

## **Chapitre IX**

### **L'hospitalisation à domicile**



---

**PRESENTATION**

---

*L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge original qui permet à un malade atteint de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier chez lui de soins médicaux et paramédicaux coordonnés que seuls des établissements hospitaliers peuvent lui prodiguer.*

*Elle s'est développée en France à partir de 1957 en s'inspirant directement de l'expérience américaine de prise en charge à domicile de patients le plus souvent atteints de cancer<sup>308</sup>. L'HAD a fait l'objet d'une première reconnaissance dans les textes avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Elle est ensuite définie comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle par la loi de 1991 portant réforme hospitalière. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 en fait au contraire une modalité d'hospitalisation à part entière tandis que les structures d'HAD deviennent des établissements de santé.*

*Le champ de l'hospitalisation à domicile s'étend désormais aux trois secteurs de l'activité hospitalière : médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Son intervention a aussi été élargie, au-delà du domicile personnel, en 2007 aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, puis, en 2012, à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment pour les personnes en situation de handicap.*

*L'HAD ne constitue qu'une part minime de l'activité hospitalière. Avec 3 700 000 journées d'hospitalisation en 2011 correspondant à près de 98 000 patients et 145 000 séjours, elle ne représente que 0,6 % de l'ensemble du court séjour. En 2011, ses dépenses s'élèvent à 771 M€, soit moins de 1 % de l'ONDAM hospitalier et de 0,5 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.*

*Pour autant, l'HAD est le premier essai d'un décloisonnement du système de santé, à la croisée du sanitaire et du médico-social et à la charnière entre le secteur hospitalier et les soins en ville. La Cour a cherché à apprécier l'apport de ce mode très spécifique de prise en charge,*

---

308. Cette expérience est née au Montefiore Hospital de New York après la seconde guerre mondiale pour permettre à des patients de poursuivre des soins de type hospitalier à domicile.

au regard de l'enjeu qui s'attache pour les années à venir à l'organisation des parcours de soins<sup>309</sup>.

Alors que cette offre de soins demeure encore marginale et sa spécificité mal reconnue (I), étayer sa légitimité passe par une clarification de ses missions et de ses conditions d'intervention et un approfondissement de son intérêt médico-économique (II).

---

## I - Une place marginale et mal reconnue

L'hospitalisation à domicile se caractérise par la nature et l'intensité des soins qu'elle assure, de type hospitalier, par son rôle de coordination de multiples professionnels au chevet du patient, et par la pluridisciplinarité et la complémentarité de ces derniers. Malgré l'augmentation du nombre de structures, à partir des années 1990, puis à nouveau à partir de 2005 lors de l'introduction de la tarification à l'activité dans ce secteur, son développement reste limité et sa singularité parfois mal identifiée.

### A – Des soins complexes, assurés par des structures hétérogènes

#### 1 – Une prise en charge destinée à des soins complexes

Tous les domaines couverts par la médecine hospitalière (médecine, chirurgie en dehors des actes opératoires, obstétrique, cancérologie, soins de suite et de rééducation, psychiatrie) peuvent faire l'objet d'une prise en charge en HAD, de même que tous les établissements de santé peuvent avoir une activité d'HAD. Cette définition confère à l'HAD son caractère polyvalent et généraliste, son champ d'intervention étant seulement délimité par le fait qu'elle ne doit pas se substituer à la médecine ambulatoire.

---

309. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, Tome I, chapitre 3 : le médecin traitant et le parcours de soins coordonné, une réforme inaboutie, La Documentation française, février 2013, p.187-218, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

### Une prise en charge spécifique

Elle s'adresse à des patients nécessitant des soins ponctuels, techniques et complexes (exemple : chimiothérapie) ; des soins continus, associant des soins techniques, des soins infirmiers d'hygiène et de confort, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime ; des soins de réadaptation au domicile, après la phase aiguë d'une pathologie.

Elle s'effectue au domicile du patient c'est-à-dire à l'endroit où il réside habituellement (logement mais également établissement social et médico-social). Le domicile doit répondre à un certain nombre de conditions d'accessibilité et d'hygiène appréciées par l'équipe chargée de l'admission de même que l'environnement social et familial. La présence et la disponibilité d'aidants, le plus souvent issus de l'entourage familial, est essentielle.

Dans tous les cas, la prise en charge est prescrite par un médecin, hospitalier ou de ville ; elle fait appel à des intervenants médicaux et para médicaux - infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues - dont l'intervention est coordonnée par la structure d'HAD ; la prise en charge médicale est assurée par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD.

L'HAD se différencie d'autres modes de prise en charge à domicile principalement par l'intensité et la complexité des soins ainsi que la nécessité d'une coordination souvent complexe entre un nombre important d'intervenants.

Les motifs de prise en charge principaux sont les soins palliatifs (27,6 %), les pansements complexes (21,8 %), la nutrition entérale (7,2 %) et les soins infirmiers lourds (6,8 %) <sup>310</sup>. La durée moyenne de séjour est de 25,2 jours (en augmentation chaque année depuis 2007 où elle était à 22,2 jours). L'âge moyen des patients est de 63,8 ans (contre 62,3 en 2007). La part des séjours consacrés aux personnes âgées augmente de fait régulièrement et est passée de 37,9 % en 2007 à 40,1 % en 2011. La durée moyenne de séjour pour ces patients âgés, de 39,2 jours, est sensiblement à la moyenne.

Les patients admis en HAD viennent principalement des services de court séjour des hôpitaux et restent après cette prise en charge à plus de 60 % à leur domicile, ce qui fait de l'HAD un maillon important entre l'hospitalisation conventionnelle et une prise en charge par des

---

310. Données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir du nombre de journées d'hospitalisation en HAD en 2011. Les soins infirmiers lourds, appelés « nursing lourds » dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), sont définis comme « une prise en charge quotidienne supérieure à deux heures chez des malades dépendants ou très dépendants ».

professionnels de ville. Un peu plus d'un cinquième des patients (21,6%) ont fait plus d'un séjour en HAD dans l'année en 2010, témoignant du fait que les allers et retours entre différentes modalités de prise en charge ne sont pas rares, notamment en cancérologie et pour les personnes âgées.

Les études menées sur la satisfaction des patients, que ce soit en France ou à l'étranger, concluent que ce mode de prise en charge est très apprécié de leur part. Ce succès repose en partie sur les aidants qui doivent assurer une présence continue, ainsi qu'une partie de l'accompagnement et la participation aux soins.

## 2 – Des structures très diversifiées

Les structures d'HAD diffèrent considérablement par leurs statuts, leur taille, leurs implantations, leur situation financière, leur mode d'organisation ainsi que leur profil d'activité. Deux structures, implantées en Île-de-France, l'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et santé service réalisent près de 20 % de l'activité nationale.

Le secteur public et le secteur privé non lucratif occupent désormais une place équivalente (42 %) en nombre d'établissements mais très différente en termes d'activité : le secteur privé à but non lucratif réalise 62 % du nombre de journées. Le secteur privé lucratif est beaucoup moins présent sur ce champ.

Deux modes d'organisation très différents se constatent : les établissements qui fonctionnent de manière autonome et ceux rattachés à un établissement de santé. Parmi les 293 structures recensées en 2010, les 121 HAD publiques étaient toutes rattachées à un établissement et les 43 structures privées lucratives dans près de deux tiers des cas. Les 101 structures associatives privées à but non lucratif sont en revanche majoritairement autonomes, à l'instar de « santé service » (Île-de-France) et « soins et santé » (Lyon). D'autres, parmi lesquelles la Croix Saint-Simon (Paris), Nice et région et Bagatelle (Bordeaux) sont rattachées à un établissement de santé privé d'intérêt collectif.

### *a) Les HAD autonomes*

Si la majorité des HAD sont de petite taille (moins de 30 places) et rattachées à un établissement de santé, les HAD « autonomes » créées et portées par une association, une fondation ou une mutuelle sont souvent de taille plus importante.

**Une structure autonome : santé service**

Santé service, avec 1 200 places et 440 812 journées d'hospitalisation en 2012 occupe, avec 11 % de l'activité nationale, la première place en France et couvre l'ensemble de l'Île-de-France. À titre de comparaison, cette activité est plus de deux fois supérieure à l'activité de médecine réalisée par le groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière à Paris.

Les pansements complexes, les soins palliatifs et la chimiothérapie sont les trois activités principales de cet établissement (respectivement de 28,5 %, 22,4 % et 15,1 % des journées). 800 salariés, majoritairement du personnel soignant, ainsi que la collaboration de 1 210 infirmières libérales sont nécessaires à la réalisation de l'activité, ainsi qu'au fonctionnement du centre de formation et des trois services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de l'établissement.

Si l'HAD autonome bénéficie d'une plus grande souplesse dans son organisation et pour la mise en œuvre d'une coordination médico-sociale, elle doit construire des liens avec les établissements de santé et les médecins prescripteurs et gagner la reconnaissance de la qualité hospitalière des soins qu'elle assure et de sa réactivité.

*b) Les HAD hospitalières.*

La création d'une HAD rattachée à un établissement de santé trouve souvent son origine dans la nécessité de faciliter la sortie des patients hospitalisés dans des services hospitaliers conventionnels. Une HAD hospitalière tire avantage de sa proximité avec l'établissement de rattachement en termes de relations avec les médecins hospitaliers et de mutualisation des fonctions support.

**Une structure rattachée à un CHU : holidom à Lille**

Holidom est une HAD de création relativement récente (2009), rattachée au CHU de Lille. Avec 58 places ouvertes actuellement (30 places adultes, 20 places en périnatalité, 8 places en pédiatrie/néonatalogie et 18 204 journées en 2012), elle a une activité fortement marquée par son rattachement hospitalier, en lien étroit avec la maternité Jeanne de Flandre et le service de néonatalogie. L'HAD accueille deux internes en médecine générale de dernier semestre, et bientôt un interne en pédiatrie.

## B – Un développement limité

Bien que l'HAD n'ait pas vocation à se substituer de manière importante à l'hospitalisation avec hébergement, les expériences étrangères les plus abouties montrent qu'elle peut représenter jusqu'à 5 % des hospitalisations<sup>311</sup>.

### Les expériences étrangères

L'analyse des exemples étrangers met en évidence des pratiques variables d'un pays à l'autre.

En Europe, c'est au Royaume-Uni que les soins à domicile ont été développés le plus précocement, dans le contexte des années 1985-1995, qui ont vu une réduction des capacités et de la durée moyenne de séjour en soins aigus de près de moitié (de 9,3 à 5 jours). La notion de soins de type hospitalier n'est pas complètement comparable au dispositif français car elle recouvre aussi bien ce qui est désigné sous le nom de « soins intermédiaires » (« *intermediate care* »), plutôt rattachés au système de santé primaire, que des soins spécialisés au cours d'une hospitalisation conventionnelle. Dans le premier cas, le médecin référent est le généraliste (« GP »), dans le second cas, le spécialiste hospitalier (« consultant »). En Espagne, des activités hospitalières à domicile se sont également mises en place, ainsi à l'hôpital universitaire de Barcelone pour des patients hospitalisés aux urgences et en gériatrie.

Ailleurs, c'est en Australie, que l'offre de soins alternative à l'hospitalisation classique occupe dans certains États une part importante, notamment dans l'État de Victoria. En 2001, le pourcentage d'hospitalisations à domicile y représentait 4,6 % du nombre total d'hospitalisations ; en 2008, 5 %. Au Canada, deux provinces ont développé une prise en charge de type hospitalier à domicile, le Nouveau Brunswick et la Nouvelle Écosse. Aux États-Unis, les expériences développées dans le cadre du système de santé des Vétérans, s'adressent essentiellement à des patients aigus passés par les urgences. Dans ce modèle, l'hospitalisation à domicile se met en place à partir des « lits d'accueil aux urgences », une fois le patient stabilisé, et permet d'éviter l'hospitalisation.

De ces expériences étrangères, on peut retenir :

- une démarche tendant à différencier les patients aigus et les patients chroniques, les premiers étant plutôt pris en charge par des structures qui sont une émanation de l'hôpital, avec du personnel dédié, et en particulier des interventions en aval des urgences, mode d'entrée qui n'est pas développé en France ;

311. Ces comparaisons doivent toutefois être interprétées avec une certaine prudence. L'organisation de l'hospitalisation à domicile et le degré de spécialisation de ses prises en charge peuvent varier selon les pays.

- une distinction moins nette entre les différents niveaux de soins à domicile, favorable à une approche fondée sur une graduation des soins.

Parmi les différences notables avec la France, le développement des soins à domicile dans les contextes anglo-saxons s'appuie sur une intégration forte avec le système de santé primaire et repose sur des répartitions de compétences entre professionnels faisant une plus large part aux infirmières.

En France, à partir des années 2000, plusieurs instructions du ministère de la santé ont encouragé le développement de l'HAD sans toutefois s'appuyer sur une estimation documentée des besoins ou une stratégie à moyen terme. Les larges possibilités de recours ouverts par les textes et les mesures incitatives des pouvoirs publics, avec notamment la suppression, en 2003, du « taux de change » qui imposait la transformation de deux lits d'hospitalisation avec hébergement pour toute ouverture de place en HAD, n'ont cependant permis qu'un développement plus modeste que celui parfois constaté à l'étranger.

De 2005 à 2007, le secteur a connu sa croissance la plus importante, avec une augmentation de 47 % pour atteindre 8 000<sup>312</sup> places fin 2007. Puis son expansion s'est progressivement ralentie. Entre 2008 et 2010, sa progression globale est encore nettement supérieure à 15% mais elle n'atteint plus que de 7 % entre 2010 et 2011.

En 2011 le nombre de places effectivement opérationnelles en HAD se situe autour de 12 000, encore loin de l'objectif de 15 000 places ouvertes prévu en 2006 par les pouvoirs publics pour 2010<sup>313</sup>. Cette situation résulte de plusieurs causes.

### 1 – Un défaut de pilotage d'ensemble

Le ministère de la santé a estimé les besoins à 30 ou 35 patients par jour pour 100 000 habitants en se fondant pour l'essentiel sur les retours d'expérience de territoires dans lesquels l'offre en HAD semble la plus structurée et la mieux coordonnée avec le tissu hospitalier. Cette cible proposée, considérée comme réaliste, est celle d'un doublement de

---

312. La lettre de l'observatoire économique, social et financier, n° 9, *L'essor de l'hospitalisation à domicile*, mars avril 2009, fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

313. Si les données de la statistique d'activité des établissements font état de 17 000 places autorisées, dont une centaine en psychiatrie, le nombre de places considérées comme opérationnelles est très inférieur. Selon l'IGAS, en 2009 près de 20 % des autorisations n'avaient pas été mises en œuvre.

l'activité sur la période 2011 - 2018, ce qui permettrait d'atteindre 1,2 % du nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète.

L'effort proposé qui paraît volontariste ne se fonde cependant pas sur une analyse assez documentée des possibilités de substitution à l'hospitalisation complète. Comme en témoigne la révision de ces objectifs, l'HAD s'est développée sans stratégie globale et sans cadrage national suffisamment rigoureux.

En attestent aussi les disparités régionales importantes qui se constatent. Le taux de recours à l'HAD varie considérablement d'une région à l'autre. S'il se situe en moyenne autour de 5 800 journées par 100 000 habitants au niveau national, il reste inférieur à 4 000 dans cinq régions (Lorraine, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne et Haute-Normandie) tandis qu'il dépasse 10 000 en Corse. À l'intérieur d'une même région, les disparités entre départements peuvent être marquées. Certaines zones du territoire, notamment rurales, sont, dans la pratique, peu desservies. Cette hétérogénéité s'explique notamment par l'inégale importance des structures d'HAD et leur implantation encore très récente dans certains départements, à la fois cause et conséquence de différences de prescription significatives.

Les directives relatives à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins-projets régionaux de santé (SROS-PRS) qui ont été adressées aux agences régionales de santé sont demeurées cependant assez générales en ce domaine et n'ont pas fixé d'objectifs de diminution de ces écarts. Dans ce contexte, les ARS développent leur stratégie propre.

#### **Des stratégies différentes pour les ARS**

L'ARS Île-de-France se donne pour objectif la création de places supplémentaires pour atteindre un taux de recours de 24 patients par jour et pour 100 000 habitants en cinq ans, sur la base d'une évaluation des besoins croissants, en particulier pour les malades chroniques et les personnes âgées. Elle cible plus spécifiquement le développement de l'HAD dans certains domaines : la rééducation, la pédiatrie, l'ouverture au champ médico-social et la psychiatrie.

L'ARS Rhône-Alpes met l'accent sur le développement de la couverture territoriale sans création de nouvelles structures, en s'appuyant sur la télémédecine, l'amélioration de la fluidité des parcours patients, et la communication vis-à-vis des professionnels libéraux et hospitaliers.

L'ARS Pays de la Loire a fait un choix différent, sans volet spécifique à l'HAD dans son SROS, mais en intégrant cette prise en charge dans les différents thèmes, privilégiant ainsi une approche intégrée.

L'ARS Nord – Pas-de-Calais a établi des orientations pour le SROS couvrant l'ensemble des champs d'intervention de l'HAD : soutien aux prises en charge innovantes (rééducation, psychiatrie, télé-médecine), développement de l'HAD dans les établissements médico-sociaux et élaboration d'outils destinée à faciliter la coordination entre HAD et structures médico-sociales.

## 2 – Une position souvent en retrait des professionnels de santé

La prise en charge d'un patient en HAD est la résultante d'interactions entre plusieurs acteurs de santé au niveau de la prescription, de la prise en charge et du suivi.

### *a) Des professionnels de santé libéraux trop peu mobilisés*

Les professionnels libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) sont impliqués à plusieurs titres pendant une hospitalisation à domicile et souvent après. C'est sur les médecins généralistes que reposent en grande partie le choix et la réussite de la prise en charge. En pratique, ils se révèlent difficiles à mobiliser.

Si la prescription d'une hospitalisation à domicile, initialement réservée aux médecins hospitaliers, a été élargie aux médecins libéraux en 1992<sup>314</sup>, ces derniers prescrivent de fait encore trop rarement sa mise en place. Malgré l'augmentation du nombre de prescriptions des médecins généralistes, ce mode d'entrée reste minoritaire en proportion. Leur part a même diminué, passant entre 2007 et 2011 de plus de 39 % à 29 %, même s'il est légèrement supérieur pour les patients de plus de 75 ans (34,16 % en 2011 contre 39,11 % en 2007).

Lorsque l'HAD est prescrite par un praticien hospitalier, l'hospitalisation ne peut aboutir que si le médecin traitant accepte d'assurer la prise en charge médicale, rôle que selon les textes il est le seul à pouvoir assurer. En pratique, les médecins traitants sont souvent réticents à s'engager dans une HAD, par méconnaissance du dispositif, scepticisme par rapport à sa valeur ajoutée et crainte des contraintes

---

314. Décret du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation et aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins.

associées selon les rares études sur ce point<sup>315</sup>. La question de la rémunération, actuellement le tarif d'une visite, apparaît également comme un frein : elle est considérée comme insuffisante au regard du temps passé, plus important que pour les autres patients (visites à domicile plus fréquentes et plus longues, temps de coordination avec les autres intervenants, etc.). La mise en place de nouveaux modes de rémunérations dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention médicale<sup>316</sup> pourrait cependant permettre une meilleure prise en compte de la participation des médecins traitants à la prise en charge en HAD.

*b) Des praticiens hospitaliers souvent mal informés*

La prescription hospitalière reste le mode d'entrée dominant en HAD (67 % des entrées en 2011), essentiellement depuis le court séjour, seules 2,6 % des entrées étant en provenance de services de soins de suite et de réadaptation. Les médecins hospitaliers connaissent pourtant souvent mal l'HAD et cette prescription reste très liée à certains praticiens : peu de services hospitaliers ont systématiquement intégré la sortie en HAD parmi les possibilités d'aval, à l'exception des régions qui ont déployé des outils d'aide à l'orientation des patients intégrant ce mode de prise en charge<sup>317</sup>.

*c) Des établissements médico-sociaux confrontés à des difficultés*

Les admissions à partir d'établissements médico-sociaux ont connu une montée en charge régulière mais lente. Initié en 2008 avec 748 patients et plus 34 000 journées d'activité, ce mode d'entrée a concerné en 2011 4 170 patients provenant de 229 établissements et généré près de

---

315. Thèse pour le doctorat en médecine, Ioana Cucuteanu Muller, faculté de médecine de Nancy, *Implication des médecins généralistes dans l'HAD dans l'ouest vosgien*, 12 décembre 2011. Etude effectuée par Kantar Health pour le compte de santé service *Freins et motivations des médecins généralistes à l'HAD*, décembre 2009. Ministère de la santé et des sports et SANESCO, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, 2011

316. Avenant du 26 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, du 26 juillet 2011.

317. L'outil d'aide à l'orientation des patients le plus utilisé est « Trajectoire ». Initialement développé dans la région Rhône-Alpes, il a pour objectif de faciliter le circuit des patients entre les services de court séjour et les services de SSR. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de rééducation, La Documentation française, septembre 2012, p. 339-369, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

137 000 journées (soit 3,5 % du total des journées en 2011 et moins de 9 % des journées dédiées à la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus).

Il est difficile en l'état actuel de mesurer la part d'hospitalisations raccourcies ou évitées, ce qui devrait constituer un des principaux objectifs de l'HAD dans ce contexte : outre les faibles nombres de patients concernés, on ne dispose pas de données sur les taux et les motifs d'hospitalisation propres aux résidents provenant d'un EHPAD<sup>318</sup>. Les différents acteurs mettent en avant plusieurs obstacles au développement de cette prise en charge : la liste limitative des indications<sup>319</sup>, la minoration de la tarification<sup>320</sup>, la complexité administrative et des freins de nature culturelle tenant notamment à la méconnaissance de ce type de prise en charge par les médecins coordonnateurs.

La mise en place de l'HAD en établissement accueillant des personnes handicapées suscite des attentes fortes, notamment dans le domaine de l'accompagnement de personnes, qui, outre des handicaps lourds, sont également atteintes de pathologies chroniques, et dont la prise en charge de la fin de vie gagne à être organisée dans le cadre de leur environnement habituel<sup>321</sup>. Une évaluation nationale relative à ce mode d'intervention au sein des établissements à caractère social ou médico-social doit être organisée à l'initiative du ministère.

### C – Un périmètre d'intervention mal reconnu

En l'absence de référentiels précis en matière de recours à l'HAD, il existe des risques de recouvrement de champ avec d'autres modes d'intervention à domicile, d'autant que la définition des différents types de soins en HAD telle qu'établie par une circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 reste floue.

---

318. Un outil, « RESID-EHPAD », est déployé depuis 2012 par la CNAMTS afin d'homogénéiser, systématiser et consolider la transmission d'informations relatives aux consommations de « soins » des résidents, mais les premières analyses sur les coûts des soins des établissements ne sont pas encore connues.

319. Arrêté du 24 mars 2009 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD de résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

320. Une minoration de 13 % des tarifs est appliquée pour les interventions en EHPAD pour tenir compte du « forfait soins ».

321. Cf. Pascal Jacob, *Pour la personne handicapée : un parcours de soins sans rupture d'accompagnement, l'hospitalisation au domicile social ou médico-social*, février 2012 (rapport remis au secrétariat d'État en charge de la santé et au secrétariat d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale).

## **1 – Des zones frontières avec les services de soins infirmiers à domicile**

Dans le développement des prises en charge à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>322</sup> tiennent une place considérable, avec plus de 2 000 structures correspondant à plus de 100 000 places installées.<sup>323</sup>

En principe, les prises en charge en HAD - structures sanitaires - et en SSIAD - structures médico-sociales - sont destinées à des patients différents par leurs besoins en soins. Les pathologies sont le plus souvent chroniques et l'objectif des SSIAD est d'apporter des soins infirmiers, sans actes techniques d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, et de maintenir l'autonomie des personnes en situation de dépendance à leur domicile. Cette distinction est cohérente avec les différences de coût observées : le coût moyen journalier d'une place en HAD est évalué entre 140 et 145 € contre 70 € pour les patients les plus lourds accueillis dans les SSIAD<sup>324</sup>.

Dans la réalité, pour certains patients, en faible nombre toutefois, les frontières entre HAD et SSIAD sont parfois floues. S'agissant des personnes âgées, les deux types de prises en charge peuvent être amenés à se succéder, tandis que certains patients se retrouvent dans une zone non « couverte » (les patients dits « trop lourds » pour le SSIAD et « trop légers » pour l'HAD).

## **2 – Les programmes de retour à domicile de la CNAMTS**

La CNAMTS a mis en place à titre expérimental en 2010 un programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) sur le champ de la maternité, pour les accouchements physiologiques, en réponse à la tendance générale d'un raccourcissement des durées

---

322. Les services de soins infirmiers à domicile sont définis comme des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base.

323. Une enquête de la DREES publiée en septembre 2010 fait état pour 2008 de 2 095 SSIAD disposant de 106 000 places prenant en charge annuellement 98 000 personnes.

324. Les patients en service de soins infirmiers à domicile : le coût de leur prise en charge et ses déterminants, sous la direction de Karine Chevreul, Unité de Recherche en Economie de la santé Île de France, DGCS, 2009.

d'hospitalisation. Cette prise en charge avait pendant un temps été développée par certaines HAD. En développant son programme, la CNAMTS estime que ce service permet de proposer aux mères une prise en charge à domicile moins coûteuse que l'HAD (370 € par séjour contre environ 107 € pour les deux visites de sages-femmes)<sup>325</sup>.

Il existe cependant un consensus pour considérer désormais que le post-partum physiologique ne relève pas de l'HAD, cette prise en charge ne nécessitant pas des soins techniques complexes. Elle est d'ailleurs marginale aujourd'hui puisqu'elle représente moins de 1 % (0,78 %) de l'activité, mais a pu créer un certain doute sur le degré réel de complexité des actes dispensés en HAD.

Le développement par la CNAMTS de nouveaux programmes, dans le domaine de la rééducation orthopédique en particulier, pourrait, à défaut de référentiels délimitant les frontières entre les prises en charge, venir se superposer à des prises en charge également en développement par les HAD.

### 3 – Les prestataires de santé à domicile

Les prestataires de santé à domicile, qui sont des entreprises commerciales<sup>326</sup>, se positionnent depuis quelques années sur des prises en charge plus complexes que la simple fourniture de matériels médicaux. Ils s'attribuent également un rôle de coordination des différents professionnels autour de la prise en charge des patients, comme au demeurant aussi les infirmiers libéraux. Si les intervenants de ce secteur en forte expansion ont un rôle à jouer dans les prises en charge à domicile en lien avec la médecine de ville, ils peuvent cependant difficilement prétendre à une prise en charge coordonnée pour des patients atteints de pathologies sévères nécessitant des soins lourds et une coordination médicale et paramédicale intensive. Là encore, l'absence de référentiel d'activité pour l'hospitalisation à domicile facilite la contestation de son positionnement et la mise en cause de ses coûts à partir d'études parfois méthodologiquement peu rigoureuses. La place et les missions des prestataires par rapport aux autres intervenants à domicile, ainsi que leur degré de professionnalisation, mériteraient d'être précisées.

\*

\* \*

---

325. 48 000 femmes ont bénéficié du PRADO entre janvier 2010 et janvier 2013.

326. Ces entreprises peuvent bénéficier d'un agrément afin d'assurer des services d'assistance médicotechnique (fourniture de matériel médical - assistance respiratoire, matériel de perfusion -), mais également maintenance et assistance technique.

La prise en charge en HAD permet de soigner des patients nécessitant des soins techniques et complexes à leur domicile. Plébiscitée par les patients, elle répond à des attentes fortes. Toutefois son lent développement a fragilisé son positionnement alors que dans le même temps la prise en charge au domicile des patients s'est considérablement développée selon des modalités très diverses. La définition de référentiels d'activité et la réalisation d'évaluations médico-économiques sont aujourd'hui nécessaires pour mieux étayer sa légitimité.

## **II - Une légitimité à encore mieux étayer**

L'hétérogénéité des structures, le déploiement inégal de l'offre, les difficultés à définir précisément son champ d'intervention appellent une clarification du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile.

### **A – Renforcer la capacité des structures à assumer leurs missions**

#### **1 – Définir une taille critique pour respecter les impératifs qui s'imposent à un établissement de santé**

En 2009, la loi HPST a fait des HAD des établissements de santé. Ce choix impose des contraintes fortes qui ne peuvent toujours être respectées.

Ainsi les structures de HAD doivent répondre, comme les autres établissements de santé, aux procédures de certification. La Haute Autorité de santé (HAS) a ainsi adapté son manuel de certification et construit un guide spécifique à l'HAD à l'intention des experts visiteurs. Les résultats de la certification analysés par la HAS pour 18 structures autonomes et 22 rattachées à d'autres établissements de santé, mettent en évidence plusieurs difficultés.

Le développement de systèmes d'information adaptés à l'hospitalisation à domicile a fait l'objet d'efforts insuffisants alors qu'ils sont une condition indispensable pour disposer de dossiers des patients partagés et accessibles aux différents intervenants.

Le circuit du médicament en HAD est très spécifique puisqu'il intègre le domicile des patients. Il fait intervenir des acteurs extérieurs

(pharmacies d'officine, personnel libéral, ainsi que le patient<sup>327</sup> et son entourage), ce qui nécessite une adaptation permettant de concilier les impératifs de qualité, de sécurité et de traçabilité de la dispensation pharmaceutique et les réalités de la prise en charge à domicile.

Les structures d'hospitalisation à domicile sont tenues d'assurer une continuité des soins 24 heures sur 24 et un passage des personnels soignants 7 jours sur 7. Une circulaire de 2006 indique que « ni le SAMU, ni le centre 15 n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la permanence des soins ». Les médecins traitants n'assurent cependant qu'exceptionnellement la permanence des soins dans le cadre de l'HAD. Si la plupart des structures de grande taille disposent d'une astreinte téléphonique infirmière, souvent doublée d'une astreinte par un médecin coordonnateur, ce n'est pas le cas pour les plus petites, épisodiquement confrontées à des appels de nuit. Dans la pratique, dès lors que les procédures sont formalisées, et à titre dérogatoire, les ARS font généralement preuve d'une certaine souplesse, notamment pour le recours au centre 15 qui est informé préalablement des patients en HAD et dont le nombre d'interventions dans ce contexte reste très faible.

Ainsi, les exigences qui s'imposent aux structures d'hospitalisation à domicile en tant qu'établissements de santé requièrent un niveau d'organisation et de professionnalisme qui est difficilement compatible avec une trop faible dimension. La définition de critères de taille et d'activité minimale paraît souhaitable, même si elle ne fait pas consensus. La taille critique d'une structure était estimée, en 2006, par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins à 9 000 journées par an mais ce seuil indicatif n'a pas été redéfini depuis<sup>328</sup>. Par rapport à ce taux, deux tiers des structures avaient en 2010 une activité inférieure à 9 000 journées, ce qui pose la question de la viabilité d'un certain nombre d'entre elles.

## 2 – Diversifier la prise en charge médicale

Qu'il soit ou non le prescripteur de l'HAD, le médecin traitant<sup>329</sup>, formellement, est le « pivot » de la prise en charge : sollicité par le médecin coordonnateur pour l'admission, il assure le suivi médical, la

---

327. La Haute Autorité de santé indique que l'administration du médicament par le patient lui-même se fonde uniquement sur la circulaire du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et n'a donc pour l'instant pas de base légale.

328. Circulaire DHOS du 1<sup>er</sup> décembre 2006, relatif à l'hospitalisation à domicile.

329. La circulaire DHOS du 1<sup>er</sup> décembre 2006, relative à l'hospitalisation à domicile, précise que le médecin traitant est librement choisi par le malade.

surveillance des soins, et fait appel si besoin à un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur, référent médical de la structure, émet un avis médical pour toute admission et sortie, et, sur la base d'un protocole de soins, assure la coordination avec les médecins libéraux et hospitaliers ainsi qu'avec les équipes soignantes et les services sociaux. En principe il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf « en cas d'urgence absolue ».

Dans les faits, le partage des rôles entre médecin coordonnateur et médecin traitant est variable selon les patients, les médecins, et d'un établissement à l'autre. Le cadre réglementaire gagnerait à être assoupli pour en tenir compte, en particulier pour les prises en charge très spécialisées ou particulièrement complexes ainsi qu'en raison de la démographie médicale défavorable sur certains territoires. De nombreuses structures et notamment les plus importantes se sont dotées en effet de compétences spécialisées en soins palliatifs, en prise en charge de la douleur, en plaies et cicatrisations, en gériatrie ou en pédiatrie, en rééducation etc. La place du médecin traitant doit en revanche rester centrale dans les processus d'admission et de sortie d'HAD, d'autant que près de deux sorties sur trois se fait vers le domicile.

## **B – Clarifier les champs d'intervention**

### **1 – Développer des référentiels d'activité**

Disposer de référentiels définissant plus précisément les critères et les modalités de prise en charge en HAD constitue un préalable à une évolution des pratiques en faveur d'un recours plus systématique à cette dernière de la part des professionnels de santé.

Le seul référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé n'a cependant porté que sur la prise en charge périnatale. Le recours à l'HAD dans le domaine de la cancérologie reste en particulier peu formalisé : or cette pathologie représente, selon les diagnostics principaux, 33 % des journées d'hospitalisation, 37 % des séjours et 28 % des patients en HAD<sup>330</sup>. Ils font l'objet de prise en charge liées à la chimiothérapie, mais également aux soins palliatifs, à la prise en charge de la douleur, ou à la nutrition parentérale. L'institut national du cancer (INCA) a réalisé en 2010 un état des lieux mettant en évidence un faible pourcentage de chimiothérapies intraveineuses en HAD, la plupart des traitements étant

---

330. Ces chiffres sont comparables sur la période 2007-2011, avec un tiers des journées et près de 38 % des séjours en lien avec le diagnostic principal « tumeurs ».

d'administration simple et plutôt dans le cadre de prises en charge en relais qu'initiales, mais les pratiques sont hétérogènes.

### **Le cas particulier de l'HAD en psychiatrie**

La possibilité de recourir à l'HAD en psychiatrie est reconnue depuis la circulaire du 4 février 2004, mais peu développée, alors même que comme le soulignait la Cour, se constate un poids excessif de l'hospitalisation complète et une augmentation trop modeste des alternatives à l'hospitalisation complète.

Selon le ministère, 13 établissements sont titulaires d'une autorisation d'HAD en psychiatrie. Un certain nombre d'ARS sont engagées dans des expérimentations ou sont en passe de le faire. La région Rhône-Alpes finance depuis l'automne 2011 une activité d'HAD en psychiatrie, portée par l'association « santé mentale et communautés » ; le Nord – Pas-de-Calais, et les Pays de la Loire ont lancé un appel à projets et sont en cours de sélection des opérateurs. L'Île-de-France a également prévu à titre expérimental « d'étudier l'opportunité et la faisabilité d'un développement de la prise en charge dans le champ de la psychiatrie ».

Les expérimentations d'HAD en psychiatrie mériteraient d'être mieux recensées et évaluées au niveau national : si elles apportent la démonstration de leur valeur ajoutée par rapport aux équipes mobiles de secteur, elles sont susceptibles d'apporter des réponses adaptées à des patients qui seraient sinon hospitalisés.

L'absence de référentiels peut expliquer que l'HAD est peu prise en compte dans les plans de santé publique, qu'il s'agisse du plan cancer (2009-2013), du plan accidents vasculaires cérébraux (2010-2014), du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques (2007-2011) ou du plan Alzheimer (2008-2012). Seul le plan soins palliatifs 2008-2012 fait explicitement référence à l'HAD, « acteur essentiel de l'organisation des soins palliatifs au domicile ».

## **2 – Mieux inscrire l'HAD dans les parcours de soins**

La valorisation des atouts de l'HAD dans le parcours de soins est de nature à la distinguer d'autres démarches cherchant à la concurrencer.

La volonté des pouvoirs publics de faire évoluer le système de santé vers un modèle mieux intégré et coordonné sous forme de parcours de soins est de nature à renforcer la place de l'HAD, par définition à l'interface entre soins hospitaliers et médecine de ville.

En effet, la coordination constitue le cœur de métier de l'HAD : coordination médicale entre différents médecins (hospitalier, traitant, coordonnateur d'HAD, d'EPHAD), 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 avec celle déployée par des prestataires externes. Cette expertise de la coordination devrait faire de l'HAD un maillon systématique des projets axés sur le parcours de soins.

Ainsi plusieurs ARS ont élaboré des appels à projets en vue du parcours des personnes âgées dépendantes qui intègrent les structures d'hospitalisation à domicile (Pays de la Loire, Île-de-France et Languedoc-Roussillon).

L'HAD se prête en outre particulièrement aux pratiques innovantes dont les pouvoirs publics souhaitent encourager le développement, notamment les coopérations entre professionnels prévues par l'article 51 de la loi HPST, encore que la lourdeur du dispositif prévu pour l'organisation de délégations de tâches puisse apparaître particulièrement dissuasive.

## **C – Un intérêt financier à approfondir**

En dépit de difficultés méthodologiques, des études médico-économiques ont mis en évidence l'intérêt de l'HAD dès lors que les comparaisons portent sur des patients qui, faute de cette prise en charge, relèveraient d'une hospitalisation complète. Ces études, réalisées avant la mise en place de la tarification à l'activité, devraient être actualisées sur la base d'une nouvelle étude de coûts constituant le préalable à la révision de la tarification.

### **1 – Une tarification à l'activité obsolète**

Depuis 2006, après une brève période d'expérimentation, les structures d'hospitalisation à domicile, qu'elles aient été auparavant sous dotation globale ou sous objectif quantifié national, sont financées par un mécanisme de tarification à l'activité.

### Un modèle tarifaire spécifique à l'HAD

La mise en place du PMSI-HAD et de la T2A-HAD depuis 2005 se sont faites sur la base de l'étude de coûts réalisée à la demande du ministère de la santé et de la CNAMTS entre 1999 et 2000 par le centre de recherche et documentation en économie de la santé (CREDES) et publiée en 2003<sup>331</sup>. Le modèle repose sur un forfait appelé groupe homogène de tarifs (GHT) destiné à couvrir l'essentiel des moyens humains, matériels, techniques mobilisés pour prendre en charge un patient. Le forfait journalier varie en fonction de la pondération de quatre variables recueillies dans le PMSI : les modes de prise en charge principal et associé éventuel, le degré de dépendance du patient et la durée de prise en charge. Les tarifs sont pratiquement identiques aux coûts établis par le CREDES en 2003.

Les médicaments très onéreux peuvent être facturés « en sus »<sup>332</sup> dès lors qu'ils font partie de la liste définie pour les établissements de court séjour. Or certains médicaments coûteux utilisés en HAD ne font pas partie de cette liste ou en ont été supprimés<sup>333</sup>. Ce surcoût est difficile à supporter pour certaines structures, ce qui peut les amener à refuser ces patients. Le ministère ne prévoit pas cependant de modification de la liste en sus des molécules onéreuses prescrites en HAD. Celles sorties de la liste et non réintégrées ont été regroupées dans une enveloppe d'aide à la contractualisation pour 2013.

Ce nouveau mode de rémunération a eu dans un premier temps un effet incitatif pour bon nombre de structures, ce qui explique en grande partie le développement de l'activité constaté les années suivantes<sup>334</sup>. Toutefois les tarifs n'ont jamais été réactualisés, tandis que de nouvelles obligations réglementaires, l'augmentation de certaines charges représentant une part importante des dépenses (personnel, transports, logistique, carburants...), ainsi que les tarifs des partenaires libéraux des HAD (infirmiers libéraux) ont accru les coûts de fonctionnement des structures.

La tarification à l'activité de l'HAD souffre de fait de nombreuses limites. La classification des groupes homogènes de prises en charge (GHPC) apparaît en particulier sommaire, incomplète et établie en

331. Anne Alignon, Laure Com-Ruelle, Thomas Renaud, série analyse, CREDES *Evaluation du coût de la prise en charge en HAD*, juin 2003. Les données émanaient pour l'essentiel des trois structures d'HAD les plus anciennes et de grande dimension (santé service et l'HAD de l'AP-HP en Île-de-France, soins et santé à Lyon).

332. Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

333. Il s'agit généralement d'antibiotiques ou d'antiviraux de la réserve hospitalière, de chimiothérapies orales, d'immunosuppresseurs.

334. Cf. *infra*.

fonction de simples considérations tarifaires, contrairement à celles relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

L'absence de révision des tarifs ou de la classification a ainsi conduit les établissements à s'adapter en optimisant leurs activités. Certaines structures présentent cependant des difficultés financières qui peuvent aussi être attribuées à l'évolution des types de séjours des établissements, à une progression de leurs charges ou à un durcissement des règles de facturation.

La révision du modèle tarifaire de l'hospitalisation à domicile apparaît ainsi comme une nécessité, conditionnée cependant par la réalisation de nouvelles évaluations médico-économiques de son apport à la maîtrise de la dépense de soins, qui s'avèrent indispensables. Ces études devraient prendre en compte les champs de développement potentiels de l'HAD, en particulier les hospitalisations évitables, notamment pour les personnes âgées dépendantes.

## **2 – La nécessité de nouvelles évaluations médico-économiques**

La question de l'efficacité de la prise en charge en HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle (médecine, chirurgie et obstétrique puis les activités de soins de suite et réadaptation) a été posée très tôt pour répondre à l'objectif initial d'économies sur les dépenses hospitalières conventionnelles.

Dans son étude du coût de la prise en charge en HAD de 2003<sup>335</sup>, le CREDES concluait à un coût moindre en HAD qu'en hospitalisation complète en court séjour (140 à 145 € contre un coût moyen journalier reconstitué de 450 € en hospitalisation de jour et de 300 à 750 € en hospitalisation conventionnelle avec hébergement), soit une économie pouvant aller jusqu'à 80 % par rapport à certaines prises en charge en établissements.

Dans une analyse comparée de la chimiothérapie réalisée à l'hôpital et au domicile, publiée en 2005<sup>336</sup>, la HAS estimait, en concordance avec la littérature médico-internationale, que globalement, la prise en charge en HAD est moins coûteuse qu'une hospitalisation avec

---

335. CREDES, *Evaluation du coût de la prise en charge en HAD*, 2003.

336. HAS, *Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels*, 2005.

hébergement malgré des difficultés méthodologiques (coût des molécules onéreuses notamment)<sup>337</sup>.

En ce qui concerne les activités de soins de suite et de réadaptation, une étude du CREDES, publiée en 2008, a comparé la prise en charge en HAD et SSR, pour des patients ayant le même profil médical et présentant une forte homogénéité, à partir de données collectées en 2005 et 2006. Tout en soulignant des problèmes méthodologiques, elle conclut à des coûts de fonctionnement moyens systématiquement plus faibles en HAD, avec une différence particulièrement marquée chez les personnes âgées dépendantes (coût journalier, pour une activité de même type, de 262 € en SSR contre 169 € en HAD), soit un différentiel de 40 %.

Ces travaux, qui reposent toutefois sur des données recueillies avant la mise en place de la tarification à l'activité et devraient être actualisés, sont convergents pour souligner le potentiel d'économies considérable que générerait un développement de l'hospitalisation à domicile dès lors qu'il s'accompagnerait à due proportion de la suppression effective de lits d'hospitalisation conventionnelle.

Cependant, le champ de la comparaison reste intra-hospitalier alors qu'avec la multiplication des intervenants et des modes de prises en charge au domicile, se pose plus largement désormais la question de mesurer si certains de ces dispositifs seraient susceptibles d'apporter à moindre coût que l'HAD - en intégrant le reste à charge - une même qualité et une même technicité de prise en charge pour des patients strictement comparables au regard de la lourdeur de leurs pathologies. L'HAD doit en effet supporter des coûts de structure importants.

Une évaluation méthodologiquement rigoureuse s'impose en particulier entre prises en charge en HAD et en SSIAD pour des patients qui sont à la frontière de ces deux types d'institutions, l'étude la plus récente sur les coûts des SSIAD<sup>338</sup> ne concernant pas la prise en charge de patients nécessitant des soins très techniques et impliquant une coordination intensive qui sont spécifiquement du domaine de l'HAD.

---

337. La Haute Autorité de santé a été saisie par la DGOS dans le cadre de son programme de travail 2013 de deux demandes, l'une d'évaluation médico-économiques de la chimiothérapie en HAD, et l'autre de production de grille d'analyse de la pertinence du point de vue médico-économique des demandes de transferts en HAD.

338. Unité de recherche en économie de la santé Ile de France – DGAS 2009 – Les patients en services de soins infirmiers à domicile : le coût des prises en charge et ses déterminants.

### 3 – L'objectif d'une tarification révisée

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) travaille sur la réactualisation de l'étude nationale des coûts propre à l'HAD, mais se heurte au faible nombre d'établissements participants à l'enquête et à la qualité inégale des données PMSI recueillies, sans préjudice de diverses difficultés méthodologiques.

Les résultats intermédiaires pour l'année 2011 montrent que les activités les plus coûteuses sont en particulier associées à la prise en charge des transfusions sanguines (295 €), aux traitements intra veineux et à la nutrition parentérale (269 et 254 €), tandis que les moins coûteuses sont celles associées à l'éducation du patient ou la périnatalité (101 à 129 €). L'imprécision de certains modes de prise en charge accroît la difficulté à s'appuyer sur la classification actuelle pour établir des coûts réels et confirme la nécessité d'évoluer vers une description plus fine des patients pris en charge.

Les résultats des travaux exploratoires sont attendus pour mi 2014, aucun calendrier n'étant toutefois encore fixé pour l'achèvement de l'ensemble du processus de révision du modèle tarifaire, alors même qu'il est indispensable à la fiabilité des résultats de nouvelles études médico-économiques et à une meilleure définition des prises en charge en hospitalisation à domicile.

#### CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

*Dans le contexte de la mise en place d'un parcours de soins visant à assurer aux patients des soins mieux coordonnés au meilleur coût, l'hospitalisation à domicile peut représenter un levier pour faciliter une prise en charge graduée et coordonnée des soins, à l'interface de la médecine hospitalière et la médecine de ville.*

*Elle trouve cependant aujourd'hui encore difficilement sa place entre ces deux secteurs, en raison certes d'un développement resté plus marginal que dans nombre de pays étrangers, mais aussi du fait d'un positionnement mal connu des prescripteurs, hospitaliers comme libéraux, d'un pilotage par le ministère de la santé insuffisamment construit et d'un périmètre d'activité mal précisé.*

*Consolider sa place suppose ainsi d'encore mieux étayer sa légitimité, qu'il s'agisse de la nécessité de définir une taille critique à même de permettre aux structures de respecter les obligations qui leur incombent en tant qu'établissements de santé à part entière, d'actualiser et d'élargir les évaluations médico-économiques de ses activités, en particulier au regard de nouveaux modes de prise en charge en ville qui*

*peuvent la concurrencer, et de rénover en conséquence un modèle tarifaire obsolète.*

*C'est à ces conditions que l'hospitalisation à domicile pourrait progressivement atteindre en France la part qui est la sienne dans certains pays étrangers, quatre fois supérieure à l'objectif fixé par les pouvoirs publics pour 2018, en faisant encore davantage coïncider intérêt des patients et économies, potentiellement importantes, pour l'assurance maladie.*

*La Cour formule les recommandations suivantes :*

*36. élaborer des référentiels d'activités de l'hospitalisation à domicile ;*

*37. réaliser des évaluations médico-économiques de l'hospitalisation à domicile par rapport aux prises en charge hospitalières conventionnelles et à différents autres types de prise en charge extra-hospitalière en ville ;*

*38. mener à bien dans les meilleurs délais l'étude nationale des coûts et mettre en œuvre une réforme de la tarification de l'HAD.*

---