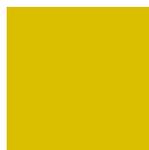


FNEHAD RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015-2016



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

REGARDS CROISÉS SUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE 6 PORTRAITS POUR COMPRENDRE CETTE PRISE EN CHARGE

La FNEHAD a souhaité mettre en avant des acteurs de l'hospitalisation à domicile, qui la vivent et la rendent possible au quotidien : patients, aidants, professionnels de santé... Pour cela, nous sommes allés à leur rencontre et avons recueilli leurs témoignages. Tout au long de ce rapport d'activité vous pourrez retrouver leurs expériences, leurs avis et leur vécu sur cette prise en charge entre l'hôpital et leur domicile.

La FNEHAD souhaite remercier les personnes qui ont accepté d'apporter ces témoignages.

FNEHAD 2016

DIRECTION DE LA RÉDACTION

D^r **Élisabeth Hubert**, présidente de la FNEHAD • **Éric Ginesy**, délégué national

CHEFFE DE PROJET

Vanessa Jollet, chargée de communication

RÉDACTION

Éric Ginesy, délégué national • **Anne Dabadie**, chargée de mission coopérations externes • **Lauralee Debreuil**, assistante administrative • **Guenièvre Grisolet**, chargée de mission formation et affaires générales • **Jean-Philippe Natali**, chargé de mission médico-économique • **Florence Reichmuth**, assistante de direction • **Maud Robert**, chargée de mission organisation des établissements

CRÉATION GRAPHIQUE

Angélique Blanchard & Biblis Duroux

PHOTOGRAPHIES

Éric Durant
Philippe Noisette
Sabine Raillard

PARTENAIRE PRINCIPAL



LA FNEHAD

Créée en 1973, la FNEHAD (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile) est la seule fédération hospitalière dédiée à l'hospitalisation à domicile (HAD).

Elle regroupe plus de 240 établissements d'HAD installés sur le territoire métropolitain et ultramarin, quel que soit leur statut juridique.

Ces structures ont réalisé, en 2015, plus de 90% des journées d'hospitalisation à domicile.

La Fédération agit au quotidien pour :

- promouvoir l'identité et le rôle de l'HAD ;
- défendre l'HAD auprès des pouvoirs publics et l'ancrer dans les dispositifs sanitaires ;
- œuvrer à son développement sur tout le territoire national afin d'en favoriser l'accès à toute la population ;
- représenter l'HAD en région ;
- mutualiser et promouvoir l'expérience de ses adhérents ;
- accompagner les professionnels, les réunir, les former et les informer.

LES TEMPS FORTS

2015

4 ET 5 JUIN
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DE LA FNEHAD
À MONTPELLIER

17 OCTOBRE
PUBLICATION
DE L'INSTRUCTION
RELATIVE
AUX TRAITEMENTS
COÛTEUX

JUILLET
DIFFUSION D'UN
PROJET DE CONTRAT
DE COOPÉRATION
HAD/IDEL

2 DÉCEMBRE
« À L'AIDE !
QUELS SOUTIENS
POUR LES AIDANTS ? »
19^e Journée nationale
de la FNEHAD clôturée
par Marisol Touraine,
ministre des Affaires
sociales et de la Santé

6 DÉCEMBRE
PLAN SOINS PALLIATIFS
2015-2018,
UNE PLACE RECONNUE
POUR L'HAD

2016

JANVIER
CAMPAGNE NATIONALE
DE LA FNEHAD
pour sensibiliser
les prescripteurs
de l'hospitalisation
à domicile

17 JANVIER
PUBLICATION AU JO DE LA LOI
DE MODERNISATION
DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
prévoyant « le droit pour toute
personne d'être informée
par les professionnels de santé
de la possibilité d'être pris
en charge à domicile, dès lors
que son état le permet »

20 JANVIER
RAPPORT DE LA COUR
DES COMPTES
SUR L'HOSPITALISATION
À DOMICILE

3 FÉVRIER
PUBLICATION AU JO DE LA LOI
CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS
en faveur des malades
et des personnes en fin de vie

FÉVRIER
LA HAS RECONNAÎT
LA COMPÉTENCE EXCLUSIVE
DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD
pour la réalisation des traitements
par pression négative à domicile

10 FÉVRIER
LE D^r ÉLISABETH HUBERT,
EST AUDITIONNÉE
SUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE
PAR LA MECSS, Mission d'évaluation
et de contrôle des lois de financement
de la Sécurité sociale

1^{ER} MARS
PUBLICATION DU GUIDE
MÉTHODOLOGIQUE 2016,
introduction du nouveau mode
de prise en charge MP29,
« sortie précoce de chirurgie »

4 MARS
CAMPAGNE TARIFAIRE 2016,
LES TARIFS HAD (EX-DG)
EN HAUSSE DE 0,4%


25 MAI
JOURNÉE DE L'HOSPITALISATION
À DOMICILE
(PARIS HEALTHCARE WEEK)


9 ET 10 JUIN
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DE LA FNEHAD
À LA ROCHELLE

Construire ensemble l'HAD de demain

Je vous invite à ce que le travail conjoint avec les HAD de votre territoire a direction des prescripteurs



DOCTEUR ÉLISABETH HUBERT,
présidente
de la FNEHAD

L'année écoulée a été marquée par une intense actualité législative. La FNEHAD a défendu, dans les différents textes, l'introduction de dispositions qui reconnaissent, au-delà de l'hospitalisation à domicile, le souhait des usagers d'être pris en charge à leur domicile, chaque fois que cela est médicalement possible. Cette demande a été entendue tant dans la loi sur la fin de vie que dans la loi de modernisation de notre système de santé.

Bien d'autres dispositions ont été prises pour préciser la place de l'HAD dans **les groupements hospitaliers de territoire (GHT)**, dans **les plateformes territoriales d'appui**, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de performance des établissements médico-sociaux.

La place de l'HAD est ainsi de plus en plus reconnue par les acteurs institutionnels comme un élément incontournable de la réorganisation sanitaire et un levier pour accompagner la réduction capacitaire des établissements avec hébergement.

Cependant, la croissance de l'activité reste limitée à +3,2% en 2015, après +1,7% en 2014. La persistance de ce taux de croissance limité ne peut manquer de nous interpeler. Une part en est certainement attribuable à la couverture désormais exhaustive du territoire. Cette faible progression est également liée, pour partie, à l'arrêt d'activité ou à la reprise

de quelques structures. Néanmoins, ces réalités n'expliquent pas à elles seules la situation, puisque dans certains territoires déjà très bien couverts, les taux de progression restent à deux chiffres. C'est donc bien sur le terrain de la qualité et de la lisibilité de notre offre que nous devons continuer à travailler, en proposant à nos prescripteurs, hospitaliers et généralistes, **des critères clairs d'admission, communs aux établissements présents sur un même territoire**. Cette exigence sera renforcée par la mise en place des GHT, qui vont définir, filière par filière, la place de l'HAD.

La FNEHAD accompagne cet effort de lisibilité et de connaissance. À l'occasion des vœux de 2016, j'ai écrit à l'ensemble des médecins généralistes pour leur rappeler que, depuis 1992, ils ont le droit de prescrire directement une admission en HAD. La FNEHAD a engagé, en juillet 2015, **des travaux avec la Conférence des directeurs généraux de CHU avec une telle ambition**.

Conformément à la demande formulée et suite à une demande des ministères, la Haute Autorité de santé a annoncé, d'ici à avril 2017, **un algorithme décisionnel pour guider les prescripteurs dans leurs indications d'HAD**.

Pour apporter aux établissements les outils qui leur permettent de faire face à ces défis engendrés par les évolutions de notre environnement, la FNEHAD a adapté son programme de formation. Elle a notamment formé massivement les établissements à la nomenclature des actes infirmiers, afin qu'ils soient en mesure de s'approprier le projet de convention HAD/infirmiers libéraux diffusé en avril 2016.

Autant d'ambitions portées par la fédération auprès de ses adhérents et des prescripteurs, qui nous permettront de construire ensemble l'hospitalisation de demain.

1. **PROMOUVOIR L'HAD AVEC LE SOUTIEN DES POUVOIRS PUBLICS ET DE NOS PARTENAIRES**

P. 7

2. **PRÉPARER L'HAD DE DEMAIN**

P. 19

3. **UNE FÉDÉRATION AU SERVICE DE SES ADHÉRENTS**

P. 25

4. **LA VIE DE LA FÉDÉRATION**

P. 33

5. **L'HAD EN CHIFFRES**

P. 41



L'HAD ça donne plus de liberté. Ça redonne le moral malgré tout et ça encourage pour la guérison.

JEAN-MARIE V.,
patient

1. PROMOUVOIR L'HAD AVEC LE SOUTIEN DES POUVOIRS PUBLICS ET DE NOS PARTENAIRES

Les pouvoirs publics attentifs
au développement de l'HAD

P.8

Promouvoir l'HAD avec nos partenaires

P.16

Les pouvoirs publics attentifs au développement de l'HAD

UNE INTENSE ACTIVITÉ LÉGISLATIVE

L'année 2016 a été marquée par une forte actualité législative et par l'adoption de plusieurs mesures importantes relatives à l'hospitalisation à domicile.

Loi de modernisation de notre système de santé

Plusieurs ajustements du projet de loi de santé ont été adoptés par la représentation nationale concernant l'HAD :

- **la possibilité pour les établissements d'HAD de participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui** à la coordination des parcours de santé complexes (article 74/article L. 6327-2 du code de la santé publique);
- **l'association systématique des établissements d'HAD**, quel que soit leur statut (public, privé à but non lucratif, privé commercial), à l'élaboration des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (article 107/article L. 6132-1 du code de la santé publique);
- **les modes de prise en charge sans hébergement devront faire l'objet d'une prise en compte particulière dans les diagnostics territoriaux des projets régionaux de santé** (article 158/L. 1434-10 du code de la santé publique);
- **la reconnaissance du libre choix du patient de son mode de prise en charge**, à domicile ou en ambulatoire, et du droit qui lui a été accordé d'être informé des différentes formes de prise en charge, notamment en matière de soins palliatifs (article 175/article L. 1111-2 du code de la santé publique).

Loi sur la fin de vie

Le texte de la loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dispose dans son article 4 que :



Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »

La FNEHAD participe aux ateliers correspondant aux quatre axes du Plan national pour le développement des soins palliatifs.

PLAN SOINS PALLIATIFS

Le Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie a été rendu public le 3 décembre 2015, en appui de la loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. **Ce plan a notamment pour ambition de placer le patient au cœur des décisions qui le concernent** et de développer les prises en charge au domicile.

Une des mesures adoptées par ce plan, la mesure n°10, concerne spécifiquement l'HAD et est déclinée en trois actions :

- **ACTION 10-1**: fixer des objectifs de prescription de soins palliatifs en HAD à tous les établissements de santé pour doubler le

nombre de patients admis à la fin du programme;

- **ACTION 10-2**: évaluer les conditions des interventions de l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux et identifier les freins et les leviers pour favoriser leur développement;
- **ACTION 10-3**: encourager la prise en charge des patients souffrant de maladies neurodégénératives en situation de grande dépendance. Cette action prévoit une réflexion sur les obstacles à ce type de prise en charge, notamment en matière tarifaire, sera menée de manière à les lever quand cela est justifié.

Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement

Par voie d'amendement parlementaire, la loi d'adaptation de la société au vieillissement a consacré l'obligation que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des Ehpad contiennent des objectifs « d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs » (article 58/L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles).


0,4 %
LA PROGRESSION
DES TARIFS D'HAD
EN 2016

UNE ÉVOLUTION TARIFAIRE RELATIVEMENT FAVORABLE

Des tarifs en progression

La progression des tarifs d'HAD en 2016 sera de 0,4% pour le secteur ex-DG, comme en 2015.

Le secteur ex-OQN bénéficie également d'une hausse de 0,4%, mais celle-ci est contrebalancée par une diminution de 0,65% au titre du CICE et du Pacte de responsabilité. L'évolution des tarifs pour ce secteur est donc de -0,25%.

Un financement partiel des traitements coûteux

Certains médicaments, ne figurant pas sur la liste en sus, représentent un coût proportionnellement plus important pour les établissements d'hospitalisation à domicile que pour les établissements MCO, compte tenu des différences de niveaux de tarification.

Afin d'identifier les molécules potentiellement concernées, **la DGOS a mis en place, depuis 2015, un recueil d'information relatif aux traitements coûteux hors liste en sus spécifique aux HAD.**

Ce recueil est réalisé en deux étapes distinctes :

- FICHSUP en 2015 pour pouvoir disposer des premiers éléments d'analyse sur les consommations ;
- FICHCOMP à partir de 2016 pour pouvoir rattacher les consommations aux séjours.

Une liste de 29 traitements coûteux a été établie, sur la base des enquêtes déjà réalisées par certaines ARS et d'une proposition concertée de l'ensemble des fédérations hospitalières.

Ce recueil a été suivi d'un accompagnement financier des établissements à hauteur de 4 millions d'euros (crédits non reconductibles). Compte tenu d'une consommation de ces traitements coûteux ciblés à hauteur de 10,8 millions d'euros sur la période du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015, **l'enveloppe a permis de couvrir environ 37% des coûts supportés par les établissements et structures d'HAD au titre de ces traitements.**

En 2016, le recueil est réalisé par séjours et les biosimilaires, autres dosages et génériques ont été ajoutés à la liste initiale afin de disposer d'une connaissance plus large des consommations réalisées pour les traitements coûteux ciblés par l'instruction.

Une actualisation de la liste est actuellement en cours de discussion dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la DGOS.

Éligibilité à IFAQ

La FNEHAD a fortement soutenu l'extension du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) aux établissements d'HAD dès 2016.

La rémunération des établissements sera calculée sur la base d'un score déterminé en fonction des résultats de certification, des résultats des indicateurs de qualité et de l'évolution de ces résultats par rapport aux dernières mesures disponibles. Selon le score obtenu, l'établissement obtiendra un taux de rémunération qui sera appliqué à la valorisation de l'activité produite au cours de l'année précédente.

Poursuivre les travaux visant à la réforme de la tarification

Depuis 2015, **l'Atih et la DGOS ont lancé des travaux sur l'«évolution du modèle de description et de financement de l'activité HAD»** auxquels les fédérations représentant l'HAD ont été associées. Ces travaux visent à répondre aux limites du modèle actuel, soulignées par l'IGAS en 2010 et la Cour des comptes en 2013 et 2016.

Une exploitation des travaux réalisés est en cours et doit permettre de modifier les règles de recueil d'information à partir de la campagne 2018-2019 (phase de test) pour une mise en place effective en 2020.

UNE PLACE MIEUX AFFIRMÉE DANS L'OFFRE DE SOINS, MAIS TOUJOURS DISCUTÉE

La Cour des comptes souligne l'intérêt de l'HAD

La Cour des comptes a publié un rapport sur l'hospitalisation à domicile, le 20 janvier 2016, dans lequel elle approfondit les orientations figurant dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2013. **Elle estime le développement de l'HAD encore insuffisant au regard des objectifs fixés par les pouvoirs publics.**



La coordination constitue le cœur de métier de l'hospitalisation à domicile. »

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES, JANVIER 2016

L'Anap positionne l'HAD comme un acteur incontournable des parcours

L'Agence nationale de l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), à travers son nouveau contrat d'objectifs et de performance, présenté au premier semestre 2016, **positionne l'HAD comme un acteur incontournable des parcours** à travers différents projets :

- Le projet Parcours 16-01 relatif à « l'organisation des parcours de santé » inclut des travaux basés sur l'outil Pathos pour apprécier la pertinence du taux de recours des Ehpad à l'HAD.
- Le projet 16-02 relatif aux « outils de connaissance et de pilotage des établissements dans leur territoire » prévoit :
 - le lancement de travaux pour l'adaptation d'Hospidiag à l'HAD ;
 - l'aboutissement des travaux « filières de soins HAD » avec la production de deux outils : l'un permettant à l'établissement d'HAD d'évaluer sa performance interne, l'autre lui permettant d'améliorer la qualité de son dialogue avec les établissements MCO.

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES

JANVIER 2016

RECOMMANDATIONS RÉITÉRÉES ET REFORMULÉES :

- mener à son terme l'élaboration des référentiels d'activité de l'HAD ;
- 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 ;
- 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 :

- recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures ;
- 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 ;
- faciliter les coopérations entre SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et HAD, pour permettre la prise en charge conjointe de certaines situations ;
- 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.

- Le projet 16-05 relatif à «l'appui au plan triennal de transformation du système de santé» identifie le recours accru à l'HAD comme l'un des leviers pour atteindre les ambitions du plan triennal.

- Le projet 16-07 relatif à «l'usage des systèmes d'information dans les établissements et leur environnement» inclut un volet consacré à la définition des exigences en termes de systèmes d'information des établissements d'HAD, incluant la prise en compte de l'interopérabilité avec l'environnement (dossier médical partagé, dossier pharmaceutique, messagerie sécurisée...).

Auditions de la MECSS : lever les freins de l'HAD

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) a inscrit le thème de l'hospitalisation à domicile à son programme de travail du premier semestre 2016.

À cette occasion, **la présidente de la FNEHAD et plusieurs représentants d'établissements d'HAD ont été auditionnés afin de présenter l'activité d'HAD et son positionnement dans l'offre de soins. Les échanges ont également été consacrés à l'identification des freins au développement de cette activité, tels que l'obsolescence du modèle tarifaire, et les leviers pour atteindre les objectifs fixés par les pouvoirs publics.**

Les représentants de l'État (DGOS, ATIH, CNAMTS, HAS, Cour des comptes), des usagers, des fédérations hospitalières et des autres acteurs du système de santé (médecins libéraux et hospitaliers, infirmiers libéraux, prestataires de services à domicile) ont également fait part de leur vision de l'HAD.

CNAMTS : des études médico-économiques pour éclairer ces débats

Attentif à une demande renouvelée par la FNEHAD depuis 2006, le directeur de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), Nicolas Revel, a demandé à ses services d'engager des évaluations médico-économiques sur l'HAD.

Début 2016 une étude sur l'HAD en Ehpad marqué la concrétisation de cette volonté. Les premiers travaux seront complétés par un focus sur les soins palliatifs et notamment le suivi des décès et un élargissement de l'analyse au champ du SSR (soins de suite de réadaptation).

INTERVIEW

ANNE-MARIE ARMANTERAS DE SAXCÉ
DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

La circulaire du 4 décembre 2013 fixait aux directeurs généraux d'ARS un objectif de doublement de l'activité de l'HAD d'ici à 2018. Qu'en est-il de cet objectif trois ans après ?

« Territoire à domicile et gradation de la prise en charge sont les piliers qui portent et doivent développer l'offre de soins. L'HAD est bien un pivot de ce processus. Il est aujourd'hui reconnu que qualité des soins hospitaliers et confort de sa maison sont conciliables. Sous certaines conditions, l'HAD est même bénéfique au patient, notamment pour pallier la perte de repères en établissement, réduire les durées de séjour et favoriser un projet de soins individualisé. C'est pour cela que les pouvoirs publics encouragent de manière volontariste la généralisation de l'offre d'HAD sur le territoire et sa mise en œuvre sur le terrain. Depuis 2005, la progression est forte, avec 200% de patients supplémentaires pris en charge. Ainsi, le nombre de journées recensées a évolué de 1,6% entre 2013 et 2014 et de 4,1% entre 2014 et 2015: la dynamique est encourageante.

Pour autant, nos efforts resteront soutenus car d'ici 2018, l'activité d'HAD devra avoir doublé, pour atteindre un seuil de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants contre 19 à ce jour. Mais aussi, avoir restructuré son offre, accru sa polyvalence tout en développant des prises en charge spécialisées, intensifié ses interventions au bénéfice des personnes âgées et handicapées en établissement médico-social et social.

Pour cela, nous avons d'ores et déjà mené des actions concrètes comme la mise en place du nouveau dispositif de «sortie précoce de chirurgie

Les pouvoirs publics encouragent de manière volontariste la généralisation de l'offre d'HAD



© Photopro.Event / N. Houguenade

par mobilisation de l'HAD», favorisant un retour sécurisé plus rapide au domicile. Nous avons également rendu obligatoire l'informa-

tion du patient sur les modalités de prise en charge qui peuvent lui être proposées, notamment à domicile. Ensuite, les établissements d'HAD pourront intégrer les plateformes territoriales d'appui en interface entre l'hôpital et le domicile, notamment en coopération avec les médecins de ville, qui de plus en plus prescrivent l'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle.

Enfin, les établissements d'HAD seront tout naturellement concernés par les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire, mesure emblématique de la loi de modernisation de notre système de santé.

Ce système doit être conforté dans sa qualité et son efficience: cela s'incarne entre autre par une offre de soins adaptée à l'évolution des besoins des Français. Dans ce cadre, l'HAD a un très bel avenir devant elle. »

INTERVIEW

PR AGNÈS BUZYN
PRÉSIDENTE DE LA HAS

En quoi la HAS peut-elle faciliter la prescription d'HAD ?

« L'installation de l'hospitalisation à domicile dans le paysage sanitaire s'inscrit dans une évolution sociétale et se traduit par une stratégie ambitieuse des pouvoirs publics pour élargir la place de l'HAD en cohérence avec le virage ambulatoire.

Des freins de différentes natures, culturelle, réglementaire et tarifaire sont largement identifiés par les acteurs de l'HAD. L'analyse de la HAS sur le développement de la chimiothérapie en HAD en identifie d'ailleurs un certain nombre, ainsi que les leviers potentiels d'amélioration. Une des carences est le manque de référentiels pour renforcer la connaissance qu'ont les prescripteurs des capacités et du potentiel de l'HAD.

Les travaux engagés par la HAS portent sur l'élaboration d'un algorithme à destination des médecins prescripteurs permettant de définir a priori les cas dans lesquels une prise en charge en HAD serait pertinente dans le parcours de soins. La FNEHAD a bien évidemment été associée à l'élaboration de la feuille de route de ce projet (disponible sur le site HAS).

Élargir la place de l'HAD en cohérence avec le virage ambulatoire



© Cyril Baillieux

Par ailleurs, les établissements d'HAD bénéficient, comme toutes les structures de soins, de la procédure de certification de la HAS, permettant ainsi de les inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Les travaux en cours à la HAS sur la définition de parcours de soins, garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, intégreront naturellement l'HAD. »

INTERVIEW

SOPHIE MARTINON
DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'ANAP

On observe une variabilité du recours à l'HAD d'un territoire à un autre. Quel pourrait être le rôle de l'Anap pour favoriser la couverture de l'ensemble du territoire ?

« Un des objectifs de l'action de l'Anap est de permettre d'améliorer la coordination des différents acteurs du système de santé, par exemple de l'HAD et ses prescripteurs, afin notamment d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients sur un territoire donné.

Dès 2015, L'ANAP a ainsi engagé, avec la FNEHAD, des travaux visant à construire, par un travail partenarial associant des professionnels de terrain, des outils de diagnostic de la performance globale des structures d'HAD et d'identifier les leviers d'amélioration de leurs relations avec les prescripteurs. En effet, on constate une forte hétérogénéité du taux de recours à l'HAD sur le territoire, variant de 11,4 à 22,8 patients pris en charge pour 100 000 habitants sur le territoire métropolitain.

Permettre d'améliorer la coordination des différents acteurs du système de santé



© Anap

Ces travaux ont conduit à l'élaboration de deux outils: l'un permettant à l'établissement de mieux connaître la performance du recours à l'HAD au sein de son territoire, l'autre fournissant une cartographie de ses relations avec les établissements MCO de son aire géographique, en fonction des pathologies prises en charge, afin d'identifier des leviers d'amélioration. »

Promouvoir l'HAD avec nos partenaires

PROMOUVOIR L'INTERVENTION DE L'HAD EN EHPAD AVEC LES FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRES ET MÉDICO-SOCIALES

En mai 2015, les fédérations représentant les établissements d'HAD et/ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) signaient, en présence de la secrétaire d'État chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, une convention de partenariat pour le développement de l'hospitalisation à domicile au sein des Ehpad.

En effet, le constat est connu : **les interventions de l'HAD en Ehpad, autorisées depuis 2007, ne sont pas encore suffisamment développées**, avec une forte variabilité selon les régions, alors que **cette activité permet d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations avec hébergement** pour une population particulièrement à risque et très fragile. Grâce au soutien des fédérations, mais aussi des pouvoirs publics, 5,5% des journées totales d'HAD ont été réalisées en Ehpad en 2015, en hausse de 17,8% par rapport à 2014.



+17,8%
DE JOURNÉES
RÉALISÉES
EN EHPAD EN 2015

Après un an de travaux, les fédérations ont présenté, le 25 mai 2016, lors de la Paris Healthcare Week, deux productions :

- **un dépliant à destination des professionnels de santé.** Intitulée « L'hospitalisation à domicile en Ehpad. Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? », cette plaquette a pour objectif d'expliquer les modalités d'intervention de l'HAD en Ehpad en décrivant les étapes du parcours du résident relevant d'une hospitalisation à domicile. Ces informations sont enrichies de témoignages de professionnels de santé et de résidents ;
- **un site internet à destination du grand public.** « TrouverSonHad.fr » : ce site à destination des patients, de leur entourage et des professionnels de santé permet de trouver un établissement d'HAD, quel que soit son statut, dans leur département. Outre ce moteur de recherche, ce site comporte également des informations relatives à l'HAD en Ehpad.



PLAQUETTE



ENGAGER UN DIALOGUE AVEC LA CNSA POUR DÉVELOPPER LES INTERVENTIONS EN ESMS

Compte tenu des nombreuses problématiques liées au secteur médico-social rencontrées par les établissements d'HAD (intervention en établissements sociaux et médico-sociaux [ESMS], cumul des aides, comme l'allocation personnalisée d'autonomie, et de la prestation de compensation du handicap avec l'HAD, etc.), la FNEHAD a engagé un dialogue avec la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

D'ores et déjà, une page spécifique à l'HAD a été ajoutée au site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr et la FNEHAD a intégré le comité éditorial de ce portail.

INTENSIFIER LE PARTENARIAT ENTRE HAD ET CHU

La Conférence des directeurs généraux de CHU et la FNEHAD ont initié des travaux conjoints afin d'encourager le développement du recours à l'HAD par les services hospitalo-universitaires.

L'objectif des travaux est de rendre plus lisibles pour les prescripteurs les indications de prise en charge en HAD. Pour y parvenir, un groupe de travail composé de représentants de la commission « Stratégie » de la Conférence des directeurs généraux de CHU et de la FNEHAD s'est réuni depuis juillet 2015.

Deux enquêtes, l'une auprès des CHU, l'autre auprès des établissements d'HAD, ont permis de dresser un état des lieux et de repérer les points d'amélioration et les axes de réflexion à privilégier.

Une grille à l'usage des prescripteurs hospitaliers en vue d'un transfert en HAD a fait l'objet d'une expérimentation dans quatre services de CHU volontaires afin d'évaluer l'intérêt d'un tel outil pour des services hospitalo-universitaires.

Les résultats de ces travaux ont fait l'objet d'une présentation lors de la Paris Healthcare Week, le 25 mai 2016.

DÉVELOPPER LA PLACE DES USAGERS

Un partenariat est engagé depuis un an entre la FNEHAD et le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) **pour rendre effectives les avancées législatives reconnaissant le libre choix du patient de son mode de prise en charge**, à domicile ou en ambulatoire, **et son droit d'être informé des différentes formes de prise en charge**, notamment en matière de soins palliatifs.

Le Ciss et la FNEHAD ont convenu de la nécessité de mieux informer les représentants des usagers sur les spécificités de leur mission au sein des établissements d'HAD.



Je souhaite que les gens connaissent mieux les rouages de l'HAD, je souhaite qu'ils entendent qu'à domicile on peut vraiment être bien soigné. »

CÉLINE LECLANCHE,
infirmière libérale

2. PRÉPARER L'HAD DE DEMAIN

Préparer l'évolution
des prises en charge

P.20

Organiser les relations avec
les professionnels libéraux

P.21

Anticiper les évolutions
du système de santé

P.22

Initiatives locales

P.23

Préparer l'évolution des prises en charge

PERMETTRE L'INTERVENTION DE L'HAD EN SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE

Le nouveau Guide méthodologique PMSI HAD se caractérise par **l'introduction d'un nouveau mode de prise en charge** (MP 29 «Sortie précoce de chirurgie», autorisé en Ehpad) pouvant être proposé pour des gestes ciblés par tout établissement d'HAD depuis le 1^{er} mars 2016. L'instruction du 6 juin 2016 précise les modalités de ces prises en charge (type de geste ciblé, organisation du parcours, modalités de coordination entre les équipes, etc.). La DGOS recommande de formaliser cette collaboration par la signature d'une convention.

Une évaluation du dispositif est prévue sur la base du volontariat par voie d'appel à candidatures. Elle se déroulera sur une période de deux ans et fera l'objet d'un accompagnement financier.

DÉFINIR LA PLACE DE L'HAD DANS LES PERFUSIONS À DOMICILE

L'arrêté relatif aux modalités de prise en charge de dispositifs médicaux de perfusion à domicile et prestations associées a été publié au *Journal officiel* le 16 avril dernier.

Cet arrêté modifie le mode de facturation «à la tubulure» qui existait jusqu'alors pour les prestataires de services et les pharmacies d'officine au profit de forfaits incluant des dispositifs médicaux (consommables et accessoires) et pres-

tations associées (installation et suivi). Ce texte est complété par un dispositif d'encadrement tarifaire et de sanction en cas de dépassement d'un montant de dépenses (article 73 de la LFSS pour 2016).

Il prévoit également des limitations dans la réalisation des perfusions à domicile par les prestataires de services. Ainsi est-il rappelé que **les médicaments réservés à l'usage hospitalier ne peuvent être administrés en ville via les prestataires de service.**

Cet arrêté comporte en annexe un formulaire de prescription. Ce document tient compte de certaines observations formulées par la FNEHAD :

- rappel de l'interdiction de perfuser à domicile des médicaments de la réserve hospitalière en dehors de l'HAD;
- rappel de l'exclusivité de l'HAD pour les soins complexes et multidisciplinaires à domicile;
- rappel de la réglementation relative à la réalisation de chimiothérapies anticancéreuses.

AFFIRMER L'EXCLUSIVITÉ DE L'HAD POUR LA RÉALISATION DES TRAITEMENTS PAR PRESSION NÉGATIVE

La HAS a rendu public en février 2016 un rapport sur les «actes de pris en charge de plaies complexes à l'aide d'un appareil de TPN» qui réaffirme **la compétence exclusive des établissements d'hospitalisation à domicile pour la réalisation de la totalité des traitements par pression négative à domicile.**

ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DE LA PÉDIATRIE

La FNEHAD a créé, il y a trois ans, le Club pédiatrique HAD afin de favoriser le partage d'expériences entre professionnels de l'HAD adhérents à la fédération.

La 3^e Journée du Club pédiatrique HAD s'est tenue le 20 mai 2016 à Toulouse. Elle a rassemblé plus de 40 professionnels autour des thèmes suivants :

- éducation thérapeutique;
- lien ville-hôpital;
- les soins palliatifs pédiatriques;
- l'onco-hématologie pédiatrique.

La 4^e Journée du Club pédiatrique HAD aura lieu en 2017 à Marseille.

Organiser les relations avec les professionnels libéraux

PRENDRE EN COMPTE LA NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTES INFIRMIERS

Les rencontres entre la FNEHAD et les syndicats d'infirmiers libéraux (SNIL, ONSIL, FNI et Convergence infirmière), nombreuses en 2015, ont été suspendues au premier semestre 2016, dans l'attente du résultat des élections des URPS mi-avril.

Au lendemain de ces élections, la FNEHAD a diffusé à ses adhérents un projet de convention HAD-IDEL se fondant sur la nomenclature en vigueur, y compris la dégressivité des actes, et y annexant les recommandations de la CNAMTS pour régler les éventuels problèmes d'interprétation. Pour certains actes spécifiques, non prévus au sein de la nomenclature infirmière, la FNEHAD a proposé une grille spécifique de cotation.

Ces documents sont accessibles sur l'espace adhérent de la FNEHAD.

LES AUTRES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX : PHARMACIENS D'OFFICINE ET MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

Les pharmaciens d'officine sont concernés à plusieurs titres par l'HAD :

- de nombreuses structures ne disposent pas d'une PUI ou, bien qu'en disposant, elles recourent aux pharmacies d'officine pour une partie de leur approvisionnement;
- les pharmacies d'officine peuvent, au même titre que les prestataires de services et matériel, facturer les forfaits de perfusion à domicile et de nutrition parentérale à domicile.

Les masseurs kinésithérapeutes libéraux sont des acteurs essentiels pour assurer les prises en charge de patients d'HAD nécessitant des soins de rééducation (orthopédique ou neurologique) en mode principal ou en mode associé.

La reprise des discussions avec les syndicats représentant ces deux professions est programmée pour le second semestre 2016.

Anticiper les évolutions du système de santé

ASSURER LA PARTICIPATION DES HAD AUX PROJETS MÉDICAUX PARTAGÉS DES GHT

La loi de modernisation de notre système de santé a reconnu une place particulière aux établissements d'HAD dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT). En effet, **les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile doivent systématiquement être associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire de géographie d'autorisation.** Ce projet définit la stratégie médicale du GHT et devra notamment comprendre les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et incluant leur réalisation sous la forme d'hospitalisation à domicile.

En février et en juin 2016, la présidente de la FNEHAD a sensibilisé les directeurs généraux d'ARS sur la nécessité d'associer les HAD à l'élaboration des projets médicaux partagés des GHT. La FNEHAD a également adressé à ses adhérents un courrier type destiné aux directeurs et présidents de CME de leur territoire.

Des travaux sont actuellement engagés au sein de la fédération afin d'établir des recommandations détaillées concernant la place de l'HAD dans les différentes filières des GHT.

L'HAD : PRÉFIGURATION DES PLATES-FORMES TERRITORIALES D'APPUI

La loi de modernisation de notre système de santé a confié aux agences régionales de santé le soin d'organiser les fonctions d'appui. À cet effet, elles disposent de la possibilité de constituer des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé / article L. 6327-2 du code de la santé publique).

L'expertise des HAD en matière d'évaluation et de coordination des soins a conduit les parlementaires à reconnaître aux établissements d'HAD la possibilité de participer au fonctionnement d'une ou plusieurs de ces plates-formes.

La présidente de la FNEHAD a adressé un courrier à l'ensemble des directeurs généraux d'ARS afin de souligner la légitimité des HAD pour participer au fonctionnement de ces organisations et l'intérêt d'associer systématiquement et précocement les établissements d'HAD à la mise en œuvre de ces plates-formes.

INITIATIVES LOCALES

Trois expériences préfiguratrices des plateformes territoriales d'appui

1/ La cellule d'appui au retour et au maintien à domicile (Carmad) de Santély, Hauts de France

En s'appuyant sur l'expérience d'évaluation, de coordination et de partage d'information de l'HAD, Santély, créé en 2008, une cellule d'appui au retour et au maintien à domicile (Carmad). Grâce à un numéro unique, le patient est orienté, après une évaluation de ses besoins, vers le ou les service(s) et/ou professionnels correspondant à sa prise en charge, même si son état de santé ne relève pas d'une hospitalisation à domicile. Après la prise en charge, une évaluation post-retour à domicile est effectuée, en lien avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge. L'objectif est d'éviter ou écourter les hospitalisations en intégrant le domicile dans la filière de soins, dans le parcours de santé et, plus largement, dans le parcours de vie du patient. Chaque mois, ce sont plus de 11000 appels qui sont reçus, représentant 3281 demandes traitées, dont 1909 relevant de l'HAD et 1372 relevant d'une coordination hors HAD.

2/ Le guichet unique de Soins et santé Lyon

Soins et santé a mis en place un « guichet unique » destiné à accompagner la sortie des patients des services hospitaliers. L'établissement propose une évaluation du patient et son orientation, même si les critères médicaux et de charge en soins ne sont pas réunis pour justifier un retour à domicile en HAD. Dans ce cas, la solution adéquate est proposée au prescripteur parmi une palette de services (EMSS, SSIAD, ESAD, MAD), assurée pour partie par Soins et santé et, pour le reste, par d'autres partenaires.

3/ Organisation de la prise en charge en HAD des patients admis aux urgences: l'expérience picarde

Constatant les difficultés d'orientation en sortie d'urgence pour les personnes âgées en provenance des Ehpad et structures médico-sociales, ainsi que la difficulté pour les équipes d'Ehpad à gérer l'état de santé des résidents après un passage aux urgences, l'ARS Picardie a mis en place, en avril 2015, une expérimentation intégrant l'ensemble des établissements d'HAD du territoire. Suivant une convention-cadre entre les services d'urgences et les responsables des services d'HAD, le recours à l'hospitalisation à domicile est organisé grâce à la présence dans les services d'urgences d'une infirmière de coordination, qui effectue les évaluations et qui oriente les patients vers les services d'HAD du territoire.

Chimiothérapies en hospitalisation à domicile Le réseau Hématolim, en Limousin

En région Limousin, le réseau régional de cancérologie Hématolim développe, depuis 2008, une organisation impliquant tous les opérateurs d'HAD du territoire pour permettre aux patients de bénéficier, quel que soit leur lieu de résidence, de l'administration d'une chimiothérapie sous-cutanée à leur domicile. Cette organisation ainsi que l'application de protocoles communs facilite la lisibilité de l'offre pour les prescripteurs. Elle contribue à l'amélioration du confort du malade et permet également de réduire les surcharges hospitalières. En 2015, ce sont ainsi plus de 2380 séances de chimiothérapies qui ont été effectuées à domicile sur l'ensemble du Limousin.



**L'HAD, c'est
un accompagnement.
C'est comme un cocon,
un foyer. ”**

BÉATRICE PERIGAULT,
infirmière coordinatrice en HAD

3. **UNE FÉDÉRATION AU SERVICE DE SES ADHÉRENTS**

Une offre de formation continue,
pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle

P.26

Une communication pour mieux faire connaître
l'activité et les établissements d'HAD

P.28

Une offre de formation continue, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle

UNE OFFRE ÉVOLUTIVE, RÉSERVÉE AUX PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD ADHÉRENTS

Les thèmes de formation évoluent chaque année selon les besoins spécifiques à l'activité d'hospitalisation à domicile. Ainsi, pour tenir compte de la nouvelle nomenclature des actes infirmiers et accompagner les négociations avec les IDEL, la FNEHAD a développé une offre de formation spécifique à la nomenclature des actes infirmiers avec un module de base et un module expert, ainsi que, sur demande, des interventions régionales sur site.

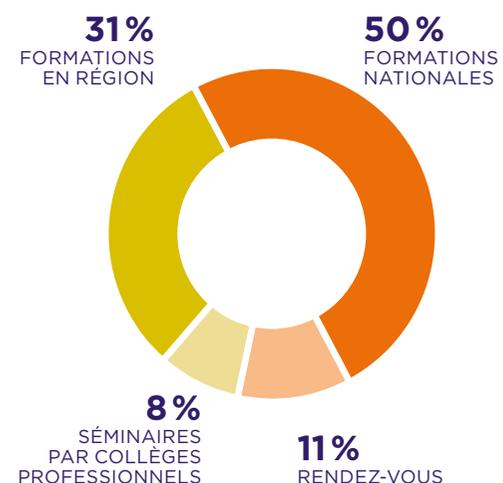
Les programmes sont élaborés par la délégation nationale et validés par la commission de formation de la FNEHAD.

La FNEHAD étant reconnue comme organisme de développement professionnel continu (ODPC), elle prend en compte les orientations nationales du DPC pour permettre aux professionnels de remplir leurs obligations de développement professionnel continu.

Chiffres clés de la formation



NATURE DES SESSIONS RÉALISÉES



LES FORMATIONS NATIONALES

- Développer l'HAD en Ehpad et ESMS.
- HAD et chimiothérapie: devenir établissement associé.
- Maîtriser la nomenclature des actes infirmiers, débutants (5 sessions).
- Nomenclature des actes infirmiers et négociation avec les IDEL, perfectionnement.
- Se préparer aux contrôles de l'assurance maladie.
- Certification V2014.
- Devenir médecin coordonnateur.
- Se former au codage en HAD.
- Conduire un projet dans le cadre du programme «Hôpital numérique».

LES SÉMINAIRES PAR COLLÈGES PROFESSIONNELS:

- **Collège des psychologues:** «Psychologues en HAD, enjeux éthiques et déontologiques».
- **Collège des assistants sociaux:** «La place de la prise en charge sociale dans l'évolution du modèle».

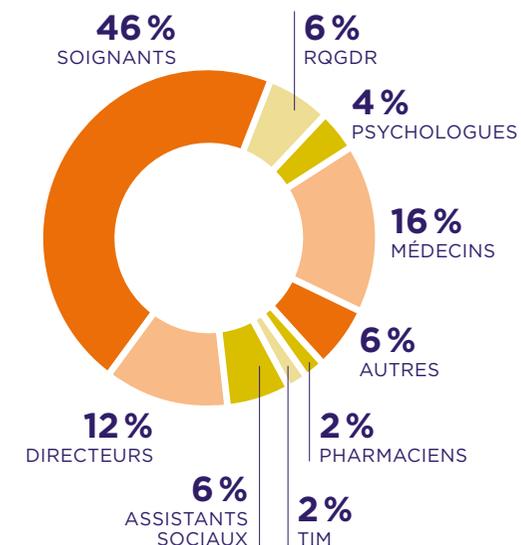
LES RENDEZ-VOUS:

- Le Rendez-vous qualité et gestion des risques
- Le Rendez-vous économique.
- Le Rendez-vous éthique.

LES FORMATIONS EN RÉGION

- **Tours:** Se former au codage en HAD.
- **Région Aquitaine:** HAD et chimiothérapie: devenir établissement associé.
- **La Réunion:** Maîtriser la nomenclature des actes infirmiers (2 sessions, débutants).
- **Région Midi-Pyrénées:** Maîtriser la nomenclature des actes infirmiers.
- **Régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie:** 2^e module de la formation «Mise en place du parcours patient, vers le chemin clinique» (formation DPC).
- **Région Poitou-Charentes:** 2^e module de la formation «Mise en place du parcours patient, vers le chemin clinique» (formation DPC).
- **Région Languedoc-Roussillon:** Maîtriser la nomenclature des actes infirmiers.

PROFIL DES STAGIAIRES



Une communication pour mieux faire connaître l'activité et les établissements d'HAD

UN ANCRAGE SUR LE WEB ET LES RÉSEAUX SOCIAUX

Un site internet qui évolue

Après une refonte totale de son site en 2015, la FNEHAD a souhaité continuer à faire évoluer ce relais d'information sur l'activité de l'hospitalisation à domicile et sur la fédération elle-même. Deux nouveaux espaces ont ainsi été créés. Un espace «Devenir un acteur de l'HAD», à destination des prescripteurs d'HAD et des institutions. Un espace «Portraits d'HAD» a également été ouvert en mai 2016. Il répertorie les témoignages de patients, d'aidants et de professionnels de santé, via des portraits photo et de vidéo, permettant de comprendre de façon simplifiée les enjeux de cette prise en charge.

Le site est régulièrement alimenté par la publication d'actualités sur l'HAD et la FNEHAD.

En un an, plus de 40 articles ont été publiés, et plus de 150 offres d'emplois ont été diffusées.

Un espace d'informations privilégié pour nos adhérents

Entièrement repensé, réaménagé et fréquemment réactualisé, l'espace adhérents constitue la seconde page du site la plus consultée. Cet outil est devenu, en un an, une interface d'informations privilégiée entre la fédération et les professionnels de terrain. Plus de 70 actualités ont été publiées, et plus de 6 200 connexions à cet espace ont été effectuées. Un nouvel espace «Newsletter» a également été créé et permet de consulter facilement et rapidement les «FNEHAD infos» envoyées chaque semaine.

Twitter

Depuis plus d'un an et demi, un compte Twitter FNEHAD permet de relayer en temps réel les actualités et les temps forts de la fédération. Plus de 800 tweets ont été postés et plus de 1 000 abonnés suivent désormais le compte de la fédération.



120 000
PAGES VUES
SUR LE SITE
DE LA FNEHAD

40 000
VISITEURS



50
FNEHAD INFOS

1 600
ADHÉRENTS ABONNÉS
À LA NEWSLETTER



1 100
FOLLOWERS
SUR TWITTER

826
TWEETS



6 200
CONNEXIONS
À L'ESPACE
ADHÉRENTS

DES OUTILS DE COMMUNICATION POUR SENSIBILISER

« 2016 ne se fera pas sans vous ! » : une campagne nationale à destination des prescripteurs d'HAD

À l'occasion de ses vœux, la FNEHAD a souhaité interpeller les prescripteurs d'hospitalisation à domicile. Plus de 38 000 médecins généralistes et 5 000 directeurs et présidents de d'établissements MCO ont été destinataires d'une carte de vœux rappelant que l'hospitalisation à domicile est une offre de soins présente dans tous les départements, prenant en charge plus de 106 000 patients en 2015.

Des outils adaptés aux besoins de ses adhérents

Afin de toucher un public toujours plus nombreux, la FNEHAD a développé différents outils, tels qu'un flyer grand public, un dépliant à destination des professionnels de santé, ainsi que des affiches, qu'elle propose à ses adhérents. En un an, plus de 17 000 supports de communication ont été commandés par les adhérents.

Un rapport d'activité intégralement repensé

L'année 2015 a également été marquée par une refonte du rapport d'activité de la FNEHAD, devenu un outil de communication à part entière. Plus compacte et combinant les activités de la FNEHAD et les chiffres clés de l'HAD, cette édition sert désormais de document de référence pour les partenaires locaux et nationaux.



Mieux se connaître pour mieux travailler ensemble : telle est l'ambition que je vous propose de partager. ”

DR ÉLISABETH HUBERT,
présidente de la FNEHAD

DES ÉVÉNEMENTS DE PLUS EN PLUS SUIVIS PAR LES ADHÉRENTS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'assemblée générale, un moment d'échanges privilégié pour les adhérents

En juin 2015 l'assemblée générale a été organisée à Montpellier et a rassemblé plus de 350 adhérents. Ce rendez-vous annuel a également été l'occasion de signer, en présence de tous les acteurs du Languedoc-Roussillon des secteurs du sanitaire, social et médico-social, la charte Romain-Jacob régionale visant à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Une nouvelle charte Romain-Jacob dédiée à l'hospitalisation à domicile est en cours d'élaboration.



1 REPORTAGE AU JT DE FRANCE 3

1 INTERVIEW SUR FRANCE INFO

6 VIDÉOS



800 PERSONNES RÉUNIES POUR LES ÉVÉNEMENTS DE LA FNEHAD



4 CONFÉRENCES DE PRESSE



12 COMMUNIQUÉS DE PRESSE

68 RETOMBÉES PRESSE

1 DOSSIER DANS «LE FIGARO SANTÉ»

Les journées nationales de l'hospitalisation à domicile

Plus de 8 millions d'aidants accompagnent quotidiennement un proche malade ou en situation de handicap. Malgré leur nombre, ils demeurent souvent isolés ou peu reconnus. Les 2 et 3 décembre 2015, 400 congressistes (institutionnels, partenaires, adhérents de la FNEHAD) se sont réunis autour de la thématique: «À l'aide! Quels soutiens pour les aidants?». Plusieurs personnalités sont intervenues à cette occasion: Florence Leduc, présidente de l'Association française des aidants, Paulette Guinchard, présidente de la CNSA, ou encore, Serge Guérin, sociologue. Dans un souci de donner la parole aux personnes qui vivent la maladie ou le handicap de leur proche au quotidien, la fédération a aussi accueilli le témoignage d'un aidant accompagné de son épouse.

EXPOSITION PHOTO ET VIDÉO

«Hospitalisé chez soi» Regards croisés sur l'hospitalisation à domicile

Au-delà des soins prodigués aux patients, des liens se créent entre la personne soignée en HAD, son entourage et les différents intervenants de l'hospitalisation à domicile.

À travers six portraits, la FNEHAD a souhaité donner la parole aux acteurs de l'hospitalisation à domicile, qui la vivent et la rendent possible au quotidien en fixant un instant, mais également en transmettant leur histoire.

À l'occasion de la Paris Healthcare Week, qui s'est tenue du 24 au 26 mai 2016, des portraits de patients, d'aidants, de professionnels de santé ont été exposés sur le stand de la fédération, accompagnés de leurs témoignages sous format vidéo.



Consultez les témoignages sur www.fnehad.fr

PARIS HEALTHCARE WEEK: UNE JOURNÉE DÉDIÉE À L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Plusieurs temps forts ont marqué ce salon:

- rencontre entre Anne-Marie Armanteras de Saxcé, directrice générale de l'offre de soins et le Dr Élisabeth Hubert, présidente de la FNEHAD;
- quatre agoras (chimiothérapie à domicile; intervention de l'HAD en Ehpad; le guichet unique précurseur des plateformes territoriales d'appui; favoriser la prescription de l'HAD par les services hospitaliers);
- un parcours HAD;
- une conférence de presse.

1^{ER} CONCOURS VIDÉO DE LA FNEHAD

La fédération a également organisé le premier concours vidéo à destination de ses adhérents, visant à récompenser la meilleure réalisation de films consacrés à l'HAD. Jean Debeaupuis, alors directeur général de l'offre de soins, a remis le premier prix à la clinique Pasteur de Toulouse.



Consultez le film sur www.fnehad.fr



C'est une prise en charge globale du patient avec l'intervention des hospitaliers, des libéraux et l'HAD est à l'interface de tout ça. ”

DR ANTOINE LE MOULEC,
médecin coordonnateur en HAD

4. **LA VIE DE LA FÉDÉRATION**

Les adhérents

P.34

Le conseil d'administration

P.35

Le bureau

P.36

Les délégués régionaux

P.36

La délégation nationale

P.38

Les adhérents

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ADHÉRENTS À LA FNEHAD

ANNÉES	NOMBRE D'ADHÉRENTS	VARIATION	ÉVOLUTION EN%
2006	114		
2007	132	+ 18 HAD	16%
2008	148	+ 16 HAD	12%
2009	181	+ 33 HAD	22%
2010	206	+ 25 HAD	14%
2011	223	+ 17 HAD	8%
2012	232	+ 9 HAD	4%
2013	235	+ 3 HAD	1%
2014	236	+ 1 HAD	0%
2015	250*	+ 14 HAD	6%
2016	248	- 2 HAD	- 1%

En juin 2016, la FNEHAD réunit 248 adhérents. Ces établissements ont réalisé 91% de l'activité d'HAD en 2015. Compte tenu des régularisations que connaissent les HAD, leur nombre diminue de façon limitée mais régulière.

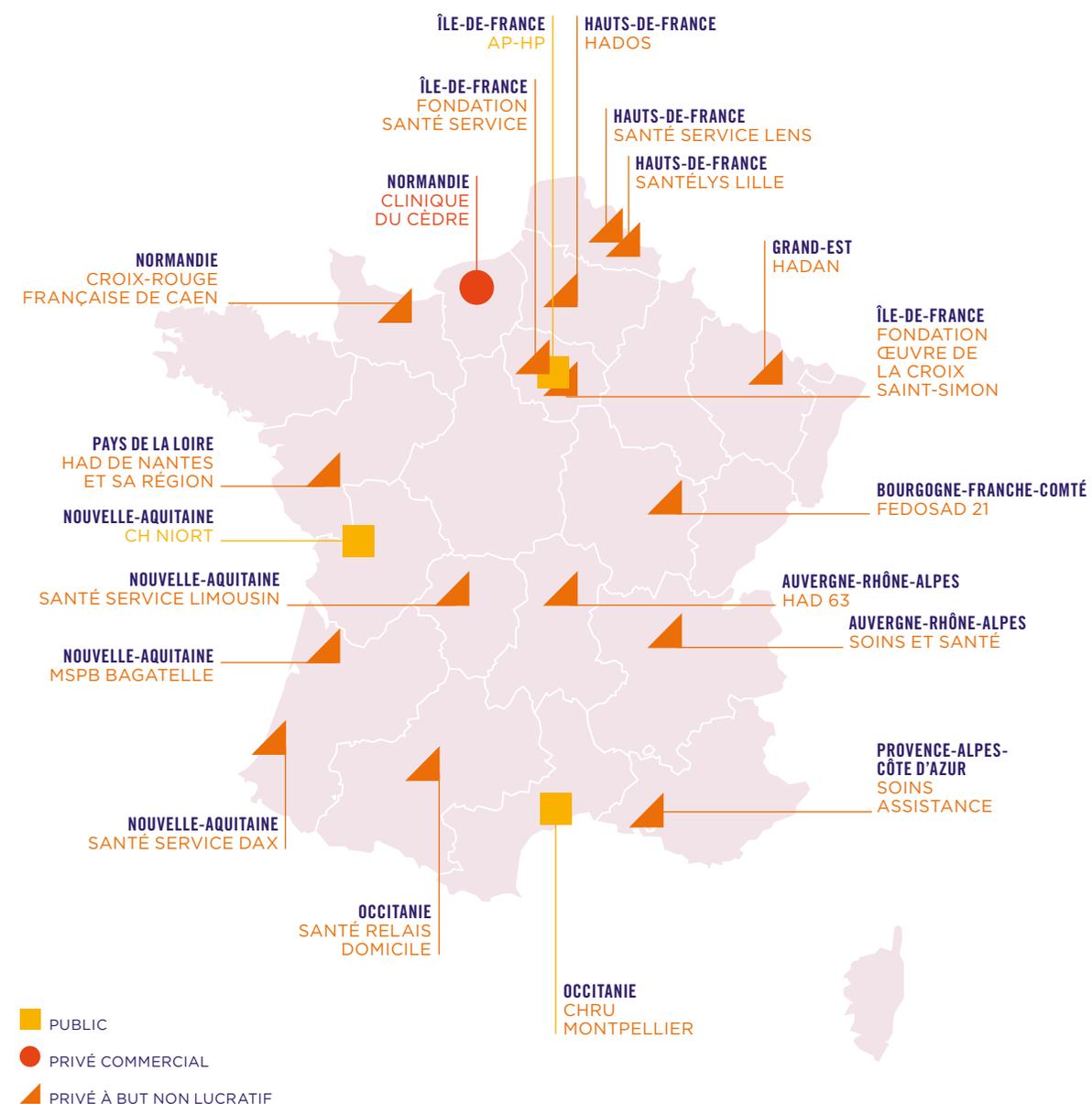
* Changement du mode de décompte, désormais fondé sur la base de la déclaration PMSI par FINESS géographique.

PART DE L'ACTIVITÉ D'HAD RÉALISÉE PAR LES ADHÉRENTS DE LA FNEHAD EN 2015

	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS			ACTIVITÉ (NOMBRE DE JOURNÉES)		
	HAD	FNEHAD	%	HAD	FNEHAD	%
PUBLIC	126	91	72%	1 200 621	1 038 712	87%
PRIVÉ NON LUCRATIF (DONT ESPIC)	125	102	82%	2 843 072	2 694 539	93%
PRIVÉ COMMERCIAL	57	55	96%	585 5616	504 809	91%
TOTAL	308	248	81%	4 629 254	4 225 726	91%

Le Conseil d'administration

À l'issue de l'assemblée générale du 10 juin 2016, les établissements suivants sont membres du conseil d'administration :



Le bureau

PRÉSIDENTE

D^r Élisabeth HUBERT

présidente, HAD Nantes et région

VICE-PRÉSIDENT

Michel CALMON

directeur général, Fondation santé service

VICE-PRÉSIDENT

D^r Éric DUBOST

directeur, Soins et santé

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Yannick GARCIA

directeur, Santé service, Dax

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Michel BEY

directeur adjoint, centre hospitalier de Niort

TRÉSORIER

Philippe HERMANT

directeur, Santé services de la région de Lens

TRÉSORIER ADJOINT

Richard OUIN

directeur, clinique du Cèdre

MEMBRE DU BUREAU

Aymeric BOURBION

directeur, GCS HADOS

MEMBRE DU BUREAU

Laurence NIVET

directrice, HAD de l'AP-HP

Les délégués régionaux

GRAND-EST

Rébecca D'ANTONIO AURAL HAD

Ivan BERTIN GCS territorial Ardennes-Nord

Didier REVERDY HADAN

NOUVELLE AQUITAINE

Yannick GARCIA Santé service, Dax

Claude BARBARAY CRRF André-Lalande

Michel BEY centre hospitalier de Niort

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Olivier TERRADE HAD FEDOSAD 21

Augustin ROIRET hôpital privé Sainte-Marie

GCS HAD du Chalonnais

Pierre ALIXANT HOSPITALIA

BRETAGNE

Sophie PELLIER AUB Santé

D^r Éric FOSSIER HAD de Lorient

Stéphanie NORMAND HAD de Vannes

CENTRE-VAL-DE-LOIRE

Tony-Marc CAMUS Assad - HAD en Touraine

David GUYÈRE Le Noble Âge

Florence GALLAY CH de Bourges

HAUTS-DE-FRANCE

Aymeric BOURBION

HADOS - centre hospitalier Montdidier

Philippe HERMANT

Santé service de la région de Lens

Anne HOORELBEKE SANTELYS

ÎLE-DE-FRANCE

Michel CALMON Fondation Santé service

Laurence NIVET AP-HP de l'HAD

Isabelle BOUVIER fondation Croix Saint-Simon

OCCITANIE

D^r Pierre PERUCHO hôpital Saint-Jean Roussillon

Anne-Marie PRONOST clinique Pasteur

Yves CHATELARD HAD de Beziers

NORMANDIE

Richard OUIN clinique du Cèdre

Michèle PATTI Croix-Rouge française

Gérard SNYERS CHI d'Elbeuf

PACA

Fabienne REMANT-DOLE Soins assistance

Pierre GUILHAMAT HADAR

Anne-Catherine RIGAUX, polyclinique Notre-Dame

PAYS DE LA LOIRE

Agnès PICHOT HAD de Nantes et sa région

Alexandra MOREAU HAD de Vendée

Catherine MONGIN HAD de Saint-Sauveur

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

D^r Éric DUBOST Soins et santé

Évelyne VAUGIEN HAD 63

D^r Florence TARPIN-LYONNET CH de Crest

GUADELOUPE

Sébastien TOURNEBIZE

clinique de Choisy - domaine de Choisy

Jean-Claude POZZO DI BORGIO

CHU de Guadeloupe

MARTINIQUE

Sébastien TOURNEBIZE

clinique de Choisy - domaine de Choisy

Christiane BOURGEOIS CHU de Martinique

LA RÉUNION

Ségoène BERNARD ASDR

Jean-Marc NATIVEL ARAR soins à domicile

LEURS MISSIONS

FÉDÉRER

LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD EN RÉGION

Les délégués régionaux sont des relais d'information à la fois ascendante et descendante indispensables pour le dialogue entre les adhérents et la fédération.

ANIMER

L'animation régionale tient une part importante de l'action et de la vie de la FNEHAD. Des groupes de travail ont été mis en place pour permettre aux professionnels de se rencontrer, de partager leurs pratiques, leurs difficultés. Plusieurs journées régionales ont été organisées rassemblant autour des professionnels, les ARS, les élus locaux, et permettant de rendre visible l'hospitalisation à domicile et sa valeur ajoutée pour les patients, les professionnels et établissements de santé et médico-sociaux.

REPRÉSENTER

Les délégués régionaux siègent, sur désignation de la présidente de la FNEHAD, au sein des instances régionales (CRSA, conférence de territoire, commission spécialisée de l'offre de soin...) et défendent les intérêts de l'HAD et des adhérents de la FNEHAD en région.

La délégation nationale



Éric GINESY
DÉLÉGUÉ NATIONAL

Chargé d'assister la présidente pour conduire la politique et mettre en œuvre la stratégie de la FNEHAD, il est l'interlocuteur des pouvoirs publics et le correspondant des délégués régionaux.

ASSISTANTE DE DIRECTION

Elle assure le secrétariat particulier de la présidente et du délégué national, est en charge du suivi des instances de la FNEHAD et coordonne les partenaires des événements nationaux.

FORMATION AFFAIRES GÉNÉRALES



Guenièvre GRISOLET
CHARGÉE DE MISSION
FORMATION ET AFFAIRES
GÉNÉRALES

Elle assure le déploiement de la politique de formation des métiers de l'HAD et met en place les services pour les adhérents. Elle est en charge de la comptabilité et du suivi budgétaire.

DÉVELOPPEMENT



Anne DABADIE
CHARGÉE DE MISSION
COOPÉRATIONS EXTERNES

Elle est en relation avec les représentants du secteur médico-social, les professionnels de santé libéraux, les associations de patients et les sociétés savantes. Elle assure le suivi des questions relatives aux médicaments.



D' Jean-Philippe NATALI

CHARGÉ DE MISSION
MÉDICO-ÉCONOMIQUE

Il est en charge des sujets relatifs à la tarification, à la classification, à la pertinence et aux systèmes d'information. Il répond aux besoins de pilotage médico-économique exprimés par les adhérents.



Maud ROBERT
CHARGÉE DE MISSION
ORGANISATION

DES ÉTABLISSEMENTS

Elle est en charge du suivi des autorisations et des sujets relatifs à la qualité/sécurité. Elle assure le suivi des CPOM des établissements et du volet HAD-SROS.

COMMUNICATION



Vanessa JOLLET
CHARGÉE DE COMMUNICATION

Elle élabore la stratégie de communication interne et externe, gère les relations presse et organise les événements nationaux de la FNEHAD.



Retrouvez l'équipe de la FNEHAD sur l'espace adhérents : www.fnehad.fr



Le patient est dans ses murs,
avec ses objets, avec ses proches...
Je pense que c'est beaucoup
plus facile d'aller au rythme
du patient à domicile. ”

DR LAURENCE BERNARD-MOREEL,
médecin généraliste

5. L'HAD EN CHIFFRES

Définition de l'hospitalisation à domicile

P. 42

Les chiffres clés

P. 43

Les intervenants en HAD

P. 44

Les caractéristiques des structures d'HAD

P. 45

Taux de couverture sur le territoire

P. 46

Caractéristiques des patients pris en charge

P. 48

Les principales prises en charge

P. 50

La trajectoire des patients

P. 53

La pris en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux

P. 54

Fin de vie et soins palliatifs

P. 56

Évaluation de la qualité et de la sécurité

P. 57

Définition de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Elle concerne des malades de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à

domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète. **L'HAD permet donc aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement.**

Prescrite par le médecin traitant du patient ou le médecin hospitalier, l'HAD permet d'associer de manière coordonnée tous les professionnels paramédicaux et sociaux, de statut libéral ou salarié: le médecin traitant, mais aussi, notamment, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants, les psychologues et les assistants sociaux... **Elle assure ainsi une prise en charge globale du patient et intègre également**, ce qui est une de ses spécificités, **l'évaluation sociale au domicile.**

Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile. Le non-respect de ces dispositions est puni par la loi, aux termes de l'article L.6125-2 du code de la santé publique.



L'hospitalisation à domicile permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes.”

Les chiffres clés

Les structures autorisées à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile ont assuré **160 793 séjours en 2015**, un chiffre en hausse de 2,9% par rapport à 2014. Cela représente un nombre de **4 629 254 journées contre 4 439 494 journées en 2014**, soit une hausse de 4,3%.



105 008
PATIENTS PRIS EN CHARGE
(CHIFFRES ATIH)

	NOMBRE ES	ÉVOL. EN %	NOMBRE JOURNÉES	ÉVOL. EN %	NOMBRE SÉJOURS COMPLETS	ÉVOL. EN %	NOMBRE PATIENTS	ÉVOL. EN %	VALORISATION BRUTE EN M€	ÉVOL. EN %
2005	123		1 505 814		63 666		35 017		285 071 409	
2006	166	35 %	1 948 210	29 %	80 980	27 %	46 022	31 %	385 979 339	35 %
2007	204	23 %	2 379 364	22 %	95 100	17 %	56 287	22 %	474 842 806	23 %
2008	231	13 %	2 777 900	17 %	112 591	18 %	71 743	27 %	546 062 339	15 %
2009	271	17 %	3 298 104	19 %	129 748	15 %	86 674	21 %	652 368 093	19 %
2010	292	8 %	3 629 777	10 %	142 859	10 %	97 624	13 %	714 045 440	9 %
2011	302	3 %	3 901 637	7 %	149 196	4 %	100 100	3 %	771 218 660	8 %
2012	317	5 %	4 207 177	8 %	156 318	5 %	104 960	5 %	825 049 082	7 %
2013	311	-2 %	4 366 656	3,8 %	156 638	0 %	105 144	5 %	859 148 360	4,1 %
2014	309	-1 %	4 439 494	1,7 %	156 284	0 %	105 923	0,7 %	873 806 744	1,7 %
2015	308	-0,3 %	4 629 254	4,3 %	160 793	2,9 %	105 008	-0,8 %	913 977 329	4,6 %



4 629 254

JOURNÉES D'HOSPITALISATION ONT ÉTÉ RÉALISÉES, PERMETTANT AUX MALADES D'ÊTRE SOIGNÉS CHEZ EUX, AUPRÈS DE LEUR FAMILLE ET DE LEURS PROCHEs



197,4 €

COÛT MOYEN D'UNE JOURNÉE D'HOSPITALISATION À DOMICILE pour l'assurance maladie



308

ÉTABLISSEMENTS D'HAD
Les établissements d'HAD sont des établissements de santé

914 M€

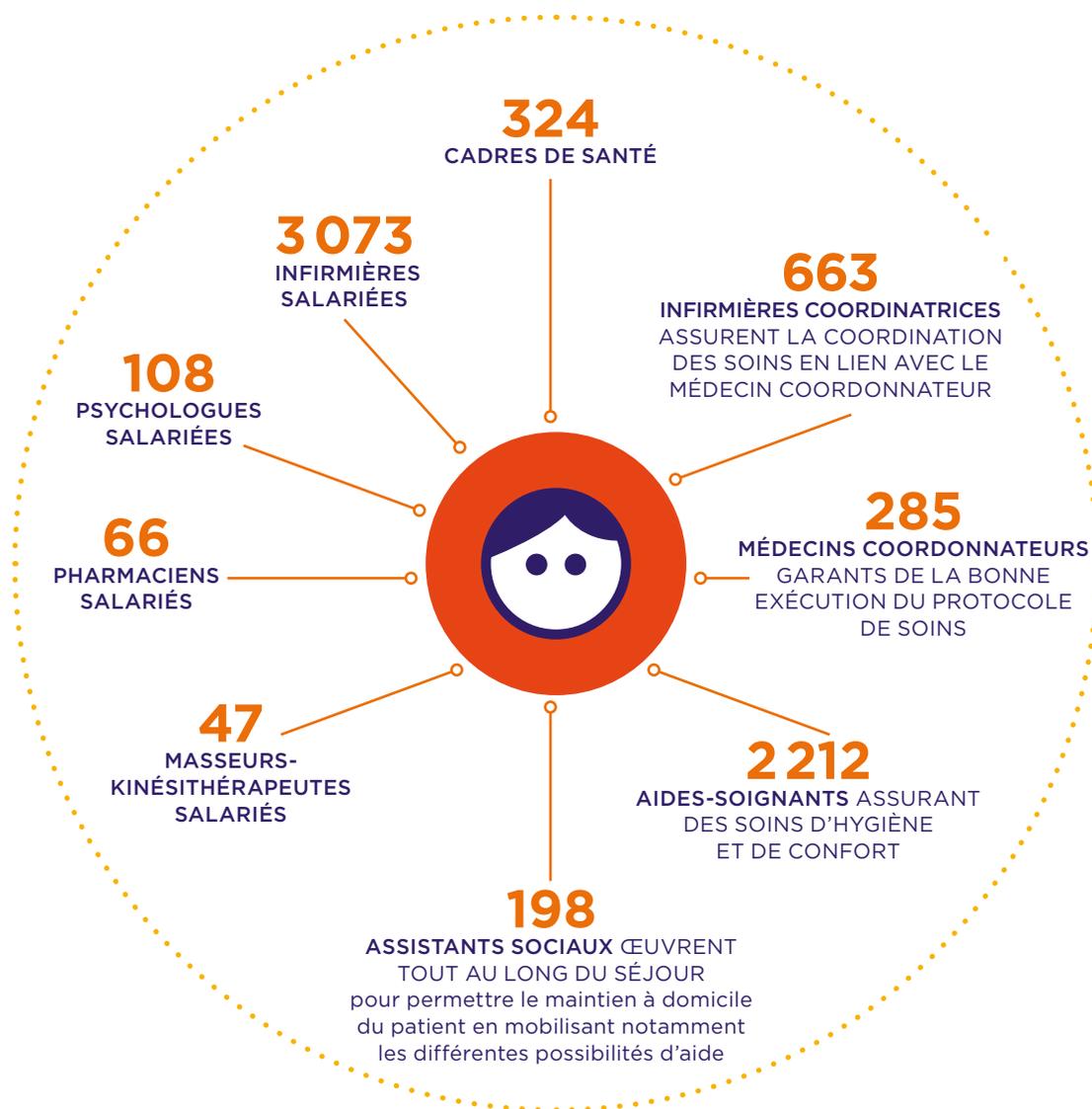
MONTANT DU COÛT GLOBAL DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Les intervenants en HAD

Ce schéma correspond aux effectifs salariés des HAD*. Il convient de souligner que **le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge**.

En outre, les soins réalisés dans le cadre d'une prise en charge en HAD peuvent être confiés à des professionnels libéraux, principalement des infirmières libérales, mais aussi des masseurs kinésithérapeutes et des psychologues. Enfin, les HAD peuvent avoir recours aux pharmacies d'officine pour une partie de leur approvisionnement en médicaments.

*DONNÉES SAE 2015 EXPRIMÉES EN ETP MOYENS ANNUELS SALARIÉS



NOTE DE LECTURE : les données présentées concernent uniquement les professionnels salariés, l'HAD mobilise également de nombreux intervenants libéraux qui ne sont pas décomptés ici.

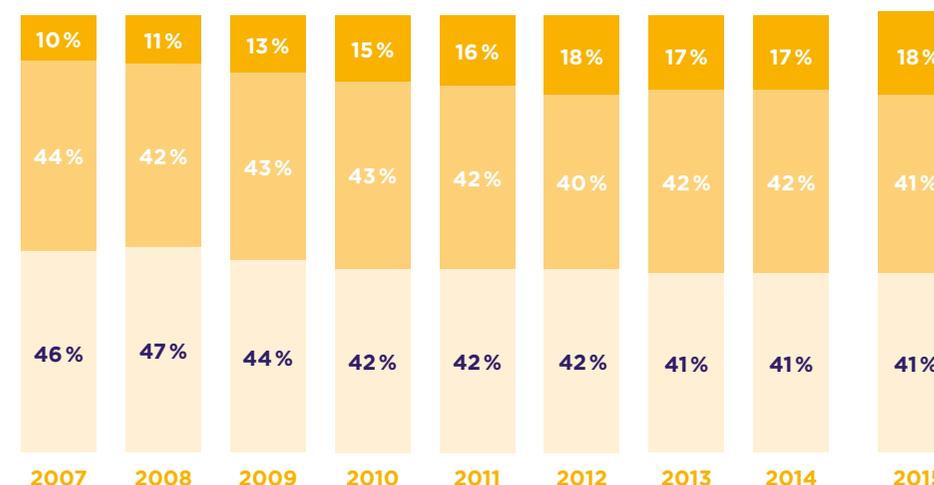
Les caractéristiques des structures d'HAD

charge. L'HAD compétente pour un patient est déterminée par son domicile.

Les structures qui assurent l'hospitalisation à domicile peuvent être publiques ou privées. Dans ce dernier cas, elles peuvent être à but lucratif ou non lucratif.

Les structures publiques, qui représentent **41%** des structures autorisées, assurent environ 26% des journées. **Les structures privées à but non lucratif**, qui représentent **41%** des structures, assurent environ 61% de l'activité. **Les structures privées à but lucratif** représentent **18%** des établissements et assurent environ 13% de l'activité.

Les établissements d'HAD ont une vocation polyvalente, c'est-à-dire qu'ils peuvent répondre à l'ensemble des besoins de la population couverte relevant de ce mode de prise en



Taux de couverture sur le territoire

où l'HAD a une histoire ancienne (Pas-de-Calais, Aveyron, Var, Paris et départements de la Petite Couronne, départements du Sud-Ouest: Landes, Gironde, Pyrénées-Atlantiques...) connaissent des taux de recours élevés.

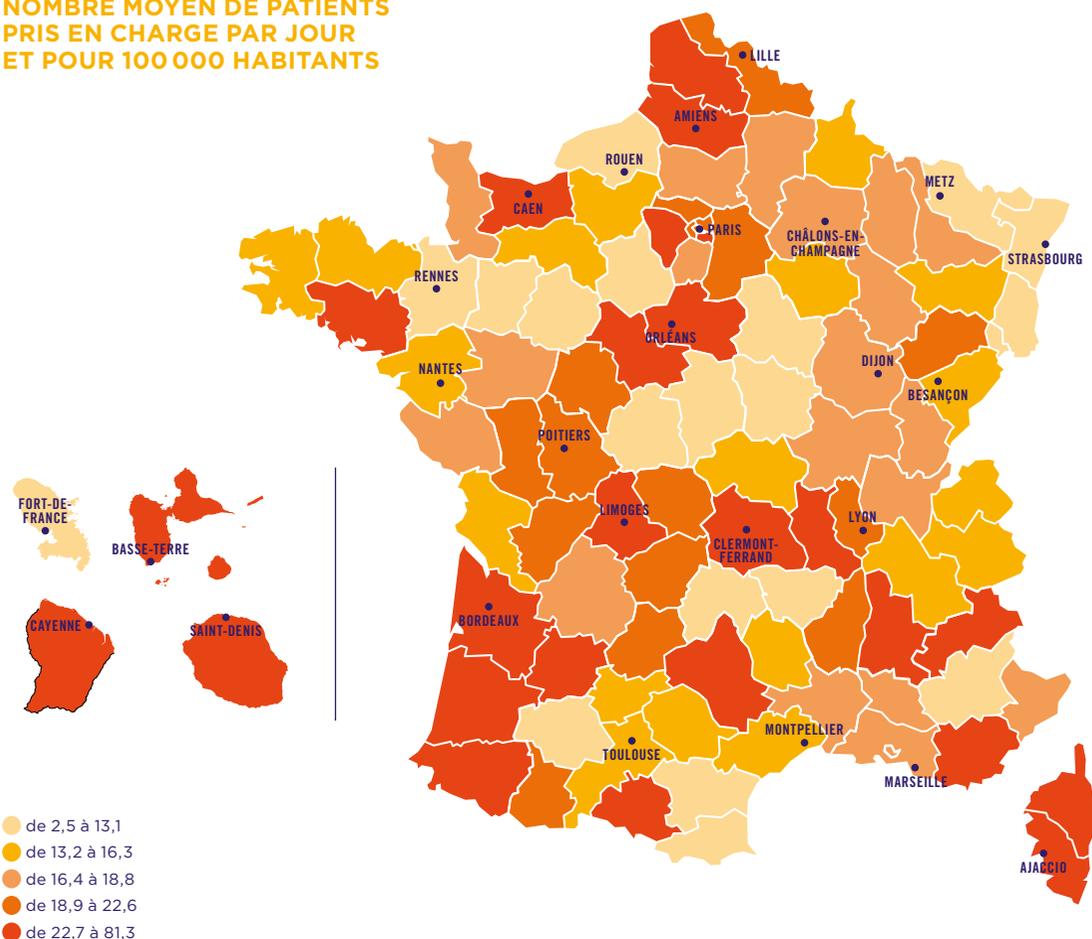
La circulaire du 4 décembre 2013 a fixé un objectif national de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants.

En 2015, le taux de recours national s'élève à 19,2 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 18,5 patients en 2014. Ce taux recouvre d'importantes disparités régionales.

La dynamique de couverture de l'ensemble des départements français, constatée ces dernières années, se poursuit.

Le taux de recours dans les départements d'outre-mer confirme l'importance de l'HAD dans ces territoires. De même, les départements

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS



NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS (SOURCE: ATIH)

	2014	2015
CORSE	19,9	27,6
AQUITAINE	24,4	27,3
LIMOUSIN	22,9	24,5
NORD-PAS-DE-CALAIS	22	23,7
PICARDIE	21,9	21
ÎLE-DE-FRANCE	19,9	20,7
BASSE-NORMANDIE	19,1	20,4
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	19,1	19,3
RHÔNE-ALPES	19,9	19,1
POITOU-CHARENTES	16,9	18,6
CENTRE	17,7	17,9
AUVERGNE	15,6	17,1
BRETAGNE	16	16,5
CHAMPAGNE-ARDENNE	15,8	16
BOURGOGNE	13,7	15,9
MIDI-PYRÉNÉES	15,1	15,5
FRANCHE-COMTÉ	13,9	15
PAYS DE LA LOIRE	14,2	14,7
LANGUEDOC-ROUSSILLON	15,5	14,4
LORRAINE	11,7	13,9
HAUTE-NORMANDIE	11,6	12,7
ALSACE	11,4	11,6
GUADELOUPE	76,1	81,3
GUYANE	59,3	59,1
LA RÉUNION	22,6	22,6
MARTINIQUE	11,4	10,2
FRANCE	18,5	19,2

NOTE DE LECTURE: il a été fait le choix de conserver les anciennes régions afin de mieux discerner les disparités territoriales dans la prise en charge des patients en HAD.

Caractéristiques des patients pris en charge

En 2015, l'âge moyen des patients sur la base des séjours est de 58,5 ans, contre 57,2 ans en 2014.

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS

HOMMES	61,4
FEMMES	56
TOTAL	58,5

L'ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE

La part de l'activité de pédiatrie dans le nombre total de journées a légèrement augmenté, passant de **3,8% à 4,5%, entre 2010 et 2015.**

Cette activité est concentrée sur peu d'établissements, puisque six établissements assurent 50% de l'activité nationale.

ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE RÉALISÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD (BASE NATIONALE FNEHAD)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NOMBRE D'HAD TOTAL	292	302	317	311	309	308
ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE	200	219	232	234	244	250
JOURNÉES TOTALES	3 629 777	3 901 637	4 207 177	4 366 656	4 439 494	4 629 254
JOURNÉES < 18 ANS	139 508	144 859	167 780	186 894	194 277	207 416
PART DE L'ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE DANS L'ACTIVITÉ TOTALE	3,8%	3,7%	4,0%	4,3%	4,4%	4,5%

Cette augmentation de l'âge moyen est due à la sortie complète, depuis mars 2015, du post-partum physiologique des indications de l'HAD.

Il reste, en 2015, 2 704 journées en MPP 20 contre 20 051 en 2014 (soit une baisse de 86,5%). La HAS a acté la sortie de ce mode de prise en charge des indications de l'HAD. En revanche, la prise en charge du post-partum pathologique (MPP 21) et la surveillance de grossesse à risque (MPP 19) restent des indications pour l'HAD.

La réalisation d'une moyenne d'âge par séjour masque le fait que la plupart des journées concernent des patients âgés. Si l'on pondère par le nombre de journées de présence, l'âge moyen est de 65 ans en 2015 (chiffre identique à 2014).

NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PATIENTS

57,8% des journées d'HAD concernent des patients connaissant un niveau de dépendance élevé, mesuré par un indice de Karnofsky inférieur à 40%.

La sortie du MPP 20 des indications de l'HAD à compter du 1^{er} mars 2015 a conduit à une diminution de la prise en charge des patients ayant un indice de Karnofsky supérieur à 80%.

INDICE DE KARNOFSKY	% DES JOURNÉES	% DES JOURNÉES HORS MPP 19, 20, 21
IK 10%	0,9	0,9
IK 20%	9,8	10,3
IK 30%	24,1	25,2
IK 40%	23	24
IK 50%	17,7	18,3
IK 60%	14	13
IK 70%	6,7	5,6
IK 80%	2,4	1,6
IK 90%	0,6	0,4
IK 100%	0,8	0,8
TOTAL	100	100

DÉFINITIONS

- **MPP** : mode de prise en charge principal.
- **MPP 19** : surveillance de grossesse à risque.
- **MPP 20** : retour précoce à domicile après accouchement (RPDA).
- **MPP 21** : post-partum pathologique, prise en charge de la mère consécutive à des suites pathologiques de l'accouchement.

Les principales prises en charge

APPROCHE PAR LE MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL



1/4

DES PRISES EN CHARGE SONT DES PANSEMENTS COMPLEXES

NOMBRE DE JOURNÉES PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL HORS GHT 99

(SOURCE : BASE NATIONALE 2015 – CALCULS FNEHAD)

MPP STABLE	LIBELLÉ	2014		2015		2014/2015 ÉVOLUTION
		NB JOURS	%	NB JOURS	%	
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 106 106	25%	1 241 606	27%	12,3%
04	Soins palliatifs	1 034 688	24%	1 094 598	24%	5,8%
14	Soins de nursing lourds	491 613	11%	473 408	10%	- 3,7%
06	Nutrition entérale	295 878	7%	317 303	7%	7,2%
03	Traitement intraveineux	253 031	6%	271 966	6%	7,5%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	157 064	4%	171 001	4%	8,9%
01	Assistance respiratoire	127 709	3%	124 618	3%	- 2,4%
19	Surveillance de grossesse à risque	117 040	3%	120 041	3%	2,6%
02	Nutrition parentérale	123 099	3%	115 877	3%	- 5,9%
07	Prise en charge de la douleur	87 433	2%	106 647	2%	22,0%
10	Post-traitement chirurgical	101 709	2%	106 174	2%	4,4%
08	Autres traitements	101 264	2%	102 651	2%	1,4%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	100 367	2%	95 722	2%	- 4,6%
21	Post-partum pathologique	90 988	2%	69 605	2%	- 23,5%
12	Rééducation neurologique	51 049	1%	53 826	1%	5,4%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	53 476	1%	53 578	1%	0,2%
11	Rééducation orthopédique	41 203	1%	33 824	1%	- 17,9%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 364	1%	27 069	1%	- 1,1%
24	Surveillance d'aplasie	8 751	0,2%	6 578	0,1%	- 24,8%
17	Surveillance de radiothérapie	5 300	0,1%	3 666	0,1%	- 30,8%
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	20 051	0,5%	2 704	0,1%	- 86,5%
18	Transfusion sanguine	508	0,01%	595	0,01%	17,1%
TOTAL		4 395 691	100%	4 593 057	100%	4,5%

NOTE DE LECTURE : les séjours comportant au moins une journée en GHT 99 ont été exclus des calculs.

APPROCHE PAR LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

(SOURCE : BASE NATIONALE 2015 – CALCULS FNEHAD)

MPP STABLE	LIBELLÉ	2015			
		NOMBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99	NOMBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99 AVEC MPP STABLE	% JOURNÉES DU MPP, RÉALISÉES PAR UN SÉJOUR COMPLET AVEC MPP STABLE	DMS DE CES SÉJOURS
01	Assistance respiratoire	124 618	72 889	58%	52
02	Nutrition parentérale	115 877	71 696	62%	26
03	Traitement intraveineux	271 966	188 681	69%	13
04	Soins palliatifs	1 094 598	791 539	72%	33
05	Chimiothérapie anticancéreuse	95 722	73 072	76%	4
06	Nutrition entérale	317 303	181 683	57%	50
07	Prise en charge de la douleur	106 647	65 499	61%	16
08	Autres traitements	102 651	66 204	64%	15
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 241 606	871 810	70%	46
10	Post-traitement chirurgical	106 174	76 627	72%	19
11	Rééducation orthopédique	33 824	18 706	55%	38
12	Rééducation neurologique	53 826	32 721	61%	44
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	171 001	103 269	60%	14
14	Soins de nursing lourds	473 408	23 461	49%	64
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	53 578	40 928	76%	18
17	Surveillance de radiothérapie	3 666	1 296	35%	20
18	Transfusion sanguine	595	439	74%	2
19	Surveillance de grossesse à risque	120 041	114 061	95%	20
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	2 704	2 655	98%	5
21	Post-partum pathologique	69 605	68 408	98%	5
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 069	23 090	85%	8
24	Surveillance d'aplasie	6 578	1 766	27%	16
TOTAL		4 593 057	3 749 530	82%	25

Pour calculer une durée moyenne de séjour (DMS) par mode de prise en charge, il convient de ne retenir que les séjours complets et dont le MPP est resté stable sur l'ensemble du séjour. Cela aboutit à exclure une part significative des journées

(18% en moyenne en 2015, mais parfois beaucoup plus comme pour les soins de nursing lourds: près de 49%). **Une approche de la DMS tous modes de prise en charge confondus conduit à une moyenne de 25 jours.**

APPROCHE PAR LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

L'approche de l'activité fondée sur le mode de prise en charge peut être complétée par une identification des principaux diagnostics des patients admis en HAD. Une telle analyse indique par exemple que **sur la totalité des journées d'HAD 34,6% concernent une pathologie cancéreuse.**



La trajectoire des patients

Sur les 31% des séjours d'HAD initiés à partir du domicile, 68% se termineront par un retour au domicile (contre 70% en 2014), 18% par une admission dans un établissement de santé avec hébergement et 14% par le décès du patient (contre 12% en 2014).

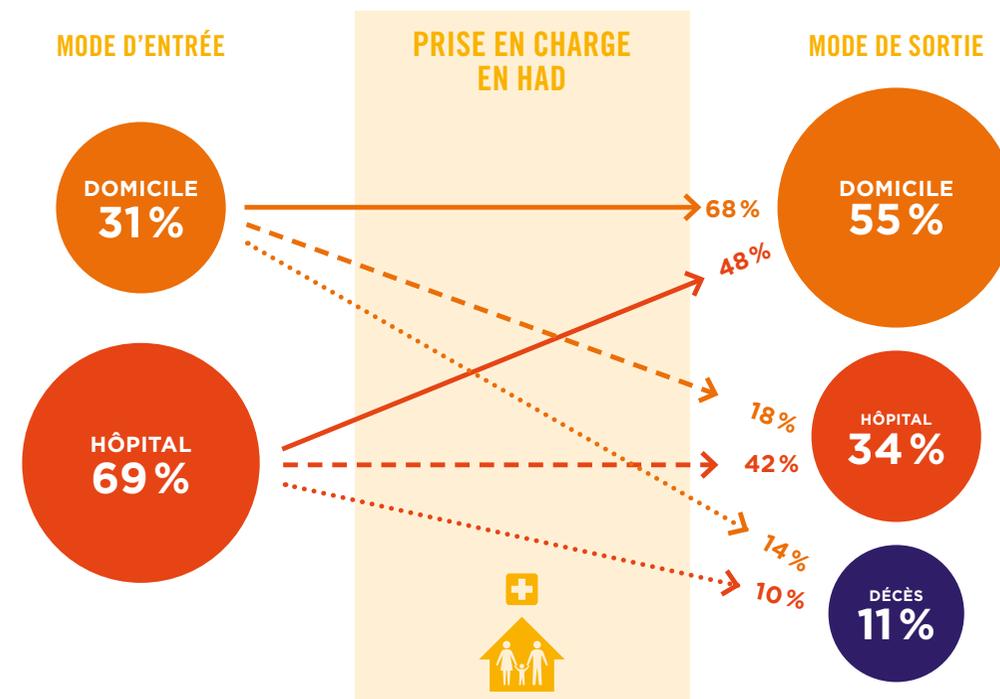
On constate que plus de trois séjours sur cinq initiés à partir du domicile permettent d'éviter l'hospitalisation conventionnelle (sorties vers le domicile + décès).

En 2015 comme en 2014, 18% des séjours initiés à partir du domicile se sont conclus par un transfert ou une mutation en hospitalisation conventionnelle.

Lorsque la prise en charge en HAD intervient en aval d'une hospitalisation conventionnelle, la majeure partie des patients ne retournera pas (en tout cas pas immédiatement) en hospitalisation conventionnelle: les réhospitalisations représentent 42% des modes de sortie (contre 39% en 2014).

TRAJECTOIRE DES PATIENTS EN HAD EN 2015

(SOURCE: BASE NATIONALE – CALCULS FNEHAD)



NOTE DE LECTURE: l'analyse de la trajectoire des patients permet d'évaluer le positionnement de l'HAD dans le parcours des patients, même de manière imparfaite, puisqu'à défaut du chaînage des séjours chaque séjour est comptabilisé comme s'il s'agissait à chaque fois d'un nouveau patient, alors que le nombre moyen de séjours par patient est de plus de 1,5 et peut être plus important encore selon le motif de prise en charge.

La prise en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Depuis 2007, les établissements d'HAD peuvent intervenir au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et, depuis 2012, de l'ensemble des établissements sociaux ou médico-sociaux avec hébergement, accueillant notamment des personnes en situation de handicap (maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs, etc.).

NOMBRE DE JOURNÉES D'HAD EN ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

(SOURCE: ATIH)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NOMBRE DE JOURNÉES	632	34 836	72 466	102 488	136 626	189 874	204 521	232 391	272 595
ÉVOLUTION	NS	NS	NS	+41%	+33%	+39%	+8%	+14%	+17%

Le nombre de journées effectuées en établissements sociaux et médico-sociaux a augmenté de 22% en moyenne chaque année depuis 2010. En 2015, il a représenté 5,9% de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD. 93% de l'activité a été réalisée dans les EHPAD, 5% dans les autres établissements médico-sociaux et 2% dans les établissements sociaux.

PART DES SÉJOURS EN HAD RÉALISÉS AU BÉNÉFICÉ DES ESMS PAR RÉGION

(SOURCE: ATIH)

	2014	2015
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	10,7%	14,5%
BRETAGNE	8,1%	10,7%
BASSE-NORMANDIE	7,4%	8,9%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	6,5%	8,3%
LORRAINE	6,6%	8,0%
CENTRE	5,7%	7,3%
PAYS DE LA LOIRE	5,4%	6,8%
NORD-PAS-DE-CALAIS	5,1%	6,5%
AQUITAINE	5,3%	6,4%
HAUTE-NORMANDIE	4,8%	5,7%
POITOU-CHARENTES	4,8%	5,4%
FRANCHE-COMTÉ	3,9%	5,4%
MIDI-PYRÉNÉES	5,1%	5,1%
AUVERGNE	5,7%	5,0%
CHAMPAGNE-ARDENNE	5,4%	4,8%
BOURGOGNE	4,7%	4,7%
PICARDIE	3,2%	4,6%
ALSACE	3,9%	4,4%
CORSE	4,3%	3,9%
RHÔNE-ALPES	3,2%	3,7%
LIMOUSIN	2,4%	2,5%
ÎLE-DE-FRANCE	1,4%	1,8%
GUADELOUPE	2,3%	3,4%
MARTINIQUE	1,9%	0,8%
LA RÉUNION	1,2%	0,7%
GUYANE	0,2%	0,1%
FRANCE	4,2%	5,1%

NOTE DE LECTURE:

1/ Les données 2014 peuvent différer de celles présentées dans le rapport d'activité 2014-2015 en raison du changement de base de population INSEE et de l'exploitation de la base nationale par la FNEHAD et non plus l'utilisation de données de l'ATIH.

2/ Il a été fait le choix de conserver les anciennes régions afin de mieux discerner les disparités territoriales dans la prise en charge des patients en HAD.

Fin de vie et soins palliatifs

18229 décès ont eu lieu au cours d'une HAD en 2015. Près de 15700 de ces décès peuvent être rattachés à des séjours pour lesquels le mode de prise en charge a été stable pendant toute la durée de la prise en charge. Parmi eux, plus de 11800 sont survenus pour des séjours en «soins palliatifs».



1/4

DES PRISES EN CHARGE
SONT DES SOINS PALLIATIFS

NOMBRE DE DÉCÈS SELON LE MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL, POUR LES SÉJOURS TERMINÉS

(SOURCE: BASE NATIONALE 2014 ET 2015 – CALCULS FNEHAD)

MPP STABLE	LIBELLÉ	2014			2015		
		NB DÉCÈS	NB SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS	NB DÉCÈS	NB SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS
01	Assistance respiratoire	205	1 985	10,3%	235	1 959	12%
02	Nutrition parentérale	174	3 446	5%	126	3 208	3,9%
03	Traitement intraveineux	422	13 192	3,2%	470	14 280	3,3%
04	Soins palliatifs	10 575	27 459	38,5%	11 781	29 760	39,6%
05	Chimiothérapie anticancéreuse	16	18 615	0,1%	11	18 392	0,1%
06	Nutrition entérale	163	4 756	3,4%	154	5 054	3%
07	Prise en charge de la douleur	757	3 611	21%	1 202	4 537	26,5%
08	Autres traitements	82	4 544	1,8%	81	4 906	1,7%
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	977	20 225	4,8%	1 075	23 147	4,6%
10	Post-traitement chirurgical	19	3 934	0,5%	18	4 092	0,4%
11	Rééducation orthopédique	8	737	1,1%	7	598	1,2%
12	Rééducation neurologique	10	834	1,2%	7	888	0,8%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	38	8 087	0,5%	33	8 661	0,4%
14	Soins de nursing lourds	499	6 420	7,8%	499	5 671	7,9%
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	2	2 476	0,1%	2	2 475	0,1%
17	Surveillance de radiothérapie	1	76	1,3%	2	79	2,5%
18	Transfusion sanguine	1	180	0,6%	1	200	0,5%
19	Surveillance de grossesse à risque	0	5 762	0%	0	5 540	0%
20	Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	0	4 422	0%	0	606	0%
21	Post-partum pathologique	0	15 584	0%	1	12 516	0%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	2	2 874	0%	0	2 825	0%
24	Surveillance d'aplasie	1	226	0,4%	0	133	0%
TOTAL		13 952	149 445	9%	15 655	149 527	10,5%

Évaluation de la qualité et de la sécurité

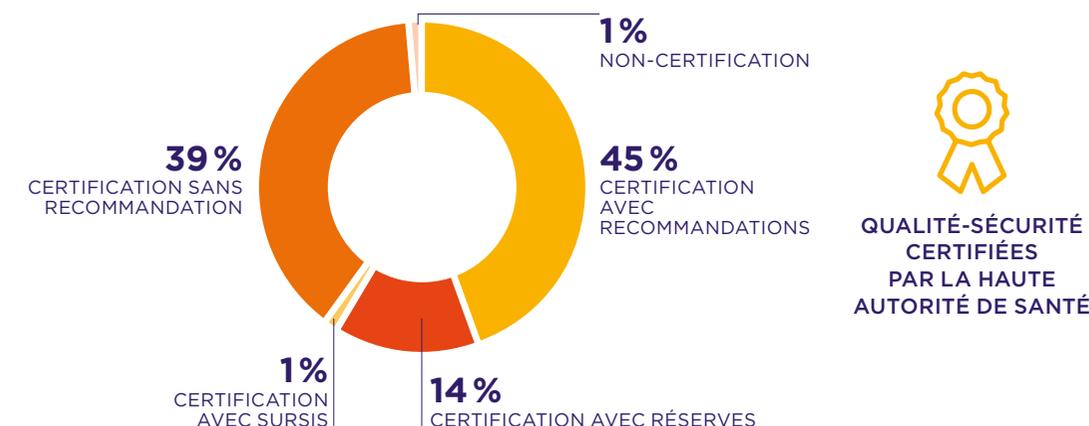
de qualité tels que la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en charge de la douleur ou la traçabilité des actes et des prescriptions dans le dossier du patient.

LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD

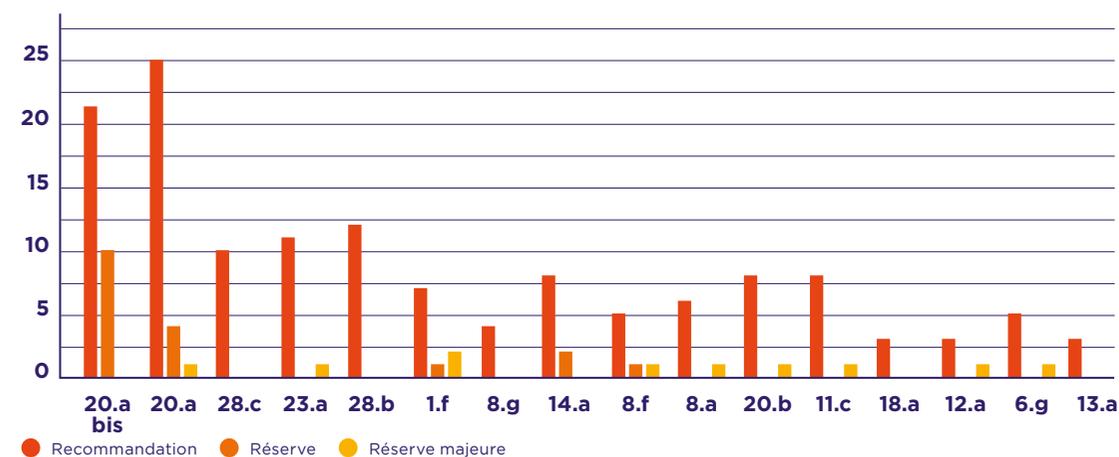
Les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les hôpitaux ou les cliniques: ils sont tenus d'assurer la continuité de soins 24h/24 et 7j/7, sont certifiés par la Haute Autorité de santé et sont soumis à des indicateurs

Seuls les résultats de certification (suite à la dernière décision) des HAD autonomes non rattachés à un établissement de santé avec hébergement sont repris dans les données ci-dessous.

NIVEAUX DE CERTIFICATION V2010 APRÈS DÉCISION FINALE DES 85 ÉTABLISSEMENTS D'HAD AUTONOME



FRÉQUENCE DES CRITÈRES DE CERTIFICATION DONNANT LIEU À DÉCISION EN V2010 (ÉTABLISSEMENTS AUTONOMES)



Pour les établissements autonomes, les critères relatifs au circuit du médicament (20.a et 20.a bis) sont ceux qui donnent le plus fréquemment lieu à recommandation, réserve et réserve majeure en V2010.

LE SUIVI DES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS (TBIN)

Les établissements de santé doivent produire des indicateurs reflétant leur niveau d'engagement dans la prévention des infections nosocomiales (IN). Trois indicateurs sont applicables aux établissements d'HAD et peuvent être mis en regard de ceux de l'ensemble des établissements de santé.

DÉFINITIONS

- **L'ICALIN** : objective l'organisation de la lutte contre les IN dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.
- **L'ICSHA** : mesure le volume de produits hydro-alcooliques consommés.
- **L'ICA-BMR** : objective l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes.

RÉSULTATS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

		A	B	C	D	E	DI	EFFECTIF
ICALIN 2 (2014)	score HAD	66,7%	27,6%	3,3%	0,8%	0,8%	0,8%	123
	score général	79,5%	11,7%	4,7%	2%	2%	0,1%	2 760
ICSHA 2 (2014)	score HAD	65%	18,7%	7,3%	8,1%	0,8%	0%	123
	score général	56,9%	25,6%	13%	3,4%	0,9%	0,2%	2 663
ICA-LISO	score HAD	Non applicable						
ICA-BMR (2013)	score HAD	63,1%	18,9%	13,9%	4,10%	0%	0%	122
	score général	69,4%	20,4%	6,6%	2,30%	1,30%	0%	2 348
ICATB	score HAD	Non applicable						
SARM	score HAD	Non applicable						

NOTE DE LECTURE: 65% des HAD atteignent un niveau A pour le score ICSHA.2 contre 56,9% pour l'ensemble des établissements de santé.



On ne part pas à l'aventure, on est accompagné du début à la fin [...]. Pour tous les gens qui peuvent le faire, c'est vraiment un plus dans ce moment particulièrement difficile.

BERTRAND R.,
aidant

FNEHAD

40 rue du Fer-à-Moulin

75005 Paris

Tél. : 01 55 43 09 09

Fax : 01 55 43 09 04

www.fnehad.fr

 @fnehad_info



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE