

# L'HAD, un partenaire présent, réactif et adaptable

**FNEHAD**

—  
RAPPORT  
D'ACTIVITÉ  
2019-2020



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

2

L'essentiel de l'année

4

Le mot du ministre des  
Solidarités et de la Santé

6

Regards croisés  
sur la crise sanitaire

10

**PARTIE 1.** Agir dans  
une crise sans précédent

17

**PARTIE 2.** Poursuivre  
le développement  
de l'HAD

32

**PARTIE 3.** Accompagner  
nos adhérents

49

**PARTIE 4.** Connaître  
l'hospitalisation à domicile

ÉDITORIAL

—

**D<sup>r</sup> Élisabeth  
HUBERT**

ANCIEN MINISTRE,  
PRÉSIDENTE DE  
LA FNEHAD



« L'enjeu est désormais  
de ne plus simplement  
être acteurs de la santé  
mais d'être moteurs  
et animateurs de ce  
travail de rénovation. »

**C**omment dresser un bilan d'une année aussi particulière que celle qui s'achève, alors que le rebond de l'épidémie nous plonge à nouveau dans la gestion de crise et ralentit les travaux structurels de réorganisation de notre système de santé ?

Mais il importe néanmoins de se livrer à ce travail rétrospectif pour précisément tirer un enseignement des actions conduites et mieux préparer le futur. Ce rapport d'activité de la FNEHAD contribue à cette analyse.

Nous avons voulu donner une place particulière à la mobilisation de nos établissements et de leurs professionnels durant la crise Covid. Au-delà de l'hommage qu'ils méritent pour leur engagement dans des situations souvent très éprouvantes, on retiendra aussi leur créativité et leur professionnalisme.

**Les retours d'expérience de cette crise, que cela soit à l'échelon institutionnel ou au niveau opérationnel, permettent de souligner la prise de conscience de l'apport de l'HAD dans l'évolution de l'offre de soins et la capacité des HAD à s'adapter et à se réinventer.**

Au-delà de la crise, et en dehors de tout effet épidémique conjoncturel, les chiffres présentés dans ce rapport illustrent que **l'augmentation de l'activité d'HAD se poursuit et est, en 2019, encore en progression sensible, tous types de prises en charge confondus.**

Ce rapport d'activité présente également l'action de la FNEHAD dans le cadre de la mise en œuvre des réformes, que cela soit celles issues de Ma santé 2022 ou du Ségur de la Santé. Autant de groupes de travail auxquels contribue la FNEHAD, reconnue comme un interlocuteur incontournable dans le déploiement de ces chantiers. **Il ne s'agit pas d'une écoute polie mais bel et bien d'une réelle concertation**, les résultats obtenus témoignant que nombre de nos propositions, perçues comme équilibrées

et responsables, sont approuvées par les autorités de tutelle et intégrées aux changements décidés.

Ce travail se poursuivra en 2021. **L'année à venir verra en effet la mise en œuvre de plusieurs réformes structurantes pour notre activité : réforme du droit des autorisations, réforme du modèle de financement et plus largement restructuration de l'offre de soins.**

Ces réformes devront s'accompagner de mesures fortes liées aux enjeux stratégiques qui sont les nôtres :

› En premier lieu, **l'amélioration de la connaissance de l'hospitalisation à domicile par les établissements sanitaires et médico-sociaux et professionnels libéraux** est un enjeu majeur pour le développement de l'activité. Une communication active sur notre activité, portée par le Ministère, est urgente.

› Ensuite, il convient de pleinement **installer les établissements d'HAD dans les organisations territoriales sanitaires**, tant notre activité nous place à une situation privilégiée aux confins de l'hospitalisation et de l'ambulatoire, du sanitaire et du médico-social. Notre compétence en coordination s'avère un apport majeur dans le cadre de la prise en charge des parcours complexes, et notamment des personnes âgées vivant à leur domicile ou en EHPAD.

› Enfin, **si l'hospitalisation à domicile se veut pionnière dans l'appropriation des outils numériques, elle doit maintenant transformer l'essai par la diffusion et l'essaimage des bonnes pratiques.**

L'enjeu est désormais de ne plus simplement être acteurs de la santé mais d'être moteurs et animateurs de ce travail de rénovation.

Autant de défis à relever ensemble, portés par la juste reconnaissance de l'engagement de nos établissements durant la crise et motivés par les formidables évolutions qui nous attendent. ●

# 2019

**20-21  
JUIN**

**Universités d'été  
de l'hospitalisation  
à domicile**  
à Strasbourg

—  
Présentation du  
film de la FNEHAD  
sur l'HAD  
« **L'hospitalisation  
à domicile :  
l'hôpital, partout  
où vous êtes** »

**27  
JUIN**

**Communiqué  
de presse commun  
de l'ensemble  
des fédérations  
hospitalières**

s'engageant pour  
la mise en œuvre  
de la **feuille de route  
stratégique  
du numérique  
en santé**

**24  
JUILLET**

**Audition  
de la FNEHAD  
par Thomas Mesnier,**  
rapporteur général  
de la Commission  
des affaires sociales  
de l'Assemblée  
nationale pour  
la **refondation  
des urgences**

**6  
NOV.**

**Journée régionale  
HAD Nouvelle-  
Aquitaine**  
à Angoulême  
(Charente)

**26  
NOV.**

Intervention de  
la présidente de la  
FNEHAD au **Forum  
régional de l'HAD**  
à Fleury-les-Aubrais  
(Loiret), en présence  
de Laurent Habert,  
directeur général  
de l'ARS Centre-  
Val de Loire

**4  
DÉC.**

**Universités d'hiver  
de l'hospitalisation  
à domicile « Seniors  
et hôpital : une  
relation d'avenir ? »**  
à Paris

—  
Discours de clôture  
par **Agnès Buzyn,**  
ministre des  
Solidarités et de  
la Santé

# 2020

**24  
JANV.**

Journée nationale  
**du programme  
HOP'EN** dans le cadre  
de la feuille de route  
du numérique en santé

**31  
JANV.**

Lancement  
du **GT Réforme  
du financement  
interne** à la  
FNEHAD

**6  
FÉV.**

**Signature du  
protocole** sur  
la pluriannualité  
des ressources  
hospitalières

**23  
MARS**

**Début de l'état  
d'urgence sanitaire**  
lié à la crise du  
COVID-19

**1<sup>er</sup>  
AVRIL**

**Assouplissement des  
modalités de prise en  
charge** des patients  
COVID-19 en HAD

**25  
MAI**

Lancement du  
**Ségur de la Santé**

**14  
JUIN**

**Publication du décret  
sur la prime Covid**  
qui sera étendue  
aux professionnels  
de tous les secteurs

**8  
SEPT.**

**Olivier Véran,**  
ministre des Solidarités  
et de la Santé,  
**reçoit la Présidente  
de la FNEHAD et  
la déléguée nationale**

**15  
SEPT.**

**Brigitte Bourguignon,**  
ministre déléguée  
en charge de  
l'Autonomie, **reçoit  
la Présidente de  
la FNEHAD et la  
déléguée nationale**



## Olivier VÉRAN

MINISTRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

L'hospitalisation  
à domicile, une  
solution d'avenir  
qui se conjugue  
au présent.

**L**es combats audacieux sont souvent des combats nécessaires. À l'avant-garde du décloisonnement il y a quelques années, l'hospitalisation à domicile fait aujourd'hui figure de pilier indispensable dans l'organisation territoriale des soins. Il y a dix ans, tout le territoire n'était pas couvert par une autorisation d'hospitalisation à domicile. Désormais, c'est le cas et la FNEHAD, véritable force motrice, peut s'en féliciter.

Votre fédération repose sur un formidable réseau de professionnels convaincus et profondément attachés à cette modalité d'hospitalisation. Le dynamisme de votre filière s'est révélé de façon remarquable dans la crise sanitaire impensable que nous avons traversée et qui n'est pas encore derrière nous. Ma gratitude à l'égard de tous les acteurs de l'hospitalisation à domicile est immense. Dans des conditions difficiles, souvent pénibles, vous avez su vous adapter à un contexte proprement hors normes, en amplifiant votre soutien à l'hospitalisation traditionnelle et en simplifiant les démarches pour recourir à l'hospitalisation à domicile.

Comme l'ensemble de notre système de santé, votre filière est aujourd'hui à la croisée des chemins et les enjeux ne manquent pas. En 2050, la société française n'aura pas le même visage qu'aujourd'hui : près de 5 millions de Français auront plus de 85 ans. En d'autres termes, le nombre d'ainés en perte d'autonomie aura presque doublé et c'est dès à présent qu'il faut s'y préparer. S'y préparer, c'est peut-être d'abord écouter les Français et entendre qu'ils souhaitent dans leur immense majorité rester à domicile.

La réforme du grand âge et de l'autonomie est aujourd'hui sur les rails et la création tant espérée et tant attendue d'une cinquième branche de la sécurité sociale est désormais un principe acté. Les concertations se poursuivent et nous sommes en train de construire ensemble le nouveau modèle dont la France a besoin.

Le renforcement de la collaboration entre l'hospitalisation à domicile et les services infirmiers de soins à domicile ou les services polyvalents d'aide et de soins à domicile, au bénéfice des personnes âgées, des personnes fragiles et des patients en fin de vie, a été mis en place l'an dernier. Ce renforcement

traduit la volonté des pouvoirs publics et des acteurs de mieux se coordonner pour faciliter le maintien à domicile des patients et pour garantir la continuité des accompagnements. Cette continuité est indispensable et elle justifie pleinement une coopération plus étroite entre les équipes.

Votre rôle sera également déterminant dans l'accélération du virage ambulatoire, dans l'organisation de parcours de santé, dans la réduction des passages aux urgences évitables. Nous souhaitons à cet effet, dans les semaines et les mois qui viennent, structurer dans chaque territoire des parcours d'admissions directes non programmées à l'hôpital pour les personnes âgées pour éviter les passages aux urgences inutiles. Cela passera par le déploiement d'équipes mobiles, l'intervention de professionnels libéraux et le renforcement de l'hospitalisation à domicile.

Par son positionnement en coordination entre ville, hôpital, social et médico-social et son aptitude à proposer au patient un parcours de soin ancré dans le territoire, l'hospitalisation à domicile répond intrinsèquement aux objectifs poursuivis par le Gouvernement.

Votre force, c'est également d'avoir très tôt misé sur l'innovation, en vous saisissant de l'ensemble des outils à disposition et en travaillant avec les sociétés savantes dans le champ de la télémédecine. La crise sanitaire aura au moins eu cette vertu de rendre courantes et presque banales des pratiques pertinentes, qui suscitaient hier tantôt de la frilosité, tantôt de la circonspection.

Ma conviction de médecin sur le potentiel immense de l'hospitalisation à domicile n'a pas changé en endossant mon costume de ministre. Conjuignons nos efforts et faisons de l'hospitalisation à domicile le fer de lance d'un grand bond en avant pour notre système de santé. ●



## Stéphane MULLIEZ

DIRECTEUR GÉNÉRAL  
DE L'ARS BRETAGNE

# Covid-19 en Bretagne : le rôle de l'HAD dans la gestion de la crise

### — Quel a été le rôle de l'HAD durant la crise ?

Par la nature même de son activité, au cœur du domicile, et son positionnement au carrefour de l'ensemble des acteurs du soin, l'hospitalisation à domicile a très rapidement joué un rôle central durant cette crise sanitaire en région Bretagne : opérateur dans la prise en charge effective des patients infectés, porteur d'initiatives innovantes, appui en expertise aux établissements médico-sociaux...



Cette dynamique s'est inscrite dans un terreau très favorable en Bretagne, mobilisant le réseau des douze structures d'HAD implantées dans chacun des territoires de santé.

Cette interconnaissance des acteurs locaux a favorisé la mise en place réactive et agile d'organisations innovantes, qui ont pu s'appuyer sur des projets existants, telle que la plateforme d'orientation des patients pour fluidifier les prises en charge d'aval.

### — L'activité de l'HAD a augmenté durant la crise. Quels facteurs ont facilité cette croissance ?

Ces organisations ont aussi bénéficié d'un niveau d'activité important en Bretagne : le taux de recours à l'HAD des patients bretons atteint en 2019 25 patients/jour/100 000 habitants, dépassant pour la première année le taux national (24,6). Ce taux a progressé de 11,3 % par rapport à 2018 (+ 7 % en France). 7 436 patients ont eu recours sur l'année 2019 à une structure HAD bretonne soit + 700 par rapport à 2018.

L'assouplissement des conditions d'admission en HAD autorisé par l'arrêté du 1<sup>er</sup> avril dernier a été un réel atout pour simplifier ces démarches, permettant aux hôpitaux dans le contexte de la déprogrammation des activités d'adresser davantage auprès de patients en HAD en sus des prises en charge « habituelles ». Lors des déprogrammations, les HAD bretonnes ont été au rendez-vous !

### — L'HAD en EHPAD : quels avantages pour les équipes ?

Elles ont également assuré un appui en expertise et en coordination des professionnels libéraux et des

établissements médico-sociaux. Pour ces établissements, le taux de prise en charge en HAD des patients dans le secteur médico-social est de 22 % contre 13,7 % au niveau national. Elles l'ont donc fait assez naturellement et avec beaucoup d'efficacité, là aussi en s'appuyant sur les réseaux de proximité et en confiance avec les autres partenaires.

Leur expertise sur la prise en charge des personnes âgées a également permis d'apporter aux EHPAD des conseils sur le suivi et l'organisation des soins ainsi que pour la mise en œuvre des procédures COVID-19, en forte coopération avec les acteurs des filières gériatriques, les dispositifs d'appui à la coordination et les réseaux de soins palliatifs.

La gestion de la crise aura mobilisé également de manière plus importante les structures HAD sur de nouvelles missions et champs d'intervention (chimiothérapies, immunothérapies, rééducation fonctionnelle...) sur lesquelles il sera nécessaire de capitaliser pour l'avenir.

Elle aura aussi permis le fonctionnement opérationnel de cellules de coordination des parcours que l'agence souhaite promouvoir sur les territoires entre acteurs hospitaliers, médico-sociaux et libéraux. L'ambition est forte sur ce point pour l'ARS. Des projets commencent à éclore. Il nous faut maintenant passer à la mise en œuvre de manière plus volontariste.

**Pour conclure, la crise aura, à nouveau, démontré toute la capacité d'adaptation et d'engagement du réseau des HAD de Bretagne, sans concession sur l'accès, la sécurité et la qualité des soins. L'enjeu est donc de pérenniser cet effort dans le temps et de cranter ces évolutions bénéfiques pour le système de santé breton. ●**



## **D' Jocelyne WITTEVRONGEL**

PRÉSIDENTE DE L'UNION  
NATIONALE DES PROFESSIONS  
DE SANTÉ

—

PILOTE DU PILIER 4  
« TERRITOIRES »  
DU SÉCUR DE LA SANTÉ

— À l'issue du Ségur de la santé  
dont vous avez animé un des  
piliers, comment avez-vous perçu  
ces échanges ?

L'année 2020 aura été marquée par une épidémie sans précédent. Les professionnels de santé et toutes les structures dans lesquelles nous travaillons ont su répondre présents. La crise aura aussi permis de mettre en exergue les points critiques de notre système de santé.

Le Ségur de la Santé, qui s'est déroulé en 50 jours, s'est fixé comme objectif de tout remettre à plat. Pour la première fois, se sont réunis des hospitaliers, des libéraux, des professionnels du soin, des secteurs médico-social, social, les administrations centrales et décentralisées et les patients. Une gageure pour certains, un défi pour d'autres, mais les constats ont été réalisés sans concession et des engagements tangibles ont été pris officiellement.

Décloisonner l'hôpital et la ville, decloisonner les administrations et les professionnels, decloisonner le médical et le social, decloisonner au profit des patients. Ce mot est revenu sans cesse. Nous souffrons trop de travailler en silos alors que l'efficacité requiert plus que jamais des passerelles entre nous professionnels, entre les divers segments de notre système de soins. Le DMP, les messageries sécurisées, les outils numériques, l'hôpital de proximité avec une gouvernance revue et partagée sont les outils indispensables à ce decloisonnement.

— Les professionnels libéraux et notamment les pharmaciens d'officine sont très engagés dans la coordination des soins et les CPTS, peu à peu, se créent. Quelles articulations, quelles coopérations sont envisageables avec les structures d'HAD ?

La collaboration entre tous passera par le développement de l'exercice coordonné, d'abord au plus proche des patients et de leur lieu de vie mais aussi au niveau des territoires. Ce ne sont finalement pas tant de nouvelles structures immobilières dont nous avons besoin que de l'envie de travailler ensemble

et d'outils communs pour partager nos informations et le contenu de nos interventions. Les établissements d'HAD font partie à part entière de ces outils agiles de coordination des acteurs, cette activité étant structurellement un lien entre les établissements de santé avec hébergement, les EHPAD et la ville. L'HAD doit donc être intégrée de façon systématique dans toutes les réflexions et expérimentations tant à l'échelle territoriale qu'au niveau des patients.

Pas plus que nous ne pouvons désormais concevoir une offre de soins sans un hôpital et des plateaux techniques, il n'est plus envisageable d'imaginer une organisation territoriale efficace sans HAD. Mais, *a contrario*, l'HAD ne peut et ne pourra pleinement remplir son rôle sans mieux prendre en compte les communautés professionnelles de santé, mieux faire connaître son organisation et renforcer ses liens avec les libéraux.

C'est la méconnaissance réciproque qui entraîne l'immobilisme. En l'absence de ce partenariat étroit entre HAD et acteurs libéraux, ne nous y trompons pas, d'autres acteurs tenteront d'occuper ce terrain de la coordination et de la proximité.

**Apprenons à toujours mieux nous connaître afin de construire ensemble les parcours de santé de demain, pour le plus grand bénéfice de nos patients. ●**

PARTIE 1.

# Agir dans une crise sans précédent



# Un soutien aux établissements hospitaliers avec hébergement et aux ESMS

Le 1<sup>er</sup> avril 2020 a été publié un arrêté permettant de déroger aux règles de droit commun de l'hospitalisation à domicile dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire qu'a connu la France jusqu'au 10 juillet 2020. Cette dérogation a été prolongée jusqu'au 30 octobre 2020.

Cette dérogation a permis de faciliter les prises en charge en HAD grâce aux éléments suivants :

- › suspension de l'obligation de **conventionnement préalable avec les EHPAD et les Ssiad** ;
- › suspension du **déla** **de 7 jours préalable à l'intervention conjointe entre HAD et Ssiad** ;
- › suspension de l'obligation de **prescription médicale préalable en cas d'urgence**, et de l'**accord préalable du médecin traitant en cas d'indisponibilité**.

Néanmoins, le médecin traitant doit être informé de la prise en charge et les éléments justifiant ces dérogations doivent apparaître au dossier médical du patient.

Par ailleurs, un **rôle de conseil et d'expertise** peut être confié aux HAD.

Ces différentes mesures font l'objet d'une évaluation dans l'application qu'elles ont pu connaître, tant de la part de la FNEHAD, que du ministère et des ARS afin de juger leur possible pérennisation ultérieure.

Dès le début de la crise épidémique et du délestage massif des hôpitaux, les établissements d'HAD ont connu une **forte demande d'externalisation des chimiothérapies** à domicile émanant des services de cancérologie.

Dans ce contexte, la **FNEHAD et Unicancer** ont publié conjointement un communiqué d'information, dès le 23 mars, qui rappelle les principes de prises en charge en HAD des patients justifiant une chimiothérapie IV. En particulier, les deux fédérations ont rappelé les bonnes pratiques et l'expertise requise dans une organisation de chimiothérapie à domicile.

La FNEHAD s'est également jointe au **CNP Gériatrie** et à la **SFAP** pour appeler au soutien des patients âgées et des professionnels exerçant en EHPAD, en encourageant la **coopération entre HAD, unité mobile de gériatrie et équipe de soins palliatifs avant même que l'EHPAD ne soit infecté**.



## Plus de 3 000

RÉSIDENTS EN EHPAD  
PRIS EN CHARGE\*

\* SUR UNE BASE DE  
REPRÉSENTATIVITÉ DE  
70 % DES HAD – ENQUÊTE  
COVID-19 PAR LA FNEHAD



## Des prises en charge directes de patients atteints par le COVID-19

Dès le début de l'épidémie en France, **un groupe de médecins coordonnateurs de la FNEHAD a établi des documents visant à sécuriser la prise en charge en HAD de patients infectés** :

- › un protocole de prise en charge des patients atteints du COVID-19 ;
- › un protocole de surveillance infirmière qui fixait des seuils cliniques de vigilance et d'alerte.

La Fédération a adressé ces documents au ministère de la Santé qui les a repris dans la fiche ministérielle contenant les messages sanitaires COVID-19 diffusée aux professionnels de santé.



**CETTE FICHE EST  
ACCESSIBLE EN  
LIGNE SUR LE SITE  
DU MINISTÈRE**



### 6 mars 2020

C'EST LA DATE D'ÉLABORATION  
DES PROTOCOLES PAR LE GROUPE  
DE MÉDECINS COORDONNEURS  
DE LA FÉDÉRATION

# Une implication forte dans les organisations territoriales

En parallèle d'un nombre de patients pris en charge en forte hausse, une contribution active à la gestion de crise sur les territoires a été notée, notamment par des initiatives locales :

- › le **renforcement de partenariats de proximité**, en particulier auprès des ESMS et des professionnels libéraux, mais aussi des établissements hospitaliers avec hébergement
- › l'**intégration plus forte aux coopérations territoriales** : CPTS, dispositifs d'appui à la coordination, collaboration avec les équipes mobiles de gériatrie...

La FNEHAD a rappelé par communiqué et lors de ses échanges pluri-hebdomadaires avec le ministère de la santé, la nécessité de s'appuyer sur l'HAD, **à la fois évaluateur, organisateur et effecteur des soins**.

## EXEMPLES D'ORGANISATIONS TERRITORIALES

<b>FILIÈRE GÉRIATRIQUE/ EHPAD</b>	<p>Création d'une cellule de crise réunissant HAD, dispositif d'appui à la coordination, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie Covid du CHU.</p> <p>Coopération avec la filière palliative et le dispositif d'appui à la coordination pour construire des protocoles avec les ESMS.</p> <p>Mise en place de filières dédiées COVID+ ; Intégration à la filière gériatrique.</p>
<b>COOPÉRATIONS TERRITORIALES</b>	<p>Coordination ou cellule de gestion de crise HAD/GHT et HAD/ARS.</p> <p>Création d'un guichet unique par le GHT pour les sorties Covid avec les HAD du territoire et la plateforme territoriale d'appui.</p> <p>Coordination des acteurs libéraux en appui d'EHPA et EHPAD en situation épidémique.</p> <p>Coordination avec les CHU : convention de mise à disposition d'une personne référente de l'HAD au sein du CHU, renforcement de l'IDE de liaison pour l'évaluation des situations complexes au CHU.</p> <p>Participation à la CPTS ; Participation à la gestion d'un centre Covid/ EHPAD et Covid/domicile avec la ville.</p> <p>Parcours patient CH / SSR Covid / HAD si SSR saturé.</p>
<b>ORGANISATION DE L'HAD</b>	<p>Mise en place d'une équipe dédiée Covid au sein de l'HAD.</p> <p>Utilisation des outils numériques : télémedecine COVID+, visioconférence avec les professionnels de santé libéraux, etc.</p>



# La FNEHAD mobilisée

Dans ce contexte tendu, la FNEHAD s'est mobilisée pour mettre en place une stratégie de gestion de crise en temps réel. Elle s'est traduite par les missions suivantes :

› **Réunions pluri-hebdomadaires** entre la DGOS et les fédérations hospitalières :

- **alerter** sur les difficultés et **débloquer** des situations en urgence (approvisionnements EPI...);
- **mettre en place une gestion de crise** : instauration des dérogations réglementaires de fonctionnement pour faciliter le recours à l'HAD pendant l'état d'urgence sanitaire ;

- **négocier les dispositifs financiers exceptionnels** et la bonne prise en compte des HAD : garantie de financement, surcoûts et prime exceptionnelle.

› Mise en place d'une **enquête hebdomadaire COVID-19**, permettant de recueillir de manière réactive des données quantitatives sur le nombre de patients pris en charge et les difficultés rencontrées (dans l'approvisionnement des EPI, des médicaments, dans la mobilisation des partenaires libéraux...).

› **Mobilisation accrue des délégués régionaux**, par des contacts réguliers avec les ARS et avec les adhérents.

› **Réunions fréquentes du bureau** du CA et des délégués régionaux de la FNEHAD.

› **Fnehad Info spécial COVID-19 plurihebdomadaire** pour tenir informés les adhérents des évolutions et discussions en cours.

› **Demandes d'auditions auprès des commissions d'enquête parlementaires** mises en place sur la gestion de l'épidémie.

## ENQUÊTE FNEHAD – COVID-19 : PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



**AU MOINS 4 000 PATIENTS TOUCHÉS PAR LE COVID-19 PRIS EN CHARGE EN HAD**, entre mars et juin 2020, soit 4 % de l'ensemble des hospitalisations (contre 2 % en temps normal).



**UNE FORTE MOBILISATION EN EHPAD**, dont les interventions ont pu représenter jusqu'à 25 % de l'activité d'HAD dans certaines régions pendant l'épidémie, voire des pics de 40 à 50 % dans les périodes les plus aiguës.



**DES DIFFICULTÉS PARTAGÉES AVEC LES AUTRES ACTEURS DE SANTÉ** dans l'approvisionnement de certains EPI (masques, surblouses, gants) et médicaments (Midazolam).



**DES TENSIONS ACCRUES DANS LE RECOURS À CERTAINES COMPÉTENCES** (ex. : masseurs kinésithérapeutes...).



# Préserver les ressources des établissements face à la crise, reconnaître la mobilisation des professionnels

## PROTÉGER LES ÉTABLISSEMENTS DES ALÉAS FINANCIERS LIÉS À L'ÉPIDÉMIE

Protéger les établissements des difficultés financières qu'ils vivent durant cette crise sanitaire a été l'un des axes majeurs des négociations de la FNEHAD.

Ainsi, la délégation nationale a permis de :

- › **garantir les ressources financières des établissements de santé**, en introduisant le principe d'une garantie de rémunération au minimum égale au niveau des recettes liées à l'activité 2019 ;
- › **couvrir les surcoûts liés spécifiquement au virus**, dans une acception large (dépendances de personnel, de fonctionnement, d'investissement, pertes de recettes...), **en sus de l'ONDAM initialement prévu pour 2020**.

## VALORISER L'IMPLICATION DES AGENTS FACE AU VIRUS

La Fédération s'est assurée de la **bonne prise en compte des structures d'HAD dans chacun des dispositifs**.

Une **action conjointe des fédérations hospitalières du secteur privé** (FEHAP, FHP, Unicancer et FNEHAD) a permis d'obtenir *in fine* du Gouvernement, un **traitement égalitaire entre le secteur public et le secteur privé, et la reconnaissance d'établissements exposés en dehors des départements réputés les plus touchés**.

La FNEHAD a réussi à obtenir le **versement d'une prime exceptionnelle aux professionnels** : 1 500 € pour tous les professionnels, dans les départements réputés les plus touchés et dans les établissements ayant pris en charge au moins 15 patients Covid-19 (dans la limite de 40 % des effectifs) ; 500 € ailleurs.

**La FNEHAD a fait valoir dans ces discussions avec le ministère des Solidarités et de la Santé**, la situation des structures d'HAD dans cette crise, dont l'activité n'a pas été marquée par la déprogrammation des interventions mais au contraire, par le surcroît de sollicitations, ce qui a justifié que soit prévue **une régularisation à mi-année de la garantie de financement** pour les établissements enregistrant une dynamique d'activité.



# 1 500 €

C'EST LE MONTANT MAXIMAL DE LA PRIME EXCEPTIONNELLE QUI A ÉTÉ VERSÉE AUX PROFESSIONNELS

# « SÉCURITÉ DE LA SANTÉ » : TIRER LES ENSEIGNEMENTS DE LA CRISE

## Un cycle de concertations pour refondre notre système de santé

Lancé par le Premier Ministre le 25 mai 2020, autour de 4 piliers :



RÉMUNÉRATIONS,  
CARRIÈRES  
ET COMPÉTENCES



FINANCEMENT  
ET INVESTISSEMENT



SIMPLIFICATION



FÉDÉRATION  
DES ACTEURS  
TERRITORIAUX

## UN MOIS DE TRAVAUX (JUIN 2020) :

Un comité de pilotage des 4 piliers, de nombreux groupes de travail thématiques, une consultation directe auprès des professionnels et des retours d'expérience territoriaux recueillis en région en lien avec les ARS, les CTS/CRSA.

## LA FNEHAD A REPRÉSENTÉ L'HAD DANS LES TRAVAUX À TOUS LES NIVEAUX :

- › comité de pilotage et groupes de travail sur chacun des piliers ;
- › retours d'expérience en région ;
- › auditions bilatérales par les pilotes des piliers.

## LA FNEHAD A PARTAGÉ SES ANALYSES ET PROPOSITIONS CONCRÈTES PAR UNE CONTRIBUTION ÉCRITE DÉTAILLÉE SUR :

- › le soutien aux métiers du domicile ;
- › la modernisation des financements ;
- › les pistes de simplification ;
- › le renforcement des soins en proximité, entre domicile, hôpital, ville et médico-social ;
- › le développement du numérique en santé.



**RETROUVEZ LA CONTRIBUTION DE LA FNEHAD AU SÉCURITÉ DE LA SANTÉ SUR :**  
<https://www.fnehad.fr/2020/07/09/communiqu-e-de-presse-la-contribution-de-la-fnehad-au-segur-de-la-sante/>

PARTIE 2.

# Poursuivre le développement de l'HAD



# Renforcer nos relations avec nos partenaires libéraux et médico-sociaux

## VERS PLUS DE COOPÉRATION AVEC LES PHARMACIENS D'OFFICINE

En 2019, la FNEHAD et les syndicats de pharmaciens d'officine, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) se sont réunis à quatre reprises, dans le cadre d'un groupe de travail commun, dont les objectifs sont de :

› **renforcer l'intervention du pharmacien d'officine dans la prise en charge médicamenteuse** d'un patient d'HAD ;

› **dématérialiser les flux financiers** entre HAD et officines.

Interrompus par cette crise sanitaire, les travaux reprendront au cours du dernier trimestre 2020.

## UNE REPRISE DES DISCUSSIONS AVEC LES INFIRMIERS LIBÉRAUX

Les négociations conventionnelles entre les syndicats d'infirmiers libéraux et l'Assurance maladie ont conclu à l'émergence de nouvelles cotations infirmières et à la revalorisation de certains tarifs (**avenant n°6**).

Dans ce contexte, la FNEHAD a rencontré les présidents de Fédération nationale des infirmiers (FNI) et du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) fin 2019. Une séance de travail technique commune a permis d'identifier les enjeux et les difficultés qu'engendrent ces nouvelles cotations en HAD.

Les discussions doivent reprendre lors d'une nouvelle rencontre dans les meilleurs délais, sur le dernier trimestre 2020, afin d'**aboutir à un accord sur les pratiques de cotations**.

### À paraître, le guide ministériel sur l'HAD en ESMS

En cours de finalisation, ce guide se veut opérationnel et présenter les conditions « *pour réussir le partenariat entre les établissements d'hospitalisation à domicile et les établissements et services sociaux et médico-sociaux* ».

# Améliorer la qualité et la sécurité des soins

## L'HAD DANS LA NOUVELLE CERTIFICATION

L'année 2019 a été consacrée aux **expérimentations et adaptations de la nouvelle version du référentiel de certification**, dit v2020.

La FNEHAD a exprimé auprès de la HAS ses propositions et demandes de modifications sur le projet, la nécessité d'expérimenter la nouvelle version en HAD ainsi que la nécessité de former des experts visiteurs aux spécificités du domicile.

L'expérimentation en établissement a permis de vérifier les objectifs suivants :

- › la pertinence des attendus du référentiel et des méthodes d'évaluation ;
- › la coordination de l'ensemble des séquences durant la visite ;
- › l'acceptabilité et la compréhension de la démarche par les professionnels ;
- › la bonne intégration de la fonction médecin centré patient traceur au collectif ;
- › ainsi que de faire des propositions d'amélioration du dispositif.

## AMPLIFIER LE FINANCEMENT À LA QUALITÉ

En 2019, **289 établissements d'hospitalisation à domicile** ont perçu une dotation au titre de l'IFAQ pour un montant total de **3,9 millions d'euros**, qui correspond au prévisionnel opéré en début d'année.

En 2020, les montants sont doublés : au total, **282 structures d'HAD** sont attributaires, pour un montant total de **8,6 millions d'euros**.

Compte tenu de la suspension du recueil des IQSS dans le contexte de crise, la répartition des crédits s'est faite de la manière suivante :

- › reconduction à l'identique des montants 2019 pour tous les établissements ;
- › répartition de l'abondement supplémentaire 2020 au prorata de l'activité 2019.

Ces crédits ont été versés en une seule fois, dès le début de l'année, pour faciliter la gestion de trésorerie des établissements pendant la crise sanitaire.

En 2021, le modèle devrait connaître des évolutions importantes :

- › gradation de la rémunération, entre un seuil minimal et une valeur cible ;
- › renforcement de l'évolution par rapport au « niveau atteint » : l'évolution, représentant aujourd'hui

40 % des montants, pourrait prendre une part plus importante ;

› introduction d'un dispositif de sanction : pour certains indicateurs, en cas de non atteinte d'un seuil minimal à définir pendant trois années consécutives, sur décision de l'ARS ;

› modalité de versement : discussion sur une possible mensualisation.

## LA FNEHAD PARTICIPE ACTIVEMENT AUX RÉFLEXIONS SUR LES ÉVOLUTIONS DU MODÈLE DE FINANCEMENT À LA QUALITÉ.



### CHIFFRES CLÉS 2019

# 13,7 K€

RÉMUNÉRATION MOYENNE

# 8 K€

RÉMUNÉRATION MÉDIANE

# 267 K€

RÉMUNÉRATION MAXIMALE

**Avant le lancement de la V2020, la HAS a effectué plusieurs visites test pour ajuster le nouveau manuel et les outils qui seront utilisés lors des visites. Pour le secteur de l'HAD, la visite test a eu lieu au sein de l'établissement de Châlons-en-Champagne (HAD France).**

## DÉROULEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION EN HAD :

› Trois jours de visite, à **Châlons-en-Champagne**, à l'automne 2019.

› **Points d'amélioration du référentiel identifiés :**

- **Profil patients :** typologie très précise de patients souhaitée par la HAS, non forcément présente dans l'établissement au moment de la visite

- **Place du patient et de son entourage :** les patients choisis doivent être communicants, avec un entourage disponible afin de participer à des temps d'échanges.

- **Déroulement de la visite au domicile :** présentation par le médecin coordonnateur du dossier patient préalablement à la rencontre entre les experts visiteurs et le patient (nouveau) ; temps d'échange maintenu entre les experts visiteurs et les équipes de l'établissement dans un second temps.

- **Parcours traceur :** élément nouveau de la certification potentiellement complexe à mettre en œuvre pour de petites structures. Parcours prédéfinis par la HAS, évalués à partir de 10 dossiers patients sortis dans les 15 jours précédant la visite. En l'espèce, parcours choisis : **personnes âgées suivies pour pansements complexes et rééducation orthopédique et parcours adultes sous assistance respiratoire.**

› Les **traceurs ciblés et les audits système** sont moins mobilisateurs en personnels et en temps. Choisis sur place par les experts visiteurs, ils permettent de suivre un élément dans son ensemble, à l'instar de la prescription qui permet d'analyser le circuit du médicament dans son entier.

› La disparition du **compte qualité** et la suppression de l'obligation de transmission des documents préalables à la visite sont un plus pour l'établissement.

› La **restitution des résultats** sous la forme de diagramme en radar en fin de journée lors du temps d'échange permet à l'établissement de s'évaluer et de partager avec l'HAS les éléments satisfaisants et ceux à retravailler.

› Au plan des « résultats », quand bien même l'objectif assigné à l'expérimentation n'était pas d'en produire (les méthodes étaient en test et non encore pleinement qualifiées), est apparu (comme pour dans la quasi-totalité des expérimentations), la nécessité de **structurer le dispositif de recueil et d'exploitation de l'expérience patient.**

› L'établissement tout comme les experts visiteurs ont salué la qualité des échanges et la bienveillance de la démarche.

**Les travaux d'adaptations et de concertation sur le manuel final ont été suspendus par les mesures de confinement.**

**LA PUBLICATION DU MANUEL DANS SA VERSION DÉFINITIVE EST PRÉVUE POUR LE DERNIER TRIMESTRE 2020.**

# Renforcer les indicateurs qualité en HAD



## INTRODUCTION DE L'INDICATEUR « DOULEUR » DANS LE MODÈLE

Une nouveauté est à noter dans le modèle IFAQ pour 2020 : l'indicateur ISCHA 3 est remplacé pour l'HAD par l'indicateur « **Évaluation et prise en charge de la douleur** ».

Celui-ci a été expérimenté lors de la campagne nationale de recueil des indicateurs généralisés du thème DPA HAD en 2019.



## 251

ÉTABLISSEMENTS D'HAD ONT PARTICIPÉ À CETTE EXPÉRIMENTATION, QUI A CONFIRMÉ LA BONNE FAISABILITÉ DU RECUEIL DES DONNÉES ET L'INTÉRÊT DES RÉSULTATS EN TERMES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

## EXPÉRIMENTATION DE L'EXTENSION D'E-SATIS À L'HAD

À la demande de la FNEHAD, la HAS travaille actuellement au déploiement du dispositif national e-Satis pour les hospitalisations à domicile.

La FNEHAD a fortement plaidé en faveur de cette extension, afin de disposer d'un indicateur mesurant l'expérience patient également en HAD.

Des adaptations sont nécessaires pour tenir compte des spécificités du domicile (absence d'hôtellerie, parcours administratif, articulation entre les différents professionnels...) :

› **élaboration du questionnaire** par un groupe de travail et un groupe de relecture comprenant des professionnels de l'HAD ;

› **accord pour utilisation d'un questionnaire PREMS.**

**Le lancement de l'expérimentation est prévu début 2021.**

# Consolider nos financements avec les pouvoirs publics

## PLURIANNUALITÉ DES TARIFS ET CAMPAGNE 2020

L'année a été marquée par la signature d'un **protocole entre l'Etat et les fédérations hospitalières** fixant des engagements réciproques au sujet de la campagne tarifaire 2020. Ce protocole d'accord, signé le 6 février 2020, engage l'État et les fédérations hospitalières sur les points suivants :

- › la **pluriannualité des tarifs sur 3 ans** ;
- › l'engagement de l'État à **restituer les crédits en cas de sous-exécution** ;
- › l'engagement dans la **transformation du système de santé** : la pertinence et la qualité des soins ainsi que les ressources humaines.

Une **progression annuelle de 1,5 % minimum sur 2020-2022** pour l'HAD (dont 0,4 % au titre du financement à la qualité qui équivaut à 8 M€) a été actée.

**Effective dès 2020, cette progression est la plus forte depuis l'instauration de la T2A.**



**RETROUVEZ LE PROTOCOLE SUR LE SITE DU MINISTÈRE :**  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/premier-protocole-d-accord-sur-l-evolution-pluriannuelle-minimale-des>

## EXTRAIT DU PROTOCOLE

### ARTICLE 3-3 : TRAJECTOIRE RELATIVE À LA HAD

Dans le cadre d'une politique tarifaire incitative, la trajectoire fixée sur le champ MCO intègre une évolution minimale propre au financement de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur la période 2020-2022 pour mieux répondre aux besoins de développement de cette activité.

	2020	2021	2022
Évolution minimale des financements alloués aux activités HAD : évolution tarifaire et progression du financement à la qualité	+1,5 %	+1,5 %	+1,5 %

Il s'agit d'une progression minimale, à laquelle s'ajoute les financements complémentaires au titre des molécules coûteuses et de la prise en charge de patients lourdement touchés par des pathologies neurodégénératives.



Les fédérations d'établissements signataires du présent protocole s'engagent à contribuer à l'optimisation de la coordination des parcours, notamment en contribuant à améliorer les orientations à partir de et vers le domicile.



## RÉFORME DU MODÈLE DE FINANCEMENT DE L'HAD

La réforme de la T2A HAD, longtemps annoncée, s'inscrit dans le cadre de la réforme du financement du système de santé préfigurée par la publication du rapport Aubert début 2019.

Cette réforme consiste à introduire, en complément des financements à l'activité et à la qualité, **un financement forfaitaire populationnel et une dotation socle**. Le nouveau modèle comprendra également un financement en sus des médicaments coûteux avec **la constitution d'une véritable liste en sus propre à l'HAD**.

Dans cet objectif, la DGOS a recruté une cheffe de projet interne DIM.

Le ministère des Solidarités et de la Santé s'est adjoint les services d'un cabinet de conseil, pour accompagner la réforme et étudier l'armature du nouveau modèle. La Fédération a insisté auprès de ce dernier, en février 2020, sur l'intérêt de pérenniser une large part du financement à l'activité, propice au développement de l'HAD.

En parallèle, l'ATIH poursuit ses travaux sur la classification. La variable de codification « nature de séjour », introduite en 2019, deviendrait le point d'entrée de la nouvelle classification.

La Fédération prend activement part à cette réforme, et a notamment constitué un groupe de travail avec médecins coordonnateurs, DIM et directeurs. Le groupe a pu se réunir à deux reprises avant le confinement.

Le ministère des Solidarités et de la Santé prévoyait initialement d'acter les grands principes de la réforme au sein du PLFSS 2021. Compte tenu de la situation actuelle et du retard pris dans les travaux, **la Fédération est favorable au décalage de l'entrée en vigueur du nouveau modèle de 2022 à 2023**.

**L'année 2021 se consacrera à la consolidation du nouveau modèle et l'année 2022 constituera alors une phase de test.**

Dans l'attente, **les adaptations du modèle sont poursuivies et les adaptations budgétaires reconduites**.

## PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES LOURDES

Dans l'attente du nouveau modèle de financement, le Ministère accompagne l'HAD financièrement pour la deuxième année consécutive dans la prise en charge de patients atteints de maladies dégénératives, par l'attribution en crédits d'aide à la contractualisation, pour **un montant total de 8 millions d'euros en 2019 (montant stable)**.

Cette mesure a pour objectif **l'atténuation de la dégressivité tarifaire des séjours d'HAD** pour des prises en charges lourdes de patients atteints de maladie d'Alzheimer, de Parkinson, de sclérose latérale amyotrophique et de sclérose en plaques, dont la charge en soin augmente avec le temps.

Ces pathologies sont identifiées dans le PMSI par 72 codes CIM-10 placés en position de DP ou de DCMPP. **Les séjours concernés sont ceux de plus de 20 jours et avec au moins une séquence comptant un IK inférieur ou égal à 30.**

La **compensation partielle** de la dégressivité se traduit par un financement en crédits d'aide à la contractualisation délégués aux établissements, *a posteriori*, **sur la base des données d'activité de l'année précédente**. En 2019, **7,6 millions d'euros** ont ainsi été répartis entre les établissements d'HAD, sur la base de l'activité 2018.



# 7,6 M€

DE CRÉDITS D'AIDE À LA CONTRACTUALISATION ATTRIBUÉS EN 2019, DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES

## FINANCEMENT DES MÉDICAMENTS CÔUTEUX

Depuis 2016, l'HAD dispose de sa propre liste de traitements financés en sus des tarifs, en complément de la liste dite « en sus » commune au MCO et à l'HAD. **La liste HAD dite « des traitements coûteux hors liste en sus »** est mise à jour chaque année.

**Une instruction va paraître prochainement** afin de préciser les critères d'inscription et de radiation de la liste, ainsi que les modalités de délégation des crédits AC afférents.

En 2020, comme en 2019, **8 millions d'euros ont été répartis entre les établissements d'HAD**, sur la base de la consommation déclarée en 2019. **Soit un financement à hauteur de 45 %** de la dépense déclarée.

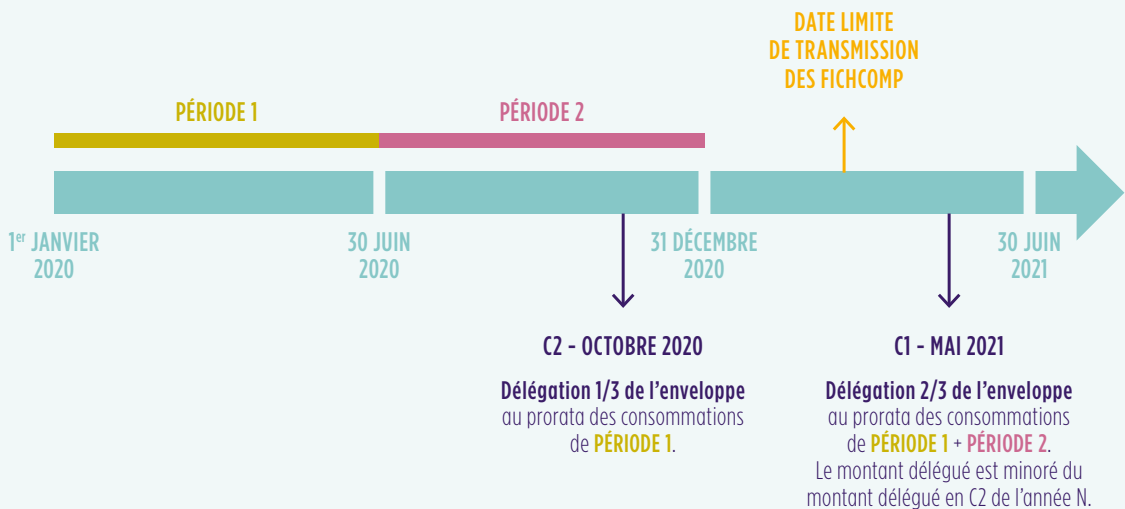
Les modalités de délégation de l'enveloppe évoluent cette année. Jusqu'à présent, le financement des traitements coûteux intervenait l'année qui suivait l'année de consommation des médicaments.

Mais à partir de 2020, pour les médicaments consommés **depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les crédits sont délégués en deux temps** :

- › **en octobre 2020, un tiers de l'enveloppe est délégué** sur la base des consommations de janvier à juin 2020 ;
- › **le reste de l'enveloppe sera délégué en mai 2021** au prorata des consommations consolidées de janvier à décembre 2020.

Le montant de l'enveloppe couvrant les consommations de 2020 n'est pas encore connu.

## TRAITEMENTS CÔUTEUX EN HAD : NOUVEAU CALENDRIER DE VERSEMENT



## PLAN CANCER 2014-2019

### LA MISSION IGAS

**La Fédération a été auditionnée dans le cadre de la mission de l'IGAS** portant sur l'évaluation du Plan cancer 2014-2019.

La Fédération a pu compter sur la mobilisation d'un hématologue et de six médecins coordonnateurs pour expliciter la rôle de l'HAD dans le parcours des patients atteints de cancer, et notamment en pédiatrie.



L'audition a permis de pointer les **difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels d'HAD** et de faire part de propositions et leviers de développement de la chimiothérapie anticancéreuse à domicile.

La Fédération a également rappelé que l'HAD permet de **garantir un accès équitable aux soins**, dont ceux de support, **dans des conditions de qualité et de sécurité** similaires à l'hôpital de jour, et ce, **à moindre coût pour l'Assurance maladie**.

# Accélérer le déploiement du numérique en santé

**Cinq grandes orientations de la politique du numérique en santé** ont été développées dans le cadre de la stratégie *Ma santé 2022* :

- › Le renforcement de la **gouvernance du numérique** en santé ;
- › L'intensification de la **sécurité** et l'**interopérabilité** des systèmes d'information en santé ;
- › L'accélération du déploiement des **services numériques socles** ;
- › Le déploiement au niveau national des **plateformes numériques** de santé ;
- › Le **soutien à l'innovation** et favoriser l'**engagement des acteurs**.

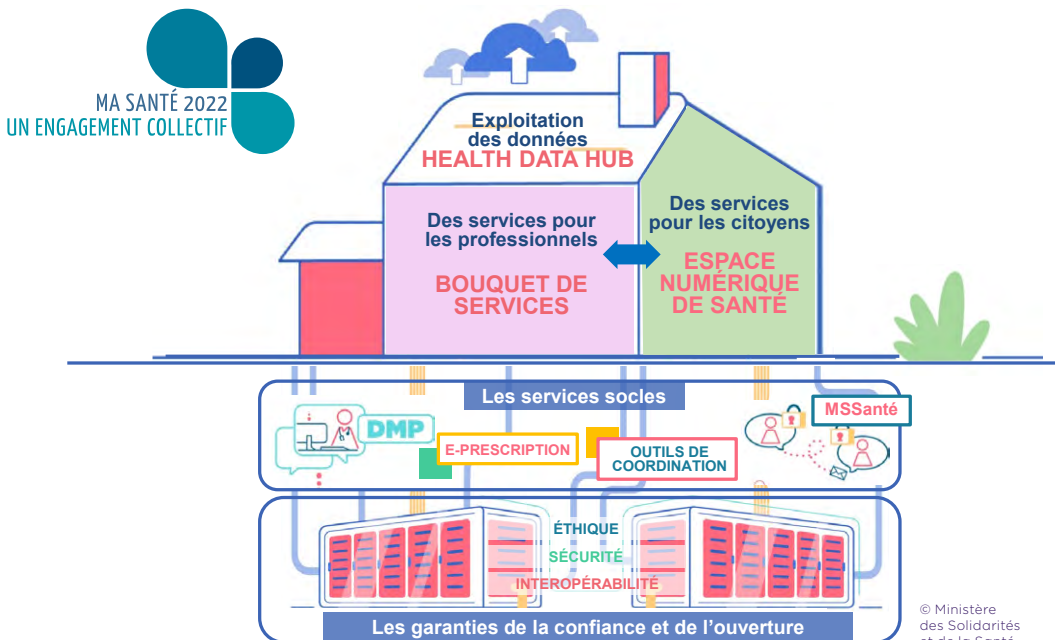
La FNEHAD est membre du **Conseil du numérique en santé**, et veille à ce que le domicile soit pris en compte dans les travaux, en particulier le **déploiement des services numériques socles** : DMP, e-prescription, MSSanté, etc.

Les délégués régionaux ont représenté les HAD dans le **Tour de France de l'e-santé**, qui s'est déroulé entre septembre 2019 et février 2020, dans les 18 régions de France, pour présenter la politique nationale du numérique en santé et débattre de sa mise en œuvre concrète avec tous les acteurs de la e-santé mobilisés dans les territoires.



## 18

RENCONTRES ORGANISÉES DANS LE CADRE DU TOUR DE FRANCE DES RÉGIONS « DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ »



## Programme HOP'EN, les HAD au rendez-vous

En début d'année 2020, la DGOS a publié la liste des établissements et projets sélectionnés dans le cadre du programme HOP'EN.

Parmi les 1 726 projets retenus, **75 HAD autonomes ont été sélectionnées, soit plus de 4 % de la totalité des projets** :

- › 43 % des projets pour le domaine D2 (DPI et DMP)
- › 20 % des projets pour le domaine D6 (communication et échange).



La FNEHAD s'était engagée dès le lancement du programme en publiant un **guide** et concevant des **formations dédiées aux HAD**. Cela a été efficace au vu du grand nombre de candidatures d'HAD, et de la part finalement retenue.

La FNEHAD a par ailleurs participé à la **journée nationale sur le programme HOP'EN** et la présentation du plan d'action stratégique pour les systèmes d'information hospitaliers. Cette journée a été l'occasion de dresser un premier bilan des réponses des établissements au programme, ainsi que de répondre aux interrogations des acteurs, notamment sur les prérequis du programme.

## E-santé, enjeux et usages en HAD

Accélérer le déploiement du numérique en santé passe également par le travail avec les partenaires experts sur ce sujet. Ainsi **la FNEHAD a travaillé avec la Société française de santé digitale sur un livre blanc de l'e-santé en HAD.**



Les objectifs de ce guide sont les suivants :

- › **améliorer la connaissance de l'e-santé** – ou santé numérique – dans le contexte spécifique de l'HAD
- › **renforcer la place qu'occupe la santé numérique en HAD** en contribuant à une meilleure appropriation et compréhension de cet outil par l'ensemble des acteurs concernés : les patients, les professionnels et structures d'HAD, les pouvoirs publics, et les fabricants ou fournisseurs de solutions.

**L'un des atouts majeurs de ce guide est également d'avoir réussi à capitaliser et schématiser de nombreux usages et retours d'expérience en HAD**, par exemple en soins palliatifs, en obstétrique, en rééducation, pour faciliter l'installation en HAD, pour renforcer l'éducation thérapeutique...



**RETROUVEZ LE LIVRE BLANC E-SANTÉ SUR NOTRE SITE INTERNET :**  
[www.fnehad.fr](http://www.fnehad.fr)

## GRAND ANGLE SUR...

### LA TÉLÉMÉDECINE EN HAD

#### EN ACTION

# LA TÉLÉCONSULTATION EN HAD : AU SERVICE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

LA TÉLÉCONSULTATION EST UNE CONSULTATION À DISTANCE OU PAR VIDÉOTRANSMISSION D'UN PATIENT. EXEMPLES DE DEUX USAGES EN HAD DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER.

La fondation Œuvre Croix Saint-Simon à Paris a mis en place une expérimentation de la téléconsultation psychologique en collaboration avec le laboratoire de psychosociologie et processus de santé de l'Université Paris Descartes. Santély propose la téléconsultation médicale, en collaboration avec l'unité de soins palliatifs du centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret de la métropole lilloise. Cette pratique a d'ailleurs obtenu le prix UniCancer l'année dernière et a été présentée à la Société Française de Télé médecine.

Lancée en 2018, l'étude proposée par Jérémy Martin à la Croix Saint-Simon a pour objectif de pratiquer et d'évaluer la téléconsultation psychologique. Elle se déroule entre le patient chez lui, en HAD et le psychologue par écran d'ordinateur interposé.

C'est aussi ce que prévoit la téléconsultation médicale pratiquée par les médecins. Elle permet au patient d'être hospitalisé chez lui, notamment en soins palliatifs, tout en étant suivi par son équipe médicale grâce à des consultations visuelles et à distance. Pierre Hagneré, le directeur de l'HAD Santély, explique que « le but est de sortir plus précocement les patients des unités de soins palliatifs ou d'autres services en amont de ce qui est fait traditionnellement. »

Cette téléconsultation médicale peut se faire en présence du médecin coordonnateur mais aussi en présence de l'équipe

qui suit le patient en temps normal. Les aidants aussi peuvent être présents. Enfin, en cas d'urgence, l'aidante peut être un intermédiaire avec l'équipe médicale.

Dans l'équipe présente, « l'infirmier qui a installé un ordinateur portable fourni par l'HAD chez le patient est aussi celui qui connaît le mieux le patient et qui lui a rendu visite sur les derniers jours précédents la téléconsultation ; il s'agit d'une condition sine qua non. Le médecin coordonnateur peut aussi modifier des traitements, mais pour cela, il doit d'abord adresser un courrier de liaison au médecin prescripteur. » L'approche de cette forme de consultation se fait en formation, « l'infirmier devant être en mesure de répondre à toutes les questions du patient » finit par préciser Pierre Hagneré.

« Concernant le matériel informatique, étant donné qu'il n'y a pas d'échanges de données, on utilise Skype professionnel » explique Pierre Hagneré. C'est également ce qu'utilise Jérémy Martin pour la téléconsultation psychologique. En effet, « on peut utiliser Skype ou tout autre outil commun pour faire de la téléconsultation mais pas pour transférer des documents, pour une question de sécurité » précise-t-il.

« IL FAUT TOUJOURS INTERROGER LA PERTINENCE D'ÊTRE AUPRÈS D'UN PATIENT, DE SA FAMILLE. DANS CERTAINS CAS, LA VISITE À DOMICILE A PLUS D'IMPACT SUR LE PATIENT. EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, CELA S'INTERROGE, IL NE FAUT PAS L'IMPOSER. »

S'agissant de l'expérimentation de téléconsultation psychologique, le choix s'est porté sur un échantillon de vingt patients de plus de 18 ans, hospitalisés à domicile pour une prise en charge oncologique, « parce que c'est la première pathologie représentée en HAD » explique Jérémy Martin.

Une fois les consultations à distance effectuées entre le patient et le psychologue, trois questionnaires sont remis aux patients : un questionnaire permettant de mesurer l'alliance thérapeutique entre psychologue et patient à l'issue de la consultation. L'alliance thérapeutique se définit-



sant comme la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Un second sur l'anxiété ou non ressentie par le patient. Le troisième est un questionnaire de satisfaction. « *Les résultats sont très positifs, nous avons le même niveau de satisfaction entre les deux groupes (les moins de 40 ans et les plus de 40 ans), le niveau d'alliance thérapeutique n'est absolument pas entaché, l'anxiété diminue de façon significative* » constate Jérémie Martin. Pour autant, « *il y a une vraie césure entre deux âges de la population : pour les moins de 40 ans, on note une augmentation d'alliance thérapeutique alors que pour les 40 ans et plus cela reste stable. De la même façon, les moins de 40 ans sont plus enclins à accepter cette nouvelle forme de pratique de la psychologie.* »

D'après **Camille Baussant-Crenn**, psycho-sociologue qui a pris part à l'expérimentation, « *il faut toujours interroger la pertinence d'être auprès d'un patient, de sa famille. Dans certains cas, la visite à domicile a plus d'impact sur le patient. En tout état de cause, cela s'interroge, il ne faut pas l'imposer. Il ne s'agit pas de remplacer l'entretien psychologique par la téléconsultation exclusive, mais que les deux soient complémentaires. Proposer une alternance entre le physique et le virtuel pour le patient qui a déjà beaucoup de personnes chez lui en est un premier exemple. Cela peut aussi se décliner pour une intervention d'urgence, par exemple en obstétrique, où l'on peut nous demander une évaluation rapide.* » Les avan-

tages de ces deux pratiques c'est « *qu'elles évitent au patient de devoir se déplacer* ». La téléconsultation psychologique répond à des problématiques d'HAD : le patient ouvre son domicile, il est souvent fatigable, il est déjà parfois très entouré. Pour le professionnel c'est une diminution de stress, du temps passé dans la circulation, une meilleure qualité de travail.

« *Si demain l'ARS met une plateforme en place pour la téléconsultation, et qu'il faille obligatoirement passer par cette plateforme pour y accéder, il faudra aménager la solution technique, c'est la seule limite que j'entrevois actuellement* » souligne **Pierre Hagneré**. En conclusion, il est nécessaire que les prescripteurs nous transfèrent les patients, non pas en phase ultime, ce qui n'est pas le métier de l'HAD, mais en amont pour mettre les choses en place. C'est devenu un complément et un vecteur de développement. Dans ce même sens, **Jérémy Martin** pense qu'il faut « *réfléchir à un référentiel pour savoir quand pratiquer ou non la téléconsultation et quelles sont ses limites.* »

Autre projet prévu par Santelys : en septembre une autre téléconsultation interne à l'HAD avec les médecins coordonnateurs sera lancée. Le préalable c'est que le médecin coordonnateur connaisse le patient. L'idée est de faire une téléconsultation avec un infirmier qui est sur place chez le patient et que le médecin coordonnateur ne retourne pas chez lui. ●

## PARLONS-EN

# L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DIGITALISÉE POUR RENFORCER L'AUTONOMIE DU PATIENT

Il est souvent difficile pour un patient souffrant d'une pathologie lourde d'être autonome, de gérer sa maladie et ses traitements. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un outil pour permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge, de manière pertinente. Présentation d'un programme d'ETP digitalisé au sein d'un groupe LNA Santé.

### POURQUOI L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DIGITALISÉE ?

En 2016, LNA Santé décide de faire évoluer le programme d'éducation thérapeutique classique déjà existant dans ses établissements vers un processus innovant. En effet, confronté à des difficultés d'adhésion au programme et à un désintérêt de cette méthode, LNA Santé décide d'explorer l'intérêt de la digitalisation de son programme d'éducation thérapeutique du patient déjà existant dans son établissement.

Philippe Marrimpoeoy, directeur de LNA Santé explique « on avait un programme qui avait été autorisé par l'ARS sur l'auto-administration du traitement dans deux cas de figure : l'un pour des patients âgés de 75 ans et plus, l'autre pour des patients cancéreux. Quelques temps plus tard, on est passé à un dossier zéro papier tant à l'HAD qu'au domicile du patient. On a pensé qu'un des moyens de développer l'éducation thérapeutique à l'opérationnel était de la numériser et de proposer au patient les ateliers sur un support. »

### COMMENT EST-ELLE MISE EN PLACE ?

Pour admettre un patient dans un programme d'ETP, il faut d'abord vérifier les critères d'inclusion. Une fois que le patient est éligible, un diagnostic éducatif obligatoire sur sa pathologie est réalisé pour voir s'il peut bénéficier de l'ETP. « Dans ce diagnostic, développe Philippe Marrimpoeoy, on va analyser certaines compétences : le patient est-il capable de reconnaître les morphiniques dans une ordonnance, quels morphiniques couper en deux, comment surveiller les effets indésirables de la morphine. Cette analyse va aboutir à un programme éducatif personnalisé. Ce dernier permettra au patient d'acquérir les compétences utiles ou



d'augmenter le niveau des compétences. On va pour se faire dérouler des ateliers pédagogiques avec un support digitalisé. Enfin, on les évaluera en fin de programme pour voir ce qui a été acquis et ce qu'il reste à acquérir. »

Les ateliers sont sous forme de questions, de quiz, de films et se déroulent en présence d'un soignant. L'accès seul à l'atelier de trente minutes est possible si la compétence est acquise, si non, la présence d'un soignant est obligatoire.

Le diagnostic se déroule la semaine avant le début du programme. Ensuite, est programmé un atelier par semaine pendant deux semaines, le maximum étant de trois ateliers par session.

### QUELLES EN SONT LES LIMITES ? QUELLES SONT LES PERSPECTIVES ?

« Je pense que nous avons rendu l'ETP très compréhensible au patient, c'est un langage malade et non professionnel pour que le patient puisse adhérer facilement. Par ailleurs, a priori la difficulté d'adhésion des soignants que l'on avait sur la version papier, on ne l'a plus. »

Enfin, Philippe Marrimpoeoy donne les perspectives pour LNA Santé, « l'élaboration des programmes s'est effectué de janvier à juin 2019 ; au mois d'août dernier nous avons réalisé un premier test sur des patients fictifs. L'intégration de patients dans les 3 établissements LNA Santé doit se faire à partir de septembre : il y aura 30 patients par site et par mois. Les retours d'expérience seront possibles dès janvier. »



# L'Observatoire DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

## LES PRODUCTIONS ET PROGRAMME DE TRAVAIL 2019-2020 DE LA FNEHAD

### Le baromètre

#### DIFFUSION DU 12<sup>e</sup> NUMÉRO

En mai 2020, la FNEHAD a diffusé le 12<sup>e</sup> baromètre de l'HAD, **présentant les données d'évolution à M12 2019**.

Adressés chaque trimestre aux adhérents, les baromètres présentent l'évolution de l'activité du trimestre précédent par rapport à l'année précédente. Les données sont présentées par mode de prise en charge, secteur (ex-DG/ex-OQN), taille d'établissement et régions.

**Le baromètre**  
« Le trimestriel de l'Observatoire de l'hospitalisation à domicile »  
N°12 - M12 2019 - Données à M12 2019

**Journées réalisées en hospitalisation à domicile**

Le baromètre 2019 présente l'évolution de l'activité réalisée en HAD par rapport à l'année précédente. Les données sont présentées par mode de prise en charge, secteur (ex-DG/ex-OQN), taille d'établissement et régions.

Mode de prise en charge	2018	2019	2020
Soins infirmiers	12 345 678	13 456 789	14 567 890
Soins médicaux	9 876 543	10 987 654	12 098 765
Soins paramédicaux	7 654 321	8 765 432	9 876 543
Soins psychologiques	5 432 109	6 543 210	7 654 321
Soins d'accompagnement	3 210 987	4 321 098	5 432 109
Soins de rééducation	1 098 765	2 109 876	3 210 987
Soins de soins de suite et de rééducation	876 543	9 876 543	10 987 654
Soins de soins palliatifs	654 321	7 654 321	8 765 432
Soins de soins de longue durée	432 109	5 432 109	6 543 210
Soins de soins de fin de vie	210 987	3 210 987	4 321 098
Soins de soins de répit	98 765	1 098 765	2 109 876
Soins de soins de nuit	76 543	8 765 432	9 876 543
Soins de soins de jour	54 321	6 543 210	7 654 321
Soins de soins de week-end	32 109	4 321 098	5 432 109
Soins de soins de nuit et de week-end	10 987	2 109 876	3 210 987
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour	8 765	9 876 543	10 987 654
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit	6 543	7 654 321	8 765 432
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	4 321	5 432 109	6 543 210
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour	2 109	3 210 987	4 321 098
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	1 098	2 109 876	3 210 987
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	876	9 876 543	10 987 654
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	654	7 654 321	8 765 432
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	432	5 432 109	6 543 210
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	210	3 210 987	4 321 098
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	98	1 098 765	2 109 876
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	76	8 765 432	9 876 543
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	54	6 543 210	7 654 321
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	32	4 321 098	5 432 109
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	10	2 109 876	3 210 987
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	8	9 876 543	10 987 654
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	6	7 654 321	8 765 432
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	4	5 432 109	6 543 210
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end	2	3 210 987	4 321 098
Soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit	1	1 098 765	2 109 876

Principaux MPP contributeurs à la croissance

Soins palliatifs (20%), soins de soins de suite et de rééducation (18%), soins de soins de longue durée (15%), soins de soins de fin de vie (12%), soins de soins de répit (10%), soins de soins de nuit (8%), soins de soins de jour (7%), soins de soins de week-end (6%), soins de soins de nuit et de week-end (5%), soins de soins de nuit et de week-end et de jour (4%), soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit (3%), soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end (2%), soins de soins de nuit et de week-end et de jour et de nuit et de week-end et de jour et de nuit (1%).

### Le focus

#### SÉCURISER LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT – TOME 2

En complément des résultats publiés l'an dernier sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en HAD, la FNEHAD finalise un tome 2 sur les thématiques suivantes : **la sérialisation, la prescription et dispensation en urgence, le devenir des médicaments non utilisés**.

Le thème de travail retenu pour l'année à venir au titre du Focus est en cours d'examen.



**RETROUVEZ TOUS  
LES BAROMÈTRES SUR  
LE SITE DE LA FNEHAD :**  
[www.fnehad.fr/  
observatoire-de-lhad/  
le-barometre-de-lhad/](http://www.fnehad.fr/observatoire-de-lhad/le-barometre-de-lhad/)

### Le panorama

#### REPORT DE L'ÉDITION 2019 DU PANORAMA DE L'HAD

Le Panorama de l'HAD a pour objectif de fournir aux établissements des éléments de benchmark sur plusieurs thématiques-clés (informatisation, ressources humaines...) et suivant différentes typologies (par région, par taille d'établissement, par statut, par type d'organisation...).

La première restitution, publiée en décembre 2018, sur les données 2017, s'est appuyée sur **les réponses de 189 structures représentant 80 % de l'activité d'hospitalisation à domicile** réalisée en France.

Compte tenu de la crise sanitaire et des mesures de confinement, **la seconde édition, prévue en 2020 sur les données 2019, a été suspendue**.

PARTIE 3.

# Accompagner nos adhérents



# Les adhérents

En juin 2020, la FNEHAD réunit **244 adhérents**. Ces établissements ont réalisé **89 % de l'activité de l'HAD en 2019** (niveau stable par rapport à 2018).

Le décompte des établissements est fondé sur la base PMSI par FINESS géographique.



## 244

ADHÉRENTS EN 2020  
QUI RÉALISENT 89 %  
DE L'ACTIVITÉ D'HAD

	NOMBRE ÉTABL. HAD (TOTAL EN FRANCE)	NOMBRE ADHÉRENTS (TOTAL FNEHAD)	VARIATION (EN NOMBRE D'ADHÉRENTS)
2006	166	114	-
2007	204	132	+18
2008	231	148	+16
2009	271	181	+33
2010	292	206	+25
2011	302	223	+17
2012	317	232	+9
2013	311	235	+3
2014	309	236	+1
2015	308	250	+14
2016	303	248	-2
2017	291	245	-3
2018	288	249	+4
2019	288	245	-4
2020	289	244	-1

# Une équipe mobilisée

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION



## LE BUREAU

### PRÉSIDENTE

**D'Élisabeth HUBERT**

Présidente de l'HAD Nantes  
et Région

### VICE-PRÉSIDENT

**Michel CALMON**

Directeur de la Fondation  
Santé service

### VICE-PRÉSIDENTE

**Laurence NIVET**

Directrice de l'HAD  
de l'AP-HP

### SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

**Aymeric BOURBION**

Directeur du GCS HADOS

### TRÉSORIER

**Richard OUIN**

Directeur de la clinique  
du Cèdre

### TRÉSORIER ADJOINT

**Pierre HAGNERE**

Directeur HAD-Ssiad  
de Santélyls

### MEMBRE DU BUREAU

**Yannick GARCIA**

Président de Santé service  
Dax

### MEMBRE DU BUREAU

**Jérôme LEMAI**

Directeur général de  
Santé services de la région  
de Lens

## LES DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX

### AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

**Frédéric CHÂTELET**, Agessa  
**D' Florence TARPIN-LYONNAIS**,  
centre hospitalier de Crest

### BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

**Olivier TERRADE**, HAD  
FEDOSAD 21  
**Pierre ALIXANT**, HOSPITALIA  
**Carine MATHIEU**, HAD 39

### BRETAGNE

**D' Éric FOSSIER**, HAD de l'Aven  
à Étel  
**Matthias MAURICE**, HAD de  
Cornouaille  
**D' Jean-Michel HOARAU**,  
AUB Santé du Pays de Saint-  
Malo - Dinan

### CENTRE-VAL DE LOIRE

**Tony-Marc CAMUS**, Assad -  
HAD en Touraine  
**David GUYERE**, LNA Santé  
**Florence GALLAY**, centre  
hospitalier de Bourges

### GRAND-EST

**Rébecca D'ANTONIO**, AURAL  
HAD  
**Ivan BERTIN**, GCS Territorial  
Ardenne-Nord  
**Didier REVERDY**, HADAN

### GUADELOUPE

**Sébastien TOURNEBIZE**,  
clinique de Choisy - Domaine  
de Choisy

### HAUTS-DE-FRANCE

**Aymeric BOURBION**, HADOS -  
centre hospitalier Montdidier  
**Pierre HAGNERE**, Santélyls

### ÎLE-DE-FRANCE

**Michel CALMON**, Fondation  
Santé service  
**Laurence NIVET**, HAD AP-HP  
**Isabelle BOUVIER**, Fondation  
Croix Saint-Simon

### LA RÉUNION

**Ségolen BERNARD**, ASDR  
**Graziella ABOUDOU**, ARAR  
Soins à domicile

### MARTINIQUE

**Sébastien TOURNEBIZE**,  
clinique de Choisy - Domaine  
de Choisy

### NORMANDIE

**Richard OUIN**, clinique du  
Cèdre

### NOUVELLE-AQUITAINE

**Yannick GARCIA**, Santé service  
Dax  
**Michel BEY**, centre hospitalier  
de Niort  
**Joël MAISONNEUVE**, HAD  
Relais Santé

## OCCITANIE

**D' Pierre PERUCHO**, hôpital  
Saint-Jean-Roussillon

**Anne-Marie PRONOST**, clinique  
Pasteur

**François BÉRARD**, CHU  
Montpellier

## PAYS DE LA LOIRE

**Agnès PICHOT**, HAD Nantes  
et région

**Alexandra MOREAU**, HAD  
Vendée

**Catherine MONGIN**, HAD  
Saint-Sauveur

## PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

**Fabienne REMANT-DOLE**,  
Soins assistance

**Pierre GUILHAMAT**, HADAR

**Pierre-François  
GASCO-FINIDORI**, HAD  
Clara-Schumann

## LEURS MISSIONS

### FÉDÉRER LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD EN RÉGION

Les délégués sont des relais d'information essentiels et indispensables pour le dialogue entre les adhérents et la Fédération.

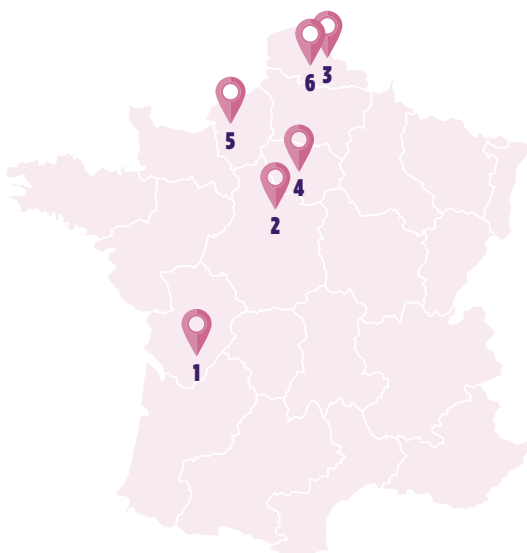
### ANIMER

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 et les élus locaux, qui permettent 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.

## LES DÉPLACEMENTS DE LA DÉLÉGATION NATIONALE



### NOVEMBRE 2019

**1** › Journée régionale HAD Nouvelle-Aquitaine (Angoulême)

**2** › Journée régionale HAD Centre-Val de Loire (Fleury-les-Aubrais)

### JANVIER 2020

**3** › Santélyls (Lille)

#### Paris :

**4** › HAD AP-HP (Paris)

**4** › Korian (Siège, Paris)

### FÉVRIER 2020

**5** › Clinique du Cèdre (Bois-Guillaume)

**6** › Santé services de la région de Lens

# L'ORGANISATION DE LA DÉLÉGATION NATIONALE



DÉLÉGUÉE NATIONALE DEPUIS LE 24 AOÛT 2020

## Béatrice FRÉCON

Chargée d'assister la présidente pour conduire la politique et mettre en œuvre la stratégie de la FNEHAD, elle est l'interlocutrice des pouvoirs publics et la correspondante des délégués régionaux.



### FORMATION, AFFAIRES GÉNÉRALES

#### CHARGÉE DE MISSION FORMATION ET AFFAIRES GÉNÉRALES

##### Guenièvre MOINE

Elle assure le déploiement de la politique de formation des métiers de l'HAD et met en place les services pour les adhérents.

Elle coordonne les affaires générales du siège de la FNEHAD.

#### ASSISTANTE ADMINISTRATIVE ET COMPTABLE

##### Lauralee DEBREUIL

Elle est en charge de la comptabilité et du suivi budgétaire et coordonne le fonctionnement financier de la FNEHAD.

Elle assure le suivi administratif des adhésions et des services aux adhérents (formations, événements FNEHAD).



### OFFRE DE SOINS, ORGANISATION ET DÉVELOPPEMENT DE L'HAD

#### CONSEILLÈRE MÉDICALE

##### D<sup>r</sup> Laure BOISSERIE-LACROIX

Elle est en charge des sujets relatifs à la tarification, à la classification et à la pertinence.

Elle répond aux besoins de pilotage médico-économique exprimés par les adhérents.

#### CHARGÉE DE MISSION ORGANISATION ET DÉVELOPPEMENT HAD

##### Anastasia STRIZYK

Elle est en charge des sujets relatifs à l'organisation des établissements et à l'offre de soins, dont la qualité.

Elle assure le suivi des politiques territoriales de santé mises en place par les ARS.

Elle participe également à l'élaboration de l'Observatoire de l'HAD.



### COMMUNICATION ET ÉVÉNEMENTIEL

#### CHARGÉE DE COMMUNICATION

##### Aroua HADFI

Elle élabore la stratégie de communication interne et externe, gère les relations presse, les réseaux sociaux et le site internet. Elle organise les événements nationaux de la Fédération et sa présence sur différents salons.

RETROUVEZ L'ÉQUIPE DE LA FNEHAD SUR L'ESPACE ADHÉRENTS :

[www.fnehad.fr](http://www.fnehad.fr)

# 6 RAISONS

## 01 ÊTRE DÉFENDU ET REPRÉSENTÉ

- › Par la **délégation nationale de la FNEHAD**, interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et des autres fédérations hospitalières et autres représentants des professionnels de santé.
- › Par les **15 délégations régionales** couvrant l'ensemble du territoire national pour fédérer les établissements d'HAD en région, représenter l'HAD et vos intérêts auprès des ARS et acteurs territoriaux.

## 02 ÊTRE INFORMÉ ET S'INFORMER

- › Via une **veille documentaire, juridique et réglementaire** et un espace adhérents régulièrement actualisé.
- › Via les **newsletters et flashes spéciaux** qui permettent de vous informer régulièrement sur l'actualité et les évolutions du secteur.

## 05 REJOINDRE UN RÉSEAU DE PROFESSIONNELS

- › **7 collèges professionnels** : chaque membre peut communiquer de manière instantanée et régulière avec ses homologues d'autres établissements.
- › **2 événements nationaux** : les Universités d'été et les Universités d'hiver de l'hospitalisation à domicile. La fédération représente également régulièrement ses adhérents lors de salons professionnels.
- › **Des journées régionales** organisées par les délégués régionaux et les établissements de la région.

### L'observatoire DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

#### IL A POUR OBJECTIFS DE :

- fournir aux établissements des données d'activité infra-annuelle ;
- disposer d'une vision annuelle d'ensemble du secteur dans différents domaines ;
- réaliser des études médico-économiques et des benchmarks.

#### LES COLLÈGES PROFESSIONNELS :

DIRECTEURS  
MÉDECINS COORDONNATEURS  
CADRES DE SANTÉ  
ASSISTANTS SOCIAUX  
PHARMACIENS  
PSYCHOLOGUES  
RESPONSABLES QUALITÉ ET  
GESTION DES RISQUES



# d'être adhérent

## 03 SE FORMER

- › Grâce à une **offre de formation élaborée par les professionnels d'HAD** pour des professionnels d'HAD.

CES FORMATIONS SONT DES LIEUX D'ÉCHANGE PRIVILÉGIÉS POUR TOUS LES PROFESSIONNELS D'HAD ET SONT **EXCLUSIVEMENT RÉSERVÉES AUX ADHÉRENTS DE LA FNEHAD.**



**LA FNEHAD EST UN ORGANISME DPC HABILITÉ À DISPENSER DES PROGRAMMES DE DPC.**

## 04 ÊTRE ACCOMPAGNÉ

- › Par des **équipes expertes de l'HAD**, pour répondre à vos questions métier au quotidien.
- › Par les **délégués régionaux** qui sont vos relais et soutiens sur vos dossiers en région.

### LA FNEHAD, C'EST :

- › UN APPUI JURIDIQUE ET TECHNIQUE ;
- › UN ESPACE RÉSERVÉ AUX ADHÉRENTS RÉPONDANT AUX QUESTIONS LES PLUS FRÉQUENTES.

## 06 BÉNÉFICIER D'OUTILS ADAPTÉS

- › Des **supports de communication génériques et personnalisables**, adaptés à vos besoins. La FNEHAD peut également vous accompagner ponctuellement dans vos actions de communication.
- › Des **outils clés en main** pour aider les professionnels au quotidien.

### EXEMPLE

#### L'OUTIL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN HAD (EPP)

Cet outil, développé par la FNEHAD pour ses adhérents, permet de réaliser des EPP clés en main.

*Exemples : pertinence des soins palliatifs en HAD ou prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé.*

# Une offre de formation personnalisée

La FNEHAD propose une offre de formations variée à ses adhérents et fait évoluer, chaque année, les thèmes proposés selon les besoins spécifiques liés à l'activité.

**Cette année ce sont cinq nouvelles formations qui ont été proposées aux adhérents !**

Les sujets et les programmes sont construits au sein de la **commission de formation** de la FNEHAD. La délégation nationale assure l'intégralité de la logistique de ses formations.

**Chaque session est évaluée par les participants et donne lieu à une note de satisfaction** permettant d'apprécier la pertinence de renouveler le thème concerné et de toujours améliorer l'offre proposée à nos adhérents.

En tant qu'**organisme reconnu développement professionnel continu (DPC)**, la Fédération met un point d'honneur à proposer également, dans son offre, des formations répondant aux orientations nationales.

## LA FNEHAD SUIT L'ACTUALITÉ ET ACCOMPAGNE SES ADHÉRENTS

Suite à la sortie de l'avenant 6 de la NGAP, la formation « Maîtriser la nomenclature des actes infirmiers » a été mise à jour.



**21**  
FORMATIONS RÉALISÉES  
ENTRE JUIN 2019 ET  
JUIN 2020 (CONTRE  
37 L'AN DERNIER)\*

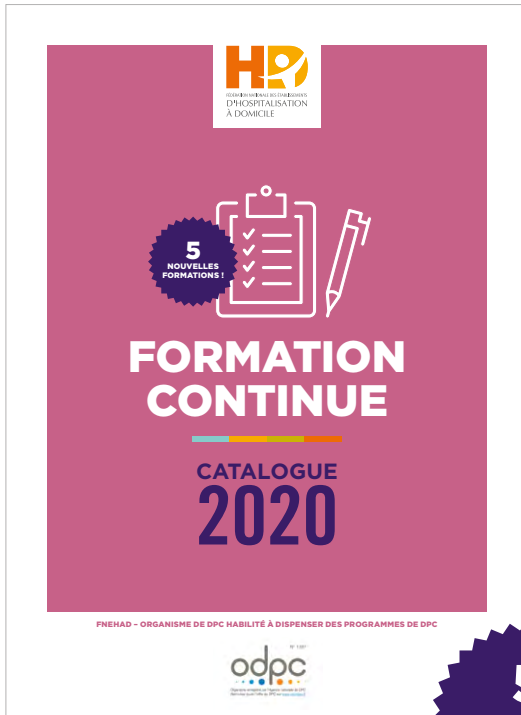
**286**  
STAGIAIRES FORMÉS  
(CONTRE 568 L'AN  
DERNIER)



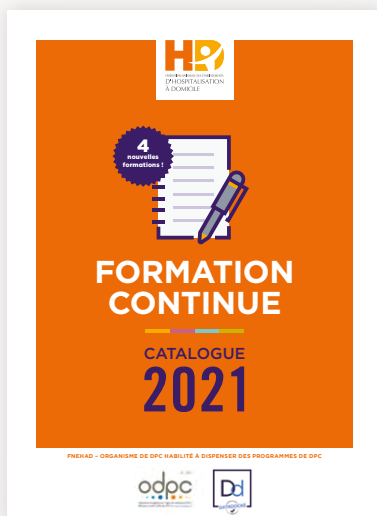
**8,9/10**  
NOTE MOYENNE DE  
SATISFACTION CONCERNANT  
LA QUALITÉ DE  
LA FORMATION

**8,9/10**  
NOTE MOYENNE DE  
SATISFACTION CONCERNANT  
L'ORGANISATION  
DES FORMATIONS

\* Les mesures de confinement et de distanciation sociale ont obligé la FNEHAD à réduire le nombre de sessions de formation du 1<sup>er</sup> semestre 2020, d'où la baisse significative du nombre de formations et participants par rapport à l'an dernier.



**5 NOUVELLES FORMATIONS EN 2020**

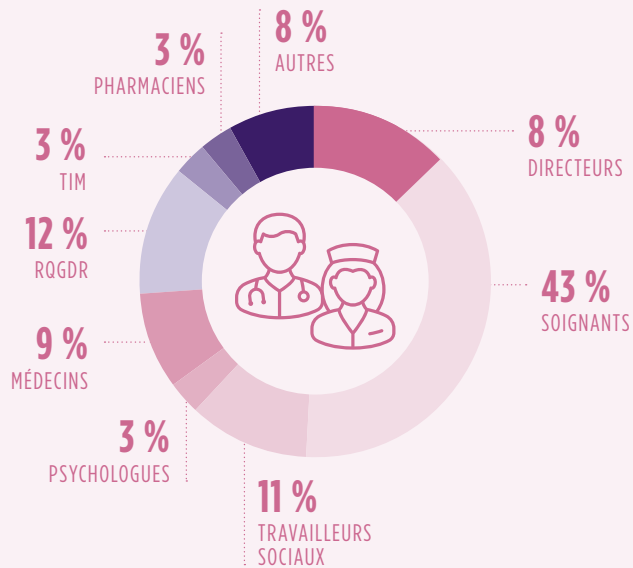


## LE CATALOGUE DE FORMATION 2021 DÉJÀ DISPONIBLE !

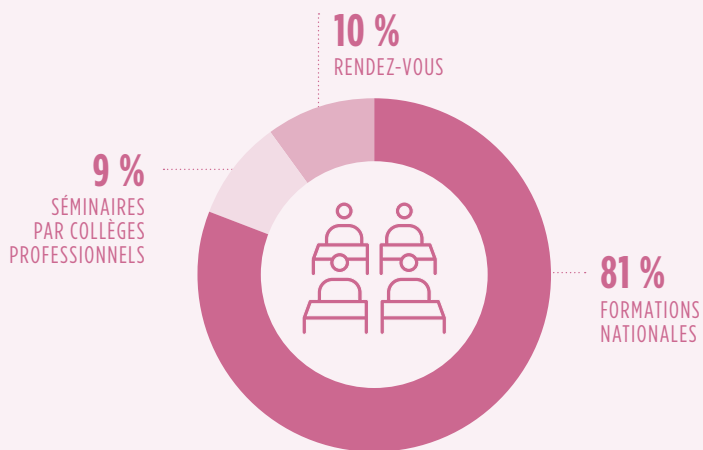
Quatre nouvelles formations vous sont proposées :

- › Rendez-vous Médicaments ;
- › Comment développer une activité de pédiatrie en HAD ;
- › Être secrétaire médical en HAD ;
- › Se préparer à la V2020.

## PROFIL DES STAGIAIRES



## NATURE DES SESSIONS RÉALISÉES



# Des leviers digitaux qui augmentent notre visibilité



## TWITTER

**2 402**  
 ABONNÉS SUIVENT  
 LE COMPTE DE LA FÉDÉRATION  
 (+ 99 DEPUIS UN AN)

**1 700**  
 VUES EN MOYENNE  
 POUR UN TWEET LE JOUR  
 DE SA PUBLICATION



## NEWSLETTERS

**1 650**  
 ADHÉRENTS ABONNÉS  
 À LA NEWSLETTER  
 (+ 50 DEPUIS UN AN)

**+ de 50**  
 NEWSLETTERS ENVOYÉES  
 DEPUIS UN AN, DONT  
 PLUS D'UNE VINGTAINÉ  
 SPÉCIAL « HAD ET COVID 19 »



## SITE INTERNET

**46 987**  
 VISITEURS UNIQUES

**114 747**  
 PAGES VUES

**35**  
 ARTICLES PUBLIÉS  
 TOUTES RUBRIQUES  
 CONFONDUES

PENDANT LA PÉRIODE  
 DE CONFINEMENT,  
 DU 1<sup>er</sup> AVRIL AU 30 JUIN

**39**

PERSONNES EN MOYENNE  
 ONT INTERAGI À UN  
 TWEET DE LA FNEHAD  
 (RETWEETÉ, AIMÉ,  
 RÉPONDU...)

LA CRISE SANITAIRE  
 A ACCENTUÉ LES  
 DEMANDES D'INSCRIPTION  
 À LA NEWSLETTER  
 DE LA FÉDÉRATION

FRÉQUENTATION DU SITE

**+ 20 %**  
 EN UN AN

# Une publication dédiée à l'hospitalisation à domicile

## HAD LE MAG, C'EST :

› Découvrir un dossier de fond sur un sujet à enjeux pour notre secteur, présenté de manière didactique et complété du regard des professionnels et des institutionnels (dossier « Grand angle sur... »).

› Être informés des dernières nouveautés et actualités sur l'HAD (évolutions juridiques, économiques...) et de la fédération (événements, productions ou travaux en cours) (rubrique « Actus »).

› Bénéficier de retours d'expérience d'établissements et des dernières actualités régionales (rubrique « Immersion »).

### Le numéro de l'automne 2019 est un spécial e-santé.

Plusieurs dossiers ont été abordés. Parmi eux, la télémédecine, les dispositions légales et les conditions de son utilisation, la téléconsultation psychologique, l'utilisation du SMS en HAD, et bien d'autres encore.

### PROCHAIN NUMÉRO À L'AUTOMNE 2020 !



# Des événements pour les professionnels de l'HAD

## LES UNIVERSITÉS D'ÉTÉ

En juin 2019, **plus de 330 professionnels se sont rassemblés** à Strasbourg, à l'occasion des Universités d'été de l'hospitalisation à domicile. L'édition 2019 a été l'occasion d'accueillir **Christophe Lannelongue**, directeur général de l'ARS Grand-Est, et **Alexandre Feltz**, adjoint au maire de Strasbourg, en charge de la santé publique.

Nos **ateliers** ont été l'occasion d'échanger sur de nombreux enjeux pour notre secteur :

- › **HAD & urgences** ;
- › **la conciliation médicamenteuse en HAD** ;
- › **la e-santé en HAD** ;
- › **les directives anticipées**.

La **table ronde** « CPTS & HAD : comment travailler ensemble ? » a remporté un franc succès grâce aux interventions de **Michel Serin**, médecin coordonnateur d'une CPTS et **Jean-Charles Rousseau**, président de l'HAD de l'Aven à Etel.



# 330

PROFESSIONNELS  
ONT PARTICIPÉ AUX  
UNIVERSITÉS D'ÉTÉ





## LES UNIVERSITÉS D'HIVER

Plus de 250 participants ont assisté à cette édition au programme quelque peu chamboulé par la grève nationale qui a marqué la fin de l'année 2019.

La matinée a permis aux professionnels d'HAD de se retrouver pour partager leurs expériences et échanger avec le ministère sur des sujets d'actualité tels que :

- › la **simulation en santé** et l'**application de cette formation innovante à la pose de Midline** ;
- › le **cadre de coopération entre HAD et équipes mobiles de gériatrie** ;
- › le **rôle de l'HAD dans la prise en charge des ruptures prématurées de membrane**.

La seconde partie de notre journée a permis de réunir professionnels de santé et institutionnels pour débattre du rôle de l'hôpital dans la prise en charge du grand âge : **Serge Guérin**, sociologue spécialiste des questions liées au vieillissement, a ouvert les débats comme grand témoin, avant deux tables-rondes qui ont permis de croiser le regard des usagers, des professionnels, des élus et décideurs.

La présidente de la FNEHAD, **Elisabeth Hubert**, a appelé lors de son discours « à la reconnaissance du rôle de l'HAD dans tous les chantiers de transformation du système de santé ».

Elle a également indiqué que l'HAD « doit servir de principal levier à l'amélioration de la pertinence des hospitalisations » et a demandé que le chantier en cours sur le sujet « tienne compte des compétences offertes par les professionnels de l'hospitalisation à domicile, et élargisse le champ des pathologies prises en charge en HAD ».

Enfin, elle a appelé à la poursuite de la progression tarifaire pour l'HAD, rappelant que le secteur représente « 0,5 % des dépenses hospitalières ». Elle a également demandé « une feuille de route claire », un « calendrier engageant » et une visibilité sur la réforme du financement du secteur.

**Agnès Buzyn**, ministre des Solidarités et de la Santé, a clôturé la journée par un discours engagé en faveur du développement de l'HAD.

Elle nous a précisé que « l'hospitalisation à domicile est pleinement intégrée dans "Ma Santé 2022" ; nous devons relever ensemble le défi des soins complexes à domicile ».

Elle a notamment annoncé la publication, en 2020, d'une nouvelle circulaire d'orientation stratégique pour l'hospitalisation à domicile, ainsi qu'une réforme du modèle de financement de ce secteur d'ici 2022.



# 250

PARTICIPANTS ONT ASSISTÉ À LA 23<sup>E</sup> ÉDITION DES UNIVERSITÉS D'HIVER DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

## SANTEXPO

En raison de la crise sanitaire, le salon Santexpo, qui devait se tenir du 26 au 28 mai 2020 à Porte de Versailles, est transformé en format digital.





“

L'hospitalisation à domicile est pleinement intégrée dans « Ma Santé 2022 » ; nous devons relever ensemble le défi des soins complexes à domicile.

**D' ELISABETH HUBERT**  
Présidente de la FNEHAD



# Retour sur l'année en tweets



**FédéHospitPrivée** @La\_FHP • 28 juin 2019  
[Communiqué 📢] La @FEHAP\_actu, @La\_FHP, @fnehad\_info et Unicancer s'engagent pour la mise en œuvre de la feuille de route stratégique du numérique en santé.

**Thomas Mesnier** 🟢 @MESNIERThomas • 24 juil. 2019  
Audition des fédérations @LaFHF, @FEHAP\_actu, @La\_FHP, @fnehad\_info, @fnadepa et ANCHL cet après-midi pour la #MissionUrgences #WorkInProgress

**UNA** @UNAdomicile • 6 sept. 2019  
[COMMUNIQUÉ] 📢 CRISE DES URGENCES 🚑  
➡ Nouvelles mesures annoncées face à la crise aux Urgences : UNA invite Agnès Buzyn à inscrire les services d'aides à domicile comme le 1er rempart contre les hospitalisations évitables.

**Agence du Numérique en Santé** @esante\_gouv\_fr • 12 sept. 2019  
Richard Ouin, Clinique du Cèdre, @La\_FHP, @fnehad\_info conclut son intervention : « Nos établissements ont bien compris les enjeux, vous pouvez compter sur nous pour vous accompagner dans le virage numérique en santé. » #MaSanté2022

**HOSPIMEDIA** @HOSPIMEDIA • 18 oct. 2019  
Émilien Roger est le nouveau délégué national de la @fnehad\_info @RobillardJerome

**FNEHAD** @fnehad\_info • 31 oct. 2019  
Les inscriptions aux **Universités d'Hiver** de l'HAD sont ouvertes jusqu'au 28 novembre 2019 ! Le thème, cette année : « Seniors et hôpital, une relation d'avenir ? ». Rapprochez-vous de nous pour toute information, par téléphone au 01 55 43 09 09 ou par email à formation@fnehad.fr !

**ARS Centre-Val de Loire** 🟢 @ARS\_CVDL • 26 nov. 2019  
Le Dr Elisabeth Hubert ancien ministre et présidente @fnehad\_info et Laurent Habert DG ARS ouvrent le forum HAD. Objectif : renforcer les connaissances des pros de santé sur l' #hospitalisation à #domicile. #HAD

**HOSPIMEDIA** @HOSPIMEDIA • 3 déc. 2019  
Quatre dossiers #article51 sont portés par la @fnehad\_info @RobillardJerome

**FNEHAD** @fnehad\_info • 4 déc. 2019  
2ème table-ronde : Pour un avenir meilleur, par où commencer ? Pour y répondre @MyriamElKhomri @mamontchamp, Éric Trottman, Mathieu Klein et Dominique Libault. #HAD #UH2019 #HEALTH #HOSPITALISATIONADOMICILE

**Agnès Buzyn** 🟢 @agnesbuzyn • 4 déc. 2019  
L'hospitalisation à domicile tient un rôle essentiel et innovant dans la coordination entre hôpital, médecine de ville et secteur médico-social. Virage ambulatoire, grand âge, dépendance... nous avons de nombreux défis communs et nous les relèverons ensemble. @fnehad\_info

**FédéHospitPrivée** @La\_FHP • 6 févr. 2020  
📢 Toutes les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FHP, FNEHAD et Unicancer) ont signé aujourd'hui avec la ministre Agnès Buzyn un protocole fixant des taux minimums d'évolution des financements hospitaliers pour les 3 prochaines années.

**HOSPITALISATION À DOMICILE DE CORSE**  
@HADCORSE • 27 mars 2020  
Obtention d'un assouplissement des dispositions réglementaires pour l'intervention de l'HAD avec les structures médico-sociales et sur la coopération HAD/SSIAD. @ARSCORSE1 @fnehad\_info @ctcorse @Fehap\_Corse @IsulaCorsica #PAERPA

**FNEHAD** @fnehad\_info • 1 avr. 2020  
Le Docteur Hubert, présidente de la FNEHAD, a été interviewée par @leQdM, en tant qu'ancienne ministre de la Santé, sur la crise sanitaire actuelle et sa gestion. Retrouvez l'article ici : lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales... #COVID19 #COVID2019france #Sante #HAD

**Unicancer** @GroupeUNICANCER • 24 avr. 2020  
#CanceretCovid19 : Prime aux professionnels de santé : un signal fort doit être adressé à l'ensemble du monde de la #santé @FEHAP\_actu @La\_FHP @fnehad\_info

**FNEHAD** @fnehad\_info • 4 juin 2020  
Le catalogue de formation 2021 de la FNEHAD est paru ! Nous proposons aux adhérents de la fédération une offre de formations variée qui évolue, chaque année, selon les besoins spécifiques liés à l'activité. #hospitalisationadomicile.

**FNEHAD** @fnehad\_info • 6 juil. 2020  
Les fédérations hospitalières ont signé un « protocole d'engagement » avec la Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS). fnehad.fr/2020/07/01/com... @FEHAP\_actu @LaFHF @La\_FHP

**FNEHAD** @fnehad\_info • 10 juil. 2020  
Retrouvez la contribution officielle de la FNEHAD aux 4 piliers du Ségur de la santé, sur notre site internet : fnehad.fr/2020/07/09/com... @MinSoliSante

PARTIE 4.

# Connaître l'hospitalisation à domicile



# 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 les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants, les psychologues, 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.

# 7 questions clés sur l'hospitalisation à domicile

## ► LE PASSAGE PAR UN HÔPITAL CONVENTIONNEL EST-IL UN PRÉALABLE À TOUTE HOSPITALISATION À DOMICILE ?

**NON** L'hospitalisation à domicile peut être décidée sur prescription hospitalière, mais aussi directement par le **médecin traitant**, sans passer par l'hôpital ou la clinique.

### UN CHIFFRE

Aujourd'hui, **36 % des séjours en HAD** sont initiés à partir du domicile.

## ► L'HAD INTERVIENT-ELLE SUR TOUT LE TERRITOIRE ?

**OUI** Tout le territoire national est couvert par les établissements d'HAD. L'HAD assure même l'accès aux soins dans des **zones très isolées** (rurales, montagneuses...).

### UN CHIFFRE

**24,5 patients pour 100 000 habitants** - taux de recours au niveau national.

## ► L'HAD NE PREND-ELLE EN CHARGE QUE DES PERSONNES ÂGÉES ?

**NON** L'HAD assure la prise en charge de patients de tous âges - moyenne de **61,7 ans**. Elle prend également en charge des enfants dès la naissance.

### UN CHIFFRE

L'activité de pédiatrie représente **4,7 % de l'activité d'HAD**.

## ► L'HAD PRÉSENTE-T-ELLE LES MÊMES GARANTIES DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS QU'UN HÔPITAL ?

**OUI** Les établissements d'HAD sont des établissements de santé. À ce titre, ils sont soumis aux mêmes obligations de qualité et de sécurité que les hôpitaux et les cliniques. En particulier, ils sont soumis à la **certification par la Haute Autorité de santé**.

Ils enregistrent des résultats équivalents à ceux des hôpitaux conventionnels avec hébergement.

### POUR ALLER PLUS LOIN

Qualité et sécurité certifiées par la Haute Autorité de santé. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## ► L'HAD COÛTE-T-ELLE PLUS CHER AU PATIENT ?

**NON** Un patient hospitalisé à domicile bénéficie du même remboursement que s'il était dans un hôpital conventionnel. Le coût d'une journée d'HAD est cependant **quatre fois inférieur** à celui d'une journée en hôpital conventionnel. La prise en charge en HAD coûte ainsi moins cher à la collectivité.

### UN CHIFFRE

**100 % des soins** sont pris en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

## ► L'HAD N'INTERVIENT-ELLE QU'AU DOMICILE ?

**OUI** **MAIS...** par rapport aux autres acteurs du domicile, l'HAD peut également intervenir dans les Ehpad et tous les **établissements sociaux et médico-sociaux**. Aujourd'hui, ces patients représentent près de 9% de son activité totale.

### POUR ALLER PLUS LOIN

Décret n° 2012-1030 du 6 sept. 2012 fixant le cadre d'intervention des HAD dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

## ► L'HAD PREND-ELLE EN CHARGE DES SOINS LÉGERS ?

**NON** L'HAD se distingue par sa capacité à assurer des soins de complexité hospitalière au domicile du patient. C'est son rôle dans l'offre de **soins gradués**. Elle permet ainsi d'administrer à domicile des produits réservés à l'**usage hospitalier**, en toute sécurité.

### UN CHIFFRE

**1/3 des journées** concernent des pathologies cancéreuses.

## LES RAPPORTS POUR MIEUX COMPRENDRE L'HAD

### INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

Hospitalisation à domicile (HAD), novembre 2010.

### COUR DES COMPTES

Chapitre IX, « L'hospitalisation à domicile », septembre 2013 et rapport de la Cour des comptes sur l'hospitalisation à domicile, janvier 2016.

### ASSEMBLÉE NATIONALE

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'hospitalisation à domicile, juillet 2016.

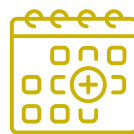
# Les chiffres clés

Les 289 structures autorisées à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile ont assuré **206 626 séjours en 2019**, un chiffre **en hausse de 3,9 %** par rapport à 2018. Cela représente **5 971 544 journées**, soit une **hausse de 7,2 %** par rapport à 2018.



## 128 227

PATIENTS PRIS EN CHARGE



## 5 971 544

JOURNÉES D'HAD ONT ÉTÉ RÉALISÉES EN 2019

	NOMBRE D'HAD	ÉVOL. EN %	NOMBRE JOURNÉES	ÉVOL. EN %	NOMBRE SÉJOURS COMPLETS	ÉVOL. EN %	NOMBRE PATIENTS	ÉVOL. EN %	VALORISATION BRUTE EN EUROS	ÉVOL. EN %
2005	123	-	1 505 814	-	63 666	-	35 017	-	285 071 409	-
2006	166	-	1 948 210	+29 %	80 980	+27 %	46 022	+31 %	385 979 339	+35 %
2007	204	+23 %	2 379 364	+22 %	95 100	+27 %	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	+0,2 %	859 148 360	+4,1 %
2014	309	-1 %	4 439 494	+1,7 %	156 284	0 %	106 205	+1 %	873 806 744	+1,7 %
2015	308	-0,3 %	4 629 254	+4,3 %	160 793	+2,9 %	105 309	-0,8 %	913 385 275	+4,5 %
2016	303	-1,6 %	4 877 563	+5,4 %	174 372	+8 %	109 866	+4,3 %	966 646 631	+5,8 %
2017	291	-3,6 %	5 167 142	+5,9 %	185 474	+6,4 %	115 778	+5,4 %	1 031 694 798	+6,7 %
2018	288	-1 %	5 570 659	+7,8 %	198 775	+7,2 %	122 225	+5,6 %	1 134 134 763	+9,9 %
2019	289	0,3%	5 971 544	7,2%	206 626	3,9%	128 227	4,9%	1 216 802 970	7,3%

(Source PMSI - calculs FNEHAD)



## 289

ÉTABLISSEMENTS D'HAD  
(LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD SONT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ)



## 1,22 Md€

LE COÛT GLOBAL DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE



## 203,8 €

LE COÛT MOYEN D'UNE JOURNÉE D'HAD POUR L'ASSURANCE MALADIE

# Les principales prises en charge

## APPROCHE PAR LE MODE DE PRISE EN CHARGE

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

MPP	LIBELLÉ	2018		2019		2018-2019
		NBRE JOURNÉES	%	NBRE JOURNÉES	%	ÉVOLUTION
01	Assistance respiratoire	116 823	2,1 %	119 499	2,0 %	+2,3 %
02	Nutrition parentérale	124 810	2,3 %	130 632	2,2 %	+4,7 %
03	Traitements intraveineux	331 373	6,0 %	337 035	5,7 %	+1,7 %
04	Soins palliatifs	1 401 493	25,3 %	1 510 423	25,4 %	+7,8 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	123 797	2,2 %	134 394	2,3 %	+8,6 %
06	Nutrition entérale	341 117	6,2 %	376 972	6,3 %	+10,5 %
07	Prise en charge de la douleur	167 128	3,0 %	207 927	3,5 %	+24,4 %
08	Autres traitements	148 571	2,7 %	157 347	2,6 %	+5,9 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 569 246	28,3 %	1 668 697	28,1 %	+6,3 %
10	Post-traitement chirurgical	116 863	2,1 %	123 392	2,1 %	+5,6 %
11	Rééducation orthopédique	46 740	0,8 %	55 857	0,9 %	+19,5 %
12	Rééducation neurologique	63 862	1,2 %	69 115	1,2 %	+8,2 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	217 118	3,9 %	243 560	4,1 %	+12,2 %
14	Soins de nursing lourds	468 069	8,4 %	505 571	8,5 %	+8,0 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	85 486	1,5 %	86 648	1,5 %	+1,4 %
17	Surveillance de radiothérapie	5 081	0,1 %	4 502	0,1 %	-11,4 %
18	Transfusion sanguine	981	0,0 %	788	0,0 %	-19,7 %
19	Surveillance de grossesse à risque	113 598	2,0 %	117 488	2,0 %	+3,4 %
21	Post-partum pathologique	65 206	1,2 %	56 503	1,0 %	-13,3 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	27 279	0,5 %	24 169	0,4 %	-11,4 %
24	Surveillance d'aplasie	7167	0,1 %	8 189	0,1 %	+14,3 %
29	Sortie précoce de chirurgie	2 674	0,0 %	3 108	0,1 %	+16,2 %
<b>TOTAL</b>		<b>5 544 482</b>		<b>5 941 816</b>		<b>+7,2 %</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

#### NOTE DE LECTURE :

Les séjours comportant au moins une journée en GHT99 ont été exclus des calculs. Depuis 2014, les pansements complexes sont la première activité réalisée par les établissements d'HAD. Le nombre de journées de soins palliatifs, première activité réalisée jusqu'en 2013, a progressé de 7,8 %. L'activité de rééducation orthopédique a progressé de 19,5 % par rapport à 2018.



## APPROCHE PAR LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

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 (33 % en moyenne en 2019, mais parfois beaucoup plus comme pour les soins de nursing lourds : 51 %). **Une approche de la DMS tous modes de prise en charge confondus conduit à une moyenne de 26 jours.**

### DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

MPP	LIBELLÉ	NBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99	NBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99 AVEC MPP STABLE	% DES JOURNÉES DU MPP, RÉALISÉES PAR UN SÉJOUR COMPLET AVEC MPP STABLE	DMS DE CES SÉJOURS
01	Assistance respiratoire	119 499	69 847	58 %	52
02	Nutrition parentérale	130 632	77 297	59 %	28
03	Traitement intraveineux	337 035	242 730	72 %	13
04	Soins palliatifs	1 510 423	1 034 088	68 %	35
05	Chimiothérapie anticancéreuse	134 394	90 894	68 %	3
06	Nutrition entérale	376 972	220 328	58 %	48
07	Prise en charge de la douleur	207 927	129 091	62 %	15
08	Autres traitements	157 347	100 495	64 %	19
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 668 697	1 189 954	71 %	49
10	Post-traitement chirurgical	123 392	95 319	77 %	21
11	Rééducation orthopédique	55 857	38 217	68 %	40
12	Rééducation neurologique	69 115	48 095	70 %	45
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	243 560	138 957	57 %	19
14	Soins de nursing lourds	505 571	246 192	49 %	72
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	86 648	64 749	75 %	22
17	Surveillance de radiothérapie	4 502	1 805	40 %	24
18	Transfusion sanguine	788	553	70 %	2
19	Surveillance de grossesse à risque	117 488	108 275	92 %	24
21	Post-partum pathologique	56 503	56 049	99 %	7
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	24 169	15 986	66 %	11
24	Surveillance d'aplasie	8 189	3 193	39 %	17
29	Sortie précoce de chirurgie	3 108	2 773	89 %	9
<b>TOTAL</b>		<b>5 941 816</b>	<b>3 974 887</b>	<b>67 %</b>	<b>26</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

## 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 35 % concernent une pathologie cancéreuse.**



# 1/3

DES JOURNÉES D'HAD CONCERNE DES PATHOLOGIES CANCÉREUSES



# Fin de vie et soins palliatifs

**23 132 décès ont eu lieu au cours d'une HAD en 2019.**  
Parmi eux, plus de 15 500 sont survenus lors de séjours pour « 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

MPP	LIBELLÉ	2018			2019		
		NOMBRE DE DÉCÈS	NBRE SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS	NOMBRE DE DÉCÈS	NBRE SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS
01	Assistance respiratoire	163	1 828	8 %	183	1 899	10 %
02	Nutrition parentérale	123	3 091	4 %	123	3 216	4 %
03	Traitement intraveineux	655	17 948	4 %	579	19 972	3 %
04	Soins palliatifs	14 992	20 609	42 %	15 544	36 868	42 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	9	30 543	0 %	10	31 087	0 %
06	Nutrition entérale	152	5 468	3 %	157	6 158	3 %
07	Prise en charge de la douleur	3 144	5 039	38 %	4 512	9 809	46 %
08	Autres traitements	129	6 412	2 %	132	6 479	2 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques	1 369	27 587	5 %	1 464	30 122	5 %
10	Post traitement chirurgical	25	4 730	1 %	25	4 946	1 %
11	Rééducation orthopédique	10	943	1 %	9	1 086	1 %
12	Rééducation neurologique	5	927	1 %	8	1 258	1 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	21	8 901	0,2 %	37	8 710	0 %
14	Soins de nursing lourds	402	4 821	8 %	344	5 170	7 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	3	3 173	0 %	3	3 257	0 %
17	Surveillance de radiothérapie	3	94	3 %	0	88	0 %
18	Transfusion sanguine	1	329	0,3 %	0	242	0 %
19	Surveillance de grossesse à risque	0	4 682	0 %	0	4 886	0 %
21	Post-partum pathologique	0	9 596	0 %	0	8 187	0 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	1	1 925	0,1 %	0	1 503	0 %
24	Surveillance d'aplasie	1	212	1 %	2	216	1 %
29	Sortie précoce de chirurgie	1	284	0,4 %	0	319	0 %
<b>TOTAL</b>		<b>21 209</b>	<b>159 142</b>	<b>12 %</b>	<b>23 132</b>	<b>185 478</b>	<b>12 %</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

\* Attention, ce chiffre ne tient pas compte de l'ensemble des situations puisqu'il ne couvre que les prises en charge côté soins palliatifs selon les critères du PMSI.

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

## 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 et médico-sociaux avec hébergement, accueillant notamment des personnes en situation de handicap (maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs, etc.).

Le nombre de journées réalisées en établissements sociaux et médico-sociaux a augmenté de 20 % en moyenne chaque année depuis 2010. En 2019, ces interventions ont représenté près de 9 % de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD. 95,1 % de l'activité a été réalisée dans les EHPAD, 3,7 % dans les autres établissements médico-sociaux et 1,3 % dans les établissements sociaux.

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Nombre de journées</b>	102 488	136 626	189 874	204 521	232 391	270 085	325 934	378 782	453 280	<b>526 847</b>
<b>ÉVOLUTION</b>	<b>41 %</b>	<b>33 %</b>	<b>39 %</b>	<b>8 %</b>	<b>14 %</b>	<b>16 %</b>	<b>21 %</b>	<b>16 %</b>	<b>20 %</b>	<b>16 %</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

### PART DES SÉJOURS EN ESMS PAR RÉGION

RÉGION (ancienne dénomination)	2018	2019	RÉGION (ancienne dénomination)	2018	2019
ALSACE	8,9 %	<b>9,1 %</b>	LORRAINE	8,5 %	<b>9,8 %</b>
AQUITAINE	9,8 %	<b>8,6 %</b>	MIDI-PYRÉNÉES	8,9 %	<b>10,9 %</b>
AUVERGNE	6,9 %	<b>7,7 %</b>	NORD-PAS-DE-CALAIS	8,2 %	<b>7,8 %</b>
BASSE-NORMANDIE	6,8 %	<b>6,7 %</b>	PAYS DE LA LOIRE	8,3 %	<b>8,5 %</b>
BOURGOGNE	9,0 %	<b>8,9 %</b>	PICARDIE	2,7 %	<b>4,2 %</b>
BRETAGNE	12,5 %	<b>13,7 %</b>	POITOU-CHARENTES	9,1 %	<b>8,4 %</b>
CENTRE-VAL DE LOIRE	9,8 %	<b>13,2 %</b>	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	19,3 %	<b>21,0 %</b>
CHAMPAGNE-ARDENNE	6,6 %	<b>7,6 %</b>	RHÔNE-ALPES	5,1 %	<b>5,8 %</b>
CORSE	10,6 %	<b>11,5 %</b>	GUADELOUPE	4,8 %	<b>5,4 %</b>
FRANCHE-COMTÉ	8,0 %	<b>12,4 %</b>	GUYANE	0,1 %	<b>0,0 %</b>
HAUTE-NORMANDIE	7,8 %	<b>8,5 %</b>	LA RÉUNION	1,2 %	<b>3,0 %</b>
ÎLE-DE-FRANCE	5,0 %	<b>5,3 %</b>	MARTINIQUE	7,8 %	<b>7,3 %</b>
LANGUEDOC-ROUSSILLON	14,4 %	<b>16,0 %</b>	<b>FRANCE</b>	<b>8,2 %</b>	<b>8,9 %</b>
LIMOUSIN	8,4 %	<b>8,1 %</b>			

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

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

MPP	LIBELLÉ	EHPAD	ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX	ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX HORS EHPAD
01	Assistance respiratoire	0 %	0 %	4 %
02	Nutrition parentérale	1 %	6 %	4 %
03	Traitement intraveineux	4 %	5 %	8 %
04	Soins palliatifs	17 %	28 %	27 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	0 %	0 %	0 %
06	Nutrition entérale	3 %	10 %	19 %
07	Prise en charge de la douleur	9 %	6 %	5 %
08	Autres traitements	3 %	1 %	3 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	59 %	26 %	17 %
10	Post-traitement chirurgical	0 %	1 %	0 %
11	Rééducation orthopédique	1 %	0 %	0 %
12	Rééducation neurologique	0 %	0 %	1 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	0 %	6 %	0 %
14	Soins de nursing lourds	2 %	8 %	10 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	0 %	0 %	0 %
17	Surveillance de radiothérapie	0 %	0 %	0 %
18	Transfusion sanguine	0 %	0 %	0 %
19	Surveillance de grossesse à risque	0 %	3 %	0 %
21	Post-partum pathologique	0 %	0 %	0 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	0 %	0 %	0 %
24	Surveillance d'aplasie	0 %	0 %	0 %
29	Sortie précoce de chirurgie	0 %	0 %	0 %
<b>TOTAL</b>		<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

## EN INTERVENTION CONJOINTE AVEC LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD)

Depuis juin 2018, l'intervention conjointe HAD-SSIAD est possible. En 2019, **près de 104 000 journées** étaient concernées par ce dispositif (soit 1,7 % des journées d'HAD). Les soins palliatifs (35 %) et les pansements complexes (26 %) représentent l'essentiel des prises en charge.

MPP	LIBELLÉ	SSIAD
01	Assistance respiratoire	3 %
02	Nutrition parentérale	1 %
03	Traitement intraveineux	3 %
04	Soins palliatifs	35 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	0 %
06	Nutrition entérale	5 %
07	Prise en charge de la douleur	4 %
08	Autres traitements	2 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	26 %
10	Post-traitement chirurgical	0 %
11	Rééducation orthopédique	1 %
12	Rééducation neurologique	2 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	1 %
14	Soins de nursing lourds	15 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	0 %
17	Surveillance de radiothérapie	0 %
18	Transfusion sanguine	0 %
19	Surveillance de grossesse à risque	0 %
21	Post-partum pathologique	0 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	0 %
24	Surveillance d'aplasie	0 %
29	Sortie précoce de chirurgie	0 %
<b>TOTAL</b>		<b>100 %</b>

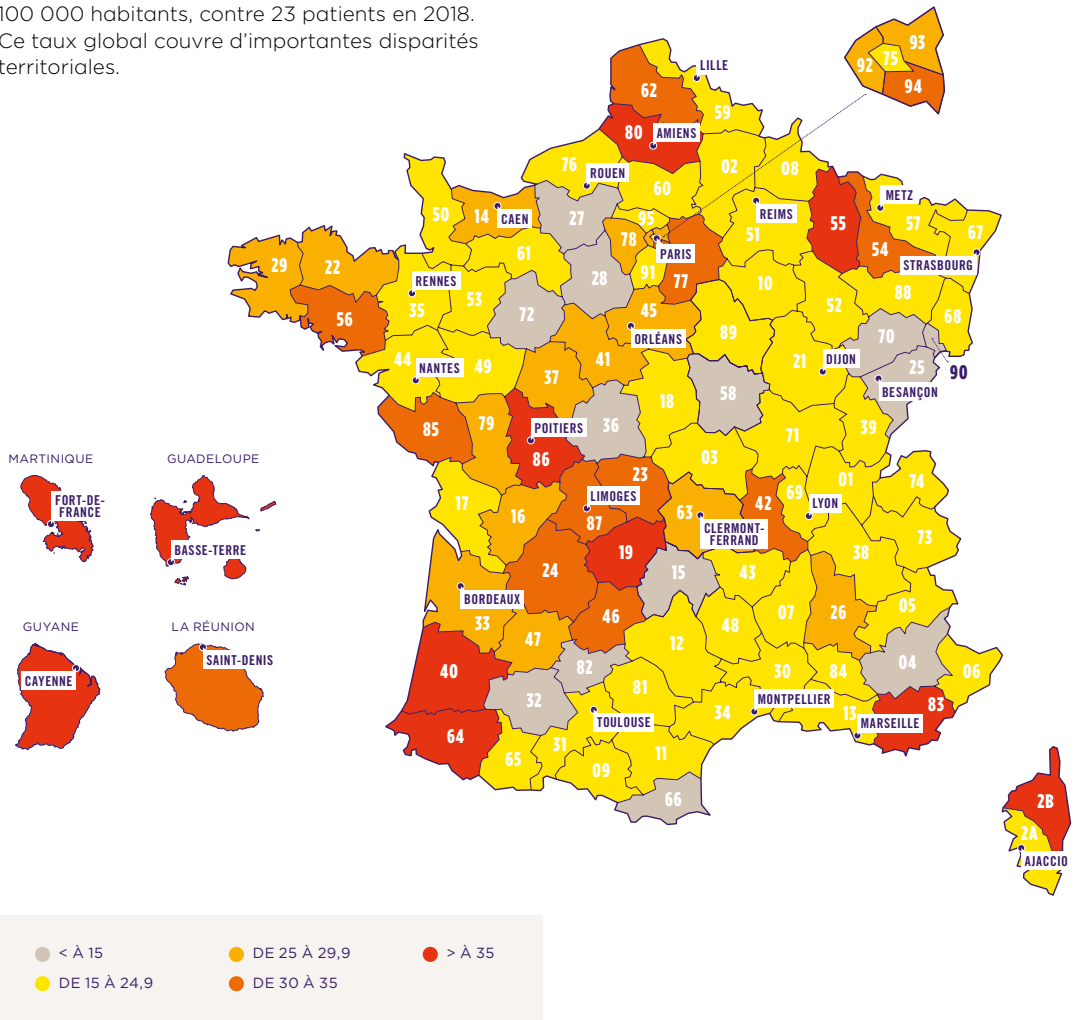
(Source PMSI - calculs FNEHAD)

# Taux de couverture sur le territoire

NOMBRE MOYEN DE PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR JOUR ET POUR 100 000 HABITANTS SELON LES OBJECTIFS DE LA CIRCULAIRE DU 4 DÉCEMBRE 2013

La circulaire du 4 décembre 2013 fixait un objectif national de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants, à l'horizon 2018.

En 2019, le taux de recours national s'élève à **24,5 patients** pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 23 patients en 2018. Ce taux global couvre d'importantes disparités territoriales.



**Le taux de couverture régional progresse dans la quasi-totalité des régions** dans des proportions variables. Seuls quatre territoires connaissent un recul du nombre moyen de patients pris en charge. Huit régions affichent quant à elles une croissance de leur activité supérieure ou égale à 10 %.

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

RÉGION (ancienne dénomination)	2018	2019	ÉVOLUTION EN %
ALSACE	16,4	17,6	+ 7,3 %
AQUITAINE	31,8	33,3	+ 4,7 %
AUVERGNE	20,6	20,4	- 1,1 %
BASSE-NORMANDIE	25,3	24,6	- 2,7 %
BOURGOGNE	18,6	19,2	+ 3,7 %
BRETAGNE	22,3	24,8	+ 11,2 %
CENTRE-VAL DE LOIRE	20,8	22,2	+ 6,7 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	19,5	21,4	+ 9,7 %
CORSE	36,2	44,8	+ 23,7 %
FRANCHE-COMTÉ	12,7	12,5	- 2,2 %
HAUTE-NORMANDIE	13,8	15,2	+ 10,4 %
ÎLE-DE-FRANCE	24,7	26,1	+ 5,7 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	19,2	20,4	+ 6,3 %
LIMOUSIN	34,6	37,7	+ 8,8 %
LORRAINE	21,9	25,4	+ 16,2 %
MIDI-PYRÉNÉES	15,6	16,4	+ 5,0 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	24,9	26,4	+ 6,1 %
PAYS DE LA LOIRE	18,9	20,2	+ 6,8 %
PICARDIE	27,2	30,6	+ 12,6 %
POITOU-CHARENTES	24,7	28,7	+ 15,9 %
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	20,8	23,1	+ 10,9 %
RHÔNE-ALPES	20,4	21,4	+ 4,5 %
GUADELOUPE	94,8	91,6	- 3,4 %
GUYANE	73,5	76,3	+ 3,9 %
LA RÉUNION	33,1	34,0	+ 2,5 %
MARTINIQUE	29,9	39,3	+ 31,6 %
<b>FRANCE</b>	<b>23,0</b>	<b>24,5</b>	<b>+ 6,8 %</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

#### NOTE DE LECTURE :

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

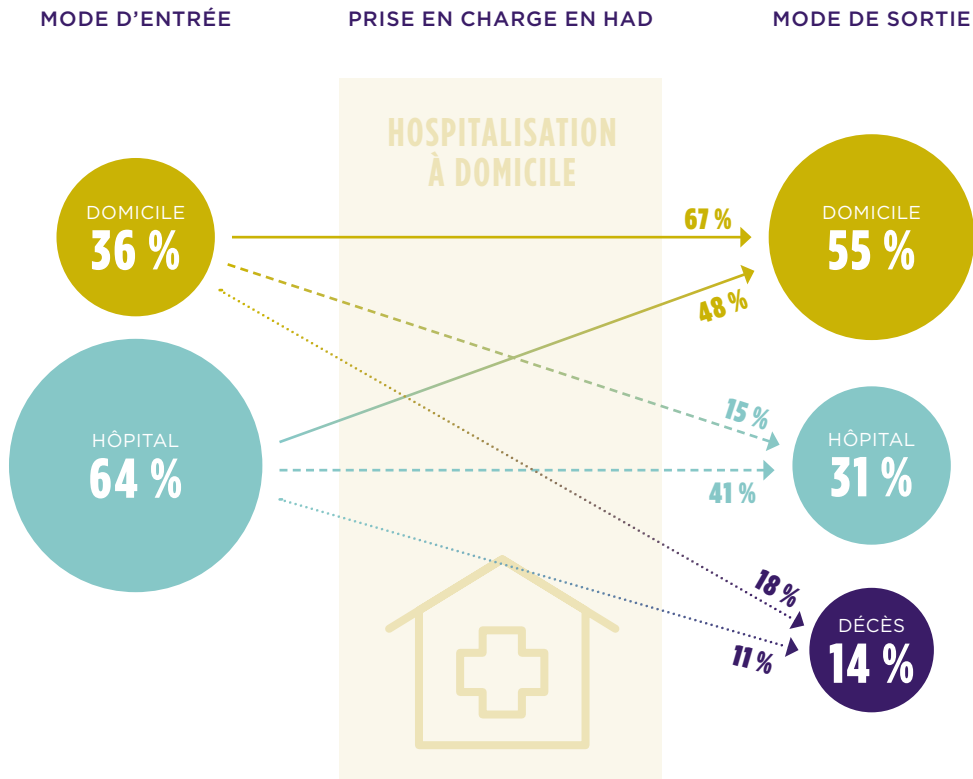
# La trajectoire des patients

Les patients pris en charge en HAD viennent pour 36 % d'entre eux directement du domicile et sont pour 64 % adressés par les services hospitaliers.

Sur les 36 % des séjours d'HAD initiés à partir du domicile, 67 % se termineront par un retour au domicile (contre 69 % en 2018), 15 % par une admission dans un établissement de santé avec hébergement et 18 % par un décès du patient (contre 16 % en 2018).

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

Lorsque la prise en charge en HAD intervient en aval d'une hospitalisation conventionnelle, **la majeure partie des patients ne retournera pas en hospitalisation conventionnelle** : les ré-hospitalisations représentent 41 % des modes de sortie (stable par rapport à 2018).



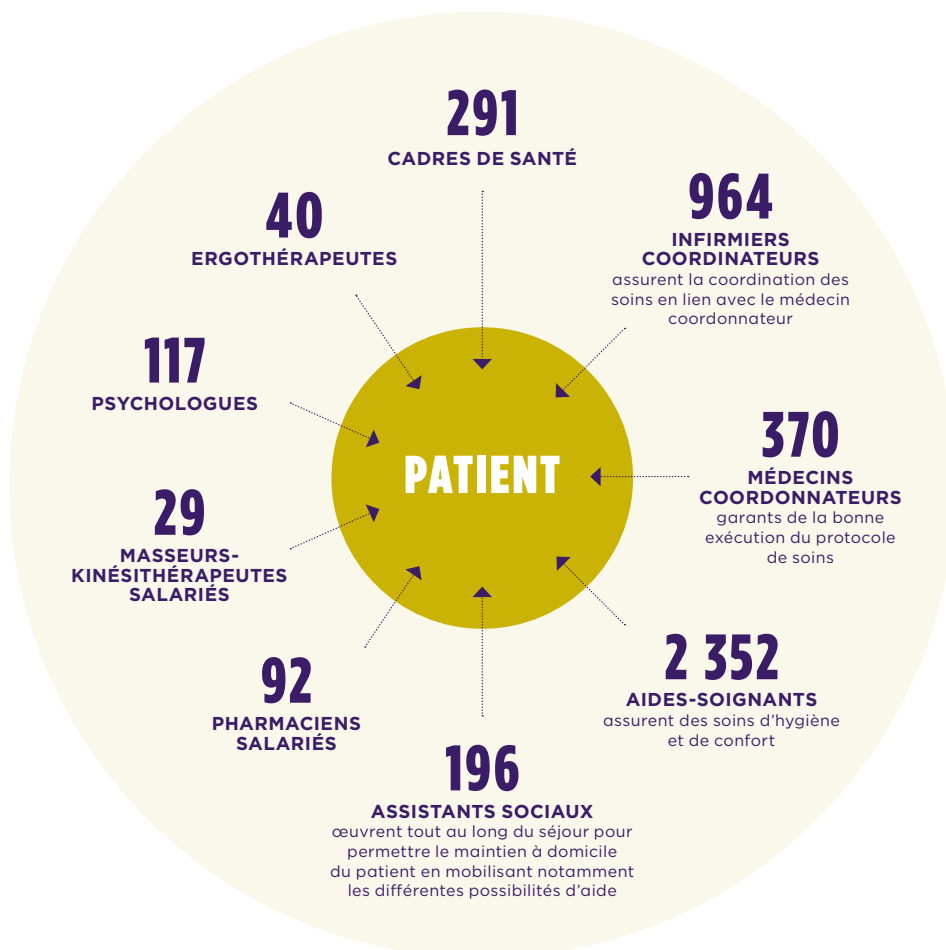
## NOTE DE LECTURE :

L'analyse de la trajectoire des patients permet d'évaluer le positionnement de l'HAD dans leurs parcours, même de manière imparfaite puisque, 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.

# 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 infirmiers libéraux, mais aussi des masseurs kinésithérapeutes et des psychologues. Enfin, les HAD peuvent avoir recours aux pharmaciens d'officine pour une partie de leur approvisionnement en médicaments.



**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.

(Source SAE 2019 - calculs FNEHAD)

\* Données SAE 2019 exprimées en ETP moyens annuels salariés.



# Caractéristiques des patients pris en charge

En 2019, l'âge moyen des patients sur la base des séjours est de **61,7 ans** contre 61,2 ans en 2018.

## ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS

<b>HOMME</b>	<b>62,8 ANS</b>
<b>FEMME</b>	<b>60,7 ANS</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

Si on exclut les patients de moins de 18 ans et les séjours de périnatalité (MP 19, 21 et 22), l'âge moyen des patients s'élève à **68,8 ans**.

## ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS (HORS PATIENTS < 18 ANS ET MP 19, 21 ET 22)

<b>HOMME</b>	<b>68,4 ANS</b>
<b>FEMME</b>	<b>69,2 ANS</b>

(Source PMSI - calculs FNEHAD)

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 **66,5 ans** en 2019.



# 61,7 ANS

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS



# 68,8 ANS

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS HORS PATIENTS DE MOINS DE 18 ANS ET SÉJOURS DE PÉRINATALITÉ

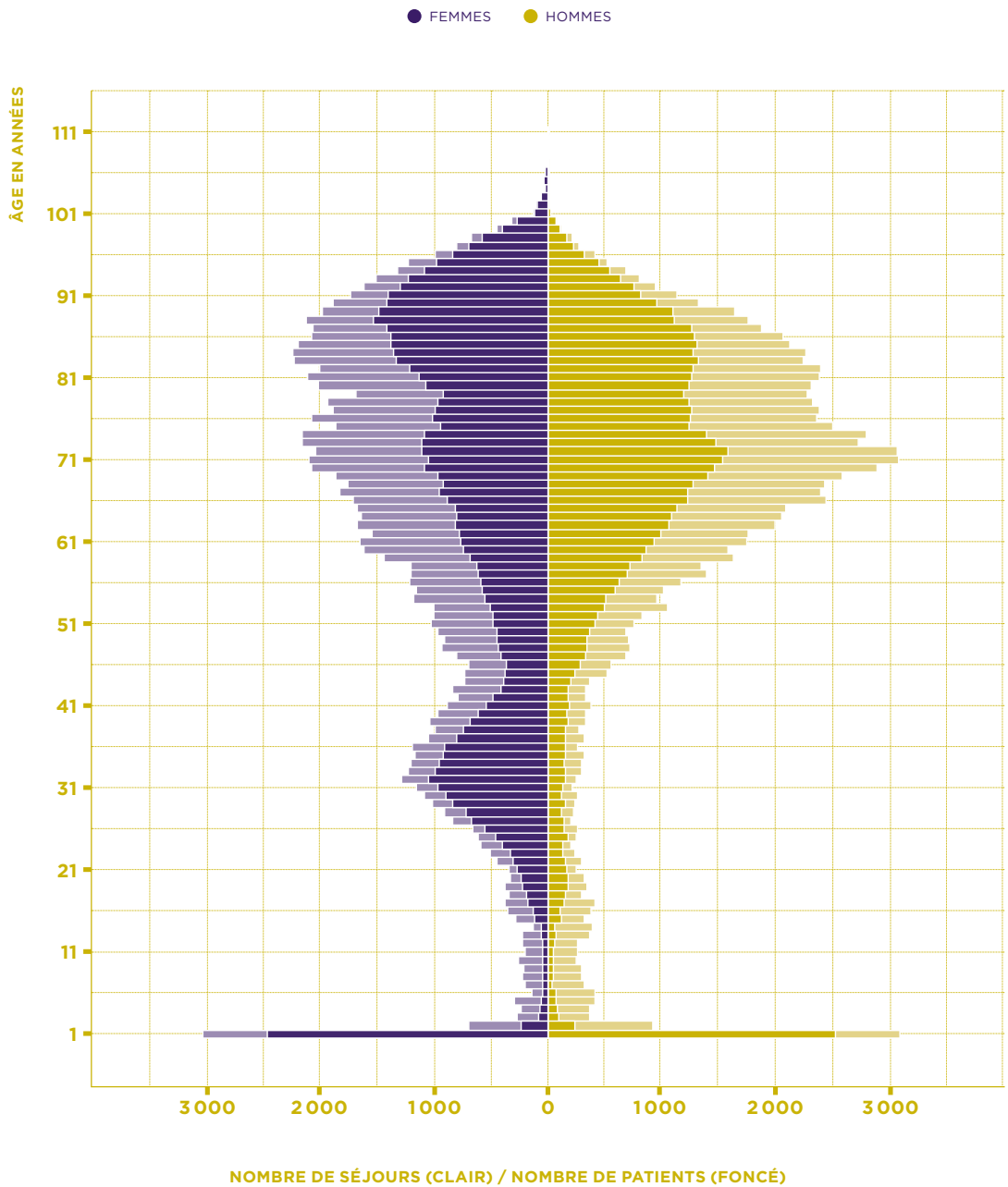


# 66,5 ANS

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS PONDÉRÉS PAR LE NOMBRE DE JOURNÉES DE PRÉSENCE

### PYRAMIDE DES ÂGES EN HAD EN 2019

Les âges-patients sont superposés aux âges-séjours.



(Données : Base nationale PMSI – traitement SIMAP AP-HP)

## L'ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE

La part de l'activité de pédiatrie dans le nombre total de journées reste stable entre 2018 et 2019, représentant **4,7 % de l'activité globale**. En 2019, 8 000 enfants de moins de 18 ans ont été pris en charge en HAD (source ATIH).

Cette activité est concentrée sur peu d'établissements, puisque six établissements assurent 50 % de l'activité nationale. **Entre 2015 et 2019, l'activité pédiatrique en HAD a connu une croissance annuelle moyenne de 8 %.**

### ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE RÉALISÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Nombre HAD total</b>	311	309	308	302	291	288	<b>289</b>
<b>Nombre d'HAD avec une activité pédiatrique</b>	234	244	250	247	246	256	<b>250</b>
<b>Journées totales</b>	4 366 656	4 439 494	4 629 254	4 877 563	5 167 142	5 570 659	<b>5 971 544</b>
<b>Journées &lt; 18 ans</b>	186 894	194 277	207 416	226 210	243 278	264 417	<b>280 220</b>
<b>PART DE L'ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE DANS L'ACTIVITÉ TOTALE</b>	<b>4,3 %</b>	<b>4,4 %</b>	<b>4,5 %</b>	<b>4,6 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>4,7 %</b>

## NIVEAU DE DÉPENDANCE DES PATIENTS

**63 % des journées d'HAD concernent des patients connaissant un niveau de dépendance élevé**, mesuré par un Indice de Karnofsky inférieur ou égal à 40 %.

Cette part est portée à 65 % après exclusion des journées relatives à des prises en charge en obstétrique et périnatalité.

### POURCENTAGE DES JOURNÉES RÉALISÉES PAR IK

COTATION DÉPENDANCE (indice de Karnofsky)	TOUS MPP	
	% DES JOURNÉES	% DES JOURNÉES (HORS MPP 19 ET 21)
10	0,90	0,9
20	10,76	11,1
30	26,08	26,9
40	25,31	26,1
50	18,68	19,1
60	11,22	10,4
70	4,93	3,8
80	1,29	1,0
90	0,27	0,2
100	0,56	0,6

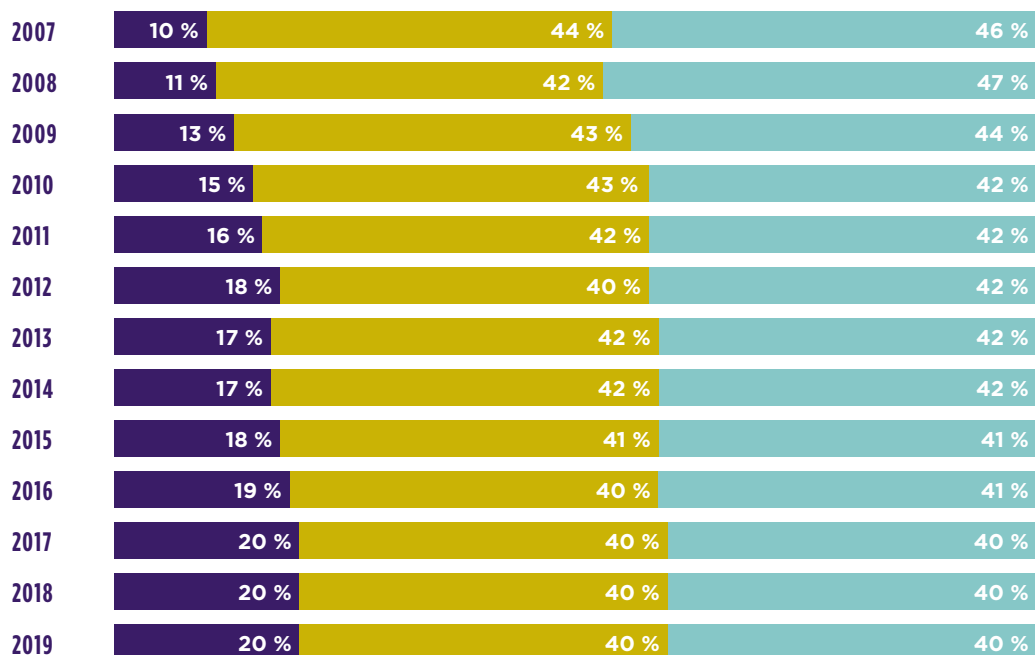
# Caractéristiques des structures d'HAD

**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 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 **40 %** des structures autorisées, assurent environ 25 % des journées. **Les structures privées à but non lucratif**, qui représentent **40 %** des structures, assurent environ 58 % de l'activité. **Les structures privées à but lucratif** représentent **20 %** des établissements et assurent environ 17 % de l'activité.

## PART DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD SELON LES SECTEURS



(Source PMSI - calculs FNEHAD)



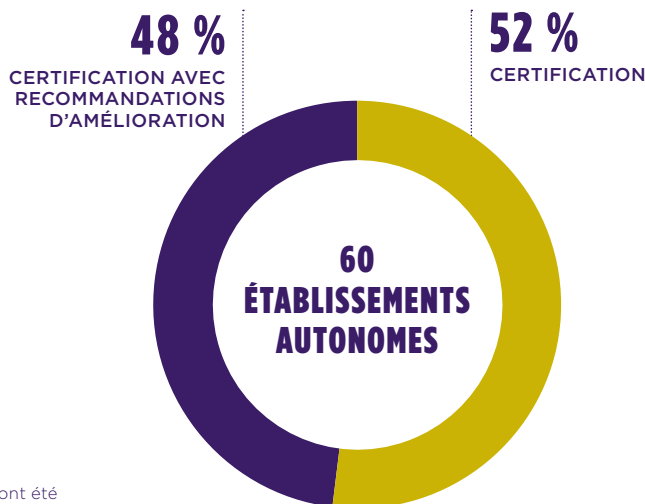
# Évaluation de la qualité et de la sécurité

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 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.

Le management de la prise en charge médicamenteuse constitue la thématique donnant le plus fréquemment lieu à recommandation, obligation d'amélioration ou réserve.

## LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

NIVEAU DE CERTIFICATION V2014 DES HAD AUTONOMES  
APRÈS DÉCISION FINALE DE LA HAS AU 6 JUILLET 2020



(Source HAS – calculs FNEHAD)

### NOTE DE LECTURE :

- › 31 établissements ont été certifiés (A).
- › 29 établissements ont été certifiés avec recommandation d'amélioration (B).
- › Aucun établissement n'a fait l'objet d'une certification avec obligation d'amélioration (C) ou sursis à statuer.

## NIVEAU D'ATTEINTE DES EXIGENCES PAR THÉMATIQUE POUR LES HAD AUTONOMES\*

DROITS DES PATIENTS	52	8
PARCOURS PATIENT	56	4
DOSSIER PATIENT	54	6
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	44	16
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	50	9
PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE	46	14

(Source HAS)

\*Pour la thématique « Gestion des équipements et produits au domicile », le total n'est pas égal à 60 comme pour l'ensemble. Il manque une donnée pour une HAD Psy pour laquelle il n'y a pas d'équipement au domicile, la thématique n'a par conséquent pas été évaluée.



EXIGENCE ATTEINTE



RECOMMANDATIONS D'AMÉLIORATION

## LE SUIVI DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Les établissements de santé doivent produire des indicateurs reflétant leur niveau d'engagement dans la prévention des infections associées aux soins (IAS).

En 2019, un seul indicateur applicable à l'HAD a été recueilli : ISCHA 3.

## RÉSULTATS DE L'INDICATEUR « CONSOMMATION DES PRODUITS HYDROALCOOLIQUES »

		A	B	C	EFFECTIF
ICSHA.3 (données 2018 recueillies en 2019)	Score HAD	24 %	27 %	49 %	151
	Score général	24 %	18 %	58 %	2 800

(Source HAS - Calculs FNEHAD)

## DÉFINITION

› L'indicateur **ICSHA.3** objective le volume de produits hydroalcooliques délivré dans des secteurs cliniques et d'imagerie de l'établissement de santé.

ICSHA.3 est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains.

Suivez l'actualité de la FNEHAD  
sur notre site internet :

**www.fnehad.fr**

et sur nos réseaux sociaux :



Twitter :

**@fnehad\_info**



Youtube :

**FNEHAD**

© FNEHAD 2020

**FNEHAD**

14, rue des Reculettes  
75013 Paris  
Tél. : 01 55 43 09 09  
Fax : 01 55 43 09 04

**DIRECTION DE LA RÉDACTION**

**D'Élisabeth Hubert,**  
présidente de la FNEHAD

**Béatrice Frécon,**  
déléguée nationale

**COORDINATION**

**Aroua Hadfi,**  
chargée de communication  
et événementiel

**RÉDACTION**

**Béatrice Frécon,**  
déléguée nationale

**D' Laure Boisserie-Lacroix,**  
conseillère médicale

**Lauralee Debreuil,**  
assistante administrative  
et comptable

**Aroua Hadfi,**  
chargée de communication  
et événementiel

**Guenièvre Moine,**  
chargée de mission formation et  
affaires générales

**Anastasia Strzyk,**  
chargée de mission organisation  
et développement HAD

**CRÉATION GRAPHIQUE  
ET RÉALISATION**

**BA-BA** (www.ba-ba.fr)

**PHOTOGRAPHIES**

© Éric Durant, Philippe Noisette,  
FNEHAD, Ministère des  
Solidarités et de la Santé, ARS  
Bretagne, UNPS, Shutterstock,  
DR.

**IMPRESSION**

Frazier Paris

# LA FNEHAD

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

Elle regroupe près de 250 établissements d'HAD installés sur le territoire métropolitain et ultramarin, quel que soit leur statut juridique.

Ces structures adhérentes réalisent, en France, neuf journées d'hospitalisation à domicile sur dix.

## 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.



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION  
À DOMICILE

[www.fnehad.fr](http://www.fnehad.fr)

[@fnehad\\_info](https://twitter.com/fnehad_info)