EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **décembre 2015**

Quelle stratégie pour développer le recours à l'hospitalisation à domicile ? L'exemple du CH de Versailles

Marie-Victoire GROLLEAU

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels travaillant au CHV ou spécialistes de l'HAD qui ont accepté de me rencontrer et ont contribué à étayer ma réflexion et mes recherches.[1] Mes remerciements vont notamment au Professeur Philippe Rousselot pour ses explications sur les leucémies aiguës.

Je remercie particulièrement Guillaume Girard, mon maître de stage, pour son accompagnement tout au long de ce dossier et du stage, et pour sa relecture attentive et bienveillante.

Mes remerciements vont également à Véronique Desjardins, directrice du CH de Versailles, à Pierre Foucaud, Président de CME et à toute l'équipe de direction pour leur accueil et les différents échanges sur ce sujet au fur et à mesure de mon stage.

Je remercie aussi Brigitte Lemaire ainsi que les contrôleurs de gestion du CHV pour leur réactivité et leurs encouragements.

Enfin, merci à Michel Louazel qui a accepté d'échanger sur le sujet de l'HAD.

[1] L'annexe 1 répertorie les personnes interviewées.

S o m m a i r e

Introduction 1
1 L'HAD dans le sens de l'histoire : favoriser la subsidiarité dans le parcours de soins du patient 5
1.1 Développer le recours à l'HAD : un objectif national relayé par l'ARS Ile-de-France 5
1.1.1 Le contexte national : le « virage ambulatoire » et le plan triennal 5
1.1.2 L'injonction d'une ARS Ile-de-France particulièrement ambitieuse sur le sujet 7
1.1.3 Une demande des patients à confirmer 11
1.2 Vers une HAD rénovée : les enjeux actuels de l'HAD en Ile-de-France 11
1.2.1 Une HAD pour éviter les hospitalisations 11
1.2.2 Favoriser la coordination entre acteurs du parcours de santé 13
1.2.3 Une HAD polyvalente mais spécialisée : une diversification des modes de prises en charge 14
1.3 Relever les futurs défis de l'HAD : préparer l'avenir de l'hôpital public 16
1.3.1 Malgré des limites liées à l'isolement des patients, l'HAD dispose de perspectives de développement 16
1.3.2 Une concurrence directe pour l'hôpital public : quel avenir pour les prises en charges en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en hôpital de jour (HDJ) ? 18
1.3.3 Réfléchir sur l'HAD : préparer l'avenir pour centrer l'hôpital sur l'aigu 20
2 Entre avantages liés à la réduction de la DMS et risques de perte de recettes : l'intérêt du CHV à agir en matière de recours à l'HAD 23
2.1 Malgré un taux de recours globalement bon, le CHV affiche un recours à l'HAD contrasté et perfectible 23
2.1.1 Un CHV bon élève ou « borgne au royaume des aveugles » 23
2.1.2 Un recours centré sur l'oncologie 25
2.1.3 La question de la place de l'HAD Fondation Santé Service dans cette limitation du recours 26
2.2 Une motivation pour réduire la DMS et optimiser les ressources de l'hôpital 28

2.2.1 Des gains financiers et organisationnels multiples en réduisant la durée de séjour 28

2.2.2 Aller au-delà de la réduction de la durée moyenne de séjour.....30

2.2.3 Les atouts du CHV pour développer l'HAD 31

2.3 Des freins internes tant financiers que culturels à dépasser 34

2.3.1 Un risque d'accentuation du déséquilibre recettes/dépenses.....34

2.3.2 Un manque de maturité pour fermer des lits : le symbole du capacitaire 35

2.3.3 Un manque de connaissance et de confiance de la part des médecins hospitaliers 36

3 Quel modèle pour développer l'HAD dans un contexte économique contraint ? 39

3.1 L'évaluation du potentiel d'augmentation du recours à l'HAD.....39

3.1.1 Analyse du potentiel à partir de l'IP DMS.....39

3.1.2 Analyse du potentiel à partir de taux de recours cible 39

3.1.3 Analyse à partir de l'exemple des soins intensifs d'hématologie 40

3.2 Une option écartée d'emblée faute de temps et de moyens financiers : développer *ex nihilo* son propre service d'HAD 45

3.2.1 Les arguments forts de la FHF en faveur des services d'HAD publics 45

3.2.2 Dynamique de professionnalisation et taille critique : le manque de temps pour obtenir un retour sur investissement 46

3.2.3 Une création incompatible avec les objectifs à court terme du CHV 47

3.3 Le choix du CHV : développer les partenariats avec les opérateurs existants....48

3.3.1 Choisir ses partenaires.....48

3.3.2 Prioriser les spécialités volontaires : une construction progressive 49

3.3.3 Soutien simple ou réponse commune à l'appel à projet : la question du partage d'activité et de recettes 51

Conclusion.....53

Bibliographie.....55

Liste des annexes.....I

Annexe 1 – Liste des personnes interviewées I

Annexe 2 – Présentation synthétique du CHV I

Annexe 3 – Méthodologie III

Annexe 4 – Extrait de l'arrêté du 4 mars 2015 V

Liste des sigles utilisés

AP-HP : assistance publique - hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC : accident vasculaire cérébral
CH : centre hospitalier
CHV : centre hospitalier de Versailles
CME : commission médicale d'établissement
COPERMO : comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CORETA : comité de révision de la tarification
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREDES : centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
DAF : dotation annuelle de financement
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DIM : département d'information médicale
DMS : durée moyenne de séjour
EHESP : école des hautes études en santé publique
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
FHF : fédération hospitalière de France
FNEHAD : fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
GCS : groupement de coopération sanitaire
GHM : groupe homogène de malade
GHT : groupe homogène de tarifs
GHT : groupement hospitalier de territoire
GVT : glissement vieillesse technicité
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de Santé
HDJ : hôpital de jour
IDF : Ile-de-France
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IGF : inspection générale des finances
InVS : institut de veille sanitaire
IP DMS : indice de performance – durée moyenne de séjour

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

LFSS : loi de financement de la sécurité sociale

MCO : médecine chirurgie obstétrique

MPR : médecine physique et de réadaptation

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins

PMSI : programme de médicalisation du système d'information

Pôle CANDEUR : cardiologie, neurologie, diabétologie, endocrinologie, réanimation (un des deux pôles de spécialités médicales au sein du CHV)

PRADO : programme d'accompagnement de retour à domicile

PRE : plan de retour à l'équilibre

PRS : projet régional de santé

RSS : résumé de sortie standardisé

SAU : service d'accueil des urgences

SI : soins intensifs

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SROS : schéma régional d'organisation des soins

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

T2A : tarification à l'activité

Introduction

> « Cette évolution constitue un véritable enjeu stratégique pour nos établissements à la fois en raison du rôle capital de l'hôpital public dans les parcours de soins sur les territoires mais aussi un enjeu financier significatif, à terme, qui se traduira par un déplacement progressif des moyens de financement de l'hospitalisation classique vers l'[hospitalisation à domicile] »[2].

C'est par ces termes que Gérard Vincent, délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF) résumait en mai 2015 la problématique de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour les hôpitaux publics. En effet si les établissements publics occupent une place importante sur ce secteur d'activité en nombre de structures autorisées – 41% d'entre elles sont publiques – ils ne réalisent aujourd'hui que 26% des journées d'hospitalisation[3].

Considérée à partir de 1991 comme une alternative à l'hospitalisation, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST » a reconnu l'HAD comme une hospitalisation à part entière[4]. Développée en France depuis 1957 et les premières expériences de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), puis de Santé Service, l'HAD « 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 »[5]. En tant qu'alternative à l'hospitalisation, l'HAD intervient à trois titres : en raccourcissant, en retardant ou en évitant une hospitalisation.

Dans le contexte sanitaire actuel marqué notamment par de très fortes contraintes économiques, un vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies chroniques, le développement de l'HAD est envisagé par les pouvoirs publics comme un moyen d'améliorer le parcours du patient - et ainsi faire en sorte que celui-ci ait accès à la prise en charge la plus pertinente et la plus efficiente à chaque moment de sa maladie - tout en satisfaisant ses souhaits d'éviter une hospitalisation complète. L'HAD est ainsi présentée comme un « atout majeur de la réorganisation du système de santé »[6] français dans le contexte de la transition épidémiologique.

---

[2] FHF. « L'Hospitalisation à domicile (HAD), une opportunité stratégique pour les établissements publics de santé. ». Mail adressé aux chefs d'établissements et présidents de CME. 29/05/2015.

[3] Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (FNEHAD). Paris. L'hospitalisation à domicile en 2013 : Assemblée générale 2014, Pays d'Artois. Paris : FNEHAD; 2014, p. 3.

[4] Cour des Comptes. Paris. Sécurité sociale : Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes; 2013/09, p. 256.

[5] FNEHAD. *op. cit.*, p. 2.

[6] Agence régionale de santé d'Ile-de-France. Hospitalisation à domicile : l'ARS se mobilise. [visité le 03/08/2015], disponible sur Internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Hospitalisation-a-domicile-1.182718.199.html>.

Présente tant sur le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), que sur les soins de suite et réadaptation (SSR) et la psychiatrie[7], l'HAD représente avec 771 M€ un petit peu moins de 1% de l'enveloppe hospitalière de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)[8]. Malgré une politique volontariste sur le sujet – la circulaire du 4 décembre 2013 a fixé comme objectif national 30 à 35 patients en HAD par jour pour 100 000 habitants – l'HAD ne représente encore que 0.6% de l'hospitalisation complète et de fortes disparités nationales persistent[9]. La même circulaire prévoit que la part d'HAD passe à 1.2% du nombre de séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement (MCO + SSR) d'ici à 2018. Notons enfin que l'HAD est financé depuis 2005 à l'activité (T2A) ; le modèle repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT) qui constitue la référence en matière de prise en charge HAD. Il n'existe pas par ailleurs de référentiel de prescription sur cette modalité de prise en charge. A la frontière entre hospitalisation conventionnelle, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) et ambulatoire, le périmètre d'intervention de l'HAD est parfois flou et connaît aussi des évolutions sensibles. Par exemple, la prise en charge du *postpartum* physiologique a été écartée de la tarification HAD lors de la campagne tarifaire 2015[10].

Actuellement, le centre hospitalier de Versailles (CHV)[11] ne dispose pas d'autorisation d'HAD et fait appel à la Fondation Santé Service pour organiser les prises en charge de ses patients en HAD, en particulier en hémato-oncologie et dans une moindre mesure en obstétrique. Néanmoins, l'établissement s'est engagé dans une réflexion pour augmenter le recours à l'HAD. Motivée initialement par la fixation d'objectifs au sein du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), celle-ci a été accélérée par l'entrée de l'établissement en plan de retour à l'équilibre (PRE) au début de l'année 2015 et par l'ouverture d'une fenêtre spécifique de demande d'autorisation d'HAD par l'Agence régionale (ARS) d'Ile-de-France (IDF) à compter du 1er août 2015.

Le CHV connaît par ailleurs une augmentation importante de l'activité de son service d'accueil des urgences (augmentation de 5 000 passages par an depuis 2012) et se voit

[7] Cordier (Caroline), « Une structure d'HAD en psychiatrie ouvre à Toulouse grâce à un partenariat public-privé », *Hospimedia*, 07/09/2015.
[8] Cour des Comptes*, op cit.*, p. 255.
[9] Cour des Comptes*, op cit.*, p. 262.
[10] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. Paris. Bulletin officiel, numéro 2015/7 bis, 2015, p. 2.
[11] Une présentation synthétique de l'établissement est proposée en annexe 2.

obligé de transférer une part importante des patients passant par le SAU.[12] De fait, à l'origine, la réflexion autour du recours à l'HAD a été pensée comme une option pour fluidifier les parcours des patients au sein de l'établissement, et même à partir des urgences. L'idée est alors d'optimiser les ressources dans un cadre économique contraint. L'HAD peut être l'occasion de sortir des modes d'hospitalisation traditionnels, de développer des filières sur le territoire – alors que parallèlement le CHV se rapproche du centre hospitalier de Rambouillet pour constituer à terme un groupement hospitalier de territoire (GHT) -, de fluidifier l'organisation interne des services de soins et de mieux satisfaire les usagers.

De fait, incité par le contexte national et régional du virage ambulatoire, le CHV a souhaité engager une réflexion sur la pertinence et les moyens d'augmenter le recours à l'HAD, et ainsi définir une stratégie de développement de l'HAD. Cette étude porte sur la stratégie d'un établissement qui ne dispose pas d'HAD propre ; elle n'a pas vocation dès lors à s'interroger sur l'organisation interne d'un service d'HAD public. La méthodologie utilisée s'est appuyée sur la mission définie au cours du stage d'élève directeur. L'avancée du dossier et du mémoire a été étroitement liée au calendrier de la fenêtre d'ouverture des autorisations d'HAD et au rythme des réunions animées par la directrice du CHV.

Méthodologie[13]

La première étape a consisté à mieux comprendre le fonctionnement et l'organisation d'une prise en charge en HAD. Ce type de service et de compétences n'existant pas au sein de l'hôpital, une recherche bibliographique s'est avérée nécessaire, complétée par différents entretiens, afin d'appréhender la réalité et les particularités de cette prise en charge.

Ensuite un diagnostic de l'existant et des besoins a été réalisé. Des indicateurs ont été définis et analysés. Les données fournies par l'ARS ont été confrontées aux informations de l'établissement et de la Fondation Santé Service. Un bilan de l'offre existante au sein du CHV, de ses points forts et de ses points faibles a été réalisé. Les besoins des services volontaires de l'hôpital ont également être recensés. Cet état des lieux a été complété par différents entretiens et réunions. L'objectif était d'identifier des facteurs de réussite et les potentiels blocages au sein du CHV afin de déterminer la meilleure réponse au besoin.

[12] Le CHV transfère 7.07% des patients à partir des urgences (nombre de transferts adultes/nombre de passages adultes). Ce chiffre atteint 17.2% pour les patients âgés de plus de 75 ans.

[13] La méthodologie est présentée de façon plus complète en annexe 3.

Parallèlement, un benchmark a été réalisé afin de d'enrichir la réflexion. Deux expériences franciliennes ont fait l'objet d'une étude particulière : celle du CH de Pontoise et celle des hôpitaux de Saint Maurice.
Enfin une analyse médico-économique ciblée sur le service d'hématologie a permis de déterminer les gains attendus sur le développement de l'HAD.

Ainsi ce mémoire reprend le processus de réflexion d'un établissement public ne comportant pas d'HAD en son sein en s'interrogeant dans un premier temps pour savoir si l'HAD, de plus en plus présentée comme l'avenir de l'hôpital par les pouvoirs publics constitue une réponse adaptée aux contraintes de l'hôpital public aujourd'hui (I). La deuxième partie étudie l'intérêt du CHV à agir (II). Enfin le troisième temps est consacré à la façon de développer l'HAD (III).

1 L'HAD dans le sens de l'histoire : favoriser la subsidiarité dans le parcours de soins du patient

1.1 Développer le recours à l'HAD : un objectif national relayé par l'ARS Ile-de-France

1.1.1 Le contexte national : le « virage ambulatoire » et le plan triennal

Avant d'être relayée par l'ARS - ce qui a encouragé la réflexion du CHV -, le développement du recours à l'HAD est d'abord une volonté des pouvoirs publics au niveau national. Impulsée depuis plusieurs années par différentes mesures symboliques, cette volonté s'inscrit à présent dans le « virage ambulatoire » annoncé par Marisol Touraine en 2014 dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé et dans le plan triennal d'économie porté par l'Etat et l'Assurance maladie. Le changement de vocabulaire au cours de l'année 2014 : de « bascule » à « virage » ambulatoire marque à ce propos l'accélération du processus engagé par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

A) Une graduation des soins source de meilleure qualité de la prise en charge et d'économies pour l'assurance maladie

« Pour ce qui est de l'Etat, soyez certains que le soutien au développement de l'HAD ne faiblit pas »[14]. C'est ainsi que Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins (DGOS) s'est adressé aux acteurs de l'HAD lors de la XVIIIème journée nationale consacrée à cette prise en charge.

Tout d'abord l'HAD a sa place dans le cadre du « virage ambulatoire ». Il s'agit de faire évoluer les prises en charge d'un système axé sur l'hôpital à un système axé sur le malade avec pour conséquence de promouvoir les hospitalisations à temps partiel et l'HAD. Le rôle de l'HAD dans le virage ambulatoire est aussi conforté par le plan triennal d'économies 2015-2017 porté par l'Etat et l'Assurance maladie. L'Etat annonce comme objectif le doublement de l'activité d'HAD d'ici à 2018. Une telle prise en charge est porteuse de meilleure coordination entre les différents acteurs intervenant auprès du patient. L'idée est aussi de centrer l'hôpital sur les soins et non plus sur l'hébergement.

Se pose alors la question de la substitution des lits d'hospitalisation conventionnelle par des lits d'HAD. Si la circulaire du 1er décembre 2006 a supprimé cette obligation, les

[14] Debeaupuis, J. « Propos introductifs », FNEHAD, XVIIIème journée nationale de l'HAD, 3 décembre 2014, Paris, disponible sur Internet : < http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had,12379.html>, (consulté le 24/08/2015), p. 2.

pouvoirs publics semblent y revenir de façon non affirmée. Ainsi initialement le Schéma régional de santé (SROS) de l'ARS IDF prévoyait la création de 2 000 places d'hospitalisation à domicile par substitution à 1 800 lits d'hospitalisation complète[15]. Cette indication chiffrée a finalement disparu de la version finale, même si l'évocation des substitutions capacitaires reste floue[16].

Parallèlement cela signifie opérer une réduction capacitaire des établissements. Ce discours sur le nombre de lits des établissements est porté par les ARS. A titre d'exemple, dans sa réflexion dans le cadre du PRE, le cabinet d'audit Capgemini a estimé qu'à activité constante mais en optimisant le déport vers l'ambulatoire, la durée moyenne des séjours et le taux d'occupation, l'établissement pourrait réduire le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle (hors psychiatrie et SSR) de 472 à 362 lits[17].

Par ailleurs l'HAD doit s'intégrer dans un parcours de soins au cœur duquel elle constitue l'interface entre l'hôpital et la médecine de ville dans un souci de meilleure coordination des soins. Pour reprendre les termes de la DGOS, l'HAD doit permettre aux personnes de « bénéficier d'un parcours de soins sans rupture d'accompagnement ».

Si le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes s'intéresse tant à l'HAD, c'est aussi qu'elle se substitue, à qualité identique, et à moindre coût à certaines hospitalisations complètes. Ainsi par exemple, une étude du centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)[18] en 2003 – il n'y a pas eu d'étude médico-économique comparant les coûts de l'HAD et des autres prises en charge depuis – établissait le coût d'une prise en charge en HAD entre 140 et 145€ contre un coût moyen hospitalier reconstitué de 450€ en hôpital de jour (HDJ) et de 300 à 750€ en hospitalisation complète[19]. A ce titre, l'HAD est identifiée comme une alternative à l'hospitalisation source d'économie pour l'assurance maladie.

B) Les moyens d'actions nationaux

Du point de vue de la réglementation, diverses mesures sont venues favoriser l'HAD au cours des années 2000, comme le souligne la circulaire du 1er décembre 2006 : suppression de l'opposabilité de la carte sanitaire en 2003, fin du taux de change qui

[15] FHF Ile-de-France. « Bascule ambulatoire dans le cadre de la révision du SROS ». Courrier adressé à l'ARS IDF le 04/12/2014, p. 1.
[16] Cf. *Intra* 1.1.2B)
[17] Capgemini. « Que nous dit l'analyse du taux d'occupation, de la durée moyenne de séjour et du potentiel de virage ambulatoire au CHV ? ». Séminaire du CHV du 4 septembre 2015. Présentation power point. 12 p.
[18] Le CREDES est devenu institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2004.
[19] Aligon (Anne), Com-Ruelle (Laure), Renaud (Thomas), Lebrun (Emmanuelle). « Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ». *Questions d'économie de la santé*, 2003/06; n°67, 6 p.

limitait le développement des places HAD et mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) spécifique. Actuellement d'autres réflexions sont en cours pour assouplir et inciter à l'HAD ; les conditions techniques et de fonctionnement devraient être revues avant la fin de l'année 2015.

Enfin, le soutien à l'HAD se concrétise dans l'augmentation des tarifs que connaît ce mode de prise en charge depuis trois ans et que souligne fort à propos la DGOS[20]. Cette dernière devrait proposer dans le cadre du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2016 que ces tarifs soient de nouveau revus à la hausse pour l'année à venir. Par conséquent, en plus de la substitution sur les capacités hospitalières, il existe un mouvement de substitution des financements puisque l'HAD fait partie de l'enveloppe MCO lors du vote de la LFSS et de la fixation de l'ONDAM.

1.1.2 L'injonction d'une ARS Ile-de-France particulièrement ambitieuse sur le sujet

Sur la question du développement de l'HAD, l'agence régionale d'Ile-de-France fait preuve selon Jean Debeaupuis, directeur général de l'offre de soins, d'une « anticipation volontariste »[21]. Elle se distingue en cela d'autres ARS, moins dynamiques sur le sujet[22].
Pour ce faire, l'ARS IDF utilise les outils à sa disposition : le schéma régional d'organisation des soins du projet régional de santé (SROS-PRS), les CPOM et le cahier des charges dans le cadre de l'ouverture de la fenêtre d'appel à projet.

A) Etat des lieux de l'HAD en Ile-de-France

Avant d'analyser la politique de l'ARS IDF en matière d'HAD à travers les outils qu'elle utilise, il convient de revenir rapidement sur la situation de l'HAD en Ile-de-France. En effet si l'offre de soins en HAD est inégalement répartie sur le territoire, l'Ile-de-France semble privilégiée. « Elle concentre à elle seule un peu moins d'un quart des places et réalise près d'un tiers des séjours d'HAD »[23]. Cette prédominance s'explique historiquement puisque les deux premières structures d'HAD – celle de l'Assistance Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de Santé service – ont été créées à la fin des années 1950 en Ile-de-France[24].

[20] Hemery (Pia). « La DGOS veut sortir l'HAD de sa confidentialité actuelle », *Hospimedia,* 19/05/2015.
[21] Debeaupuis (Jean). *op. cit.*, p. 1.
[22] Cour des Comptes. *op. cit*., p. 262.
[23] Boisguérin (Bénédicte), Brihault (Gwennaëlle). Le panorama des établissements de santé : 2014. Paris : Ministère de l'Economie et des Finances, Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Collection études et statistiques, 2015, p. 126.
[24] Chaleix (Mylène), Valdelièvre (Hélène), Afrite (Anissa). « Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006 », *Etudes et résultats*, 2009/07; n°697, p. 4.

Quatorze structures interviennent sur la région. Celles-ci disposent de statuts juridiques différents : neuf sont publiques, trois sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et deux sont privées. Leurs tailles sont contrastées puisque les trois « gros » – la Fondation Santé Service (1 200 places), l'AP-HP (800 places) et la Croix Saint Simon (200 places) représentent 90% des places et réalisent 91% de l'activité. Les plus petits services d'HAD sont majoritairement publics et souvent spécialisés. C'est le cas par exemple du service d'HAD d'un hôpital voisin, le CH des Quatre-Villes (département des Hauts-de-Seine), concentré sur la prise en charge du *postpartum* - modalité remise en cause lors de la dernière campagne tarifaire.

Le taux de recours moyen à l'HAD en Ile de France entre 2012 et 2014 est de 20.59 patients/jour/100 000 habitants. Néanmoins, ce taux cache une forte hétérogénéité infrarégionale[25] et l'activité d'HAD connaît une baisse sur l'année 2014.

Enfin, sur le territoire des Yvelines – territoire du CHV – deux HAD sont implantées : d'une part Yvelines Sud Korian avec 30 lits d'HAD médecine, et d'autre part la Fondation Santé Service qui dispose d'une autorisation régionale. Cependant, seule cette dernière travaille directement avec le CHV de façon construite. L'HAD Yvelines Sud Korian n'intervient que ponctuellement à Versailles.

B) Le SROS-PRS

Pour remédier à ces disparités régionales en termes de recours à l'HAD, l'ARS IDF utilise les différents outils à sa disposition.

Tout d'abord, le SROS-PRS a été revu et publié le 11 mars 2015 et la partie relative à l'HAD a, à ce titre, connu des modifications majeures. L'ARS reprend à son compte la circulaire du 4 décembre 2013 en rappelant l'objectif ambitieux d'une cible de 30 à 35 patients par jour pour 100 000 habitants, ce qui correspond pour l'Ile-de-France à la création d'environ 1 500 places supplémentaires à l'horizon 2018.

Ainsi d'une part, le SROS-PRS dans sa version 2015 prévoit l'augmentation « progressive » (sic) des places d'HAD avec une évolution de l'ordre de 1 100 places supplémentaires à échéance du SROS-PRS, soit en 2017[26]. D'autre part, des zones prioritaires sont définies : il s'agit de celles où le taux de recours est inférieur à 20 patients/jour/100 000habitants. Ces zones sont identifiées en rouge et en orange sur la figure 1.

[25] Figure 1 - Taux de recours HAD en IDF (source : ARS IDF).
[26] ARS IDF, Schéma régional d'organisation des soins SROS-PRS-1 2013-2017 de l'Ile-de-France, volet hospitalier, révisé en mars 2015, p. 211.

Le territoire sur lequel se situe le CHV apparaît en orange sur la carte de l'ARS IDF et est donc considéré comme une zone prioritaire de développement de l'HAD.

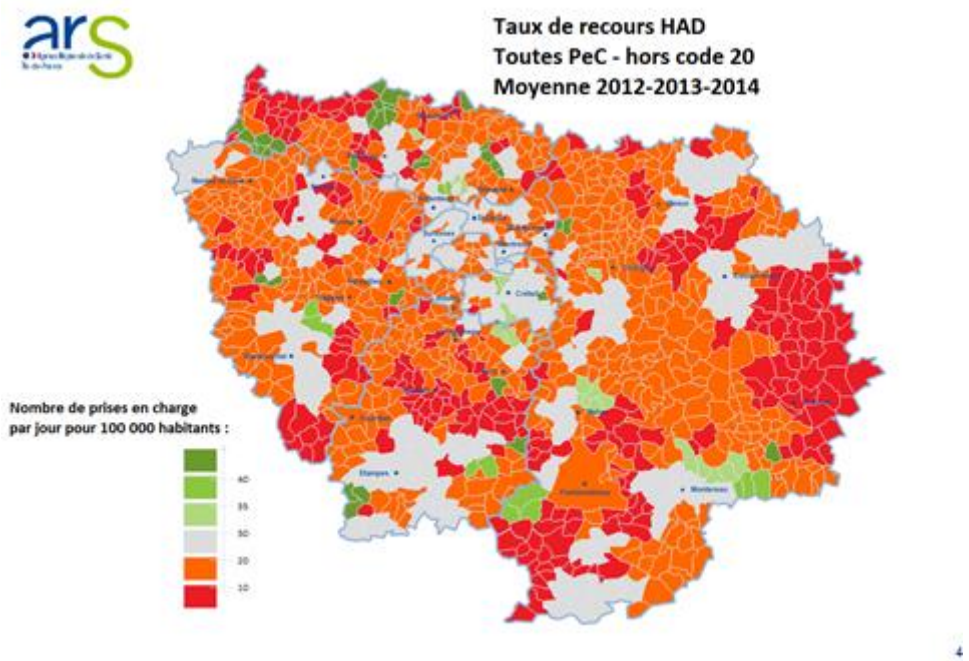


Figure 1 - Taux de recours HAD en IDF (source : ARS IDF)

On peut noter deux particularités dans le SROS-PRS de l'ARS IDF. Tout d'abord, celui-ci fait référence à des « OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins) d'implantations »[27] alors que les textes réglementaires sur l'HAD font référence à une autorisation sur un territoire. La FNEHAD s'étonne d'ailleurs de cette vision atypique de l'ARS IDF et fait remarquer que la notion de places en HAD n'existe plus depuis la circulaire de 2006. L'ARS IDF note quant à elle que certains opérateurs ont une aire géographique d'intervention correspondant parfois à la région et que pour elle « la planification la plus pertinence [correspond] à une logique organisationnelle liée aux zones d'intervention et aux modes de prise en charge »[28].

En lien avec cette vision par nombres de places, le SROS-PRS d'Ile-de-France prévoit également que « le développement de l'HAD se fait par substitution à l'hospitalisation conventionnelle (avec hébergement) »[29]. Néanmoins, quelques pages plus loin, cette substitution se transforme en recommandation[30], laissant les établissements de santé dans une certaine incertitude.

[27] ARS IDF. *op. cit.*, p. 203.
[28] ARS IDF. *op. cit.*, p. 204.
[29] ARS IDF. *op. cit.*, p. 208.
[30] ARS IDF. *op. cit.*, p. 211.

C) Le CPOM

Les renouvellements de CPOM sont aussi l'occasion pour l'ARS IDF de mettre en œuvre sa politique en matière de développement de l'HAD et des objectifs d'augmentation des transferts en HAD y sont fixés aux hôpitaux[31]. Le recours aux CPOM comme levier d'action pour développer l'HAD est d'ailleurs inscrit dans la circulaire du 4 décembre 2013.

Ainsi le CHV s'est engagé dans son CPOM à augmenter le taux de recours à l'HAD, le faisant passer de 2 à 2.5% en 2015, 3% en 2016, 3.5% en 2017 et 4% en 2018 (taux de séjour MCO + SSR donnant lieu à une demande de prise en charge en HAD). Ce chiffre néanmoins ne correspond pas à l'état des lieux fourni par l'ARS IDF (Cf. 2.1.1) et est actuellement remis à jour. Ainsi, l'objectif dans le cadre du plan triennal est fixé à 4% en 2016 et 2017, et 4.5% à partir de 2018.[32]

En parallèle, les CPOM des établissements d'HAD comportent également des objectifs d'augmentation d'activité.

D) L'ouverture d'une fenêtre de dépôt de demandes d'autorisation HAD spécifique

Enfin l'outil final pour la mise en musique du SROS-PRS de l'ARS IDF est l'ouverture d'une fenêtre de dépôt de dossiers de demandes d'autorisation d'activité d'HAD spécifique du 1er août au 30 novembre 2015. Les dossiers présentés doivent être positionnés sur les zones identifiées comme prioritaires et être en cohérence avec les orientations définies dans un cahier des charges. Ce dernier construit à l'issue d'un groupe de travail associant les acteurs de l'HAD en IDF et les fédérations hospitalières[33], reprend les caractéristiques réglementaires d'un service d'HAD et précise des objectifs de qualité pour permettre à ce mode de prise en charge de s'inscrire dans un parcours patient.

Le dossier promoteur indique que non seulement ces demandes d'autorisation s'adressent à de nouveaux opérateurs ou à des acteurs non implantés sur les zones prioritaires mais aussi aux opérateurs historiques qui souhaiteraient modifier leurs conditions d'exercice. Dans cette perspective, les dossiers de partenariat avec les acteurs locaux du territoire seraient privilégiés. Les autres éléments marquants du cahier des charges et du dossier promoteur sont étudiés plus en avant dans le mémoire (Cf. 1.2).

[31] Agence régionale de santé d'Ile-de-France. Hospitalisation à domicile : l'ARS se mobilise. [visité le 03/08/2015], disponible sur Internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Hospitalisation-a-domicile-1.182718.199.html>.

[32] Ces écarts proviennent du nombre de séjours pris en référence, selon qu'il inclut ou non les hôpitaux de jours.

[33] La FHF IDF a été intégrée au groupe de travail tardivement.

1.1.3 Une demande des patients à confirmer

L'Etat, via l'ARS, pousse à développer le recours à l'HAD, au détriment de l'hospitalisation conventionnelle. Néanmoins, on peut aussi se poser la question du souhait de l'usager : souhaite-t-il être hospitalisé à domicile ? Différents rapports ou publication posent la prise en charge à domicile comme un acquis[34]. Certes dans son rapport publié en 2013 l'Observatoire national de la fin de vie soulignait que 81% des Français, exprimaient vouloir passer leurs derniers instants chez eux, alors même que seuls 25,5% des décès surviennent à domicile[35]. Mais au-delà de la fin de vie, il n'existe aucune étude sur le sujet ; la FNEHAD confirme que les seules études disponibles sont centrées sur les derniers jours de vie.

De la même manière, il n'y a pas d'étude sur la satisfaction des patients en HAD. A cet égard, les établissements d'HAD devraient rejoindre l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés E-SATIS en 2016.

Les médecins interrogés sont plus sceptiques sur cette volonté des patients à être pris en charge à leur domicile, à moins que ce soient eux les plus réticents à laisser partir « leurs » malades en dehors de leur surveillance. L'aspect rassurant de l'hospitalisation conventionnelle est ainsi mis en avant.

1.2 Vers une HAD rénovée : les enjeux actuels de l'HAD en Ile-de-France

Nous l'avons vu l'HAD est particulièrement développée en Ile-de-France. Néanmoins, le cahier des charges de l'ARS IDF propose des innovations importantes sur lesquelles il convient de s'arrêter pour savoir si, et comment, l'hôpital peut y répondre. Ces nouveautés entendent améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

1.2.1 Une HAD pour éviter les hospitalisations

L'HAD a jusqu'ici été conçue par les professionnels de l'hôpital public – principaux prescripteurs d'HAD - comme un moyen de réduire la durée de séjour. L'appel à projet de l'ARS entend développer une HAD qui évite les hospitalisations. Or, 95% des prescriptions HAD en Ile-de-France se font à partir des hôpitaux (70% au niveau

[34] Par exemple le rapport IGAS de novembre 2010. Durand (Nicolas), Lannelongue (Christophe), Legrand (Patrice), Marsala (Vincent). Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1. Rapport définitif. Paris : IGAS. La Documentation française, 2010/11, p. 5.

[35] Clavreul (Laetitia), « Mourir à domicile : l'Observatoire de la fin de vie dénonce les freins du système », *Le Monde*, 18/03/2013.

national)[36]. L'intervention auprès des médecins hospitaliers s'avère donc décisive pour l'ARS IDF.

A) Une voie à suivre : l'HAD en médico-social

La première caractéristique de l'appel à projet de l'ARS IDF n'est pas une réelle innovation mais constitue un enjeu majeur de l'HAD aujourd'hui : prendre en charge en établissement social ou médico-social. La possibilité pour l'HAD d'intervenir en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est ouverte depuis 2007 et a été élargie en 2013 à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux. La circulaire du 18 mars 2013 définit à ce titre les conditions et les modalités de partenariats entre l'HAD et les structures médico-sociales. L'intervention de l'HAD doit ainsi permettre de limiter le recours aux hospitalisations complètes, voire même le passage aux urgences.

Sur cet aspect, la région Ile-de-France enregistre un certain retard puisque comme le fait remarquer Marc Pulik, conseiller médical à l'ARS Ile-de-France, seulement 2.2% des HAD sont réalisées en EHPAD, alors que la moyenne nationale s'élève à 4.4%[37].

B) Prendre en charge des maladies chroniques à partir des urgences

En revanche, la véritable nouveauté de l'appel à projet de l'ARS qui interpelle les acteurs hospitaliers, c'est la possibilité de prescriptions à partir des urgences. Compte-tenu du contexte de l'établissement, cet aspect a particulièrement attiré l'attention des professionnels du CHV.

La FNEHAD souligne que la piste d'une admission en HAD à partir des urgences ou de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sans nécessité d'une hospitalisation intermédiaire en MCO ou en UHCD était déjà évoquée dans le rapport Carli[38] en 2013. L'objectif est de faciliter l'organisation de l'aval des urgences.

D'ailleurs, l'analyse de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur l'enquête nationale menée le 11 juin 2013 sur les urgences hospitalières indique que 0.6% des sorties d'urgences se sont faits ce jour-là vers l'HAD[39]. En IDF, ce taux s'élève à 0.4% avec 42 hospitalisations en HAD à partir des urgences sur 10 903 passages.

---

[36] Durand (Anaig). *in* Prade (Isabelle). "L'hospitalisation à domicile : quelles priorités pour la politique nationale ? » [Enregistrement vidéo le 21 mai 2014]. . In : Dailymotion. Salon Santé Autonomie. [52:56]. Disponible sur : <http://www.dailymotion.com/video/x20k9zr_l-hospitalisation-a-domicile-quelles-priorites-pour-la-politique-nationale_news> (consulté le 06/08/2015).

[37] Pulik (Marc). « L'hospitalisation à domicile en Ile de France : état des lieux et nécessaires adaptations. », Deuxième journée des présidents de CME de CH d'Ile de France, 1er octobre 2015, Paris.

[38] Carli (Pierre). Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Paris : CNUH; 2013/09, p. 14.

[39] Boisguérin (Bénédicte), Valdelièvre (Hélène). « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation ». *Etudes et Résultats*, 2014, n°889, p. 7.

Interrogée sur le sujet, l'ARS explique qu'il s'agit pour elle de favoriser deux modes de repérage des patients éligibles à l'HAD. Le premier, c'est la prise en charge en HAD en établissement médico-social dont nous avons déjà parlé : développer le repérage des patients à risque, en EHPAD particulièrement, tel que cela est préconisé dans le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2010[40]. Le deuxième objectif vise à recenser les patients chroniques susceptibles de décompenser et de passer par les urgences hospitalières. Il s'agit alors de constituer des « dossiers dormants » dans les services de spécialité qui pourraient être réactivés au moment du passage aux urgences. Des prises en charge chroniques en cardiologie et en pneumologie seraient prioritairement ciblées. Les objets connectés permettraient une prise en charge plus rapide. Enfin, l'ARS entend s'appuyer sur l'outil via-trajectoire, logiciel d'orientation des patients, afin de l'adapter aux spécificités de l'HAD et faciliter ainsi les prescriptions directes à partir des urgences[41].

1.2.2 Favoriser la coordination entre acteurs du parcours de santé

Le deuxième axe innovant de l'appel à projet est d'améliorer la coordination des intervenants dans le parcours de santé du patient et d'inscrire encore davantage l'HAD comme un acteur décisif de celui-ci. Cette coordination s'appuie sur les hôpitaux mais aussi sur les soins à domicile.

A) Associer opérateurs historiques et opérateurs locaux

Alors que la circulaire du 4 décembre 2013 indique qu'« il est recommandé, pour des raisons de rationalisation de l'offre, de pallier d'éventuels défauts de couverture en privilégiant les extensions d'autorisation, voire la création de sites déconcentrés par une structure autorisée (antennes), plutôt que par de nouvelles créations »[42], l'ARS IDF insiste sur la possibilité de demander une autorisation d'activité de la part d'un nouvel opérateur. Cette ouverture à la concurrence est en fait utilisée par l'ARS IDF comme moyen de pression sur les acteurs de l'HAD existants pour les pousser à intervenir, à se développer et à nouer de nouvelles conventions. L'objectif est donc tout à la fois quantitatif et qualitatif : augmenter le nombre de places et le recours à l'HAD, et améliorer la prise en charge des patients.

[40] Durand (Nicolas), Lannelongue (Christophe), Legrand (Patrice), Marsala (Vincent). *op. cit*., p. 6.
[41] Agence régionale de santé d'Ile-de-France. *Hospitalisation à domicile : l'ARS se mobilise.* [visité le 03/08/2015], disponible sur Internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Hospitalisation-a-domicile-1.182718.199.html>.
[42] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile, p. 4.

Ainsi le compte-rendu de la réunion préparatoire à l'appel à projet du 28 mai 2015 précise que « les projets construits en partenariats seront privilégiés »[43]. « La solution recherchée réside dans la mise en place de projets associant opérateurs historiques – pour leur connaissance de l'HAD – à des opérateurs plus locaux – pour leur connaissance du tissu local et des prescripteurs potentiels »[44]. Ces partenariats peuvent prendre plusieurs formes, formations ou protocoles partagés par exemple.

Enfin, l'objectif est également d'impliquer les principaux prescripteurs d'HAD, c'est-à-dire les établissements de santé.

B) Promouvoir des modes de prises en charge plus légers au sein des HAD

L'ARS IDF cherche aussi à favoriser les liens entre HAD et prises en charges en ambulatoire, que ce soit les SSIAD, les professionnels de ville, les équipes mobiles, les réseaux, les collectivités territoriales, etc.
Dans cette perspective, l'ARS IDF avait lancé en 2014 un appel à projet sur un SSIAD renforcé permettant de cibler les patients dont la prise en charge est trop lourd pour qu'ils puissent être suivis en SSIAD et trop légère pour bénéficier d'une HAD ; ce type de réponse pour l'ARS relevait de l'HAD.

1.2.3 Une HAD polyvalente mais spécialisée : une diversification des modes de prises en charge

Enfin, l'ARS IDF affirme sa volonté de disposer de structures d'HAD polyvalentes mais spécialisées. En d'autres termes, l'objectif est de disposer d'une offre MCO en HAD et pas seulement une offre correspondant à de la médecine générale. Cette spécialisation rentre d'ailleurs dans les critères de définition de l'HAD. L'association de ces deux termes « polyvalente » et « spécialisée » répond à un double objectif.

A) Diversifier les modes de prises de charges pour répondre aux besoins du territoire de santé

L'objectif premier est de répondre aux besoins de santé des patients sur le territoire. En effet certaines autorisations d'HAD ne sont utilisées que sur un type de prise en charge.
L'ARS IDF entend ainsi remettre en question les petites structures mono-spécialité présentes sur son territoire. La moitié des structures sont en effet spécialisées : quatre en gynécologie-obstétrique (pour 31 places) et trois en médecine physique et réadaptation (MPR) (pour 65 places)[45]. Les territoires d'implantation de ces HAD ciblées sur une

[43] Agence régionale de santé d'Ile-de-France. « COPIL HAD. Réunion du 28 mai 2015 ». Présentation power point. p. 2.
[44] *Ibidem*
[45] Pour rappel, la région dispose de quatorze autorisations d'HAD.

spécialité disposent dès lors d'autorisations d'HAD qui ne peuvent pas répondre entièrement aux besoins de santé de la population.

Au-delà de ces structures mono-spécialité, les HAD dite « polyvalentes » peuvent également s'être historiquement spécialisées sur un type de prise en charge et ne pas être si polyvalentes dans les faits. Elles aussi sont invitées à développer leur activité. Sans rentrer dans le détail de l'offre d'HAD présente sur le territoire des Yvelines sud qui sera détaillée plus loin dans ce mémoire (Cf. 2.1.3), l'intervenant, la Fondation Santé Service, a ciblé son activité sur les chimiothérapies et n'est pas en mesure aujourd'hui de répondre aux autres besoins de la population en HAD.

Cet élargissement du panel de prises en charge doit s'accompagner d'une augmentation de la qualité de la prise en charge compatible avec la spécialisation demandée. La prise en charge en HAD est justement de plus en plus inscrite dans les plans de santé publique, par exemple dans le plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Il s'agit donc de diversifier les modes de prises en charge pour répondre aux besoins de santé publique du territoire.

Alors que jusqu'ici les prescripteurs « picoraient » dans l'offre des structures HAD, l'appel à projet demande à présent de construire des filières spécialisées répondant notamment aux demandes d'aval des services de soins.

B) Diversifier pour assurer la viabilité des structures d'HAD

En affirmant le caractère polyvalent mais spécialisé des HAD, l'ARS IDF entend également garantir la pérennité financière des structures. L'ARS IDF reprend à son compte les chiffres de la circulaire de 2006 sur la taille critique d'un service d'HAD indiquant que celui-ci doit réaliser au minimum 9 000 journées par an (soit l'équivalent de près de 27 places d'HAD). Les petites structures centrées sur une prise en charge ne parviennent pas à générer davantage d'activité, d'autant plus que certaines d'entre elles se voit bousculées par la réduction des indications en obstétrique.
Pour être viable, une structure d'HAD doit donc diversifier les prises en charges. Pour les HAD existantes, cela signifie s'interroger sur la pertinence de garder une structure d'HAD qui, bien que moins chère et moins lourde que celle d'un hôpital traditionnel, peut s'avérer difficile à gérer pour un trop petit nombre de lits et de patients.

1.3 Relever les futurs défis de l'HAD : préparer l'avenir de l'hôpital public

Enfin, dans ce tour d'horizon de l'HAD actuelle et afin de savoir si le CHV doit se positionner comme offreur potentiel d'HAD, il convient de s'intéresser au futur de cette prise en charge. Quelles sont les perspectives d'évolution de l'HAD, à quels défis va-t-elle être confrontée et comment va-t-elle influencer l'avenir de l'hôpital public ?

1.3.1 Malgré des limites liées à l'isolement des patients, l'HAD dispose de perspectives de développement

A) L'isolement des patients

Nous avons vu auparavant que l'ARS IDF lançait de nouveaux défis à l'HAD dans sa région en lui demandant de s'ouvrir encore davantage sur l'hôpital public et en affirmant son caractère polyvalent mais spécialisé.
L'appel à projet de l'ARS IDF cible certes les zones de faible recours à l'HAD, mais les acteurs de l'HAD soulignent la difficulté à prendre en charge les patients isolés géographiquement et socialement. Pour la FNEHAD, les zones qui présentent un taux de recours inférieur à 10 patients/jour/100 000 habitants sont particulièrement difficiles à couvrir et devraient être accompagnées spécifiquement.

A ce titre, la FNEHAD propose de reconnaître, sur le modèle de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015, non seulement des établissements isolés, mais aussi des patients isolés. Un financement particulier viendrait couvrir les patients habitant dans des territoires reculés.

A l'éloignement territorial, s'ajoute aussi l'isolement social. En effet, en principe, l'HAD ne peut pas prendre en charge de patients non accompagnés. Une présence au domicile est nécessaire. C'est une limite importante, en particulier pour l'HAD pédiatrique qui requiert la présence d'un parent 24 heures sur 24. Le rapport sur l'HAD en 2013 précise d'ailleurs que sur le territoire national, six établissements réalisent 50% de l'activité d'HAD pédiatrique, ce qui souligne les difficultés de mise en œuvre d'une telle activité.[46]

Enfin, l'hospitalisation est souvent conçue comme une phase de répit pour l'accompagnant notamment chez les personnes âgées. Cette parenthèse ne saurait exister avec l'HAD qui ne pourra remplacer toutes les hospitalisations.

[46] FNEHAD. *op. cit.*, p. 5.

B) L'HAD concurrencée par les soins de ville

Si l'HAD est positionnée par les pouvoirs publics comme une véritable alternative à l'hospitalisation conventionnelle aux perspectives de développement encourageantes, on peut néanmoins s'interroger sur l'évolution des prises en charge et sur ce qui pourrait venir concurrencer l'HAD à moindres coûts. Le mouvement est déjà à l'œuvre sur l'obstétrique où les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)[47] ont été suivies par les pouvoirs publics : le mode de prise en charge « retour précoce à domicile après accouchement » a été retiré des financements de l'HAD à compter du 1er mars 2015. Le dispositif PRADO mis en place par l'assurance maladie entend offrir au patient un accompagnement à domicile assuré par des professionnels de ville pour permettre une continuité de la prise en charge en évitant de recourir à des structures trop lourdes et surdimensionnées par rapport aux besoins. Développés depuis 2009 en obstétrique ces programmes ont vocation à se développer sur d'autres spécialités, telle la chirurgie orthopédique et l'insuffisance cardiaque.

L'organisation de réseaux coordonnant les professionnels de ville ou le développement de SSIAD renforcés que nous avons déjà évoqués constituent une alternative qui risque de se développer, au « détriment » de l'HAD, pour récupérer des patients plus légers, et sans doute à terme des malades qui nécessitent aujourd'hui une véritable hospitalisation.

Enfin les prestataires médicotechniques constituent une concurrence parfois directe de l'offre HAD et d'ailleurs vécue comme telle par les établissements. Ils apportent des équipements et matériels médicaux et paramédicaux au domicile des personnes. Comme le fait remarquer l'équipe d'inspecteurs de l'IGAS en 2010, ces prestataires - initialement concentrés sur la gestion d'équipements d'assistance respiratoire à domicile - interviennent de plus en plus sur « des prises en charge comportant davantage de services et étroitement liés à des séquences de soins nécessitant la coordination de plusieurs intervenants »[48]. Les services de soins font régulièrement appel à eux pour des antibiothérapies, de la nutrition entérale, du traitement de la douleur, etc. La confusion est d'ailleurs souvent faite entre HAD et prestataires de la part des médecins, ces derniers mettant en avant la réactivité de sociétés de prêt de matériel privées.

C) L'HAD chirurgicale

Parmi les réflexions en cours sur l'évolution de l'HAD, on peut citer les travaux du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes sur l'HAD

[47] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé. 2014, p. 17.
[48] Durand (Nicolas), Lannelongue (Christophe), Legrand (Patrice), Marsala (Vincent). *op cit.*, p. 27.

chirurgicale. Ceux-ci concernent l'enchaînement chirurgie/HAD pour accompagner le raccourcissement des durées moyennes de séjour (DMS) de chirurgie des actes lourds et complexes. Des expérimentations seront lancées en 2016 et les modalités de tarification devraient être définies prochainement. La DGOS prépare ce sujet avec le comité de révision de la tarification (CORETA). L'exemple cité par la FNEHAD est celui d'une intervention pour mettre en place une prothèse totale de hanche. Ce type d'opération est dans certaines conditions réalisées en ambulatoire dans les établissements privés, les suites de l'intervention pouvant être prises en charge à domicile. Ce type d'évolution pourra aussi être intéressant dans le cadre d'un hébergement en EHPAD.

Par définition, l'HAD n'a pas de raison d'être après une chirurgie ambulatoire ; cette dernière étant justement considérée comme une alternative à l'hospitalisation. Néanmoins, le rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) sur la chirurgie ambulatoire, en rappelant que ce recours à l'HAD ne doit être qu'exceptionnel et réservé aux « patients dont l'état de santé nécessite impérativement une prise en charge coordonnée de soins complexes »[49] - en cas de cancer par exemple - reconnait l'existence de telles pratiques. Un peu plus loin, le même rapport reprend le point de vue de certains partisans de l'HAD qui voient dans ce type d'hospitalisation un moyen de faire passer davantage d'interventions en chirurgie ambulatoire, éventuellement comme une première étape, et ainsi de raccourcir les hospitalisations conventionnelles plus coûteuses[50].

1.3.2 Une concurrence directe pour l'hôpital public : quel avenir pour les prises en charges en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en hôpital de jour (HDJ) ?

Si l'HAD parvient à prendre en charge davantage de patients isolés et plus de malades à la suite d'hospitalisations complètes, voire partielles, on peut alors se questionner sur son impact sur l'hôpital, en particulier sur certains modes de prises en charge. A ce titre, deux types de prises en charge semblent particulièrement challengés par l'HAD.

A) Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

La première d'entre elle, dans la suite de ce que nous venons de dire sur la perspective d'une HAD post chirurgicale, est celle en soins de suite et de réadaptation (SSR).
Une étude de l'IRDES en 2007 a étudié le caractère superposable des soins en SSR et en HAD. Elle a démontré que « 64 % des journées réalisées dans des établissements de

[49] D'Autume (Christine), Dupays (Stéphanie), Bert (Thierry), Hausswalt (Pierre), Weill (Morgane), Perlbarg (Julie). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Paris : Inspection générale des affaires sociales; 2014, Rapport IGAS IGF 2014-039R, p. 25.
[50] FNEHAD. *Le rapport IGAS/IGF sur la chirurgie ambulatoire reconnait une place pour l'hospitalisation à domicile (HAD.* Paris, 29 janvier 2015, p. 1.

SSR sous dotation globale en 2003 relev[ai]ent d'activités de soins considérées comme réalisables en HAD d'un point de vue médico-technique »[51]. A l'inverse, 58% des patients pris en charge en HAD ont reçu des soins relevant de SSR[52].

Une telle étude promet un potentiel de développement important pour l'HAD spécialisée en SSR. En Ile-de-France, l'exemple de l'HAD SSR construite en partenariat par les Hôpitaux de Saint Maurice avec, d'une part l'AP-HP, et, d'autre part, la Croix Saint Simon, est très intéressante. Elle associe en effet une structure d'HAD polyvalente, qui apporte sa connaissance et sa compétence en gestion de l'hospitalisation à domicile, et un hôpital public reconnu et spécialisé sur les SSR. Seule la structure d'HAD est officiellement autorisée mais une convention entre les partenaires permet un partage des recettes (entre 48% et 50% pour les hôpitaux de saint Maurice). La maturation du projet s'est faite pas à pas : la réflexion a été engagée dès 2009, les premiers patients ont été pris en charge en juin 2011 et après quatre ans de fonctionnement, l'HAD SSR prend en charge 20 patients par jour. 90% d'entre eux relèvent de neurologie et 10% d'orthopédie[53].

Par ailleurs, il convient de réfléchir à la possibilité de sortir d'un schéma prédéfini et stéréotypé selon lequel les patients passent du MCO, au SSR puis à l'HAD. En effet, à l'image de ce qui se fait actuellement sur la prise en charge des amputations où les patients sont hospitalisés à domicile en phase de cicatrisation avant d'intégrer un centre de SSR pour la mise en place d'une prothèse, ce type de parcours peut être étudié pour d'autres pathologies, par exemple pour les prises en charge post accident vasculaire cérébral (AVC). Un tel agencement permettrait de réduire les durées d'hospitalisation en SSR.

Qui plus est, la possibilité de permettre des prises en charges en HDJ SSR au cours d'un séjour d'HAD, actuellement à l'étude et pour laquelle militent les établissements et services d'HAD, devrait permettre de multiplier l'activité d'HAD SSR.

Enfin, l'ARS IDF annonce une réduction des capacités hospitalières sur l'hospitalisation complète SSR, concomitamment à une augmentation des autorisations en HDJ SSR. Notons que cette perspective va à l'encontre de la politique menée ces dernières années marquée par une hausse du nombre de lits conventionnels de SSR ; le CHV a lui-même eu la possibilité d'augmenter de 17 lits le secteur SSR en juin 2014.

---

[51] Afrite (Anissa), Com-Ruelle (Laure), Or (Zeynep), Renaud (Thomas). « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Questions d'économie de la santé*, 2007/02, n°119, p. 3.

[52] *Ibidem*

[53] Données fournies par Mme Anne Avale, Cadre supérieur coordonnateur du pôle plateaux ressources rééducation réadaptation dans et hors les murs (P3R), Hôpitaux de Saint Maurice.

B) L'hôpital de jour (HDJ)

Les hôpitaux de jour de médecine sont un autre secteur qui peut être questionné par le développement de l'HAD. En effet, si la chirurgie ambulatoire qui demande un équipement minimum ne pourra pas être remise en cause à court terme, certaines prises en charge de médecine ambulatoire peuvent en revanche être interrogées.

Sont concernées aussi bien les séances, telles les chimiothérapies, les transfusions, les dialyses, qui sont reconnues comme pouvant être réalisées en HAD, que les autres prises en charges, moins clairement définies malgré la « circulaire frontière »[54].

De fait, ces soins réalisés aujourd'hui en HDJ entrent en concurrence avec l'HAD. Les établissements ont alors tendance à préférer s'auto-prescrire de l'HDJ et ainsi alimenter leur activité et leurs recettes plutôt que de laisser partir « leurs » patients vers une structure qui, souvent, ne dépend pas de l'hôpital. Le même phénomène de méfiance ou de « chasse gardée » peut se constater au sein d'un même hôpital.

Ainsi l'hôpital doit se poser la question de ce qu'il souhaite faire de cette « médecine floue » - pour reprendre les termes d'une personne interviewée - à la frontière entre l'ambulatoire et l'hôpital, celle qui dès aujourd'hui pourrait être réalisée à domicile, mais aussi celle qui pourrait à court ou à moyen terme entrer dans le champ de l'HAD.

1.3.3 Réfléchir sur l'HAD : préparer l'avenir pour centrer l'hôpital sur l'aigu

Par conséquent réfléchir sur l'HAD - et sur ce qui doit être fait dans ce cadre - est l'occasion de se poser la question de l'avenir de l'hôpital public et de ses activités. Cette étude doit aussi permettre d'anticiper au mieux la suite et les conséquences du virage ambulatoire.

A) Une inéluctable augmentation d'activité de l'HAD ?

Au vu des éléments que nous avons étudiés auparavant, si l'HAD sait se positionner sur les spécialités porteuses d'avenir et résoudre les difficultés liés à l'isolement des patients, celle-ci pourrait connaître un développement important. Le seul bémol à cette perspective positive réside dans la place qui sera accordée aux soins de ville. Là encore, une construction d'HAD intégrant un SSIAD renforcé peut prévenir cette nouvelle concurrence. Ainsi dans le cadre dans son rapport sur les comptes de la sécurité sociale de 2013, la Cour des comptes souligne que « bien que l'HAD n'ait pas vocation à se substituer de manière importante à l'hospitalisation avec hébergement, les expériences

[54] Ministère de la Santé et des Sports. Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

étrangères les plus abouties montrent qu'elle peut représenter jusqu'à 5% des hospitalisations »[55]. Elle ne représente en 2011 que 0.6% de l'activité de court séjour[56].

B) L'impact pour l'hôpital public : se recentrer sur les prises en charge aiguës

Que l'hôpital public intègre ou non un service d'HAD, le développement de cette activité, prévu et impulsé par les pouvoirs publics, doit le conduire à s'interroger sur ses modalités de prises en charge. Certes, la problématique est un peu différente pour un établissement public de santé qui dispose d'une HAD en son sein : sa réflexion doit se concentrer sur une meilleure répartition des activités entre MCO, SSR et HAD afin de fluidifier le parcours du patient mais aussi d'optimiser ses recettes et de mieux attribuer ses ressources.

Pour les hôpitaux qui ne disposent pas d'activité d'HAD, la question est de savoir si ceux-ci perdent des recettes avec cette baisse ou cette perte d'activité. L'orientation de patients en HAD est aussi une excellente occasion pour réduire la durée moyenne de séjour (DMS) et reconsidérer ses prises en charge afin d'optimiser le parcours du patient dans un objectif de santé publique. Enfin la réflexion sur l'HAD est une manière de préparer l'avenir et de penser l'hôpital pour que son activité soit incontestable.

Or, le cœur de l'activité d'un hôpital et ce qui ne peut pas être remis en cause s'appuie sur son plateau médico-technique et sur la présence effective de personnel 24 heures sur 24 : les techniques qui demandent des ressources humaines et matérielles importantes (typiquement le bloc opératoire), les urgences, ce qui n'est pas programmé et les hospitalisations courtes.

Dès lors, les réductions capacitaires évoquées dans le SROS PRS de l'Ile-de-France mais aussi plus généralement par les différentes ARS avec les hôpitaux résonnent fortement. Alors que les établissements publics de santé sont souvent en difficultés financières, la réorganisation attendue par la tutelle repose sur des redéploiements internes et une redistribution des ressources. Cette réflexion doit interroger les modes de prise en charge mais aussi les séjours longs dont la durée de séjour pourrait être réduite.

[55] Cour des Comptes*. op. cit.*, p. 260.
[56] Cour des Comptes. *op. cit.*, p. 256.

C’est donc dans ce questionnement qu’est entré le CHV. Poussé initialement par la contrainte de la tutelle via le CPOM, l’ouverture de la fenêtre de dépôt pour de nouvelles autorisations a été l’occasion pour le CHV de s’approprier de façon positive la question du développement du recours à l’HAD.

2 Entre avantages liés à la réduction de la DMS et risques de perte de recettes : l'intérêt du CHV à agir en matière de recours à l'HAD

Avant de se questionner sur les modalités de développement du recours à l'HAD, il apparaît tout d'abord nécessaire de réaliser un état des lieux sur le sujet au CHV.

2.1 Malgré un taux de recours globalement bon, le CHV affiche un recours à l'HAD contrasté et perfectible

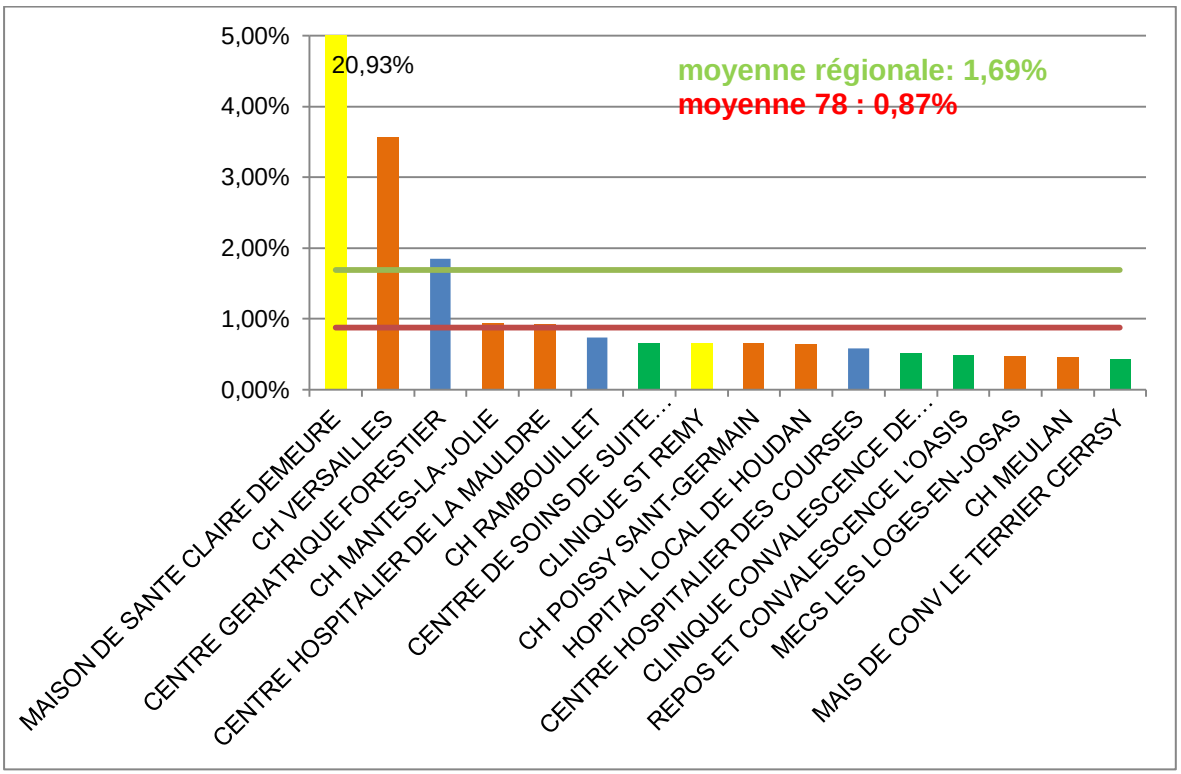
Connaître le taux de recours d'un établissement à l'HAD n'est pas aisé. En effet, même si un mode de sortie existe dans le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) – code 66 : « Sortie par mutation vers une unité d'hospitalisation à domicile » -, celui-ci n'est pas utilisé au sein du CHV. De plus, une HAD prescrite par un praticien hospitalier peut ne pas être la suite directe d'un séjour hospitalier. Aussi pour réaliser cet état des lieux, deux sources d'informations ont été utilisées, celles de l'ARS IDF, issues du chainage des données du PMSI HAD avec les PMSI MCO et SSR, et celles de la Fondation Santé Service. Sont analysées les HAD déclenchées dans les 30 jours suivant un séjour en MCO. Le CHV est donc tributaire d'autres structures pour analyser son recours à l'HAD.

2.1.1 Un CHV bon élève ou « borgne au royaume des aveugles »[57]

Tout d'abord, l'analyse des taux de recours à l'HAD du CHV est plutôt en faveur de l'établissement : avec 3.6% en 2013, le CHV se situe au-dessus de la moyenne régionale à 1.69% ou de la moyenne départementale (0.87%). Son taux de recours à l'HAD est en particulier supérieur à celui du CH Poissy-Saint-Germain dont l'activité est comparable sur le nord du département : plus de 1 200 séjours en HAD pour le CHV vs 400 séjours en HAD pour le CH de Poissy-Saint-Germain. Sur le département, seule la maison de santé Claire Demeure se distingue (20,93%) du fait de la spécificité de son activité centrée sur les soins palliatifs.

[57] Expression utilisée par Madame Véronique Desjardins, directrice du CHV.

Tableau 1 - Taux de recours HAD global des établissements de santé des Yvelines (Source : ARS IDF)



Néanmoins, comparativement à d'autres établissements de la région, le CHV n'est pas si bon élève que peut le laisser penser le tableau 1. On peut citer l'exemple du CH de saint Denis (5%), du CH de Lagny - Marne la Vallée (4.50%), du CH Sud-Francilien (2.7%) ou du CH de Pontoise (2.5%).

Pour recourir à l'HAD, le CHV fait principalement appel à la Fondation Santé Service avec laquelle une convention a été formalisée en 2008. La place des autres établissements d'HAD est anecdotique comme le souligne le tableau n°2. La Fondation Santé Service dispose d'un bureau installé sur le palier du service d'hémato-oncologie, avec deux infirmières coordinatrices sur place. Les infirmières sont bien identifiées au sein de l'hôpital par les chefs de service et l'encadrement.

Tableau 2 - Transfert des patients en HAD à partir du CHV en 2013 (Source Fondation Santé Service)

Etablissements d'HAD de destination	Nombre de patients transférés	Répartition
Fondation Santé Service	330	92.95%
HAD Yvelines Sud	14	3.95%
HAD AP-HP	3	0.85%
Autres	8	2.25%
Total	355	

2.1.2 Un recours centré sur l'oncologie

Au-delà de ces données globales de prime abord plutôt positives, l'analyse des chiffres du CHV laisse rapidement apparaître que la majeure partie des adressages en HAD se fait à partir de séances de chimiothérapies.

Tableau 3 - Taux de recours à l'HAD par le CHV en 2013 (Source : ARS IDF)

	Nombre de séjours orientés vers l'HAD	Nombre de séjours totaux (hors psychiatrie)	Taux de recours à l'HAD
Séjours hospitalisation complète	425	26 493	1,6%
Séances	762	6 308	12,1%
SSR	2	516	0,4%
Total	**1 189**	**33 317**	**3,6%**

Ceci est confirmé par l'étude des données de la Fondation Santé Service sur l'évaluation des admissions par modes de prises en charge. Les orientations pour « chimiothérapie » et « surveillance post-chimiothérapie » représentent 78.4% des admissions en HAD adressées par le CHV en 2013. Seul le « retour à domicile précoce après un accouchement » était en progression depuis 2012, consécutivement à la publication d'une bonne pratique en 2011 sur le « *postpartum* pathologique » - restreignant de fait les critères d'admission pour ce GHT - mais devrait disparaître au cours de l'année 2015[58]. Alors que les soins palliatifs stagnent, les autres modalités de prise en charge font apparaître des chiffres vraiment réduits, inférieurs à 10 prises en charge par an.

Tableau 4 - Evolution des admissions en HAD depuis le CHV par modes de prise en charge de 2010 à 2014 (Source : Fondation Santé Service)

	2010	2011	2012	2013	2014	Var 2013/2014
Chimiothérapie	323	282	477	394	548	39,1%
Surveillance post-chimio	230	367	402	359	404	12,5%
Retour précoce à domicile	0	0	35	104	123	18,3%
Postpartum pathologique	296	209	225	98	68	-30,6%
Soins palliatifs	48	57	44	37	33	-10,8%
Traitement IV	8	8	5	3	11	266,7%
Pansements complexes	6	7	2	16	8	-50,0%
Posttraitement chirurgical	48	67	13	5	6	20,0%
Nutrition entérale	18	9	3	6	5	-16,7%

[58] La prise en charge « retour précoce à domicile après un accouchement » disparaît au 1er mars 2015.

Autres traitements	4	5	1	1	3	200,0%
Nutrition parentérale	29	9	16	4	2	-50,0%
Autres traitements	5	6	2	2	1	-50,0%
PEC douleur	1	0	0	0	1	
Suivi de radiothérapie	2	0	0	0	1	
Surveillance d'aplasie	4	4	3	6	0	-100,0%
Nursing lourd	1	2	0	2	0	-100,0%
Rééducation neuro	1	0	0	0	0	
Total	**1024**	**1032**	**1228**	**1037**	**1214**	17,1%

2.1.3 La question de la place de l'HAD Fondation Santé Service dans cette limitation du recours

L'HAD au CHV n'est donc utilisée que pour les prises en charge d'oncologie. On peut s'interroger sur ce constat.

A) Une antenne locale qui ne répond pas aux besoins des services de soins

Tout d'abord, une étude auprès des médecins du CHV indique que persiste l'idée selon laquelle l'HAD n'est possible sur le territoire que pour les prises en charges en cancérologie. Les médecins interviewés précisent qu'ils ont pu faire appel parfois à l'HAD pour des patients liés à la cancérologie. Certains pensent que la Fondation Santé Service ne prend que les patients de cancérologie pour des raisons financières, parce que les tarifs seraient plus avantageux pour eux.

Parallèlement, la communauté médicale reste sur certaines expériences malheureuses avec la Fondation Santé Service. Les médecins témoignent de refus de prises en charge de la part de l'opérateur historique, soit parce que les situations étaient trop complexes, soit au contraire parce que celles-ci ne justifiaient pas d'une HAD mais de soins infirmiers à domicile. L'un d'eux parle même de « comportement d'évitement ». La culture plus ancienne des infirmières coordinatrices sur l'établissement est mise en question. Ainsi les praticiens de l'hôpital expliquent que lorsqu'ils font des demandes d'HAD, il leur est systématiquement demandé le nombre d'injections par jour que nécessitera le malade et que ce critère est présenté comme discriminant par la coordination d'HAD pour accéder à la prise en charge. De fait, le chef de service de neurologie fait état d'une certaine lassitude à se voir refuser des patients et indique ne plus solliciter du tout l'HAD. Le suivi mené par l'assistante sociale de son service sur les six derniers mois de l'année 2012 montre que seuls 13 patients ont pu être orientés vers l'HAD sur potentiellement 217 sollicitations (en fait 217 dossiers suivis par l'assistante sociale pour le service). L'HAD n'apparaît pas comme un partenaire dans la prise en charge des AVC alors même que c'est une préconisation du plan AVC 2010-2014. De même, lors du pic hivernal en début

d'année 2015, les demandes d'HAD formulées par le service d'accueil des urgences sur recommandations de l'ARS IDF n'ont pas pu être honorées.

En outre, les praticiens ont tendance à comparer l'HAD et les prestataires médicotechniques dont ils saluent la réactivité. Par conséquent, le réflexe est plutôt de recourir à ces prestataires lorsque c'est possible.

Il semble également que quelques prises en charges – sur l'obstétrique - se soient mal passées et aient amené l'établissement à ne plus recourir à l'HAD sur ce secteur.

Enfin, les praticiens attendent de l'HAD une certaine réactivité qui n'est pas toujours au rendez-vous. A ce propos, l'ancienne chef de service d'hémato-oncologie souligne l'importance de disposer d'un bureau au sein du service pour générer cette réactivité et ce travail en commun.

B) Le Fondation Santé Service a-t-elle pour projet de s'accroître ?

Outre l'expérience vécue par les médecins du CHV, on peut également questionner la stratégie de l'intervenant en HAD sur le territoire, la Fondation Santé service. En effet, il semble que les trois opérateurs historiques d'Ile-de-France ne souhaitaient pas augmenter leurs capacités d'accueil. Arrivée à un point d'équilibre, ces établissements n'avaient ni les moyens, ni l'envie de se développer davantage. L'ouverture d'une fenêtre de dépôt de dossier de nouvelles autorisations sur des territoires où la Fondation Santé Service est déjà sensée intervenir a été vécue comme un appel à la concurrence par les opérateurs historiques.

Interrogé sur le sujet de la prise en charge à partir des urgences, le Dr. Gandrille, médecin des relations extérieures et du développement à la Fondation Santé Service souligne que le modèle médico-économique de l'HAD n'est pas viable à ce jour pour permettre une prise en charge de qualité à partir des urgences et on peut percevoir que la structure ne souhaite pas se positionner sur ce type de réponse à court terme.
De la même façon, la Fondation met en avant l'argument financier pour expliquer un faible taux de prise en charge en EHPAD. En effet, les tarifs des GHT sont abaissés de 13% en structures médico-sociales.

Il semble donc que la nouvelle fenêtre d'ouverture de dépôt de demande d'autorisation de l'ARS IDF incite activement les opérateurs à mettre en question leurs pratiques et leurs activités. Rencontrée à plusieurs reprises, la Fondation Santé Service a évolué sur le

sujet entre avril et octobre 2015. L'arrivée conjointe d'un nouveau directeur au 1er mars 2015 a pu également donner une nouvelle dynamique aux projets de cet ESPIC.

2.2 Une motivation pour réduire la DMS et optimiser les ressources de l'hôpital

Après ce premier constat, se pose la question de l'intérêt du CHV à développer l'HAD, que ce soit via une structure interne ou en faisant appel à des opérateurs existants.

2.2.1 Des gains financiers et organisationnels multiples en réduisant la durée de séjour

Même si les pouvoirs publics insistent sur le fait que l'HAD doit aussi être conçue comme un moyen d'éviter les hospitalisations, celle-ci est d'abord perçue par les acteurs hospitaliers comme un levier pour réduire la durée moyenne de séjour (DMS). L'étude des données PMSI sur l'HAD indique ainsi que l'HAD raccourcit la DMS pour 39.1% des patients hospitalisés en HAD[59]. La même analyse souligne que l'HAD retarde l'hospitalisation complète de 6.3% des patients d'HAD[60].

Réduire la durée des séjours dans un service permet de libérer des lits. Dès lors, trois options s'ouvrent à l'établissement.

A) Réduire la DMS pour augmenter l'activité

La première option, si la file active le permet, est d'augmenter l'activité du service en question. La libération précoce des lits permet d'organiser un *turn over* plus rapide des patients. L'établissement répond alors - et cela doit rester le premier objectif - à un besoin de santé publique en prenant en charge des patients de son territoire qui devaient se déporter sur des établissements plus éloignés ou en réduisant les temps d'attente par exemple. L'HAD est alors conçue comme une réponse aux difficultés pour trouver des lits d'aval et fluidifier le parcours de santé L'accélération du *turn over* des patients en hospitalisation doit aussi permettre de mieux répondre à l'augmentation d'activité des urgences de l'établissement qui déplorent un taux élevé de transfert vers d'autres établissements (7.07%).

A cela s'ajoute que si le service en question est un service de MCO, cette augmentation d'activité devrait se traduire par une hausse des recettes d'activité puisque sur ces spécialités l'établissement est rémunéré à l'activité.

S'il s'agit de diminuer la durée d'hospitalisation en SSR, la question se pose différemment à ce jour mais pourrait à moyen terme générer un double bénéfice. En effet, les secteurs

[59] Boisguérin (Bénédicte), Brihault (Gwennaëlle). *op.cit.,* p. 128
[60] *Ibidem*

de SSR sont encore financés par une dotation annuelle de financement (DAF). L'effet d'une réduction de la DMS en SSR est indirect : elle permet le passage à partir des services MCO plus rapide et donc de fluidifier la gestion des lits d'hospitalisation aiguë. Ces derniers sont alors en capacité d'augmenter leur activité et donc leurs recettes.
Enfin, à la mise en œuvre de la tarification à l'activité en SSR - annoncée et reportée à plusieurs reprises ces dernières années - le gain serait potentiellement double, à savoir fluidifier le parcours des patients en aval des hospitalisations MCO et ainsi favoriser l'activité des lits d'aigu, mais aussi potentiellement optimiser les recettes en SSR.

Au CHV, les services universitaires sont en particulier concernés : l'hématologie-oncologie que nous avons étudié mais aussi la neurologie qui pourrait ainsi accueillir davantage de patients victimes d'AVC. Le chef de service souligne à ce titre que sur les 1 100 AVC traités par le SMUR, seuls 800 sont pris en charge au CHV.

B) Réduire la DMS pour redéployer les ressources et optimiser l'organisation

La première hypothèse d'augmentation de l'activité du service n'est valable que si le service est en mesure d'augmenter de lui-même son niveau d'activité pour répondre aux besoins du territoire. Une deuxième option peut résider dans la fermeture de lits sur le service en question et la réaffectation des moyens sur un autre secteur en développement, pour mettre en œuvre une nouvelle activité ou pour optimiser une nouvelle organisation. En d'autres termes, il s'agit de redéployer les ressources.

A l'aune de la situation du CHV, les moyens, qu'ils soient humains ou matériels, pourraient être réinvestis dans des structures mutualisées, à l'image de l'unité de court séjour chirurgical ou de l'unité de chirurgie ambulatoire. A titre d'exemple, un hôpital de jour de médecine mutualisé pourrait être mis en place même si dans cette situation, une étude sur l'avenir de la médecine ambulatoire sera un préalable incontournable. Dans cette perspective, l'objectif d'une meilleure réponse aux besoins de santé publique est toujours présent. S'y ajoute la perspective d'optimiser les ressources et les recettes sur un secteur en devenir. L'établissement s'engagerait alors dans une profonde réorganisation.

C) Réduire la DMS pour réduire le niveau des ressources

Enfin, la baisse de la DMS peut amener l'établissement à fermer des lits et à ainsi à réduire le niveau de ressources auxquelles il fait appel, en particulier les ressources humaines qui représentent au CHV 65% des dépenses. Dans le cadre de la mise en œuvre du PRE et finalement de l'entrée en COPERMO, cette option est particulièrement intéressante pour freiner l'augmentation des dépenses de personnel dont l'évolution naturelle lié au GVT (glissement vieillesse technicité) entraine une hausse automatique

des dépenses. Notons à ce titre que les effectifs de personnel non médical de l'établissement ont crû de 21% entre janvier 2010 et janvier 2015. Les charges liées aux dépenses de personnel se sont accrues de 3,4% entre 2013 et 2014 alors que le nombre de séjours quant à lui n'a augmenté que de 2,1% sur la même période.

2.2.2 Aller au-delà de la réduction de la durée moyenne de séjour

Toutefois, l'intérêt de l'HAD ne réside pas seulement dans la réduction de la DMS. La FNEHAD déplore que l'HAD soit souvent considérée comme une réponse aux problèmes d'aval et cherche à ce titre à mettre en valeur l'identité propre des établissements d'HAD. Ses bénéfices peuvent avoir un impact positif indirect sur l'activité des services de soins.

A) Eviter les infections nosocomiales

Le recours à l'HAD peut tout d'abord être un moyen d'éviter des infections nosocomiales. Il convient de souligner que les structures d'HAD sont soumises aux mêmes obligations en matière de qualité et sécurité des soins, et de certification que les autres établissements de santé, alors même que l'intervention en HAD est confrontée à la problématique particulière de l'environnement du domicile. De fait, les soignants doivent faire avec les conditions d'hygiène du domicile (présence d'animaux par exemple), les contraintes familiales et l'ergonomie du lieu d'accueil. L'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales de 2012 a comparé la prévalence de ces infections en HAD et en hospitalisation complète[61]. Malgré les limites de l'étude liées aux caractéristiques-mêmes de la prise en charge en HAD, les résultats sont néanmoins significatifs. Ainsi alors que les patients sont plus âgés en HAD, leur état de santé plus fragile (48.9% vs 24.9% dans les autres établissements) et la prévalence de patients porteurs d'au moins un dispositif invasif plus élevée (41.9% en HAD vs 31.4% dans les autres établissements), les infections nosocomiales acquises représentent 2.5% des patients alors qu'elles atteignent 3.9% dans les autres établissements de santé. Qui plus est, la majorité des infections nosocomiales sont importées de structures hospitalières d'amont (prévalence de 3.9% d'infections nosocomiales importées vs 1.2% dans les autres établissements).

Le recours à l'HAD peut donc aussi avoir un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Par conséquent, l'HAD pourrait être davantage utilisée pour éviter les contagions saisonnières, telles par exemple les gastroentérites, les bronchiolites ou les grippes. Dans ce cadre, le recours à l'HAD en pédiatrie s'avère particulièrement pertinent.

[61] Institut de Veille sanitaire. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), France : Institut de Veille sanitaire, mai-juin 2012, p. 55.

B) Asseoir l'assise territoriale de l'établissement

Du fait de son mode d'organisation, et du rôle pivot toujours d'actualité du médecin traitant, le recours à l'HAD est un moyen pour un établissement comme le CHV de conforter son rôle d'hôpital de proximité et de recours. En effet en développant des filières de soins via l'HAD, les services de soins et, à travers eux leurs praticiens, se font connaître de leurs confrères généralistes. Dans un contexte parfois concurrentiel entre établissements de santé – publics et privés – l'implantation territoriale des hôpitaux dits « périphériques » comme le CHV doit être une perspective de réflexion pour les praticiens et la direction.

C) Les effets bénéfiques pour le patients

Nous l'avons vu en première partie, le choix des patients pour être hospitalisés à domicile demande à être confortée, aucune étude sur le sujet n'ayant été réalisée à part sur les questions de fin de vie. Néanmoins, on peut mettre en avant les effets bénéfiques attendus pour le patient de cette prise en charge en proximité immédiate. Il s'agit de favoriser son bien-être et sa socialisation. Des questions matérielles et de confort comme par exemple la prise en charge d'un animal de compagnie ne se posent plus. A l'inverse, la proximité de l'animal peut avoir un effet positif par la stimulation et l'accompagnement psychologique du patient. Enfin, l'HAD peut permettre d'éviter les phénomènes de glissement chez les personnes âgées.

D) Conforter ou développer de nouveaux terrains de recherche

Enfin, le développement du recours à l'HAD est aussi l'occasion d'ouvrir d'autres voies à la recherche et à l'innovation, thèmes importants pour le CHV qui entend, sur certaines prises en charge spécialisées, complexes et reconnues être un hôpital de recours. L'établissement dispose de différents centres de référence et centres experts, et a été le premier centre hospitalier général labellisé « délégation à la recherche clinique et à l'innovation » en 2011. En tissant des liens plus étroits avec la médecine de ville via le développement de l'HAD, les praticiens pourraient trouver un moyen d'élargir leurs terrains d'étude, augmenter les effectifs inclus dans une étude et, pourquoi pas, mieux suivre certaines cohortes. Des essais cliniques ont pu être initiés déjà avec les généralistes, sur le suivi des patients asthmatiques par exemple, mais n'ont jusqu'ici pas été satisfaisants. L'HAD pourrait être utilisée comme levier pour développer de nouveaux terrains de recherche clinique.

2.2.3 Les atouts du CHV pour développer l'HAD

Pour développer une activité d'HAD, que ce soit en propre ou pour orienter les patients vers un autre établissement titulaire d'une autorisation, le CHV réunit des critères importants.

A) S'appuyer sur l'expérience du service d'hématologie-oncologie

La première force du CHV réside dans le fait de pouvoir s'appuyer sur une expérience réussie en hématologie-oncologie. Bien que le modèle ne soit pas superposable directement, il assure une bonne assise de l'HAD dans l'hôpital et permet à l'établissement de présenter un taux de recours déjà satisfaisant. Les praticiens du service sont de fervents défenseurs de l'HAD et sont en mesure de promouvoir cette prise en charge vis-à-vis de leurs confrères. Le discours sur le développement du recours à l'HAD n'est donc pas seulement celui de la direction et d'un président de CME convaincu par une expérience sur un autre établissement ; il peut être porté par des cliniciens de l'hôpital expérimentant l'HAD au quotidien.

B) Un éventail large de spécialités potentiellement prescriptrices d'HAD

En outre, les différentes spécialités représentées au CHV sont des sources potentielles d'activité en HAD. Ces dernières ont été identifiées soit à partir des plans nationaux de santé publique, soit à partir de l'appel à projet de l'ARS.

En effet, l'établissement propose un éventail large de prises en charge. On peut citer la cardiologie, la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique, la diabétologie, la gastroentérologie, la gériatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine interne, la neurologie, la pédiatrie, la pneumologie et dans une autre mesure le service d'accueil des urgences qui lui est ciblé par l'appel à projet de l'ARS. Ces spécialités ont été visées pour entamer une réflexion sur le développement du recours à l'HAD et certaines sont tout à fait demandeuses, conscientes de l'intérêt de l'HAD pour fluidifier le parcours de santé des patients. La majorité des chefs de service cités ont répondu favorablement à la réunion de sensibilisation sur l'HAD.

Le CHV dispose également d'un EHPAD qui connaît justement une baisse de la partie « soins » de son budget à l'heure de la négociation de la convention tripartite. La réduction des effectifs infirmiers qui en découle risque de nécessiter des hospitalisations pour des actes auparavant réalisés en EHPAD.

C) Une activité dynamique

Qui plus est, plusieurs spécialités en question sont plutôt dans une dynamique d'augmentation d'activité, même en hospitalisation complète.

Tableau 5 - Evolution de l'activité d'hospitalisation complète par service en nombre de séjours (Source : contrôle de gestion du CHV)

	Décembre (cumulé)				
	2012	2013	2014	évol 12/13	évol 13/14
Cardiologie	2992	2939	3128	-1,8%	6,4%
Chirurgie digestive	1375	1414	1545	2,8%	9,3%

Diabétologie-endocrinologie	1322	1339	1078	1,3%	-19,5%
Gériatrie	0	22	438	NA	1890,9%
Gynécologie	737	722	749	-2,0%	3,7%
Hémato-oncologie	1046	885	919	-15,4%	3,8%
Hépato-gastro-entérologie	1507	1466	1758	-2,7%	19,9%
Maternité	4781	4847	4462	1,4%	-7,9%
Médecine interne	1434	1486	1241	3,6%	-16,5%
Neurologie	2067	2192	2254	6,0%	2,8%
Orthopédie	2709	2725	2598	0,6%	-4,7%
Pédiatrie	2396	2077	2129	-13,3%	2,5%
Pneumologie	2174	2251	2270	3,5%	0,8%

Le service de gériatrie, ouvert récemment est en plein essor, tout comme le service de gastroentérologie depuis l'arrivée d'un nouveau chef de service en 2013. La chirurgie orthopédique en revanche connaît une baisse d'activité liée au développement de la chirurgie ambulatoire ; il en est de même pour la diabétologie dont la baisse d'activité en hospitalisation complète coïncide avec l'ouverture d'un hôpital de jour en février 2014. Enfin, les deux autres services en diminution d'activité – maternité et médecine interne – ont vu baisser leurs capacités en lit en 2014 pour travaux.

D) Une durée moyenne de séjour perfectible

Enfin l'activité du CHV, dont le spectre est pertinent pour développer le recours à l'HAD, affiche un indice de performance (IP DMS) plutôt bon mais perfectible. Cet indicateur compare la durée de séjour en MCO de l'établissement (ou d'une structure interne) avec la durée moyenne de séjour pour un même *case mix*. Un IP DMS supérieur à 1 signifie que la DMS de la structure est supérieure à la moyenne nationale. L'analyse de l'IP DMS du CHV montre que bien que l'indicateur soit globalement bon au niveau établissement (0.95 en 2014 et 0.94 en 2013), la situation est très hétérogène selon les services. Des marges de manœuvre sur la durée de séjour existent et l'HAD peut en être un levier.

Le tableau suivant tiré du séminaire de stratégie médicale et organisationnelle de septembre 2015 démontre que des pistes d'efficience existent sur les spécialités médicales, non seulement pour obtenir un IP DMS inférieur à 1 mais peut-être aussi pour être davantage ambitieux et abaisser cet indicateur. Ainsi dans la feuille de route stratégique du plan triennal, l'objectif d'IP DMS est fixé à 0.927 en médecine (il est aujourd'hui en moyenne sur les spécialités médicales de 0.96).

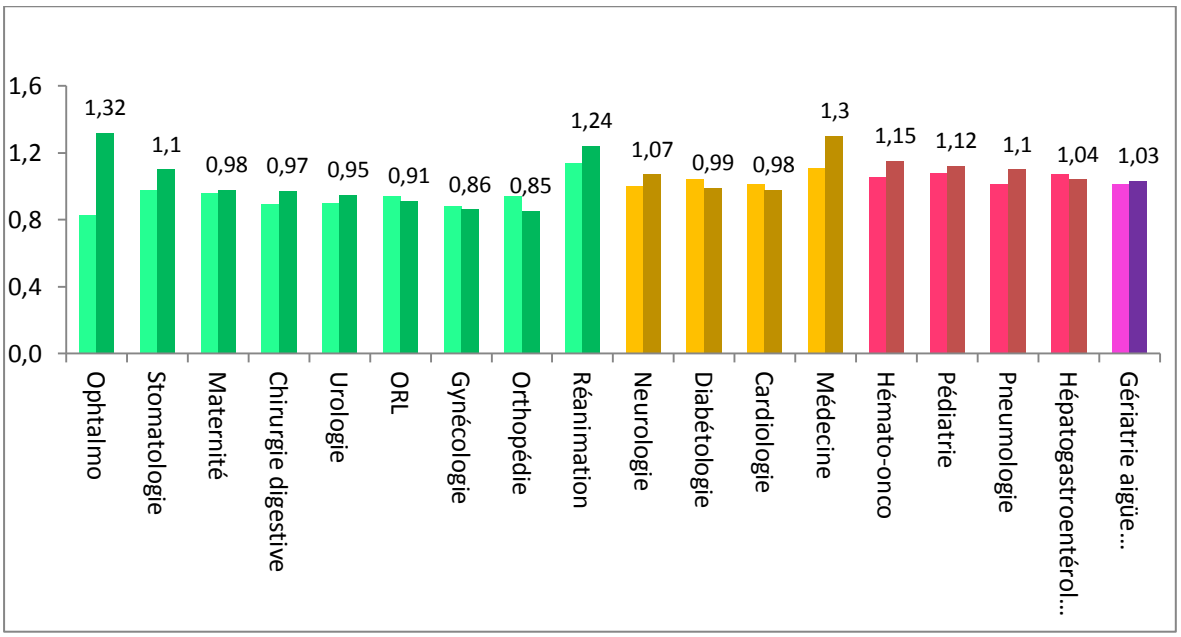


Figure 2 - Evolution des IP-DMS par service (2013-2014) (Source : DIM, mise en forme Capgemini)

2.3 Des freins internes tant financiers que culturels à dépasser

Nous avons vu que les pouvoirs publics promouvaient activement l'HAD, que celle-ci, qu'elle soit développée en interne ou par le recours à une structure extérieure, était porteuse d'efficience pour les services de soins et pouvait être utilisée comme un levier pour réorganiser les activités hospitalière, tant au niveau établissement qu'en interne aux unités de soins. Néanmoins, la direction de l'hôpital doit être consciente des freins auxquels elle risque rapidement d'être confrontée. Ceux-ci sont financiers et intimement liés à la culture T2A à présent répandue au sein de la communauté médicale ; ils trouvent également leur racine dans l'attachement des acteurs hospitaliers à la notion de capacité en lits.

2.3.1 Un risque d'accentuation du déséquilibre recettes/dépenses

La première crainte des hospitaliers à l'idée de développer l'activité d'HAD est de perdre une partie de leur activité et donc de leurs recettes. Cette appréhension est justifiée dans un contexte de tarification à l'activité. Ainsi on estime que pour 20.6% des patients hospitalisés à domicile, cette modalité de prise en charge a permis d'éviter une hospitalisation en unité complète[62]. C'est pourquoi en cas de développement du recours à l'HAD, la direction doit s'assurer que les ressources - en particulier humaines - des services qui adressent leurs patients à l'HAD, sont, ou réutilisées en interne via une augmentation d'activité, ou redéployées sur l'établissement.

[62] Boisguérin (Bénédicte), Brihault (Gwennaëlle). *op.cit.*, p. 128

A ce propos, le chef de service d'hématologie-oncologie a noté sur l'année 2015 une baisse de l'activité d'hôpital de jour de chimiothérapie ; sur les huit premiers mois de l'année, le nombre de séances de chimiothérapie a ainsi baissé de 2.55%. Ces données sont cependant à relativiser, l'unité ayant connu une augmentation d'activité de près de 5.7% l'année précédente (5 455 séances en 2014).

Une d'attention particulière doit également être portée sur les bornes basses des séjours afin de ne pas réduire la recette associée au séjour ou tout du moins d'avoir conscience de cette possibilité et s'y adapter. Là encore pour nuancer, les réhospitalisations sont fréquentes après une HAD. La littérature sur le sujet décrit que 25.1% des patients nécessitent une nouvelle hospitalisation à l'issue d'un séjour en HAD[63].

Enfin, en développant le recours à l'HAD et en réduisant les durées de séjours, l'établissement doit avoir en tête la question des effectifs. En effet, la charge en soins est supérieure sur les premiers jours d'hospitalisation. La concentration de la charge en soins peut justifier des demandes de personnels ou induire une baisse de la qualité des conditions de travail qui risquerait de se traduire par une augmentation de l'absentéisme.

2.3.2 Un manque de maturité pour fermer des lits : le symbole du capacitaire

Nous l'avons vu, le développement du recours à l'HAD exige une réorganisation de l'activité. Néanmoins, il apparaît, qu'avec ou sans recours à l'HAD, cette réorganisation s'avère indispensable pour le CHV. D'une part la politique nationale pousse à la recomposition capacitaire des établissements. Les données sur le sujet sont difficilement accessibles au cas par cas mais les objectifs à long terme peuvent atteindre une diminution capacitaire de près de 30%[64]. D'autre part, la situation financière de l'établissement pousse à davantage d'efficience dans l'allocation des ressources. C'était déjà l'objet du plan de retour à l'équilibre, mais cette obligation pèse d'autant plus sur l'hôpital avec son inscription en COPERMO.

Néanmoins, si l'HAD est un levier pour accompagner la réduction capacitaire de l'établissement, il ne faut pas qu'elle soit vue comme la cause de la réduction capacitaire et devienne un bouc émissaire. La notion de « lit » et avec elle le nombre de lits d'un chef de service (ou d'un directeur d'hôpital) sont encore un symbole fort de la puissance et de l'importance d'une spécialité.

[63] Boisguérin (Bénédicte), Brihault (Gwennaëlle). *op. cit*., p. 128.
[64] Cf. l'exemple du CHU de Nantes, *in* Lucas (Yann), « Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique moteur de sa recomposition capacitaire », mémoire EHESP, 2014, p. 20.

En outre, le développement de l'HAD ne saurait être la seule solution. Le CHV présente un taux d'occupation global qui n'est pas optimal à 86% et qui de plus cache une situation hétérogène. Les unités d'hospitalisation de semaine, pourtant utilisées prioritairement pour les hospitalisations programmées, affichent un taux d'occupation corrigé de seulement 77%. Autant dire que des pistes d'efficience existent sur cet aspect en dehors de la question de l'HAD.

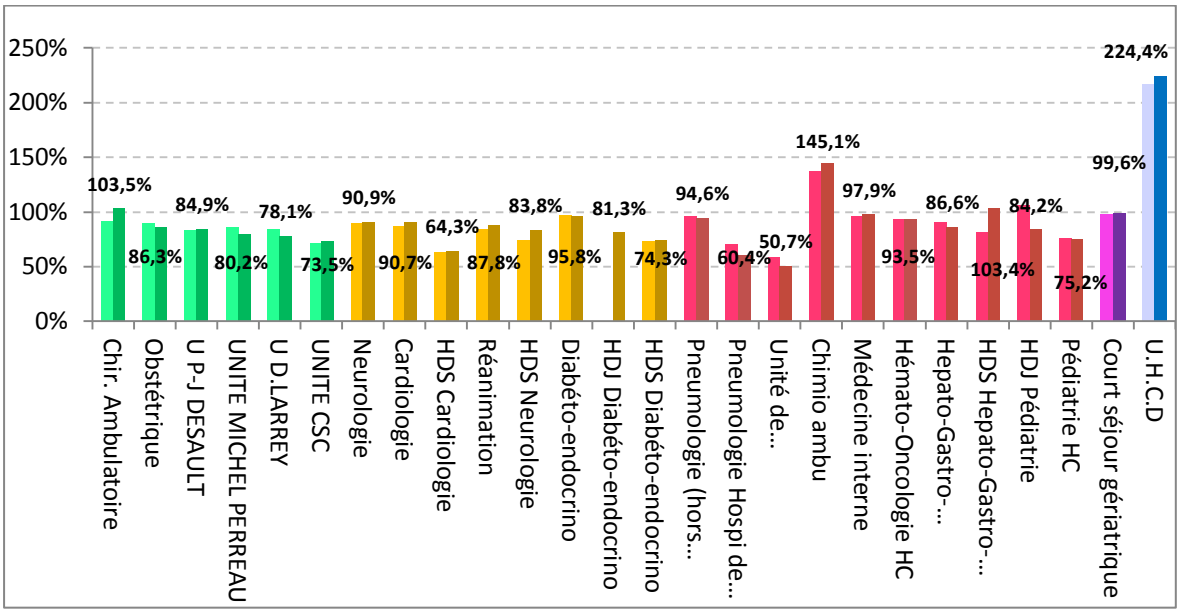


Figure 3 - Taux d'occupation corrigé des services d'hospitalisation complète du CHV (Source : PMSI Pilot, Direction des Affaires financières et de la Clientèle, Contrôle de Gestion du CHV)

2.3.3 Un manque de connaissance et de confiance de la part des médecins hospitaliers

Enfin, bien que volontaires et demandeurs pour avoir davantage recours à l'HAD, les praticiens hospitaliers souffrent d'une réelle méconnaissance de ce type de prise en charge. La frontière avec les services de soins à domicile, les dispositifs PRADO et les prestataires de santé à domicile est souvent floue pour les médecins. Ces derniers ne savent pas ce qu'ils peuvent demander à l'HAD et l'absence de référentiel précis décrivant les prises en charge en HAD ne facilite pas la lisibilité de ses interventions. Persiste la crainte que les patients ne soient pas bien pris en charge, qu'ils doivent être hospitalisés de nouveau en cas de difficulté, éventuellement en passant par le service des urgences et la plus-value d'une HAD n'est pas identifiée. L'HAD reste également souvent inconnue par les soignants et les usagers eux-mêmes[65].

[65] Dourthe (Christophe), Sans (Bénédicte), Harvoire (Lucie). « L'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Une (fausse) bonne idée ? », Techniques hospitalières, 2015/05, n°751, p. 7.

Par ailleurs, certains médecins interviewés ont exprimé une certaine méfiance vis-à-vis de la Fondation Santé Service, s'interrogeant sur le caractère privé de l'établissement et sur ses motivations à ne prendre que des patients relevant de cancérologie. Si le partenariat avec la Fondation devait se développer, une pédagogie sur la structure s'avérerait nécessaire.

	Atouts	**Handicaps**
Interne	**Forces**	**Faiblesses**
	- Recours important sur l'hémato-oncologie - Spécialités demandeuses d'HAD (neurologie, diabétologie)	- Pas de portage fort du projet pour développer l'HAD en interne - Freins culturels de certains médecins - Situation financière de l'hôpital : important de ne pas perdre de recettes - Situation financière de l'hôpital : incapacité d'investir
Externe	**Opportunités**	**Menaces**
	- Fenêtre d'ouverture de l'ARS - Partenariat fort avec la Fondation Santé Service - Possibilité d'autres offreurs	- Dépendance vis-à-vis de la Fondation Santé Service si le CHV décide de passer par eux - Concurrence de la Fondation Santé Service pour développer son propre HAD

3 Quel modèle pour développer l'HAD dans un contexte économique contraint ?

Au vu du futur annoncé de l'HAD et de son potentiel pour l'hôpital, la position du *statu quo* paraît difficile à tenir. Compter sur un développement spontané de l'HAD par les services de soins est apparu irréaliste, ces derniers ne connaissant pas les pratiques de l'HAD, ou pensant encore qu'elle était réservée à la cancérologie. L'option du *statu quo* a donc été laissée de côté par le CHV.

Avant de s'engager dans l'étude des deux scenarii de développement de l'HAD, il convient d'évaluer les potentialités d'augmentation de cette modalité de prise en charge à partir du centre hospitalier de Versailles.

3.1 L'évaluation du potentiel d'augmentation du recours à l'HAD

La Fondation Santé Service, lors des échanges avec le CHV a proposé deux hypothèses de travail, selon elle cumulatives, sur lesquelles il convient de s'arrêter et de questionner.

3.1.1 Analyse du potentiel à partir de l'IP DMS

La première méthode, à partir de laquelle la Fondation Santé Service a proposé d'évaluer le potentiel de transferts vers l'HAD consiste à partir des écarts de DMS à la base nationale. La Fondation Santé Service a ainsi présenté une étude sur l'année 2013. Celle-ci note une DMS globalement bien maîtrisée en chirurgie et obstétrique et ne distingue que 167 séjours supplémentaires sur ce scénario (hors nouveaux nés, séances, obstétrique et techniques peu invasives).

3.1.2 Analyse du potentiel à partir de taux de recours cible

Afin d'aller plus en avant sur l'analyse du potentiel de recours à l'HAD, la Fondation Santé Service a proposé un deuxième scenario consistant à appliquer des taux cibles, observés dans des établissements franciliens comparables : le CH de Pontoise et le CH Sud Francilien. Leur étude les a amenés à comparer les taux de recours groupe homogène de malade (GHM) par GHM et à appliquer le meilleur de ces deux taux aux données 2013 du CH de Versailles. En appliquant les taux de transfert en HAD des hôpitaux pris en référence, le Fondation Santé Service a évalué à 449 le nombre de patients supplémentaires que le CHV pourrait transférer en HAD au titre de cette deuxième méthode.

La Fondation cumule les deux approches pour proposer une augmentation du nombre de patients pris en charge en HAD à partir du CHV.

Tableau 6 - Potentiel de recours à l'HAD calculé par la Fondation Santé Service (données 2013)

Etablissement	Nb de séjours	Nb de patients transférés en HAD en 2013	Transferts potentiels scenario 1 DMS	Transferts potentiels scenario 2 taux cible	Total patients supplémentaires potentiels scenarii 1 + 2
CHV	32 942	354	167	449	**616**

Ainsi la Fondation Santé Service calcule que le CHV a un potentiel de patients supplémentaires s'élevant à 616 patients par an. Néanmoins, les scenarii 1 et 2 ne sont pas forcément cumulables, un même patient pouvant être compté deux fois selon chacune des méthodes.

Il est difficile pour le CHV de remettre en cause ces données puisque la Fondation Santé Service détient l'intégralité de la méthode : c'est elle qui connaît les taux de recours sur les autres établissements et les applique aux données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur l'hôpital.

Qui plus est ces informations fournissent un nombre de patients potentiels mais pas un taux de recours tel que calculé par l'ARS IDF. En effet, cette dernière prend en compte l'intégralité des séjours d'HAD, un seul patient pouvant bénéficier de plusieurs prises en charge. Aussi il n'est pas possible pour le CHV de reconstituer son taux de recours à l'HAD à partir de ces données.

3.1.3 Analyse à partir de l'exemple des soins intensifs d'hématologie

Afin d'expliciter et de valoriser l'apport de l'HAD aux services de soins, prendre un exemple concret a été nécessaire. Après une phase de recensement des services volontaires pour développer l'HAD – intervenue malheureusement avant l'intervention directe de la Fondation Santé Service pour promouvoir sa prise en charge et développer les partenariats - la spécialité la plus à même de développer le recours à cette prise en charge s'est avérée être l'hématologie, en l'occurrence le secteur des soins intensifs. Si ce secteur a été le plus volontaire pour s'engager dans la démarche, c'est parce qu'il a déjà l'habitude de travailler avec la fondation Santé Service et qu'il est satisfait de sa prestation.

A) Organisation actuelle de la prise en charge des consolidations de leucémies aiguës et perspectives avec l'HAD

Le chef de service d'hématologie a proposé de lui-même un exemple de prise en charge pouvant être orientée vers l'HAD et permettant de réduire les durées d'hospitalisation à

domicile. Bien que travaillant déjà avec la Fondation Santé Service, la mise en place d'un tel projet demande une réflexion importante et ne saurait se mettre en œuvre sans concertation avec l'opérateur d'HAD. A ce titre, ce projet s'inscrit bien dans le droit fil de l'appel à projet. Il est intéressant de noter que sollicité dans un premier temps, aucun autre service n'a réussi à se projeter dans un scenario concret de prise en charge, de réduction de durée de séjour et d'organisation des soins et du service. C'est pourquoi l'étude médico-économique s'est concentrée sur le service d'hématologie-oncologie.

La prise en charge concernée par une potentielle orientation en HAD est la consolidation des leucémies aiguës. Ces séjours ont une durée moyenne de 25 jours. Lors du diagnostic de leucémie aiguë, qui est une urgence, le patient est hospitalisé une première fois pour un séjour d'induction de 30 à 35 jours. Quinze jours plus tard a lieu un premier séjour de consolidation. Celui-ci dure en moyenne 25 jours et se répète trois fois. L'organisation suivante est la même lors des trois épisodes : les premiers jours, le patient reçoit une chimiothérapie pendant 5 à 7 jours ; puis pendant 6 à 8 jours les patients sont en aplasie et les soins sont limités au sens où l'on « attend » d'éventuelles complications infectieuses ; celles-ci interviennent à partir du 15ème jour pour 70% des patients qui nécessitent alors une antibiothérapie. 30% des patients auraient pu sortir dès le 7ème jour d'hospitalisation.

La proposition du Pr. Rousselot est d'orienter les patients à partir de la deuxième phase du séjour de consolidation, c'est-à-dire lorsque les patients sont en aplasie. Le chef de service nous indique que ces patients sont aujourd'hui hospitalisés en soins intensifs d'hématologie mais qu'ils sont autorisés à sortir en permission durant cette phase. La surveillance d'un infirmier expérimenté pourrait s'avérer suffisante. L'organisation serait la suivante pour les séjours de consolidation de leucémies aiguës : un séjour de huit jours en moyenne en soins intensifs puis une hospitalisation en HAD de huit jours en moyenne. Dans 70% des cas, l'état de santé des patients demanderait une nouvelle hospitalisation en soins intensifs d'hématologie, de nouveau pour une durée moyenne de huit jours. Dans un premier temps, afin de faciliter l'organisation, le service prévoirait systématiquement la réhospitalisation du patient.

Le chef de service précise qu'il n'existe pas de file d'attente : les patients sont orientés vers un autre établissement puisque les soins doivent être faits en urgences, mais la demande est potentiellement forte sur cette pathologie. Le service, universitaire et reconnu, est référent sur l'ouest parisien. Le service affiche au global un taux d'occupation brute de 94.8% pour 15 lits de soins intensifs. Ce secteur connaît une augmentation continue d'activité : +2.6% en 2013, +6.8% en 2014.

B) L'analyse des données PMSI

A partir de ces données, une requête PMSI a été effectuée par le médecin DIM de l'établissement pour isoler les séjours concernés à partir de l'association du diagnostic principal « chimiothérapie » et du diagnostic associé « chimiothérapie ». La requête a été formulée sur les années 2013, 2014 et les 8 premiers mois de l'année 2015. Aussi les données qui suivent ne sont pas en année pleine et doivent être remises en contexte pour être analysée : 40 patients par an sont concernés pour 80 séjours.

La première information capitale est qu'une partie non négligeable des patients provient de régions hors Ile-de-France : 13% des patients et 13.6% des séjours. Ceux-ci sont donc à isoler de l'étude puisque l'HAD n'a pas vocation à se déployer en dehors du département. La Fondation Santé Service quant à elle intervient sur toute la région Ile-de-France et, dans le cas où elle assurerait la prise en charge, pourrait s'occuper de ces patients sur d'autres départements que les Yvelines. Cette première donnée souligne l'attractivité du service qui recrute de façon importante en dehors du territoire de santé : 26% des patients.

Tableau 7 - Origine géographique des patients hospitalisés pour consolidation de leucémie aiguë – Années 2013, 2014 et 2015 (8 mois) (Source : DIM CHV)

Région d'origine	Nombre de patients	Répartition des patients par provenance géographique	Nombre de séjours	Répartition des séjours par provenance géographique
Hors IDF	14	13,0%	29	13,6%
IDF	14	13,0%	24	11,3%
Yvelines	80	74,1%	160	75,1%
Total général	**108**	**100,0%**	**213**	**100,0%**

Pour éviter de prendre en compte des patients qui ne pourraient relever de l'HAD en Ile-de-France, les patients provenant d'autres régions ont été retirés et un tri a été réalisé pour ne retenir que le GHM 17M05 « Chimiothérapie pour leucémie aigüe ».

Tableau 8 - Répartition par GHS de consolidations de leucémie aiguë - Années 2013, 2014 et 2015 (8 mois) (Source : DIM CHV)

Libellé du GHM du RSS	Nombre de Patients	Nombre de Séjours	DMS du RSS[66]	Moyenne de suppléments SI[67] hémato
Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 1	2	4	14.5	12,5

[66] RSS : résumé de sortie standardisé.
[67] SI : soins intensifs

Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 2	8	10	17,4	13,6
Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 3	7	10	23,4	18,8
Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 4	77	160	24,5	23,8
Total général	**94**	**184**	**23,8**	**22,7**

La répartition par niveau de sévérité montre que la plupart des GHM sont de niveau 4 (82%). La DMS pour les GHM de niveaux 3 et 4 est bien conforme à ce qui était annoncé par le Pr. Rousselot ; la totalité du séjour en niveau 4 se fait alors en soins intensifs (SI) et génère un supplément journalier soins intensifs s'élevant à 402.44€ en 2015.

C) Des gains attendus en termes de journées évitées d'hospitalisation et potentiellement en termes de recettes

En se concentrant sur les GHM de niveaux 3 et 4, ce sont donc potentiellement 170 séjours sur la période étudiée qui pourraient être concernés par un recours à l'hospitalisation à domicile, soit 63 séjours en année pleine. On considère que huit jours d'hospitalisation conventionnelle sont évités par séjour. Si le projet se faisait en deux temps, la première étape, prévoyant systématiquement une réhospitalisation, économiserait au maximum 510 journées d'hospitalisation par an. Potentiellement, ce gain pourrait atteindre 663 jours sur une année dans un second temps en limitant les réhospitalisations aux patients qui font une complication (soit 70% des patients).

Concernant les recettes, la borne basse pour le GHM 17M054 est fixée à 11 jours et si le séjour est inférieur à cette durée, le tarif est divisé par deux. En transférant ces patients vers l'HAD, le service perd également autant de journées de soins intensifs au tarif journalier 2015 de 402.44€.

Le tableau 9 reprend la valorisation constatée en 2013, 2014 et 2015 (sur les huit premiers mois de l'année) sur les GHM de leucémies aiguës de niveaux 3 et 4.

Tableau 9 - Valorisation des séjours GHM 17M053 et 17M054 en 2013, 2014 et 2015 (8 mois) (Source : DIM)

Libellé du GHM du RSS	Nombre de Séjours	Valorisation GHS	Valorisation suppléments SI	Valorisation totale des séjours
Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 3	10	162 102	76 694	241 930
Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 4	160	3 702 503	1 540 421	5 230 902
Total général	170	3 864 605	1 617 115	5 472 831

Le tableau 10 calcule les recettes associées aux GHS 17M05 de niveaux 3 et 4 en transférant les patients au milieu de leur séjour en HAD. Malgré un passage en dessous de la borne basse (fixée à 11 jours pour le GHS 17M054), la recette de GHS se maintient du fait du doublement du nombre de séjours. En revanche la perte concerne les suppléments journaliers de soins intensifs. Le différentiel en année pleine s'élève à près de 165 000€. Néanmoins, en valorisant les journées libérées par l'HAD, le service pourrait tout à fait récupérer sa recette initiale.

Tableau 10 - Calcul des recettes des GHS 17M053 et 17M054 en transférant les patients vers l'HAD

Libellé du GHM du RSS	Nombre de Séjours	Tarif GHS	Valorisation GHS	Valorisation suppléments SI	Valorisation totale des séjours
Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 3	20	11 437	228 746	64 390	293 136
Chimiothérapie pour leucémie aigüe, niveau 4	320	11 597	3 711 056	1 030 246	4 741 302
Total général	340		3 939 802	1 094 637	5 034 439

En effet, en retenant la fourchette basse de journées d'hospitalisation économisées par le service en développant le recours à l'HAD – 510 journées en année pleine – et en lui appliquant les indicateurs 2014 (taux d'occupation à 93.5%, DMS à 22.16 jours, recette moyenne par séjour à 26 542€ - forfait soins intensifs compris), la recette supplémentaire s'élèverait à 579 000€. Avec cette hypothèse, le gain net du développement du recours à l'HAD serait de 414 000€ sur une année.

Bien que cet exemple soit très théorique et très spécifique puisqu'il intègre des soins intensifs et demande un doublement des séjours qui vient combler la perte de recettes, des enseignements peuvent en être tirés. Tout d'abord, la filière de prise en charge doit être pensée très concrètement pour fluidifier le parcours du patient entre l'hospitalisation et l'HAD. Le service doit réfléchir et mettre en place une organisation correspondante qui lui permette soit de prendre en charge davantage de patients, soit de revoir ses moyens. Qui plus est, si les services de soins s'engagent dans un tel projet, la direction et les trios de pôle devront être attentifs au respect d'engagements pris dans le cadre d'une contractualisation de pôle par exemple.

3.2 Une option écartée d'emblée faute de temps et de moyens financiers : développer *ex nihilo* son propre service d'HAD

Si ne rien faire n'a jamais été envisagé par la direction du CHV, la question de développer son propre service d'HAD dépendant du CHV s'est posée. Cette option est soutenue par le Dr. Pierre Foucaud, président de la commission médicale d'établissement (CME) du CHV.

3.2.1 Les arguments forts de la FHF en faveur des services d'HAD publics

Le développement d'une structure d'HAD publique, interne à l'hôpital, a aussi la faveur de la Fédération hospitalière de France (FHF). Gérard Vincent, délégué général de la FHF, a ainsi adressé un message fort à l'ensemble des chefs d'établissements de santé publics et des présidents de CME, le 29 mai 2015.[68] Dans ce mail, qui n'a pas été diffusé sous forme de communiqué de presse, le délégué général, appelle les établissements publics à se saisir de « l'opportunité stratégique » que constitue l'HAD. Il souligne à la fois que l'hôpital public doit tenir son rôle dans les parcours de soins sur les territoires, mais aussi qu'il s'agit là d'un « enjeu financier significatif qui [à terme] se traduira par un déplacement progressif des moyens de financement de l'hospitalisation classique vers l'HAD »[69].

La FHF alerte sur le retard pris par les hôpitaux publics, pour des raisons organisationnelles, culturelles, voire parfois par choix délibéré des directions d'établissements. A l'inverse selon la fédération des hôpitaux publics, le secteur privé, en particulier associatif, a su profiter du développement de l'HAD.

En résumé, la FHF annonce clairement que l'HAD est l'avenir de l'hôpital public et que ce dernier doit s'approprier ce sujet, en particulier au sein des groupements hospitaliers de territoires (GHT) pour constituer des filières de parcours de soins mais aussi, et surtout, pour ne pas laisser échapper les financements liés à cette prise en charge.

Or dans les établissements publics destinataires de ce message, on retrouve deux types d'hôpitaux : ceux qui disposent déjà d'un service d'HAD et ceux qui n'en pas encore créés.

Rappelons que 41% des structures autorisées sont publiques et qu'elles ne représentent par contre que 26% des journées.[70] Les structures publiques existantes semblent manquer de dynamisme, les autorisations n'étant parfois pas utilisées. Le discours de la FHF peut être compris comme un appel à faire vivre ces « autorisations dormantes ». Le message de Gérard Vincent les appelle à développer les partenariats publics au sein des GHT comme c'est le cas de l'HAD de Montereau Fault Yonne avec le CH de

[68] FHF. « L'Hospitalisation à domicile (HAD), une opportunité stratégique pour les établissements publics de santé. ». Mail adressé aux chefs d'établissements et présidents de CME. 29 mai 2015.
[69] FHF, *op cit.*
[70] FNEHAD. *op. cit.* p. 3.

Fontainebleau. Il invite également les HAD spécialisées à se diversifier pour développer et pérenniser leur activité. Or, justement, les HAD publiques, notamment en Ile-de-France sont souvent spécialisées sur le *post-partum*, prise en charge qui tend à se réduire dans le cadre des dispositifs PRADO.
La problématique pour les établissements qui ne possèdent pas d'HAD est différente. Il ne s'agit plus seulement de dynamiser et rendre viables des structures existantes, mais de créer un service *ex nihilo*, alors même qu'une hospitalisation à domicile se distingue d'une hospitalisation classique.

3.2.2 Dynamique de professionnalisation et taille critique : le manque de temps pour obtenir un retour sur investissement

De fait, le problème numéro un pour le CHV ou pour les établissements publics qui n'ont pas de service d'HAD, est de partir de zéro.

Tout d'abord, l'HAD demande des compétences particulières qui ne sont pas présentes au CHV. D'ailleurs, il n'a pas été perçu de volonté de les développer. La FNEHAD revendique la spécificité du métier de l'HAD. Comme l'indique le rapport de la Cour des comptes en 2013, « la coordination constitue le cœur de métier de l'HAD : coordination médicale entre différents médecins (hospitalier, traitant, coordonnateur d'HAD, d'EHPAD), différents professionnels paramédicaux, articulation entre prise en charge sanitaire, médico-sociale et services de maintien à domicile, combinaison de la logistique propre à l'HAD combinée avec celle déployée par les prestataires externes »[71]. Ses compétences concernent tant les circuits logistiques que la coordination des acteurs. L'HAD demande aussi à organiser l'accompagnement à domicile, en particulier pour les personnes âgées. L'intervention de différents services relevant de l'aide social est l'affaire de la structure d'HAD : portage des repas ou aide à domicile.

La FNEHAD fait également remarquer que l'HAD possède une culture particulière : celle-ci est prestataire de service alors que les établissements de santé avec hébergement - en particulier publics - ont davantage l'habitude de prescrire. Se mettre à l'HAD pour un hôpital demande sans doute un vrai changement de paradigme qu'il faut réaliser pour que l'HAD en *intra* fonctionne.

Ensuite, les pouvoirs publics font référence à une taille critique minimum de 9 000 journées par an, soit plus de 27 places (avec un taux d'occupation de 90%). Cette référence que l'on retrouve dans la circulaire du 1er décembre 2006 et dans le cahier des charges utilisé par l'ARS Ile-de-France pour sa fenêtre d'ouverture de nouvelles

[71] Cour des Comptes. *op. cit.*, p. 272.

autorisations d'HAD n'est pas explicitée dans son mode de calcul. Néanmoins, elle est présentée comme un minimum pour obtenir des structures d'HAD efficientes. Dans la même lignée, en comptabilité analytique, les HAD appartenant à des centres hospitaliers présentent des coûts de structures. La comparaison des coûts de HAD et de MCO issue du retraitement comptable fait apparaître des coûts trois fois supérieurs en établissements d'hospitalisation MCO : 690.68€ vs 234.26€ en HAD pour l'année 2011[72].

Outre le délai que demanderait la mise en route d'un service d'HAD *ex nihilo*, un établissement sans HAD devrait rattraper son retard dans la mise en œuvre de l'HAD et dans l'implémentation des demandes innovantes de l'ARS.

3.2.3 Une création incompatible avec les objectifs à court terme du CHV

La mise en œuvre d'un tel projet demanderait la mobilisation de moyens, de compétences et d'énergie dont le CHV ne dispose pas à l'heure actuelle. La direction de l'établissement a donc décidé de ne pas donner suite au scenario de création d'une HAD hospitalière.

Cette décision est à rapprocher du contexte de l'établissement. Après une dizaine d'années marquées par de nombreux investissements, une forte progression d'activité et une hausse des dépenses proportionnellement plus importante, le CHV est entré en 2015 en plan de retour à l'équilibre (PRE). L'établissement sera suivi en comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) à partir de mars 2016. La priorité est donnée à la recherche d'efficience et aux réorganisations. Même si le développement de l'ambulatoire au sens large est suivi de près par les tutelles, l'établissement n'a pas les moyens (et l'énergie) de se lancer dans un projet de grande ampleur comme la construction d'un service d'HAD. Un tel investissement constituerait un risque important alors même que le soutien de la communauté médicale – en dehors du président de CME dont le mandat arrive à échéance à la fin de l'année 2015 – s'avère limité sur le sujet.

De plus, l'analyse de la bibliographie sur le sujet et les différentes expériences recueillies indiquent que la mise en route d'une HAD ne peut être que progressive et ne saurait atteindre des résultats satisfaisants rapidement. En d'autres termes, le CHV doit rapidement prouver sa bonne volonté et ses moyens de se réorganiser. La mise en place d'un service d'HAD ne saurait être un projet fructueux à court terme alors même que le CHV n'a plus le temps.

[72] Données fournies par le contrôle de gestion du CHV.

Par conséquent, l'étude médico-économique initialement prévue sur la mise en place d'une structure d'HAD n'a pas été réalisée.

3.3 Le choix du CHV : développer les partenariats avec les opérateurs existants

Pressé pour progresser sur ce segment d'activité, le CHV abandonne donc l'option de construire son propre service et décide de favoriser les partenariats avec les opérateurs HAD existants.

3.3.1 Choisir ses partenaires

La première étape consiste alors à choisir les acteurs avec lesquels développer le recours à l'HAD. L'ouverture de l'appel à projet de l'ARS IDF constitue une véritable opportunité au sens où elle ouvre les autorisations à de nouveaux acteurs et dynamise aussi l'offre existante.

Un partenariat fort existe avec la Fondation Santé Service. Le service d'hématologie-oncologie peut témoigner de la réussite de la collaboration entre les deux structures. Alors que l'HAD Santé Service est présent sur l'ensemble de la région Ile-de-France, le CHV fait partie de leurs dix plus importants prescripteurs. Bien que la Fondation soit un ESPIC, les deux structures ont une culture proche. Plusieurs rencontres entre les directions des deux établissements, en présence du Président de CME du CHV, ont eu lieu entre avril et octobre 2015. Au cours de ces réunions, le CHV a pu noter le changement de positionnement de l'HAD prestataire. D'abord réfractaire à l'appel à projet de l'ARS IDF qui a été vécu comme une véritable ouverture à la concurrence, l'HAD francilienne a évolué au cours des mois pour mieux prendre en compte les prescriptions de la tutelle et proposer un véritable partenariat au CHV.

Autorisée également sur le département, l'HAD Sud Yvelines (groupe Korian) n'a pas fait de démarche particulière pour approcher le CHV ; ce dernier de son côté ne l'a pas non plus sollicitée. Le Groupe Le Noble Âge a quant à lui approché la direction de l'établissement en mars 2015 mais aucune suite n'a été donnée. Enfin, l'HAD de l'AP-HP a exprimé son intention de travailler avec le CHV sur la pédiatrie.

Au final, c'est le partenariat avec la Fondation Santé service qui a été privilégié. Ce choix a l'avantage de ne pas mettre en péril le partenariat existant sur la cancérologie qui était la contrainte première du CHV. Le CHV disposant déjà d'un fort taux de recours à l'HAD, il n'était pas question de remettre en cause la filière existante sur l'oncologie. Il a été décidé que l'HAD Santé Service contractualiserait éventuellement de son côté avec

d'autres HAD polyvalentes pour les spécialités complémentaires : avec l'HAD AP-HP sur la pédiatrie et l'HAD du centre de réadaptation de Coubert (Seine et Marne) pour le SSR.

3.3.2 Prioriser les spécialités volontaires : une construction progressive

Le but du partenariat construit avec la Fondation Santé Service est de construire de véritables filières de soins sur des pathologies ciblées. En construisant de façon conjointe des protocoles de prises en charge et en identifiant les patients qui peuvent potentiellement relever de l'HAD, les deux structures s'engagent mutuellement à travailler ensemble, c'est-à-dire à promouvoir le recours à l'HAD pour les services de soins du CHV, et à mettre tout en œuvre pour pouvoir hospitaliser les patients du CHV pour la Fondation Santé Service.

La première étape consiste à définir les activités sur lesquelles l'HAD peut particulièrement se développer du fait de besoins internes. Parmi les spécialités citées au 2.2.3B), la cardiologie, la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique, la diabétologie, la gynécologie-obstétrique, la médecine interne, la neurologie, la pédiatrie et la pneumologie ont manifesté leur intérêt pour la question. L'EHPAD qui n'avait pas été retenu en première intention s'est manifesté pour développer le recours à l'HAD dans la perspective d'éviter des hospitalisations en gériatrie rendu inévitables par la baisse des effectifs soignants (du fait de la diminution de sa dotation « soins »).

Reste à présent à construire ces filières lors de staffs communs entre les services de soins du CHV et les soignants de la Fondation Santé Service. Une attention particulière devra être portée pour y associer les cadres de santé et les assistantes sociales des services.

Enfin, le CHV faisant partie d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) (et prochainement d'un groupement hospitalier de territoire), le partenariat avec le CHV peut devenir la porte d'entrée du GCS pour la Fondation d'HAD, en particulier auprès des structures médico-sociales.

Quoi qu'il en soit, le CHV et la Fondation Santé Service doivent à présent prioriser les spécialités sur lesquelles aller plus en avant dans leur partenariat. Trois phases peuvent être proposées.

A) Des filières à consolider ou développer

Il y a tout d'abord des filières à consolider en oncologie. La Fondation Santé Service possède déjà les compétences et l'expérience en chimiothérapie ; de son côté, le service d'hématologie-oncologie connaît l'HAD et sait ce qu'elle peut lui demander. Cependant,

nous l'avons vu précédemment, des marges de manœuvre existent pour développer de nouvelles filières de soins et élaborer de nouveaux protocoles de prises en charge, en particulier sur les consolidations de leucémies aiguës. Il ne s'agit là que d'un approfondissement du partenariat existant.

B) Des filières à construire

Sur d'autres spécialités pour lesquelles la Fondation Santé Service se veut spécialiste (le post-chirurgical et la diabétologie), les coopérations avec le CHV n'existent pas et ces filières sont à construire. De son côté, la Fondation sera sans doute amenée à développer son réseau sur le territoire des Yvelines pour répondre à la demande.

La problématique est différente pour les pathologies chroniques introduites récemment dans les plans de santé publique ou l'appel à projet de l'ARS : cardiologie, neurologie et pneumologie. Dans ces spécialités, l'HAD Santé Service a besoin de l'expertise du CHV pour monter ses protocoles de soins et éventuellement former son personnel. La question de partage ou de mise à disposition de personnel est à l'étude.

Enfin, deux autres spécialités demandent un traitement à part et nécessitent l'intervention d'une autre structure HAD : la pédiatrie, pour laquelle un partenariat entre l'HAD Santé Service et l'HAD de l'AP-HP est envisagé et le SSR pour lequel une convention particulière associerait l'HAD polyvalente avec le centre de réadaptation de Coubert.

C) Des filières à imaginer

La prise en charge à partir des urgences n'est quant à elle pas exclue du partenariat avec la Fondation Santé Service. Celle-ci devra en revanche être bâtie *ex nihilo* puisque la structure d'HAD ne sait pas aujourd'hui prendre en charge des patients aussi rapidement. En effet, les acteurs partent sur l'idée d'une prescription d'HAD au staff du matin pour une sortie le jour-même. Les expériences connues sur le sujet, notamment au CH de Dax, où le praticien coordonnateur d'HAD était également praticien à mi-temps au service d'accueil des urgences (SAU), n'ont apparemment pas été concluantes. Aucune étude ou information directe n'a toutefois été trouvée sur le sujet. Il appartient à présent aux acteurs du partenariat d'imaginer cette nouvelle filière. La construction des filières sur des pathologies chroniques en amont devraient permettre de repérer dans les services de soins les patients potentiellement concernés.

3.3.3 Soutien simple ou réponse commune à l'appel à projet : la question du partage d'activité et de recettes

Le CHV décide donc de s'engager sur un partenariat plus abouti avec la Fondation Santé Service. Toutefois, les modalités de ce partenariat restent à définir : s'agira-t-il d'un soutien simple ou bien d'une réponse commune à l'appel à projet ?

Pour le moment, le CHV s'engage dans une remise à jour de la convention qui le lie à la Fondation santé Service. L'option de la constitution d'un GCS a été exclue par la direction. Il en est de même pour la question du partage d'activité comme c'est le cas par exemple pour les hôpitaux de Saint Maurice. Le CHV fait donc le choix de se concentrer sur son activité propre. Le résultat de cette réflexion est là encore le fait de la situation financière d'un établissement qui doit prioriser où réaliser son effort et qui décide de cibler son action sur la réorganisation interne de ses services de soins.

Un certain nombre de points sont à définir dans la convention. Tout d'abord, pour être viable sur les nouvelles filières identifiées, le partenariat doit concerner un nombre de patients suffisant pour permettre à la Fondation Santé Service d'investir en personnel et en matériel. Un objectif en termes de recours par spécialité peut être fixé en confrontant les méthodologies de la Fondation Santé Service et une analyse plus fine par pathologie, par exemple par les cadres administratifs de pôle. Alors que le CHV entame une période de révision des contrats du pôle, des objectifs de recours à l'HAD doivent y être intégrés.

Ensuite, une structure de coordination existe aujourd'hui constituée de deux infirmiers. Si l'activité augmente dans de fortes proportions, celle-ci devra peut-être être renforcée. En fonction des spécialités, le recours à une cellule de coordination *ad hoc*, interface entre le service de soins et l'HAD est à envisager.

La question de la recherche peut aussi faire partie de la convention.

Enfin, il convient de suivre l'évolution du partenariat et la participation des différents services au développement de l'HAD. Un comité de suivi et d'évaluation du dispositif piloté par les directions des établissements devrait permettre de faire avancer les deux structures dans le même sens et de lever les points de blocage.

Conclusion

L'HAD s'impose en France et particulièrement en Ile-de-France comme une modalité de prise en charge incontournable. Les hôpitaux publics, qu'ils disposent d'une structure d'HAD ou non, sont poussés à se réorganiser pour faire face aux défis de demain qu'elle sous-tend. La question n'est alors pas de savoir quel intérêt l'établissement peut avoir à développer le recours à l'HAD – il est de toute façon forcé d'y aller – mais de savoir, comment l'hôpital se réorganise pour faire face aux évolutions du système de santé que sous-tend le développement des alternatives à l'hospitalisation. L'HAD apparaît alors comme un formidable levier pour optimiser l'organisation hospitalière et optimiser ses ressources et ses recettes. Dans un milieu hospitalier où la culture du « nombre de lit » est encore prégnante, cette (r)évolution ne se fera pas seule. L'impulsion de l'ARS Ile-de-France, bien que parfois violente pour les acteurs, est dans ce cadre séduisante pour engager une véritable dynamique et développer les partenariats entre opérateurs d'HAD et centres hospitaliers. La collaboration entre le CHV et la Fondation Santé Service en est la preuve : celle-ci doit mener à développer le recours à l'HAD tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Ainsi, comme l'a remarqué Marc Pulik lors de son intervention à la journée des présidents de CME d'Ile-de-France, l'appel à projet de l'ARS a déjà porté ses fruits : les acteurs hospitaliers et les structures d'HAD, se sont déjà mis en mouvement pour évoluer et mieux répondre aux besoins de santé publique.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

ARS IDF, Schéma régional d'organisation des soins SROS-PRS-1 2013-2017 de l'Ile-de-France, volet hospitalier, révisé en mars 2015.

Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

Ministère de la Santé et des Sports. Instruction n° DGOS/R/2010/201 DU 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

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

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Articles

Afrite (Anissa), Com-Ruelle (Laure), Or (Zeynep), Renaud (Thomas). « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Questions d'économie de la santé*, 2007/02, n°119, 8 p.

Aligon (Anne), Com-Ruelle (Laure), Renaud (Thomas), Lebrun (Emmanuelle). « Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ». *Questions d'économie de la santé*, 2003/06; n°67, 6 p.

Boisguérin (Bénédicte), Valdelièvre (Hélène). « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation ». *Etudes et Résultats*, 2014, n°889, 6 p.

Chaleix (Mylène), Valdelièvre (Hélène), Afrite (Anissa). « Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006 », *Etudes et résultats*, 2009/07; n°697, 8 p.

Clavreul (Laetitia), « Mourir à domicile : l'Observatoire de la fin de vie dénonce les freins du système », *Le Monde*, 18/03/2013.

Cordier (Caroline), « Une structure d'HAD en psychiatrie ouvre à Toulouse grâce à un partenariat public-privé », *Hospimedia*, 07/09/2015.

Dourthe (Christophe), Sans (Bénédicte), Harvoire (Lucie). « L'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : Une (fausse) bonne idée ? », Techniques hospitalières, 2015/05, n°751, pp. 7-9.

FNEHAD. « Le rapport IGAS/IGF sur la chirurgie ambulatoire reconnait une place pour l'hospitalisation à domicile (HAD) ». 29 /01/2015, 2 p.

Hemery (Pia). « La DGOS veut sortir l'HAD de sa confidentialité actuelle », *Hospimedia,* 19/05/2015.

Hubert (Elisabeth), Bergoignan-Esper (Claudine), Piquant-Mahdi (Fabienne), et al. « Hospitalisation, soins et services à domicile », Cahiers hospitaliers, 2011/12; n°284, pp. 5-23.

Rapports

Boisguérin (Bénédicte), Brihault (Gwennaëlle). Le panorama des établissements de santé : 2014. Paris : Ministère de l'Economie et des Finances, Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, Collection études et statistiques, 2015, 174 p.

Carli (Pierre). Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Paris : CNUH; 2013/09, 17 p.

Cour des Comptes. Sécurité sociale : rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes; 2013/09, pp. 255-277.

DGOS, Rapport d'activité 2014, 78 p.

Durand (Nicolas), Lannelongue (Christophe), Legrand (Patrice), Marsala (Vincent). Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1. Rapport définitif. Paris : IGAS. La Documentation française, 2010/11, 268 p.

Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (FNEHAD). L'hospitalisation à domicile en 2013 : Assemblée générale 2014, Pays d'Artois. Paris : FNEHAD; 2014, 12 p.

D'Autume (Christine), Dupays (Stéphanie), Bert (Thierry), Hausswalt (Pierre), Weill (Morgane), Perlbarg (Julie). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Paris : Inspection générale des affaires sociales; 2014, Rapport IGAS IGF 2014-039R, 288 p.

Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé. 2014, 36 p.

Institut de Veille sanitaire. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), France : Institut de Veille sanitaire, mai-juin 2012, 75p.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. Paris : bulletin officiel, n° 2015/7 bis, 2015, 147 p.

Thèses et mémoires

Hypolite (Aurélien), « Diagnostic du fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville », mémoire EHESP, 2014, 94 p.

Lucas (Yann), « Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique moteur de sa recomposition capacitaire », mémoire EHESP, 2014, 72 p.

Nutte (Alice), « Développer l'activité de l'hospitalisation à domicile sur le territoire : enjeux et perspectives au Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix-Pertuis », mémoire EHESP, 2014, 75 p.

Ovaguimian (Olivier), « Intégration de l'hospitalisation à domicile dans les parcours de soins – Modélisation de la prise en charge des soins palliatifs au centre hospitalier de Montereau Fault Yonne », mémoire EHESP, 2012, 75 p.

Razoux (Nicolas), « Ouvrir une unité d'hospitalisation à domicile au CHU de Nîmes : enjeux, défis et solution organisationnelles », mémoire EHESP, 2008, 102 p.

Conférences

Com-Ruelle (Laure). « L'HAD « à la française » le modèle historique et enjeux actuels. », ALASS, Atelier ALASS sur l'hospitalisation à domicile, 3 juillet 2015, Bruxelles, disponible sur Internet : <www.alass.org/cont/talleres/atelier-hospitalisation-doc_4.pdf>, (consulté le 24/08/2015).

Debeaupuis (Jean). « Propos introductifs », FNEHAD, XVIIIème journée nationale de l'HAD, 3 décembre 2014, Paris, disponible sur Internet : < http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had,12379.html>, (consulté le 24/08/2015).

Prade (Isabelle). « L'hospitalisation à domicile : quelles priorités pour la politique nationale ? » [Enregistrement vidéo le 21 mai 2014]. In : Dailymotion. Salon Santé Autonomie. [52:56]. Disponible sur : <http://www.dailymotion.com/video/x20k9zr_l-hospitalisation-a-domicile-quelles-priorites-pour-la-politique-nationale_news> (consulté le 06/08/2015).

Pulik (Marc). « Vers une HAD revisitée », Conférence des présidents de CME de CH d'Ile de France, 27 janvier 2015, Paris.

Pulik (Marc). « L'hospitalisation à domicile en Ile de France : état des lieux et nécessaires adaptations. », Deuxième journée des présidents de CME de CH d'Ile de France, 1er octobre 2015, Paris.

Sites Internet

Agence régionale de santé d'Ile-de-France. *Hospitalisation à domicile : l'ARS se mobilise.* [visité le 03/08/2015], disponible sur Internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Hospitalisation-a-domicile-1.182718.199.html>.

FNEHAD. *La qualité de l'hôpital, le confort de sa maison.* [visité le 24/03/2015], disponible sur Internet : http://www.fnehad.fr/

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, *L'hospitalisation à domicile (HAD) : espace documentaire, juridique et professionnel*. [visité le 06/08/2015],

disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had-espace-documentaire-juridique-et-professionnel.html>.

Documents internes

Agence régionale de santé d'Ile-de-France. « COPIL HAD. Réunion du 28 mai 2015 ». Présentation power point. 60 p.

Agence régionale de santé d'Ile-de-France. « Compte-rendu COPIL HAD. Réunion du 28 mai 2015 ».4 p.

Capgemini. « Que nous dit l'analyse du taux d'occupation, de la durée moyenne de séjour et du potentiel de virage ambulatoire au CHV ? ». Séminaire du CHV du 4 septembre 2015. Présentation power point. 12 p.

FHF. « L'Hospitalisation à domicile (HAD), une opportunité stratégique pour les établissements publics de santé. ». Mail adressé aux chefs d'établissements et présidents de CME. 29/052015, 1 p.

FHF Ile-de-France. « Bascule ambulatoire dans le cadre de la révision du SROS ». Courrier adressé à l'ARS IDF le 04/12/2015, 2 p.

Liste des annexes

Annexe 1 – Liste des personnes interviewées

Annexe 2 – Présentation synthétique du CHV

Annexe 3 – Méthodologie

Annexe 4 – Extrait de l'Arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

Annexe 1 – Liste des personnes interviewées

Anne AVALE, Cadre supérieur coordonnateur du pôle plateaux ressources rééducation réadaptation dans et hors les murs (P3R), Hôpitaux de Saint Maurice

Laure COM-RUELLE, Directeur de recherche, IRDES

Marc DACLIN, Directeur des opérations, GHT Yvelines-Nord

Pierre DE MONTALEMBERT, délégué régional adjoint, FHF IDF

Malika EL ATTAR, Cadre supérieur de santé, CH René Dubos de Pontoise

Pierre FOUCAUD, Président de CME, CHV

Nicolas GANDRILLE, Médecin des relations extérieures et du développement, Fondation Santé Service

Eric GINESY, Délégué national, FNEHAD

Sandra GOMEZ, Chef de projet médico-économique, FHF

Catherine GUATTERIE, Directeur adjoint – chargé des relations extérieures et du développement, Fondation Santé Service

Brigitte KERIGNARD, cadre paramédical du pôle CANDEUR, CHV

Mehrsa KOUKABI, Chef de service des urgences, CHV

Brigitte LEMAIRE, Médecin DIM, CHV

Marina MARTINOWSKY, Référent thématique hospitalisation à domicile – maladies rares – diagnostic génétique post-natal, ARS IDF

Typhaine MOGUEROU, Chargée de mission au bureau R4 (Prises en charge post aigües, pathologies chroniques, santé mentale), DGOS

Sébastien MONNIER, Praticien hospitalier en médecine interne, CHV

Fernando PICO, Chef de service de neurologie, CHV

Isabelle PRADE, Cheffe du bureau R4 (Prises en charge post aigües, pathologies chroniques, santé mentale), DGOS

Maud ROBERT, Chargée de mission, FNEHAD

Philippe ROUSSELOT, Chef de service d'hémato-oncologie, CHV

Philippe SOULIE, délégué régional, FHF IDF

Annexe 2 – Présentation synthétique du CHV

Le Centre Hospitalier de Versailles (CHV) est un hôpital général parmi les plus importants d'Ile-de-France. Il offre l'ensemble des soins nécessaires à la mère et l'enfant, l'adulte et la personne âgée. Il est composé de 15 structures de santé et dispose de 762 lits et places dont :

- 468 lits de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)
- 44 places d'hôpital de jour (HDJ) MCO
- 45 lits de psychiatrie
- 8 places d'HDJ psychiatrie
- 54 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- 8 places d'HDJ SSR
- 135 lits d'EHPAD

Le CHV présente une orientation forte vers l'enseignement et la recherche. Quatre services sont universitarisés et intègrent des professeurs des universités – praticiens hospitaliers.

Le CHV se positionne comme un hôpital d'urgence et de proximité. L'activité du service d'accueil des urgences adultes et enfants (SAU) dénombre près de 75 000 passages en 2014. Ce service connaît une très forte augmentation d'activité depuis 2010. Cette progression est d'autant plus marquée depuis l'ouverture des nouveaux locaux en février 2012.

Le territoire de santé sur lequel se situe le CHV correspond au département des Yvelines. Ce territoire se caractérise par une forte densité de population (614hab/m²) pour 1,4 million d'habitants. 12,7% de la population a plus de 65 ans ; 6% plus de 75 ans.

Le CHV se situe par ailleurs dans un environnement concurrentiel puisque l'on comptabilise sur le territoire :

- 14 établissements publics de santé
- 12 établissements privés d'intérêt collectif
- 23 établissements privés.

Après une dizaine d'années marquées par de nombreux investissements, une forte progression d'activité mais aussi une hausse des dépenses proportionnellement plus importante, le CHV est entré en 2015 en plan de retour à l'équilibre (PRE) et sera suivi en comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins

hospitaliers (COPERMO) à partir de mars 2016. Le taux de marge brute atteint ainsi 1.4% en 2014.

Alors que le projet d'établissement 2011-2015 avait posé comme objectif de moderniser l'établissement, un coup d'arrêt a été mis aux travaux d'investissement. Seuls les chantiers concernant l'opération Maternité/Néonatologie/Scintigraphie/Coronarographie continuent ; les projets de nouveaux travaux ont été gelés.

Enfin, le CHV est engagé dans une politique de coopération dynamique avec plus de 320 conventions actives signées avec 180 partenaires. Le CHV est en particulier porteur du groupement de coopération sanitaire des Yvelines sud dont l'objectif est de faciliter les parcours de soins des patients sur le territoire, en lien avec la médecine de ville (avec le CH de Rambouillet), et du réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines sud (RPSM 78).

De plus, le CHV s'est lancé début 2015 dans l'écriture d'un projet médical partagé avec le CH de Rambouillet en vue de la préparation du groupement hospitalier de territoire.

Annexe 3 – Méthodologie

La méthodologie employée pour la réalisation de ce mémoire s'est appuyée sur la mission définie au cours de mon stage pour laquelle j'étais positionnée - compte tenu de l'aspect stratégique du dossier - en copilotage avec la chef d'établissement. L'avancée du dossier et du mémoire a été étroitement liée au calendrier de la fenêtre d'ouverture des autorisations d'HAD (refus de l'ARS de communiquer avant le 1er juillet 2015) et au rythme des réunions animées par la directrice du CHV : réunions en avril, juillet et octobre 2015.

1. Recherche bibliographique

Dans un premier temps, une recherche bibliographique sur le sujet s'est avérée nécessaire pour mieux comprendre le fonctionnement et l'organisation d'une prise en charge en HAD. Celle-ci comprenait en particulier les conditions techniques de fonctionnement d'une telle structure et les différentes circulaires sur le sujet. Cette recherche bibliographique a été complétée par différents entretiens - en particulier de cadres soignants en charge de structures d'HAD - afin d'appréhender la réalité et les particularités de cette prise en charge. Cette partie a été compliquée et rallongée par le fait qu'aucun acteur en interne à l'établissement ne disposait des connaissances et compétences en la matière.

2. Diagnostic de l'existant et des besoins

Ensuite un diagnostic de l'existant et des besoins a été réalisé.

Cet état des lieux est parti de différents entretiens :

- auprès de l'agence régionale de santé qui était la première demandeuse de ce développement du recours à l'HAD (Dr. Martinowsky),
- des acteurs de l'établissement (membres de l'équipe de direction, président de CME, direction des soins, chefs de pôles et chefs de service, cadres paramédicales de pôles, médecin DIM),
- de la Fondation Santé service,
- du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes (Mme Prade).

Par ailleurs, des indicateurs ont été définis et analysés. Les données fournies par l'ARS ont été confrontées aux informations de l'établissement et de la Fondation Santé Service. Un travail d'analyse des recours existant à l'HAD au CHV a été réalisé grâce à la

participation de la Fondation Santé Service (le mode de sortie HAD n'est jamais codé au sein de l'établissement).

Un bilan de l'offre existante au sein du CHV, de ses points forts (en particulier auprès du service d'hémato-oncologie qui fait régulièrement appel à l'HAD) et de ses points faibles a été réalisé.

Les besoins des services volontaires de l'hôpital ont également être recensés. La possibilité d'une prise en charge en HAD à partir du service des urgences a particulièrement été étudiée.

La dernière étape du diagnostic, à savoir s'intéresser aux besoins du territoire, à travers ceux des membres du GCS, ainsi que de l'hôpital intercommunal de Poissy Saint Germain, n'a pas pu aboutir faute de temps.

3. Retours d'expériences

Parallèlement, un benchmark a été réalisé afin d'enrichir la réflexion. Deux expériences franciliennes ont fait l'objet d'une étude particulière : celle du CH de Pontoise et celle des hôpitaux de Saint Maurice.

Les points de vue de la Fédération Nationale des Etablissements d'HAD (FNEHAD) et de la Fédération Hospitalière de France (FHF) ont été sollicités.

La question du fonctionnement de l'HAD à l'étranger initialement envisagée (pays scandinaves et Canada en particulier) n'a pas pu être creusée.

4. Analyse médico-économique et détermination de la bonne réponse au besoin

Enfin une analyse médico-économique ciblée sur le service d'hématologie-oncologie et les consolidations de leucémies aiguës a permis de confirmer les facteurs de réussites et les potentiels blocages au sein du CHV et de déterminer la meilleure réponse au besoin. Cette étude a permis de déterminer les gains attendus sur le développement de l'HAD.

La possibilité de mettre en place un HAD *ex nihilo* de la part du CHV a été exclu à court terme car cette solution semblait mise de côté par la direction de l'établissement compte tenu du manque de compétences et de moyens pour mettre en place une activité entièrement nouvelle.

La pertinence de développer de nouveaux partenariats avec les HAD existantes a été exploré.

Enfin, les spécialités sur lesquelles développer le recours à l'HAD ont été définies.

Annexe 4 – Extrait de l'arrêté du 4 mars 2015

Annexe 4 – Extrait de l'Arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

ANNEXE I

TARIFS DES GHS ET DES SUPPLÉMENTS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ MENTIONNÉS AUX A, B ET C DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

I. - Les tarifs des forfaits GHS et des montants des extrêmes haut (EXH) et extrêmes bas (EXB) sont fixés comme suit :

GHS	GHM	LIBELLE	BORNES basses	BORNES hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
6483	17M051	Chimiothérapie pour leucémie aiguë, niveau 1	2	8	2 496,66		883,95	360,31
6484	17M052	Chimiothérapie pour leucémie aiguë, niveau 2		23	8 011,00			357,7
6485	17M053	Chimiothérapie pour leucémie aiguë, niveau 3		28	11 437,30			313,43
6486	17M054	Chimiothérapie pour leucémie aiguë, niveau 4	11	65	23 034,35	11 597,05		662,88

GROLLEAU	Marie-Victoire	Décembre 2015

Filière Directeurs d'hôpital

Promotion 2014-2016

Quelle stratégie pour développer le recours à l'hospitalisation à domicile ? L'exemple du CH de Versailles

Résumé **:**

Considérée à partir de 1991 comme une alternative à l'hospitalisation, la loi HPST a reconnu l'hospitalisation à domicile (HAD) comme une hospitalisation à part entière. Dans un contexte de transition épidémiologique marqué par de très fortes contraintes économiques, le développement de l'HAD est envisagé par les pouvoirs publics comme un moyen d'améliorer le parcours du patient - et ainsi faire en sorte que celui-ci ait accès à la prise en charge la plus pertinente et la plus efficiente à chaque moment de sa maladie – et de réduire les dépenses d'assurance maladie.

Ce mémoire reprend le processus de réflexion d'un établissement public de santé sans service d'HAD propre, en s'interrogeant sur les avantages qu'il peut tirer à développer le recours à ce type de prise en charge, et en analysant en quoi cette dernière peut constituer un levier d'action adapté pour répondre aux contraintes de l'hôpital public aujourd'hui. L'avantage de l'HAD ne réside-t-il que dans la réduction de durée de séjours hospitaliers ? En quoi engager une réflexion sur l'HAD permet-il de repenser l'organisation de l'hôpital public ?

Initialement impulsée par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, une véritable dynamique est à l'œuvre pour faire bouger les stéréotypes sur l'HAD et développer les partenariats entre opérateurs historiques et centres hospitaliers.

Mots clés **:**

Hospitalisation à domicile, HAD, DMS, centre hospitalier de Versailles, PRE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.