

L'HAD "à la française"

le modèle historique et enjeux actuels

Dr Laure COM-RUELLE comruelle@irdes.fr

Directeur de recherche

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Paris France

Atelier ALASS sur l'hospitalisation à domicile

3 juillet 2015 – Bruxelles

Plan

■ Le modèle français

- Les grands principes dès l'origine
- Les missions et le fonctionnement aujourd'hui
- Des premières expériences d'HAD à nos jours
 - Levée d'obstacles administratifs et culturels
 - Apport des études scientifiques : dont le modèle T2A-HAD
- Enjeu des politiques de santé face aux grandes tendances actuelles
- Où en est le développement de l'HAD ? Etat des lieux
 - Disparités géographiques
 - Activité en progression régulière
 - Trajectoires des patients

■ La réflexion actuelle sur le positionnement stratégique de l'HAD en France

- Enjeu des politiques de santé face aux grandes tendances actuelles
 - atouts de l'HAD
 - limites
- Politiques de soutien au développement
- Axes de travail actuels
- Quels scénarii d'évolution possibles et souhaitables ?

Qu'est-ce que l'HAD « à la française » ? (1)

↪ *Des Soins hospitaliers à domicile (SHAD),
à la charnière de l'hôpital et de la ville*

L'HAD existe en France depuis les années 50

(1957 : AP-HP ; 1958 : Santé Service de Puteaux)

Décrets d'octobre 1992, circulaires de mai 2000

- ✓ Les services de soins hospitaliers à domicile (SHAD) prennent en charge le patient sur son lieu de vie et offrent des soins techniques, plus ou moins complexes et intenses et qui, en l'absence de tels services, nécessiteraient une hospitalisation conventionnelle .
- ✓ L'HAD concerne les malades atteints de **pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables**. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Qu'est-ce que l'HAD « à la française »? (2)

↳ *Mini-réseau en soi inséré dans un réseau ville-hôpital plus vaste*

– Trois notions conjointes

1- Substitution

→ *hospitalisation conventionnelle évitée, admission retardée ou sortie anticipée*

2- Prise en charge globale

⇒ *palette de soins variés, professionnels de santé-social-aide à domicile*

3- Coordination intersectorielle

→ *lourdeur/complexité des soins, intervenants multiples*

– Choix du malade et de sa famille

→ **Intérêt des caractéristiques psychosociales et familiales**

Les missions de l' HAD aujourd' hui (1)

Une formule de soins hospitaliers moderne centrée autour du patient et qui s' adapte

✓ *Pour qui ?*

Une formule qui s' adapte à la prise en charge *de la naissance à la fin de vie*

- ✓ *Prise en charge au sein familial*
- ✓ *Quelle que soit la condition sociale*

Une formule qui tient compte et intègre l' *entourage du patient*

✓ *Pourquoi ?*

Une alternative bien adaptée au traitement de *nombreuses maladies*

- ✓ *Cancer, maladies neurologiques, cardiovasculaires, etc.*
- ✓ *Episodes aigus ou plus longs, rééducation-réadaptation...*

✓ *Quels soins ?*

Une *prise en charge globale*

Des soins *comparables à ceux prodigués en hospitalisation conventionnelle*

- ✓ *Maladies principale et associées et prise en charge médico-sociale*
- ✓ *Soins médicaux, produits pharmaceutiques, matériel et mobilier médical, transports sanitaires... et aide à domicile*
- ✓ **Continuité et permanence des soins** (24 H/24, 7 J/7)

Le diagnostic est fait en amont de l'HAD, souvent à l'hôpital.



L'HAD délivre le traitement prescrit sur la base d'un projet thérapeutique global et assure le suivi.

Les missions de l' HAD aujourd' hui (2)

La coordination des professionnels intervenant autour du patient

✓ *Qui coordonne ?*

- ✓ Le **médecin coordonnateur**, référent médical de la structure d'HAD, prononce les admissions sur la base d'un **projet thérapeutique**
- ✓ L'**infirmière coordinatrice** gère les interventions paramédicales

✓ *Quels intervenants ?*

- ✓ A la charnière des secteurs **hospitalier, ambulatoire, médico-social et social**
- ✓ Une **équipe pluridisciplinaire** de professionnels de santé et médicaux-sociaux
 - *Les salariés de la structure : assistante sociale, soignants paramédicaux, administration, etc.*
 - *Les pharmaciens (pharmacie hospitalière –PUI– ou officine)*
 - *Les professionnels libéraux de ville (médecins et infirmiers)*
 - *Les médecins spécialistes hospitaliers*
 - *Les prestataires de service (location de matériel médical)*

✓ *Quels outils ?*

- ✓ Un **carnet de liaison** entre les intervenants
- ✓ Un **système d'information** médicale au service de la connaissance (médicale) et de gestion (tarification à l'activité -T2A, Assurance maladie obligatoire -AMO)
- ✓ La **télé médecine** au service de la télésurveillance et de la téléconsultation

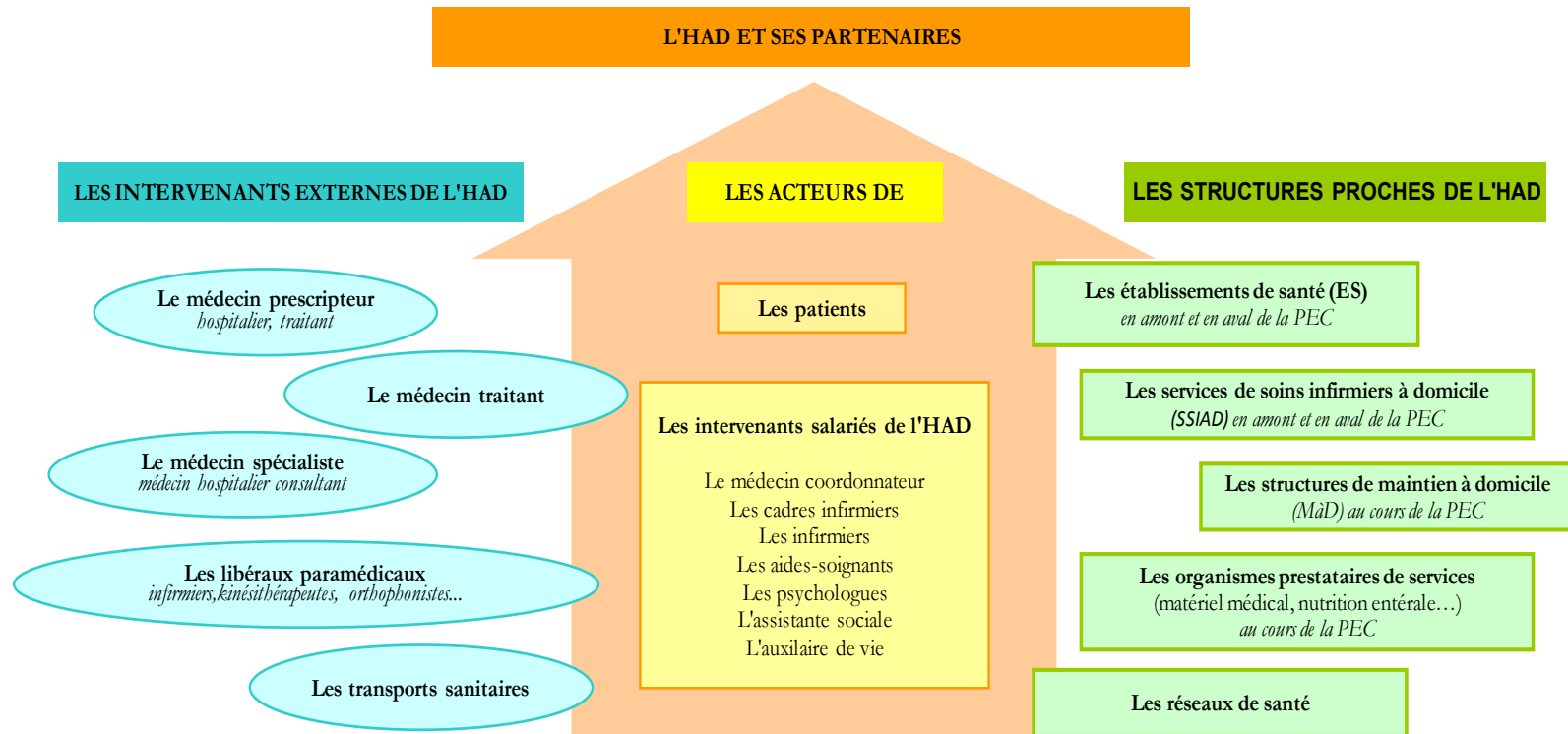
Le fonctionnement de l'HAD aujourd'hui (1)

- ⇒ Véritable petit **réseau** en soi au sein d'un réseau plus large
 - La notion de **coordination** domine
 - Equipe **pluridisciplinaire** d'intervenants médicaux capables d'anticiper
- Le personnel soignant se déplace **au domicile du patient** où il est à sa disposition
- L'HAD est **proposée** et non imposée,
 - sur prescription médicale hospitalière ou de ville,
 - sur la base d'un projet thérapeutique « sur mesure »
- **Prise en charge globale** des patients (pas seulement d'une maladie)
- **Vocation généraliste** (toutes pathologies)
mais il existe certaines HAD spécifiques

Le fonctionnement de l'HAD aujourd'hui (1)

Coordination, pluridisciplinarité, anticipation

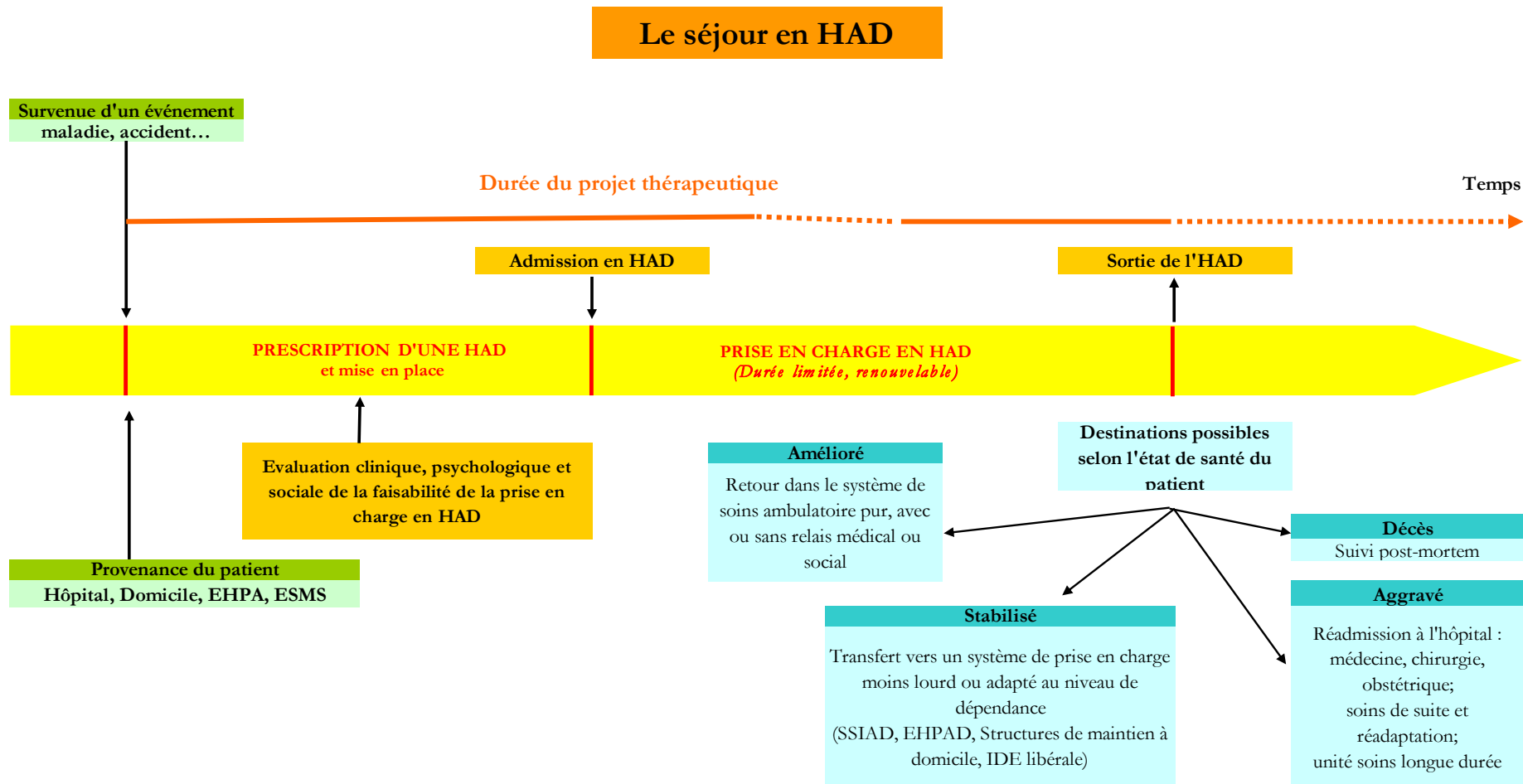
Véritable petit réseau en soi au sein d'un réseau plus large
Prise en charge globale des patients (pas seulement d'une maladie)
Vocation généraliste (toutes pathologies) mais il existe certaines HAD spécifiques



Le fonctionnement de l'HAD aujourd'hui (2)

Comment se déroule un séjour en HAD ?

*L'HAD est proposée et non imposée,
sur prescription médicale hospitalière ou de ville, sur la base d'un projet thérapeutique « sur mesure »*



Des premières expériences d'HAD à nos jours (1)

une histoire de pionniers innovants

semée d'obstacles administratifs et culturels levés peu à peu

Premières expériences d' HAD

✓ Réponse à l' engorgement des hôpitaux

✓ Mais méconnaissance générale:

⇒ *vécue comme concurrente du secteur libéral de ville, méfiance*

✓ Rémunération disparate et opaque

⇒ *sélection de patients,*

→ *manque d' études économiques notamment...*

✓ Cependant, satisfaction des patients, de leur entourage et des professionnels de santé

L' éclairage des études scientifiques

✓ Apport des études françaises sur l' HAD et enseignement des modèles étrangers de SHAD

↳ Une volonté politique de développement plus forte depuis le début des années 2000

Des premières expériences d'HAD à nos jours (2)

une histoire de pionniers innovants

semée d'obstacles administratifs et culturels levés peu à peu

⇒ Changements récents

- Freins importants levés (administratifs, techniques et culturels)
- + mise en place d'incitations, dont :
 - Reconnaissance officielle de l'activité d'HAD + outils de professionnalisation
 - Annulation du taux de change pour créer une place d'HAD (fermer 2 places d'hospitalisation classique)
 - Objectifs d'implantation d'HAD inscrits dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3^e génération (SROS 3)
 - Tarification à l'activité (T2A) spécifique depuis 2005, basée sur les coûts observés et le recueil informatique exhaustif des séjours (PMSI-HAD)
- ⇒ intérêt à agir et favorise la qualité des soins et l'équité entre établissements
- Mais d'autres freins sont apparus, dont :
 - L'hospitalisation de jour (HJ) est plus rémunératrice pour les hôpitaux (à champ superposable) ⇒ auto prescription d'HJ plutôt que d'HAD (ex. chimiothérapie anticancéreuse)
- ⇒ Nécessité de ré-estimer les tarifs T2A : Etudes nationales de coûts (ENC) HAD, MCO et SSR

Description de l'activité d'HAD *via* le PMSI-HAD

↪ *Modes de prise en charge et degré de dépendance :
des éléments descriptifs à faire évoluer*

- 24 modes de prise en charge (MPC) : 1 principal MPP ± 1 associé MPA

Création *de novo* en 1999 lors d'une enquête auprès de 3 structures d'HAD

- *inscription dans la Circulaire de mai 2000, reprise dans le modèle T2A-HAD*
- *pourtant, l'enquête IRDES 1999-2000 sur les motifs et les coûts de prise en charge en HAD était basée sur des nomenclatures internationales*
- *le PMSI-HAD recueille les codes CIM-10 des pathologies et les codes CCAM des actes*

- Indice de Karnofsky (IK)... (de 10% à 100%, scores autorisés selon MPP*MPA)

Utilisé en 1999 lors d'une enquête auprès de 3 structures d'HAD bien que non exclusif des caractéristiques de dépendance (état de santé global)

- *inscription dans la Circulaire de mai 2000, reprise dans le modèle T2A-HAD*
- *pourtant, l'enquête IRDES 1999-2000 recueillait les AVQ (activités de la vie quotidienne)*
- *le PMSI-HAD recueille aussi les AVQ dans le but de passer à cet index de dépendance disjonctif de la morbidité après analyse de l'ENC-HAD (étude nationale des coûts en HAD)*

Modèle de tarification T2A construit par l'IRDES

- Tout compris, une grande avancée par rapport aux tarifs disparates et opaques
 - ⇒ a permis à l'HAD d'être valorisée au même titre que les activités MCO
 - ⇒ favorise la qualité de soins et l'équité entre établissements
- basé sur une étude de coûts microcosting (ENHAD 2000 : recueil type PMSI-MCO)
 - coûts de structure et coût des soins
(dépenses, diagnostics principal et associés, dépendance AVQ, actes, médicaments, temps de soignants, etc.)
- mais des facteurs de pondération du coût sujets à caution
 - contrainte d'utilisation de notions déjà inscrites dans la législation (*transcodages*) :
 - « modes de prise en charge » (*versant besoin de soins médicaux*)
 - « indice de Karnofsky » (*mauvais proxy de la dépendance, non disjonctif du besoin de soins médicaux*)...
 - facteur dégressivité globale du coût avec la durée de séjour :
impossible à préciser selon le mode de prise en charge du fait de la taille de l'échantillon trop juste
- des préconisations d'évolution *via* une étude nationale des coûts (ENC) par l'ATIH
 - indicateur de dépendance opposable (AVQ)
 - Suivi d'expérimentations pour ajuster le modèle : pondérations, dégressivité selon la durée, PeC de long terme, éventail des cas cliniques élargi
 - caractéristiques psychosociales et familiales

Modèle de financement T2A-HAD

De l'enquête nationale de coût en HAD (ENHAD-2000) au...

- Ce modèle T2A-HAD a été construit à partir des données de l'**enquête nationale sur l'HAD** menée par l'IRDES en 1999-2000 (**ENHAD 2000**) (cf. bibliographie).
 - Cette enquête disposait notamment des notions suivantes:
 - **Niveau structure** : implantation géographique, taille, statut juridique, dépenses annuelles, montant et composition du prix de journée de la structure d'HAD
 - **Niveau patient** :
 - Pathologies (codées CIM-10) et actes (CCAM ± NGAP)
 - Degré de dépendance (score AVQ affiné = activités de la vie quotidienne)
 - SIIPS (*Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée*) $\Rightarrow$ charge en soins infirmiers
 - Durée de séjour, provenance et mode de sortie, etc.
 - **En termes de coûts** :
 - Coûts médicaux directs pour chaque patient : prestations incluses dans le prix de journée HAD + éventuels remboursements en sus par l'assurance maladie (AM) + extractions du SIAM (système informationnel de l'AM)
- Résultats descriptifs + explicatifs, notamment sur les coûts : $\neq$ parts liées au type de structure (statut), aux patients (âge, pathologies/soins, dépendance, durée de séjour)
(cf. [IRDES alternatives à l'hospitalisation](#))

Modèle de financement T2A-HAD

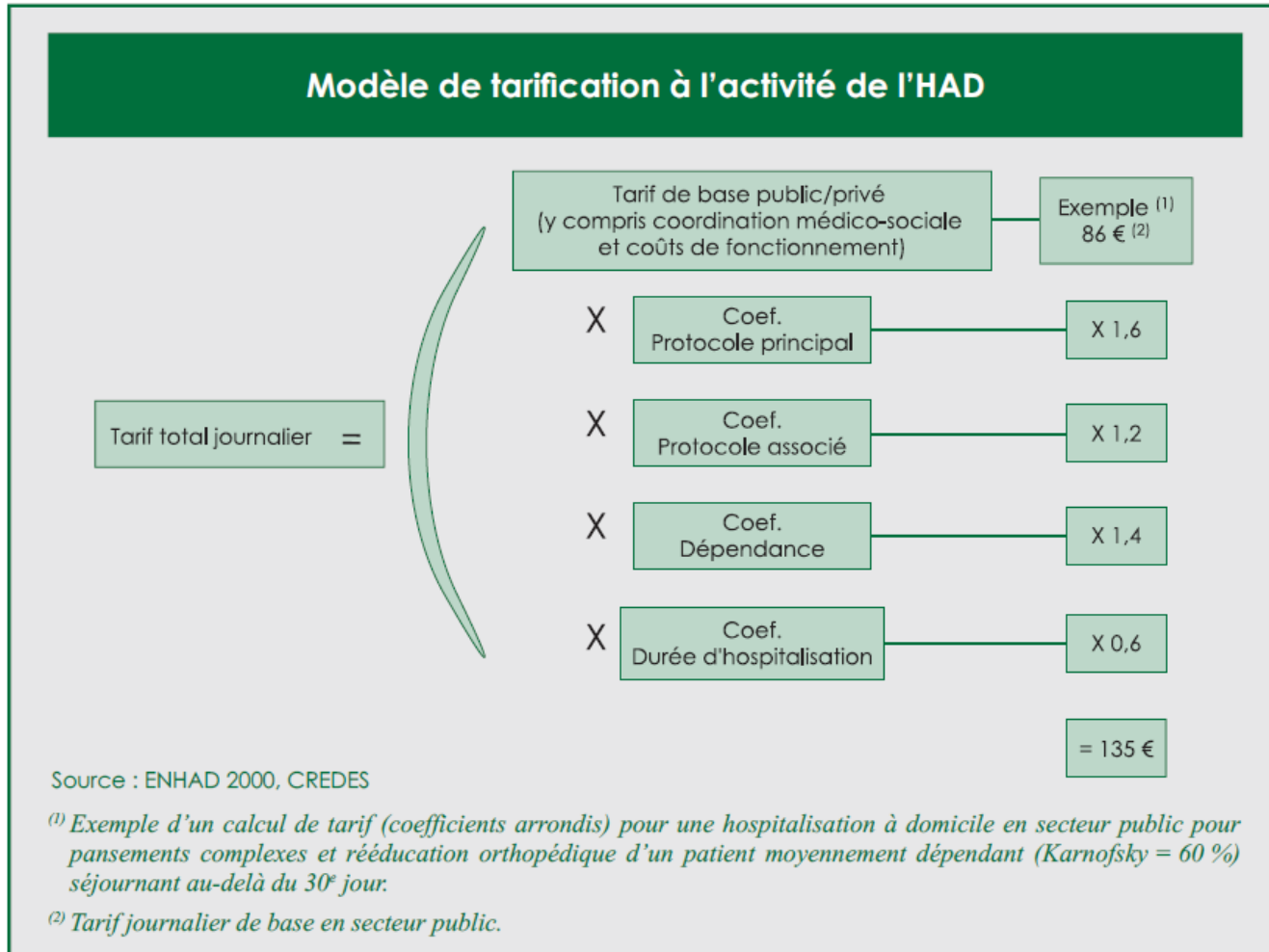
Des transcodages $\Rightarrow$ besoin de réévaluation

- Pour pouvoir emprunter le « train » de la T2A en 2005, il a fallu se baser sur des éléments réglementaires (CIRCulaire de mai 2000) et **les variables utiles ont été transcodées** :
 - $\rightarrow$ Pathologies/soins (protocoles de soins) en « modes de prise en charge » (MPC) retenant le principal (MPP) et le premier associé (MPA)
 - $\rightarrow$ Indicateurs de dépendance (AVQ : pure dépendance) en Indices de Karnofsky (l'IK : reflète l'état de santé global $\Rightarrow$ inadéquat et difficile à contrôler)
 - $\rightarrow$ La dégressivité selon la durée de séjour était observée globalement : échantillon insuffisant pour le faire pour chaque condition médicale
- ✚ **D' où les réserves émises et les recommandations de réévaluation précoce :**
 - ✓ Ce modèle de tarification sera expérimenté dans quelques structures existantes et appliqué à l'ensemble des structures en 2005. Il **demande à être réévalué après sa mise en œuvre.**
 - ✓ Recommandations : mettre en place une procédure de suivi des coûts HAD qui permette de réajuster les pondérations, mieux observer les prises en charge de long terme et les changements de protocoles en cours d'hospitalisation. La validation du modèle devra intégrer la dépendance réelle (confronter l'IK codé selon un consensus entre structures d'HAD aux AVQ).
- ✚ **La nécessité de ré-estimer les tarifs T2A $\Rightarrow$ mise en œuvre de l'ENC-HAD (enquête nationale de coûts HAD par l'ATIH (on y reviendra + loin)**

Modèle de financement T2A-HAD

...1^{er} Modèle T2A-HAD construit par l'IRDES

→ Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile, Com-Ruelle L., Dourgnon P., Perronnin M., Renaud T. (2003), Questions d'économie de la santé IRDES, n° 69, 6 p.



Liste des modes de prise en charge (MPC)

- Liste des libellés et codes correspondant aux modes de prise en charge (MPC) définis pour coder l'activité en hospitalisation à domicile dans les résumés par sous-séquence
- Présentation conjointe pour les MPC principal, associé et à visée documentaire.
- *Cf. règles de codage dans le [Guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile applicable au 1er mars 2013](#) [Instructions et textes divers](#)*

Type MPC (version 2010)	Principal	Associé	A visée documentaire
Libellé des modes de prise en charge (MPC)	code	code	code
Pas de protocole associé	-	0	0
1- Assistance respiratoire	1	1	1
2- Nutrition parentérale	2	2	2
3- Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	3	3	3
4- Soins palliatifs	4	4	4
Chimiothérapie			
5- Chimiothérapie anticancéreuse	5	5	5
6- Nutrition entérale	6	6	6
7- Prise en charge de la douleur	7	7	7
8- Autres traitements	8	8	8
Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)			
9- Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	9	9	9
10- Post traitement chirurgical	10	10	10
11- Rééducation orthopédique	11	11	11
12- Rééducation neurologique	12	12	12
Surveillance post chimiothérapique			
13- Surveillance post chimiothérapique anticancéreuse	13	13	13
14- Soins de nursing lourds	14	14	14
15- Education du patient et de son entourage	15	15	15
Radiothérapie			
17- Surveillance de radiothérapie	17	17	17
18- Transfusion sanguine	18	18	18
19- Surveillance de grossesse à risque	19	19	19
Post-partum physiologique			
20- Retour précoce à domicile après accouchement	20	20	20
21- Post-partum pathologique	21	21	21
Prise en charge du nouveau-né			
22- Prise en charge du nouveau-né à risque	22	-	22
24- Surveillance d'aplasie	24	24	24
25- Prise en charge psychologique et/ou sociale	-	25	25
3- Traitement intraveineux, un seul passage quotidien	-	-	26
15- Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans	-	-	27
25- Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de 18 ans ou moins	-	-	28

Contexte actuel (1)

Nécessité de réformer le système de santé
pour assurer ses missions auprès de la population

Enjeu des politiques de santé face aux grandes tendances actuelles

- Vieillissement de la population
- Augmentation des maladies chroniques et de la polypathologie
- Augmentation rapide des dépenses de santé
 - France 2011: la dépense courante de santé (DCS) = 240,3 mds€, 12,0 % de son PIB
soit + 59 % en prix courants depuis 2000 et + 30 % en prix relatifs 2005
 - dont la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) = 180 mds€,
la CSBM est financée par l' Assurance maladie obligatoire à ≈ 75%
- Contexte financier contraint
- Inégalité sociales et territoriales de santé (ISTS)
 - Dépenses restant à la charge des patients ↗ et « déserts médicaux » ↗

✚ **Agir pour améliorer la qualité des soins et accroître l' efficacité de l' offre de soins,**

en ville comme à l' hôpital
L'HAD "à la française"

Où en est le développement de l' HAD ? Etat des lieux (1)

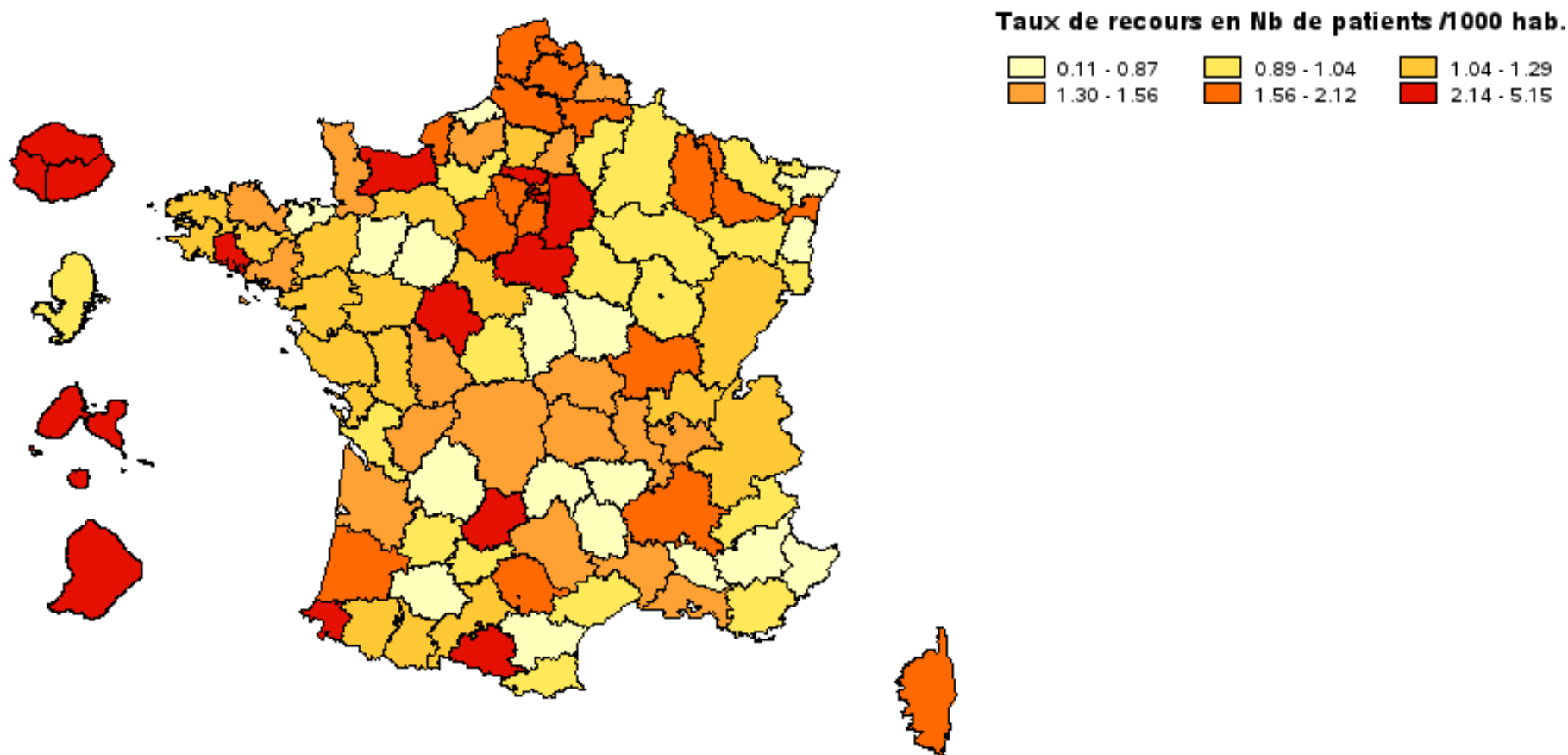
Une couverture du territoire révélant de fortes disparités

- ✓ L'HAD est un service de proximité inscrit dans la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) de 2009 qui affiche un objectif d'accès à des soins de qualité pour tous.
- ✓ Chaque département français, D.O.M. compris, est enfin pourvu au moins d'une structure d'HAD.
- ✓ Cependant, il subsiste des disparités en nombre de places, de patients pris en charge et de journées d'HAD : fortes au niveau régional, ces inégalités deviennent criantes au niveau des territoires de santé.
- ✓ La plupart des structures d'HAD nouvellement créées sont de taille trop petite (efficience si >30 places).

Des taux de recours à l'HAD inégaux sur les territoires

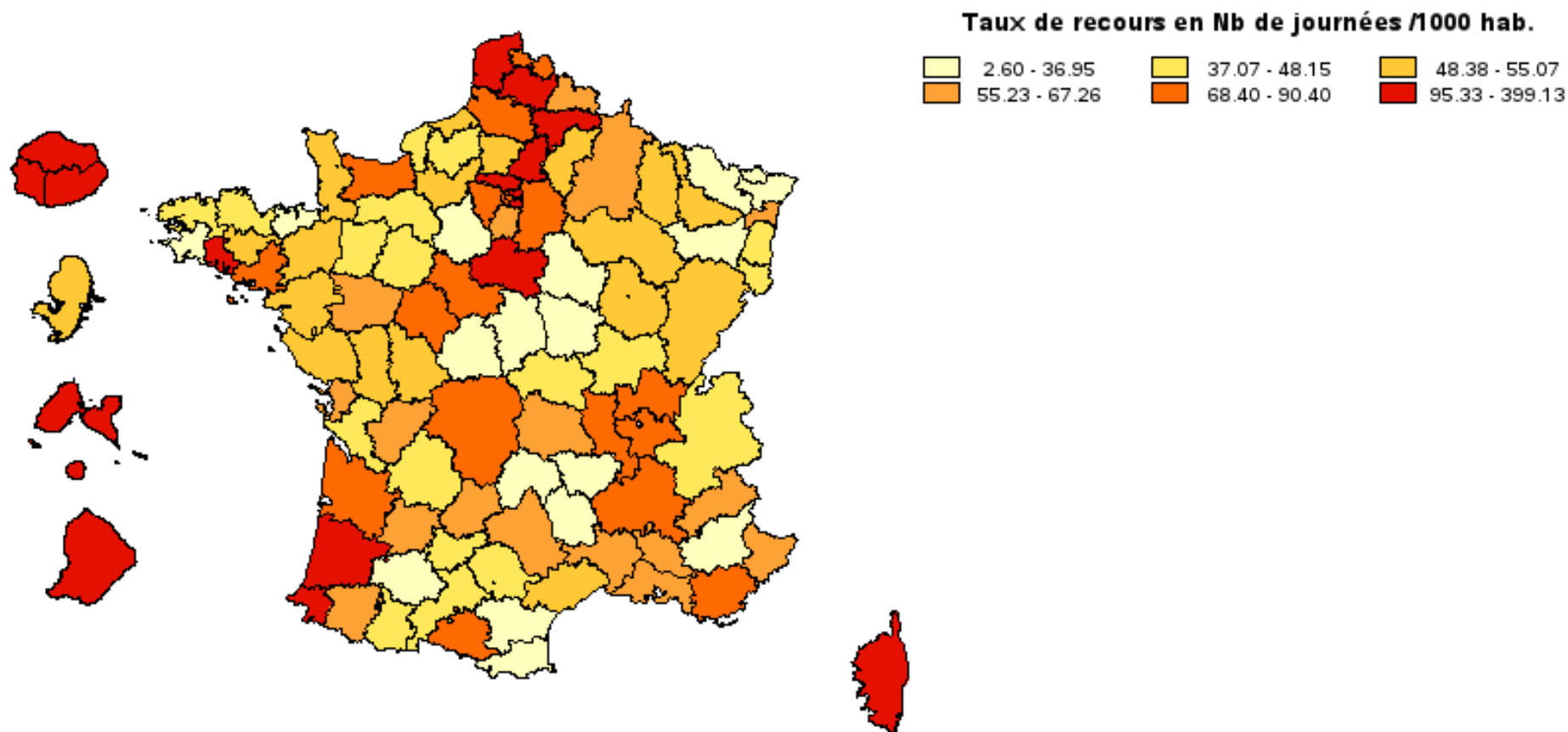
Nb Patients/1000 habitants – 2013 – Taux standardisés

Taux de recours HAD en Nb de patients par Territoire de santé - Année = 2013 - Taux Standardisé
Ensemble de l'activité
Taux de recours national : 1,61



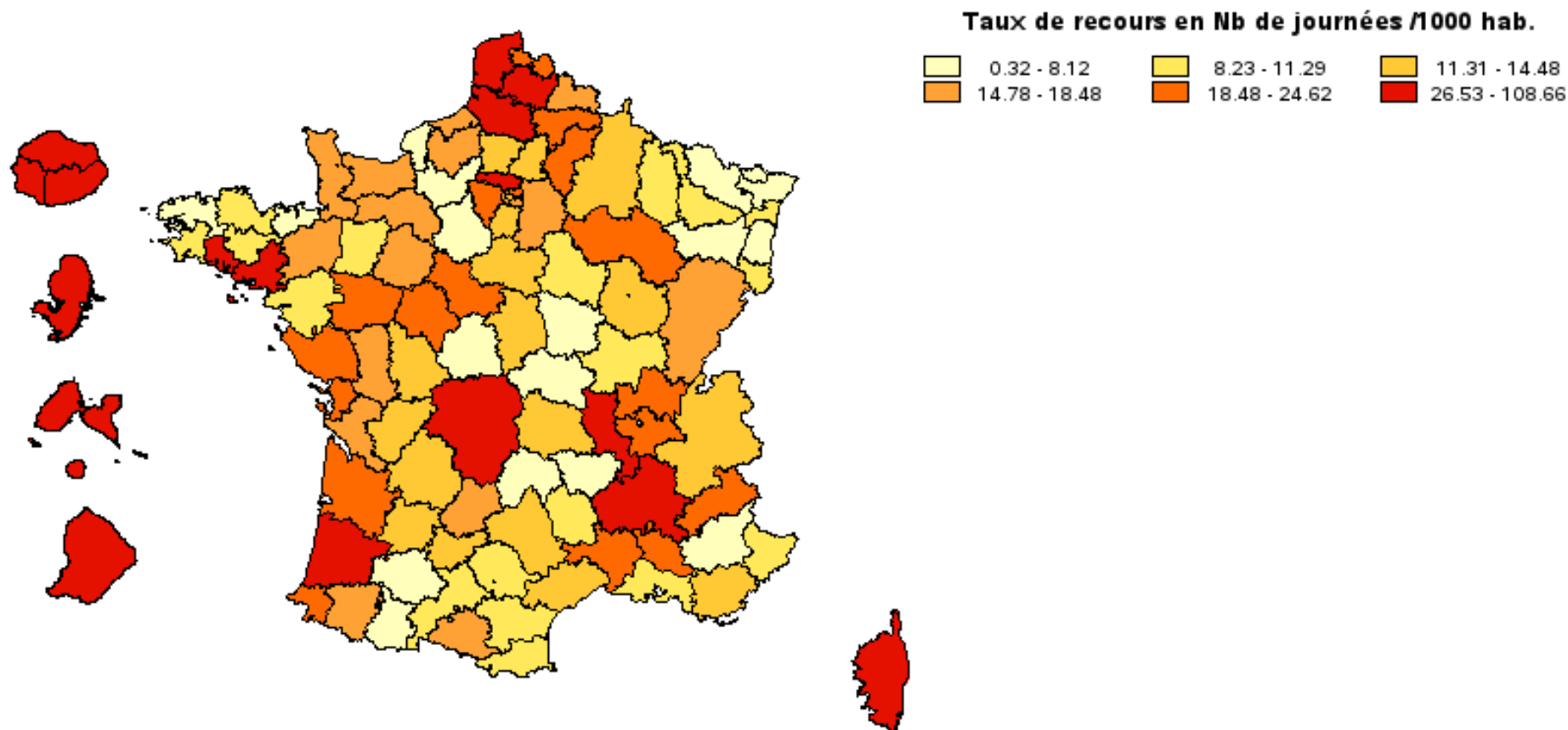
Taux de recours à l'HAD en Nb Journées / 1000 habitants par Territoire de santé – 2013 – Taux standardisés

Taux de recours HAD en Nb de journées par Territoire de santé - Année = 2013 - Taux Standardisé
Ensemble de l'activité
Taux de recours national : 66,78



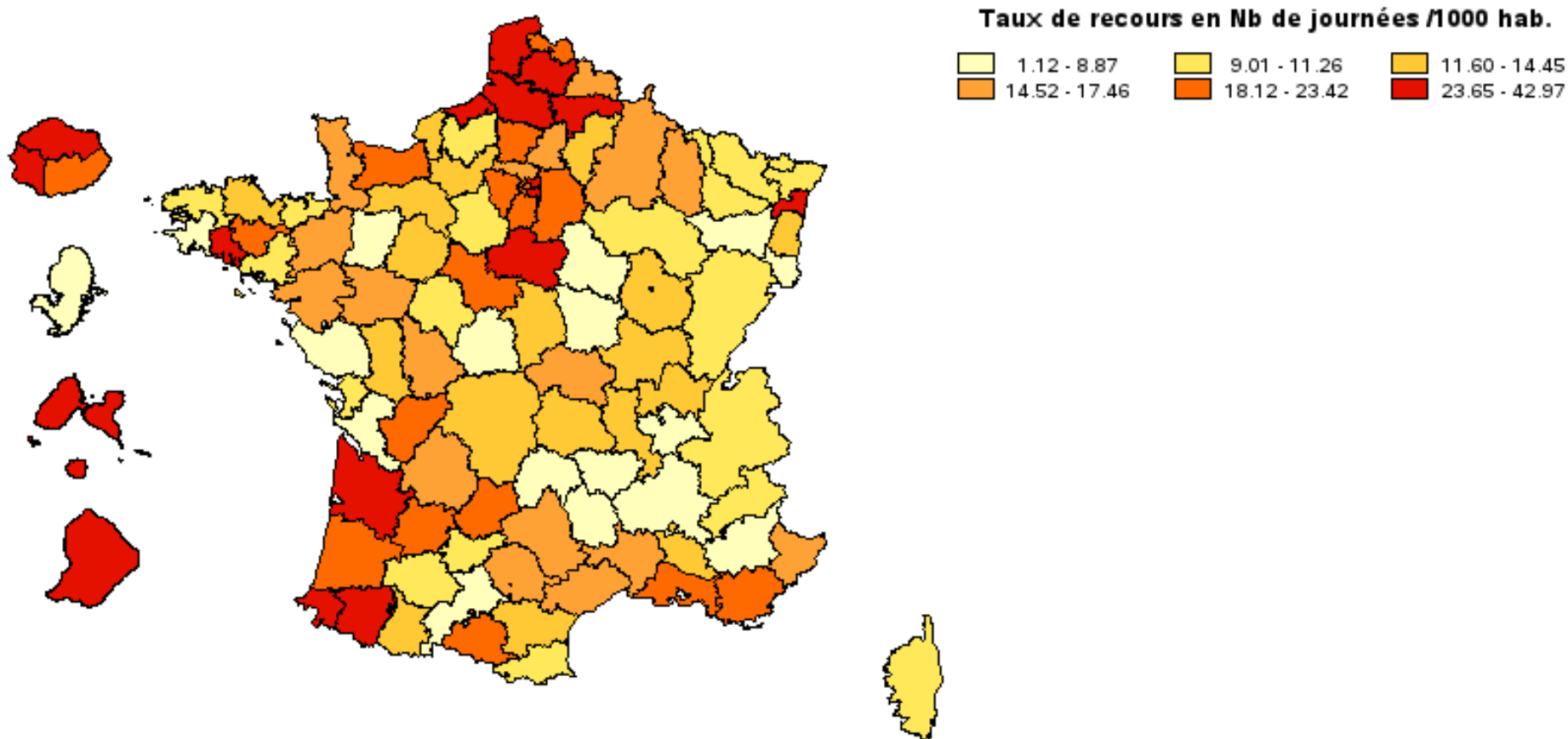
Taux de recours à l'HAD en Nb Journées / 1000 habitants par Territoire de santé – 2013 – Taux standardisés – par MPP

Taux de recours HAD en Nb de journées par Territoire de santé - Année = 2013 - Taux Standardisé
Mode de prise en charge principal - 04 : Soins palliatifs
Taux de recours national : 16,80



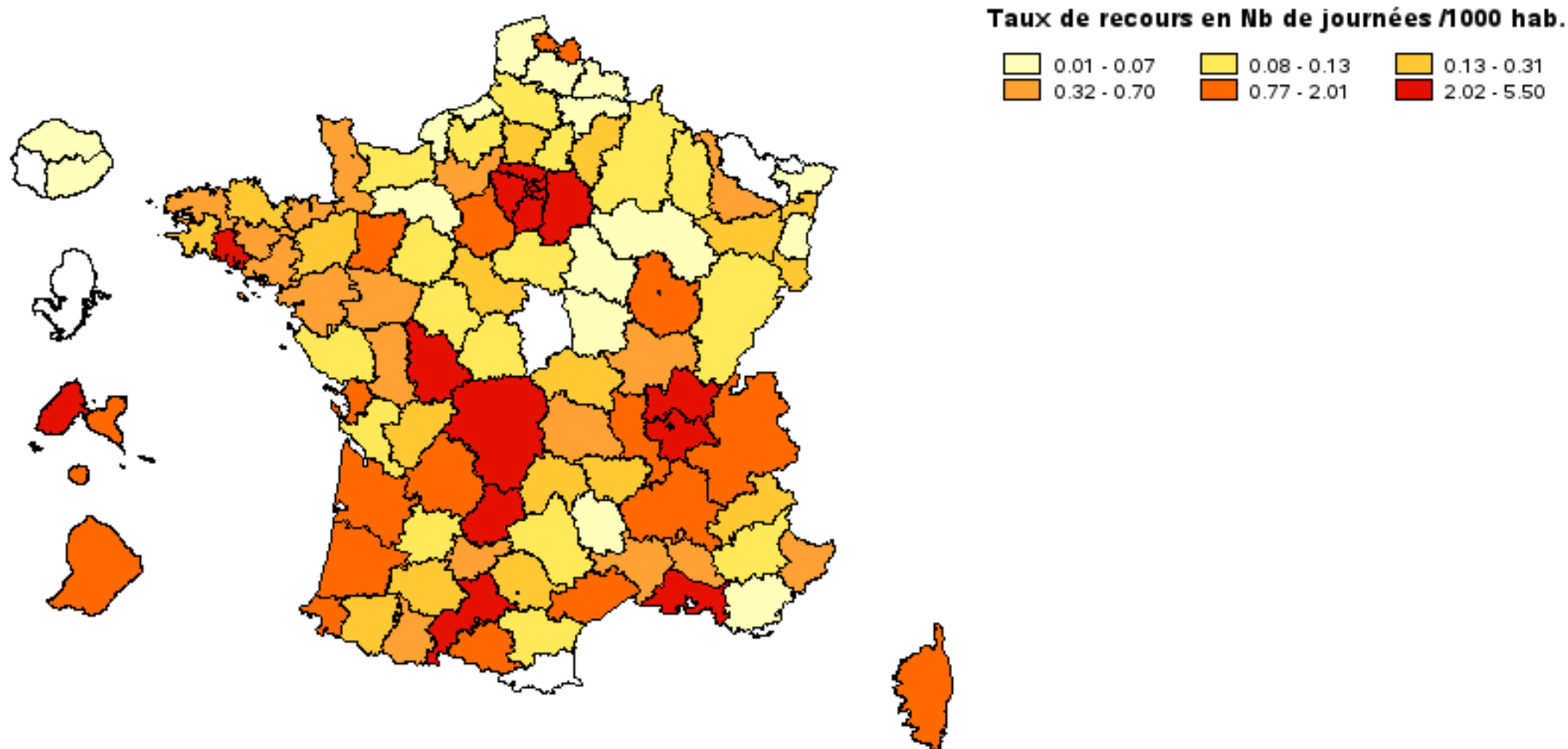
Taux de recours à l'HAD en Nb Journées / 1000 habitants par Territoire de santé – 2013 – Taux standardisés – par MPP

Taux de recours HAD en Nb de journées par Territoire de santé - Année = 2013 - Taux Standardisé
Mode de prise en charge principal - 09 : Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
Taux de recours national : 16,31



Taux de recours à l'HAD en Nb Journées / 1000 habitants par Territoire de santé – 2013 – Taux standardisés – par MPP

Taux de recours HAD en Nb de journées par Territoire de santé - Année = 2013 - Taux Standardisé
Mode de prise en charge principal - 05 : Chimiothérapie anticancéreuse
Taux de recours national : 1,30



Où en est le développement de l' HAD ? Etat des lieux (2)

La plupart des indicateurs d' activité en HAD sont en progression régulière

Mais l' objectif de 15 000 places installées et opérationnelles en 2010 n' était pas atteint

➤ En 2010, on comptait :

*302 structures d'HAD en France
12 387 places installées
152 139 séjours effectués
1 million de patients distincts
4 millions de journées*

➤ Le secteur privé non lucratif prédomine : en % journées

*64 % : secteur privé non lucratif
26 % : secteur public
10 % : secteur privé lucratif*

➤ Motifs principaux à l'admission :

✓ 60 % des journées =

*Soins palliatifs (24,5%)
+ Pansements complexes (20,3%)
+ Assistance respiratoire ou nutritionnelle (14,9%)*

✓ 40 % = autres :

*Soins de nursing lourds (9,6%)
Périnatalité (6,4%)
Post-traitement chirurgical (5,4%)
Traitements intraveineux (5,0%)
Soins techniques de cancérologie (4,6%)*

➤ En 2011, l' activité d' HAD reste marginale :

Par rapport à l' hospitalisation en MCO + SSR (*Médecine-Chirurgie-Obstétrique + Soins de Suite et Réadaptation*)

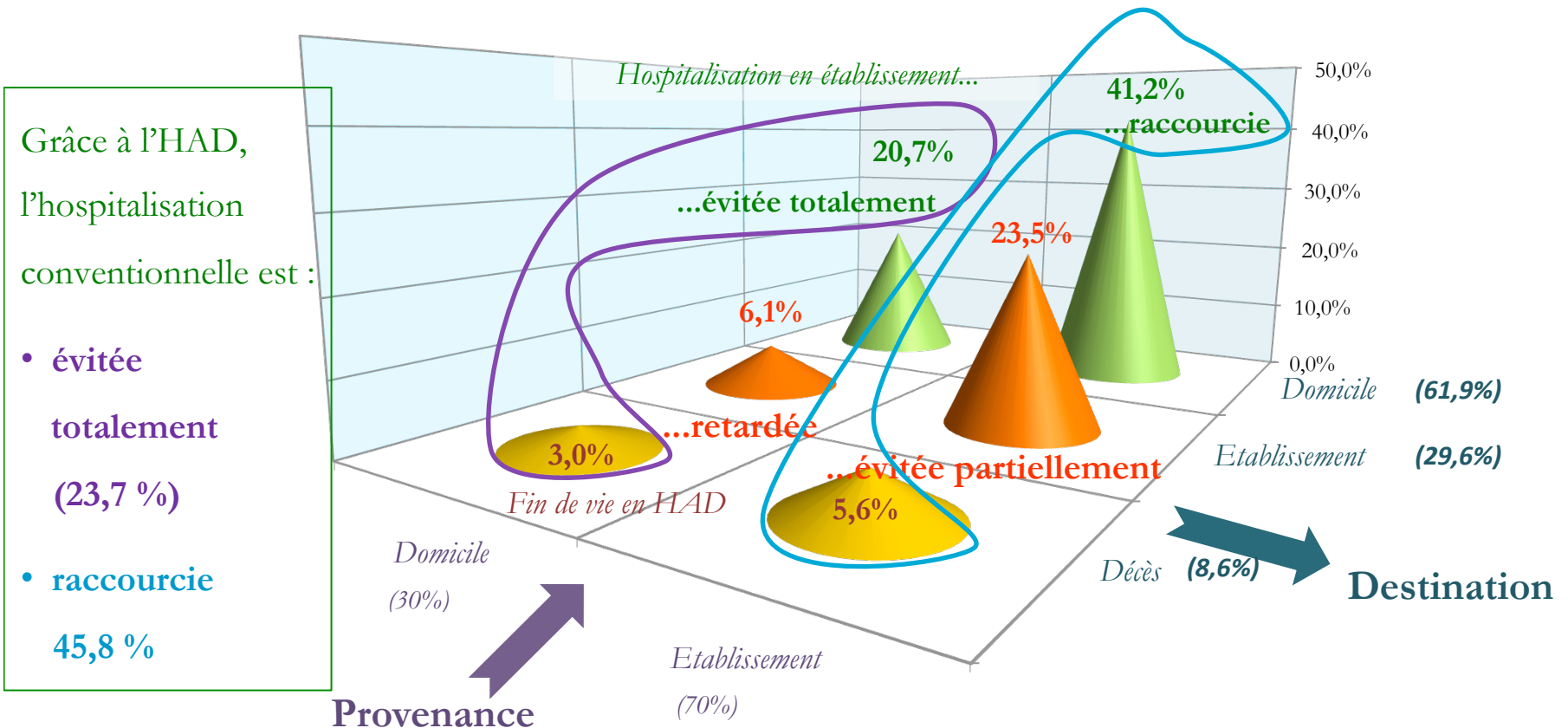
*3,9 % des journées
0,8 % des patients
0,6 % des séjours*

Le parcours de soins

Trajectoires de patients (provenance et destination)

L'évolution récente des trajectoires traduit à la fois l'utilisation croissante de l'HAD comme aval de l'hospitalisation conventionnelle et une lourdeur plus importante des patients admis en HAD.

Patients ayant effectué un séjour en HAD en 2010 (en % ; Total = 127 637 séjours hors SSA)



Synthèse (1) - Atouts :

Intérêt technologique, économique et humain de l' HAD

😊 HAD : une alternative de choix en termes de coût et de qualité

😊 Qualité des soins : *personnel bien formé et moins d'infections nosocomiales*

😊 L'HAD est moins coûteuse pour l'Assurance maladie à champ superposable* :
que l'hospitalisation classique ou l'hospitalisation de jour (HJ) (cf. QES IRDES n°119)

→ Ex. : HAD versus SSR (Soins de suite et réadaptation) (données 2007, Ratio R° 1,6)
Coût moyen journalier (CMJ) = 263 € (SSR) versus 169 € (HAD) en moyenne :

→ $\forall$ le degré de dépendance (R° 1,6 à 1,9), le profil médical de base* (R° 1,4 à 1,9)

→ R° maximal chez les enfants (2,5) ; il diminue avec l'âge chez les adultes (de 1.6 à 1.4)

😊 Satisfaction : *patients, entourage, soignants en HAD*

😊 Simplicité par « Guichet unique » : *admission, prise en charge globale, financement*

😊 Flexibilité et fluidité des parcours de soins : *charnière ville/ hôpital*

* On distingue 6 profils médicaux de base: 1-Rééducation-Réadaptation-Réinsertion, 2- Soins de suite, 3-Soins post-chirurgicaux, 4-Soins palliatifs, 5-Nutrition artificielle, 6-Assistance respiratoire)

Synthèse (2)

Malgré les avancées récentes, il subsiste **quelques limites**

☹ Nécessité fréquente d'un entourage aidant

➤ *Respecter les indications médicales et le contexte socio-familial*

☹ Autres facteurs d'amélioration

☹ Poursuivre la levée des freins culturels

- Méconnaissance, Insuffisance de communication hôpital/ville

☹ Corriger les freins techniques (*administratifs, législatifs*)

- **Faire évoluer le modèle de T2A-HAD**
- Mais aussi les autres (T2A-MCO et T2A-SSR)

☹ Progresser sur la formation spécifique à tous les niveaux

- intervenants (MG aussi), patient, entourage

☹ Combler le hiatus dans la graduation des soins

- en particulier entre SHAD et SSIAD (*Services de soins infirmiers à domicile*)



contours trop Rigides ≠ Souplesse

Quelles perspectives d'avenir ? (1)

L'HAD est à un moment charnière de son développement

❖ **Politiques de soutien au développement de l'HAD insuffisamment ciblées, limites patentes**

⇒ **Principes et stratégie de réflexion sur l'évolution à venir de l'HAD**

➤ **Point de vue du régulateur (Recommandations) :**

→ l'efficacité du système de soins dans sa **globalité** et en **cohérence** prime

⇒ Réfléchir au parcours de soins des patients et à la fluidité du **système dans son entier**

⇒ **Outils communs** pour tracer le parcours de soins du patient (indicateurs PMSI)

➤ **Développer l'HAD, c'est concilier :**

- Concentration croissante des plateaux techniques et
- Prise en charge de proximité (SROS III)

➤ **Logique du financement de l'offre de soins**

- Si **substitution** ⇒ **redéploiement** de moyens
- Si **soins supplémentaires** ⇒ moyens **additionnels**

➤ **Contextes les plus favorables au développement des SHAD**

⇒ **affichage politique clair + enchaînement d'actions**

Quelles perspectives d'avenir ? (2)

L'HAD est à un moment charnière de son développement

↳ Actions définies

➤ Axes de travail proposés par le ministère de la santé et adoptés :

→ 3 objectifs :

- Positionner avec **pertinence** l'HAD dans l'offre de soins
- Adapter son **pilotage économique et tarifaire** à ses objectifs stratégiques
- Mieux **prendre en compte ses particularités** dans la réglementation

➤ Redéfinition d'orientations nationales en cours

→ Promotion de son **socle de compétences généralistes**

→ Encadrement de sa **diversification** (spécialités)

avec une double attention :

- **Pertinence médico-socio-économique**
- Veiller à son développement auprès des **populations particulièrement vulnérables**.

Quelles perspectives d'avenir ? (3)

Il reste beaucoup à faire...

Dans quelle proportion l'HAD peut-elle continuer à se développer significativement et pour quelles orientations dans ses prises en charge ?

⇒ **Référentiels d'indications pertinentes** d'HAD sont en cours d'élaboration

⇒ Poursuite de la **professionnalisation de ses intervenants**

⇒ **Scenarii d'évolution** jugés propres à répondre aux besoins actuels

➤ **Doubler l'activité d'HAD de 2013 à 2018 (5 ans) ⇒**

- séjours en HAD = 1,2 % des séjours en hospitalisation complète (MCO+SSR),
- ≈ environ 800 millions d'euros
- ≈ 1 % des dépenses d'Assurance maladie liées à l'ensemble de l'hospitalisation
 - ⇒ Evaluer la part qui relève de la substitution MCO+SSR
 - ⇒ et celle liée aux effets démographiques et technologiques

➤ **Doubler tous les 5 ans pendant 20 ans ⇒**

- HAD < 10 % de l'activité MCO+SSR
- et moins en termes financiers

Conclusion

- L'HAD : une alternative de choix
 - en termes de coût
 - et de qualité
- La nécessaire volonté politique
- Malgré des scénarii de doublement d'activité tous les 5 ans pendant 20 ans :
 - l'HAD représenterait dans 20 ans toujours moins de 10 % de l'activité MCO+SSR et moins en termes financiers,
 - ce qui paraît toujours peu au regard des besoins, des possibilités technologiques et des souhaits des usagers dans cet intervalle.

Merci de votre attention !