

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

Sommaire

AVERTISSEMENT	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I UNE PROGRESSION DÉCEVANTE.....	15
I - MALGRÉ LA MISE EN ŒUVRE D’UNE STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT DE L’HAD PAR LES POUVOIRS PUBLICS, UNE ACTIVITÉ GLOBALE QUI PROGRESSE PEU.....	15
A - L’affirmation par les pouvoirs publics fin 2013 d’un objectif de doublement en 2018 de l’activité en HAD.....	15
B - Une augmentation globale d’activité pour l’heure limitée	18
C - Des disparités territoriales qui persistent	22
II - UNE PLACE ENCORE TRÈS SECONDAIRE DANS LES PARCOURS DE SOINS.....	25
A - Une prescription toujours peu développée.....	25
B - Un acteur insuffisamment sollicité pour la prise en charge des personnes âgées.....	27
CHAPITRE II DES PRÉALABLES INDISPENSABLES À LEVER POUR ENCLANCHER UNE DYNAMIQUE DE DÉVELOPPEMENT DE L’HAD.....	33
I - UNE EFFICIENCE À MIEUX ÉTAYER.....	33
II - UNE PLACE DANS L’OFFRE DE SOINS À CLARIFIER	35
A - Conforter les indications par davantage de référentiels d’activité	35
B - Expérimenter le recours à l’HAD sur de nouveaux segments d’activité.....	36
III - DES STRUCTURES À RECOMPOSER FORTEMENT	38
A - Des structures toujours aussi hétérogènes.....	38
B - Des structures qui peinent parfois à se conformer à la réglementation sans qu’en soient tirées les conséquences.....	40
IV - UNE TARIFICATION À MODERNISER SANS TARDER DAVANTAGE.....	41
A - Une tarification de plus en plus obsolète	41
B - Une réforme tarifaire une nouvelle fois retardée.....	43
CONCLUSION GÉNÉRALE	47
GLOSSAIRE	49
ANNEXES	51

Avertissement

En application de l'article LO.132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par lettre du 3 décembre 2014¹ de Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, et de Mme Gisèle Biémouret et M. Pierre Morange, co-présidents de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), d'une demande d'actualisation du chapitre que le rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale avait consacré en 2013 à l'hospitalisation à domicile². Le Premier président a répondu positivement à cette demande par un courrier en date du 23 décembre 2014³, en indiquant que la « note d'actualisation » ainsi souhaitée serait remise à la fin de 2015. Lors d'échanges ultérieurs, il a été convenu que cette note, dont il a été souhaité qu'elle puisse rendre compte de manière documentée des évolutions récentes, serait transmise pour le 15 décembre 2015.

L'enquête a été notifiée le 23 avril 2015 aux principales administrations et institutions concernées. Elle s'est appuyée sur les réponses aux questionnaires adressés à l'ensemble des acteurs et sur les entretiens et échanges organisés avec eux.

Un relevé d'observations provisoires a été adressé dans son intégralité au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, au directeur général de l'offre de soins, au directeur général de la CNAMTS, ainsi qu'à la présidente de la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Des extraits ont été adressés à la direction de la sécurité sociale, à la direction générale de la cohésion sociale, au conseil national de l'Ordre des médecins, et à l'ATIH. Des réponses ont été reçues de l'ensemble des destinataires.

La présente communication a été délibérée le 30 novembre 2015 par la sixième chambre, présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de MM. Diricq, Laboureix, Jamet, Mme Toraille, conseillers maîtres, M. Lefas, président de chambre maintenu, le rapporteur étant Mme Lucioli, rapporteur extérieur, Mme Bouzanne des Mazery, conseiller maître, étant le contre-rapporteur.

Elle a ensuite été examinée et approuvée le 8 décembre 2015 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, MM. Durrleman, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, rapporteur général du comité, Duchadeuil, Piolé, Mme Moati, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

¹ Cf. annexe 1.

² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre IX, L'hospitalisation à domicile, p.253-277, reproduit en annexe 3 et disponible sur www.ccomptes.fr

³ Cf. annexe 2.

Synthèse

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.

La Cour avait relevé dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 que l'HAD restait mal connue et très peu développée en France contrairement à sa place dans différents pays étrangers. Elle avait mis en lumière que son apport à une meilleure organisation du parcours de soins des patients pouvait être d'un grand intérêt en répondant à leurs attentes d'une meilleure qualité de vie tout en leur assurant une complète sécurité des soins et en contribuant à une plus grande efficience des dépenses d'assurance maladie dès lors que ses coûts pouvaient apparaître moins élevés que ceux supportés en hospitalisation conventionnelle. Elle soulignait cependant la difficulté à définir précisément son positionnement dans l'offre de soins et mettait en évidence la nécessité de clarifier son rôle et son apport, son fonctionnement et son financement.

Les pouvoirs publics ont depuis lors entendu définir une stratégie d'ensemble pour développer la place de l'hospitalisation à domicile par une circulaire du 4 décembre 2013 à destination des agences régionales de santé (ARS). Ils se sont fixés pour objectif un doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, la portant de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations complètes, ce qui pour autant la situerait à un niveau encore très substantiellement inférieur à celui atteint dans d'autres pays.

Des annonces insuffisamment suivies d'effets

S'il apparaît trop tôt pour faire un bilan définitif des mesures prises depuis la fin 2013, celles-ci n'ont pas été proportionnées à l'objectif affiché et n'ont pas été suffisantes pour faire de la HAD une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pleinement intégrée dans les parcours de soins. Sa progression globale au cours des dernières années est restée très nettement en deçà des objectifs fixés par les pouvoirs publics fin 2013, avec des disparités géographiques toujours importantes et persistantes. Après avoir progressé de + 7,7 % en 2012 par rapport à 2011, le rythme de progression du nombre de journées a eu de fait tendance à fortement ralentir : + 4,7 % en 2013, + 1,9 % en 2014, avec cette dernière année 4 403 464 journées réalisées au bénéfice de la prise en charge de 106 082 patients.

Son recours par les prescripteurs, principalement les médecins libéraux mais aussi les praticiens hospitaliers, reste en effet très limité : en particulier, son potentiel de développement dans les établissements médico-sociaux et dans certaines indications comme le domaine des chimiothérapies à domicile reste sous-exploité. Elle n'est pas suffisamment utilisée pour améliorer les parcours de soins des personnes âgées et leur prise en charge en établissements d'hébergement tandis que les articulations avec les services de soins infirmiers à domicile restent difficiles à mettre en œuvre. L'information des patients et de leurs familles est peu développée.

Démontrer les avantages d'efficience et de pertinence

Enclencher une dynamique forte et durable de l'HAD, qui s'auto-entretienne, supposait une complète démonstration de l'efficience de cette prise en charge non seulement par rapport à l'hospitalisation conventionnelle mais également par rapport à des prises en charge ambulatoires coordonnées et une clarification de ses indications par des référentiels d'activité.

Deux ans après ses précédents travaux, la Cour constate un défaut de mobilisation prioritaire sur ces différents champs, compromettant la réalisation des objectifs affichés par le ministère de la santé à la fin 2013.

La démonstration de l'efficience de l'HAD, indispensable pour asseoir sa légitimité, n'a pas été apportée, faute d'avoir mis en chantier les études médico-économiques nécessaires (à l'exception d'une étude comparée des chimiothérapies de l'HAD et d'autres formes d'hospitalisation). Les rares études disponibles montrent certes que le coût de l'HAD pour l'assurance maladie est inférieur à celui de l'hospitalisation conventionnelle. Rien de tel n'est établi en revanche par rapport à des prises en charge coordonnées par des professionnels libéraux de santé.

Réorganiser une offre de soins hétérogène et mal répartie

Certaines structures s'avèrent trop faibles, du fait notamment de leur petite taille, pour pleinement répondre aux impératifs 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. Une recomposition forte s'impose.

Refondre la tarification

Un mode de tarification de plus en plus obsolète et dont la modernisation accumule les retards fragilise le développement de l'HAD

Sa refonte rapide est indispensable pour mieux asseoir la pertinence et l'efficience des prises en charge en HAD. Attendue depuis plusieurs années et, désormais prévue à l'horizon 2019-2020, elle doit être notablement accélérée, quitte à apporter des inflexions de méthode dans une procédure d'évaluation des coûts dont la lourdeur n'est pas en adéquation avec la faible dimension des structures d'HAD. Parallèlement, de nouveaux modes de financement seraient à expérimenter pour inciter à une sortie rapide de l'hospitalisation conventionnelle de certains patients au bénéfice d'un relais de prise en charge par l'hospitalisation à domicile.

Comme le montre *a contrario* la modestie de la progression de l'HAD au cours des deux dernières années, un effort méthodique et prioritaire est à conduire pour lever les obstacles sur ces différents champs. Il est la condition première et sine qua non pour que s'enclenche et s'auto-entretienne durablement son essor au double bénéfice des patients et de l'assurance maladie.

La Cour est ainsi amenée à réitérer en les reformulant les trois recommandations qu'elle avait exprimées en 2013 et à en formuler quatre supplémentaires.

Recommandations

Recommandations réitérées et reformulées :

1. mener à son terme l'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD ;
2. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;
3. 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.

Nouvelles recommandations :

4. recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures ;
5. simplifier le régime d'autorisation et assouplir la répartition des missions entre médecin traitant, médecin coordonnateur d'HAD et le cas échéant médecin coordonnateur d'EHPAD, pour faciliter notamment l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients ;
6. faciliter les coopérations entre SSIAD et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations ;
7. expérimenter de nouveaux modes de financement de manière à inciter à l'hospitalisation à domicile à la sortie d'une hospitalisation conventionnelle ou pour éviter une telle hospitalisation.

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 l'héberge et en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer.

Introduite en France à la fin des années cinquante et reconnue par la loi seulement en 1970, elle a constitué historiquement le premier mode de décroisement du système de soins, à l'interface à la fois du sanitaire et du médico-social et du secteur hospitalier et de la médecine de ville.

Considérée d'abord comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle (loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière), elle a été reconnue par la suite comme une modalité spécifique mais à part entière d'une prise en charge hospitalière (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) en médecine, chirurgie, obstétrique comme en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie.

Les services d'hospitalisation à domicile, soumis à autorisations spécifiques, sont désormais obligatoirement gérés sous forme d'établissements de santé, publics ou privés, soit autonomes et portés en ce cas le plus souvent par une association ou une fondation, soit rattachés à un établissement de santé avec hébergement.

Ces structures d'HAD mobilisent du personnel salarié ou des professionnels libéraux et s'appuient à cet effet sur une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée, avec en particulier la présence d'un médecin coordonnateur.

L'HAD permet ainsi une prise en charge au domicile de soins normalement non réalisables en ville, dès lors qu'elle est souhaitée par le patient et que sont remplies des conditions de faisabilité liées au logement et à la présence d'un entourage familial suffisamment étoffé et soutenu.

Le déroulement d'une hospitalisation à domicile

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, à l'hôpital et/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. Elle peut être accompagnée le cas échéant d'une assistante sociale. L'admission est prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD. Comme pour une hospitalisation classique, le service d'HAD se charge des formalités administratives auprès de la caisse d'assurance maladie et de la mutuelle le cas échéant.

Le médecin coordonnateur de l'HAD se met en relation avec le médecin traitant, dont l'accord préalable a été demandé si la demande initiale émane d'un praticien hospitalier, pour définir le projet thérapeutique et les soins. Le matériel de soins (mobilier, lit, potence...), les produits pharmaceutiques et consommables (compresses, tubulures...) sont pris en charge par le service d'HAD qui en assure la livraison et l'installation à domicile. Un dossier est mis en place à domicile, de nombreuses HAD utilisant des terminaux installés sur place, d'autres fonctionnant encore avec des dossiers papiers. Un double est disponible à l'HAD.

Le personnel soignant intervient au domicile selon un protocole défini (nombre de passages par jour du personnel aide-soignant, infirmier, et en tant que de besoin kinésithérapeute, psychologue...). Le médecin traitant assure les visites à domicile, les prescriptions pour les médicaments, les examens de laboratoire, les autres examens complémentaires si besoin, certains pouvant nécessiter un transport ponctuel du patient (imagerie). Les transports pour des consultations spécialisées ou des examens d'imagerie sont pris en charge par le service d'hospitalisation à domicile s'ils sont prescrits par le médecin traitant ou par le médecin coordonnateur. Le personnel infirmier est, selon les HAD, soit salarié de la structure, soit libéral, travaillant en partenariat avec l'HAD. Les honoraires des intervenants libéraux sont pris en charge par l'HAD, sur la base des tarifs conventionnels. Les médicaments et le matériel médical sont fournis par l'HAD (certaines HAD peuvent également avoir des accords avec des pharmacies). L'HAD prend également en charge la gestion et l'élimination des déchets médicaux dans les conditions de sécurité d'un établissement de santé.

Le patient est nécessairement informé des recours possibles à la permanence des soins en cas de difficulté, les HAD devant fournir un numéro d'appel joignable 24h sur 24h. Selon le cas, le recours se fait auprès du médecin traitant s'il est disponible, par l'envoi d'un infirmier à domicile, avec l'appui possible d'une astreinte médicale, et, en cas d'urgence vitale, par recours au SAMU. De nombreuses HAD ont passé des accords avec leur SAMU correspondant permettant à ce dernier de disposer d'un résumé de la situation médicale des personnes hospitalisées en HAD sur son territoire susceptibles d'avoir besoin d'une intervention.

Au cours de l'hospitalisation, une réévaluation régulière de l'état du patient est assurée par le médecin traitant en lien avec le médecin coordonnateur, pouvant aboutir à la poursuite de la prise en charge, à une réadmission en hospitalisation conventionnelle, ou à une sortie. La sortie est prononcée par la structure d'HAD, sur la base d'un accord entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, prévoyant les relais nécessaires selon la situation du patient. Dans 57 % des cas, le patient reste à domicile, dans 33 % des cas il est réhospitalisé dans un établissement avec hébergement et 10 % des prises en charge en HAD se terminent par un décès (données ATIH 2014).

Si le patient reste à domicile, le relais s'organise en lien avec le médecin traitant qui poursuit la prise en charge : il peut s'agir d'une sortie simple si des soins ne sont plus nécessaires (par exemple fin d'un protocole de chimiothérapie) ou, selon les besoins, d'un relais par des soins de ville assurés par des professionnels libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes) par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ou par un réseau de soins palliatifs. Si l'état du patient nécessite une réhospitalisation, celle-ci est organisée en lien avec le médecin coordonnateur : lorsque le patient provenait d'un service hospitalier, il y est dans la mesure du possible réadmis, en particulier en cancérologie.

Comme pour une hospitalisation conventionnelle, le patient est informé de ses droits (livret d'accueil), se voit demander la désignation d'une personne de confiance, et peut demander à interrompre son séjour (en cas de sortie contre avis médical il devra dégager l'HAD de sa responsabilité).

La Cour a cherché en 2013 dans son rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale⁴ à apprécier l'apport de ce mode de prise en charge original. Elle avait relevé que l'HAD restait mal connue et très peu développée en France contrairement à sa place dans différents pays étrangers. Elle avait mis en lumière que son apport à une meilleure organisation du parcours de soins des patients pouvait être d'un grand intérêt en répondant à leurs attentes d'une meilleure qualité de vie tout en leur assurant une complète sécurité des soins et en contribuant à une plus grande efficience des dépenses d'assurance maladie dès lors que ses coûts pouvaient apparaître moins élevés que ceux supportés en hospitalisation conventionnelle. Elle soulignait cependant la difficulté à définir précisément son positionnement dans l'offre de soins et mettait en évidence la nécessité de clarifier son rôle, son fonctionnement et son financement.

Les constats de la Cour en 2013

Avec 3 700 000 journées d'hospitalisation correspondant à la prise en charge de près de 98 000 patients et 145 000 séjours, l'HAD ne représentait en 2011 que 0,6 % de l'ensemble des hospitalisations à temps complet. Elle occasionnait pour l'assurance maladie une dépense de 771 M€, soit moins de 1 % de l'ONDAM hospitalier et de 0,5 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

Malgré l'augmentation du nombre des structures d'HAD, la Cour relevait que le développement de celle-ci, encouragé par les pouvoirs publics à partir des années 2000, s'était progressivement ralenti depuis 2008, en particulier dans la période la plus récente, et demeurait très inégale d'une région à l'autre et au sein de chaque région d'un territoire à un autre. L'hétérogénéité des structures, très souvent de faible taille, la position en retrait des prescripteurs, médecins libéraux au premier chef mais aussi souvent hospitaliers, la définition trop floue des indications justifiant

⁴ Cf. annexe 3 : Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre IX, L'hospitalisation à domicile, p.253-277.

⁴ Cf. annexe 2.

d'une prise en charge en HAD qui se distingue de ce fait parfois insuffisamment d'autres modes d'intervention à domicile, le caractère obsolète de sa tarification, la faiblesse des évaluations médico-économiques, notamment au regard d'autres modes de prise en charge en alternative à une hospitalisation complète pouvant la concurrencer, constituaient autant de difficultés à lever pour la forte relance de cette activité souhaitée par le ministère de la santé.

La Cour concluait que si ces pré-requis étaient levés grâce à un pilotage substantiellement renforcé de la part des administrations, l'hospitalisation à domicile pourrait progressivement atteindre en France la part qui est la sienne dans certains pays étrangers, de 4 à 5 % de l'hospitalisation complète, en faisant coïncider intérêt des patients et économies pour l'assurance maladie.

Elle formulait en ce sens trois recommandations :

- élaborer des référentiels d'activités de l'hospitalisation à domicile ;
- réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;
- mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD.

Deux ans après sa précédente enquête, la Cour a analysé les évolutions qu'a connues depuis lors l'hospitalisation à domicile.

Elle a constaté que les pouvoirs publics avaient en décembre 2013 entendu renforcer la place et le positionnement de l'HAD au sein du système de santé, en se fixant notamment l'objectif d'un doublement d'ici 2018 de sa part d'activité. Sa progression apparaît cependant à ce jour décevante et sa place dans l'organisation des parcours de soins demeure toujours très secondaire (I), faute que plusieurs préalables indispensables à son essor aient été d'abord levés (II).

Chapitre I

Une progression décevante

I - Malgré la mise en œuvre d'une stratégie de développement de l'HAD par les pouvoirs publics, une activité globale qui progresse peu

A - L'affirmation par les pouvoirs publics fin 2013 d'un objectif de doublement en 2018 de l'activité en HAD

À peu de distance de la parution en septembre 2013 du rapport de la Cour sur la sécurité sociale qui avait traité de ce mode de prise en charge, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a entendu définir une stratégie d'ensemble pour mieux structurer et développer la place de l'hospitalisation à domicile par une circulaire du 4 décembre 2013 à destination des agences régionales de santé (ARS)⁵.

Ce texte faisait le constat, dans le prolongement des analyses de la Cour, que ce type de prise en charge était susceptible de « contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques », tout en permettant de dégager des gains d'efficience pour l'assurance maladie. Mais il soulignait qu'il s'agissait d' « une offre encore émergente », qui devait être organisée de manière plus homogène sur l'ensemble du territoire tout en étant mieux « centrée sur les situations qui requièrent l'intensité, la complexité et la technicité qui la démarquent des réponses ambulatoires ».

Dans cette perspective, cette circulaire appelle à des évolutions profondes :

- des établissements d'HAD eux-mêmes, qui « devront s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation ;
- des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui « devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients » ;

⁵ Circulaire DGOS/R4 n°2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

- des professionnels libéraux qui « devront répondre de façon coordonnée à l'ensemble des demandes qui ne nécessitent pas la compétence de l'HAD, et apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation peut être évité ».

Dans ce but, quatre objectifs sont fixés aux ARS :

- conforter la structure de l'offre d'HAD, en prenant en compte leur viabilité et leur capacité à assumer leur responsabilité territoriale ;
- améliorer l'accessibilité à l'HAD en incitant au développement des prescriptions d'HAD d'une part au niveau hospitalier, en incluant des objectifs de prescription d'admissions en HAD dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements de santé, en encourageant la connaissance de l'HAD parmi les médecins généralistes (entre autres, en favorisant les stages pour les internes au sein de ces établissements) ; en encourageant la diversification des modes de prise en charge (nouveaux segments d'activité) et des populations accueillies (établissements médico-sociaux) ;
- renforcer la pertinence du recours à l'HAD en s'appuyant en particulier sur les référentiels existants ou à paraître par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD en veillant notamment à la garantie de continuité des soins.

Cette mobilisation devait permettre une forte dynamique de développement de l'HAD dans une logique de substitution à l'hospitalisation complète. La part de l'activité d'HAD devait ainsi passer sur la période de mise en œuvre des projets régionaux de santé en cours, soit 2018 de 0,6 % du nombre des séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement (court et moyen séjours) à 1,2 %.

L'hospitalisation à domicile à l'étranger

Si des modes de prise en charge équivalent à l'HAD existent dans plusieurs pays, les comparaisons sont difficiles tant les organisations diffèrent : dans les pays anglo-saxons en particulier, la notion de soins à domicile (« home care ») peut recouvrir des prises en charge complexes, tandis que les dispositifs appelés hospitalisation à domicile (« *hospital at home* ») ne sont pas nécessairement organisés ou financés comme les établissements de santé conventionnels.

L'offre de soins alternative à l'hospitalisation classique pour diminuer la durée d'hospitalisation ou pour éviter l'hospitalisation traditionnelle a été favorisée en Australie dans les années 1990, notamment dans l'État de Victoria. Plusieurs modes de fonctionnement coexistent : le rattachement à un hôpital, les soins étant dispensés par du personnel hospitalier, rattaché ou non à une spécialité ; le rattachement à l'hôpital, les soins étant dispensés soit par du personnel hospitalier soit par du personnel ambulatoire ; enfin une organisation extra hospitalière (centre de santé communautaire, groupe de médecins...), les soins étant généralement dispensés par du personnel ambulatoire.

Au Royaume Uni, deux modes d'organisation se dégagent, selon qu'ils émanent d'un « *hospital trust* » (niveau plutôt secondaire) ou d'un « *community trust* » (niveau primaire). Dans le premier cas, il s'agit généralement d'une sortie anticipée, avec une prise en charge par une équipe complète, le médecin référent étant le spécialiste hospitalier (« consultant »), le médecin traitant n'intervenant pas. Dans le second cas, il s'agit plutôt d'une hospitalisation évitée, avec une prise en charge par des « *community nurses* », et le médecin généraliste comme référent. Le dispositif s'appuie également sur du personnel infirmier spécialisé (« *community superior nurses* ») formé à l'examen clinique et à la prescription.

Des activités hospitalières à domicile se sont également mises en place en Catalogne, en faveur de patients hospitalisés aux urgences pour des décompensations aiguës de maladies chroniques (bronchite pneumopathique obstructive, insuffisance cardiaque, ...) et en gériatrie. Là aussi la prise en charge est assurée par du personnel hospitalier

Une étude de différents modèles nationaux, destinée aux pouvoirs publics belges⁶, a comparé les hospitalisations à domicile en France, aux Pays-Bas, en Espagne et en Australie et met en évidence quelques différences. En Espagne et en partie en Australie, le modèle repose sur des professionnels hospitaliers qui interviennent en dehors de l'établissement, tandis qu'aux Pays-Bas le dispositif est plus proche des services « communautaires » tels que le Royaume Uni et le Canada. La régulation de l'offre, dans tous les cas, se fait au niveau régional ou son équivalent (communautés autonomes en Espagne). Dans tous les cas, la prescription par un médecin hospitalier est dominante, dans l'objectif de raccourcir une hospitalisation. Le rôle du généraliste, bien qu'il puisse être à l'origine de la prescription, est généralement faible dans la prise en charge (en Espagne et aux Pays-Bas, ce sont des médecins salariés de l'HAD qui sont chargés du suivi ; en Australie, la souplesse est la règle, selon le cas c'est généralement le médecin hospitalier à l'origine de l'admission, mais des délégations au généraliste sont possibles). Partout, l'hospitalisation à domicile peut intervenir dans les établissements accueillant des personnes âgées (EHPAD et équivalents). Si la coordination est assurée par un médecin coordonnateur assisté d'une infirmière en France et en Espagne, elle l'est entièrement par des infirmières aux Pays Bas et en Australie. Le financement des soins suit le modèle hospitalier comme en France en Australie et en Espagne, tandis qu'aux Pays-Bas, où une partie des prestations peuvent relever des soins de ville.

Des expériences étrangères, on peut plus généralement retenir les aspects suivants :

- un objectif affirmé de substitution à l'hospitalisation, portant aussi bien sur le raccourcissement des séjours que sur la prévention des réadmissions ;
- une démarche tendant à différencier les patients aigus et les patients chroniques, les premiers étant plutôt pris en charge par des structures qui sont une émanation de l'hôpital, avec du personnel lui appartenant, ce qui permet une forte réactivité ;
- dans les contextes anglo-saxons, des répartitions de compétences entre professionnels faisant une plus large part aux infirmières, notamment pour la prise en charge de patients chroniques, et une grande souplesse dans les rôles respectifs des médecins de ville et médecins hospitaliers, ces derniers intervenant couramment à domicile ;

⁶ Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). *Implementation of hospital at home: orientations for Belgium*, juillet 2015

- une distinction moins nette entre les différents niveaux de soins à domicile, favorable à une approche basée sur la graduation des soins, mais des prises en charge peut-être moins techniques dans certains cas ;
- des indicateurs portant sur les taux de réadmission des patients et les hospitalisations évitées, peu étudiés en France à ce stade.

Un comité de pilotage national a cherché activement à entretenir l'impulsion ainsi donnée aux acteurs de terrain, mais malgré cet effort, l'activité d'HAD n'a pour l'heure progressé que lentement, tandis que subsistent d'importantes disparités géographiques.

B - Une augmentation globale d'activité encore limitée

1 - Une progression modeste, qui a eu tendance à se ralentir jusqu'à récemment

L'objectif de doublement de la part d'activité de l'HAD fixés par la circulaire de décembre 2013 revenait à atteindre le chiffre de 30 à 35 patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants.

L'abandon de la notion de place en HAD au bénéfice d'un indicateur de couverture territoriale

Les objectifs de capacité ne sont désormais plus formulés en termes de places. Cette notion a été en effet jugée peu pertinente, l'analogie avec une place en établissement avec hébergement étant contestable. De plus, elle s'est avérée peu fiable, d'importants écarts étant constatés selon les sources d'information⁷.

La notion de place a donc été abandonnée par la DGOS dans la circulaire de décembre 2013 et remplacée par un indicateur de couverture territoriale : le nombre de patients/jour/100000 habitants. En conséquence, les autorisations d'activité ne sont plus délivrées sur la base d'un nombre de places. Le dossier d'autorisation caractérise la structure par le nombre de journées, de séjours, et de patients pris en charge pendant les trois années précédentes.

En 2014, les établissements d'HAD ont assuré 4 403 464 journées d'hospitalisation, bénéficiant à 106 082 patients, contre 3 714 225 journées pour 97 813 patients en 2011.

En termes de dépenses d'assurance maladie, l'HAD a ainsi représenté en 2014, avec 943 M€ (contre 771 M€ en 2011), 1,7 % des dépenses du secteur MCO et 1,3 % du total des dépenses des établissements de santé⁸.

⁷ Ainsi, en 2011, la DGOS relevait environ 12 000 places « opérationnelles », tandis que 17 000 places autorisées étaient déclarées dans le panorama des établissements de santé établi par la DREE. Ces importantes discordances résultaient de ce qu'un certain nombre de places déclarées n'étaient pas opérationnelles.

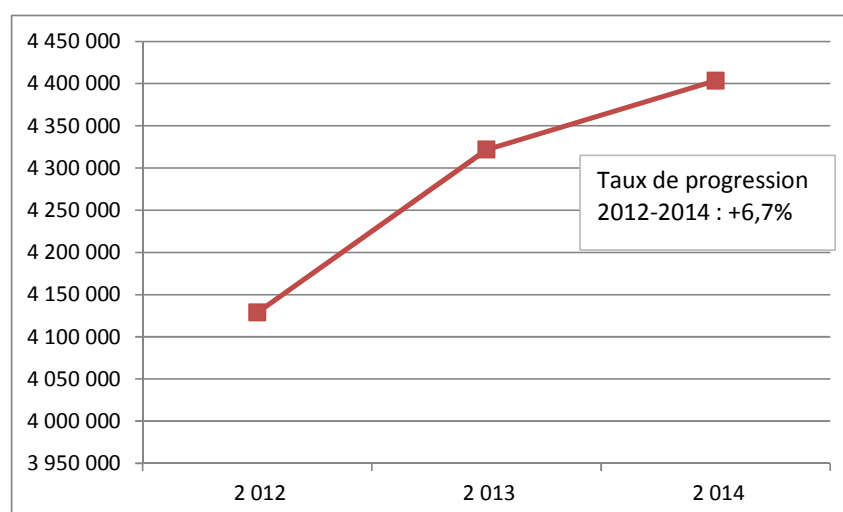
⁸ Source ATIH.

Les patients pris en charge

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 23 % du total et 29 % des journées d'hospitalisation, avec des durées moyennes de séjour de 40,4 jours, contre 25,5 jours pour l'ensemble des patients. La prise en charge en HAD concerne en majorité (57 %) des patients nécessitant des soins lourds, la part des patients à l'état de santé le plus fragile progressant en particulier fortement en 2013 (+ 8,5 %) et 2014 (+ 15,6 %). Les deux tiers des patients proviennent d'un établissement de médecine chirurgie obstétrique (MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 30 % seulement de leur domicile. Pour 57 % d'entre eux la sortie s'est faite vers le domicile, pour 33 % vers un établissement MCO ou SSR, tandis que 10 % sont décédés.

Après avoir progressé de + 7,7 % en 2012 par rapport à 2011, le rythme de progression du nombre de journées a eu tendance à fortement ralentir : + 4,7 % en 2013, + 1,9 % en 2014.

Graphique n° 1 : évolution de l'activité d'HAD de 2012 à 2014



Source : ATIH. Données « cylindrées »⁹.

Avec seulement 18,5 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants en 2014 (contre 16,5 en 2011) soit à peine plus de 50 % de l'objectif visé, le rythme de croissance de l'activité se révèle très notablement inférieur à celui escompté. Certes se constate pour le premier semestre 2015, une augmentation de + 2,5 %¹⁰, mais cette inflexion, à considérer à ce stade avec beaucoup de prudence pour des raisons de fragilités dans le recueil de données, serait en tout état de cause légère si elle se confirmait sur l'ensemble de l'année et ne corrigerait pas la tendance d'ensemble à un décalage très net par rapport aux prévisions, laissant d'ores et déjà anticiper que les objectifs affichés pour 2018 pourront difficilement être atteints.

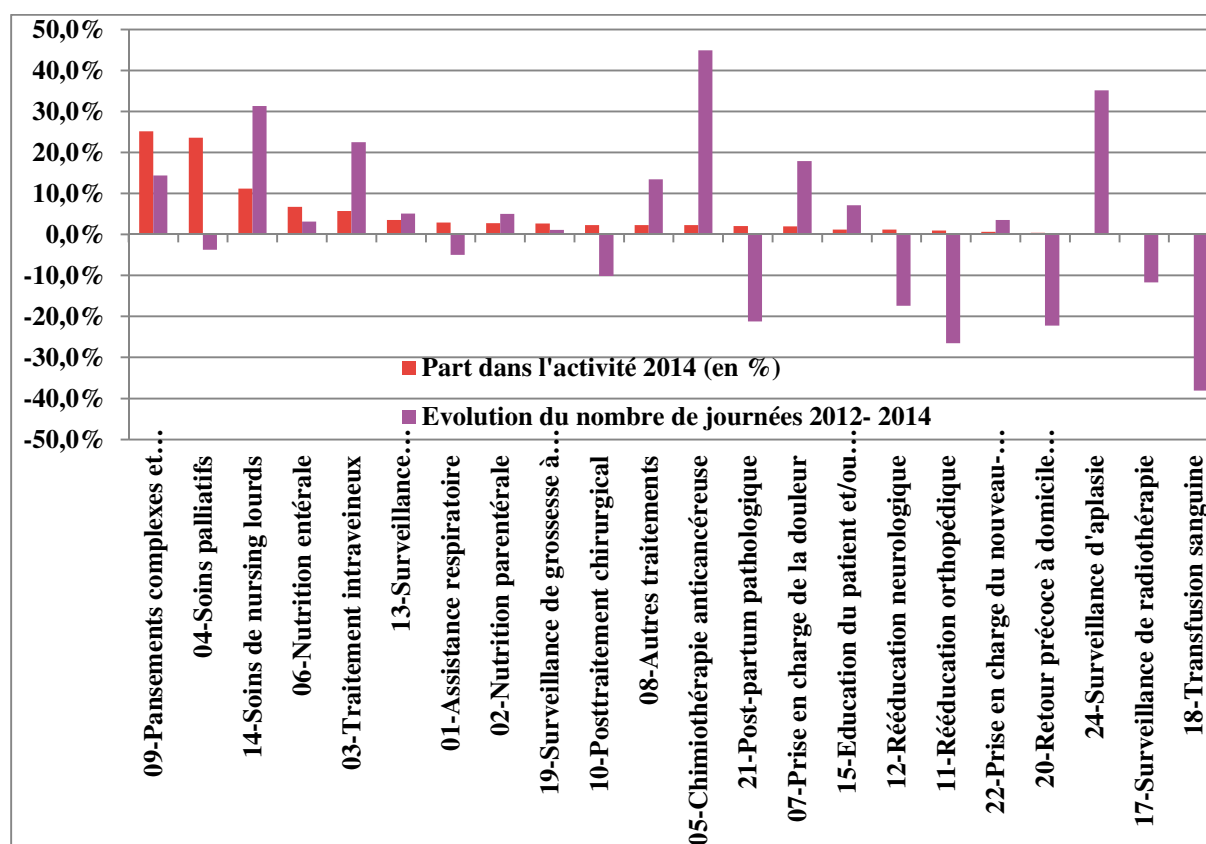
⁹ Le « cylindrage » consiste à ne retenir pour l'élaboration de statistiques que les établissements ayant transmis toutes leurs périodes d'activité de 2012 à 2014. Cette technique permet de fiabiliser l'interprétation des taux d'évolution.

¹⁰ Source ATIH.

2 - Des évolutions contrastées selon les modes de prise en charge

Le ralentissement de la progression de l'HAD s'observe sur plusieurs types de prise en charge et n'est pas compensé par le développement d'autres activités, en particulier les chimiothérapies. Comme le montre le graphique ci-après, les 25 types de prise en charge autorisés en hospitalisation à domicile connaissent des évolutions fortement contrastées.

Graphique n° 2 : part des différents modes de prise en charge dans l'activité et évolution 2012-2014



Source : ATIH.

Les activités en diminution sont principalement :

- la prise en charge en post-partum. Alors que la prise en charge du « retour précoce à domicile après accouchement »¹¹ a été supprimée depuis le 1^{er} mars 2015, mesure qui avait été anticipée par les établissements, l'activité étant déjà passée à moins de 0,5 % des

¹¹ La prise en charge en HAD de femmes en période de post-partum immédiat « physiologique », sans complications particulières était sujette à critique depuis plusieurs années car ne correspondant plus aux critères de l'HAD (patients nécessitant des soins continus, complexes, coordonnés) ; elle a été progressivement supplantée pour les femmes le souhaitant par le programme de retour précoce à domicile mis en place par la CNAMTS (PRADO) et retirée des indications de l'HAD. Cf. également annexe 3.

journées d'hospitalisation à domicile en 2014 (contre 1,1 % en 2010) même si elle avait pu rester encore significative dans certaines structures, cette suppression s'est accompagnée aussi d'une baisse de l'activité de prise en charge du post-partum pathologique (- 21 % en termes de journées entre 2012 et 2014), ce qui laisse à penser que ce changement a eu un impact sur l'ensemble des prises en charge du post-partum ;

- la prise en charge en soins palliatifs (-5 % entre 2013 et 2014), alors même que les besoins sont en augmentation¹². Les soins palliatifs étaient, jusqu'en 2013, la première prise en charge en HAD. Ils sont passés en seconde position en 2014 au profit des pansements complexes. Cette évolution pourrait être liée à des pratiques de codage révisées à la suite des contrôles de l'assurance maladie, particulièrement ciblés sur ce mode de prise en charge ;
- les prises en charge en rééducation, tant neurologique qu'orthopédique, et en transfusion sanguine, du fait pour cette dernière activité, d'une tarification mal calibrée, qui ne couvre pas même le coût de la poche de sang.

Sans pouvoir néanmoins induire une progression globale d'activité au niveau et au rythme escomptés par les pouvoirs publics, l'augmentation sur la période 2012-2014 des journées en HAD pour d'autres modalités de prises en charge se révèle en revanche forte, en particulier les soins de nursing lourds, les traitements intra veineux¹³ et la chimiothérapie. S'agissant de cette dernière, si la croissance d'activité est sensible, elle apparaît cependant encore en deçà de son potentiel de développement en HAD, élevé.

Les difficultés du développement de la chimiothérapie en HAD

La chimiothérapie est passée de 1,7 % des journées en 2012 à 2,3 % en 2014, soit une progression de + 21 % en nombre de journées. Pour autant, cette activité reste encore marginale par rapport à l'hospitalisation de jour : moins de 1 % du total des journées de chimiothérapies se font en HAD.

Afin de mieux identifier les difficultés de développement des chimiothérapies à domicile, la DGOS a sollicité en 2013 la Haute Autorité de santé (HAS) pour réaliser une évaluation médico-économique de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile.

Dans son étude, parue en janvier 2015¹⁴, la HAS a identifié de nombreux freins au développement des chimiothérapies en HAD. Alors que les conditions de qualité et de sécurité de la prise en charge sont réunies dans les établissements d'HAD concernés¹⁵, ils tiennent principalement à la méconnaissance de l'HAD par les prescripteurs, à l'absence d'incitation au transfert des patients vers ce type de prise en charge, à des financements (notamment des médicaments anti-cancéreux) parfois inadaptés.

¹² Cour des comptes, *Rapport public annuel 2015, Tome II*. Les soins palliatifs : une prise en charge toujours très incomplète, p. 221 -248. La Documentation française, février 2015, 435 p., disponible sur www.ccomptes.fr

¹³ L'augmentation de la part des traitements intraveineux correspond à des indications en augmentation, en raison notamment de l'extension de nouvelles antibiothérapies.

¹⁴ Haute Autorité de santé, « Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile : analyse économique et organisationnelle », janvier 2015.

¹⁵ Ces structures remplissent les critères nécessaires à une autorisation spécifique pour cette activité : il peut s'agir soit de l'autorisation de traitement du cancer pour un établissement de santé auquel est rattachée l'HAD,

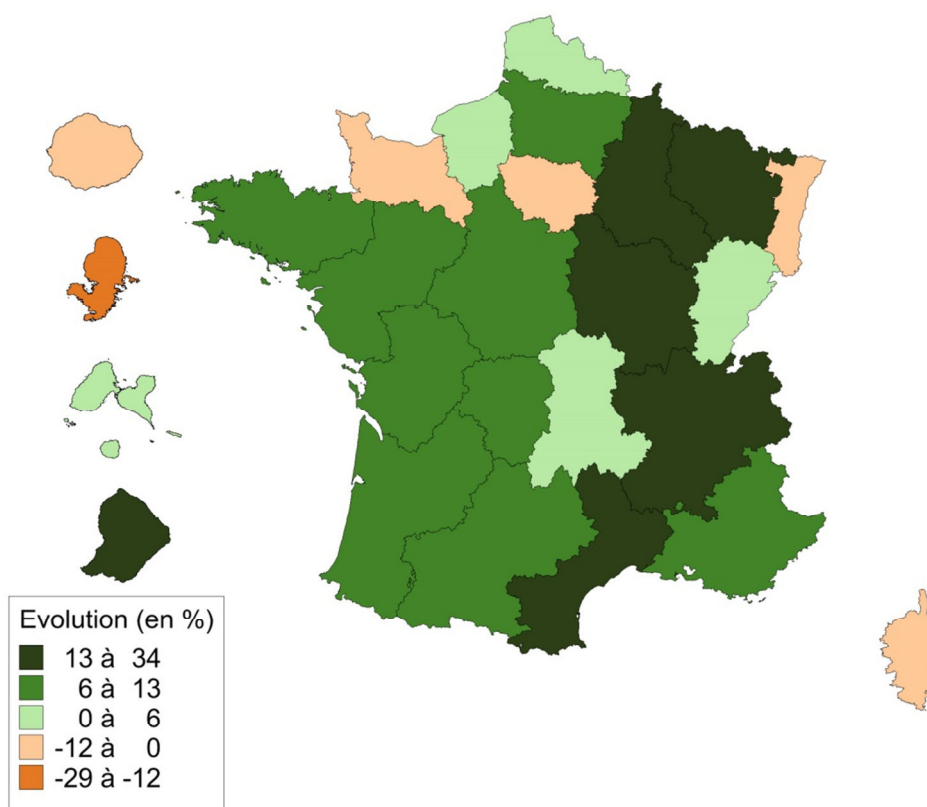
Ces difficultés expliquent que ce soit plutôt les structures de plus grande taille qui s'engagent dans cette prise en charge, le plus souvent sur quelques protocoles et en particulier en hématologie.

C - Des disparités territoriales qui persistent

La faible progression globale de l'activité s'accompagne d'importantes disparités régionales et infra-régionales.

Le rythme de progression de l'activité régionale est proche de la moyenne nationale (6,7 %) pour une dizaine de régions, plus important (entre 13 et 34 %) pour plusieurs autres (notamment Languedoc-Roussillon, Champagne-Ardenne, Bretagne, Bourgogne), tandis que quelques régions ont vu au contraire leur activité se ralentir (Basse-Normandie, Île-de-France), certaines enregistrant même une diminution (Haute-Normandie, Alsace).

Carte n° 1 : évolution des journées d'HAD par région entre 2012 et 2014

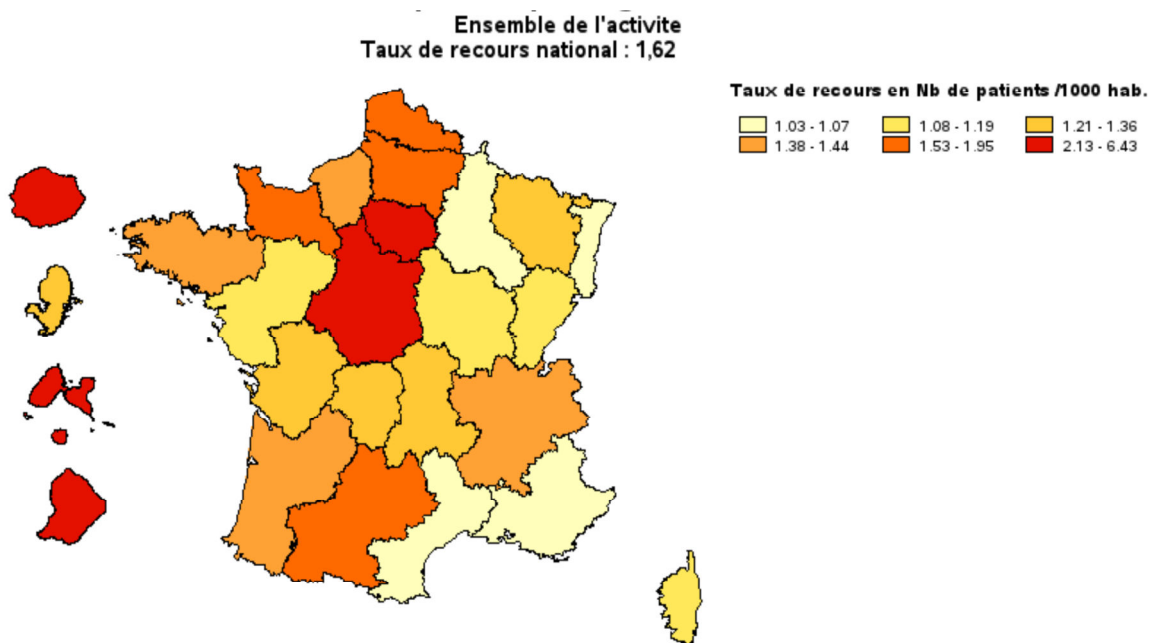


Source : ATIH.

soit d'une association à un établissement de santé autorisé pour les structures qui ne dépendent pas d'un établissement mais sont autonomes.

Ces évolutions contrastées s'accompagnent du maintien de disparités géographiques qui ont assez peu évolué depuis 2012. Les taux standardisés¹⁶ de recours, en nombre de patients pris en charge par jour pour 1000 habitants, placent, pour la France métropolitaine, l'Île-de-France (2,49 p. 1000) et la région Centre (2,13 p. 1000) en tête, suivies du Nord-Pas-de-Calais (1,95 p. 1000), et Basse-Normandie. Les taux de recours dans les DOM, parfois très élevés, restent sujets à interprétation, du fait d'un contexte atypique et de possibles effets de substitution du fait de capacités insuffisantes en soins de suite et de rééducation notamment¹⁷.

Carte n° 2 : taux de recours à l'HAD par région en 2014



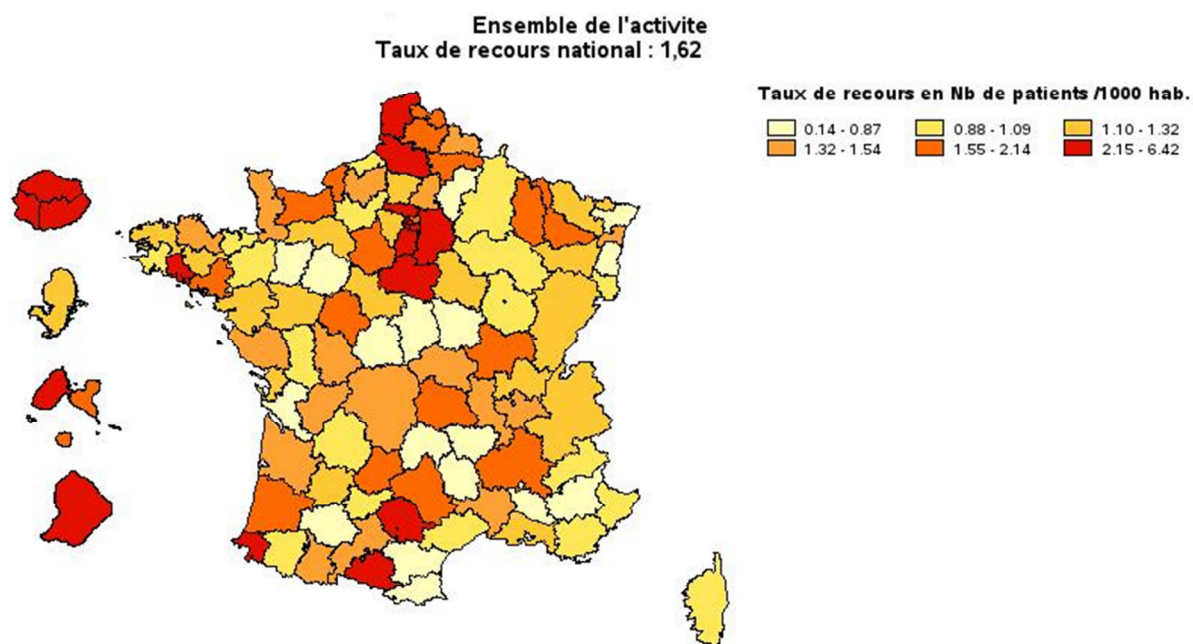
Source : ATIH.

Les disparités régionales se doublent de disparités départementales. Ainsi, parmi des régions caractérisées par un taux de recours plutôt élevé, certains départements présentent des taux très bas (c'est le cas par exemple du Vaucluse ou des Alpes-de-Haute-Provence en Provence-Alpes-Côte d'Azur).

¹⁶ Les taux de recours bruts aux soins hospitaliers correspondent au nombre de patients hospitalisés annuellement en HAD, rapportés la population domiciliée dans une zone géographique, pour 1 000 habitants. Les taux standardisés corrigent l'effet structure de la population (âge et sexe). Ils permettent ainsi d'assurer les comparaisons régionales ou territoriales. Les taux bruts peuvent donner une image quelque peu différente, avec par exemple un taux de recours brut plus élevé pour la région PACA, caractérisé par une population plus âgée. Ces taux sont à distinguer de l'indicateur « patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants ».

¹⁷ Les situations sont différentes d'un DOM à l'autre : si l'offre en HAD pallie en partie des carences d'offre de soins à la Réunion et en Martinique, en Guadeloupe le nombre élevé de structures privées à but lucratif est probablement associé à des pratiques d'indications non conformes. (Cour des comptes. La santé dans les outre-mer: une responsabilité de la République, juin 2014, disponible sur www.ccomptes.fr.)

Carte n° 3 : taux de recours à l'HAD par département en 2014



Source : ATIH.

En vue d'une analyse plus fine de ces disparités territoriales, la DGOS a réalisé une cartographie des zones dans lesquelles aucune hospitalisation à domicile n'est intervenue en 2013, ce qui ne signifie pas nécessairement pour autant qu'elles ne relèvent pas d'aires d'intervention autorisées des structures d'HAD, la desserte en HAD de l'ensemble du territoire étant désormais quasi-généralisée, mais peut renvoyer soit à la faible capacité de certaines structures de petite dimension à intervenir loin de leur site principal soit à l'organisation du reste du système de soins dans cette zone (notamment la démographie médicale dans des régions isolées). Cette étude a permis de repérer de telles zones « sans intervention » dans certains départements, tels que la Côte d'Or, la Nièvre, le Gers, le Cantal, l'Aveyron, ainsi que dans les zones de montagnes, par exemple dans les Alpes-de-Haute-Provence.

Au total en tout état de cause, par rapport à l'objectif fixé à horizon 2018 de 30 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants, à mi-parcours, fin 2014, la plupart des régions restaient sous le chiffre de 20 patients¹⁸.

Cette progression décevante de l'HAD, certes inégale selon les régions, est largement liée encore à la méconnaissance de la place qu'elle pourrait occuper dans le parcours de soins.

¹⁸ Cf. annexe 4.

II - Une place encore très secondaire dans les parcours de soins

Pourtant située à l'interface ville-hôpital, qui constitue souvent le « chaînon manquant » dans le parcours de soins des patients, dotée d'une expertise en coordination, l'HAD peine encore à prendre une place significative.

A - Une prescription toujours peu développée

La Cour avait relevé en 2013 que si la prescription d'une HAD était essentiellement hospitalière (à hauteur d'environ 70 %), les praticiens hospitaliers connaissaient pourtant souvent mal l'HAD et que la prescription demeurerait souvent liée à des éléments exogènes à sa pertinence : relations confraternelles, proximité des structures. Les pouvoirs publics ont souligné en ce sens dans la circulaire de décembre 2013 la nécessité d'un effort d'appropriation par les prescripteurs hospitaliers et demandé aux ARS d'inclure des objectifs d'admissions en HAD dans la contractualisation avec les établissements de santé. La mobilisation à cet égard des ARS a été cependant peu active.

Une mobilisation inégale des ARS

La part des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements d'hospitalisation complète comportant des objectifs de prescription d'HAD, susceptibles de dynamiser les admissions, qui constituait pour les ARS un indicateur de mobilisation dans le cadre de la circulaire de décembre 2013 reste nulle dans la plupart des régions, seul le Languedoc-Roussillon affichant une proportion élevée (83 % des établissements) et trois régions présentant un ratio supérieur à 10 % (Haute-Normandie, Franche-Comté et Corse).

Surtout, le faible recours à l'HAD par les médecins généralistes apparaissait comme un frein majeur à son essor : autorisé depuis 1992, il avait même eu tendance à diminuer en part relative, les prescriptions des généralistes représentant 29,6 % des prescriptions totales d'HAD en 2012 (contre 39 % en 2007). Entre 2012 et 2014, cette part a progressé mais faiblement, pour atteindre 30,2 %, la majorité des admissions se faisant toujours à partir de services d'hospitalisation conventionnelle en court séjour. Dans ce domaine également s'observent cependant des disparités régionales, certaines régions pouvant présenter des taux d'admission à partir du domicile sensiblement plus élevés (Limousin (70 %), Champagne-Ardenne, Provence-Alpes- Côte d'azur).

Les freins persistants au développement de la prescription par les médecins de ville tiennent au défaut d'information et d'appropriation du dispositif, mais également aux contraintes associées à cette prescription.

La formation des médecins généralistes intègre rarement un passage en HAD pendant leurs études¹⁹ alors qu'un tel stage serait indispensable pour familiariser les futurs praticiens avec ce mode de prise en charge, sous réserve d'une capacité d'encadrement effective au sein des structures²⁰. Les médecins non utilisateurs de l'HAD hésitent à s'y engager et ne font parfois pas la différence avec d'autres prises en charge à domicile. Les médecins prescripteurs d'HAD sont souvent satisfaits du dispositif mais le trouvent très contraignant, coûteux en temps et insuffisamment réactif souvent : la prescription d'une HAD pour éviter de recourir à une hospitalisation conventionnelle devrait pouvoir se traduire par une admission dans la journée, ce qui n'est que rarement le cas. La rémunération au regard du temps passé aussi bien en visite à domicile que pour la coordination avec les intervenants de l'HAD est par ailleurs considérée comme insuffisante par bon nombre de praticiens²¹.

Les difficultés techniques liées à des prises en charge très spécialisées telles que la cancérologie ou les soins palliatifs, qui demandent des compétences spécifiques²², peuvent également être dissuasives en l'état actuel de la réglementation, qui fait du médecin traitant le pivot non seulement de la prescription initiale d'une HAD, mais aussi de la prise en charge dans la durée du patient une fois admis, le médecin coordonnateur de la structure d'HAD n'étant autorisé à prescrire qu'en « cas d'urgence ». Or, dans les faits, ce dernier intervient souvent dans la prescription même en dehors des cas d'urgence initialement prévus par les textes, soit parce que le médecin traitant n'est pas disponible pour assurer la continuité des soins dans des délais compatibles avec l'état du patient soit en raison de la nécessité d'une expertise spécialisée pour certains traitements (chimiothérapie, prise en charge de la douleur...).

Tout en soulignant la lourdeur de cette activité pour le médecin traitant, surtout dans le cas de prise en charges très spécialisées comme en cancérologie et en pédiatrie, l'Ordre des médecins n'est guère favorable à un élargissement du rôle du médecin coordonnateur au-delà des cas d'urgence comme prévu actuellement par le code de la santé publique. Malgré cette réticence, la réflexion actuelle va dans le sens d'un assouplissement du cadre juridique permettant de tenir compte des pratiques. Différents cas de figure seraient envisagés permettant de s'adapter aux situations individuelles tant des patients que des praticiens, allant de l'indépendance du médecin traitant à la délégation complète au médecin coordonnateur, en passant par une collaboration. La nécessité de « protocoles anticipés » afin d'éviter des

¹⁹ Pour 2014, la statistique annuelle des établissements (SAE) indique que seulement 10 internes ont exercé un stage dans des structures d'HAD. Ces données doivent cependant être analysées avec précaution, car cette requête ne permet d'identifier que le nombre d'internes ayant réalisé leurs stages dans les établissements d'HAD non rattachés à des établissements de santé conventionnels.

²⁰ Une récente thèse apporte des précisions sur les connaissances des internes en médecine générale sur l'HAD : si 80 % avaient un contact avec l'HAD, seuls 52 % connaissaient le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge ; 89 % souhaitaient bénéficier d'une formation sur l'HAD. Les internes de médecine générale et l'hospitalisation à domicile. Thèse de médecine, Gaëtan DELAIRE, Université de Picardie, 2012.

²¹ Les médecins généralistes sont rémunérés sur la base des tarifs conventionnels directement par l'HAD dans le cas des HAD publiques (avec parfois des délais importants), par la caisse d'assurance maladie dans le cas des HAD privées à but lucratif.

²² En cancérologie, la prescription de l'HAD émane le plus souvent du médecin hospitalier. Les prescriptions initiales en soins et médicaments également : le maniement de médicaments qui demandent des connaissances spécialisées en termes de prescription et de gestion des effets secondaires peut s'avérer difficile pour un généraliste, nécessitant en tout état de cause un recours fréquent à l'oncologue ou au médecin coordonnateur de l'HAD.

hospitalisations en urgence est également en passe d'être reconnue, notamment dans les prises en charge palliatives.

L'information des patients

L'information des patients sur la possibilité d'être pris en charge en HAD, soit à partir de leur domicile, soit en vue de raccourcir un séjour hospitalier, reste très imparfaitement assurée. Si elle est systématique par exemple dans certains centres de lutte anti cancéreux, dans lesquels elle est intégrée aux parcours proposés aux patients (Institut Gustave Roussy à Villejuif, Centre Léon Bérard à Lyon), la plupart du temps elle dépend des pratiques individuelles des médecins, qu'ils soient hospitaliers ou généralistes.

Les familles de patients qui pourraient souhaiter pour leur proche une prise en charge à domicile éprouvent de leur côté une difficulté fréquente à connaître les possibilités d'accès à une HAD.

Cette situation pourra être améliorée par l'inscription dans la proposition de loi sur les nouveaux droits pour les malades et les personnes en fin de vie, en cours de discussion au Parlement, du droit pour toute personne d'être informée par les professionnels de santé de la possibilité d'une prise en charge à domicile dès lors que son état le permet.

B - Un acteur insuffisamment sollicité pour la prise en charge des personnes âgées

Alors même que les pouvoirs publics mettent l'accent sur une approche de parcours pour la prise en charge des personnes âgées, l'HAD est loin d'être positionnée comme un acteur essentiel, et ce en dépit des potentialités dont elle dispose en termes de coordination et de prévention des hospitalisations.

1 - Un rôle peu marqué et souvent concurrencé dans le maintien au domicile personnel

Un peu moins d'un tiers seulement des patients pris en charge en HAD résidaient à leur domicile personnel avant leur admission. La contribution possible de l'HAD au maintien à domicile apparaît toujours de fait peu mise en relief.

Ainsi dans le cadre des projets d'expérimentation sur les parcours des personnes âgées « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) encadrées par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013²³, il est prévu que les établissements de santé et médico-sociaux se mobilisent pour mieux assurer les transitions entre les partenaires du parcours d'une personne âgée (ville-hôpital-EHPAD). Or si l'HAD est fréquemment citée parmi les acteurs intervenant dans les soins de proximité, au même titre notamment que les

²³ Des expérimentations menées, à compter du 1^{er} janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à « optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), elle est généralement considérée comme un acteur parmi d'autres : il est rarement fait référence à son expertise en matière de coordination, en particulier en tant qu'interface ville-hôpital, à sa capacité à se substituer à des hospitalisations conventionnelles, ou à son savoir-faire dans la prise en charge des personnes âgées, alors même que les plus de 75 ans représentent 40 % des journées prise en charge en 2014.

La mise en œuvre, évoquée ci-dessus, du droit à l'information, inscrit dans la proposition de loi sur les nouveaux droits pour les malades et les personnes en fin de vie, devrait également faciliter le maintien à domicile des personnes âgées. Mais encore faut-il que les difficultés d'articulation, voire les concurrences entre structures, mises en lumière en 2013 par la Cour, puissent être levées pour permettre une prise en charge adaptée, en particulier pour ce qui concerne les relations entre HAD et service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). L'existence d'une zone frontière dans laquelle les patients courent le risque d'être refusés par les deux types de structure, conduit de fait à des ruptures très négatives dans les prises en charge. De plus, le passage d'une structure à l'autre a pour conséquence pour le patient des changements d'intervenants, également peu propices à la continuité des soins.

Certaines régions ont cherché à améliorer les relais entre structures en travaillant à des conventions régionales entre les fédérations d'HAD et de SSIAD, telle la région Nord-Pas de Calais, qui a fait de la meilleure articulation HAD/SSIAD un objectif soutenu par la mise à disposition de différents outils de liaison. L'ARS Basse-Normandie a également été à l'initiative de l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques dans deux départements, l'Orne et le Calvados.

Pour répondre plus complètement à cette difficulté, la réflexion s'est orientée vers la possibilité de « coopérations renforcées »²⁴ pour mieux assurer le relais entre une structure d'HAD et en SSIAD. Ces coopérations iraient ainsi au-delà des simples relais existant actuellement²⁵ et permettraient la poursuite de la prise en charge de certains patients par le SSIAD, dans des conditions bien définies, tout en faisant intervenir l'HAD.

²⁴ Mise en place d'un dispositif assurant au patient, dans des conditions encadrées, la continuité de son accompagnement par le SSIAD et une prise en charge par l'HAD.

²⁵ Les relais, correspondant au passage du patient d'une prise en charge à l'autre, sont trois fois plus fréquents de l'HAD vers le SSIAD et concernent généralement des patients bénéficiant de soins de nursing lourd (38 %), de pansements complexes (16 %) ou de soins palliatifs (14 %), dont la situation est stabilisée. Dans l'autre sens, les motifs les plus fréquents pour le passage en SSIAD concernent des patients dont l'état de santé se dégrade alors qu'ils sont pris en charge pour des pansements complexes (33 %) ou des soins palliatifs (30 %).

Les besoins de coopération renforcée

Une étude, réalisée par les deux fédérations professionnelles dans cinq régions en 2013 et 2014, montre que les relais ne se concrétisent en moyenne qu'une fois sur deux, l'HAD acceptant la demande dans 77 % des cas tandis que les SSIAD ne l'acceptent que dans 38 % des cas, principalement du fait d'un manque de place ou d'un coût de prise en charge trop élevé. Quant aux situations qui nécessiteraient une « coopération renforcée », actuellement impossibles réglementairement, elles sont peu fréquentes (sur le temps de l'étude, 8 mois, ont été observées en moyenne une situation par SSIAD et quatre par HAD), mais sources de dysfonctionnements dans la prise en charge, tandis que dans 12 % des cas elles conduisent à une hospitalisation classique qui aurait pu être évitée.

La définition d'un cadre réglementaire et d'une tarification adaptée sont toutefois nécessaires pour ces coopérations renforcées, dans des conditions qui évitent notamment les risques de double financement (dotation globale pour les SSIAD et tarification à l'activité pour l'HAD).

2 - Une montée en charge très lente dans les établissements médico-sociaux

Les structures d'HAD peuvent intervenir depuis 2007 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et personnes âgées dépendantes et, depuis 2012, dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)²⁶.

L'HAD pourrait jouer un rôle important en permettant d'éviter ou de réduire le nombre d'hospitalisations, notamment en urgence, des personnes âgées résidant en EHPAD. Son rôle reste cependant modeste eu égard aux objectifs fixés lors de l'élargissement du dispositif à ces structures médico-sociales.

Certes, depuis 2012, le nombre d'établissements ayant eu recours au moins une fois dans l'année à l'HAD est passé de 1 821 en 2012 à 2 611 en 2014, celui des journées d'hospitalisation à domicile en EHPAD a augmenté de près de 25 %, le nombre de patients pris en charge passant de 3 800 en 2012 à 5 360 en 2014 (soit 4,8 % de l'activité totale en journées). Mais cette évolution reste intrinsèquement très faible : seulement 1 % des séjours d'hospitalisation des résidents d'EHPAD sont réalisés par des structures d'HAD, alors que la volonté d'éviter les hospitalisations conventionnelles dans cette population devrait conduire à privilégier cette orientation.

Le recours à l'HAD dans les établissements médico-sociaux est également marqué par d'importantes disparités régionales. La progression diffère selon les régions, les plus marquées concernant la Champagne-Ardenne (+ 151 % de journées en EHPAD entre 2012 et 2014), la Franche Comté (+ 118 %) et la Bourgogne (+ 87 %). Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France réalisent presque un tiers de l'activité nationale dans les EHPAD, avec respectivement 45 000 et 23 000 journées en 2014, tandis que l'activité progresse peu dans d'autres régions, comme la Lorraine ou le Limousin. En part de l'activité

²⁶ 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 et 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.

régionale totale d'HAD, les interventions en EHPAD représentent 12,8 % du total en Provence-Alpes- Côte d'azur, contre seulement 2,7 % en Ile de France.

Tableau n° 1 : activité HAD en EHPAD (2012 à 2014)

Indicateurs	2012	2013	2014	Progression 2012-2014
Nombre d'établissements d'HAD ²⁷	308	306	309	
Nombre d'établissements d'HAD intervenant en EHPAD	248	258	262	
Nombre de journées	170928	191973	213951	+ 25 %
% de journées EHPAD/total national	4,1	4,4	4,8	
Nombre de patients	3821	4606	5364	+ 40 %
DMS (jours)	37	35,8	34,5	
Âge moyen	84,1	84,5	84,8	

Source : ATIH.

Plus de la moitié des prises en charge concernent des pansements complexes et soins spécifiques (près de 66 %), près d'un quart des soins palliatifs (autour de 21 %), suivis par les traitements intraveineux (5 %) et la prise en charge de la douleur (4 %). Plus de la moitié des patients sont complètement dépendants.

Dans l'objectif de mieux identifier les freins au développement de l'HAD en établissement social et médico-social et les solutions envisageables pour la développer, un dispositif national d'évaluation de l'activité d'HAD dans ces établissements, prévu par la circulaire de décembre 2011 est porté par un comité national réunissant l'ensemble des parties prenantes et acteurs concernés.

Cette évaluation doit en particulier déterminer la pertinence des limitations apportées aux indications pouvant donner lieu à une HAD en EHPAD ainsi que de la minoration tarifaire (13 %). appliquée aux tarifs journaliers de l'HAD²⁸, dont la Cour avait relevé les obstacles que cela pouvait être susceptible de constituer pour un développement de l'HAD dans ces établissements.

²⁷ Le nombre d'établissement indiqué est celui recensé par l'ATIH. Il correspond aux structures faisant remonter des données d'activité, et peut différer légèrement de celui indiqué par d'autres sources (DGOS, SAE), correspondant aux structures autorisées, dont certaines peuvent être en cours d'ouverture ou fermeture ou peu actives.

²⁸ Lors de l'extension des possibilités d'intervention de l'HAD en établissement médico-social, les modes de prises en charge autorisées ont été limités, excluant notamment la transfusion sanguine, la surveillance des aplasies, les chimiothérapies (sauf en intra veineux) et le traitement de la douleur si ce n'est par un dispositif utilisant une pompe. Une minoration de 13 % du tarif est appliquée pour tenir compte du fait que certaines prestations (toilettes, nursing) sont déjà fournies par l'établissement médico-social et financées par l'assurance maladie dans le cadre du forfait de soins (arrêté du 24 mars 2009 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD de résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées).

Plus généralement cependant la méconnaissance des prescripteurs, la lourdeur des démarches (conventions à établir préalablement à la prise en charge de patients²⁹, nécessité d'assurer une coordination entre plusieurs médecins intégrant, outre le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'HAD, le médecin coordonnateur d'EHPAD³⁰) et la difficulté à développer une culture commune entre les équipes apparaissent comme autant de freins. Si le nombre total de conventions entre HAD et EHPAD n'est pas connu, les données provenant des ARS engagées dans l'évaluation montrent que lorsque des conventions sont signées une bonne part d'entre elle reste lettre morte (plus de 50 % en Lorraine), tandis que la charge de travail administratif est telle qu'à titre d'exemple en Languedoc-Roussillon une structure d'HAD a dû y consacrer une infirmière à temps plein.

En Île-de-France, l'ARS propose pour lever ses obstacles l'élaboration de protocoles communs, la désignation de référents dans chacune des structures et la mise en place d'outils de transmission communs aux équipes de l'EHPAD, de l'HAD et au médecin traitant.

Le recours à l'HAD dans des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

L'extension des possibilités pour les HAD d'intervenir en établissement médico-social accueillant des personnes handicapées s'est concrétisée que fin 2012³¹.

Cette activité reste tout à fait marginale: en 2014, environ un tiers des HAD seulement ont pris en charge des patients dans des établissements accueillant des handicapés, intervenant au total dans près de 260 établissements pour un peu plus de 18 000 journées réalisées en faveur d'environ 200 patients (majoritairement des adultes) soit 0,4 % du total des journées d'HAD réalisées au niveau national. La durée moyenne de séjour était de 30 jours, pour un âge moyen de 56 ans, 70 % de l'activité en journées étant concentrée sur trois modes de prise en charge principaux : soins palliatifs (31 %), pansements complexes (22 %), nutrition entérale (17 %) ; 37 % des journées ont été réalisés dans des foyers d'accueil médicalisé pour adultes handicapés et 17 % dans des maisons d'accueil spécialisées.

Ce faible développement est attribué aux mêmes facteurs que pour les EHPAD. Les facteurs culturels semblent particulièrement prégnants, les mondes du handicap et ceux de l'hôpital ayant peu l'habitude de collaborer.

²⁹ Une fois établies, les conventions doivent être transmises pour information à l'ARS, à la direction départementale de la cohésion sociale, au président du conseil général et à la CPAM compétente.

³⁰ La présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire depuis 2005 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le médecin coordonnateur contribue à la qualité de la prise en charge gériatrique des personnes âgées dépendantes en favorisant la coordination des actions et des soins entre les différents professionnels de santé (salariés ou libéraux) appelés à intervenir auprès des résidents et assure l'encadrement médical de l'équipe soignante.

³¹ Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Parmi les initiatives, on relève celle de la région Nord-Pas de Calais, qui a inscrit ce développement dans son schéma régional d'organisation des soins et dans le schéma régional d'organisation médico-sociale, et mis en place une journée d'échange régionale réunissant l'ensemble des acteurs fin 2014. Ces rencontres ont été associées à la mise en place d'une convention régionale entre les partenaires concernés et à des actions de sensibilisation tant des établissements d'HAD que des établissements accueillant des personnes handicapées.

*
**

Par rapport aux constats de la Cour en 2013, et malgré le déploiement depuis lors d'une démarche d'ensemble ambitieuse et la fixation d'objectifs de développement volontaristes, le recours à l'hospitalisation à domicile n'a encore que faiblement et inégalement progressé, très en deçà de la trajectoire visant à un doublement de sa part d'activité d'ici 2018, objectif qui apparaît désormais n'avoir guère plus de chance de pouvoir être atteint à cet horizon.

Enclencher une dynamique forte et durable de l'HAD aurait impérativement supposé de fait de lever au préalable plusieurs difficultés majeures qui font toujours obstacle à son développement.

Chapitre II

Des préalables indispensables à lever pour enclencher une dynamique de développement de l'HAD

Le développement de l'HAD suppose que ce mode de prise en charge soit reconnu par tous les acteurs du système de soin comme pertinent dans ses indications et efficient sur le plan médico-économique. La levée des obstacles au développement de l'HAD passe par une clarification de sa place, notamment par une meilleure démonstration de son efficacité, l'élaboration de référentiels solides, une rationalisation forte des structures, et à une modernisation qui n'a que trop tardé de son mode de tarification.

I - Une efficacité à mieux étayer

Parmi les recommandations de la Cour de 2013, l'incitation à mieux documenter l'efficacité de l'HAD en établissant des comparaisons avec d'autres modes de prise en charge n'a été suivie d'effet que dans le domaine de la chimiothérapie³². De telles démonstrations sont indispensables pour asseoir la légitimité de l'HAD.

Ainsi, le travail de la HAS sur les chimiothérapies en HAD apporte des précisions relatives aux coûts d'une activité appelée à se développer. Il a comparé le coût pour l'assurance maladie des chimiothérapies en HAD à celui de l'hôpital de jour pour deux traitements anti cancéreux. Cette étude montre que le coût différentiel dépend en partie de paramètres liés à l'HAD (durée du séjour, degré de dépendance du patient) mais surtout du protocole initial hospitalier. Elle conclut à un coût de la prise en charge en HAD globalement plus faible qu'en hospitalisation conventionnelle, sauf si le patient reste hospitalisé en HAD entre les injections. Par contraste, le niveau de financement en hôpital de jour est identique quelle que soit la complexité de la prise en charge du patient (il n'existe qu'un seul tarif pour une séance de chimiothérapie), ce qui incite les établissements de santé prescripteurs à garder

³² Ce type d'études, complexe, nécessitant de mobiliser pendant plusieurs mois une expertise aussi bien médicale que médico-économique, est du ressort de la Haute Autorité de santé ou de l'assurance maladie.

en hospitalisation de jour les patients nécessitant les soins les moins complexes, surtout si les places ne sont pas saturées. Le coût des médicaments en cancérologie peut cependant être dissuasif pour l'établissement d'HAD : c'est le cas notamment pour certains séjours associant à une autre prise en charge principale (par exemple les soins palliatifs) une chimiothérapie orale sans qu'il soit possible de la facturer à l'assurance maladie, alors que ces médicaments, fournis par l'HAD, représentent un coût parfois bien supérieur au tarif journalier perçu.

Ce type d'étude mériterait d'être étendu à d'autres prises en charge. Le ministre de l'économie et des finances, le ministre des affaires sociales et de la santé, et le ministre délégué chargé du budget avaient dans leur réponse commune au rapport sur la sécurité sociale pour 2013, souligné que « si l'hospitalisation à domicile constitue bien une alternative intéressante à l'hospitalisation avec hébergement, son développement ne doit pas se faire au détriment de prises en charge ambulatoires où à des tarifs excédant les coûts réels. (...) Ainsi, comme la Cour le souligne, des études médico-économiques sont nécessaires préalablement au lancement de programmes de développement capacitaire ». L'objectif de doublement de la part d'activité de l'HAD n'a toutefois pas été précédé d'une telle démarche.

La CNAMTS également dans sa réponse à la Cour estimait « indispensable de procéder à des évaluations médico-économiques comparatives par rapport aux autres types de prise en charge ». Elle n'a pas pour autant, depuis, engagé elle-même de telles études.

La DGOS pour sa part a tenté des simulations pour estimer les économies potentielles, en termes d'hospitalisations conventionnelles évitées, pour quelques pathologies particulièrement indiquées pour une prise en charge en HAD, sur la base d'un coût moyen de journée de prise en charge en HAD de l'ordre de 200 €. Sur la base d'une hypothèse de taux de substitution par l'HAD, sur trois ans (2014-2017) de 10 % des journées en court séjour et de 5 % des journées en moyen pour ces pathologies, elle estime les gains potentiels du recours accru à l'HAD pour l'ONDAM à 35 M€ à horizon 2017 (gain de 15 M€ sur le MCO et de 20 M€ sur le SSR). Ces projections paraissent actuellement optimistes dans le contexte de la progression limitée de l'HAD mais permettent d'avoir une idée du potentiel d'économies possibles.

Les seules études conduites ont ainsi été limitées à des comparaisons entre différents types de prise en charge en hospitalisation. Mais des études comparatives entre prise en charge en HAD et prise en charge coordonnée par des professionnels libéraux de santé, comme préconisé par la Cour, n'ont été menées ni par l'administration ni par l'assurance maladie, alors qu'il s'agit d'un élément majeur d'appréciation de l'efficacité de l'HAD dans certains types d'indications.

Les apports de l'HAD selon la littérature scientifique

En termes d'évaluation, une méta-analyse récente³³, destinée à estimer les impacts du modèle d'hospitalisation à domicile à travers la littérature scientifique, s'est attachée à identifier les effets sur la mortalité, les taux de réadmission à l'hôpital, le niveau de satisfaction des patients et des professionnels, et les coûts. Le critère d'inclusion des études est celui d'une substitution à l'hospitalisation conventionnelle, quel que soit par ailleurs son mode d'organisation (à partir d'un hôpital, autonome, reposant essentiellement sur du personnel infirmier ou davantage médicalisé, etc.). Par substitution, les auteurs entendent soit une hospitalisation évitée, soit une hospitalisation raccourcie, ce qui correspond aux critères de l'HAD en France, que le modèle soit centré ou non sur des spécialités (gériatrie, cardiologie, pneumologie, chirurgie orthopédique).

Cette étude conclut à des bénéfices en matière de réduction de la mortalité, des taux de réadmissions, et des coûts. Elle relève également une augmentation de la satisfaction des patients et des professionnels.

II - Une place dans l'offre de soins à clarifier

La clarification de la place de l'HAD dans l'offre de soins nécessite que des référentiels soient élaborés et que son rôle dans les parcours de soins soit plus nettement établi, qu'il s'agisse de parcours complexes ou d'expérimentations en vue de raccourcir des hospitalisations conventionnelles.

A - Conforter les indications par davantage de référentiels d'activité

L'une des difficultés à établir de manière indiscutable la place de l'HAD dans l'offre de soins est liée à l'absence le plus souvent de référentiels sur les indications autorisées : de tels référentiels doivent prendre en compte non seulement les critères fondamentaux de la prise en charge en HAD (des patients atteints de « *pathologies lourdes et complexes* », nécessitant des « *soins médicaux et paramédicaux complexes que seuls des établissements de santé peuvent prodiguer* ») mais également permettre de les différencier d'une prise en charge ambulatoire coordonnée simple par des professionnels libéraux de santé.

Les travaux menés jusqu'à présent pour construire des référentiels d'indications sont demeurés limités mais ont montré leur utilité pour mieux identifier les patients relevant d'une hospitalisation à domicile.

Les recommandations de bonne pratique relatives aux situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l'ante et du post-partum (2011) et à la sortie de maternité après accouchement (2014), élaborées par la HAS, ont ainsi permis de clarifier la place de l'HAD en périnatalité et de créer un consensus pour la disparition du mode de prise en charge « *post*

³³ A meta-analysis of "hospital in the home". Gideon A Caplan et al, Medical Journal of Australia 2012 ; 197 (9) : 512-519.

partum physiologique ». Le travail effectué sur la chimiothérapie³⁴ a pu contribuer à une position favorable de la CNAMTS, qui soutient une extension des prises en charge en HAD dans ce domaine, pour lequel elle estime qu'il y a un « vrai potentiel de développement sous réserve de conditionnement de certaines molécules et de conventionnements avec les centres de référence en cancérologie ».

Outre cette étude sur la chimiothérapie en HAD, d'autres travaux ont été confiés à la Haute Autorité de santé, visant à formaliser le recours à l'HAD : l'élaboration d'une grille de pertinence des demandes de transfert et mutation en HAD, la pertinence des soins de suite et de réadaptation en HAD, et, plus récemment, l'élaboration d'un outil de repérage des patients à inclure dans des expérimentations visant à raccourcir des séjours longs en chirurgie. Ces travaux ne sont toutefois prévus pour aboutir qu'en 2016, alors même que comme le soulignait la Cour il s'agit d'un levier majeur pour permettre une évolution des pratiques médicales en faveur d'un recours plus systématique à cette forme de prise en charge.

Sans ces outils, il est à craindre que les efforts d'information et de sensibilisation du corps médical que la CNAMTS a engagés récemment n'aient qu'une incidence limitée. La caisse nationale a en effet demandé à son réseau, par la lettre-réseau consacrée à la maîtrise médicalisée hospitalière au titre de 2015, de mettre en œuvre une information à destination des médecins traitants au sein de chaque territoire afin de les encourager à prescrire des hospitalisations à domicile en alternative à des hospitalisations complètes et à assurer la prise en charge de ces séjours. En l'absence de référentiels précis, l'inscription de l'HAD dans des parcours de soins complexes, qui est au cœur de son savoir-faire en termes de technicité des soins comme de coordination entre différents intervenants, aura cependant beaucoup de peine à se concrétiser rapidement.

B - Expérimenter le recours à l'HAD sur de nouveaux segments d'activité

Dans un contexte d'évolution vers des prises en charge ambulatoires ou à distance, de nouvelles indications d'HAD sont à explorer dans le champ de la chirurgie et en télé-médecine.

En chirurgie, devrait ainsi être mise en œuvre en 2016 une première expérimentation du raccourcissement de séjours longs grâce à l'intervention de l'HAD. La réflexion en cours porte, pour commencer, sur l'orthopédie, en concertation avec les sociétés savantes concernées. Sont ainsi envisagées des prises en charge en HAD pour des patients ayant subi une intervention pour une prothèse de hanche programmée de première intention, une fracture du fémur de la personne âgée, ou une intervention sur les vertèbres lombaires. La CNAMTS est partie prenante de cette expérimentation prévue pour 2016.

La HAS est chargée d'élaborer, d'ici le printemps 2016, un outil de repérage des patients à inclure. Il s'agit de définir les critères des prises en charge potentielles pour l'expérimentation : elle devra en principe concerner des actes non réalisables en chirurgie

³⁴ Conditions du développement de la chimiothérapie en HAD : analyse économique et organisationnelle, HAS, janvier 2015.

ambulatoire, susceptibles de durées moyennes de séjour longues, avec des volumes d'activité suffisants.

Un mode de financement adapté est à l'étude avec la CNAMTS : il doit permettre de financer un parcours hospitalier composé d'un séjour chirurgical raccourci en hospitalisation conventionnelle et d'un séjour court en HAD. L'objectif est d'obtenir un financement qui soit incitatif pour l'établissement où est pratiquée l'opération tout en garantissant à l'HAD un financement approprié. La CNAMTS est d'autant plus favorable à cette expérimentation qu'elle craint le développement de pratiques consistant à écourter artificiellement les séjours en chirurgie avant transfert du patient dans une structure HAD, alors que le groupe homogène de séjour relatif à la prise en charge chirurgicale est censé financer l'ensemble de la prise en charge : le risque est alors d'aboutir à un double financement.

L'articulation avec le PRADO orthopédie

L'expérimentation envisagée par la DGOS a fait l'objet d'une rencontre avec la CNAMTS afin de bien différencier les critères d'éligibilité pour l'HAD post chirurgie conventionnelle de ceux du PRADO, dispositif d'accompagnement du retour à domicile déployé depuis fin 2011.

6 800 patients avaient au total adhéré au programme (données cumulées de janvier 2012 à octobre 2014). Les critères d'inclusion sont bien différenciés, à la fois en termes d'indications et d'autonomie du patient. Les premières évaluations montrent, pour les établissements ou les régions (Rhône-Alpes notamment) ayant mis en œuvre le programme, une diminution des taux de recours aux soins de suite et de réadaptation pour six interventions ciblées et une diminution de la durée moyenne de séjour pour prothèse de hanche³⁵.

Pour le PRADO orthopédie, les indications portent sur des actes orthopédiques conformes à des recommandations établies par la HAS en 2006 et complétées en 2008. Il s'agit d'interventions portant sur le rachis, le membre supérieur, et le membre inférieur. Les critères relatifs à l'état du patient sont précisément définis, sur le plan de la douleur au repos, de l'absence d'une comorbidité ou de facteurs de gravité tels qu'un syndrome fébrile, une infection aigue ou un risque thromboembolique avec risque évolutif. Enfin, les critères d'autonomie sont déterminants (capacité à se lever, se coucher, s'asseoir, et marcher seul ; capacité à comprendre les consignes).

A contrario, les actes ciblés par le projet de raccourcissement des séjours longs de chirurgie par mobilisation de l'HAD concernent des interventions sur le rachis hors indication PRADO ou des interventions plus complexes sur les membres inférieurs. Surtout, les éléments liés à l'état médical du patient diffèrent considérablement, pouvant comporter notamment le besoin d'une assistance respiratoire ou la poursuite d'un traitement intraveineux, la prise en charge d'un niveau de douleur nécessitant une intervention spécifique, la prise en charge d'une dénutrition, de comorbidités associées, de pansements complexes.

Dans un second temps, des interventions en chirurgie viscérale pourraient également faire l'objet par la suite d'une telle expérimentation.

Le secteur de la télémédecine présente également des opportunités d'association avec l'HAD. Des expérimentations sont en cours dans différents domaines. À titre d'exemple, le centre hospitalier universitaire de Lille a mis en place un suivi des plaies chroniques à domicile en HAD et en EHPAD par télé expertise et téléconsultation. « Santé services »

³⁵ PRADO, le programme de retour à domicile, bilan et perspectives pour les SSR, CNAMTS, 15 mars 2015.

expérimente depuis 2013, avec le soutien de l'agence régionale de la santé d'Ile-de-France, la validité des téléconsultations en tant qu'outil d'évaluation d'un patient en rééducation après chirurgie orthopédique (400 patients pris en charge en 2014). Le recours à la téléconsultation ou à la télé expertise pour des patients en HAD a de fait pour intérêt de limiter les déplacements des personnes âgées et/ou fragiles, tout en économisant le coût des transports sanitaires et en optimisant le temps médical.

À l'hôpital également, de nouveaux modes d'intervention de l'HAD pourraient être utilement expérimentés de manière plus large.

L'admission directe à partir des urgences hospitalières

L'admission directe à partir des urgences, pratiquée à l'étranger dans le cadre de dispositifs comparables à l'HAD, reste à développer en France : l'expérimentation menée par le centre hospitalier de Lisieux, avec deux HAD de la région, met en évidence le potentiel d'admission et donne des indications sur le type de patients pouvant bénéficier d'un adressage à l'HAD à partir des lits d'hospitalisation de courte durée. Il s'agit entre autres de patients atteints de cancers évolués, pour une adaptation thérapeutique ou une prise en charge palliative, d'insuffisance cardiaque ou respiratoire, de traumatologie.

Cette expérimentation suppose une organisation rigoureuse avec une réactivité forte de l'HAD : le délai entre la demande et l'admission est parfois de 3h là où la plupart des HAD demandent 24 à 48h minimum. Elle exige une coopération entre les urgentistes et le médecin coordonnateur de l'HAD et n'est probablement pas adaptable partout. Elle pourrait cependant constituer une alternative aux hospitalisations conventionnelles pour les personnes âgées après un passage aux urgences pour une décompensation aigue, évitant ainsi des séjours souvent dommageables en termes d'autonomie. Des modèles de ce type ont été développés à l'étranger dans le cadre de la gériatrie³⁶.

III - Des structures à recomposer fortement

Parmi les obstacles que l'on peut identifier au développement de l'activité d'HAD, certains tiennent à la fragilité de nombreuses structures et à leur difficulté à se conformer au cadre réglementaire d'un établissement de santé.

A - Des structures toujours aussi hétérogènes

La Cour constatait en 2013 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.

³⁶ Christopher Matthew Bond et al. *The emergency to home project : impact of an emergency department care coordinator on hospital admission and emergency department utilization among seniors. International Journal of Emergency Medicine*, 2014 ; 7 : 18.

La situation n'a pas évolué depuis les constats de la Cour, bien que la circulaire de décembre 2013 incite les ARS à analyser la viabilité des établissements d'HAD et ait prôné « une restructuration significative de l'offre quand les probabilités pour certaines structures d'atteindre les objectifs fixés dans les conditions de qualité et de sécurité requises apparaîtront insuffisantes ». En 2014³⁷, on comptait ainsi 304 structures d'HAD dont 122 publiques, 132 privées à but non lucratif et 50 privées à but lucratif. Entre 2012 et 2014, sont intervenues 16 fermetures et 12 ouvertures, certains changements correspondant à des fusions.

La répartition entre établissements publics et privés à but non lucratif d'une part, établissements privés à but lucratif d'autre part, de l'ordre de 83 et 17 % respectivement (elle était de 18,5 % en 2012 et de 17 % en 2013) n'évolue qu'à la marge. Le secteur public prend en charge 26 % de l'activité, le secteur privé à but non lucratif, au sein duquel les trois principales HAD autonomes, Santé services, la Croix Saint Simon et Soins et santé, 62 %, et le secteur privé à but lucratif 12 %.

Tableau n° 2 : répartition des établissements d'HAD par type de structure

Catégories d'établissements	Nombre d'établissements 2012 (et % du total)	Nombre d'établissements 2014 (et % du total)
Public (CH, CHU)*	126 (40,9 %)	122 (40,1 %)
Centres de lutte contre le cancer	3 (1 %)	3 (1 %)
Privé à but non lucratif	128 (41,6 %)	129 (42,4 %)
Privé à but lucratif	51 (16,6 %)	50 (16,4 %)
Total	308	304

Source : ATIH³⁸ ; * dont 14 CHU.

Les volumes d'activité sont très variables : 4 établissements sont proches ou au-dessus de 100 000 journées par an dont les trois principales structures d'Ile-de-France (Santé Services, première structure en activité, avec près de 450 000 journées, soit plus de 10 % de l'activité nationale, est suivie de l'AP-HP, avec 250 000 journées, de Soins et santé, 107 000 journées, et de la Croix Saint-Simon, un peu moins de 100 000 journées) ; 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 même au-dessous de 10 000 journées. Les dix plus grosses structures assurent 27 % de l'activité totale.

La question de la définition d'une taille critique des structures n'a toujours pas été tranchée : en 2006, la direction de l'offre de soins avait estimé l'activité minimale pour une HAD à 9 000 journées par an, mais ces seuils étaient indicatifs et n'ont pas été redéfinis depuis. La circulaire de décembre 2013 considère certes ce niveau d'activité comme 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

³⁷ Sur la base des données cylindrées, cf. supra.

³⁸ Il s'agit des établissements en activité, cf. supra. Pour 2012, le chiffre total fourni par la DGOS est de 317 établissements autorisés (sur la période, la région PACA en a perdu 4, Rhône Alpes et Champagne Ardennes 2 chacune, la Lorraine et la Bourgogne un chacune).

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 ».

B - Des structures qui peinent parfois à se conformer à la réglementation sans qu'en soient tirées les conséquences

En lien avec les questions liées à la masse critique d'activité, les exigences qui s'imposent aux HAD en tant qu'établissements de santé requièrent un niveau d'organisation et de professionnalisme difficile à atteindre pour les très petites structures.

Les contrôles de l'assurance maladie sur les structures d'HAD

Les petites HAD sont particulièrement sensibles financièrement aux conséquences des contrôles de l'assurance maladie. De l'avis même de la CNAMTS, les contrôles relatifs à la tarification en activité (T2A) de structures d'HAD posent des problèmes spécifiques, à la fois en raison du mode de tarification, mais à fortiori quand il s'agit d'une structure de petite taille³⁹. Depuis 2013, la CNAMTS, pour tenir compte de ces difficultés, cible ses contrôles en priorité sur des structures dont les recettes d'assurance maladie annuelles sont supérieures à 800 000€.

Le cadre réglementaire qui s'applique à l'HAD relève à la fois du cadre général des établissements de santé et de dispositions spécifiques à cette prise en charge, visant notamment à assurer la qualité et la sécurité des soins.

Les conditions techniques de fonctionnement prévoient l'obligation d'assurer la continuité des soins (astreinte médicale ou formalisation du recours à un avis médical 24h/24 et 7j/7 ; présence d'une astreinte opérationnelle soignante 24h/24 et 7/7). 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 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).

Les établissements qui peinent à assurer la continuité des soins sont souvent de petites structures, qui ont également des difficultés à se doter d'un circuit du médicament suffisamment sécurisé, d'un dossier médical informatisé et d'un éventail de compétences leur permettant d'être réellement polyvalentes, surtout si elles ne sont pas rattachées à un

³⁹ En 2014, les contrôles ont concerné 48 HAD en 2013-2014, s'ajoutant à 10 établissements contrôlés pendant la période 2009-2012. Les premiers contrôles ont fait apparaître de nombreuses anomalies portant sur le codage des prises en charge (52 %), l'inadéquation de l'état du patient à la structure, ce dernier ne relevant pas d'une HAD (22 %), et le changement répété et non justifié des variables tarifantes, multipliant les séquences de prises en charge composant le séjour (22 %).

établissement de santé, certaines HAD n'ayant pas de personnel salarié autre que l'équipe de coordination et fonctionnant avec des libéraux pour la réalisation des soins.

L'importance et la récurrence de ces manquements et leur incidence sur la qualité et la sécurité des soins n'ont pas néanmoins conduit pour autant les agences régionales de santé à retirer aux structures en cause leurs autorisations d'activité contrairement à ce qui aurait été attendu de leur part. La persistance durable d'une absence de respect des normes de fonctionnement destinées à garantir les impératifs de respect et de qualité des soins est d'autant moins compréhensible que l'HAD doit garantir au patient qu'elle satisfait aux mêmes exigences qu'en hospitalisation conventionnelle, d'autant plus qu'elle est incitée à se cibler encore davantage sur les soins de grande complexité et de haute technicité pour mieux asseoir et faire valoir sa légitimité et sa crédibilité par rapport à d'autres modes de prise en charge coordonnée à domicile. Comme l'a déjà souligné la Cour⁴⁰, l'absence de respect de la norme sans qu'il en soit tiré des conséquences en termes d'autorisation d'activité constitue une anomalie particulièrement préoccupante quand elle porte sur des points susceptibles de mettre en jeu la sécurité des patients.

IV - Une tarification à moderniser sans tarder davantage

A - Une tarification de plus en plus obsolète

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 90⁴¹, 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 d'autres ont diminué, les prises en charge elles-mêmes ayant évolué.

La nécessité de réformer ce modèle fait l'objet d'un consensus des différents acteurs, qu'il s'agisse du ministère, de la CNAMTS ou des fédérations hospitalières. Le système actuel⁴² est en effet marqué par plusieurs défauts :

- 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 ;

⁴⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015*, chapitre V, Vingt ans de recomposition de l'offre de soins : un bilan décevant, p.185-216, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr

⁴¹ Évaluation du coût de la prise en charge en HAD, CREDES, 2003.

⁴² Cf. annexe 5 sur le modèle tarifaire de l'HAD.

- 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.

Le modèle tarifaire de l'HAD

Ce modèle, qui repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT), est destiné à couvrir l'essentiel des moyens humains, matériels, techniques mobilisés par la structure d'HAD pour prendre en charge le patient. Il s'appuie sur une classification de «groupes homogènes de prises en charge (GHPC) », basé sur le principe d'un forfait journalier pondéré par la charge en soins, qui 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 (mesuré par l'indice de Karnofsky, cf. infra).

Le PMSI distingue deux modes de prise en charge : le mode de prise en charge principal et le mode de prise en charge associé. Le mode de prise en charge principal (MPP) est celui ayant suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments. Si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui, ce deuxième mode est le mode de prise en charge associé (MPA).

La durée de séjour a un impact dégressif sur les tarifs. En effet, au sein de chaque séquence de soins, quatre périodes ou tranches de durée de prise en charge ont été définies (de 1 à 4 jours, du 5ème au 9ème jour, du 10ème au 30ème jour puis au-delà), et elles conditionnent le niveau du tarif qui est dégressif. Si les modalités de prise en charge du patient évoluent et que le patient entre dans une nouvelle séquence de soins, on repart à nouveau sur une première tranche.

L'indice de Karnofsky est un indicateur synthétique d'état de santé global mesurant, sur une échelle de 0 à 100 % (100 % correspond à l'autonomie totale, 10 % à un processus fatal progressant rapidement), la dépendance fonctionnelle du sujet envers l'aide dans sa dimension « sociale » (gestes de la vie courante : travail, besoins personnels, vie à domicile, habillage...) et la dépendance envers les soins médicaux.

Sur la base des modes de prise en charge principaux et associés et de l'indice de Karnofsky, les séjours sont découpés en séquences de soins, à la base du GHT : la séquence reste la même tant que la valeur de ces variables ne change pas. Elle doit être réévaluée chaque semaine, ce qui donne lieu à un découpage du séjour en sous séquences ; pour un séjour long, on aura ainsi souvent une succession des séquences différentes donnant lieu à un GHT différent.

Enfin, les structures peuvent caractériser les diagnostics sur la base de la dernière version de la classification internationale des maladies (CIM-10). Elles renseignent un diagnostic principal (DP) qui correspond aux modes de prise en charge principal et des diagnostics associés s'il y a lieu. Malgré cette caractérisation des diagnostics, la description médicale des patients pris en charge en HAD reste grossière par rapport au PMSI-MCO.

Dans le cadre de la tarification, la question spécifique des médicaments coûteux en HAD fait notamment l'objet de critiques récurrentes : elle concerne au premier chef les médicaments sortis de la « liste en sus ».

La liste en sus

La liste en sus a pour objet de garantir aux établissements de santé le financement des produits particulièrement coûteux, afin de permettre l'accès des patients à ces traitements. Toute spécialité pharmaceutique ou dispositif médical inscrit sur cette liste est remboursé intégralement à l'établissement, « en sus » des prestations d'hospitalisations, à hauteur de son tarif de responsabilité⁴³ sur présentation de factures. Ce modèle concerne l'ensemble des activités sous « T2A », y compris l'HAD, la liste des produits étant la même qu'en hospitalisation classique.

Ces dispositif de financement « en sus » est temporaire, tout produit figurant sur la liste en sus ayant vocation à réintégrer à court ou moyen terme le régime de financement de droit commun (via les tarifs de prestation), sous l'effet de la baisse des prix principalement (diffusion de l'utilisation du médicament, production du générique...). Lorsqu'un produit est radié de la liste en sus, les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) sont revalorisés, par réintégration de tout ou partie des montants constatés en dépenses sur la liste en sus pour ces produits.

Il en va de même pour d'autres produits particulièrement coûteux⁴⁴ mal valorisés dans le cadre des groupes homogènes de tarifs. En HAD, 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 la maîtrise de la prescription de ces produits, l'admission en HAD intervenant en majorité à la suite d'un séjour hospitalier en court séjour où leur prescription a été effectuée.

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.⁴⁵

B - Une réforme tarifaire une nouvelle fois retardée

L'étude nationale des coûts en HAD commencée en 2009, mise en œuvre par l'ATIH, devait servir de base à la réforme de la tarification. Or cette étude a pris un retard considérable, qui s'explique par la durée de la mise en œuvre d'une campagne (minimum quatre ans) et par les difficultés rencontrées pour disposer d'un échantillon représentatif des structures d'HAD et en capacité de participer pleinement⁴⁶.

⁴³ Prix négocié par le CEPS avec le laboratoire.

⁴⁴ En dehors des médicaments de la liste en sus, d'autres produits très coûteux, en particulier des antibiotiques, peuvent devoir être prescrits en HAD : dans le cadre de prises en charge longues, le coût pour l'HAD devient très supérieur au tarif journalier qui lui est versé.

⁴⁵ Les médicaments classés en réserve hospitalière ne peuvent être prescrits qu'à l'hôpital.

⁴⁶ Santé services faisant partie de l'échantillon, l'activité de cette structure représente plus de 50 % de l'activité de l'ENC ; 4 autres structures représentent encore 25 % de l'activité (Lyon, Nantes, Nice, Dax).

En 2014, sur 31 établissements inclus dans l'échantillon, seuls 23 ont effectivement participé au processus ; celui-ci suppose en effet que les établissements disposent d'un système d'information permettant une comptabilité analytique et le recueil de données administratives suffisamment fines (sur les ressources humaines en particulier) pour permettre l'utilisation du logiciel spécifique. Or, si les établissements de taille importante ont pu se doter d'un système d'information à même d'assurer ces recueils, ce n'est pas le cas des petites structures qui accusent un retard important.

Les résultats de l'étude nationale des coûts sont disponibles de 2009 à 2013, mais les deux premières années de recueil ont ainsi pâti de problèmes de représentativité de l'échantillon et de qualité des données. Ces difficultés ont pu être toutefois surmontées pour les exercices suivants.

La refonte complète de la tarification, sur un modèle différent de celui mis en place en 2003, passe cependant par la construction d'une nouvelle classification médico-économique très différente dans sa logique de celle qui sous-tend la grille tarifaire actuelle. Cette complexité technique et la nécessité d'une concertation approfondie avec l'ensemble des acteurs ont pour conséquence que l'aboutissement du processus n'est prévu qu'à horizon 2019.

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 2015⁴⁷ : ceci concerne en particulier des modifications liées à la réintégration des médicaments de la liste en sus, à 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.

Elle a pris acte par ailleurs 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 M€ ;
- une revalorisation de certains modes de prise en charge dans l'objectif de réintégrer dans les tarifs certaines molécules sorties de la liste en sus, notamment l'érythropoïétine (EPO⁴⁸).

Dans le même temps, elle a lancé une étude visant à étudier les consommations des molécules onéreuses hors liste en sus parmi les établissements d'HAD. Ces travaux doivent

⁴⁷ <http://www.atih.sante.fr/had/documentation?secteur=HAD>

⁴⁸ L'érythropoïétine est un facteur de croissance des précurseurs des globules rouges dans la moelle osseuse. Elle est notamment utilisée pour traiter l'anémie chez les patients cancéreux.

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.

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 tant pour l'efficacité de la dépense que pour le développement de l'HAD dans les indications où son apport est pleinement justifié.

**

De nombreux travaux ont été engagés dans le cadre de la démarche d'ensemble portée par la circulaire du 4 décembre 2013 pour conforter l'hospitalisation à domicile, mais ils sont restés à ce stade trop limités pour mieux faire reconnaître sa place originale dans le système de soins. Si des évolutions sont appréciables, elles demeurent très insuffisantes pour remédier à des écueils qui font obstacle à une dynamique durable : un doute répandu sur son efficacité et sa pertinence en particulier dans certaines indications où son savoir-faire spécifique peut apparaître encore mobilisé pour des interventions situées en deçà des prises en charge exigeantes qui la justifient, des structures trop faibles pour pleinement répondre à 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, un mode de tarification de plus en plus obsolète qui la fragilise tout en compromettant son accessibilité dans certains domaines et dont la modernisation indispensable accumule les retards. Le développement de l'hospitalisation à domicile, conformément aux objectifs des pouvoirs publics, nécessite ainsi, comme la Cour l'avait souligné, un effort prioritaire sur ces différents champs. Comme le montre la modestie de la progression de l'HAD au cours des deux dernières années malgré l'action volontariste des pouvoirs publics, il est la condition *sine qua non* pour que s'enclenche et s'auto-entretienne son essor au double bénéfice des patients et de l'assurance maladie.

Conclusion générale

L'hospitalisation à domicile constitue une prise en charge originale qui, dès lors que l'environnement physique et familial le permet, autorise la dispensation à domicile de soins lourds et techniques dans des conditions de sécurité et de qualité comparables à celles d'un hébergement en établissement de santé. Elle a développé à cet effet un savoir-faire spécifique qui lui permet de jouer un rôle majeur dans la coordination des parcours de soins complexes et pour assurer l'interface ville-hôpital.

L'effort de relance engagé depuis décembre 2013 par les pouvoirs publics s'est voulu ambitieux, avec pour objectif un doublement de l'activité en HAD en 5 ans, ce qui pour autant la situerait à un niveau encore très substantiellement inférieur à celui atteint dans d'autres pays.

Mais cette activité reste très secondaire en France. L'hospitalisation à domicile n'est toujours pas une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pleinement intégrée dans les parcours de soins. Sa progression globale au cours des dernières années est restée très nettement en deçà des objectifs fixés par les pouvoirs publics fin 2013, avec des disparités géographiques importantes et persistantes.

Son recours par les prescripteurs, tant libéraux qu'hospitaliers, reste très limité : en particulier, son potentiel de développement dans les établissements médico-sociaux et dans certaines indications comme le domaine des chimiothérapies à domicile reste sous-exploité. Elle n'est pas suffisamment utilisée pour améliorer les parcours des personnes âgées tandis que les articulations avec les services de soins infirmiers à domicile restent difficiles à mettre en œuvre.

Les patients et leurs familles n'ont par ailleurs que malaisément accès à des informations sur ce mode de prise en charge qui peut rencontrer leurs attentes.

Enclencher une dynamique forte, rapide et durable de l'HAD aurait supposé d'agir au préalable plus méthodiquement, plus résolument et plus complètement pour lever quatre obstacles majeurs à son développement :

- procéder aux évaluations médico-économiques indispensables pour remédier au défaut de conviction des acteurs, auprès de qui n'a pas encore été clairement apportée la démonstration des avantages d'efficience de l'HAD, pas plus que n'a été définitivement éclairci le flou entourant les indications appelant incontestablement sa mise en œuvre.

Son coût pour l'assurance maladie, dans le cadre d'indications pertinentes, apparaît, en fonction des études disponibles qui restent trop peu nombreuses, inférieur à celui de l'hospitalisation conventionnelle. En revanche, la question reste posée de son avantage comparatif par rapport à des prises en charge coordonnées par des professionnels libéraux de santé, faute des analyses spécifiques que la Cour avait préconisées en 2013.

En fonction des résultats de ces évaluations, élaborer des référentiels d'activité pour fonder solidement et clairement les conditions de recours à l'HAD dans certaines indications de manière à asseoir leur pertinence et leur légitimité, aujourd'hui minées par une forme de doute qui freine son développement ;

- recomposer fortement et vigoureusement une offre trop dispersée, où les établissements d'HAD sont trop souvent d'une dimension insuffisante pour assumer pleinement les responsabilités très exigeantes qui pèsent sur elles en tant qu'établissements de santé à part entière et en particulier les impératifs de sécurité, qualité et de continuité des soins qu'elles doivent être toutes en situation de rigoureusement respecter, ce qui n'est pas aujourd'hui systématiquement le cas ;
- refondre à horizon plus rapproché qu'aujourd'hui envisagé un mode de tarification complètement dépassé. Cette modernisation indispensable, attendue depuis plusieurs années, sans cesse retardée et désormais prévue pour 2019- 2020, doit être notablement accélérée, quitte à apporter des inflexions de méthode au processus suivi.

Sans un effort prioritaire et simultané sur ces quatre plans, les objectifs que les pouvoirs publics se sont assignés en matière d'hospitalisation à domicile ne pourront être atteints.

RECOMMANDATIONS

Dans ces conditions, la Cour est amenée à réitérer les trois recommandations qu'elle avait formulées en 2013, en les reformulant en fonction des évolutions constatées depuis lors :

- 1. mener à son terme l'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD ;*
- 2. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;*
- 3. 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.*

Elle en formule quatre nouvelles :

- 4. recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures ;*
 - 5. simplifier le régime d'autorisation et assouplir la répartition des missions entre médecin traitant, médecin coordonnateur d'HAD et le cas échéant médecin coordonnateur d'EHPAD, pour faciliter notamment l'ajustement des prescriptions à l'évolution de l'état de santé des patients ;*
 - 6. faciliter par un cadre réglementaire adapté les coopérations entre SSIAD et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations ;*
 - 7. expérimenter de nouveaux modes de financement de manière à inciter à l'hospitalisation à domicile à la sortie d'une hospitalisation conventionnelle ou pour éviter une telle hospitalisation.*
-

Glossaire

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARH : Agences régionales d'hospitalisation

ARS : Agences régionales de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CBUM : contrat de bon usage du médicament

CEPS : Comité Économique des Produits de Santé

CHU : centre hospitalo-universitaire

CHRU : centre hospitalier régional universitaire

CIM : classification internationale des maladies

CLCC : centres de lutte contre le cancer

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens

CREDES : centre de recherche et documentation en économie de la santé

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DMS : durées moyennes de séjour

DP : diagnostic principal

DSS : direction de la sécurité sociale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENC : étude nationale des coûts

EPO : érythropoïétine

ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'HAD

GHPC : groupes homogènes de prises en charge

GHT : groupe hospitalier de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HDJ : hôpital de jour

HPST : Loi Hôpital, Santé, Patients et Territoire, 2009

IC : d'insuffisance cardiaque
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
MCO : médecine chirurgie obstétrique
MPA : mode de prise en charge associé
MPP : mode de prise en charge principal
ONDAM : objectif national de dépense d'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PMSI : programme médicalisé des systèmes d'information
PRADO : programmes de retour précoce à domicile
PRS : programme régional de santé
RH : réserve hospitalière
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

Annexes

Annexe n° 1 : échange de correspondances entre la Présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et le Premier président de la Cour des comptes



KCC A1408945 KZZ
15/12/2014

Cour des comptes



1406308

Le Premier président

Le **23 DEC. 2014**

Madame la Présidente de la Commission,

Madame la Présidente, Monsieur le Président de la Mission,

En réponse à votre courrier en date du 3 décembre 2014 relatif à la réalisation d'enquêtes en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, et comme convenu à l'occasion de notre déjeuner du 2 décembre, j'ai le plaisir de vous confirmer que la Cour devrait être en mesure de vous remettre les rapports que vous avez demandés dans les délais que vous souhaitez.

Ainsi, une note actualisant l'insertion parue dans le rapport d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 vous sera transmise pour la fin de l'année 2015. Vous recevrez le rapport d'enquête sur les données médicales personnelles inter-régimes détenues par l'assurance maladie à la fin du premier trimestre 2016.

Ces travaux seront réalisés par la sixième chambre, présidée par M. Antoine Durrelman.

Il présidera également la formation interjuridictions en charge de l'enquête sur la politique d'achat des hôpitaux, qui vous sera communiquée à la fin du premier semestre 2017.

Avec les magistrats concernés, il se tient à votre disposition pour toute précision sur le champ et la portée de ces travaux. Je vous propose que ces précisions convenues fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Madame Catherine Lemorton

Présidente de la commission des affaires sociales

• **Madame Gisèle Biémouret**

Présidente de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Monsieur Pierre Morange

Président de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Assemblée nationale

Je vous rappelle que M. Henri Paul, Rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, se tient à la disposition de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale pour tous les sujets que vous souhaiteriez aborder avec la Cour.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente de la Commission, Madame la Présidente, Monsieur le Président de la Mission, à l'expression de ma haute considération.


Didier Migault

Annexe n° 2 : l'hospitalisation à domicile (chapitre IX du Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013)

PRÉSENTATION

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge original qui permet à un malade atteint de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier chez lui de soins médicaux et paramédicaux coordonnés que seuls des établissements hospitaliers peuvent lui prodiguer.

Elle s'est développée en France à partir de 1957 en s'inspirant directement de l'expérience américaine de prise en charge à domicile de patients le plus souvent atteints de cancer⁴⁹. L'HAD a fait l'objet d'une première reconnaissance dans les textes avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Elle est ensuite définie comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle par la loi de 1991 portant réforme hospitalière. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 en fait au contraire une modalité d'hospitalisation à part entière tandis que les structures d'HAD deviennent des établissements de santé.

Le champ de l'hospitalisation à domicile s'étend désormais aux trois secteurs de l'activité hospitalière : médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Son intervention a aussi été élargie, au-delà du domicile personnel, en 2007 aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, puis, en 2012, à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment pour les personnes en situation de handicap.

L'HAD ne constitue qu'une part minime de l'activité hospitalière. Avec 3 700 000 journées d'hospitalisation en 2011 correspondant à près de 98 000 patients et 145 000 séjours, elle ne représente que 0,6 % de l'ensemble du court séjour. En 2011, ses dépenses s'élèvent à 771 M€, soit moins de 1 % de l'ONDAM hospitalier et de 0,5 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

Pour autant, l'HAD est le premier essai d'un décloisonnement du système de santé, à la croisée du sanitaire et du médico-social et à la charnière entre le secteur hospitalier et les soins en ville. La Cour a cherché à apprécier l'apport de ce mode très spécifique de prise en charge, au regard de l'enjeu qui s'attache pour les années à venir à l'organisation des parcours de soins⁵⁰.

Alors que cette offre de soins demeure encore marginale et sa spécificité mal reconnue (I), étayer sa légitimité passe par une clarification de ses missions et de ses conditions d'intervention et un approfondissement de son intérêt médico-économique (II).

⁴⁹. Cette expérience est née au Montefiore Hospital de New York après la seconde guerre mondiale pour permettre à des patients de poursuivre des soins de type hospitalier à domicile.

⁵⁰. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I, chapitre 3 : le médecin traitant et le parcours de soins coordonné, une réforme inaboutie, La Documentation française, février 2013, p.187-218, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - Une place marginale et mal reconnue

L'hospitalisation à domicile se caractérise par la nature et l'intensité des soins qu'elle assure, de type hospitalier, par son rôle de coordination de multiples professionnels au chevet du patient, et par la pluridisciplinarité et la complémentarité de ces derniers. Malgré l'augmentation du nombre de structures, à partir des années 1990, puis à nouveau à partir de 2005 lors de l'introduction de la tarification à l'activité dans ce secteur, son développement reste limité et sa singularité parfois mal identifiée.

A - Des soins complexes, assurés par des structures hétérogènes

1 - Une prise en charge destinée à des soins complexes

Tous les domaines couverts par la médecine hospitalière (médecine, chirurgie en dehors des actes opératoires, obstétrique, cancérologie, soins de suite et de rééducation, psychiatrie) peuvent faire l'objet d'une prise en charge en HAD, de même que tous les établissements de santé peuvent avoir une activité d'HAD. Cette définition confère à l'HAD son caractère polyvalent et généraliste, son champ d'intervention étant seulement délimité par le fait qu'elle ne doit pas se substituer à la médecine ambulatoire.

Une prise en charge spécifique

Elle s'adresse à des patients nécessitant des soins ponctuels, techniques et complexes (exemple : chimiothérapie) ; des soins continus, associant des soins techniques, des soins infirmiers d'hygiène et de confort, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime ; des soins de réadaptation au domicile, après la phase aiguë d'une pathologie.

Elle s'effectue au domicile du patient c'est-à-dire à l'endroit où il réside habituellement (logement mais également établissement social et médico-social). Le 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, est essentielle.

Dans tous les cas, la prise en charge est prescrite par un médecin, hospitalier ou de ville ; elle fait appel à des intervenants médicaux et para médicaux - infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues - dont l'intervention est coordonnée par la structure d'HAD ; la prise en charge médicale est assurée par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD.

L'HAD se différencie d'autres modes de prise en charge à domicile principalement par l'intensité et la complexité des soins ainsi que la nécessité d'une coordination souvent complexe entre un nombre important d'intervenants.

Les motifs de prise en charge principaux sont les soins palliatifs (27,6 %), les pansements complexes (21,8 %), la nutrition entérale (7,2 %) et les soins infirmiers lourds (6,8 %)⁵¹. La durée moyenne de séjour est de 25,2 jours (en augmentation chaque année depuis 2007 où elle était à 22,2 jours). L'âge moyen des patients est de 63,8 ans (contre 62,3 en 2007). La part des séjours consacrés aux personnes âgées augmente de fait régulièrement et est passée de 37,9 % en 2007 à 40,1 % en 2011. La durée moyenne de séjour pour ces patients âgés, de 39,2 jours, est sensiblement à la moyenne.

Les patients admis en HAD viennent principalement des services de court séjour des hôpitaux et restent après cette prise en charge à plus de 60 % à leur domicile, ce qui fait de l'HAD un maillon important entre l'hospitalisation conventionnelle et une prise en charge par des professionnels de ville. Un peu plus d'un cinquième des patients (21,6 %) ont fait plus d'un séjour en HAD dans l'année en 2010, témoignant du fait que les allers et retours entre différentes modalités de prise en charge ne sont pas rares, notamment en cancérologie et pour les personnes âgées.

Les études menées sur la satisfaction des patients, que ce soit en France ou à l'étranger, concluent que ce mode de prise en charge est très apprécié de leur part. 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.

2 - Des structures très diversifiées

Les structures d'HAD diffèrent considérablement par leurs statuts, leur taille, leurs implantations, leur situation financière, leur mode d'organisation ainsi que leur profil d'activité. Deux structures, implantées en Île-de-France, l'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et santé service réalisent près de 20 % de l'activité nationale.

Le secteur public et le secteur privé non lucratif occupent désormais une place équivalente (42 %) en nombre d'établissements mais très différente en termes d'activité : le secteur privé à but non lucratif réalise 62 % du nombre de journées. Le secteur privé lucratif est beaucoup moins présent sur ce champ.

Deux modes d'organisation très différents se constatent : les établissements qui fonctionnent de manière autonome et ceux rattachés à un établissement de santé. Parmi les 293 structures recensées en 2010, les 121 HAD publiques étaient toutes rattachées à un établissement et les 43 structures privées lucratives dans près de deux tiers des cas. Les 101 structures associatives privées à but non lucratif sont en revanche majoritairement autonomes, à l'instar de « santé service » (Île-de-France) et « soins et santé » (Lyon). D'autres, parmi lesquelles la Croix Saint-Simon (Paris), Nice et région et Bagatelle (Bordeaux) sont rattachées à un établissement de santé privé d'intérêt collectif.

⁵¹. Données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir du nombre de journées d'hospitalisation en HAD en 2011. Les soins infirmiers lourds, appelés « nursing lourds » dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), sont définis comme « une prise en charge quotidienne supérieure à deux heures chez des malades dépendants ou très dépendants ».

a) Les HAD autonomes

Si la majorité des HAD sont de petite taille (moins de 30 places) et rattachées à un établissement de santé, les HAD « autonomes » créées et portées par une association, une fondation ou une mutuelle sont souvent de taille plus importante.

Une structure autonome : santé service

Santé service, avec 1 200 places et 440 812 journées d'hospitalisation en 2012 occupe, avec 11 % de l'activité nationale, la première place en France et couvre l'ensemble de l'Île-de-France. À titre de comparaison, cette activité est plus de deux fois supérieure à l'activité de médecine réalisée par le groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière à Paris.

Les pansements complexes, les soins palliatifs et la chimiothérapie sont les trois activités principales de cet établissement (respectivement de 28,5 %, 22,4 % et 15,1 % des journées). 800 salariés, majoritairement du personnel soignant, ainsi que la collaboration de 1 210 infirmières libérales sont nécessaires à la réalisation de l'activité, ainsi qu'au fonctionnement du centre de formation et des trois services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de l'établissement.

Si l'HAD autonome bénéficie d'une plus grande souplesse dans son organisation et pour la mise en œuvre d'une coordination médico-sociale, elle doit construire des liens avec les établissements de santé et les médecins prescripteurs et gagner la reconnaissance de la qualité hospitalière des soins qu'elle assure et de sa réactivité.

b) Les HAD hospitalières.

La création d'une HAD rattachée à un établissement de santé trouve souvent son origine dans la nécessité de faciliter la sortie des patients hospitalisés dans des services hospitaliers conventionnels. Une HAD hospitalière tire avantage de sa proximité avec l'établissement de rattachement en termes de relations avec les médecins hospitaliers et de mutualisation des fonctions support.

Une structure rattachée à un CHU : holidom à Lille

Holidom est une HAD de création relativement récente (2009), rattachée au CHU de Lille. Avec 58 places ouvertes actuellement (30 places adultes, 20 places en périnatalité, 8 places en pédiatrie/néonatalogie et 18 204 journées en 2012), elle a une activité fortement marquée par son rattachement hospitalier, en lien étroit avec la maternité Jeanne de Flandre et le service de néonatalogie. L'HAD accueille deux internes en médecine générale de dernier semestre, et bientôt un interne en pédiatrie.

B - Un développement limité

Bien que l'HAD n'ait pas vocation à se substituer de manière importante à l'hospitalisation avec hébergement, les expériences étrangères les plus abouties montrent qu'elle peut représenter jusqu'à 5 % des hospitalisations⁵².

Les expériences étrangères

L'analyse des exemples étrangers met en évidence des pratiques variables d'un pays à l'autre.

En Europe, c'est au Royaume-Uni que les soins à domicile ont été développés le plus précocement, dans le contexte des années 1985-1995, qui ont vu une réduction des capacités et de la durée moyenne de séjour en soins aigus de près de moitié (de 9,3 à 5 jours). La notion de soins de type hospitalier n'est pas complètement comparable au dispositif français car elle recouvre aussi bien ce qui est désigné sous le nom de « soins intermédiaires » (« *intermediate care* »), plutôt rattachés au système de santé primaire, que des soins spécialisés au cours d'une hospitalisation conventionnelle. Dans le premier cas, le médecin référent est le généraliste (« GP »), dans le second cas, le spécialiste hospitalier (« consultant »). En Espagne, des activités hospitalières à domicile se sont également mises en place, ainsi à l'hôpital universitaire de Barcelone pour des patients hospitalisés aux urgences et en gériatrie.

Ailleurs, c'est en Australie, que l'offre de soins alternative à l'hospitalisation classique occupe dans certains États une part importante, notamment dans l'État de Victoria. En 2001, le pourcentage d'hospitalisations à domicile y représentait 4,6 % du nombre total d'hospitalisations ; en 2008, 5 %. Au Canada, deux provinces ont développé une prise en charge de type hospitalier à domicile, le Nouveau Brunswick et la Nouvelle Écosse. Aux États-Unis, les expériences développées dans le cadre du système de santé des Vétérans, s'adressent essentiellement à des patients aigus passés par les urgences. Dans ce modèle, l'hospitalisation à domicile se met en place à partir des « lits d'accueil aux urgences », une fois le patient stabilisé, et permet d'éviter l'hospitalisation.

De ces expériences étrangères, on peut retenir :

- - une démarche tendant à différencier les patients aigus et les patients chroniques, les premiers étant plutôt pris en charge par des structures qui sont une émanation de l'hôpital, avec du personnel dédié, et en particulier des interventions en aval des urgences, mode d'entrée qui n'est pas développé en France ;
- - une distinction moins nette entre les différents niveaux de soins à domicile, favorable à une approche fondée sur une graduation des soins.
- Parmi les différences notables avec la France, le développement des soins à domicile dans les contextes anglo-saxons s'appuie sur une intégration forte avec le système de santé primaire et repose sur des répartitions de compétences entre professionnels faisant une plus large part aux infirmières.

⁵². Ces comparaisons doivent toutefois être interprétées avec une certaine prudence. L'organisation de l'hospitalisation à domicile et le degré de spécialisation de ses prises en charge peuvent varier selon les pays.

En France, à partir des années 2000, plusieurs instructions du ministère de la santé ont encouragé le développement de l'HAD sans toutefois s'appuyer sur une estimation documentée des besoins ou une stratégie à moyen terme. Les larges possibilités de recours ouverts par les textes et les mesures incitatives des pouvoirs publics, avec notamment la suppression, en 2003, du « taux de change » qui imposait la transformation de deux lits d'hospitalisation avec hébergement pour toute ouverture de place en HAD, n'ont cependant permis qu'un développement plus modeste que celui parfois constaté à l'étranger.

De 2005 à 2007, le secteur a connu sa croissance la plus importante, avec une augmentation de 47 % pour atteindre 8 000⁵³ places fin 2007. Puis son expansion s'est progressivement ralentie. Entre 2008 et 2010, sa progression globale est encore nettement supérieure à 15% mais elle n'atteint plus que de 7 % entre 2010 et 2011.

En 2011 le nombre de places effectivement opérationnelles en HAD se situe autour de 12 000, encore loin de l'objectif de 15 000 places ouvertes prévu en 2006 par les pouvoirs publics pour 2010⁵⁴. Cette situation résulte de plusieurs causes.

1 - Un défaut de pilotage d'ensemble

Le ministère de la santé a estimé les besoins à 30 ou 35 patients par jour pour 100 000 habitants en se fondant pour l'essentiel sur les retours d'expérience de territoires dans lesquels l'offre en HAD semble la plus structurée et la mieux coordonnée avec le tissu hospitalier. Cette cible proposée, considérée comme réaliste, est celle d'un doublement de l'activité sur la période 2011 - 2018, ce qui permettrait d'atteindre 1,2 % du nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète.

L'effort proposé qui paraît volontariste ne se fonde cependant pas sur une analyse assez documentée des possibilités de substitution à l'hospitalisation complète. Comme en témoigne la révision de ces objectifs, l'HAD s'est développée sans stratégie globale et sans cadrage national suffisamment rigoureux.

En attestent aussi les disparités régionales importantes qui se constatent. Le taux de recours à l'HAD varie considérablement d'une région à l'autre. S'il se situe en moyenne autour de 5 800 journées par 100 000 habitants au niveau national, il reste inférieur à 4 000 dans cinq régions (Lorraine, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne et Haute-Normandie) tandis qu'il dépasse 10 000 en Corse. À l'intérieur d'une même région, les disparités entre départements peuvent être marquées. Certaines zones du territoire, notamment rurales, sont, dans la pratique, peu desservies. Cette hétérogénéité s'explique notamment par l'inégale importance des structures d'HAD et leur implantation encore très récente dans certains départements, à la fois cause et conséquence de différences de prescription significatives.

⁵³. La lettre de l'observatoire économique, social et financier, n° 9, *L'essor de l'hospitalisation à domicile*, mars avril 2009, fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

⁵⁴. Si les données de la statistique d'activité des établissements font état de 17 000 places autorisées, dont une centaine en psychiatrie, le nombre de places considérées comme opérationnelles est très inférieur. Selon l'IGAS, en 2009 près de 20 % des autorisations n'avaient pas été mises en œuvre.

Les directives relatives à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins-projets régionaux de santé (SROS-PRS) qui ont été adressées aux agences régionales de santé sont demeurées cependant assez générales en ce domaine et n'ont pas fixé d'objectifs de diminution de ces écarts. Dans ce contexte, les ARS développent leur stratégie propre.

Des stratégies différentes pour les ARS

L'ARS Île-de-France se donne pour objectif la création de places supplémentaires pour atteindre un taux de recours de 24 patients par jour et pour 100 000 habitants en cinq ans, sur la base d'une évaluation des besoins croissants, en particulier pour les malades chroniques et les personnes âgées. Elle cible plus spécifiquement le développement de l'HAD dans certains domaines : la rééducation, la pédiatrie, l'ouverture au champ médico-social et la psychiatrie.

L'ARS Rhône-Alpes met l'accent sur le développement de la couverture territoriale sans création de nouvelles structures, en s'appuyant sur la télémedecine, l'amélioration de la fluidité des parcours patients, et la communication vis-à-vis des professionnels libéraux et hospitaliers.

L'ARS Pays de la Loire a fait un choix différent, sans volet spécifique à l'HAD dans son SROS, mais en intégrant cette prise en charge dans les différents thèmes, privilégiant ainsi une approche intégrée.

L'ARS Nord – Pas-de-Calais a établi des orientations pour le SROS couvrant l'ensemble des champs d'intervention de l'HAD : soutien aux prises en charge innovantes (rééducation, psychiatrie, télémedecine), développement de l'HAD dans les établissements médico-sociaux et élaboration d'outils destinée à faciliter la coordination entre HAD et structures médico-sociales.

2 - Une position souvent en retrait des professionnels de santé

La prise en charge d'un patient en HAD est la résultante d'interactions entre plusieurs acteurs de santé au niveau de la prescription, de la prise en charge et du suivi.

a) Des professionnels de santé libéraux trop peu mobilisés

Les professionnels libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) sont impliqués à plusieurs titres pendant une hospitalisation à domicile et souvent après. C'est sur les médecins généralistes que reposent en grande partie le choix et la réussite de la prise en charge. En pratique, ils se révèlent difficiles à mobiliser.

Si la prescription d'une hospitalisation à domicile, initialement réservée aux médecins hospitaliers, a été élargie aux médecins libéraux en 1992⁵⁵, ces derniers prescrivent de fait encore trop rarement sa mise en place. Malgré l'augmentation du nombre de prescriptions des médecins généralistes, ce mode d'entrée reste minoritaire en proportion. Leur part a même diminué, passant entre 2007 et 2011 de plus de 39 % à 29 %, même s'il est légèrement supérieur pour les patients de plus de 75 ans (34,16 % en 2011 contre 39,11 % en 2007).

⁵⁵. Décret du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins.

Lorsque l'HAD est prescrite par un praticien hospitalier, l'hospitalisation ne peut aboutir que si le médecin traitant accepte d'assurer la prise en charge médicale, rôle que selon les textes il est le seul à pouvoir assurer. En pratique, les médecins traitants sont souvent réticents à s'engager dans une HAD, par méconnaissance du dispositif, scepticisme par rapport à sa valeur ajoutée et crainte des contraintes associées selon les rares études sur ce point⁵⁶. La question de la rémunération, actuellement le tarif d'une visite, apparaît également comme un frein : elle est considérée comme insuffisante au regard du temps passé, plus important que pour les autres patients (visites à domicile plus fréquentes et plus longues, temps de coordination avec les autres intervenants, etc.). La mise en place de nouveaux modes de rémunérations dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention médicale⁵⁷ pourrait cependant permettre une meilleure prise en compte de la participation des médecins traitants à la prise en charge en HAD.

b) Des praticiens hospitaliers souvent mal informés

La prescription hospitalière reste le mode d'entrée dominant en HAD (67 % des entrées en 2011), essentiellement depuis le court séjour, seules 2,6 % des entrées étant en provenance de services de soins de suite et de réadaptation. Les médecins hospitaliers connaissent pourtant souvent mal l'HAD et cette prescription reste très liée à certains praticiens : peu de services hospitaliers ont systématiquement intégré la sortie en HAD parmi les possibilités d'aval, à l'exception des régions qui ont déployé des outils d'aide à l'orientation des patients intégrant ce mode de prise en charge⁵⁸.

c) Des établissements médico-sociaux confrontés à des difficultés

Les admissions à partir d'établissements médico-sociaux ont connu une montée en charge régulière mais lente. Initié en 2008 avec 748 patients et plus 34 000 journées d'activité, ce mode d'entrée a concerné en 2011 4 170 patients provenant de 229 établissements et généré près de 137 000 journées (soit 3,5 % du total des journées en 2011 et moins de 9 % des journées dédiées à la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus).

⁵⁶. Thèse pour le doctorat en médecine, Ioana Cucuteanu Muller, faculté de médecine de Nancy, *Implication des médecins généralistes dans l'HAD dans l'ouest vosgien*, 12 décembre 2011. Étude effectuée par Kantar Health pour le compte de santé service *Freins et motivations des médecins généralistes à l'HAD*, décembre 2009. Ministère de la santé et des sports et SANESCO, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, 2011

⁵⁷. Avenant du 26 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, du 26 juillet 2011.

⁵⁸. L'outil d'aide à l'orientation des patients le plus utilisé est « Trajectoire ». Initialement développé dans la région Rhône-Alpes, il a pour objectif de faciliter le circuit des patients entre les services de court séjour et les services de SSR. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de rééducation, La Documentation française, septembre 2012, p. 339-369, disponible sur www.ccomptes.fr.

Il est difficile en l'état actuel de mesurer la part d'hospitalisations raccourcies ou évitées, ce qui devrait constituer un des principaux objectifs de l'HAD dans ce contexte : outre les faibles nombres de patients concernés, on ne dispose pas de données sur les taux et les motifs d'hospitalisation propres aux résidents provenant d'un EHPAD⁵⁹. Les différents acteurs mettent en avant plusieurs obstacles au développement de cette prise en charge : la liste limitative des indications⁶⁰, la minoration de la tarification⁶¹, la complexité administrative et des freins de nature culturelle tenant notamment à la méconnaissance de ce type de prise en charge par les médecins coordonnateurs.

La mise en place de l'HAD en établissement accueillant des personnes handicapées suscite des attentes fortes, notamment dans le domaine de l'accompagnement de personnes, qui, outre des handicaps lourds, sont également atteintes de pathologies chroniques, et dont la prise en charge de la fin de vie gagne à être organisée dans le cadre de leur environnement habituel⁶². Une évaluation nationale relative à ce mode d'intervention au sein des établissements à caractère social ou médico-social doit être organisée à l'initiative du ministère.

C - Un périmètre d'intervention mal reconnu

En l'absence de référentiels précis en matière de recours à l'HAD, il existe des risques de recouvrement de champ avec d'autres modes d'intervention à domicile, d'autant que la définition des différents types de soins en HAD telle qu'établie par une circulaire du 1^{er} décembre 2006 reste floue.

1 - Des zones frontières avec les services de soins infirmiers à domicile

Dans le développement des prises en charge à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)⁶³ tiennent une place considérable, avec plus de 2 000 structures correspondant à plus de 100 000 places installées.⁶⁴

⁵⁹. Un outil, « RESID-EHPAD », est déployé depuis 2012 par la CNAMTS afin d'homogénéiser, systématiser et consolider la transmission d'informations relatives aux consommations de « soins » des résidents, mais les premières analyses sur les coûts des soins des établissements ne sont pas encore connues.

⁶⁰. Arrêté du 24 mars 2009 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD de résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

⁶¹. Une minoration de 13 % des tarifs est appliquée pour les interventions en EHPAD pour tenir compte du « forfait soins ».

⁶². Cf. Pascal Jacob, *Pour la personne handicapée : un parcours de soins sans rupture d'accompagnement, l'hospitalisation au domicile social ou médico-social*, février 2012 (rapport remis au secrétariat d'État en charge de la santé et au secrétariat d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale).

⁶³. Les services de soins infirmiers à domicile sont définis comme des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base.

⁶⁴. Une enquête de la DREES publiée en septembre 2010 fait état pour 2008 de 2 095 SSIAD disposant de 106 000 places prenant en charge annuellement 98 000 personnes.

En principe, les prises en charge en HAD - structures sanitaires - et en SSIAD - structures médico-sociales - sont destinées à des patients différents par leurs besoins en soins. Les pathologies sont le plus souvent chroniques et l'objectif des SSIAD est d'apporter des soins infirmiers, sans actes techniques d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, et de maintenir l'autonomie des personnes en situation de dépendance à leur domicile. Cette distinction est cohérente avec les différences de coût observées : le coût moyen journalier d'une place en HAD est évalué entre 140 et 145 € contre 70 € pour les patients les plus lourds accueillis dans les SSIAD⁶⁵.

Dans la réalité, pour certains patients, en faible nombre toutefois, les frontières entre HAD et SSIAD sont parfois floues. S'agissant des personnes âgées, les deux types de prises en charge peuvent être amenés à se succéder, tandis que certains patients se retrouvent dans une zone non « couverte » (les patients dits « trop lourds » pour le SSIAD et « trop légers » pour l'HAD).

2 - Les programmes de retour à domicile de la CNAMTS

La CNAMTS a mis en place à titre expérimental en 2010 un programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) sur le champ de la maternité, pour les accouchements physiologiques, en réponse à la tendance générale d'un raccourcissement des durées d'hospitalisation. Cette prise en charge avait pendant un temps été développée par certaines HAD. En développant son programme, la CNAMTS estime que ce service permet de proposer aux mères une prise en charge à domicile moins coûteuse que l'HAD (370 € par séjour contre environ 107 € pour les deux visites de sages-femmes)⁶⁶.

Il existe cependant un consensus pour considérer désormais que le post-partum physiologique ne relève pas de l'HAD, cette prise en charge ne nécessitant pas des soins techniques complexes. Elle est d'ailleurs marginale aujourd'hui puisqu'elle représente moins de 1 % (0,78 %) de l'activité, mais a pu créer un certain doute sur le degré réel de complexité des actes dispensés en HAD.

Le développement par la CNAMTS de nouveaux programmes, dans le domaine de la rééducation orthopédique en particulier, pourrait, à défaut de référentiels délimitant les frontières entre les prises en charge, venir se superposer à des prises en charge également en développement par les HAD.

⁶⁵. Les patients en service de soins infirmiers à domicile : le coût de leur prise en charge et ses déterminants, sous la direction de Karine Chevreul, Unité de Recherche en Économie de la santé Île de France, DGCS, 2009.

⁶⁶. 48 000 femmes ont bénéficié du PRADO entre janvier 2010 et janvier 2013.

3 - Les prestataires de santé à domicile

Les prestataires de santé à domicile, qui sont des entreprises commerciales⁶⁷, se positionnent depuis quelques années sur des prises en charge plus complexes que la simple fourniture de matériels médicaux. Ils s'attribuent également un rôle de coordination des différents professionnels autour de la prise en charge des patients, comme au domicile aussi les infirmiers libéraux. Si les intervenants de ce secteur en forte expansion ont un rôle à jouer dans les prises en charge à domicile en lien avec la médecine de ville, ils peuvent cependant difficilement prétendre à une prise en charge coordonnée pour des patients atteints de pathologies sévères nécessitant des soins lourds et une coordination médicale et paramédicale intensive. Là encore, l'absence de référentiel d'activité pour l'hospitalisation à domicile facilite la contestation de son positionnement et la mise en cause de ses coûts à partir d'études parfois méthodologiquement peu rigoureuses. La place et les missions des prestataires par rapport aux autres intervenants à domicile, ainsi que leur degré de professionnalisation, mériteraient d'être précisés.

*
**

La prise en charge en HAD permet de soigner des patients nécessitant des soins techniques et complexes à leur domicile. Plébiscitée par les patients, elle répond à des attentes fortes. Toutefois son lent développement a fragilisé son positionnement alors que dans le même temps la prise en charge au domicile des patients s'est considérablement développée selon des modalités très diverses. La définition de référentiels d'activité et la réalisation d'évaluations médico-économiques sont aujourd'hui nécessaires pour mieux étayer sa légitimité.

II - Une légitimité à encore mieux étayer

L'hétérogénéité des structures, le déploiement inégal de l'offre, les difficultés à définir précisément son champ d'intervention appellent une clarification du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile.

A - Renforcer la capacité des structures à assumer leurs missions

1 - Définir une taille critique pour respecter les impératifs qui s'imposent à un établissement de santé

En 2009, la loi HPST a fait des HAD des établissements de santé. Ce choix impose des contraintes fortes qui ne peuvent toujours être respectées.

⁶⁷. Ces entreprises peuvent bénéficier d'un agrément afin d'assurer des services d'assistance médicoteknique (fourniture de matériel médical - assistance respiratoire, matériel de perfusion -), mais également maintenance et assistance technique.

Ainsi les structures de HAD doivent répondre, comme les autres établissements de santé, aux procédures de certification. La Haute Autorité de santé (HAS) a ainsi adapté son manuel de certification et construit un guide spécifique à l'HAD à l'intention des experts visiteurs. Les résultats de la certification analysés par la HAS pour 18 structures autonomes et 22 rattachées à d'autres établissements de santé, mettent en évidence plusieurs difficultés.

Le développement de systèmes d'information adaptés à l'hospitalisation à domicile a fait l'objet d'efforts insuffisants alors qu'ils sont une condition indispensable pour disposer de dossiers des patients partagés et accessibles aux différents intervenants.

Le circuit du médicament en HAD est très spécifique puisqu'il intègre le domicile des patients. Il fait intervenir des acteurs extérieurs (pharmacies d'officine, personnel libéral, ainsi que le patient⁶⁸ et son entourage), ce qui nécessite une adaptation permettant de concilier les impératifs de qualité, de sécurité et de traçabilité de la dispensation pharmaceutique et les réalités de la prise en charge à domicile.

Les structures d'hospitalisation à domicile sont tenues d'assurer une continuité des soins 24 heures sur 24 et un passage des personnels soignants 7 jours sur 7. Une circulaire de 2006 indique que « ni le SAMU, ni le centre 15 n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la permanence des soins ». Les médecins traitants n'assurent cependant qu'exceptionnellement la permanence des soins dans le cadre de l'HAD. Si la plupart des structures de grande taille disposent d'une astreinte téléphonique infirmière, souvent doublée d'une astreinte par un médecin coordonnateur, ce n'est pas le cas pour les plus petites, épisodiquement confrontées à des appels de nuit. Dans la pratique, dès lors que les procédures sont formalisées, et à titre dérogatoire, les ARS font généralement preuve d'une certaine souplesse, notamment pour le recours au centre 15 qui est informé préalablement des patients en HAD et dont le nombre d'interventions dans ce contexte reste très faible.

Ainsi, les exigences qui s'imposent aux structures d'hospitalisation à domicile en tant qu'établissements de santé requièrent un niveau d'organisation et de professionnalisme qui est difficilement compatible avec une trop faible dimension. La définition de critères de taille et d'activité minimale paraît souhaitable, même si elle ne fait pas consensus. La taille critique d'une structure était estimée, en 2006, par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins à 9 000 journées par an mais ce seuil indicatif n'a pas été redéfini depuis⁶⁹. Par rapport à ce taux, deux tiers des structures avaient en 2010 une activité inférieure à 9 000 journées, ce qui pose la question de la viabilité d'un certain nombre d'entre elles.

⁶⁸. La Haute Autorité de santé indique que l'administration du médicament par le patient lui-même se fonde uniquement sur la circulaire du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et n'a donc pour l'instant pas de base légale.

⁶⁹. Circulaire DHOS du 1^{er} décembre 2006, relatif à l'hospitalisation à domicile.

2 - Diversifier la prise en charge médicale

Qu'il soit ou non le prescripteur de l'HAD, le médecin traitant⁷⁰, formellement, est le « pivot » de la prise en charge : sollicité par le médecin coordonnateur pour l'admission, il assure le suivi médical, la surveillance des soins, et fait appel si besoin à un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur, référent médical de la structure, émet un avis médical pour toute admission et sortie, et, sur la base d'un protocole de soins, assure la coordination avec les médecins libéraux et hospitaliers ainsi qu'avec les équipes soignantes et les services sociaux. En principe il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf « en cas d'urgence absolue ».

Dans les faits, le partage des rôles entre médecin coordonnateur et médecin traitant est variable selon les patients, les médecins, et d'un établissement à l'autre. Le cadre réglementaire gagnerait à être assoupli pour en tenir compte, en particulier pour les prises en charge très spécialisées ou particulièrement complexes ainsi qu'en raison de la démographie médicale défavorable sur certains territoires. De nombreuses structures et notamment les plus importantes se sont dotées en effet de compétences spécialisées en soins palliatifs, en prise en charge de la douleur, en plaies et cicatrisations, en gériatrie ou en pédiatrie, en rééducation etc. La place du médecin traitant doit en revanche rester centrale dans les processus d'admission et de sortie d'HAD, d'autant que près de deux sorties sur trois se fait vers le domicile.

B - Clarifier les champs d'intervention

1 - Développer des référentiels d'activité

Disposer de référentiels définissant plus précisément les critères et les modalités de prise en charge en HAD constitue un préalable à une évolution des pratiques en faveur d'un recours plus systématique à cette dernière de la part des professionnels de santé.

Le seul référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé n'a cependant porté que sur la prise en charge périnatale. Le recours à l'HAD dans le domaine de la cancérologie reste en particulier peu formalisé : or cette pathologie représente, selon les diagnostics principaux, 33 % des journées d'hospitalisation, 37 % des séjours et 28 % des patients en HAD⁷¹. Ils font l'objet de prise en charge liées à la chimiothérapie, mais également aux soins palliatifs, à la prise en charge de la douleur, ou à la nutrition parentérale. L'institut national du cancer (INCA) a réalisé en 2010 un état des lieux mettant en évidence un faible pourcentage de chimiothérapies intraveineuses en HAD, la plupart des traitements étant d'administration simple et plutôt dans le cadre de prises en charge en relais qu'initiales, mais les pratiques sont hétérogènes.

⁷⁰. La circulaire DHOS du 1^{er} décembre 2006, relative à l'hospitalisation à domicile, précise que le médecin traitant est librement choisi par le malade.

⁷¹. Ces chiffres sont comparables sur la période 2007-2011, avec un tiers des journées et près de 38 % des séjours en lien avec le diagnostic principal « tumeurs ».

Le cas particulier de l'HAD en psychiatrie

La possibilité de recourir à l'HAD en psychiatrie est reconnue depuis la circulaire du 4 février 2004, mais peu développée, alors même que comme le soulignait la Cour, se constate un poids excessif de l'hospitalisation complète et une augmentation trop modeste des alternatives à l'hospitalisation complète.

Selon le ministère, 13 établissements sont titulaires d'une autorisation d'HAD en psychiatrie. Un certain nombre d'ARS sont engagées dans des expérimentations ou sont en passe de le faire. La région Rhône-Alpes finance depuis l'automne 2011 une activité d'HAD en psychiatrie, portée par l'association « santé mentale et communautés » ; le Nord – Pas-de-Calais, et les Pays de la Loire ont lancé un appel à projets et sont en cours de sélection des opérateurs. L'Île-de-France a également prévu à titre expérimental « d'étudier l'opportunité et la faisabilité d'un développement de la prise en charge dans le champ de la psychiatrie ».

Les expérimentations d'HAD en psychiatrie mériteraient d'être mieux recensées et évaluées au niveau national : si elles apportent la démonstration de leur valeur ajoutée par rapport aux équipes mobiles de secteur, elles sont susceptibles d'apporter des réponses adaptées à des patients qui seraient sinon hospitalisés.

L'absence de référentiels peut expliquer que l'HAD est peu prise en compte dans les plans de santé publique, qu'il s'agisse du plan cancer (2009-2013), du plan accidents vasculaires cérébraux (2010-2014), du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques (2007-2011) ou du plan Alzheimer (2008-2012). Seul le plan soins palliatifs 2008-2012 fait explicitement référence à l'HAD, « acteur essentiel de l'organisation des soins palliatifs au domicile ».

2 - Mieux inscrire l'HAD dans les parcours de soins

La valorisation des atouts de l'HAD dans le parcours de soins est de nature à la distinguer d'autres démarches cherchant à la concurrencer.

La volonté des pouvoirs publics de faire évoluer le système de santé vers un modèle mieux intégré et coordonné sous forme de parcours de soins est de nature à renforcer la place de l'HAD, par définition à l'interface entre soins hospitaliers et médecine de ville.

En effet, la coordination constitue le cœur de métier de l'HAD : coordination médicale entre différents médecins (hospitalier, traitant, coordonnateur d'HAD, d'EPHAD), 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 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.

C - Un intérêt financier à approfondir

En dépit de difficultés méthodologiques, des études médico-économiques ont mis en évidence l'intérêt de l'HAD dès lors que les comparaisons portent sur des patients qui, faute de cette prise en charge, relèveraient d'une hospitalisation complète. Ces études, réalisées avant la mise en place de la tarification à l'activité, devraient être actualisées sur la base d'une nouvelle étude de coûts constituant le préalable à la révision de la tarification.

1 - Une tarification à l'activité obsolète

Depuis 2006, après une brève période d'expérimentation, les structures d'hospitalisation à domicile, qu'elles aient été auparavant sous dotation globale ou sous objectif quantifié national, sont financées par un mécanisme de tarification à l'activité.

Un modèle tarifaire spécifique à l'HAD

La mise en place du PMSI-HAD et de la T2A-HAD depuis 2005 se sont faites 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 2003⁷². Le modèle repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT) destiné à couvrir l'essentiel des moyens humains, matériels, 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, le degré de dépendance du patient et la durée de prise en charge. Les tarifs sont pratiquement identiques aux coûts établis par le CREDES en 2003.

Les médicaments très onéreux peuvent être facturés « en sus »⁷³ dès lors qu'ils font partie de la liste définie pour les établissements de court séjour. Or certains médicaments coûteux utilisés en HAD ne font pas partie de cette liste ou en ont été supprimés⁷⁴. Ce surcoût est difficile à supporter pour certaines structures, ce qui peut les amener à refuser ces patients. Le ministère ne prévoit pas cependant de modification de la liste en sus des molécules onéreuses prescrites en HAD. Celles sorties de la liste et non réintégrées ont été regroupées dans une enveloppe d'aide à la contractualisation pour 2013.

Ce nouveau mode de rémunération a eu dans un premier temps un effet incitatif pour bon nombre de structures, ce qui explique en grande partie le développement de l'activité constaté les années suivantes⁷⁵. Toutefois les tarifs n'ont jamais été réactualisés, tandis que de nouvelles obligations réglementaires, l'augmentation de certaines charges représentant une part importante des dépenses (personnel, transports, logistique, carburants...), ainsi que les tarifs des partenaires libéraux des HAD (infirmiers libéraux) ont accru les coûts de fonctionnement des structures.

⁷². Anne Alignon, Laure Com-Ruelle, Thomas Renaud, série analyse, CREDES *Évaluation du coût de la prise en charge en HAD*, juin 2003. Les données émanaient pour l'essentiel des trois structures d'HAD les plus anciennes et de grande dimension (santé service et l'HAD de l'AP-HP en Île-de-France, soins et santé à Lyon).

⁷³. Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

⁷⁴. Il s'agit généralement d'antibiotiques ou d'antiviraux de la réserve hospitalière, de chimiothérapies orales, d'immunosuppresseurs.

⁷⁵. Cf. *infra*.

La tarification à l'activité de l'HAD souffre de fait de nombreuses limites. La classification des groupes homogènes de prises en charge (GHPC) apparaît en particulier sommaire, incomplète et établie en fonction de simples considérations tarifaires, contrairement à celles relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

L'absence de révision des tarifs ou de la classification a ainsi conduit les établissements à s'adapter en optimisant leurs activités. Certaines structures présentent cependant des difficultés financières qui peuvent aussi être attribuées à l'évolution des types de séjours des établissements, à une progression de leurs charges ou à un durcissement des règles de facturation.

La révision du modèle tarifaire de l'hospitalisation à domicile apparaît ainsi comme une nécessité, conditionnée cependant par la réalisation de nouvelles évaluations médico-économiques de son apport à la maîtrise de la dépense de soins, qui s'avèrent indispensables. Ces études devraient prendre en compte les champs de développement potentiels de l'HAD, en particulier les hospitalisations évitables, notamment pour les personnes âgées dépendantes.

2 - La nécessité de nouvelles évaluations médico-économiques

La question de l'efficacité de la prise en charge en HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (médecine, chirurgie et obstétrique puis les activités de soins de suite et réadaptation) a été posée très tôt pour répondre à l'objectif initial d'économies sur les dépenses hospitalières conventionnelles.

Dans son étude du coût de la prise en charge en HAD de 2003⁷⁶, le CREDES concluait à un coût moindre en HAD qu'en hospitalisation complète en court séjour (140 à 145 € contre un coût moyen journalier reconstitué de 450 € en hospitalisation de jour et de 300 à 750 € en hospitalisation conventionnelle avec hébergement), soit une économie pouvant aller jusqu'à 80 % par rapport à certaines prises en charge en établissements.

Dans une analyse comparée de la chimiothérapie réalisée à l'hôpital et au domicile, publiée en 2005⁷⁷, la HAS estimait, en concordance avec la littérature médico-internationale, que globalement, la prise en charge en HAD est moins coûteuse qu'une hospitalisation avec hébergement malgré des difficultés méthodologiques (coût des molécules onéreuses notamment)⁷⁸.

En ce qui concerne les activités de soins de suite et de réadaptation, une étude du CREDES, publiée en 2008, a comparé la prise en charge en HAD et SSR, pour des patients ayant le même profil médical et présentant une forte homogénéité, à partir de données collectées en 2005 et 2006. Tout en soulignant des problèmes méthodologiques, elle conclut à des coûts de fonctionnement moyens systématiquement plus faibles en HAD, avec une différence particulièrement marquée chez les personnes âgées dépendantes (coût journalier, pour une activité de même type, de 262 € en SSR contre 169 € en HAD), soit un différentiel de 40 %.

⁷⁶. CREDES, *Évaluation du coût de la prise en charge en HAD*, 2003.

⁷⁷. HAS, *Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels*, 2005.

⁷⁸. La Haute Autorité de santé a été saisie par la DGOS dans le cadre de son programme de travail 2013 de deux demandes, l'une d'évaluation médico-économiques de la chimiothérapie en HAD, et l'autre de production de grille d'analyse de la pertinence du point de vue médico-économique des demandes de transferts en HAD.

Ces travaux, qui reposent toutefois sur des données recueillies avant la mise en place de la tarification à l'activité et devraient être actualisés, sont convergents pour souligner le potentiel d'économies considérable que générerait un développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'il s'accompagnerait à due proportion de la suppression effective de lits d'hospitalisation conventionnelle.

Cependant, le champ de la comparaison reste intra-hospitalier alors qu'avec la multiplication des intervenants et des modes de prises en charge au domicile, se pose plus largement désormais la question de mesurer si certains de ces dispositifs seraient susceptibles d'apporter à moindre coût que l'HAD - en intégrant le reste à charge - une même qualité et une même technicité de prise en charge pour des patients strictement comparables au regard de la lourdeur de leurs pathologies. L'HAD doit en effet supporter des coûts de structure importants.

Une évaluation méthodologiquement rigoureuse s'impose en particulier entre prises en charge en HAD et en SSIAD pour des patients qui sont à la frontière de ces deux types d'institutions, l'étude la plus récente sur les coûts des SSIAD⁷⁹ ne concernant pas la prise en charge de patients nécessitant des soins très techniques et impliquant une coordination intensive qui sont spécifiquement du domaine de l'HAD.

3 - L'objectif d'une tarification révisée

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) travaille sur la réactualisation de l'étude nationale des coûts propre à l'HAD, mais se heurte au faible nombre d'établissements participants à l'enquête et à la qualité inégale des données PMSI recueillies, sans préjudice de diverses difficultés méthodologiques.

Les résultats intermédiaires pour l'année 2011 montrent que les activités les plus coûteuses sont en particulier associées à la prise charge des transfusions sanguine (295 €), aux traitements intra veineux et à la nutrition parentérale (269 et 254 €), tandis que les moins coûteuses sont celles associées à l'éducation du patient ou la périnatalité (101 à 129 €). L'imprécision de certains modes de prise en charge accroît la difficulté à s'appuyer sur la classification actuelle pour établir des coûts réels et confirme la nécessité d'évoluer vers une description plus fine des patients pris en charge.

Les résultats des travaux exploratoires sont attendus pour mi 2014, aucun calendrier n'étant toutefois encore fixé pour l'achèvement de l'ensemble du processus de révision du modèle tarifaire, alors même qu'il est indispensable à la fiabilité des résultats de nouvelles études médico-économiques et à une meilleure définition des prises en charge en hospitalisation à domicile.

⁷⁹. Unité de recherche en économie de la santé Ile de France – DGAS 2009 – Les patients en services de soins infirmiers à domicile : le coût des prises en charge et ses déterminants.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans le contexte de la mise en place d'un parcours de soins visant à assurer aux patients des soins mieux coordonnés au meilleur coût, l'hospitalisation à domicile peut représenter un levier pour faciliter une prise en charge graduée et coordonnée des soins, à l'interface de la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Elle trouve cependant aujourd'hui encore difficilement sa place entre ces deux secteurs, en raison certes d'un développement resté plus marginal que dans nombre de pays étrangers, mais aussi du fait d'un positionnement mal connu des prescripteurs, hospitaliers comme libéraux, d'un pilotage par le ministère de la santé insuffisamment construit et d'un périmètre d'activité mal précisé.

Consolider sa place suppose ainsi d'encre mieux étayer sa légitimité, qu'il s'agisse de la nécessité de définir une taille critique à même de permettre aux structures de respecter les obligations qui leur incombent en tant qu'établissements de santé à part entière, d'actualiser et d'élargir les évaluations médico-économiques de ses activités, en particulier au regard de nouveaux modes de prise en charge en ville qui peuvent la concurrencer, et de rénover en conséquence un modèle tarifaire obsolète.

C'est à ces conditions que l'hospitalisation à domicile pourrait progressivement atteindre en France la part qui est la sienne dans certains pays étrangers, quatre fois supérieure à l'objectif fixé par les pouvoirs publics pour 2018, en faisant encore davantage coïncider intérêt des patients et économies, potentiellement importantes, pour l'assurance maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. élaborer des référentiels d'activités de l'hospitalisation à domicile ;*
 - 2. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extrahospitalière en ville ;*
 - 3. mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD.*
-

**Annexe n° 3 : nombre moyen de patients pris en charge par jour
et pour 100 000 habitants France entière et par région, de 2011 à 2014**

	2011	2012	2013	2014
France entière	16,5	17,7	18,4	18,5
Ile-de-France	19,4	20,3	20	19,9
Champagne-Ardenne	13,1	13,9	15,5	16
Picardie	19,1	20,2	21,3	22
Haute-Normandie	12,1	11,6	11,5	11,6
Centre	15,9	16,7	18,4	18,5
Basse-Normandie	20,1	22,1	20,3	19,6
Bourgogne	11,5	11,8	12,2	13,4
Nord-Pas-de-Calais	20,3	21,7	22	22
Lorraine	9,1	10,1	10,2	11,8
Alsace	12,1	13	11,9	11,4
Franche-Comté	12,6	13,2	13,4	13,9
Pays-de-la-Loire	12	13,3	14,5	14,2
Bretagne	12,5	14,7	15,9	16
Poitou-Charentes	15,9	16,4	16,5	17
Aquitaine	20,8	22,3	23,7	24,1
Midi-Pyrénées	13,2	13,8	14,8	15,1
Limousin	21,4	22,8	25,8	24,8
Rhône-Alpes	17,2	17,8	19,5	20
Auvergne	14,6	15,6	14,2	15,7
Languedoc-Roussillon	8,2	12	14,4	15,5
PACA	17,5	17,6	19,3	19,3
Corse	27,1	27,9	31,8	19,9
Guadeloupe	62,4	75,2	71,8	76,9
Martinique	8,7	15,6	13,1	11,2
Guyane	49,8	51,7	50,8	59,6
Réunion	21,9	25	25	23

Annexe n° 4 : les modes de prise en charge en HAD

Liste des modes de prise en charge autorisés en mode de prise en charge principal (MPP) et/ou mode de prise en charge associé (MPA)*.

01 - assistance respiratoire	13 - surveillance post chimiothérapique anticancéreuse
02 - nutrition parentérale	14 - soins de nursing lourds
03 - traitement intraveineux	15 - éducation du patient et de son entourage
04 - soins palliatifs	17 - surveillance de radiothérapie
05 - chimiothérapie anticancéreuse	18 - transfusion sanguine
06 - nutrition entérale	19 - surveillance de grossesse à risque
07 - prise en charge de la douleur	21 – postpartum pathologique
08 - autres traitements	22 - prise en charge du nouveau-né à risque
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	24 - surveillance d'aplasie
10 - post traitement chirurgical	25 – prise en charge psychologique et/ou sociale **
11 - rééducation orthopédique	
12 - rééducation neurologique	

*La numérotation correspond aux codes de prise en charge du guide méthodologique de l'ATIH pour l'HAD.

** Autorisé uniquement en mode de prise en charge associé.