



ENSEMBLE
CONSTRUISONS
L'HOSPITALISATION
DE DEMAIN

PROPOSITIONS
DE LA FNEHAD

FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION À DOMICILE



ÉLECTIONS 2017

2017

est l'année

d'élections majeures pour notre pays. Élections présidentielles, législatives et sénatoriales. Des hommes et des femmes vont devoir prendre leurs responsabilités et impulser les changements dont notre système de santé a urgemment besoin.

C'est une exigence des Français, et ils le font savoir. Des enquêtes récentes¹ montrent que plus de trois quart d'entre eux feront de la santé un critère déterminant dans leur vote aux prochaines élections, et la même proportion de Français estime qu'il doit y avoir des changements dans le domaine de la santé si nous voulons pérenniser notre système de protection sociale.

Les constats sont connus. Trop de cloisonnements persistent entre les acteurs pour garantir la qualité des soins, face aux tendances « lourdes » que sont le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et le bouleversement formidable de l'innovation. De la même façon, **il existe encore trop de recours à l'hébergement hospitalier qui pourraient être évités.** Pourtant, les progrès technologiques et thérapeutiques, et une meilleure association des usagers, permettraient qu'il en soit différemment, dans le respect des attentes des patients, dans l'intérêt bien compris des finances publiques et dans l'objectif permanent d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins.

Si les constats sont connus, si les conséquences sont lourdes de sens, comment expliquer cet immobilisme ?

Par attentisme. Les déséquilibres de notre système de protection sociale sont trop importants pour que cela persiste. Même si des initiatives ont été prises depuis 10 ans, l'ampleur et le rythme des réformes ne sont pas à la hauteur des enjeux. Pour autant, il n'est pas nécessaire de voter une nouvelle grande loi sur la santé, les solutions sont connues, les outils existent. Il faut désormais du volontarisme et nombreux sont les usagers et les professionnels à y être prêts.

À l'inverse, ne péchons pas par excès de facilité en nous contentant de « réformes au rabais ». La qualité, la sécurité et l'accès aux soins ne peuvent pas être la variable d'ajustement de la réorganisation de notre système de santé.

Nous ne pouvons pas accepter que, dans certains territoires, il n'y ait pas d'offre de soins ou que des succédanés soient mis en place. Ces solutions, nous n'en voulons pas. Le système actuel met déjà à l'écart les plus fragiles, les plus faibles, les moins informés, les plus pauvres, les plus isolés. Les remèdes ne doivent pas accentuer cette situation.

Ne faisons pas davantage l'erreur de croire qu'il s'agit d'un problème de moyens. Près de 190 milliards d'euros sont consacrés au financement de notre système de santé, soit près de 10 % de notre richesse nationale. L'enjeu n'est pas d'augmenter cette somme. **L'exigence est celle d'une meilleure distribution de ces moyens, d'une utilisation plus pertinente.**

L'enjeu est de savoir comment utiliser nos ressources, pour quels soins. **C'est la question de l'amélioration de la pertinence et du décroisement entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui est posée** et qui constitue le véritable levier d'une réforme. Seule cette ambition servira à la fois l'intérêt des patients et des finances publiques.

Autant de défis et d'aspirations portés par la FNEHAD auprès de ses adhérents, des prescripteurs et des décideurs publics, qui nous permettront de construire ensemble l'hospitalisation de demain.

Dr ELISABETH HUBERT,
présidente de la FNEHAD



¹ Enquêtes Harris Interactive, décembre 2016 et Odoxa, décembre 2016.

ÉTAT DES LIEUX

1. Un système de santé marqué par de profonds déséquilibres et des potentiels inexploités.

DE FORTES INÉGALITÉS :

- **sociales** : l'espérance de vie d'un ouvrier à 35 ans est de 7 ans inférieure à celle d'un cadre pour les hommes, de 3 ans pour les femmes.
- **territoriales** : des écarts d'espérance de vie similaires s'observent selon les régions.

DES DÉFICITS CHRONIQUES :

L'Assurance maladie n'a pas dégagé d'excédents depuis près de 30 ans. La dette sociale représente 6 % de la richesse nationale.

DES ÉVOLUTIONS MAJEURES :

Telles que le **vieillissement de la population** et la **chronicisation des pathologies** mais également les opportunités des **progrès techniques et thérapeutiques**, encore insuffisamment prises en compte.

2. La nécessité d'une réforme : un constat formulé lucidement par les Français mais pas à n'importe quel prix.

PLUS DE 3/4 DES FRANÇAIS

déclarent faire de la santé un critère déterminant de leur vote pour les prochaines élections.

(source : Harris Interactive, décembre 2016)

PLUS DE 3/4 DES FRANÇAIS

estiment une réforme en profondeur nécessaire pour assurer la pérennité du système.

(source : Odoxa, décembre 2016)

9 FRANÇAIS SUR 10

se disent en revanche opposés aux mesures de déremboursement ou de repli de l'Assurance maladie universelle sur les maladies les plus graves ; ils privilégient des mesures d'amélioration de la pertinence des soins (développement du générique, de l'ambulatoire...).

(source : Odoxa, décembre 2016)

PART DES PERSONNES ÂGÉES

(source : INSEE)

AUJOURD'HUI

19 % de la population âgée de 65 ans ou plus

9 % de plus de 75 ans

DEMAIN

25 % de la population âgée de 65 ans ou plus en 2040

15 % de plus de 75 ans en 2040

PART DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES

(source : Direction générale du Trésor)

AUJOURD'HUI

16 % de la population

DEMAIN

19 % de la population en 2040

DÉPENSES DE SANTÉ (CSBM) DANS LE PIB

(source : Direction générale du Trésor)

AUJOURD'HUI

9 %

DEMAIN

11 % en 2040

RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ (DCS)

(source : OCDE)

PAYS DE L'OCDE

28 % des dépenses de santé sont consacrées aux dépenses d'hospitalisation

33 % des dépenses sont allouées aux soins primaires

FRANCE

35 % des dépenses de santé sont consacrées aux dépenses d'hospitalisation

25 % des dépenses sont allouées aux soins primaires

CHANGER DE PARADIGME: C'EST POSSIBLE

ACCOMPAGNER LES MUTATIONS DE L'HOPITAL

- **Le rôle de l'hôpital doit être repositionné sur les actes à forte valeur ajoutée** nécessitant, au regard de l'état de santé du patient, une surveillance continue et une mobilisation forte, humaine et technique, dans une unité de lieu et de temps.
- **Il est nécessaire de se poser systématiquement la question de la pertinence** de placer les patients dans un lit, dès leur arrivée dans l'établissement, et d'accompagner les soignants pour faciliter et sécuriser la sortie des patients.



La durée moyenne de séjour hospitalier en France compte parmi les plus longues des pays de l'OCDE (10,1 jours contre 8,1 en moyenne).

(source: OCDE)

- **Mal utilisé, l'hébergement hospitalier peut contribuer à fragiliser davantage certains publics:**

- Désorientation, perte d'autonomie, en particulier chez les publics vulnérables, notamment les admissions en urgence des personnes âgées pouvant être prises en charge à domicile ou en Ehpad;
- Difficultés de certains patients à se déplacer;
- Risque accru d'infections nosocomiales.

- **D'autres modes de prise en charge ont démontré leur capacité à garantir les mêmes conditions de qualité et de sécurité:** hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, dialyse à domicile.

DONNER TOUTE LEUR PLACE AUX PRATIQUES AMBULATOIRES

TENIR COMPTE DES ATTENTES DES USAGERS :

- **Rester à domicile** auprès de sa famille et de ses proches;
- Être **acteur de sa santé**, mieux prendre en compte la **place des aidants**.



81% des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux. 70% d'entre eux décèdent toujours au sein d'un établissement de santé avec hébergement.

(sondage Ifop 2010)

Les aidants représentent 4,3 millions de personnes.

En 2015, 73% des aidants estimaient être mal aidés ou mal considérés par les pouvoirs publics.

(source: DREES, Handicap, dépendance et pauvreté: les Français solidaires des plus vulnérables, janvier 2017)

TENIR COMPTE DES AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES ET TECHNOLOGIQUES :

- **De nouvelles techniques, plus ciblées et moins invasives** (thérapies ciblées, chimiothérapies orales...) permettent d'envisager le développement de nouveaux modes de prise en charge;
- **La télémédecine et les objets connectés en santé** permettent d'organiser la prise en charge des patients à domicile dans les mêmes conditions de qualité et de sécurité des soins qu'à l'hôpital.

STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS INTERMÉDIAIRES :

- **Une attente légitime des professionnels de santé**, notamment hospitaliers, dans la coordination des soins pour un retour rapide à domicile;
- **Une structuration en équipes indispensable** (maisons et pôles de santé), encore insuffisante, malgré une progression continue;



Près de 600 maisons de santé installées. 400 en projet.

(source: FFMPs, Etat des lieux des pôles et maisons de santé)

- La nécessité d'orienter la formation professionnelle autour des notions de **partage des informations et de complémentarité** entre tous les professionnels de santé intervenant au bénéfice d'un même patient.

L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

LES RAPPORTS POUR MIEUX COMPRENDRE L'HAD

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES:
NOVEMBRE 2010.

COUR DES COMPTES:
SEPTEMBRE 2013
ET JANVIER 2016.

ASSEMBLÉE NATIONALE:
MISSION D'ÉVALUATION
ET DE CONTRÔLE DES
LOIS DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
(MECSS), JUILLET 2016.

L'HAD, en permettant de réaliser au domicile du patient des soins complexes, grâce à une prise en charge globale et coordonnée des différents professionnels de santé, constitue **une réponse concrète pour l'hospitalisation de demain.**

7 QUESTIONS CLÉS SUR L'HAD

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

OUI

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

UN CHIFFRE

19,2 patients pour 100 000 habitants — taux de recours au niveau national.

► 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, **30 % des séjours en HAD** sont initiés à partir du domicile.

► 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 d'âge **58,5 ans**. Elle prend également en charge des enfants dès la naissance.

UN CHIFFRE

L'activité de pédiatrie représente **4,5 % 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

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

NON

Un patient hospitalisé à domicile bénéficie du même remboursement que s'il était hébergé 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

► 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 5 % de son activité totale.

POUR ALLER PLUS LOIN

Décret n° 2012-1030 du 06.09.2012.
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.



RAPPORT ANNUEL
DE LA FNEHAD :
www.fnehad.fr

L'HAD UN LEVIER IMMÉDIATEMENT MOBILISABLE

POUR DÉCLOISONNER LE SYSTÈME DE SANTÉ

- Un **statut d'établissement de santé** avec toutes les obligations inhérentes en termes d'organisation, de qualité et de sécurité que les autres établissements de santé (loi HPST).
- Une **connaissance fine du domicile** puisque c'est le lieu des interventions.
- Une **coopération étroite avec les professionnels libéraux**.

POUR ORGANISER LE PARCOURS DU PATIENT VILLE/HÔPITAL, MAIS AUSSI SANITAIRE / MÉDICO-SOCIAL / SOCIAL

- Un **savoir-faire dans l'évaluation et l'orientation** du patient dans le système sanitaire et social, tant après une hospitalisation avec hébergement qu'à partir du domicile.
- Un appui en termes de **coordination, de moyens et d'expertise pour l'ensemble des professionnels de santé** intervenant dans la prise en charge du patient à son domicile : médecin hospitalier, médecin traitant, soignants libéraux, assistants sociaux, soins de support (psychologues, diététiciens, socio-esthéticiens, infirmiers stomathérapeutes...).
- Une **prise en charge globale** s'appuyant sur une évaluation tridimensionnelle **médicale, paramédicale** et **psycho-sociale**, incluant les proches, structurée dans les établissements avec des personnels dédiés et formés.
- Une **interaction avec les professionnels du domicile** pour l'effectivité des soins, des actes et prestations qu'elle a organisé.
- Une acceptation large du domicile permettant à l'HAD d'intervenir **dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux**, sans restriction.

POUR GARANTIR L'ACCÈS POUR TOUS À DES SOINS DE HAUTE QUALITÉ

- Une **couverture territoriale intégrale**, y compris dans des zones isolées (rurales, montagneuses...).
- Une **couverture financière** par l'Assurance maladie et les complémentaires santé (forfait « tout compris »).

POUR RÉPONDRE AUX ATTENTES DES USAGERS

- Le **bénéfice du confort de son domicile**, et d'être auprès de sa famille et de ses proches.
- La **volonté d'être acteur de sa santé**.

L'HAD RESTE POURTANT ENCORE SOUS-UTILISÉE ET PEUT ÊTRE DÉVELOPPÉE DAVANTAGE

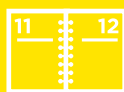
LES CHIFFRES CLÉS DE L'HAD www.fnehad.fr



PLUS DE 105 000 PATIENTS
pris en charge

PLUS DE 300 ÉTABLISSEMENTS D'HAD

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé



PRÈS DE 4,8 MILLIONS DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION

réalisées, permettant aux malades d'être soignés chez eux, auprès de leur famille et de leurs proches



MOINS DE 200 EUROS
coût moyen d'une journée d'HAD pour l'Assurance maladie

PRÈS DE 915 MILLIONS D'EUROS

montant du coût global de l'hospitalisation à domicile, soit 0,5% des dépenses de l'ONDAM consacrées à l'HAD



1/3 DES JOURNÉES D'HAD concernent des pathologies cancéreuses

1/4 DES PRISES EN CHARGE sont des soins palliatifs

ET AINSI RENFORCER L'EFFICIENCE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

- **Moins de rupture** dans le parcours de soins.
- **Plus de bien-être** pour le patient et son entourage.
- **Moins de dépenses inutiles** pour la collectivité.

DANS UN SYSTÈME DE SOINS RÉNOVÉ CONSTRUISONS L'HOSPITALISATION DE DEMAIN

LES PROPOSITIONS DE LA FNEHAD

ENSEMBLE
CONSTRUISONS
L'HOSPITALISATION
DE DEMAIN

1 FORMER LES FUTURS PROFESSIONNELS DE SANTÉ À UNE PRATIQUE MODERNE DE LEUR MÉTIER



- Promouvoir des stages hors CHU pour les futurs médecins (CH de proximité, HAD, cabinets libéraux).
- Instituer, au cours du cursus, des modules de formation communs regroupant les professionnels du sanitaire et du médico-social.
- Initier les étudiants en médecine à l'économie de la santé et à la gestion de maisons de santé.

2 METTRE EN PLACE LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE ORGANISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS



- Mettre en cohérence les modes de tarification des diverses offres de soins pour inciter les prescripteurs à la pertinence des soins.
- Identifier sur chaque territoire le rôle de chaque acteur de santé et du médico-social dans l'orientation du parcours du patient.
- Favoriser les partages de compétences de tâches, quand celles-ci sont exercées avec le même niveau de sécurité et de qualité des soins.
- Mieux accompagner le développement des maisons et pôles de santé en renforçant l'appui méthodologique des ARS et en améliorant leur financement.
- Fixer des exigences claires à tous les acteurs du domicile en matière de qualité et de sécurité des soins.

3 INVESTIR LE CHAMP DU NUMÉRIQUE POUR ACCOMPAGNER LES MUTATIONS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ



- Réunir les projets et missions numériques en santé sous l'égide d'un seul donneur d'ordre.
- Fixer un objectif d'interopérabilité entre les multiples systèmes d'informations.
- Déployer les outils connectés qui, à grande échelle, aideront à soigner les patients, y compris dans les zones les plus isolées.
- Garantir, à échéance du quinquennat, la couverture numérique du territoire national à 100%.

4 EXPLOITER TOUT LE POTENTIEL DE L'HAD AU SERVICE DE L'HOSPITALISATION DE DEMAIN



• S'ENGAGER À DOUBLER L'ACTIVITÉ D'HAD AU COURS DES CINQ PROCHAINES ANNÉES

- Évaluer au sein des établissements MCO et SSR les conditions du recours à l'HAD.
- Sensibiliser la population aux bénéfices de l'HAD via une campagne nationale.
- Lever les freins réglementaires aux coopérations avec les autres acteurs du sanitaire ou du médico-social et ainsi fluidifier le parcours du patient.

• RENFORCER SON MODÈLE ÉCONOMIQUE

- Accompagner la réforme du modèle de la T2A de l'HAD.
- Soutenir, par des financements spécifiques, la prise en charge des publics isolés et précaires et l'accès à l'innovation thérapeutique.
- Démontrer, par des études médico-économiques, les avantages et l'efficacité de l'HAD par rapport à d'autres modes de prise en charge notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques.

• MIEUX COORDONNER L'HAD AVEC TOUS LES ACTEURS DU DOMICILE

- Mieux associer les professionnels de santé libéraux à la prise en charge en HAD par des formations communes et des outils d'information partagés.
- Inciter les médecins libéraux à prescrire davantage l'HAD grâce à une meilleure valorisation des visites à domicile.
- Capitaliser sur l'expertise développée par les établissements d'HAD pour évaluer les besoins des patients et les orienter dans le parcours de soins.

#hospitalisationdedemain

#hospitalisationdedemain



FNEHAD

40 rue du Fer à Moulin - 75005 Paris
Tél.: 01 55 43 09 09 - Fax: 01 55 43 09 04
Mail: contact@fnehad.fr

www.fnehad.fr
 [@fnehad_info](https://twitter.com/fnehad_info)