il est souvent très important pour les personnes âgées ou fragiles de ne pas changer systématiquement d'équipes soignantes lorsque le mode de prise en charge évolue. Une coopération SSIAD-HAD efficace doit permettre d'éviter ces ruptures.

Chacun de ces acteurs devrait être en mesure de planifier le transfert de la prise en charge de son patient vers ces relais, en les connaissant et en disposant des moyens de transférer les éléments pertinents de son dossier médical, en fonction de l'évolution prévisible de sa pathologie.

Les SSIAD sont aujourd'hui des structures saturées qui ne sont pas en mesure de prendre en charge des patients dont les soins quotidiens coûteraient entre 70 et 200 euros.

Or ces structures peuvent être particulièrement utiles pour soigner les patients en sortie d'hôpital qui ne relèveraient pas de l'hospitalisation à domicile ou des patients qui ont effectué un séjour en établissement HAD.

S'agissant de ce second aspect, la Cour des comptes a indiqué que dans 62 % des cas, les SSIAD refusent le relais HAD-SSIAD. En vue de construire des parcours de soins gradués en fonction de l'état du patient, il faudrait donc créer des structures qui ont les capacités d'accueil, techniques et tarifaires suffisantes pour être de véritables relais. Développer une offre autour d'une structure comme le SSIAD permet à celle-ci de conclure des conventions avec l'HAD, voire d'être intégrée – comme c'est déjà le cas dans certains territoires – au sein d'un même établissement qui réalise les deux prestations.

L'ARS Ile-de-France expérimente actuellement le déploiement de 180 places de « SSIAD renforcés » afin de proposer une offre de soins plus complète, avec notamment des passages plus fréquents en journée, des passages en soirée, des interventions plus longues et la possibilité de faire appel à des compétences extérieures sociales ou médicales.

---

(1) Comme l'a rappelé le président Durrleman lors de son audition du 20 janvier, la conjugaison HAD/SSIAD fait redouter à l'assurance maladie « un double financement pour des soins du même ordre ».

- *Les soins de ville*

Des représentants des médecins et des infirmières libéraux ont insisté, lors des auditions, sur le fait qu'ils pouvaient faire beaucoup à condition d'avoir les outils et les tarifications adéquats.

Pour la rapporteure, il est difficile d'imaginer que les professionnels libéraux, dont la charge de travail est déjà très importante, puissent se substituer aux structures existantes (HAD, SSIAD, etc.), mais des solutions peuvent être envisagées pour des patients dont la prise en charge n'est pas trop lourde et que connaissent bien les professionnels de ville.

L'avantage d'une telle organisation autour d'un médecin traitant ou d'une infirmière habituelle du patient avec, en tant que de besoin, l'assistance d'un prestataire à domicile est évidemment la souplesse et l'absence de coût de structure. L'efficacité d'un tel dispositif dépend cependant du temps que peuvent lui consacrer les professionnels, des relations qu'a pu tisser le patient avec eux et des outils de coordination à la disposition des différents acteurs des soins de ville, y compris vis-à-vis de l'hôpital.

- *Les PRADO*

**Les programmes d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO) : un dispositif innovant qui facilite l'accompagnement administratif**

Ce programme a été créé par la CNAMTS en 2010 et généralisé en 2013 dans le domaine de la maternité pour faciliter le retour au domicile après un accouchement.

Un conseiller de l'assurance maladie assure le suivi administratif de la sortie et met en contact la personne avec les professionnels de santé adéquats.

Dans le cas du PRADO maternité, il rencontre la mère dans la maternité pour la mettre rapidement en contact avec une sage-femme inscrite sur la liste des professionnels de santé du département.

En matière d'orthopédie, le PRADO favorise la mise en contact avec un masseur-kinésithérapeute et une infirmière. Il peut également s'occuper des démarches de mise en place d'une aide à domicile pour le ménage et le portage des repas.

Le PRADO a pris le relais de l'HAD pour le retour précoce à domicile et monte progressivement en puissance.

Les PRADO connaissent un certain succès et pourraient être davantage utilisés, voire étendus à d'autres indications en sortie d'hôpital lorsque le patient a surtout besoin d'un accompagnement administratif au début de sa prise en charge. On peut alors estimer qu'il n'a pas tant besoin d'une structure médicale que d'une coordination administrative qui n'est pas toujours simple à appréhender pour lui ou pour sa famille. Il est vrai que, pour les malades qui sont de son ressort, l'hospitalisation à domicile peut jouer ce rôle, mais il s'agit alors d'un accessoire à

l'activité principale qui doit rester la coordination médicale et l'appui à des soins techniques.

Il n'existe probablement pas de solution unique à une très grande variété de situations mais il y a en toute hypothèse un problème de nature tarifaire. Créer une offre intermédiaire pour les patients qui n'entreraient pas dans les critères d'admission en HAD suppose donc de permettre des exceptions tarifaires lorsque ces structures ou professionnels bénéficient d'une rémunération proportionnée à la technicité des actes réalisés, au coût des traitements administrés et au travail de coordination qui est lié.

**Proposition n° 10 Développer une offre de soins pour prendre en charge les patients qui sont en dessous du seuil d'admission en HAD.**

## **2. Améliorer la fluidité des parcours en renforçant la coopération entre modes de prise en charge**

La question de la coordination de la prise en charge ne se pose pas uniquement au niveau de cette « zone grise » en dessous du seuil de l'HAD mais pour l'ensemble des parcours. Il faut donc favoriser le rapprochement des structures (hôpital-HAD-SSIAD-prestataires de santé à domicile) et permettre une meilleure information de l'ensemble des acteurs de l'HAD.

### *a. L'intégration des structures constitue une piste intéressante pour favoriser la fluidité des parcours*

L'exemple des SSIAD précédemment présenté montre que le parcours est encore trop fractionné et que, dans de trop nombreux cas, le patient se trouve sans visibilité sur la sortie de son parcours, voire sans solution.

Une première réponse peut consister à rapprocher les structures au sein d'un même établissement. La rapporteure a pu constater que certaines associations gérant des structures HAD assurent également un service de SSIAD ou de prestations à domicile.

Les grandes structures internalisent également beaucoup de compétences notamment dans des champs disciplinaires qui sont directement en lien avec les prises en charge (assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute).

Outre une plus grande fluidité dans les parcours, de tels regroupements sont de nature à amener les établissements les plus fragiles à une masse critique d'activité et à faciliter l'atteinte de l'équilibre financier. Ce modèle, s'il ne peut pas être répliqué partout sur le territoire, mérite de se développer davantage.

Lorsque les structures fonctionnent bien séparément, des conventions-types élaborées au niveau national devraient permettre de structurer les relations

entre les différents acteurs. L'élaboration de telles conventions devra être faite en coordination avec la CNAMTS à qui il reviendra de s'assurer que ces partenariats ne conduisent pas à des doubles tarifications. Le recentrage de l'HAD vers ses fonctions hospitalières devrait normalement limiter les risques de recoupement.

**Proposition n° 11 Favoriser les intégrations et les conventionnements « verticaux » pour assurer la fluidité du parcours de soins.**

***b. Un véritable partage de l'information est essentiel pour suivre des parcours de soins souvent complexes***

En préalable, le développement de l'HAD doit s'accompagner de la mise en place de dispositifs de partage de l'information :

- au sein des structures d'HAD,
- entre les acteurs amenés à prendre en charge le patient (hôpital, HAD, médecin traitant, infirmières, prestataires à domicile).

Or, un premier obstacle tient à l'insuffisant effort d'informatisation qui a été fait par les établissements d'hospitalisation à domicile. M. Dominique Maigne, directeur général de la Haute Autorité de Santé, a dressé lors de son audition un constat inquiétant de l'état de l'informatique au sein des structures d'HAD :

*« On peut constater un certain retard dans l'informatisation de l'HAD. Malgré le volontarisme de la FNEHAD, elle est à 50 % du niveau qui est celui considéré comme mature pour les hôpitaux conventionnels, soit un chiffre proche de celui que l'on trouve pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) [...]. Les chiffres que nous pouvons vous donner sur l'informatisation nous proviennent des établissements certifiés entre 2010 à 2015 et doivent être pris avec précaution, cependant ils montrent un taux d'informatisation total des dossiers inférieur à 10 %, soit moitié moins que les établissements MCO et l'équivalent de ce qu'on trouve pour les SSR. Il est inquiétant de voir que ce chiffre ne s'améliore pas. » <sup>(1)</sup>*

La rapporteure a pu constater lors des auditions et de ses déplacements que ce niveau d'informatisation était directement lié à la taille de la structure. Des établissements comme Soins et Santé, Santé Services ou l'HAD de l'AP-HP sont entièrement informatisés alors que d'autres HAD fonctionnent encore beaucoup avec du papier. Il faut donner les moyens aux structures d'assurer cet investissement essentiel au bon fonctionnement des soins en hospitalisation à domicile, qui font appel à une multitude d'acteurs pour des soins souvent très complexes. Comme l'a justement fait remarquer Mme Elisabeth Hubert, présidente de la FNEHAD, lors de son audition <sup>(2)</sup>, « si la transversalité de la coordination fonctionne avec le médecin, l'infirmière, le psychologue, et

---

(1) Audition du 24 mars 2016.

(2) Audition du 10 février 2016.

*l'assistante sociale, c'est que nous avons des systèmes d'information partagés. Mais s'ils sont partagés au sein de l'établissement d'hospitalisation à domicile, ils le sont encore insuffisamment avec les professionnels qui coopèrent avec lui. Le seul moyen d'avoir une parfaite communication entre les différents types d'offres de soins, c'est une interopérabilité des systèmes d'information, ce qui n'est pas le cas ». L'utilisation du papier semble dans ce domaine plus qu'ailleurs largement inadaptée et dépassée et les systèmes d'information existants doivent être perfectionnés.*

**Proposition n° 12 Les pouvoirs publics doivent soutenir spécifiquement l'effort d'informatisation des structures d'HAD ainsi que l'interopérabilité entre les systèmes d'information mis en place.**

Au-delà de ce chantier de mise à niveau informatique, l'HAD doit pouvoir bénéficier de nouveaux outils. Les grandes structures d'HAD ont doté leurs infirmières de smartphones ou de tablettes pour qu'elles puissent communiquer en temps réel avec le médecin coordonnateur et les autres acteurs. De nouvelles perspectives s'ouvrent également avec la télémédecine. La création d'un outil de transmission EHPAD-HAD, suggérée par la Cour des comptes, serait très opportune.

Enfin, l'hospitalisation à domicile doit être pleinement intégrée aux travaux menés par la CNAMTS pour créer le très attendu dossier médical partagé (DMP) prévu par l'article 96 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les personnes auditionnées ont, dans l'ensemble, signifié à la mission leur satisfaction quant aux conditions dans lesquelles les travaux avançaient en ce domaine, notamment pour la prise en compte de la spécificité de l'HAD.

**Le dossier médical partagé : une initiative précieuse pour le bon fonctionnement de l'HAD mise en œuvre par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

À l'occasion de son audition, M. Philippe Ulman, directeur général de l'offre de soins à la CNAMTS, a fait le point devant la mission sur le projet du DMP :

*« La CNAMTS travaille depuis plus d'un an avec l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), chargée jusqu'à présent de la promotion du DMP et de la messagerie sécurisée dans le domaine de la santé, pour élaborer la transition ; la loi de modernisation de notre système de santé ayant été promulguée le 26 janvier dernier, la CNAMTS est désormais dépositaire de la gestion et du pilotage du DMP. Nous n'avons pas procédé à une refonte technique du dispositif et nous nous sommes concentrés sur les moyens de rendre le DMP beaucoup plus utilisé par les professionnels de santé et par les patients.*

« Nous avons recueilli les positions et les souhaits des médecins et veillé à assurer la compatibilité des DMP avec les logiciels existants des praticiens pour rendre fluide, rapide et simple l'ouverture des dossiers médicaux personnels. Nous avons également réfléchi à la configuration du DMP, afin que celui-ci n'apparaisse pas uniquement sous la forme de fichiers au format pdf, donc non modifiables. Dès le courant de l'année 2016, nous allons intégrer au DMP l'historique des remboursements ; l'assurance maladie propose en effet depuis plusieurs années aux médecins la possibilité de consulter, grâce à leurs logiciels ou à notre téléservice "Espace Pro", toutes les consommations de soins de leurs patients au cours de la dernière année. Dès qu'un DMP s'ouvre, nous souhaiterions y insérer cette information, qui renseignerait le professionnel sur les médicaments achetés, les actes d'imagerie et de biologie effectués, les consultations réalisées et les hospitalisations subies. L'assurance maladie met à la disposition des médecins ces données utiles et ne rencontrera pas de difficulté à les insérer dans le DMP, les travaux avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) se trouvant sur le point d'aboutir.

« Parallèlement, nous essayons d'inciter les patients à ouvrir un DMP pour que les professionnels de santé puissent l'alimenter facilement. Nous sommes en train de déployer un dispositif simple qui permettra une ouverture presque instantanée via le compte "Ameli" sur lequel se connectent un nombre très important de nos assurés. À terme, nous élaborerons des systèmes accessibles à tous les régimes, afin que chaque assuré puisse ouvrir en un clic un DMP. Il faut inciter tous les assurés à posséder un DMP et tous les professionnels à l'utiliser. »<sup>(1)</sup>

L'accès au DMP pourrait se révéler très important dans l'identification des personnes qui devraient relever de l'HAD. Il peut aussi favoriser le partage de l'information entre le médecin hospitalier et le médecin traitant.

**Proposition n° 13 Intégrer pleinement l'HAD dans le développement du nouveau DMP.**

---

(1) Audition du 8 mars 2016.

#### **IV. RÉMUNÉRER L'HAD DE MANIÈRE PLUS INCITATIVE**

Lors des auditions qu'elle a organisées, la MECSS n'a pu que constater par elle-même la concordance des critiques adressées au mode de rémunération de l'HAD qui avait été relevée par la Cour des comptes. Elle ne peut ainsi que reprendre à son compte la recommandation faite par la Cour dans ses rapports de 2013 et 2015, demandant de « *mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts, en s'appuyant en tant que de besoin sur des évaluations à dire d'experts, et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD* ».

##### **A. LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DE L'HAD SOUFFRE DE NOMBREUSES LIMITES**

###### **1. Un modèle de tarification à l'activité reposant sur des données obsolètes**

La Cour soulignait en 2013 la nécessité de réformer le modèle de financement de l'HAD. En effet, le modèle actuel, qui repose encore sur une étude de coûts réalisée en 2003, sur la base de données recueillies à la fin des années 1990, est désormais déconnecté des coûts réels : les tarifs n'ont pas changé depuis, alors que le coût de certaines activités a fortement augmenté tandis que le coût de certaines autres a diminué, les prises en charge elles-mêmes ayant notablement évolué.

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) de l'HAD depuis 2005 s'est faite sur la base de l'étude de coûts réalisée à la demande du ministère de la santé et de la CNAMTS entre 1999 et 2000 par le Centre de recherche et documentation en économie de la santé (CREDES) et publiée en 2003. Le modèle repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT), destiné à couvrir l'essentiel des moyens humains, matériels et techniques mobilisés pour prendre en charge un patient.

Le forfait journalier varie en fonction de la pondération de quatre variables recueillies dans le PMSI : les modes de prise en charge principal et associé éventuel, la durée de prise en charge et le degré de dépendance du patient (mesurée par l'indice de Karnofsky, qui est un indicateur synthétique de l'état de santé global déterminant, sur une échelle de 0 à 100 %, la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dans sa dimension « sociale » pour les gestes de la vie courante : travail, besoins personnels, vie à domicile, habillage et la dépendance envers les soins médicaux).

Les tarifs sont aujourd'hui pratiquement identiques aux coûts établis par le CREDES en 2003, alors que de nouvelles obligations réglementaires, l'augmentation de certaines charges représentant une part importante des dépenses (personnel, transports, logistique, carburants, etc.), ainsi que les tarifs des

partenaires libéraux des HAD (infirmiers libéraux) ont accru les coûts de fonctionnement des structures.

La Cour des comptes résume ainsi les trois insuffisances de ce dispositif :

« – le caractère obsolète du modèle : si ce système a pu être incitatif lors de la mise en place de la T2A, il ne l'est plus nécessairement aujourd'hui, tandis que certaines prises en charge pâtissent de sa rigidité ;

« – sa faible médicalisation : il est basé sur la description de modes de prise en charge (au nombre de 22), qui peuvent être codés comme “principaux” ou “associés”, pondérés par un indice de dépendance, l'indice de Karnofsky, “considéré comme peu satisfaisant par les professionnels” et la durée des séjours ;

« – son caractère sommaire en termes de description des actes, les 31 groupes homogènes de tarifs (GHT), forfaits couvrant les moyens humains, matériels et techniques mobilisés pour une prise en charge, étant parfois peu cohérents eu égard aux soins nécessaires à la multiplicité des types de séquences de soins possibles. »<sup>(1)</sup>

## **2. Un modèle de financement qui incite les structures d'HAD à optimiser leurs prises en charge en fonction de critères tarifaires**

Confrontés à l'absence de révision des tarifs ou de la classification, les établissements de santé ont eu tendance à s'adapter en optimisant leur activité sur les prises en charge les plus simples et les plus rentables, au détriment de celles pour lesquelles l'HAD pourrait être développée pour des raisons médicales.

C'est ainsi que, comme la rapporteure l'a indiqué précédemment, la prise en charge « *post-partum* physiologique » a représenté une part significative de l'activité<sup>(2)</sup>, jusqu'à ce qu'une réévaluation par la Haute Autorité de Santé détermine qu'en l'absence de complications particulières, cette prise en charge ne correspondait pas aux critères de l'HAD (patients nécessitant des soins continus, complexes, coordonnés) et qu'elle soit définitivement supprimée à compter de mars 2015.

La question de la « liste en sus » montre les effets pervers de ce modèle de financement.

En application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, un certain nombre de produits particulièrement coûteux, spécialité pharmaceutique ou dispositif médical, sont remboursés intégralement à l'établissement de santé où ils sont prescrits « en sus » des prestations d'hospitalisation, à hauteur de leur tarif de responsabilité. Ce modèle concerne l'ensemble des prestations faisant application

---

(1) Cour des Comptes, communication de décembre 2015, pp. 41-42.

(2) 9,3 % des séjours en 2005 et 7,5 % en 2008, cf. rapport de l'IGAS, op. cit., p. 29.

de la T2A, y compris l'HAD, la liste des produits étant la même qu'en hospitalisation classique. Il en va de même pour d'autres produits particulièrement coûteux mal valorisés dans le cadre des groupes homogènes de tarifs, tels certains antibiotiques pouvant être prescrits en HAD alors que leur coût est supérieur au tarif journalier.

En théorie, ce dispositif de financement « en sus » a vocation à être temporaire : tout produit figurant sur la liste en sus devrait intégrer à terme le régime de financement de droit commun (*via* les tarifs de prestation), sous l'effet de la baisse des prix (diffusion de l'utilisation du médicament, production du générique), et les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) devraient être revalorisés, par réintégration de tout ou partie des montants constatés en dépenses sur la liste en sus pour ces produits.

Dans les faits, les molécules onéreuses qui n'ont pas été inscrites sur la liste en sus ou qui en ont été radiées peuvent peser très lourdement sur le budget des établissements du fait de leur taille et de leur sensibilité à des séjours particulièrement coûteux. Le modèle actuel de tarification rend en effet difficile la réintégration des masses financières concernées dans les tarifs d'HAD. De plus, les structures n'ont pas toujours la maîtrise de la prescription de ces produits, l'admission en HAD intervenant essentiellement à la suite d'un séjour hospitalier en court séjour où leur prescription a été effectuée.

Comme le dénonce la Cour des comptes, « *face à cette difficulté, l'HAD est conduite généralement à refuser la prise en charge du patient, ce qui implique généralement qu'il reste en hospitalisation conventionnelle, à un coût supérieur pour l'assurance maladie, et ce d'autant que ces médicaments relèvent le plus souvent de la réserve hospitalière* » <sup>(1)</sup> – c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas faire l'objet d'une prescription dans le cadre de la médecine de ville.

## **B. LA REFORTE EN COURS DE LA TARIFICATION NE PEUT ATTENDRE L'HORIZON 2019**

### **1. Une étude de coûts qui a pris du retard**

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a entrepris en 2009 une étude nationale des coûts en HAD qui doit servir de base à la réforme de la tarification.

Or, cette étude a pris un retard considérable, qui s'explique par le fait qu'une campagne dure au minimum quatre ans et par les difficultés rencontrées pour disposer d'un échantillon représentatif des structures d'HAD et en capacité de participer pleinement à une telle campagne.

---

(1) *Cour des Comptes, communication de décembre 2015, pp. 43.*

Le nombre d'établissements composant l'échantillon est en hausse constante, puisqu'il est passé de treize établissements en 2010 à vingt-deux en 2014, ce qui représente, en termes de journées d'hospitalisation, une proportion de 22 %. La fondation Santé Service, à Puteaux, qui figure dans cet échantillon, représente à elle seule 47 % des données.

Selon le constat fait par l'ATIH<sup>(1)</sup>, corroboré par la Cour des comptes, les résultats de l'étude nationale des coûts sont disponibles de 2009 à 2014, mais les deux premières années de recueil ont pâti de la trop faible représentativité de l'échantillon et d'une qualité des données insuffisante. Ces difficultés ont pu toutefois être surmontées pour les exercices suivants.

À partir de ces informations, doivent être créées des catégories de patients selon la nature de la prise en charge, la pathologie et la dépendance. Un comité de pilotage a été mis en place sous l'égide de la DGOS : il comprend notamment les représentants des fédérations hospitalières.

L'ATIH prévoit ainsi de « *travailler sur la classification en 2015-2016, avant de l'expérimenter et de l'évaluer en 2017* », afin de « *viser à une mise en place progressive du nouveau modèle de financement à partir de 2019* »<sup>(2)</sup>.

## **2. Des mesures ponctuelles permettant de remédier à des difficultés particulières**

Dans ces conditions, la DGOS s'est orientée vers une démarche en deux temps :

– un travail à court terme, mené par l'ATIH, relatif à une clarification des modes de prise en charge, qui a débouché sur des évolutions du guide méthodologique entre 2013 et 2015<sup>(3)</sup> : ceci concerne en particulier des modifications liées à la réintégration des médicaments de la liste en sus, une clarification de certains modes de prise en charge (notamment nutrition, assistance respiratoire, et « autres traitements »), ainsi que la définition de nouveaux modes de prise en charge dans le cadre des expérimentations des séjours d'HAD pour réduire la durée de séjours longs de chirurgie ;

– un travail à moyen terme visant à l'élaboration d'une nouvelle classification « médico-économique » en vue d'un nouveau modèle de financement. Cette classification ne serait plus déterminée à l'admission du patient mais serait basée sur une description plus fine de la prise en charge réalisée : l'échéance de ces travaux est fixée à 2019-2020.

---

(1) Audition du 3 février 2016.

(2) Ibid.

(3) <http://www.atih.sante.fr/had/documentation?secteur=HAD>

La DGOS a par ailleurs pris acte des problèmes spécifiques auxquels sont confrontées les HAD au regard de la prise en charge des molécules onéreuses et a déjà procédé à deux améliorations :

– un soutien en crédits d’aide à la contractualisation pour des molécules sorties de la liste en sus entre 2009 et 2013 afin de compenser la perte estimée, à hauteur de 1,14 million d’euros ;

– une revalorisation de certains modes de prise en charge, l’idée étant de réintégrer dans les tarifs le coût de certaines molécules sorties de la liste en sus, notamment l’érythropoïétine (EPO).

Dans le même temps, elle a lancé une étude visant à analyser les consommations des molécules onéreuses hors liste en sus parmi les établissements d’HAD. Ces travaux doivent débuter en 2016 et permettre d’identifier les molécules onéreuses concernées et de mieux cerner les impacts liés à une éventuelle tarification en sus spécifique à l’HAD.

### **3. La nécessité d’accélérer la refonte de la tarification**

Au-delà de ces ajustements ponctuels, les retards pris dans la construction de la nouvelle échelle des coûts devraient conduire, d’une part, à donner clairement la priorité à ce chantier parmi les travaux menés par l’ATIH, et, d’autre part, à envisager, à titre alternatif ou complémentaire, des évaluations de coûts à dire d’expert, qui permettraient d’accélérer la mise en œuvre d’une réforme tarifaire indispensable.

Afin de favoriser l’efficacité de la dépense et le développement de l’HAD dans les indications où son apport est justifié, ce modèle devrait être développé à partir des études médico-économiques reposant sur le constat des coûts existants, mais également viser à favoriser le développement de modes de soins toujours plus efficaces, tels que la télémédecine.

Si l’HAD est recentrée sur les missions relevant de l’hôpital, il convient que son mode de prise en charge soit aligné sur les grilles tarifaires de l’hôpital. Cette tarification devra se situer entre deux écueils :

– elle ne devrait pas être si différente de celle de l’hôpital afin d’être incitative : ainsi, si on maintient des contraintes particulières telles que l’existence de la liste en sus, le recours à l’HAD pour certaines pathologies ne sera pas rentable pour les structures ;

– elle ne doit cependant pas conduire à surfacturer un mode de prise en charge structurellement moins coûteux, afin que les économies soient équitablement réparties entre la structure d’HAD et l’assurance maladie, et que le développement de l’HAD se fasse en substitution d’autres modes plus coûteux de prise en charge et non en faisant « monter en gamme » des patients qui pourraient par exemple relever de la médecine de ville ou du SSIAD.

Au total, seule une définition claire du recours à l'HAD permettra de faire en sorte que le mode de prise en charge soit dicté par l'état réel du patient et non par le montant de la tarification applicable à la solution envisageable.

**Proposition n° 14 Engager la réforme de la tarification de l'HAD au plus tôt et, dans les faits, dès l'exercice 2018.**

#### **4. La coordination des soins et la gestion de l'information médicale devraient faire l'objet d'une tarification propre**

Le recours à l'HAD est efficient lorsque l'état médical du patient requiert des soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés.

Cette coordination du parcours de soins est en effet à la fois le « cœur de métier » et la plus-value la plus évidente de ce mode de prise en charge : coordination médicale entre différents médecins (hospitalier, traitant, coordonnateur d'HAD, d'EPHAD) ou différents professionnels paramédicaux, articulation entre prise en charge sanitaire, médico-sociale et services de maintien à domicile, combinaison de la logistique propre à l'HAD avec celle déployée par des prestataires externes. Cette expertise de la coordination devrait faire de l'HAD un maillon systématique des projets axés sur le parcours de soins.

Ainsi, comme le notait la Cour des comptes en 2013, « *plusieurs ARS ont élaboré des appels à projets en vue du parcours des personnes âgées dépendantes qui intègrent les structures d'hospitalisation à domicile (Pays de la Loire, Île-de-France et Languedoc-Roussillon). L'HAD se prête en outre particulièrement aux pratiques innovantes dont les pouvoirs publics souhaitent encourager le développement, notamment les coopérations entre professionnels prévues par l'article 51 de la loi HPST, encore que la lourdeur du dispositif prévu pour l'organisation de délégations de tâches puisse apparaître particulièrement dissuasive* ».

Cependant, ce rôle de coordination n'est actuellement pas considéré comme une tâche spécifique et essentielle au traitement du patient et, par conséquent, n'est pas rémunéré en tant que tel.

Dans le cadre de la refonte de la tarification de l'HAD, il semble indispensable à la rapporteure de faire de la coordination des soins un élément de la tarification, sur la base d'indicateurs définis (recours à des dossiers dématérialisés, etc.) et de critères de qualité.

**Proposition n° 15 Faire de la coordination et de la gestion de l'information médicale un élément de la tarification de l'HAD.**

## 5. La prise en compte du rôle de l'HAD dans la permanence et la couverture territoriale du système de soins

Les réflexions récentes, tels que le rapport d'étape de M. Olivier Veran sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé <sup>(1)</sup> ont permis de commencer à dresser un premier bilan de la tarification à l'activité (T2A), faisant le constat que la T2A ne rendait pas compte de l'ensemble de l'activité médicale, notamment des maladies chroniques, des urgences, des soins critiques, des soins palliatifs et des activités hospitalières dites de proximité.

Dans ce cadre, le Gouvernement a mis en place deux initiatives permettant de mieux prendre en charge le rôle des établissements de santé de proximité et des structures d'HAD isolées.

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 du 22 décembre 2014 a précisé, au sein de l'article L.162-22-8-2 du code de la sécurité sociale, que « *les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité [...] bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations [...] et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État* ».

Le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement définit les établissements de santé éligibles à recevoir cette dotation au titre d'hôpital de proximité comme ceux « *exerc[ant] une activité de médecine autorisée par l'agence régionale de santé [...] et n'[étant] pas autorisé à exercer une activité en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique [...]. Le volume de son activité de médecine, calculé à partir de la moyenne du nombre de séjours de médecine produits, hors séances, sur les deux années précédant l'année civile considérée, est inférieur à un seuil fixé par arrêté* ». Il doit, par ailleurs, desservir un territoire présentant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : une part de la population âgée de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale, une part de la population située en dessous du seuil de pauvreté supérieure à la moyenne nationale, une densité de sa population n'excédant pas un niveau plafond et un taux de médecins généralistes pour 100 000 habitants inférieur à la moyenne nationale. Enfin, le territoire desservi par l'établissement est défini – pour l'appréciation de ces conditions – comme « *l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement par un trajet routier en automobile d'une durée inférieure ou égale à vingt minutes mesurée en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses* ».

Cette définition permettra ainsi à certains établissements exerçant en HAD de disposer d'un financement complémentaire au titre de leur rôle dans l'organisation du système de soins sur le territoire.

---

(1) Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé animée par Olivier Veran, rapport d'étape, 25 mai 2016.

Par ailleurs, le programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), qui concerne les établissements de santé ayant une activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO), permet d'utiliser tout ou partie des résultats issus des démarches nationales de mesure de la qualité (indicateurs de qualité, de sécurité des soins et de satisfaction des patients proposés par la DGOS et la HAS, certification des établissements pilotée par la HAS, etc.), en termes d'excellence mais également d'évolution observée pour attribuer un financement complémentaire aux établissements. Le décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a entrepris de généraliser ce dispositif à l'ensemble des établissements de santé, y compris ceux qui exercent une activité d'HAD.

Enfin, le 25 mai dernier, Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la santé, a proposé que certaines pathologies bénéficient d'une dotation modulée, afin de « *soutenir des activités qui ne relèvent pas d'une logique quantitative et qui sont mal prises en compte aujourd'hui : les soins de jour, les soins critiques comme la réanimation ou les soins intensifs, et enfin les soins palliatifs.* »

En l'attente de la refonte globale de la tarification, les établissements d'HAD pourraient bénéficier de ce soutien financier, au titre de leur rôle dans la transformation ambulatoire de notre système de santé et de la prévention des hospitalisations conventionnelles.

**Proposition n° 16** **Faire bénéficier de manière expérimentale l'HAD de nouveaux modes de financements prenant en compte son rôle, d'une part, de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et, d'autre part, dans le maintien de structures de soins coordonnées sur le territoire.**

## V. FAIRE CONNAÎTRE ET RECONNAÎTRE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

L'article 4 de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a inséré au sein du code de la santé publique un nouvel article L. 1110-5-3 prévoyant le droit de chaque personne à recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance, au nom duquel « *toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet.* »

Cependant, à ce jour, le constat établi par la rapporteure est relativement généralisé : les professionnels de santé, mais aussi les patients et leur famille, ignorent le plus souvent l'existence et le rôle de l'HAD ; lorsqu'ils en ont entendu parler, ils ne connaissent pas les structures assurant des prestations d'HAD intervenant sur leur territoire et auxquelles ils pourraient faire appel.

La rapporteure estime que le développement de l'HAD comme solution alternative à l'hospitalisation ne pourra avoir lieu qu'en faisant mieux connaître et reconnaître ce mode de prise en charge, au moyen de trois leviers :

- en enseignant aux professionnels de santé, au cours de leur formation initiale et continue, l'intérêt et les indications de recours à l'HAD ;
- en favorisant une information sur les structures d'HAD et les prestations qu'elles peuvent offrir dans chaque groupement hospitalier de territoire pour les professionnels de santé et le grand public ;
- en développant les solutions d'assistance aux aidants dans le cadre de l'HAD.

### A. L'ENSEIGNEMENT DES MÉTHODES ET INDICATIONS DE RECOURS À L'HAD DEVRAIT ÊTRE INTÉGRÉ AUX DISPOSITIFS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Tous les professionnels de santé auditionnés par la MECSS ont confirmé qu'ils n'avaient quasiment jamais eu l'occasion de voir évoquer l'HAD au cours des enseignements reçus dans le cadre de leur formation initiale ou d'une action de formation continue.

#### 1. Une modalité de prise en charge non abordée durant la formation initiale des professions de santé

On rappellera que le contenu de la formation initiale des médecins relève du pouvoir réglementaire, qui définit les compétences à acquérir tout en laissant

aux unités de formation et de recherche en médecine des universités le soin de les décliner en enseignements <sup>(1)</sup>.

De la même manière, en application du code de l'éducation, le contenu des formations des autres professions médicales est organisé par des arrêtés <sup>(2)</sup> détaillant le contenu de la formation théorique, qui est composée d'unités d'enseignement, et de la formation pratique, organisée sous forme de stages.

Dans ce cadre, il n'apparaît pas opportun que l'HAD fasse l'objet d'un enseignement distinct ; cependant, il serait utile que dans les compétences à acquérir par les étudiants, les modalités de recours à l'HAD soient systématiquement enseignées.

De la même manière, un effort pourrait être entrepris afin que l'ensemble des professionnels de santé appelés à exercer en milieu hospitalier aient l'occasion de faire au moins un stage dans une structure d'HAD au cours de leur formation.

**Proposition n° 17 Enseigner aux futurs professionnels de santé la prise en charge en HAD, comme tout autre mode d'hospitalisation.**

## **2. Un mode de prise en charge qui pourrait faire l'objet de formations thématiques délivrées dans le cadre du développement professionnel continu des professionnels de santé**

Le dispositif du développement professionnel continu (DPC) a été créé par l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires afin de rassembler les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des professionnels de santé.

Regroupant la formation médicale continue (FMC), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation professionnelle conventionnelle (FPC), il définit l'obligation de formation continue des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des sages-femmes et des professions paramédicales : il a pour objectif « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins* ». L'article 59 précité prévoyait que les professionnels de santé devaient participer chaque année à un programme de développement professionnel continu.

---

(1) Cf. à titre d'exemple l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

(2) Par exemple, pour les infirmiers, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

Un rapport de l'IGAS rendu en avril 2014 <sup>(1)</sup> a montré que les difficultés nombreuses rencontrées par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé provenaient en réalité de défauts de conception du DPC, le contenu de l'obligation de formation et les sanctions encourues n'étant pas clairement définis.

En conséquence, l'article 114 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a procédé à une réforme en profondeur du développement professionnel continu.

L'article L. 4021-1 du code de la santé publique prévoit désormais qu'il a « *pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques des professionnels de santé* ». Le DPC constitue une obligation pour tous les professionnels de santé, qui doivent justifier, sur une période de trois ans – et non plus tous les ans – de leur engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de leurs pratiques ainsi que de gestion des risques.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale définit les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu, soit sur proposition des conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité concernée, soit définies dans le cadre de la politique nationale de santé, soit définies à partir du dialogue conventionnel avec la CNAMTS <sup>(2)</sup>.

Pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent ensuite un « parcours pluriannuel de développement professionnel continu » qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation (article L. 4021-3 du code de la santé publique). Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur.

Enfin, le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de DPC est réalisé par les instances ordinales, les employeurs et les autorités compétentes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Une nouvelle agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), constituée sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) entre l'État et l'assurance maladie est chargée de remplacer l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) pour assurer le pilotage et le

---

(1) IGAS, Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professions de santé, *rapport définitif*, avril 2014.

(2) Actuellement l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018.

financement du dispositif de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou conditions d'exercice.

Dans ce cadre, il serait nécessaire qu'une prochaine liste des orientations nationales du DPC inclue le développement de l'HAD comme un objectif de formation applicable à l'ensemble des professionnels de santé.

**Proposition n° 18 Faire de l'HAD l'une des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé.**

## **B. LA NÉCESSITÉ DE FAIRE CONNAÎTRE LES POTENTIALITÉS DE RECOURS À L'HAD AU SEIN DE CHAQUE TERRITOIRE DE SANTÉ**

Un autre enseignement des auditions menées par la MECSS réside dans la méconnaissance des structures d'HAD existantes par les professionnels de santé exerçant sur ces territoires, par les patients et le grand public.

La quasi-totalité du territoire français est désormais couvert par les services d'une ou plusieurs structures d'HAD, c'est-à-dire qu'il existe une structure disposant d'une autorisation d'exercer sur chaque territoire.

Cette couverture territoriale s'est faite par un effort particulier des agences régionales de l'hospitalisation pour susciter le développement d'une offre dans les territoires non couverts. En mars 2009, le rapport de l'IGAS notait que « *plus de la moitié des départements français ne disposait d'aucune autorisation d'HAD en 1998, chiffre ramené à 20 en 2006. Quatre ans après, tous les départements disposent au moins d'une HAD autorisée* »<sup>(1)</sup>.

Dans les faits, si la DGOS recensait sur l'ensemble du territoire 308 établissements disposant d'une autorisation d'exercer une activité d'HAD en 2015, les données de l'ATIH révèlent que seuls 303 établissements ont facturé des prestations d'HAD, ce qui s'explique par le fait que 5 structures disposant d'une autorisation n'ont pas développé de service d'HAD durant cette année.

La circulaire du 4 décembre 2013<sup>(2)</sup> renforce cet objectif de couverture intégrale du territoire en notant que « *hormis quelques exceptions, les établissements d'HAD disposent d'une exclusivité territoriale sur leur zone de desserte autorisée. Cette absence de concurrence leur fait devoir d'organiser l'accessibilité à leurs services pour l'ensemble de la population concernée* » et en enjoignant les ARS de « *vérifier que le taux de couverture territorial est en constante amélioration [...] en privilégiant les extensions d'autorisation, voire la*

---

(1) *Op.cit.*

(2) *Circulaire DGOS/R4 n° 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).*

*création de sites déconcentrés par une structure autorisée (antennes), plutôt que par de nouvelles créations ».*

Cependant, cette extension à marche forcée des territoires couverts par les structures d'HAD s'est faite sans qu'une information particulière ait été organisée systématiquement envers les médecins prescripteurs et les patients dans les zones nouvellement couvertes. Alors que l'ouverture d'une antenne peut faire l'objet d'une certaine publicité au niveau local, la simple extension du territoire d'autorisation d'exercer pour une structure d'HAD existante peut passer relativement inaperçue.

Aussi les familles des patients qui pourraient souhaiter pour leurs proches une prise en charge à domicile éprouvent fréquemment une difficulté à connaître les possibilités d'accès à une HAD.

Le développement de la prescription de l'HAD et des synergies entre établissements de santé, médecine de ville et établissements exerçant en HAD ne pourra advenir sans qu'une meilleure connaissance des prestations pouvant être exercées en HAD soit organisée à l'échelon local.

Créés par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont mis en place à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour permettre de renforcer la coopération entre les établissements publics de santé afin d'assurer une meilleure prise en charge du patient et d'assurer, sur le territoire, une égalité d'accès à des soins sécurisés de qualité. Tous les établissements publics de santé, sauf dérogation, auront l'obligation d'adhérer à un GHT ; les établissements privés pourront y être associés.

Dans le cadre du GHT, les établissements de santé d'un même territoire devront adopter un projet médical commun qui pourra, notamment, prévoir la mutualisation de certains équipements. Certaines fonctions (telles que la politique d'achats, la coordination des plans de formation continue, etc.) devront obligatoirement être transférées au GHT. Enfin, les fonctions administratives, techniques et logistiques pourront plus facilement être mutualisées.

L'élaboration et la présentation du projet médical commun pourraient être l'occasion d'une présentation physique ou virtuelle destinée à différentes catégories de public (praticiens hospitaliers, professionnels de santé exerçant en ville, grand public) de ce que fait chaque établissement public de santé, notamment en matière d'HAD.

**Proposition n° 19 Organiser une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les solutions d'HAD existant au sein de chaque groupement hospitalier de territoire.**

### C. LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE PAR LE DÉVELOPPEMENT DES SOLUTIONS D'ASSISTANCE AUX AIDANTS

Pour qu'une hospitalisation ait lieu au domicile du patient, ce domicile doit répondre à un certain nombre de conditions d'accessibilité et d'hygiène appréciées par l'équipe chargée de l'admission de même que l'environnement social et familial. La présence et la disponibilité d'aidants, le plus souvent issus de l'entourage familial, sont essentielles.

L'admission en HAD ne peut être décidée qu'après une vérification de la possibilité pour les patients de bénéficier d'une assistance familiale et donc de la présence d'aidants familiaux <sup>(1)</sup>.

Comme le résume la Cour des comptes, « *ce succès repose en partie sur les aidants qui doivent assurer une présence continue, ainsi qu'une partie de l'accompagnement et la participation aux soins* » <sup>(2)</sup>.

L'HAD ne pourra donc être développée sans une reconnaissance du rôle et de la place des aidants.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a défini le proche aidant en insérant un article L. 113-1-3 dans le code de l'action sociale et des familles qui prévoit qu'« *est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.* » Cette loi a prévu plusieurs mesures d'accompagnement pour les aidants des personnes dépendantes :

– un « droit au répit », pour les aidants familiaux intervenant auprès de personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) et bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), par une allocation permettant de contribuer au financement d'un séjour en hébergement temporaire ou en accueil de jour pour la personne qu'ils aident ;

– un « congé de proche aidant », non indemnisé, d'une durée maximale d'un an ;

– la possibilité d'ouvrir des séjours de vacances aux proches aidants dans certains établissements recevant leurs proches aidés ;

– une évaluation des besoins des aidants par la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie.

---

(1) Même si l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris a indiqué lors de son audition du 1<sup>er</sup> mars 2016, être en mesure de mettre en place des HAD de personnes isolées.

(2) Cour des Comptes, communication de décembre 2015, p. 56.

Les aidants des patients en HAD sont souvent des proches d'une personne âgée dépendante : près de 60 % des journées d'hospitalisation concernent des patients âgés de plus de 65 ans ; les patients de plus de 80 ans représentaient, en 2014, 29 % des journées d'hospitalisation <sup>(1)</sup>.

Cependant, les besoins ne sont pas identiques, notamment car une HAD dure en moyenne 25,5 jours (40,4 jours en moyenne pour les plus de 80 ans). Par ailleurs, pour les aidants de personnes en soins palliatifs, la perspective d'un décès à brève échéance entraîne des contraintes psychologiques particulières.

Les auditions menées par la MECSS ont montré que les structures d'HAD ont développé des solutions permettant d'aider les aidants. Une étude plus systématique des bonnes pratiques permettrait de dégager les mesures à même de faciliter le déroulement d'une HAD. Cependant, pourraient d'ores et déjà être retenues les mesures suivantes :

– en amont, associer les aidants dès qu'il pourrait être envisagé une admission du patient en HAD, avec une évaluation de leurs capacités ;

– assurer la coordination entre les intervenants dans le cadre de l'HAD et les interventions des dispositifs d'aide sociale existants ou pouvant être mis en place ;

– pendant la durée de l'HAD, mettre en place une possibilité de répit par remplacement de l'aidant par un garde malade à domicile certaines nuits ;

– en aval, gérer avec les aidants le retrait des matériels et appareils qui ont été déployés pendant l'HAD ;

– pendant et après l'HAD, proposer une assistance psychologique pour les aidants.

**Proposition n° 20 Mettre en place des solutions adaptées pour soutenir les aidants des patients en HAD.**

\*

\* \*

**La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a adopté le présent rapport lors de sa réunion du mardi 12 juillet 2016.**

---

(1) Cour des Comptes, communication de décembre 2015, p. 19.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*La Commission des affaires sociales procède à l'examen du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'hospitalisation à domicile (Mme Joëlle Huillier, rapporteure) au cours de sa séance du mardi 19 juillet 2016.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Avant de passer au point principal de notre ordre du jour, nous devons procéder, en application de l'article 146-3 de notre Règlement, à la désignation de membres pour participer à l'évaluation que va réaliser le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de la politique en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

J'avais invité, le 13 juillet, tous les groupes à désigner un membre pour la réunion de ce jour, afin de respecter la date limite du 20 juillet indiquée par le courrier de saisine du Président Bartolone, reçu la semaine dernière.

J'ai reçu à ce jour les candidatures de Mme Monique Iborra, du groupe Socialiste, écologiste et républicain, Mme Geneviève Levy, du groupe Les Républicains, et Mme Dominique Orliac, du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste.

Il n'y a pas d'opposition ? Il en est ainsi décidé.

Nous allons à présent examiner le rapport d'information de Mme Joëlle Huillier en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'hospitalisation à domicile (HAD).

Je rappelle que la Cour des comptes avait consacré un chapitre de son rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 à l'hospitalisation à domicile. À ma demande et celle des deux coprésidents de la MECSS, M. Pierre Morange et Mme Gisèle Biémouret, la Cour a publié une communication prolongeant ses travaux sur les évolutions récentes de l'HAD, le 20 janvier 2016.

À partir de ces premiers travaux, au terme de quatre mois et demi d'auditions et de six mois de réflexion, la MECSS a adopté le présent rapport et les 20 propositions qu'il comporte.

Je donne la parole à Mme Joëlle Huillier, rapporteure, pour nous présenter ce travail.

**Mme Joëlle Huillier, rapporteure.** L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui, c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu, de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer.

Considérée auparavant comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation à domicile est, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, une modalité d'hospitalisation à part entière, et les structures d'HAD sont considérées comme des établissements de santé.

La Cour des comptes avait consacré à l'hospitalisation à domicile un chapitre de son rapport de 2013 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. À la demande de notre présidente Mme Catherine Lemorton, et de Mme Gisèle Biémouret et M. Pierre Morange, coprésidents de la MECSS – que je tiens à remercier –, la Cour a publié le 20 janvier 2016 une communication prolongeant ses travaux sur les évolutions récentes de l'HAD.

Ce rapport constate que, malgré la stratégie de développement décidée par le Gouvernement et concrétisée par la publication d'une circulaire du 4 décembre 2013 à destination des agences régionales de santé (ARS) fixant pour objectif un doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, en la portant de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations, la place de l'hospitalisation à domicile progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins.

Je remercie la Cour des comptes, ainsi que le secrétariat de la MECSS, de l'assistance apportée à nos travaux.

À l'issue des auditions de la MECSS et du déplacement effectué à Lyon, Bourgoin-Jallieu et Voiron, je partage l'essentiel du constat fait par la Cour sur les faiblesses du développement de l'HAD ; je renvoie à sa communication pour plus de détails.

La progression globale de l'activité en HAD au cours des dernières années est restée très nettement en deçà des objectifs fixés par la circulaire de 2013, avec des disparités géographiques importantes et persistantes. Le rythme de progression reste lent, avec une hausse de l'activité de 3,2 % en 2015, ce qui représente environ 4,5 millions de journées d'hospitalisation. La Cour montre également que des politiques mises en œuvre dans d'autres pays ont permis que l'HAD y représente jusqu'à 5 % de l'activité hospitalière, limitant d'autant la progression de ce poste de dépense médicale.

Dans notre pays, l'HAD n'a pas encore atteint le volume minimal d'activité qui permettrait d'assurer l'équilibre financier des établissements, de dégager des économies d'échelle et de mieux faire connaître et reconnaître ce mode de prise en charge : le recours à l'HAD par les médecins prescripteurs n'est pas assez fréquent pour créer une réelle proximité entre médecine de ville, médecine hospitalière et HAD sur les prestations pouvant relever de cette forme

d'hospitalisation, et pour conforter ainsi la construction du parcours de soins coordonnés que les pouvoirs publics appellent de leurs vœux.

Le développement de l'HAD demeure largement souhaitable en raison de son moindre coût et de son intérêt pour des patients qui souhaitent de plus en plus demeurer à leur domicile. Toutefois, les objectifs chiffrés, même raisonnables, fixés par le gouvernement ont pu conduire à une croissance peu satisfaisante en termes de qualité et de pertinence de la prise en charge. Il s'agit donc de lever les freins à l'HAD, tout en veillant à ce qu'elle se développe dans le champ le plus pertinent et au meilleur coût.

Ainsi, le choix politique qui consiste à faire de l'HAD une priorité de santé publique ne pourra porter ses fruits sans que certains prérequis ne soient satisfaits, à savoir : définir le champ de sa prescription ; garantir le caractère hospitalier de sa prise en charge ; clarifier et faire évoluer les rôles des professionnels de santé et des autres modes de prise en charge ; rémunérer l'HAD de manière plus incitative ; et faire connaître et reconnaître l'HAD dans les territoires.

En premier lieu, il est nécessaire de mieux définir l'hospitalisation à domicile et son champ de prescription pour permettre un développement cohérent et pertinent.

Les travaux de la Cour des Comptes, puis ceux de la mission, ont permis de faire plusieurs constats sur le positionnement de l'hospitalisation à domicile dans notre système de santé, auxquels le rapport souhaite apporter des réponses efficaces et concrètes.

Il existe un problème de définition de l'HAD, dont le positionnement dans l'offre de soins n'est pas toujours bien identifié par les acteurs et les patients. C'est pourquoi il faut renforcer la définition réglementaire de ce mode de prise en charge pour rappeler ses principales caractéristiques : il s'agit d'une activité qui a vocation à se substituer à l'hospitalisation classique ou aux services de soins et de rééducation et qui se distingue des autres modes de prise en charge à domicile en raison de la lourdeur et de la complexité des pathologies concernées.

Comme l'a fait remarquer la Cour des Comptes dans ses deux rapports précités, l'HAD doit asseoir sa légitimité sur des études médico-économiques qui démontreraient qu'elle est moins coûteuse que l'hospitalisation classique et qu'aucun autre mode de prise en charge à domicile n'est possible.

Enfin, l'HAD doit être recentrée sur des pathologies pour lesquelles ce mode de prise en charge est le plus pertinent. Ce besoin d'orientation par les prescripteurs doit être facilité par la création de référentiels d'activité par la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'un travail considérable mais absolument nécessaire pour clarifier les conditions de prise en charge.

En deuxième lieu, il conviendrait de garantir le caractère hospitalier de la prise en charge en HAD.

Les auditions menées par la MECSS n'ont pas toujours rassuré sur le fait que l'HAD soit toujours prescrite à bon escient, c'est-à-dire qu'elle représente la meilleure solution médicale pour le patient et non un mode de financement de prestations ne relevant pas de l'hospitalisation.

Si un projet de décret est en cours de préparation sur ce sujet, il n'en reste pas moins que le caractère hospitalier de l'HAD doit avoir clairement des conséquences en termes de prestations offertes, de permanence des soins – car certaines HAD ne fonctionnent pas le samedi et le dimanche – et de niveau de technicité des soins.

Par ailleurs, cette réflexion devrait aboutir à considérer que de nouvelles obligations tenant à l'accompagnement médico-social en HAD pourraient s'ajouter aux conditions techniques ; ce pourrait être l'assistance de travailleurs sociaux, le soutien aux aidants familiaux, le recours aux conseils d'un diététicien, d'un ergothérapeute, etc.

Si ces conditions nécessairement exigeantes ne sont pas remplies, il faut que les ARS reçoivent des consignes claires en vue de prendre des mesures de retrait d'autorisation de ces établissements, ce qu'elles ne semblent pas avoir fait dans l'optique d'un développement de l'HAD.

Mais, dans le même temps, la recomposition de l'offre apparaît comme un préalable au développement de l'HAD. Dans son rapport de 2013 comme dans sa communication de 2015, la Cour des comptes constate la très grande diversité des statuts, des tailles et des modes de fonctionnement des structures d'HAD. Cette diversité et la fragilité de nombre de structures sont à l'origine de difficultés à développer une activité qui demande une professionnalisation croissante.

La Cour recommandait ainsi en décembre 2015 de « *recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures* », prérequis qui nous semble indispensable.

Cependant, le regroupement de petites structures pourrait engendrer de nouveaux problèmes : ne seraient pas plus viables des structures d'HAD qui seraient chargées de desservir un large territoire, sans être en capacité d'exercer convenablement et dans des conditions de rentabilité maîtrisées dans les zones les plus éloignées de leur siège.

Aussi les prérequis à l'admission en HAD plaident-ils en faveur d'un rapprochement des structures d'HAD des établissements de santé conventionnels existant sur le même territoire. Pour organiser la mise en place d'une HAD, il est nécessaire que le médecin prescripteur et le médecin coordonnateur de la structure d'HAD puissent l'envisager plusieurs jours à l'avance, afin de vérifier si les conditions sont réunies. Cela nécessite qu'un dialogue s'établisse, entre le

prescripteur et la structure d'HAD, sur le bien-fondé de l'admission en HAD et l'évolution de l'état du patient.

Dans les territoires ruraux où cette concentration risque de se traduire par des temps de trajet plus longs, le modèle des antennes, déjà développé par de grandes HAD, pourrait être développé puisqu'il permet de rapprocher les équipes des patients sans créer des structures dont le coût de fonctionnement serait considérable.

En troisième lieu, il faut clarifier, voire faire évoluer, les rôles des professionnels de santé.

L'hospitalisation à domicile fait intervenir, par définition, un grand nombre d'acteurs des professions de santé. Le rôle de certains d'entre eux doit être optimisé.

Il faut développer un système d'appui technique et financier pour les médecins traitants qui souhaitent consacrer du temps à leurs patients en HAD, et prévoir une procédure de délégation de tâches en faveur du médecin coordonnateur dans les autres cas afin que celui-ci assure la prise en charge effective (visite, prescription, etc.).

Les infirmières doivent également pouvoir bénéficier d'une procédure de délégation de tâches simplifiée. En effet, le circuit pour obtenir l'autorisation de la délégation de tâches médicales est extrêmement complexe actuellement.

Le travail de l'HAD est à interroger dans le parcours de soins du patient qui peut exiger l'intervention simultanée ou successive de plusieurs types de services, et notamment des services de soins à domicile. En vue de favoriser une véritable fluidité de ce parcours, le rapport propose deux orientations importantes. Il faut développer autour d'un ou plusieurs dispositifs une offre pour prendre en charge les patients qui sont trop « lourds » pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les soins de ville, et trop « légers » pour l'HAD. Il faut également favoriser l'intégration des structures.

Enfin, le travail entre ces professionnels de santé et l'articulation de ces modes de prise en charge doivent être facilités par une politique ambitieuse en matière de partage de l'information. Il s'agit de soutenir l'effort d'informatisation des établissements d'HAD et l'interopérabilité avec les autres systèmes d'information. Il faut s'assurer que l'HAD sera bien intégrée à la mise en place du dossier médical personnel, qui ouvre des perspectives intéressantes en matière de coordination.

En quatrième lieu, il conviendrait de rémunérer l'HAD de manière plus incitative.

La tarification à l'activité de l'HAD souffre, de fait, de nombreuses limites. Elle repose sur une étude de coûts qui a été réalisée en 1999 et 2000 et n'est donc plus adaptée aux conditions actuelles de fonctionnement de l'HAD.

Confrontés à l'absence de révision des tarifs ou de la classification, les établissements d'HAD ont eu tendance à s'adapter en optimisant leur activité vers les prises en charge les plus simples et les plus rentables, au détriment de celles pour lesquelles l'HAD pourrait être développée pour des raisons médicales.

Ainsi, notamment, l'absence de remboursements supplémentaires de certains médicaments – la fameuse « liste en sus » – a eu pour effet pervers de voir des structures d'HAD refuser certains patients pour des raisons purement financières et non médicales. Le coût journalier de certains antibiotiques qui leur ont été prescrits à l'hôpital est en effet supérieur au tarif journalier de l'HAD.

Aussi la MECSS ne peut-elle que reprendre à son compte la recommandation faite par la Cour, dans ses rapports de 2013 et 2015, de terminer les études médico-économiques, en insistant pour que le retard pris dans la collecte des informations utiles par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) soit compensé par une accélération de leur traitement : on ne peut se satisfaire d'attendre 2019 pour qu'une nouvelle tarification incitative et prenant en compte le développement de méthodes plus innovantes, comme la télémédecine, soit mise en place.

En attendant l'aboutissement de cette démarche, deux avancées pourraient être expérimentées : faire de la coordination et de la gestion de l'information médicale un élément de la tarification de l'HAD ; faire bénéficier les établissements d'HAD de nouveaux modes de financement prenant en compte leur rôle de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et dans le maintien de structures de soins coordonnés sur le territoire, dans la démarche de la dotation spécifique prévue pour les hôpitaux de proximité.

Enfin, en cinquième et dernier lieu, il conviendrait de faire connaître et reconnaître l'HAD dans les territoires.

À ce jour, le constat est relativement généralisé : les professionnels de santé, mais aussi les patients et leurs familles, ignorent le plus souvent l'existence et le rôle de l'HAD. Lorsqu'ils en ont entendu parler, ils ne connaissent pas les structures assurant des prestations d'HAD intervenant sur leur territoire et auxquelles ils pourraient faire appel.

Le développement de l'HAD comme solution alternative à l'hospitalisation ne pourra avoir lieu qu'en faisant mieux connaître et reconnaître ce mode de prise en charge, au moyen de trois leviers.

Le premier consiste à enseigner aux professionnels de santé, au cours de leur formation initiale et continue, les méthodes et indications de recours à l'HAD, dans les mêmes conditions que les autres modes d'hospitalisation. En particulier,

ce mode d'hospitalisation pourrait faire l'objet de l'une des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Le deuxième levier consiste à développer une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les structures d'HAD et les prestations qu'elles peuvent offrir dans chaque groupement hospitalier de territoire.

Le troisième levier consiste à développer les solutions d'assistance aux aidants dans le cadre de l'HAD. Les aidants des patients en HAD sont souvent des proches d'une personne âgée dépendante : près de 60 % des journées d'hospitalisation concernent des patients âgés de plus de 65 ans.

La situation des aidants pourrait être améliorée en les associant et en évaluant leurs capacités dès qu'une HAD est envisagée ; en assurant la coordination entre les intervenants de l'HAD et ceux des dispositifs d'aide sociale existants ou pouvant être mis en place ; en proposant une possibilité de répit grâce au remplacement de l'aidant par un garde malade à domicile certaines nuits ; en gérant mieux avec les aidants le retrait des matériels et appareils qui ont été déployés ; en proposant une assistance psychologique pour les aidants pendant et après l'HAD.

En conclusion, les 20 propositions de ce rapport ne recherchent pas une révolution impossible de l'HAD, dont le positionnement restera toujours subtil, mais elles appellent toutes à un travail, qui sera parfois long et complexe, de redéfinition de ce mode de prise en charge autour des plus-values, qui sont nombreuses, j'en suis convaincue, pour notre système de soins.

**M. Pierre Morange, coprésident de la MECSS.** Je félicite Joëlle Huillier pour la qualité de ce travail sur une thématique complexe. Les recommandations de son rapport rejoignent celles de la Cour des comptes dans son rapport de 2013 réactualisé en 2016, qui relève une carence en matière d'études médico-économiques. Notre rapporteure a donc tout à fait raison de proposer la réalisation d'études médico-économiques permettant de comparer le coût de l'HAD et celui des autres modes de prise en charge.

J'approuve également les recommandations consistant à placer le partage de l'information médicale au cœur de l'HAD, à rénover le financement de l'HAD, mais aussi à renforcer le modèle médical de l'HAD, ce qui ne veut pas dire qu'elle doit être envisagée comme une offre concurrentielle par rapport aux offres alternatives que sont les SSIAD et les professionnels libéraux qui participent eux aussi à l'offre de soins.

Enfin, la proposition sur la formation des professionnels de santé et celle visant à organiser une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les solutions d'HAD me semblent tout à fait bienvenues.

**Mme Marie-Françoise Clergeau.** Au nom du groupe Socialiste, écologiste et républicain, je tiens à remercier Joëlle Huillier pour la qualité de ce travail important qui s'est appuyé sur un grand nombre d'auditions. Les rapports de la MECSS sont des points de référence pour nos réflexions, et je remercie également ses deux coprésidents.

L'hospitalisation à domicile est peu connue, et on voit un manque de coordination entre ses différents acteurs. Les propositions de Mme la rapporteure sont très intéressantes. J'émet le souhait qu'à la suite de ce rapport de grande qualité, qui je n'en doute pas recueillera un vote unanime en vue de sa publication, nous puissions nous retrouver sur des amendements qui permettront de mettre en œuvre ses recommandations.

**Mme Isabelle Le Callennec.** À mon tour, au nom du groupe Les Républicains, je remercie Mme la rapporteure d'avoir conduit ces travaux qui vont être très utiles, non seulement au législateur, mais aussi aux acteurs de terrain qui attendaient ce rapport avec impatience.

L'intérêt de l'hospitalisation à domicile est de faire coïncider le souhait des patients de rester le plus longtemps possible à domicile dans un environnement familial et les objectifs d'économies que nous nous fixons pour l'Assurance maladie. D'après les données chiffrées de 2011, une journée d'HAD coûte en moyenne 198 euros, contre 703 euros la journée d'hôpital, et les frais de l'HAD sont pris en charge à 80 % par l'Assurance maladie, sauf pour les affections de longue durée (ALD) qui le sont à 100 %. D'où l'enjeu financier.

En 2014, 309 structures actives proposaient des services d'HAD. Ces structures doivent avoir une autorisation de l'État, recevoir une certification délivrée par la Haute Autorité de Santé qui garantit la qualité des soins dispensés, et elles doivent mettre en œuvre la lutte contre les maladies nosocomiales. Le consentement du patient est indispensable, et le rôle de ses proches primordial.

En 2014, 106 000 personnes ont été accueillies pour près de 4,4 millions de journées d'HAD. Néanmoins, la part de l'hospitalisation à domicile est plus faible en France que dans nombre de pays européens.

Votre rapport pointe les principales difficultés ou rigidités à lever pour généraliser l'hospitalisation à domicile. Vous préconisez de mieux définir l'HAD, de garantir son caractère hospitalier, de faire évoluer le rôle des professionnels, de mieux rémunérer l'HAD, et de la faire connaître aux familles.

À cette fin, il faudrait une politique publique beaucoup plus volontariste. Dans son rapport rendu public le 20 janvier 2016, la Cour des comptes relève que l'objectif de développement de l'HAD est loin d'être atteint. Quatre secteurs sont concernés par cette insuffisance : la chimiothérapie, les complications obstétriques, les soins pour enfants souffrant d'un cancer, et les soins pour enfants souffrant de malformation à la naissance. En tant que présidente du groupe

d'études « prématurité et nouveau-nés vulnérables », j'ajouterai le suivi des enfants prématurés.

La Cour des comptes relève des disparités importantes dans la répartition de l'offre sur le territoire. Près d'un tiers des services seraient situés en Ile-de-France, généralement dans les espaces urbains ; un grand nombre de bassins de vie dans notre pays ne sont donc pas couverts. L'information des patients au sujet de l'HAD reste insuffisante, ce qui limite sa généralisation.

Pourtant, on estime que le développement de la télémédecine et l'élargissement des possibilités d'intervention post-chirurgicale, tout comme le souhait de travailler sur les parcours de la personne et de coordonner les professions qui interviennent sur les bassins de vie, offrent un cadre propice au développement de l'hospitalisation à domicile. La Cour des comptes préconise que l'HAD soit un « *maillon systématique des projets axés sur le parcours de soins* », ce qui fait écho à l'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé qui dispose que « *les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes* » – plate-formes qui se mettent en place aujourd'hui sur notre territoire.

À la lecture de votre rapport, madame la rapporteure, je crois pouvoir attester que vous tenez compte des observations et des propositions de la Cour des comptes. Reste à passer aux travaux pratiques pour développer l'HAD. Vous vous êtes notamment intéressée à la politique tarifaire, qui constitue un levier majeur. Connaissez-vous les intentions du Gouvernement à ce sujet ? J'imagine en effet que Mme la ministre des affaires sociales a déjà pris connaissance de votre rapport qui, je le redis, va nous être très utile.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Non, madame Le Callennec, les ministres n'ont pas connaissance des rapports de l'Assemblée tant qu'ils ne sont pas publiés. Cela a été le cas de mon rapport sur le médicament : la ministre de l'époque – Mme Bachelot – n'en a pas eu connaissance avant sa publication. C'est le principe de la séparation des pouvoirs !

**M. Arnaud Richard.** Je tiens à remercier Mme Huillier et la MECSS pour leur analyse des enjeux de l'hospitalisation à domicile.

Un récent rapport de la Cour des comptes a révélé que ce mode de prise en charge peine à se développer dans notre pays, alors qu'il permet de faire coïncider intérêt du patient et économies. Il semble ainsi essentiel que la représentation nationale se saisisse de ce sujet. L'hospitalisation à domicile offre aux patients un plus grand confort de vie, sans pour autant sacrifier la nécessaire coordination des soins qu'imposent certaines pathologies. Malheureusement, vous le soulignez dans votre rapport, madame la rapporteure, l'hospitalisation à domicile n'est pas

toujours une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pleinement intégrée dans les parcours de soins.

À ce jour, l'accès des patients et des familles à des informations sur ce mode de prise en charge est malaisé. Vous proposez de définir clairement par voie réglementaire l'HAD comme une activité de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux soins de suite et de réadaptation. Pensez-vous que cette reconnaissance permettra d'accompagner le développement de l'HAD ?

Comme la Cour des comptes dans son rapport de décembre 2015, vous proposez d'engager une réforme de la tarification de l'HAD au plus tôt et, dans les faits, dès l'exercice 2018. Est-ce à dire que cette réforme sera engagée avant la fin de la législature ou même dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ? L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a entrepris depuis 2009 une étude nationale sur les coûts de l'HAD, qui doit servir de base aux travaux de cette réforme de la tarification. Où en sont ces travaux ?

Enfin, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, adoptée l'année dernière, a eu pour mérite de reconnaître le statut de proche aidant et le droit au répit. Dans le cas de l'hospitalisation à domicile, l'environnement familial est fortement sollicité. Quel rôle octroyez-vous à la famille dans l'accompagnement du patient au travers de l'HAD ?

Telles sont les questions que je souhaitais poser au nom du groupe Union des démocrates et indépendants, tout en saluant la qualité de ce rapport qui sera bien utile pour le prochain PLFSS ou le suivant.

**M. Stéphane Claireaux.** Madame la rapporteure, au nom du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste, permettez-moi de vous féliciter pour ce travail qui dresse un large panorama de l'hospitalisation à domicile.

Actuellement, l'HAD concernerait un peu plus de 300 établissements certifiés par la Haute Autorité de santé, répartis sur la quasi-totalité du territoire. Je dis « quasi-totalité » car force est de constater que dans les territoires d'outre-mer, et plus particulièrement à Saint-Pierre-et-Miquelon, aucune structure d'hospitalisation à domicile n'existe pour l'instant, préoccupation soulevée dernièrement par l'agence territoriale de santé, l'équivalent d'une agence régionale de santé en métropole. Ces quelque 300 établissements sont en charge de plus de 100 000 patients qui ont fait le choix d'une hospitalisation à domicile. En 2011, l'HAD représentait 0,6 % des hospitalisations sur le territoire, soit une moyenne de 11,5 patients pour 100 000 habitants.

Si les directives de la ministre de la santé figurant dans une circulaire du 4 décembre 2013 sont suivies, le taux de couverture devrait doubler et passer à 1,2 % en 2018. Toutefois, votre rapport constate que, malgré la stratégie de développement décidée par le Gouvernement fixant pour objectif un doublement d'ici à 2018 de la part d'activité de l'HAD, la place de celle-ci progresse peu et

demeure très secondaire dans les parcours de soins. Pourtant, l'HAD permet de faire des économies non négligeables, mais elle permet également au patient de continuer de bénéficier de son confort en restant chez lui.

Votre proposition n° 17 consiste à enseigner aux futurs professionnels de santé la prise en charge en HAD, comme tout autre mode d'hospitalisation. Vous rappelez que le contenu de la formation initiale des médecins relève du pouvoir réglementaire, qui définit les compétences à acquérir tout en laissant aux unités de formation et de recherche en médecine des universités le soin de les décliner en enseignements. De la même manière, en application du code de l'éducation, le contenu des formations des autres professions médicales est organisé par des arrêtés. Dans ce cadre, il n'apparaît pas opportun que l'HAD fasse l'objet d'un enseignement distinct ; cependant, il serait utile que dans les compétences à acquérir par les étudiants, les modalités de recours à l'HAD soient systématiquement enseignées.

La Cour des comptes a estimé que l'HAD pouvait représenter environ 5 % de l'activité hospitalière à l'étranger. Vous nous renvoyez à sa communication sur le sujet, mais pouvez-vous nous expliquer dans leurs grandes lignes les politiques publiques mises en place à l'étranger qui ont permis un meilleur développement de l'HAD ?

**M. Jean-Pierre Door.** À mon tour, je voudrais souligner l'intérêt de ce rapport qui rappelle les enjeux de l'hospitalisation à domicile. Ses principales recommandations rejoignent nos préoccupations, mais je voudrais tout de même formuler quelques remarques.

D'abord, le rapport tire une conclusion erronée du constat dressé par la Cour des comptes en 2015, en indiquant qu'en 2013-2014, 22 % des contrôles de l'Assurance maladie ont permis d'identifier une inadéquation de l'état du patient à la structure. Or rien ne permet de penser que ce taux soit plus élevé que dans l'ensemble des autres établissements. D'ailleurs, la CNAMTS a constaté dernièrement que le taux d'anomalies de l'HAD a désormais rejoint celui observé dans tous les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique.

Ensuite, vous dites que la dégradation de l'image de l'HAD auprès des professionnels libéraux n'est pas dénuée de raisons objectives. Je trouve cette formulation maladroitement au regard des difficultés de la médecine de ville, la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, surtout à un moment où les négociations conventionnelles sont difficiles. L'HAD dépend des prescripteurs, qui souvent connaissent assez mal les indications de prise en charge, ce que vous confirmez au travers de votre proposition n° 17.

En outre, vous suggérez la réintroduction d'un dispositif que nous avons supprimé en 2003. Je veux parler du taux de change, c'est-à-dire un lit d'HAD contre deux fermetures de lits, dont la suppression a permis un développement

assez fort de l'HAD. J'appelle à la prudence sur cette éventuelle remise en question.

Votre proposition n° 6 consiste à recomposer l'offre de soins en HAD par un adossement des plus petites structures aux établissements de santé exerçant sur le même territoire. Pour moi, c'est une fausse bonne idée. En effet, l'enjeu est d'assurer la place de l'HAD que la loi reconnaît quel que soit le statut des structures dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) – l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé positionne l'HAD dans les GHT. Encore une fois, je recommande la prudence sur cette proposition.

En conclusion, tous les territoires ne sont pas concernés, et le taux de recours est très variable. Il faut donc encourager le développement de l'HAD pour ne plus entendre dire qu'elle joue un « rôle marginal dans l'offre de soins ».

**Mme Chaynesse Khirouni.** Merci, madame la rapporteure, de ce travail.

La place de l'hospitalisation à domicile progresse peu, malgré une stratégie de développement décidée par le Gouvernement, qui souhaite porter la part de ce mode de prise en charge de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations complètes. L'HAD peut atteindre 5 % dans d'autres pays européens. Vous préconisez un certain nombre de conditions préalables pour assurer ce développement : une meilleure définition de l'HAD et de son champ de prescription, une évolution des structures, une remise à plat de la tarification. Vous identifiez plusieurs grandes pathologies susceptibles d'être prises charge en HAD : chimiothérapie, soins palliatifs, pédiatrie, prise en charge post-urgences.

Compte tenu des difficultés et de la complexité en la matière, que pensez-vous de l'idée d'expérimenter l'HAD pour certaines pathologies, par exemple la chimiothérapie et les soins palliatifs, dans un certain nombre de territoires volontaires, puis de l'étendre à l'ensemble du territoire ? Cette expérimentation ne permettrait-elle pas de répondre aux enjeux que vous évoquez dans votre rapport ?

**M. Bernard Perrut.** Madame la présidente, madame la rapporteure, mes chers collègues, l'hospitalisation à domicile est un sujet d'importance, comme on le mesure chaque jour sur nos territoires respectifs. C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle qui, pour autant, n'a pas vocation à se substituer aux services de soins à domicile et aux soins de ville – les SSIAD et les professionnels libéraux.

L'HAD doit être choisie lorsqu'elle semble être la meilleure solution médicale, c'est-à-dire quand les soins sont de niveau hospitalier et qu'elle convient au patient. Je pense notamment à la chimiothérapie, traitement lourd et complexe, qui est mieux vécue à domicile ; aux soins palliatifs, qui supposent un lien essentiel avec les aidants ; aux soins post-urgences, notamment pour la rééducation ; ou à tout ce qui relève de la pédiatrie, en particulier de la périnatalité.

Ce rapport a le mérite de montrer les faiblesses de l'HAD, mais aussi de poser les vraies questions.

Ainsi, le coût de l'HAD est inférieur à la prise en charge de l'hospitalisation conventionnelle. Pourtant, vous l'avez dit, madame la rapporteure, la comparaison est insuffisante, et il faudrait faire en sorte de disposer des véritables chiffres.

Vous posez aussi la question de l'articulation de l'HAD avec les autres modes de prise en charge, et la place légitime des structures, des professionnels libéraux, du médecin traitant et de l'infirmière coordinatrice.

Vous évoquez le besoin d'information et de communication. En effet, nos concitoyens sont peu nombreux à connaître l'existence de cette prestation d'HAD, alors qu'ils pourraient avoir intérêt à y recourir.

Il s'agit de donner une véritable définition à l'HAD. Qu'est-ce que l'hospitalisation à domicile ? Quelle est sa pertinence sur le plan médico-économique ? Quand faut-il réellement la prescrire ? Quelle est la place du médecin coordonnateur, avec tout ce que cela sous-entend ?

Mais, dans la mesure où vous vous êtes interrogée sur la place des structures, madame la rapporteure, a-t-on fait un état de l'ensemble des structures existantes sur le territoire français, pour en apprécier la taille, les insuffisances, et leur mode de fonctionnement par rapport aux établissements hospitaliers ?

Selon vous, une nouvelle organisation pourrait-elle être mise en place ? En effet, ce rapport pourrait aussi nous amener à réfléchir à de nouvelles solutions, compte tenu, notamment, du vieillissement de la population. L'HAD pourrait, par exemple, permettre de maintenir à domicile nos aînés dans des conditions spécifiques.

En conclusion, je pense que l'HAD doit être un acteur de santé à part entière, et à ce titre, trouver toute sa place au sein des groupements hospitaliers de territoire mis en place depuis le 1<sup>er</sup> juillet.

**M. Gérard Sebaoun.** Je vais abonder dans le sens des propos de nos collègues Perrut et Door. L'HAD est un outil assez complexe, peu connu, souvent mal utilisé et mal tarifé. Il fait l'objet de nombreuses critiques et il est difficile de le faire entrer dans les groupements hospitaliers de territoire. Pourtant, il apporte une valeur ajoutée évidente, qui justifie qu'on le développe.

Maintenant, je m'interroge sur ce qui a été écrit dans le rapport à propos des référentiels, notion à laquelle je suis plutôt favorable. Faut-il référencer les pathologies ? Pourquoi pas ? Mais je me dis que, ce faisant, on risque peut-être de détourner l'objectif de l'HAD. Il me semble que toute pathologie, pour peu qu'elle soit complètement instruite, notamment au travers de la prise en charge des GHT décidée par les acteurs locaux, justifie pleinement une HAD, sans que l'on doive

passer par certains référentiels. Je m’inscris en faux contre ce qui me paraît ne pas être une voie pertinente.

**M. Dominique Dord.** J’appuie le rapport de Mme Huillier, dont je salue la qualité. Je salue également la constance de Mme Huillier sur une question qui m’est chère : celle du « droit au répit » pour les aidants. Notre collègue avait déjà, dans le cadre de la loi sur l’adaptation au vieillissement, porté des dispositions allant dans ce sens.

Il me semble qu’on ne pourra pas développer l’HAD si l’on ne parvient pas à mettre en place une forme de statut pour les aidants ; vous l’évoquez d’ailleurs à la fin de votre rapport : par exemple dans votre proposition n° 20. S’engager à accompagner à domicile quelqu’un de très malade ou de très dépendant est un défi énorme pour nos concitoyens car cela affecte leur vie personnelle. La Cour des comptes le dit en des termes à peu près identiques. Il faut donc absolument essayer d’imaginer les contours d’un statut des aidants familiaux.

**M. Arnaud Viala.** Madame la rapporteure, la notion d’équité territoriale me tient particulièrement à cœur. Je voudrais donc m’assurer que le dispositif de l’HAD ne va pas aboutir à la disparition des hôpitaux de proximité dans des zones défavorisées, où ils sont déjà en danger. Ces hôpitaux, de petite taille, sont rendus nécessaires par la faible densité de la population. Ne risque-t-on pas de privilégier une approche où l’HAD deviendrait la règle, sous prétexte qu’elle permet aux patients de rester à domicile ? Et ensuite, à la faveur de la fermeture de certains services, on orienterait les patients vers de gros hôpitaux, plus éloignés, en justifiant ces dispositions par la mise en place de l’HAD. Cela créerait une rupture d’égalité entre les citoyens face aux différents dispositifs existants. L’HAD est une possibilité qui doit répondre à un certain nombre de critères, mais ce n’est pas « la » seule possibilité.

**M. Gérard Bapt.** Madame la présidente, après avoir salué, avec mes collègues de tous les groupes, le travail de Joëlle Huillier, je ferai deux remarques.

Premièrement, dans deux de vos propositions, vous insistez sur l’amélioration des systèmes d’information, au travers de l’interopérabilité entre les organismes qui gèrent l’HAD d’une part, les médecins traitants et les professionnels de santé libéraux d’autre part. Pour ma part, je pense que les échanges d’information sont d’autant plus importants pour la qualité et la sécurité des soins qu’il s’agit d’une hospitalisation par substitution. J’ajoute – mais cela me paraît en bonne voie avec la parution du décret concernant le dossier médical partagé (DMP) – qu’un dossier médical partagé structuré pourrait conforter la qualité et la sécurité des soins en HAD.

Deuxièmement, la dialyse à domicile est très en retard, ce qui est préjudiciable à l’intérêt des patients et à leur confort. Des problèmes de tarification et d’organisation se posent. En outre, la prise en charge effectuée dans des centres

lourds étant très onéreuse, on développe des unités plus légères. Mais celles-ci sont tout de même installées à proximité des établissements. Cela ne favorise ni la qualité des soins, ni le bien-être des patients qui pourraient profiter eux aussi de cette dialyse à domicile. Voilà pourquoi, madame Huillier, dans votre prochain rapport, il serait peut-être opportun que vous vous intéressiez à l'insuffisance rénale chronique terminale.

**Mme Kheira Bouziane-Laroussi.** D'abord, je tiens à joindre mes félicitations à celles qui ont été adressées à notre rapporteure.

Ensuite, si j'approuve les dispositions concernant les aidants, je remarque que, malheureusement, tout le monde n'a pas des aidants géographiquement proches, et que souvent l'aide à domicile s'avère nécessaire.

Cela m'amène à soulever le problème de la solvabilité des personnes et la solvabilisation des services d'aide à domicile, qui reste largement insuffisante, en particulier en milieu rural. Le secteur marchand s'intéresse un peu à ce secteur, mais pour le moment, ce sont en grande majorité les associations qui portent ces services. Or elles ont de plus en plus de mal à joindre les deux bouts. Pourrait-on réfléchir à cet aspect ?

**M. Gilles Lurton.** Je souhaite réagir aux propos de notre collègue Gérard Bapt sur la dialyse à domicile. Il est exact que, dans les établissements hospitaliers, la dialyse est particulièrement onéreuse. Mais il faut reconnaître aussi que la dialyse à domicile peut poser des difficultés, compte tenu de la technicité de l'appareillage nécessaire, de la souffrance endurée par les personnes dialysées et des difficultés que cela peut créer à la famille. Tout cela a fait que des centres d'autodialyse se sont développés.

Même si ces centres restent très souvent à proximité des centres hospitaliers, ils sont beaucoup moins onéreux. Pour les personnes dialysées, le traitement y est beaucoup moins lourd qu'en centre hospitalier. J'invite donc M. Bapt, s'il a le temps pendant l'été, à venir visiter l'Association des urémiques de Bretagne qui a développé ces systèmes dans toute la région, parfois dans des zones très reculées. Je vous assure que cela fonctionne très bien, et il serait dommage d'y mettre un terme.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il est vrai que, dans la tête de nos concitoyens comme dans la nôtre, parfois, il y a confusion entre maintien à domicile et hospitalisation à domicile. Je reconnais que la frontière est ténue.

Par ailleurs, la Cour des comptes considère que la tarification à l'activité (T2A) – qui était au départ une mesure d'incitation – est devenue obsolète. De fait, parmi vos propositions, figure l'accompagnement de patients par des travailleurs sociaux, par des diététiciens, etc. Or les diététiciens ne sont pas remboursés. Ces auxiliaires médicaux, tout comme les psychologues, ne sont pas cotés. Ainsi, la T2A ne s'adapte pas, pour une part, à l'activité en HAD.

Il faudrait donc s'assurer qu'une fois l'agrément obtenu, l'ARS accorde les financements qui vont avec. Les établissements de santé, privés ou publics, assurent, dans l'hospitalisation proprement dite, des services d'accompagnement qui font partie de l'enveloppe globale finançant les activités de l'établissement. Mais une fois à domicile, le patient ne peut pas compter se faire rembourser des frais engagés pour les prestations assurées par le professionnel qui se déplacerait chez lui. Cela rejoint les préoccupations que l'on peut nourrir pour les personnes qui ont davantage de difficultés à joindre les deux bouts. C'est aussi pour cela que l'HAD est parfois compliquée à mettre en place.

Madame la rapporteure, je vous laisse la parole pour répondre à toutes les remarques et questions.

**Mme la rapporteure.** Vous avez raison de dire « toutes » les remarques et questions, car elles sont nombreuses. Cela montre tout l'intérêt que suscite l'hospitalisation à domicile.

Monsieur Morange, je vous remercie pour vos félicitations, ainsi que ceux qui ont bien voulu se prêter au même exercice, au point que c'en était presque gênant...

Vous avez remarqué que la carence des informations était extrêmement handicapante pour faire des recommandations extrêmement précises, et que les vingt recommandations qui ont été proposées ne pouvaient pas être séparées les unes des autres. De fait, il faut absolument les prendre dans leur ensemble pour pouvoir avancer. Car l'hospitalisation à domicile peut évoluer dans son activité, de façon plus importante qu'aujourd'hui.

Vous avez insisté plus particulièrement sur l'idée que l'HAD ne devait absolument pas être en concurrence avec les autres formes de services à domicile. Or c'est tout de même ce qui se passe aujourd'hui, comme les différentes personnes que nous avons reçues nous l'ont dit. Pour notre part, nous souhaitons vraiment que l'HAD et les services de soins à domicile soient complémentaires. C'est essentiel, et l'on y parviendra si l'on suit les recommandations de notre rapport.

Madame Clergeau, vous avez indiqué que ce rapport servirait de référence. J'espère qu'effectivement il servira de référence pour aller plus loin. Il faudra, notamment, prendre les arrêtés, les décrets, voire les lois qui seront nécessaires pour pouvoir espérer une hospitalisation à domicile digne de ce nom.

Vous souhaitez que nous nous retrouvions sur la traduction de ces recommandations, dans des amendements. C'est un souhait que nous pouvons tous partager... en espérant que ces amendements seront ensuite adoptés.

Madame Le Callennec, vous nous avez demandés si l'on pouvait évaluer dès à présent les intentions du ministère en matière de tarification. Aujourd'hui, c'est impossible dans la mesure où le ministère n'a pas eu vent de ce rapport. Sans

doute est-il au courant de son existence, mais je n'ai jamais parlé de son contenu avec lui. Notre rapport vivra sa vie, comme il se doit. Bien évidemment, j'entrerai en relation avec le ministère pour que nos recommandations puissent être mises en place de façon concrète.

Monsieur Richard, vous avez dit que l'HAD avait de la peine à se développer, et qu'il était nécessaire de coordonner les services, et vous vous êtes demandé si la reconnaissance de l'HAD permettrait d'augmenter son activité.

Vous m'avez interrogée sur l'étude de la tarification et sur les travaux de collecte des données. Nous attendons la réforme de la tarification. En effet, les travaux de collecte des données auprès des structures d'HAD sont en cours. Des éléments plus précis nous permettraient d'aller vers une tarification autre que l'actuelle tarification à l'acte.

Enfin, comme d'autres députés, vous avez insisté sur le rôle de la famille du patient. Ce rôle est en effet essentiel : sans famille, sans aidant familial, on ne peut absolument pas mettre en place d'HAD.

J'en profite pour rappeler que si l'hospitalisation à domicile est une discipline à part entière, c'est aussi un mode de prise en charge qui n'est pas fait pour des maladies chroniques, mais pour des pathologies évolutives, que l'issue soit favorable ou, hélas, défavorable – en cas de soins palliatifs.

Monsieur Cléreaux, vous vous êtes intéressé à ce qui se passait à l'étranger et vous avez dit que, selon la Cour des Comptes, l'HAD pouvait y représenter 5 % de l'activité hospitalière.

Je peux vous citer deux exemples particuliers hors de l'Europe, développés par la Cour des Comptes : d'une part, l'Australie ; d'autre part, les États-Unis, notamment pour les vétérans qui bénéficient d'un régime de sécurité sociale particulier. Là-bas, l'HAD est vraiment en pointe, notamment dans le cadre de la sortie des urgences. Ce n'est pas parce que l'on va aux urgences que l'on est automatiquement dirigé sur un service intra-hospitalier ; on peut l'être vers l'HAD. Cela étant, je ne suis pas allée voir sur place comment cela se passait. Est-ce que l'on s'assure de la présence de la famille et des conditions de logement ? Est-ce que l'on vérifie sa composition et son accessibilité ? Je n'en sais pas plus que ce que je peux vous en dire aujourd'hui.

Monsieur Door, je n'ai pas bien compris votre intervention sur les professionnels libéraux, qui se référait à la recommandation n° 17. Je souhaiterais que vous m'en reparliez.

Ensuite, les petites structures ne sont pas toutes à jeter. Certaines fonctionnent bien. D'autres non, pour des raisons financières. Il arrive qu'elles n'aient pas assez de malades à prendre en charge ; or, quel que soit le nombre des patients, il faut rémunérer les salariés. Il arrive aussi qu'il faille aller loin, à trente,

quarante, cinquante ou soixante kilomètres, pour aller faire un soin ; or le temps de trajet qu'il faut rémunérer n'est pas pris en compte dans la tarification à l'acte.

Enfin, les structures d'HAD étant des établissements de santé à part entière, elles doivent faire partie des GHT. Je vise la coordination, non seulement entre les établissements de santé publics ou privés, mais aussi avec les services à domicile – prestataires de santé et services de soins. Sans cette coordination, on n'arrivera jamais à avoir de véritable HAD.

Madame Khirouni, vous avez suggéré que l'on expérimente l'HAD, par exemple pour la chimiothérapie, sur certains territoires. Je vous rassure : la chimiothérapie est l'un des domaines les plus pris en compte en HAD. On a donc déjà dépassé le stade de l'expérimentation. Certaines disciplines, comme les soins palliatifs ou les chimiothérapies, sont les plus représentées en HAD.

Monsieur Perrut, vous avez parlé vous aussi de la coordination et de la non-concurrence entre les différents services. Vous avez demandé si l'on disposait d'un état des structures existantes, de leur nombre, etc. Pour ces informations, vous pouvez vous référer au rapport de la Cour des Comptes, dont je n'ai pas repris à dessein le constat fait pour ne pas alourdir le mien, ainsi qu'au site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Par exemple, dans le rapport de la Cour des comptes, vous retrouvez des données telles que le nombre de journées d'hospitalisation par structure, ou le nombre de structures effectuant plus de 100 000 journées d'hospitalisation.

Monsieur Sébaoun, vous avez parlé des référentiels. Je signale que toutes les pathologies peuvent être prises en charge en HAD et que les référentiels concernent davantage la charge en soins ou la technicité des soins que les pathologies.

Maintenant, on souhaiterait parfois disposer de référentiels beaucoup plus précis, qui permettraient de savoir, pour telle catégorie de patients ayant besoin de telle prise en charge, s'il faut recourir à une HAD ou à un service de soins à domicile. C'est possible, et on nous l'a confirmé. Mais cela suppose que l'on arrive à distinguer les deux, et que l'on collecte des données un peu plus précises. Pour l'instant, peu d'établissements ont répondu à l'ATIH. On devrait en être aujourd'hui à 22... sur 309. On peut d'ailleurs s'interroger sur la capacité des établissements à répondre.

Monsieur Dord, vous appelez de vos vœux un statut pour les aidants. Je rappelle simplement qu'en HAD, les durées de traitement sont limitées. La situation n'est pas la même que celle des aidants qui s'occupent en continu de personnes âgées à domicile, qui peuvent vivre très longtemps. Néanmoins, je suis persuadée qu'il faut absolument soutenir les aidants, qui sont indispensables.

Monsieur Viala, vous craignez que le développement de l'HAD se fasse au détriment des hôpitaux de proximité. Non, c'est l'inverse. Et quand je dis que

l'HAD doit être adossée à des établissements de santé du territoire, c'est bien pour conforter ceux-ci.

Il y a deux catégories de petites structures. D'abord, celles qui sont complètement autonomes, et qui se trouvent souvent en difficulté. Ensuite, celles qui sont adossées aux hôpitaux – ou même, qui sont un des services de l'hôpital. Malgré leur petite capacité, elles s'en sortent beaucoup mieux que les autres, hormis quelques difficultés qui sont générales à toutes les structures. Il faut donc absolument conserver nos hôpitaux de proximité.

Monsieur Bapt, la dialyse fait partie des soins chroniques. Elle ne relève pas de l'HAD. Ce sont des prestataires de santé à domicile qui s'en occupent. J'ai donc exclu la dialyse de l'étude qui a été faite.

Madame Bouziane, vous avez parlé de l'aide à domicile et de la solvabilisation, notamment de certaines associations. J'observe que cela relève davantage de la prise en charge de la dépendance et des personnes en situation de handicap, que de l'hospitalisation à domicile. Cela étant, les services d'aide à domicile interviennent assez souvent en complément de l'HAD.

Ensuite, le problème de la solvabilisation, notamment des associations d'aide à domicile, se traite au niveau de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Je peux d'ores et déjà vous indiquer que la secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie a annoncé il y a quinze jours à la CNSA que 25 millions d'euros ont été débloqués pour l'aide et le soutien financier des associations d'aide à domicile.

Monsieur Lurton, votre intervention concernait, comme celle de M. Bapt, la dialyse à domicile. J'ai donc déjà répondu.

Madame la présidente, vous avez parlé de la frontière qui existe entre le maintien à domicile et l'hospitalisation à domicile. Cette frontière est assez ténue dans l'esprit des patients et du grand public, et c'est bien pourquoi nous avons besoin de ces fameux référentiels pour arriver à séparer les deux types de services.

Vous avez également parlé d'activités plus sociales, d'activités paramédicales ou médicosociales, assurées notamment par les assistances sociales ou les diététiciens lors de l'hospitalisation. Il est bien évident que la tarification à l'acte ne peut pas répondre à ces frais supplémentaires, et qu'il va falloir réfléchir à la façon de les prendre en charge – ne serait-ce que par l'institution d'un forfait supplémentaire lorsque l'intervention de ces personnes ne peut pas faire l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale. En effet, le rôle de ces personnes est absolument indispensable.

En dehors de cela, il est possible de mettre en place des coordinations avec les services sociaux ou les services de prévention. Ces actes, qui peuvent venir en complémentarité des services de HAD, ne font pas l'objet d'une tarification. Mais cela se fait, pour ainsi dire, service par service. Il n'en reste pas moins qu'il

faudrait intégrer les interventions de ces personnes dans les services rendus par l'HAD.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Door, je vous invite à préciser votre question.

**M. Jean-Pierre Door.** Madame Huillier, vous écrivez dans votre rapport que la dégradation de l'HAD auprès des professionnels libéraux n'est pas dénuée de raisons objectives. Qu'entendez-vous par « raisons objectives » ? Est-ce que cela signifie que les professionnels libéraux n'acceptent pas la HAD et se tiennent en dehors ? Cette formulation entretient un certain doute.

Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, il me semble légèrement maladroit d'écrire que les professionnels libéraux pourraient se mettre à l'écart de la HAD. C'est un peu regrettable, surtout à un moment où l'on souhaite voir s'opérer un rapprochement entre les différentes structures de santé publiques ou privées, et les médecins libéraux.

Si j'avais été présent lors de l'examen du projet de rapport par la MECSS, j'aurais probablement demandé que l'on supprime cette phrase.

**Mme la rapporteure.** Nous nous sommes basés sur ce que les représentants des médecins, du moins certains, nous avaient dit, à savoir qu'ils voulaient s'intéresser à l'HAD et la prescrire mais qu'ils n'avaient pas pu le faire pour certaines raisons – que l'on explique plus loin dans le rapport.

**Mme Chaynesse Khirouni.** Je me suis peut-être mal fait comprendre. Ma question concernait à la fois les objectifs de progression de l'HAD et le fait que nous avons du mal à mener de front l'ensemble de vos recommandations pour toutes les pathologies. D'où mon interrogation : n'est-il pas possible d'identifier un certain nombre de pathologies, de permettre à certains territoires de mettre en œuvre l'ensemble de vos recommandations et éventuellement, au vu de l'expérimentation menée, d'étendre celles-ci à l'ensemble du territoire ?

**Mme la rapporteure.** Je comprends mieux.

Les référentiels devraient permettre d'apprécier la charge en soins. Ensuite, cette charge en soins peut très bien se décliner par pathologie. Ce serait peut-être plus facile de procéder ainsi. Mais j'en doute un peu, parce que ce n'est pas ce qui nous a été dit.

Il faut donc déjà que l'on ait davantage de référentiels sur la complexité et la technicité des actes pour chaque pathologie. Certains services sont spécialisés pour la cancérologie, d'autres sur les soins palliatifs, d'autre encore sur les prématurés. Pourquoi ne pas procéder ensuite à des expérimentations sur certains services d'HAD ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Merci, madame la rapporteure, pour ce travail qui sera utile à notre système de santé, et qui a été salué par l'ensemble de nos collègues. Monsieur Jean-Pierre Door, j'ai relu la phrase que vous avez commentée : je ne la comprends pas comme vous. Mais cela reste une remarque.

Merci à nos deux coprésidents d'avoir mené cette MECSS de bout en bout en maintenant un total consensus.

**Mme la rapporteure.** Mes chers collègues, je vous remercie pour votre confiance. Et je terminerai en saluant les deux coprésidents de la MECSS, qui m'ont soutenue tout au long des auditions.

\*

\* \*

*La commission autorise, à l'unanimité, la publication du rapport d'information sur l'hospitalisation à domicile.*



## ANNEXES

### ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION

#### Coprésidents

Mme Gisèle BIÉMOURET (*Socialiste, écologiste et républicain*)

M. Pierre MORANGE (*Les Républicains*)

#### Membres

##### *Socialiste, écologiste et républicain*

Mme Martine CARRILLON-COUVREUR

Mme Joëlle HUILLIER

Mme Bernadette LACLAIS

##### *Les Républicains*

M. Jean-Pierre DOOR

Mme Isabelle LE CALLENNEC

Mme Bérengère POLETTI

M. Dominique TIAN

##### *Union des démocrates et indépendants*

M. Hervé MORIN

M. Francis VERCAMER

##### *Radical, républicain, démocrate et progressiste*

Mme Dominique ORLIAC

##### *Gauche démocrate et républicaine*

M. Jean-Philippe NILOR

##### *Non inscrit*

M. Jean-Louis ROUMÉGAS

## ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

L'ensemble des comptes rendus des auditions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sont disponibles sur le portail de la MECSS :

<http://www2.assemblee-nationale.fr/14/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/mecss/mission-d-evaluation-et-de-contrôle-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale>

### Auditions du 20 janvier 2016

– Présentation de la communication de la Cour des comptes à la MECSS : M. Antoine Durrleman, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Noël Diricq, conseiller maître, président de section, et Mme Esmeralda Lucioli, rapporteur extérieur

### Auditions du 3 février 2016

– Mme Lise Rochaix, présidente de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et M. Housseyni Holla, directeur général

– M. Jean Debeaupuis, directeur général de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et Mme Isabelle Prade, cheffe du bureau «Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale »

### Auditions du 10 février 2016

– Dr Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) et M. Éric Ginesy, délégué national

– M. Jean-Paul Segade, inspecteur général des affaires sociales, conseiller général des établissements de santé, ancien directeur de l'Assistance Publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM), et M. Didier Zanini, praticien hospitalier à l'AP-HM

– Mme Claudine Bergoignan-Esper, présidente de la Fondation Santé services et M. Michel Calmon, directeur général

### Auditions du 1<sup>er</sup> mars 2016

– Mme Valérie Blandin-Matas, consultante chez Quo Valis Santé

– Mme Laurence Nivet, directrice de l'Hospitalisation à domicile – Assistance publique-hôpitaux de Paris (HAD-AP-HP) et M. Matthieu De Stampa, président du comité consultatif médical

#### Auditions du 8 mars 2016

– M. Yves-Jean Dupuis, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif (FEHAP) et M. David Causse, coordonnateur du pôle Santé-Social, accompagné de Mme Solène Gouesbet, collaboratrice

– M. David Gruson, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), M. Cédric Arcos, directeur de cabinet, Mme Annie Lelievre, chargée du secteur vieillesse et handicap, et M. Alexandre Mokede, adjoint au responsable du pôle organisation sanitaire et médico-social chargé des questions sanitaires

– M. Philippe Ulmann, directeur de l’offre de soins de la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et Mme Annie Fouard, responsable du département Hospitalisation

#### Auditions du 24 mars 2016

– Mme Agnès Buzyn, présidente de la Haute Autorité de santé (HAS), M. Dominique Maigne, directeur, et Mme Catherine Rumeau-Pichon, adjointe au directeur délégué de l’évaluation médicale, économique et de santé publique

– M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l’hospitalisation privée (FHP), Mme Élisabeth Tomé-Gertheinrichs, déléguée générale, M. Dominique Poëls, président-directeur général de la clinique de l’Europe à Rouen, président de la FHP Haute-Normandie, M. Richard Ouin, directeur général de la clinique du Cèdre à Bois-Guillaume, Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale, et Mme Marie-Claire Viez, chargée d’études et de veille prospective

#### Auditions du 5 avril 2016

– Dr Patrick Bouet, président du Conseil national de l’Ordre des médecins, Dr François Simon, président de la section Exercice professionnel, et M. Francisco Jornet, directeur juridique

#### Auditions du 6 avril 2016

– M. Nicolas Brun, président d’honneur du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), coordonnateur du pôle protection sociale santé à l’UNAF et représentant des usagers à l’HAD de l’AP-HP, et M. Sylvain Fernandez-Curiel, chargé de mission Santé

– Table ronde syndicats de médecins :

– Dr Renaud Péquignot, secrétaire général d’Avenir Hospitalier

– Dr Rémy Couderc, secrétaire général de la Coordination médicale hospitalière (CMH)

– Dr Jacques Trévidic, président de la Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH), et Dr Marc Bétremieux, secrétaire général

– Dr Béatrice Fazilleaud, vice-présidente de la Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF) et Dr Luc Duquesnel, président de l’UNOF-CSMF (branche des médecins généralistes de la CSMF)

– Dr. Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France (FMF)

– Dr Michel Triantafyllou, vice-président de l’Intersyndicat national des praticiens hospitalier (INPH) et Dr Alain Jacob, délégué général

- Dr Jean-Louis Bensoussan, secrétaire général adjoint du Syndicat des médecins généralistes (MG France)
- Dr William Joubert, secrétaire général du Syndicat des médecins libéraux (SML)

#### Auditions du 10 mai 2016

- M. Olivier Lebouché, président de la Fédération des prestataires de soins à domicile (FEDEPSAD), Mme Carmela Marchand, vice-présidente, et M. Jean-Philippe Alosi, délégué général

#### Auditions du 17 mai 2016

- M. Jean-Yves Garnier, trésorier du Conseil national de l'Ordre des infirmiers, infirmier libéral, et M. Yann de Kerguenec, directeur

#### Auditions du 18 mai 2016

- Table ronde syndicats d'infirmiers :
  - M. Philippe Bordieu, vice-président de l'ANFIIDE, infirmier clinicien et formateur
  - Mme Ghislaine Sicre, présidente de Convergence infirmière et M. Thierry Ferrari, trésorier adjoint
  - M. Philippe Tisserand, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI)
  - Mme Elisabeth Maylié, présidente de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) et Mme Anne-Marie Serra, adhérente
  - M. John Pinte, vice-président du Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (SNIIL)
  - M. Thierry Amouroux, secrétaire général du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) et M. Jérôme Malfaisant, membre du bureau national

**ANNEXE 3 :  
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES LORS DU DÉPLACEMENT EN  
RÉGION AUVERGNE RHÔNE-ALPES (19 AVRIL 2016)**

Visite d'établissements d'hospitalisation à domicile et de l'agence régionale de santé (ARS) de Rhône-Alpes

– Mme Anne-Cécile Jacquot, médecin HAD de l'antenne « Soins et Santé » de Bourgoin-Jallieu, et Mme Magali Joffraud, cadre de santé

– Mme Odile Nezondet, directrice adjointe du Centre hospitalier de Voiron, M. Antoine Villard, médecin coordonnateur, et Mme Valérie Trojani, infirmière coordinatrice

– Mme Andrée-Laure Herr, conseillère technique de la direction de l'offre de soins de l'ARS Rhône-Alpes, et Mme Isabelle Coudière, médecin inspecteur de santé publique à la délégation départementale de l'Isère

**ANNEXE 4 :**  
**LISTE DES PERSONNES**  
**AYANT ADRESSÉ UNE CONTRIBUTION ÉCRITE**

- M. Jean-Marc Bénaïche, président de l'ADAPOL, et Mme Louise Ruiz, directrice de Accompagner-Aider à domicile
- M. Dominique Jakovenko, infirmier certifié en ETP, vice-président de l'URPS Infirmier, président de l'Association des infirmiers libéraux du bassin alsésien (AILBA)
- M. Philippe Bordieu, vice-président de l'ANFIIDE
- M. Housseyni Holla, directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
- M. Renaud Péquignot, secrétaire général d'Avenir Hospitalier
- M. Yann de Kerguenec, directeur du Conseil national de l'Ordre des infirmiers
- M. Jean-Philippe Alosi, délégué général de la Fédération des prestataires de soins à domicile (FEDEPSAD)
- M. David Causse, coordonnateur du pôle Santé-Social de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)
- Mme Elisabeth Maylié, présidente de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL)
- Pr Dominique Robert, président du Syndicat national des associations d'assistance à domicile (SNADOM)
- M. John Pinte, vice-président du Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (SNIIL)