

« L'hôpital de demain sera le domicile »

FNEHAD

**Rapport d'activité
2021-2022**



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

Créée en 1973, la FNEHAD (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile) est la seule fédération hospitalière entièrement consacrée à l'hospitalisation à domicile (HAD). Elle regroupe près de 260 établissements d'HAD installés sur le territoire métropolitain et les territoires ultramarins, quel que soit leur statut juridique.

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

La Fédération agit au quotidien pour :

- **Promouvoir** l'identité et le rôle de l'HAD ;
- **Défendre** l'HAD auprès des pouvoirs publics et l'ancrer dans les dispositifs sanitaires ;
- **Œuvrer à son développement** sur tout le territoire national afin d'en favoriser l'accès à toute la population ;
- **Représenter** l'HAD en région ;
- **Mutualiser et promouvoir** l'expérience de ses adhérents ;
- **Accompagner** les professionnels, les réunir, les former et les informer.

Sommaire

PAGE 4	Éditorial
PAGE 6	L'année en dates
PAGE 8	La FNEHAD s'engage!
PAGE 10	PARTIE 1 L'HAD au cœur du système de santé de demain
PAGE 22	PARTIE 2 L'HAD au service des patients
PAGE 34	PARTIE 3 L'HAD engagée dans la qualité et la sécurité des soins
PAGE 42	PARTIE 4 L'HAD au service de ses adhérents
PAGE 56	PARTIE 5 L'HAD en chiffres

Éditorial



Dr Elisabeth Hubert

Ancien ministre
Présidente de la FNEHAD

L'an passé, nous commençons à sortir de la crise sanitaire et j'évoquais la reconnaissance unanime de l'HAD qui s'en est suivie. Forts du soutien du Ministère à nos demandes d'adaptabilité d'une réglementation devenue trop rigide, nous étions prêts à écrire une nouvelle page du développement de l'hospitalisation à domicile.

Comment imaginer qu'un an après, nous ferions le triste constat du quasi-effacement des progrès enregistrés ? Comment expliquer que certains établissements d'HAD connaissent, depuis l'été 2021, des réductions d'activité de 10 voire 20 % ? Pourquoi avons-nous été si peu sollicités cet été alors que tous les médias titraient sur le manque de lits des établissements hospitaliers avec hébergement ?

Les engagements à bâtir le système de santé de demain et les appels au virage ambulatoire n'ont-ils été que des vœux pieux ? L'intérêt de l'hospitalisation à domicile en lieu et place d'une hospitalisation conventionnelle n'était-il que de circonstance ? La crise sanitaire aurait-elle été bénéfique à l'hospitalo-centrisme ? Ou faisons-nous face, encore et toujours, au vieux travers français de la réticence au changement ?

LES PROPOSITIONS DE LA FNEHAD N'EN PRENNENT QUE PLUS DE FORCE ET D'URGENCE :

- améliorer la connaissance et l'attractivité des établissements d'HAD ;
- renforcer notre place dans l'organisation sanitaire territoriale ;
- privilégier l'HAD dans les parcours des personnes âgées et en situation de handicap ;
- faire de l'HAD un lieu d'expérimentation de l'innovation ;
- développer une véritable politique de l'aidant.

Dans le cadre de la conférence des parties prenantes, portée par le ministre de la Santé et de la Prévention, nous ferons pression pour que soient mises en œuvre de vraies réformes de notre système de santé. Le Ségur de la Santé a malheureusement montré que les augmentations de salaire, pour nécessaires qu'elles aient été, et les investissements en faveur des hôpitaux, aussi utiles soient-ils, ne constituaient pas l'*alpha* et l'*oméga* des solutions à nos maux.

Ce ne sont pas de lits dont nous avons besoin mais de bras ! Les écoles d'infirmiers, d'aides-soignants et les facultés de médecine n'ont jamais compté autant d'étudiants... et jamais nous n'avons connu de telles difficultés pour recruter et fidéliser les personnels soignants quels que soient les lieux d'exercice, dans le public ou le privé, dans le sanitaire ou le médico-social.

Ouvrons les yeux ! La crise que nous connaissons, révélée et non provoquée par l'épisode épidémique, est celle de l'engagement. **Le défi que nous devons collectivement relever est celui de donner envie d'exercer des métiers exigeants et utiles !** Les épisodes les plus aigus de l'épidémie ont vu l'émotion prendre le pas sur la raison et ainsi est née l'illusion que les métiers du soin étaient un sacerdoce. Le retour à la réalité n'en est que plus douloureux.

Nous avons su mettre en œuvre durant deux ans des solutions pragmatiques.

PRIVILÉGIONS UNE ORGANISATION SANITAIRE

à l'échelle de territoires à taille humaine.

OSONS DÉPASSER LES STATUTS

salarié-libéral, public-privé, sanitaire-médico-social.

CAPITALISONS SUR LES COOPÉRATIONS

entre professionnels de santé et les outils numériques.

ET ENFIN CESSONS DE CULTIVER UN MISÉRABILISME DÉLÉTÈRE

qui ne peut que décourager les jeunes générations à rejoindre ce monde du soin qui est le plus beau métier du monde.

L'année en dates

2021

31 août

Rencontre avec Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie

1^{er} septembre

Lancement du programme SUN-ES (Séjour du numérique)

4 novembre

Audition du Dr Elisabeth Hubert par le Conseil consultatif national d'éthique sur les soins palliatifs



1^{er} et 2 décembre

Universités d'hiver de l'HAD : « Notre santé demain : des innovations locales pour une transformation globale ? »

6 décembre

Publication de la feuille de route stratégique de l'HAD 2021-2026

8 décembre

Signature d'un partenariat entre la FNEHAD et l'UNPS

31 décembre

Décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile

26 janvier

Audition du Dr Elisabeth Hubert au Sénat sur la situation de l'hôpital et les systèmes de santé en France



31 janvier

Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile et publication du kit de décryptage de la FNEHAD

1^{er} avril

Présentation du plan national de soins palliatifs au ministère des Solidarités et de la Santé

8 avril

Publication de l'arrêté tarifaire

18 mai

6^e journée de l'hospitalisation à domicile à l'occasion de SantExpo



23 et 24 juin

Universités d'été à Amiens 100 % en présentiel

26 juillet

Le Dr Elisabeth Hubert est reçue par François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention

2022

La FNEHAD s'engage

Tout au long de l'année, la délégation nationale met tout en œuvre pour favoriser la connaissance et le déploiement de l'hospitalisation à domicile sur le territoire. **Retour en chiffres.**

Au niveau national

12

réunions IFAQ

45

réunions sur la situation sanitaire et la vaccination contre la Covid-19

9

réunions du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) auxquelles la FNEHAD a participé

1

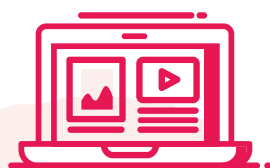
campagne tarifaire menée avec les enjeux de péréquation et surpéréquation pour l'activité d'HAD

4

contributions FNEHAD sur des textes majeurs liés à l'hospitalisation à domicile : décrets sur les autorisations en HAD, décrets cancer et instruction HAD

2

rencontres avec le ministre de la Santé



Le numérique à la FNEHAD c'est :

- 1 ressource de la délégation nationale et 4 DSI
- Plus de 180 heures de réunions
- Contributions à 3 instructions et 3 projets de décret

Au service des adhérents

13

visites de la délégation nationale dans des établissements d'HAD

8

réunions régionales auxquelles la Fédération a participé (2 en visio, 6 en présentiel)

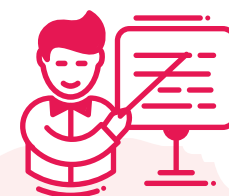
Plus de 200

réponses à des sollicitations d'adhérents (conseils techniques et stratégiques)

7

collèges professionnels

(assistants sociaux, cadres de santé, directeurs, médecins praticiens d'HAD, pharmaciens, psychologues, responsable qualité et gestion des risques)



Formation :

- 52 formations réalisées entre juin 2021 et juin 2022
- 842 stagiaires formés
- 8,5/10 : note moyenne de satisfaction concernant la qualité de la formation
- 94 % : taux de remplissage des formations

La communication



2 salons Santexpo

- 2 journées de l'HAD
- 6 agoras sur l'HAD
- Plus de 15 retombées presse

2 événements organisés par la FNEHAD

- Universités d'hiver (1^{er} et 2 décembre 2021 à Paris)
- Universités d'été (23 et 24 juin 2022 à Amiens)
- Plus de 1 000 professionnels réunis

76

newsletters envoyées à plus de 2 500 professionnels d'HAD

8

nouveaux supports à destination des adhérents et 8 supports en cours de production

134

publications sur LinkedIn dont 101 offres d'emploi relayées également sur le site de la FNEHAD et 33 posts sur l'actualité de l'HAD et de la FNEHAD

10

communiqués de presse et plus de 30 retombées (APM, Hospimédia, Quotidien du Médecin...)

Partie 1

L'HAD au cœur du système de santé de demain

PAGE 11 La feuille de route de l'HAD 2021-2026 : 7 axes pour développer l'hospitalisation à domicile **PAGE 13** La réforme du droit des autorisations : l'HAD une activité de soins à part entière **PAGE 17** Les financements de l'HAD 2021-2022 **PAGE 19** Le financement des médicaments coûteux **PAGE 20** Fluidifier le circuit de facturation **PAGE 21** Attractivité des métiers : les propositions de la FNEHAD

» La feuille de route de l'HAD 2021-2026 : 7 axes pour développer l'hospitalisation à domicile

La feuille de route stratégique de l'HAD 2021-2026 a été présentée à l'occasion des Universités d'hiver de la FNEHAD et publiée le 6 décembre 2021. Ce document stratégique et ambitieux est un véritable fil conducteur de l'action des HAD sur le territoire pour les cinq ans à venir.

La feuille de route recense les actions à conduire pour développer l'hospitalisation à domicile et en décline les moyens. Impliquant tous les acteurs institutionnels (ARS, CPAM, collectivités locales...), les représentants des établissements hospitaliers et médico-sociaux et des professionnels libéraux, **ce document a vocation à associer, dans tous les territoires, ruraux ou urbains, l'ensemble des acteurs de proximité qui interagissent au quotidien avec les établissements d'HAD.**

La déclinaison de la feuille de route se fait au niveau national grâce à un comité en charge du suivi des actions. En parallèle, chaque région est invitée à définir, en lien avec les acteurs de leur territoire, les axes de développement prioritaires afin de décliner la feuille de route au niveau local.

DES ACTIONS DÉCLINÉES AUTOUR DE 7 AXES

- Améliorer la connaissance et l'attractivité de cette activité
- Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire
- Développer l'articulation entre l'HAD et le secteur social et médico-social et renforcer le rôle de l'HAD dans les parcours des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de précarité
- Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge en HAD
- Faire de la e-santé et du numérique un levier de la diversification des prises en charge
- Permettre au patient et à ses aidants d'être acteurs dans le parcours d'HAD
- Développer la recherche et l'innovation en HAD

» **La délégation nationale et les délégués régionaux suivent activement son déploiement et se mobilisent pour faire vivre ces différentes actions.**

INTERVIEW DE

Stéphane Pardoux

Directeur général de
l'Agence nationale d'appui
à la performance (Anap)



L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) est une agence peu connue des acteurs de l'HAD. Pouvez-vous nous expliquer son rôle ?

Agence publique de conseil et d'expertise, l'Anap, a pour mission de soutenir, outiller et accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'amélioration de leur performance globale.

« L'Anap cherche à développer une alliance stratégique avec la FNEHAD consistant à co-porter des projets, identifier des thématiques de travail et/ou des besoins d'appuis pour les établissements. »

Elle a trois grandes modalités d'action : la publication de contenus et d'outils opérationnels, l'appui terrain en soutien des établissements et des ARS et la mise en réseau des professionnels.

L'Anap est impliquée dans la mise en œuvre de la feuille de route stratégique de l'HAD : comment l'agence va-t-elle concrétiser cette mission ? Quelle aide les collaborateurs de l'Anap peuvent-ils apporter aux établissements d'HAD à l'échelle individuelle ?

Convaincue des enjeux du virage domiciliaire, l'Anap est pleinement mobilisée aux côtés de la DGOS, des ARS et des fédérations pour accélérer le développement de l'hospitalisation à domicile. Ainsi, pour accompagner le déploiement de la feuille de route nationale et la réforme des autorisations, l'Anap a instauré une communauté de pratiques des référents ARS HAD. Nous allons également, dans les prochains mois, outiller les établissements d'HAD

avec des publications sur les « Leviers de la réactivité des HAD » ou encore sur « Les usages innovants du numérique ».

Enfin, l'Anap est présente sur le terrain, avec des appuis individuels ou collectifs selon les demandes et situations des établissements. Le réseau d'experts HAD de l'Anap, constitué de professionnels en établissement, vient démultiplier la capacité d'action de l'agence dans ces différentes dimensions. Il a encore vocation à se renforcer et nous attendons de nombreuses candidatures !

Qu'attendez-vous de la FNEHAD ?

L'Anap cherche à développer une alliance stratégique avec la FNEHAD consistant à co-porter des projets, identifier des thématiques de travail et/ou des besoins d'appuis pour les établissements. Notre objectif : mettre en synergie nos complémentarités au service des nombreux enjeux que doivent relever les établissements d'HAD. ●

» La réforme du droit des autorisations : l'HAD une activité de soins à part entière

Après de nombreux mois de travail, les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'HAD ont été respectivement publiés le 1^{er} janvier et le 1^{er} février 2022, complétant ainsi l'ordonnance du 12 mai 2021 qui a **fait passer l'activité d'hospitalisation à domicile de modalité de prise en charge de la médecine à un champ d'activité de soins à part entière**.

Les établissements d'HAD disposent à présent d'une **nouvelle réglementation claire** pour leur activité et d'un **horizon précis pour ajuster leurs organisations aux nouvelles conditions techniques de fonctionnement** qui entreront en vigueur au 1^{er} juin 2023. Ces textes ont été longuement discutés et sont le fruit d'une concertation constructive conduite par le ministère de la Santé avec l'ensemble des acteurs, en totale cohérence avec les autres documents publiés dont la feuille de route stratégique de l'HAD 2021-2026 publiée en décembre 2021.

Avec la réforme des autorisations, les établissements d'HAD se dotent véritablement de moyens à même de satisfaire leur ambition de croissance, en interaction et en proximité dans leurs territoires avec tous les acteurs, établissements hospitaliers et médico-sociaux et professionnels libéraux.

Grâce à ces textes, les établissements d'HAD sont confortés comme des acteurs

hospitaliers experts de la coordination pour prodiguer au domicile des soins complexes, en continuité et en articulation avec les professionnels du premier recours, dans une logique de gradation des soins. Plus encore, les établissements d'HAD se voient confier **la mission de développer des prises en charge hospitalières spécialisées au domicile dans des domaines tels que la pédiatrie, la réadaptation et l'obstétrique**.

Que contiennent les décrets ?

L'activité d'HAD se structure dorénavant autour de plusieurs mentions.

- Une **mention « socle »**
- Trois **mentions spécialisées** :
 - ante et post partum ;
 - enfants de moins de trois ans ;
 - réadaptation.

Définition de l'HAD de mention socle

L'activité d'HAD a pour objet d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. L'activité comprend également une prise en charge psychosociale et des actions d'éducation thérapeutique du patient. L'établissement contribue également à l'évaluation et à l'orientation du patient.

Définition de l'HAD de mention *ante et post partum*

L'activité « *ante et post partum* » a pour objet d'assurer l'hospitalisation à domicile des femmes avant et après l'accouchement.

Définition de l'HAD de mention enfants de moins de trois ans

L'activité « enfants de moins de trois ans » consiste à prendre en charge des enfants de moins de trois ans et assure une activité de conseil et d'expertise auprès des établissements autorisés à l'activité d'HAD accueillant des enfants de trois à dix-huit ans ou des enfants relevant d'une prise en charge en soins palliatifs ou en fin de vie.

Définition de l'HAD de mention réadaptation

L'activité « réadaptation » a pour objet d'assurer, au domicile du patient, une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée pour prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité. Pour relever de la mention réadaptation, la prise en charge doit comporter au minimum cinq actes de rééducation ou de réadaptation par semaine relevant de la compétence d'au moins deux professions de santé différentes.



Tous les établissements devront détenir la mention socle et exercer une activité d'HAD polyvalente pour pouvoir exercer une activité spécialisée. Toutefois, à titre dérogatoire et temporaire, les établissements spécialisés en néonatalogie, pédiatrie et SSR avant l'entrée en vigueur de la réforme, pourront obtenir une autorisation spécialisée pour une durée de sept ans à compter de maintenant, soit jusqu'au 31 décembre 2029.

Les conditions techniques de fonctionnement sont définies en fonction de ce nouveau document. Ainsi, tous les établissements d'HAD doivent se conformer aux conditions techniques de fonctionnement de la mention socle, auxquelles s'ajoutent, le cas échéant, celles applicables aux mentions spécialisées si l'établissement souhaite développer une prise en charge de mention.

Toutes les autorisations actuellement détenues par un établissement pour exercer une activité d'hospitalisation à domicile sont prolongées jusqu'au 1^{er} juin 2023 et, au plus tard, jusqu'à la publication des nouveaux projets régionaux de santé et selon des calendriers de dépôt des demandes d'autorisations conformément aux nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement.

La réforme entérine plusieurs assouplissements réglementaires décidés au début de la crise épidémique dont les retours d'expérience ont démontré la nécessité de les maintenir.

Ainsi, alors que les décrets entrent en vigueur le 1^{er} juin 2023, **par exception, certaines dispositions sont entrées en vigueur dès la publication des textes :**

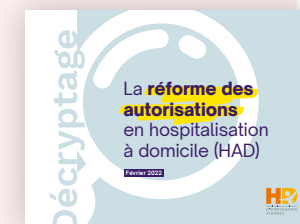
- celles permettant aux

établissements d'HAD d'intervenir en urgence en Ehpad en l'absence de convention ;

- celles autorisant l'intervention conjointe HAD-Ssiad dès le premier jour de prise en charge.

LA FNEHAD POUR VOUS ACCOMPAGNER DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME

▸ Publication du kit de décryptage réalisé par la FNEHAD en février 2022



▸ Suite du décryptage (à paraître) :

- **Modèles de conventions** : élaboration des modèles de conventions avec les partenaires du territoire prévus dans les décrets.
- **Désencryptage des décrets relatifs au traitement du cancer** : décryptage du régime juridique de l'établissement associé.
- **Accompagnement** :
 - **Accompagnement en région** : présentation de la réforme auprès des adhérents lors de réunions régionales organisées par les délégués régionaux.
 - **Formations FNEHAD** : la délégation nationale est pleinement mobilisée pour aider les établissements à mettre en œuvre la réforme.

INTERVIEW DE

Didier Jaffre

Directeur général
de l'Agence régionale
de santé (ARS) Occitanie



La réforme du droit des autorisations des HAD est concomitante de la révision du plan régional de santé. Comment va se dérouler la concertation dans votre région et comment cette réforme peut-elle être un levier d'amélioration pour l'activité d'HAD ?

La FNEHAD sera comme toutes les fédérations, associée à la concertation qui précédera l'adoption du projet régional de santé. Ce sera l'occasion de décliner l'offre de soins en HAD, sur tous les territoires de santé, pour l'ensemble des parcours patients en améliorant sa lisibilité. L'ARS Occitanie continuera d'accompagner l'ensemble des établissements d'HAD vers le prisme des nouvelles réformes en tenant compte des spécificités et des besoins de chacun.

Comment allez-vous articuler la mise en œuvre de la feuille de route stratégique de l'HAD avec le déploiement des divers plans nationaux, plan cancer, plan soins palliatifs etc. ?

Là aussi, nous veillons à associer la FNEHAD à la déclinaison régionale de ces plans. Les réformes en cours, en lien avec la stratégie nationale en santé, doivent s'articuler avec chaque filière de soins et accroître le recours à l'HAD dans les départements. Ainsi L'ARS Occitanie va organiser un « aller vers » chaque territoire sur la thématique de l'HAD afin de recueillir les besoins et difficultés des établissements d'HAD et mieux appréhender les réformes à conduire. L'ensemble de ce bilan de terrain s'intégrera dans le suivi du troisième plan régional de santé et participera à la mise en œuvre de la feuille de route nationale.

L'Occitanie a connu un fort dynamisme de l'HAD ces dernières années et l'ARS s'est distinguée par des actions novatrices en faveur des établissements d'HAD. Comment pensez-vous inciter les établissements d'hospitalisation conventionnelle à davantage prescrire l'HAD pour réduire le recours à l'hébergement ?

Avec une progression de 20 % des journées, l'Occitanie est l'une des régions qui a vu le plus augmenter le recours à l'HAD. Les actions conjointes des partenaires et établissements nous permettent d'œuvrer ensemble pour améliorer la place et le rôle de l'hospitalisation à domicile. Le virage domiciliaire conjoncturel renforce l'engagement de l'ARS Occitanie pour rendre l'HAD plus visible aux yeux de l'ensemble des prescripteurs. Ainsi a été lancé un appel à projet sur les prises en charge directes des patients en HAD depuis un service d'urgence et un appel à projet est à venir pour augmenter les prescriptions de traitements anti-cancéreux injectables à domicile. ●

» Les financements de l'HAD 2021-2022

Après une campagne 2021 historique marquée par l'intégration dans les tarifs des revalorisations salariales prévues par le Ségur 1, l'année 2022 pérennise ce mécanisme de financement.

Revalorisations salariales – Ségur de la santé

En 2022, la poursuite du Ségur se concrétise par 1,42 milliard d'euros de mesures supplémentaires. L'intégration dans les tarifs des revalorisations salariales suit la même méthode qu'en 2021.

Aussi, le taux de revalorisation des groupes homogènes de tarifs (GHT) a été fixé à **+ 1,89 % pour l'ensemble des établissements d'HAD quel que soit leur statut.**

Ce taux est le fruit de la construction tarifaire suivante :

- Évolution des tarifs de + 2,2 %, supérieure à l'évolution plancher de 1,5 % fixée par le protocole de pluriannualité signé en février 2020.

- Intégration dans les tarifs des revalorisations salariales issues de la poursuite du Ségur 2 en 2022 (+ 0,8 %).

- Retraitement des crédits versés en dotations IFAQ (- 0,3 %).
- Prise en compte du « trop versé » en janvier et février 2022 (- 0,81 %) : les tarifs s'appliquant du 1^{er} mars au 28 février de l'année suivante, les évolutions tarifaires de 2021 ont été calculées de sorte à allouer sur dix mois d'activité une recette en adéquation avec les revalorisations salariales de 2021. La poursuite des tarifs en janvier et février 2022 induit alors un effet report corrigé à partir de mars 2022.

ENVELOPPE DE PÉRÉQUATION

Pour limiter les disparités entre établissements sur les coûts réels engagés, une enveloppe de péréquation d'un montant de **307 millions d'euros** a été prévue par le gouvernement (versement annoncé en septembre 2021), correspondant à 10 % du Ségur 1 et du Ségur 2 pour l'ensemble des établissements de santé.

» **Par ailleurs, en concertation avec la FNEHAD, la revalorisation salariale des sages-femmes a également été intégrée aux tarifs via une augmentation de la pondération des modes de prise en charge (MPP) liés à la surveillance de la grossesse à risque (MPP 19) et du post-partum (MPP 21).**

ENVELOPPE DE SUR-PÉRÉQUATION SPÉCIFIQUE À L'HAD

En 2021, la FNEHAD a obtenu du ministère de la Santé une enveloppe de sur-péréquation de plus d'un million d'euros dédiée à l'HAD pour compenser les effets de pénalisations non résolus par l'enveloppe de péréquation applicable à tous les HAD.

La FNEHAD a participé à la définition des critères de calcul puis de ventilation de l'enveloppe. Pour ce faire, la Fédération a sollicité ses adhérents afin de connaître les ETP rémunérés en 2021 et déclarés dans la SAE 2021 par le bordereau Q23 « personnels non médicaux », permettant de comparer les sommes perçues au titre du versement du Ségur et les sommes dépensées.

26 établissements ont bénéficié d'un complément de sur-péréquation délégué en 4^e circulaire budgétaire publiée en avril 2022

Guide méthodologique 2022

Les échanges fructueux entre la FNEHAD, l'ATIH, la CNAM et la DGOS ont permis de clarifier plusieurs situations de codage faisant l'objet de difficultés récurrentes. Parmi les avancées notables :

- la confirmation de la possibilité de prises en charge concomitantes HDJ de SSR-HAD ;
- la possibilité de codage des relais sous cutanés de traitements injectables IV dans la modalité « autre traitement ».

La FNEHAD continuera de porter les propositions d'évolution de consignes de codage qui doivent s'adapter à l'évolution des pratiques de soins et à la qualité des patients accueillis.

Le financement des médicaments coûteux

L'HAD dispose d'un financement annuel à hauteur de 10,7 millions d'euros pour les médicaments inscrits sur la **liste des traitements coûteux hors liste en sus**.

Cette liste, propre à l'HAD, est mise à jour chaque année par le ministère de la Santé, sur propositions des fédérations hospitalières et des OMEDIT. La FNEHAD prend une part active à ces travaux d'actualisation. Aussi, la **liste 2022 a été fortement remaniée par rapport à celles des années précédentes**. La FNEHAD a en effet pu faire entendre la nécessité d'une liste plus pertinente en termes de coûts de médicaments réellement supportés par les structures d'HAD.

En 2021, l'enveloppe a été répartie en deux versements, au prorata de la consommation des établissements et sur la base des informations transmises et retraitées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) :

- en octobre 2021, 2,7 millions d'euros ont été délégués sur la base des consommations de janvier à juin 2021 ;
- en mai 2022, 8 millions d'euros ont été délégués au prorata des consommations de janvier à décembre 2021, indépendamment du versement déjà reçu en octobre 2021.

En 2021, ce financement correspond à près de la moitié de la consommation déclarée.

10,7 M€
c'est le montant de l'enveloppe traitements coûteux en 2021

Ce dispositif de financement souffre néanmoins d'un défaut de lisibilité : il n'est pas aisé de comprendre le financement reçu au regard des consommations médicamenteuses déclarées, cela étant en partie dû au retraitement effectué par l'ATIH.

La FNEHAD se mobilise activement pour rendre plus lisible ce dispositif.

Mécanismes de soutien Covid-19

GARANTIE DE FINANCEMENT

Au regard du contexte épidémique et de la prolongation de l'état d'urgence sanitaire, la garantie de financement a été prolongée jusqu'au 30 juin 2022. La FNEHAD a été particulièrement vigilante à l'intégration des établissements qui le nécessitaient et à la bonne transparence de ces versements.

SURCOÛT COVID-19

En 2021 et comme en 2020, les établissements d'HAD ont bénéficié d'une **couverture pour les surcoûts Covid** (dépense de matériel, frais de personnel supplémentaires...).

Pour les établissements ayant signalé des surcoûts antérieurs à l'intégration de l'HAD à l'outil SI-VIC, une enveloppe d'ajustement de 20 % a été confiée aux ARS. La FNEHAD s'est fortement mobilisée auprès du ministère de la Santé et des ARS pour veiller à la répartition équitable de ces financements.

Aussi, la Fédération a obtenu une répartition plus méthodique et selon plusieurs principes : concertation systématique des acteurs avant arbitrage ; transparence dans les décisions prises et méthode adoptée ; critères « à la main du DG ARS » objectifs, vérifiables par tous et équitables ; suivi par le niveau national pour information précise et retour auprès des fédérations.

Financement des maladies neurodégénératives

Depuis 2018, les établissements d'HAD bénéficient d'un financement dédié à la prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives. Ce financement vise à atténuer la dégressivité tarifaire des séjours concernés à hauteur de 7,6 millions d'euros en 2021. La FNEHAD reste vigilante à la bonne pérennisation de ce dispositif.

» Fluidifier le circuit de facturation

La réforme du ticket modérateur

La réforme du ticket modérateur, qui concerne **uniquement les établissements ex-DG**, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. La réforme a pour but de remplacer les tarifs journaliers de prestations propres à chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée.

Concrètement, deux tarifs s'appliquent aux HAD ex-DG :

- un pour les établissements ayant une activité « mixte » (HAD rattachées à un MCO ou un SSR) ;
- un pour les établissements ayant une activité « non mixte » (HAD autonomes).

Une période de transition de quatre ans a été instaurée afin que les tarifs des établissements convergent progressivement vers le tarif national unifié.

» La FNEHAD a été concertée tout au long de l'année.

Remboursement des organismes complémentaires : l'HAD participe au projet ROC

Le dispositif ROC (remboursement des organismes complémentaires) vise à simplifier les échanges entre les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie complémentaires. Il s'agit d'un dispositif technique intégré au logiciel de gestion administrative du patient simplifiant l'application du tiers payant sur la part complémentaire dans les hôpitaux. ROC concerne les établissements de santé publics, privés non lucratifs

et privés à but lucratif. Il est piloté au niveau national par le ministère en charge de la Santé avec l'appui de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), le ministère des Finances, les trois fédérations des assurances maladie complémentaires et l'Union nationale des complémentaires santé (Uncam). La FNEHAD participe aux différentes réunions nationales organisées.

Le déploiement du dispositif est en cours dans les établissements MCO ex-DG. Des projets pilotes démarreront au 1^{er} semestre 2023 pour les établissements psychiatriques et SSR ex-DG. ROC doit également impliquer prochainement les établissements ex-OQN.

Fin 2021, l'ANS s'est vue confier une mission d'analyses d'impacts du déploiement du dispositif ROC sur les établissements d'HAD. Au premier semestre 2022, six établissements d'HAD ex-DG et ex-OQN ont participé à un groupe de travail chargé de vérifier que le dispositif technique ROC tenait compte des spécificités de l'HAD. Les travaux ont conclu que le dispositif répondait aux besoins.

Les travaux de l'ANS se poursuivront en 2022 et 2023 auprès des éditeurs du secteur pour améliorer la transmission des justificatifs du bénéficiaire des soins.

La dématérialisation via le dispositif ROC sera rendue obligatoire par un décret dont la date de publication n'est pas encore connue. Des accompagnements techniques et financiers à la mise en œuvre du dispositif sont prévus.

» Attractivité des métiers : les propositions de la FNEHAD

Enjeu majeur de notre système de santé, l'attractivité des métiers et les problématiques de recrutement prennent une place de plus en plus importante dans le travail mené par la Fédération, tant au niveau national que régional.

À l'occasion du Ségur de la santé, puis des élections présidentielles et législatives, la FNEHAD a formulé plusieurs propositions à destination des candidats et des pouvoirs publics.

Les propositions de la FNEHAD [Extrait]

» Former de nouveaux professionnels par une politique de formation adaptée et ambitieuse

- Généraliser la formation initiale par l'alternance : développer l'accès aux diplômes par la voie de l'apprentissage (infirmier, aide-soignant...), favoriser le maintien de l'apprenti au sein d'une même structure employeur, sécuriser les clauses de fidélisation pour inciter les établissements à y recourir.
- Reconnaître les établissements d'HAD comme terrain d'accueil pour permettre la formation en alternance.
- Acter le principe d'acquisition progressive des diplômes par blocs de compétences.

» Fidéliser les professionnels

- Reconnaître les acquis de l'expérience à leur juste valeur (rendre lisible et simple le processus VAE).

Partie 2

L'HAD au service des patients

PAGE 23 L'HAD au service des personnes âgées **PAGE 25** L'HAD partenaire de la fin de vie **PAGE 27** Les coopérations avec les libéraux **PAGE 30** Développer la chimiothérapie injectable à domicile **PAGE 32** La FNEHAD s'implique dans le soutien aux proches aidants

» L'HAD au service des personnes âgées

L'actualité en lien avec les prises en charge des personnes âgées a été dense au cours de l'année : pérennisation des astreintes gériatriques, expérimentation de l'astreinte IDE mutualisée en Ehpad, concertation sur les Ehpad centre de ressources territoriaux, ou encore le déploiement des évaluations anticipées.

L'évaluation anticipée en Ehpad

De nombreux établissements d'HAD réalisent des évaluations anticipées de résidents en Ehpad autrement désignées « préadmissions Ehpad », « patients en veille » ou encore « dossiers dormants ».

L'évaluation anticipée est réalisée pour des résidents en Ehpad dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance (phase palliative ou pathologies chroniques avec risque de décompensation symptomatique) et qui ont émis le souhait de ne pas être transférés à l'hôpital ou pour lesquels les équipes de soins ont posé la conduite à tenir après discussion collégiale.

EXEMPLES DE MOTIFS DE PRISES EN SOINS

- Soins palliatifs et accompagnement au décès
- Perte d'oralité (mise en place de PCA, prise en charge des symptômes pénibles...)
- Décompensations d'organes (cardio-respiratoire, rénale...)
- Pansements complexes avec nécessité d'un appui HAD (expertise, analgésie Meopa®)

Le dispositif évite des prises en charge trop tardives et des transferts en service d'urgence. L'évaluation anticipée présente ainsi de nombreux intérêts pour le résident comme pour sa famille ainsi que pour l'ensemble des acteurs de son accompagnement et de sa prise en charge.

L'ÉVALUATION ANTICIPÉE DOIT RÉPONDRE À DES CRITÈRES OBLIGATOIRES

- Le projet d'hospitalisation envisagé doit **répondre aux critères d'éligibilité d'une prise en charge en HAD**.
- L'évaluation anticipée est réalisée **sur demande de l'Ehpad et après décision collégiale médicale** (médecin traitant, médecin coordonnateur de l'Ehpad et médecin praticien d'HAD).
- Le **consentement du résident, de la personne de confiance, de la famille ou du référent** (tuteur) a été recueilli.



Une fois l'évaluation anticipée réalisée, le dossier administratif est créé et les médecins se concertent sur l'élaboration du projet de soins personnalisé et des prescriptions anticipées. Cette évaluation est régulièrement actualisée au travers d'échanges entre les équipes de l'HAD et de l'Ehpad.

Lorsque le résident présente une dégradation, sur demande de l'Ehpad, l'HAD peut ainsi se mettre en place rapidement et organiser la prise en charge.

Pour l'année 2022, les crédits alloués ont été répartis à l'identique de l'année 2021 en première circulaire budgétaire, soit en fonction du nombre de résidents pris en charge par l'HAD en Ehpad.

En parallèle, les établissements d'HAD sont invités à tracer

les évaluations anticipées réalisées par l'HAD en Ehpad via le FICHSUP mis en place par l'ATIH pour que la délégation de l'enveloppe de 2,2 millions d'euros puisse, à partir de 2022, être réalisée sur la base du nombre d'évaluations anticipées effectuées et tracées par l'HAD en Ehpad.



La FNEHAD a élaboré un flyer sur les évaluations anticipées afin d'aider les établissements à communiquer sur la démarche.

MISSION FLASH SUR LES URGENCES ET LES SOINS PROGRAMMÉS : LE RÔLE DE L'HAD RECONNU

La mission flash sur les urgences et les soins non programmés menée par François Braun avant sa nomination en tant que ministre de la Santé et de la Prévention a rendu ses conclusions au début de l'été. Parmi les 41 mesures proposées l'HAD trouve toute sa place.

La FNEHAD est pleinement satisfaite de la reconnaissance du rôle de l'HAD dans la fluidification des parcours. Le renforcement de la présence de l'HAD au sein des services d'urgence est une mesure forte que la Fédération porte pour positionner l'HAD en évitement d'une hospitalisation classique et en post-urgence. Il s'agit d'un projet soutenu par la FNEHAD qui sollicite auprès du ministère sa généralisation sur l'ensemble du territoire.

Recommandation n° 41 :

Améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile, notamment par l'évaluation HAD systématique à l'entrée en Ehpad et le développement de l'HAD comme alternative à l'UHCD (implantation d'un personnel de liaison HAD au SU).

L'HAD partenaire de la fin de vie

Depuis 2021, la FNEHAD et la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) renforcent étroitement leurs coopérations pour développer les soins palliatifs à domicile.

Plusieurs actions découlent de ce partenariat renouvelé, dont des formations communes (« pratiques sédatives en HAD » et « prise en charge de symptômes graves en soins palliatifs »), en complément de la formation généraliste que la FNEHAD dispense. Ces formations sont programmées à Paris et sur demande des adhérents dans leur territoire.

Le partenariat entre la FNEHAD et la Sfap s'inscrit pleinement dans le cadre de la mise en œuvre du 5^e plan national de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie.

La FNEHAD a également participé au développement d'un **annuaire géolocalisé** des structures de soins palliatifs et d'accompagnement de fin de vie, en collaboration avec le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, la Sfap et le Service public d'information en santé via son site Sante.fr.

Les établissements d'HAD sont désormais visibles au même titre que les unités de soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques.

La FNEHAD œuvre également à créer des outils pratiques à destination de ses adhérents.

Après validation par le conseil scientifique de la Sfap, la FNEHAD a récemment publié un **guide pratique relatif à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en hospitalisation à domicile**. Ce document précise, conformément à la loi sur la fin de vie de 2016, les modalités

d'information du patient, l'organisation de la procédure collégiale obligatoire avant toute décision, les modalités de mise en œuvre et propose des outils pratiques de traçabilité et de surveillance.

En complément, la FNEHAD met à disposition de ses adhérents un **flyer sur la démarche palliative en HAD**, afin que les établissements communiquent auprès de leurs partenaires.

+1,8 million de journées réalisées pour des soins palliatifs en 2021



INTERVIEW DU

Dr Éric Fossier

Conseiller médical
de la FNEHAD



En 2019, 23 % des décès ont lieu au domicile personnel. Peut-on tendre davantage vers une fin de vie à domicile ?

80 % des Français souhaitent terminer leur vie chez eux. Pendant la crise Covid, des patients, des familles ou des médecins traitants ont sollicité directement l'HAD, qui peut intervenir 24h/24 et 7j/7, pour éviter un séjour hospitalier avec hébergement. Dans de nombreux territoires, les HAD ont participé aux astreintes territoriales de soins palliatifs qui ont pu donner lieu à de nouvelles coopérations qu'il faut maintenant consolider.

« En dix ans, l'activité de soins palliatifs en HAD a déjà doublé pour atteindre près de 2 millions de journées par an. »

En dix ans, l'activité de soins palliatifs en HAD a déjà doublé pour atteindre près de deux millions de journées par an, mais cela reste très en deçà des besoins.

Que va changer le plan soins palliatifs sur les pratiques en HAD ?

Le nouveau plan national de soins palliatifs comporte un axe fort basé sur le domicile et la formation des acteurs extrahospitaliers. Il faut maintenant tout faire pour que la réponse de premier recours en soins palliatifs soit organisée sur chaque territoire de proximité. Cette équité d'accès aux soins est essentielle. L'HAD y a toute sa place, non seulement pour accueillir les patients, soutenir les familles, mais aussi pour contribuer, chaque fois que cela est possible, à développer des mutualisations de moyens et des coopérations. Le déploiement des évaluations anticipées en Ehpad est aussi une avancée majeure et permet

aux résidents d'être accueillis très rapidement en HAD et d'éviter ainsi d'engorger les services d'urgences.

Comment la FNEHAD peut-elle encore davantage accompagner les établissements d'HAD dans l'appropriation des bonnes pratiques ?

La FNEHAD œuvre depuis de nombreuses années dans le champ de la formation (partenariat avec la Sfap, formations aux soins palliatifs pour les HAD...) ou dans l'accompagnement aux bonnes pratiques. Récemment, elle a publié un guide de bonnes pratiques sur la sédation profonde et continue en HAD, largement salué pour sa pertinence, à destination des professionnels de santé. ●

» Les coopérations avec les libéraux

Au sortir de la crise sanitaire et dans la perspective de réussir le virage domiciliaire dans lequel notre système de santé s'engage, la FNEHAD a entrepris de créer de nouvelles collaborations avec les professionnels de santé libéraux, acteurs fortement impliqués dans le développement de l'HAD.



Syndicats d'infirmiers : définition d'une feuille de route

Les négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les syndicats d'infirmiers ont débouché, en novembre 2021, sur la signature de l'avenant 8 officialisant, entre autres, la poursuite du déploiement du dispositif du bilan de soins infirmiers (BSI) en 2022 et 2023. L'avenant, signé le 27 juillet 2022, propose des mesures visant à accentuer le déploiement des infirmiers en pratiques avancées (IPA) libéraux ainsi qu'à favoriser l'essor de la télésanté et des usages du numérique plus largement.

Dans ce contexte, différentes réunions ont eu lieu cette année avec la Fédération nationale des infirmiers (FNI), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Snii) et Convergence infirmière. Au cours d'une quatrième rencontre réunissant la FNEHAD et les trois syndicats, **un programme de travail commun pour l'année à venir a été dessiné et sera décliné en plusieurs étapes**. Les parties ont convenu de travailler à **la rénovation de l'accord-cadre** en constituant une équipe dédiée dont les travaux ont commencé au cours de l'été 2022.

» Les sujets prioritaires identifiés concernent les évolutions de la nomenclature et les cotations, la fluidification de la facturation des actes infirmiers et l'usage du numérique, les formations dispensées aux IDEL par les établissements d'HAD et la possibilité de recommander le recours aux IDEL.



Syndicats de pharmaciens : projet de rénovation de l'accord-cadre de 2018

Les négociations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les syndicats de pharmaciens ont abouti, en **mars 2022**, à la **signature d'une nouvelle convention pharmaceutique**. Ce texte est une **reconnaissance du rôle des pharmaciens d'officine dans le système de santé**. Leurs actions de prévention et d'accompagnement des patients sont élargies et pérennisées. Il rappelle la possibilité d'actions coordonnées avec les autres professionnels de santé en ville et les établissements de santé.

Dans ce contexte, différents échanges entre la FNEHAD, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), ont eu lieu cette année. **L'accord-cadre de 2018 va être repensé afin de mieux prendre en compte le rôle du pharmacien dans le cadre du parcours de soins des patients en HAD et de favoriser l'adoption de nouvelles pratiques liées au développement du numérique**. La fluidification de certains processus par leur dématérialisation reste une priorité notamment concernant la facturation. Un groupe de travail est à l'œuvre depuis l'été 2022.

UN ACCORD-CADRE SIGNÉ ENTRE LA FNEHAD ET L'UNPS

Un accord-cadre a été signé le 8 décembre 2021 entre la FNEHAD et l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), qui regroupe **vingt-trois organisations syndicales de professionnels de santé en exercice libéral** en France, reconnues comme les plus représentatives. L'UNPS représente 12 professions soit 450 000 professionnels de santé libéraux.

Cet accord vise le **développement des coopérations entre les HAD et les professionnels de santé libéraux** afin d'optimiser la coordination entre eux, en amont et en aval de l'hospitalisation avec hébergement du patient et autant que possible en évitant celle-ci. Le déploiement des outils numériques et le développement de leur usage sont également encouragés dans le texte.

INTERVIEW DU

Dr William Joubert

Président de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS)



Une charte a été signée entre l'UNPS et la FNEHAD. Qu'attendez-vous de cette coopération ?

L'UNPS se félicite de cet accord qui signe une nouvelle ère de coopération. La FNEHAD et l'UNPS souhaitent ainsi optimiser la coordination entre les établissements d'HAD et les professionnels de santé libéraux à l'occasion de l'hospitalisation à domicile du patient mais également en amont et en sortie de l'hospitalisation. Afin de pallier toute inégalité entre professionnels de santé libéraux, selon les établissements et les territoires, la FNEHAD et l'UNPS se sont plus particulièrement engagées à inciter leurs adhérents et membres respectifs à respecter *a minima* les tarifs conventionnels. Pour les membres de l'UNPS, ce point est décisif et témoigne d'une réelle volonté de la FNEHAD de collaborer, dans des conditions satisfaisantes, avec les professionnels de santé libéraux.

L'UNPS a été associée à l'élaboration de la feuille de route stratégique de l'HAD. Quels sont les points qui, selon vous, appellent à la vigilance ou qui *a contrario*, sont encourageants ?

L'UNPS se réjouit de voir la coopération entre le secteur de l'HAD et celui des soins de ville encouragée, notamment par l'incitation à signer de nouveaux accords-cadres nationaux. Nous attendons maintenant que le lien avec des formes très souples et agiles de coordination entre professionnels de santé, telles que les ESCAP (première marche de la coordination), soit établi. Il conviendrait également que tous les professionnels de santé libéraux intervenant en HAD

« La coopération entre libéraux et HAD doit se faire via le développement d'outils numériques simples, interconnectés et interfacés. »

soient cités dans ce document (les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes ne sont pas mentionnés).

Concrètement sur le terrain, comment voyez-vous la déclinaison des actions contenues dans ce document ? Comment envisagez-vous la coopération libéraux-HAD ?

Pour l'UNPS, la coopération entre libéraux et HAD doit se faire *via* le développement d'outils numériques simples, interconnectés et interfacés, dont le Ségur du numérique constitue la première étape. ●

Syndicats de masseurs-kinésithérapeutes : rédaction d'un accord-cadre et d'un contrat-type

Dans le cadre de la réforme du droit des autorisations et de la feuille de route stratégique du développement de l'HAD, plusieurs réunions entre la FNEHAD et les syndicats de masseurs-kinésithérapeutes (Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, Alizé Kiné) ont eu lieu en 2021 et 2022 autour du projet de rédaction d'un accord-cadre et d'un contrat de coopération type pour encadrer les partenariats entre les masseurs kinésithérapeutes libéraux et les HAD.

Les échanges en cours portent en particulier sur la définition de niveaux de prises en charge en rééducation à domicile associés à des propositions de cotation. Une démarche de test auprès d'HAD volontaires est en cours.

» Développer la chimiothérapie injectable à domicile

Alors que la stratégie décennale de lutte contre le cancer se décline actuellement au niveau régional, la FNEHAD accompagne le développement de la chimiothérapie injectable en hospitalisation à domicile.

Concrètement, la FNEHAD propose des outils pratiques, conçus au sein du groupe de travail composé de médecins, de pharmaciens et de cadres de santé :

► un flyer « développer la chimiothérapie » est d'ores et déjà disponible sur le site de la FNEHAD et en commande ;

► un guide pratique est en cours de rédaction qui contiendra des fiches pratiques pour mettre en place une activité de chimiothérapie à domicile, le cadre juridique de l'intervention de l'HAD et des modèles de protocoles.

En parallèle, une réflexion est également en cours avec Unicancer sur un modèle de financement afin que le développement de cette pratique ne pénalise pas les établissements adresseurs.



INTERVIEW DU

D^r Mohamed Touati

Responsable de l'HAD du CHU de Limoges, président du réseau Hématolim



Une forte proportion des patients en HAD sont atteints de cancer et pourtant ce rôle de l'HAD est mal connu. Quel est-il ?

L'HAD répond pleinement aux besoins des patients pris en charge dans le cadre d'un cancer grâce à une offre de soins multiple. Les équipes d'HAD réalisent des soins conventionnels regroupant la surveillance d'aplasie, de radiothérapie, de chimiothérapie et leurs effets indésirables ; les soins post-chirurgicaux, les pansements complexes, les antibiothérapies, les nutriments entérale et parentérale ; la prise en charge de la douleur et, plus largement, tous les soins de support. Elle réalise également les transfusions sanguines, des soins d'administration sécurisée en IV ou en sous cutané de chimiothérapies et d'immunothérapies à domicile en collaboration étroites avec les services hospitaliers d'oncologie et d'hématologie, ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie.

Précisément, pensez-vous qu'il y a une place pour l'HAD dans la pratique de la chimiothérapie injectable à domicile alors que se développe également la chimiothérapie orale ?

Même si en 2025, selon le plan cancer, 50 % des anticancéreux seront administrés par voie orale, il restera de très nombreuses molécules injectables dont le profil est compatible avec une administration en HAD. Cette activité est en train de passer du stade d'expérimentation à une véritable activité de soins à part entière et est favorisée par l'arrivée de nombreuses molécules innovantes injectables dont le profil d'administration est compatible avec une gestion mixte selon une configuration alternant HAD et HDJ.

Comment la FNEHAD peut-elle encore plus et mieux soutenir ce développement ? Comment peut-elle accompagner l'appropriation des bonnes pratiques ?

L'appropriation de bonnes pratiques passera par le développement de conventions facilitant les interactions entre les structures hospitalières et les HAD, mais également par la diffusion de programmes de formations et par l'échange de procédures opérationnelles standards qui permettent la sécurisation de l'administration des molécules anticancéreuses injectables en HAD. Par ailleurs, au niveau de la Fédération, la création d'un groupe de travail sur la thématique chimiothérapie-immunothérapie en HAD et l'élaboration d'une boîte à outil permettra aux établissements d'avoir les clés pour s'adapter aux spécificités territoriales (démographiques, géographiques, etc.) et développer encore davantage cette pratique. ●

La FNEHAD s'implique dans le soutien aux proches aidants

De nombreux acteurs s'investissent de manière croissante auprès des proches aidants : des groupes de protection sociale, des mutuelles, des entreprises et des comités sociaux et économiques (CSE), des associations (nationales, régionales, locales)... Les établissements de santé développent également des initiatives à leur endroit. **Les projets en faveur du soutien aux aidants portés par des établissements d'hospitalisation à domicile se multiplient.**

Les politiques publiques impulsent une dynamique au niveau national. En octobre 2019, l'État a lancé **la Stratégie nationale de mobilisation et de soutien « Agir pour les aidants » 2020-2022**. Elle vise à répondre aux besoins quotidiens des aidants dans différents domaines :

- lutte contre l'isolement ;
- accès à de nouveaux droits sociaux ;
- renforcement de leur suivi médical ;
- développement des solutions de répit...

La FNEHAD s'implique également sur ces sujets. Par ailleurs, l'axe 6 de la feuille de route stratégique de développement de l'HAD y est consacré.

Face aux besoins des patients et des aidants ainsi que des professionnels qui les soignent et les accompagnent, **la FNEHAD a organisé, le 10 mai 2022, la première édition du Rendez-vous place des aidants**. Cette journée a été l'occasion d'accueillir deux représentants de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des Solidarités et de la Santé pour présenter la Stratégie nationale ainsi que la politique de développement des solutions de répit, François-Mathieu Robineau, adjoint au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées et chef de projet national sur la stratégie aidants ainsi que Diane Genet, chargée de mission innovation et transformation de l'offre médico-sociale. Clémentine Cabrières, directrice de l'Association française des aidants, est intervenue sur le

sujet de la prise en compte de l'aidant dans la relation de soins.

Enfin, Anne-Marie Colliot, déléguée générale de la Sfap, a présenté les spécificités de la prise en charge de l'aidant dans l'accompagnement de la fin de vie. Deux retours d'expérience d'établissements dans la mise en œuvre de dispositifs de soutien aux aidants ont également été présentés : la mise en place de solution de répit et la proposition d'une offre « bien-être » par l'Hados et l'organisation de Cafés des aidants® par l'HAD d'Angers.

Fort de son succès, **une deuxième édition du Rendez-vous place des aidants est d'ores et déjà programmée en mai 2023.**



➤ **Le soutien aux proches aidants de patients en HAD est un axe de travail majeur pour la FNEHAD. De nouveaux partenariats avec des associations de patients seront développés au cours des prochains trimestres.**

Partie 3

L'HAD engagée dans la qualité et la sécurité des soins

PAGE 35 Investir les sujets du numérique en santé **PAGE 40** IFAQ : retour sur 2021 et présentation du modèle 2022 **PAGE 41** Suite de l'expérimentation e-Satis HAD

» Investir les sujets du numérique en santé

La FNEHAD, accompagnée de ses experts Numérique, participe activement à de nombreux chantiers et instances au niveau national : le Conseil du numérique en santé, les comités structures, le Ségur du numérique (programmes SUN-ES et SONS pour le volet hôpital et ESMS numérique pour le versant médico-social), HOP'EN, le projet ROC (remboursement des organismes complémentaires), les comités de concertation du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS), les chantiers SSI et cybersécurité, le projet de certification des SIH (dont MaturiN-H), le comité de pilotage ROR, le comité national télésanté, ou encore la réunion nationale sur les forfaits télésurveillance.

La FNEHAD anime également des réunions de coordination avec les principaux éditeurs de logiciels métier en HAD.

» La première édition du Rendez-vous du numérique a été organisée le 19 novembre 2021.



Ségur du numérique : les HAD-pilotes de l'expérimentation Mon Espace Santé

Au cours de l'été 2021, l'Assurance maladie a lancé une première expérimentation de **Mon Espace Santé** dans trois départements. L'objectif était de permettre aux usagers de ces territoires d'accéder à leurs données de santé contenues dans leur dossier médical partagé (DMP) par l'intermédiaire de Mon Espace Santé et d'utiliser la messagerie sécurisée citoyenne mise à disposition pour échanger avec leurs professionnels de santé. Quelques établissements sélectionnés par les ARS concernées ont participé à l'expérimentation. À ce stade, un seul établissement d'HAD était impliqué.

Face à la sous-représentation de l'hospitalisation à domicile, la FNEHAD a œuvré pour que la participation, les besoins financiers et d'accompagnement des adhérents soient davantage pris en compte pour cette expérimentation.

Au premier trimestre 2022, dans le cadre du lancement du deuxième volet du programme SUN-ES destiné à développer les usages des messageries citoyennes et professionnelles de Mon Espace Santé, un nouvel appel à candidature national auprès des établissements de santé a été lancé afin de prolonger l'expérimentation et de faire bénéficier aux établissements moins matures d'un accompagnement renforcé pour être raccordé à l'espace. Ainsi, **douze autres HAD ont pu être sélectionnés et bénéficient d'un soutien financier et d'un accompagnement personnalisé.**

13 établissements d'HAD bénéficient d'un soutien financier et d'un accompagnement en 2022



Poursuite du programme HOP'EN

En 2020, soixante-quinze HAD autonomes ont été sélectionnées par les ARS dans le cadre du programme HOP'EN. La FNEHAD participe activement aux réunions nationales pour faire entendre la voix de l'hospitalisation à domicile. La crise sanitaire ayant retardé les projets de nombreux établissements, **la FNEHAD a soutenu la mise en place d'un délai dérogatoire d'atteinte des cibles d'usage de douze mois maximum concernant le levier financement du programme qui se prolonge donc jusqu'à fin 2023.** La FNEHAD est également intervenue lors de la journée nationale HOP'EN le 13 octobre 2021. Cet événement fut l'occasion de faire un bilan d'étape de l'avancée du programme et de sa mise en œuvre.

75 HAD autonomes ont été sélectionnés par les ARS pour participer au programme HOP'EN en 2020

L'HAD et le programme Ségur du numérique (programmes SONS et SUN-ES)

Annoncé en 2020 et lancé en 2021, le Ségur du numérique a permis l'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route intitulée *Accélérer le virage numérique*.

Le programme est destiné à **favoriser le déploiement de services numériques ergonomiques, interopérables et faciles d'usage pour les professionnels de santé.** Ils doivent également permettre aux personnes d'accéder à leurs données de santé via l'espace de santé numérique citoyen Mon Espace Santé. Les acteurs des secteurs sanitaire (l'hôpital, la biologie médicale, l'imagerie, la médecine de ville, les officines) et médico-social participent au programme et sont pleinement mobilisés pour atteindre cet objectif. Le programme est constitué d'un volet financement à l'équipement (SONS) et d'un volet de financement à l'usage (SUN-ES).

► **Le programme de financement SONS (en deux vagues)** est doté de 465 millions d'euros sur trois ans.

► **Le programme SUN-ES pour la partie atteinte des cibles d'usage (en cohérence avec le programme HOP'EN)** dispose de 210 millions d'euros sur trois ans.

► **Le programme SUN-ES se compose initialement de deux volets destinés à alimenter le DMP** (en documents de sortie, résultats de biologie et d'imagerie) à hauteur de 158 millions d'euros et **à développer l'usage de la messagerie citoyenne et professionnelle de Mon Espace Santé** à hauteur de 52 millions d'euros.

Un indicateur bonus concernant l'alimentation du DMP en documents historiques du DPI a été ajouté au volet 1 au mois de mars 2022.

Ce programme est divisé en quatre fenêtres semestrielles d'atteinte des cibles. Pour la fenêtre 1 (janvier-juin 2022), prolongées jusqu'en septembre, et la fenêtre 2 (juillet-décembre 2022), cent HAD ont été sélectionnés par les ARS.

► **Les travaux nationaux initiés début 2021 se poursuivent, notamment pour préparer la deuxième vague du programme SONS. La FNEHAD participe à l'ensemble des groupes de travail et des réunions de la gouvernance du Ségur du numérique auxquels les fédérations sont conviées.**

95 établissements d'HAD sur 100, participant au programme du Ségur du numérique, sont adhérents à la FNEHAD

Cybersécurité, la FNEHAD au rendez-vous

La FNEHAD est intervenue lors du colloque sur la cybersécurité, organisé le 18 novembre 2021, par le ministère des Solidarités et de la Santé.

La Fédération participe également aux réunions de concertation nationales sur le sujet de la sécurité des systèmes d'information. **Un référentiel de mesures de sécurité prioritaires à destination de l'ensemble des établissements de santé est en cours d'élaboration.**

Un accompagnement financier des établissements est prévu.

La certification des SIH et le référentiel MaturiN-H

La doctrine technique du numérique en santé porte l'ambition « *d'inscrire le développement des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé publics et privés dans un processus d'amélioration continue de la qualité* ». Pour cela, un dispositif de certification doit être construit. Il sera intégré aux démarches de certification (certification HAS, IFAQ, certification des comptes) et appuiera la conduite des programmes nationaux.

Le dispositif de certification sera composé d'un référentiel de maturité numérique des établissements hospitaliers (référentiel MaturiN-H) et de modalités de contrôle.

La V1 du référentiel est en cours de finalisation et des sites pilotes seront sélectionnés d'ici la fin de l'année 2022 pour le tester en 2023 avant sa généralisation en 2024.

Forfaits de télésurveillance médicale : les spécificités de l'HAD défendues par la FNEHAD

L'entrée dans le droit commun de la télésurveillance médicale est prévue dans les mois à venir. Dans ce cadre, des travaux ont eu lieu pour définir les forfaits de l'activité de télésurveillance afin de rémunérer les organisations. Deux forfaits sont prévus :

- un **forfait opérateur** ;
- un **forfait exploitant**.

Les montants des forfaits sont fixés hors dialogues conventionnels et ne sont pas connus à ce stade. La FNEHAD a participé aux réunions consacrées à la définition des forfaits de télésurveillance organisées par le ministère de la Santé.

La FNEHAD a rendu un avis sur les trois projets de décrets et a rappelé l'importance de la prise en compte des modalités de financement de l'HAD dans la définition des montants des forfaits.



» IFAQ : retour sur 2021 et présentation du modèle 2022

En 2021, l'enveloppe IFAQ a été augmentée de 50 millions d'euros pour atteindre un montant global de 450 millions d'euros. Suite à une année de gel de l'IFAQ en raison de la crise sanitaire, des indicateurs qualité ont été réintroduits dans le modèle pour partie. L'enveloppe totale dédiée au dispositif IFAQ a été répartie de la manière suivante :

- 150 millions d'euros (33,5 %) basés sur des indicateurs IFAQ 2021 dispositif allégé ;
- 200 millions d'euros (44,5 %) basés sur les indicateurs IFAQ 2019 ;
- 100 millions d'euros (22 %) basés sur la valorisation économique des établissements 2019.

En 2022, l'enveloppe connaît une augmentation importante pour atteindre un **montant total de 700 millions d'euros**. La dynamique qualité reprend, la valorisation économique 2019 n'est plus prise en compte.

Les indicateurs retenus en 2022 pour le secteur de l'HAD sont au nombre de sept, avec la réintroduction des IQSS dans le modèle.

CATÉGORIE	INDICATEURS
Démarche de certification	Niveau de certification Qualité
Qualité des prises en charge cliniques	Évaluation et prise en charge de la douleur (IQSS)
	Tenue du dossier patient (IQSS)
	Évaluation du risque d'escarres (IQSS)
Qualité de la coordination des prises en charge	Coordination en HAD (IQSS)
	Alimentation du DMP pour les patients disposant d'un DMP lors de leur admission (indicateur HOP'EN D2.2)
	Usage d'un service de messagerie sécurisée intégré à l'espace de confiance Messagerie Sécurisée de santé (indicateur HOP'EN D6.3)

En 2021, l'HAD représentait **2,18 %** de l'enveloppe total d'IFAQ, soit

9 801 964 € perçus par les établissements d'HAD

» Le travail sur le modèle 2023 est déjà entamé et se poursuivra tout au long de l'année jusqu'à la publication du nouvel arrêté.

» Suite de l'expérimentation e-Satis HAD

E-Satis est le premier dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés. Cette mesure est effectuée grâce à des questionnaires fiables et validés par la Haute autorité de Santé avec des groupes de travail composés de professionnels de santé et de patients.

L'expérimentation e-Satis HAD, démarrée en mai 2021 et prévue à l'origine pour une durée de six mois, aura duré en tout une année.

La FNEHAD a participé à l'élaboration du questionnaire en constituant un groupe de relecture composé de professionnels d'HAD.

Les établissements volontaires ont pu librement s'inscrire sur la plateforme dédiée et participer à la démarche expérimentale.

Après présentation du bilan de l'expérimentation au collège de la HAS, le questionnaire a été validé. Néanmoins, en raison du faible volume de patients participants pendant l'expérimentation (peu de structures ont plus de trente réponses) et de la projection possible en fonction du nombre total de patients pris en charge en HAD, il ne sera pas possible d'envisager un indicateur qualité au même titre qu'e-Satis MCO dont l'une des caractéristiques est la comparaison inter-établissements.

La HAS est en cours de réalisation d'un rapport de résultats de l'expérimentation qui sera partagé avec l'ensemble des fédérations, dont la FNEHAD, pour réfléchir de manière commune à une réorientation des travaux. Ce chantier débutera au cours de l'année 2022/2023 et sera l'occasion de réfléchir à la satisfaction et à l'expérience patient en HAD.

Au 10 juin 2022 :

135 établissements sur 282 ont participé à la démarche en s'inscrivant sur la plateforme

11 159 mails ont été envoyés aux patients avec un lien pour le questionnaire à remplir

2 152 réponses complètes ont été comptabilisées

LE QUESTIONNAIRE CONTIENT DES ITEMS RELATIFS À :

- l'organisation ;
- la coordination de la prise en charge ;
- l'information ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le soutien psychologique...

Partie 4

L'HAD au service de ses adhérents

PAGE 43 Les adhérents **PAGE 44** Une équipe mobilisée **PAGE 47** L'organisation
de la délégation nationale **PAGE 50** Une offre de formation sur mesure
PAGE 52 Une communication engagée

» Les adhérents

ANNÉE	NOMBRE D'HAD (total France)	NOMBRE D'ADHÉRENTS (total FNEHAD)	VARIATION (en nombre d'adhérents)
2006	166	114	
2007	204	132	+ 18
2008	231	148	+ 16
2009	271	181	+ 33
2010	292	206	+ 25
2011	302	223	+ 17
2012	317	232	+ 9
2013	311	235	+ 3
2014	309	236	+ 1
2015	308	250	+ 14
2016	303	248	- 2
2017	291	245	- 3
2018	288	249	+ 4
2019	288	245	- 4
2020	289	245	0
2021	286	248	+ 3
2022	282	243	- 2

243
adhérents* qui
réalisent 92 %
d'activité d'HAD
en 2021

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

» Une équipe mobilisée

Le conseil d'administration (élections juin 2022)



Le bureau

PRÉSIDENTE
Dr Élisabeth HUBERT
PRÉSIDENTE HAD NANTES
ET RÉGION

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
Aymeric BOURBION
DIRECTEUR GCS HADOS

MEMBRE DU BUREAU
Yannick GARCIA
PRÉSIDENT SANTÉ SERVICE DAX

VICE-PRÉSIDENT
Pierre HAGNERÉ
DIRECTEUR HAD-SSIAD SANTÉLYS

**SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
ADJOINT**
Jérôme LEMAI
DIRECTEUR GÉNÉRAL SANTÉ
SERVICES DE LA RÉGION DE LENS

MEMBRE DU BUREAU
Ghislain PROMONET
DIRECTEUR GÉNÉRAL
FONDATION SANTÉ SERVICE

VICE-PRÉSIDENTE
Laurence NIVET
DIRECTRICE HAD AP-HP

TRÉSORIER
Richard OUIN
DIRECTEUR GÉNÉRAL CLINIQUE
DU CÈDRE

TRÉSORIER ADJOINT
Martine SEMAT
DIRECTRICE SANTÉ RELAIS
DOMICILE

Les délégués régionaux

Fédérer les établissements d'HAD en région

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

» ANIMER

L'animation régionale tient une part importante de l'action et de la vie de la FNEHAD. Des groupes de travail ont été mis en place pour permettre aux professionnels de se rencontrer, de partager leurs pratiques et leurs difficultés. Plusieurs Journées régionales sont organisées rassemblant autour des professionnels, les ARS, les élus locaux, et permettent de rendre visible l'hospitalisation à domicile et sa valeur ajoutée pour les

patients, les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux.

» REPRÉSENTER

Les délégués régionaux siègent, sur désignation de la présidente de la FNEHAD, au sein des instances régionales (CRSA, Conférence de territoire, Commission spécialisée de l'offre de soin...) et défendent les intérêts de l'HAD et des adhérents de la FNEHAD en région.

Les délégués régionaux

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

► **Frédéric CHÂTELET**
AGESSA

► **D^r Florence TARPIN-LYONNET**
CENTRE HOSPITALIER DE CREST

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

► **Olivier TERRADE**
HAD FEDOSAD 21

► **Éric BACHELET**
HOSPITALIA

BRETAGNE

► **D^r Éric FOSSIER**
HAD DE L'AVEN À ETEL

► **D^r Jean-Michel HOARAU**
AUB SANTÉ DU PAYS DE SAINT-MALO - DINAN

CENTRE-VAL DE LOIRE

► **Tony-Marc CAMUS**
ASSAD - HAD EN TOURAINE

► **David GUYÈRE**
LNA SANTÉ

GRAND-EST

► **Rébecca D'ANTONIO**
AURAL HAD

► **Ivan BERTIN**
GCS DES ARDENNES

► **D^r Cécile DI SANTOLO**
HADAN

GUADELOUPE

► **Sébastien TOURNEBIZE**
CLINIQUE DE CHOISY

HAUTS-DE-FRANCE

► **Aymeric BOURBION**
HADOS - CENTRE HOSPITALIER MONTDIDIER

► **Pierre HAGNERÉ**
SANTÉLYS

ÎLE-DE-FRANCE

► **Ghislain PROMONET**
FONDATION SANTÉ SERVICE

► **Laurence NIVET**
HAD AP-HP

► **Isabelle BOUVIER**
FONDATION CROIX SAINT-SIMON

LA RÉUNION

► **Ségolen BERNARD**
ASDR

► **Graziella ABOUDOU**
ARAR SOINS À DOMICILE

MARTINIQUE

► **Sébastien TOURNEBIZE**
CLINIQUE DE CHOISY

NORMANDIE

► **Richard OUIN**
CLINIQUE DU CÈDRE

► **Pierre-François BÉRARD**
CLINIQUE DE DEAUVILLE, LNA SANTÉ

NOUVELLE-AQUITAINE

► **Yannick GARCIA**
SANTÉ SERVICE DAX

► **Joël MAISONNEUVE**
HAD RELAIS SANTÉ

► **Michel BEY**
ADMINISTRATEUR FNEHAD

OCCITANIE

► **D^r Pierre PERUCHO**
HÔPITAL SAINT-JEAN-ROUSSILLON

► **Anne-Marie PRONOST**
CLINIQUE PASTEUR

► **Laetitia BERNADOU**
BÉZIERS HAD

PAYS DE LA LOIRE

► **Agnès PICHOT**
HAD NANTES ET RÉGION

► **Alexandra MOREAU**
HAD VENDÉE

► **Catherine MONGIN**
HAD SAINT-SAUVEUR

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

► **Fabienne REMANT-DOLE**
SOINS ASSISTANCE

► **Pierre GUILHAMAT**
HADAR

► **Pierre-François GASCO-FINIDORI**
HAD CLARA-SCHUMANN

» L'organisation de la délégation nationale

Mathurin Laurin Délégué national

Chargé d'assister la présidente pour conduire la politique et mettre en œuvre la stratégie de la FNEHAD, il est l'interlocuteur des pouvoirs publics et le correspondant des délégués régionaux.

Formation, affaires générales

RESPONSABLE
FORMATION ET AFFAIRES
GÉNÉRALES

Guenièvre MOINE

Elle assure le déploiement de la politique de formation des métiers de l'HAD et met en place les services pour les adhérents. Elle coordonne les affaires générales du siège de la FNEHAD.

ASSISTANTE
ADMINISTRATIVE
ET COMPTABLE

Carine ARRUE

Elle est en charge de la comptabilité et du suivi budgétaire et coordonne le fonctionnement financier de la FNEHAD. Elle assure le suivi administratif des adhésions et des services aux adhérents (formations, événements FNEHAD). Elle assure également le secrétariat de la présidente et du délégué national.

Offre de soins, organisation et développement de l'HAD

CONSEILLER MÉDICAL

Recrutement en cours

Il est en charge des sujets relatifs à la tarification, à la classification et à la pertinence. Il répond aux besoins de pilotage médico-économique exprimés par les adhérents.

RESPONSABLE DES PROJETS
ET PARTENARIATS

Karine ALOUIS

Elle est en charge de dossiers transversaux en lien avec le déploiement des axes de la prochaine feuille de route stratégique de l'HAD, est responsable des partenariats avec les professionnels libéraux et pilote les questions autour des sujets numériques.

CONSEILLÈRE TECHNIQUE

Anastasia STRIZYK

Elle est en charge du conseil juridique et technique des adhérents, et suit notamment le déploiement de la réforme des autorisations. Elle assure la veille législative et réglementaire pour la Fédération. Elle est également référente sur les sujets qualité.

6 RAISONS

d'être adhérent

01 ÊTRE DÉFENDU ET REPRÉSENTÉ

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

03 SE FORMER

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

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

02 ÊTRE INFORMÉ ET S'INFORMER

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

L'Observatoire DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

IL A POUR OBJECTIFS DE :

- › FOURNIR AUX ÉTABLISSEMENTS DES DONNÉES D'ACTIVITÉ INFRA-ANNUELLE ;
- › DISPOSER D'UNE VISION ANNUELLE D'ENSEMBLE DU SECTEUR DANS DIFFÉRENTS DOMAINES ;
- › RÉALISER DES ÉTUDES MÉDICO-ÉCONOMIQUES ET DES BENCHMARKS.



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

04 ÊTRE ACCOMPAGNÉ

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

LA FNEHAD, C'EST :

- › UN APPUI JURIDIQUE ET TECHNIQUE ;
- › UN ESPACE DÉDIÉ PERMETTANT DES ÉCHANGES DE BONNES PRATIQUES.

06 BÉNÉFICIER D'OUTILS ADAPTÉS

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

05 REJOINDRE UN RÉSEAU DE PROFESSIONNELS

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

LES COLLÈGES PROFESSIONNELS :

- › DIRECTEURS
- › MÉDECINS PRATICIENS D'HAD
- › CADRES DE SANTÉ
- › ASSISTANTS SOCIAUX
- › PHARMACIENS
- › PSYCHOLOGUES
- › RESPONSABLES QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

» Une offre de formation sur mesure

La FNEHAD propose une offre de formations variée à destination de ses adhérents, les thèmes évoluant chaque année selon les besoins spécifiques à l'activité d'hospitalisation à domicile. Les thématiques sont travaillées et les programmes construits au sein de la **commission de formation de la FNEHAD**. En 2022, huit nouveaux thèmes de formation ont été proposés. La FNEHAD assure en intégralité la logistique pour ces formations.

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

La FNEHAD, reconnue organisme de DPC, travaille à adapter les programmes de formations proposés aux orientations nationales.

UN PARTENARIAT AVEC LA SFAP POUR ACCOMPAGNER LES ADHÉRENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PALLIATIFS

Dans le cadre du partenariat entre la FNEHAD et la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap), deux modules de formation ont été déployés et ont rencontré un très grand succès :

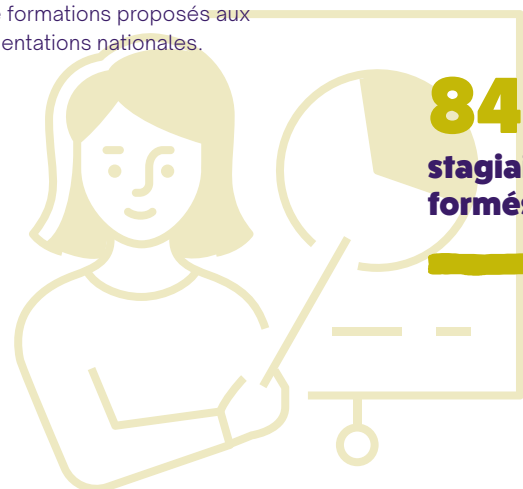
- les pratiques sédatives en HAD ;
- la prise en charge de symptômes graves en soins palliatifs.

52
formations
réalisées
entre juin 2021
et juin 2022

8,5/10
Note moyenne
de satisfaction
concernant
la qualité de
la formation

842
stagiaires
formés

94 %
Taux de
remplissage
des formations



Profil des stagiaires

SOIGNANTS	42 %
MÉDECINS	18 %
DIRECTEURS	9 %
TRAVAILLEURS SOCIAUX	7 %
RESPONSABLES QUALITÉ (RQGDR)	6 %
SECRÉTAIRES	6 %
PHARMACIENS	4 %
PSYCHOLOGUES	3 %
TIM	2 %
RSI	2 %
AUTRES	1 %

Nature des sessions réalisées

FORMATIONS NATIONALES	70 %
FORMATIONS RÉGIONALES	15 %
RENDEZ-VOUS	9 %
SÉMINAIRES PAR COLLÈGES PROFESSIONNELS	6 %



LES NOUVELLES FORMATIONS EN 2023

9 nouvelles formations sont proposées aux adhérents de la FNEHAD :

- **Développer de nouvelles prises en charge :**
 - « Développer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque en HAD »
- **Certification :**
 - **Pilotage du projet :** « Piloter la préparation à la certification dans son établissement d'HAD : une approche de gouvernance »
 - **En région, une approche pratique pour les équipes :** « La certification dans son établissement d'HAD : une approche pratico-pratique »
- **Expertises métiers, formation spécifique pour les aides-soignants :**
 - « Accompagnement global du patient polypathologique grave »
 - « Fin de vie en HAD »
- **Formation pluriprofessionnelle sur les prises en charge gériatriques :** « Spécificités de la prise en charge de la personne âgée au domicile »
- **De nouvelles thématiques sur les soins palliatifs dans le cadre du partenariat avec la Sfap :**
 - « HAD en Ehpad pour la fin de vie ? Créativités et limites »
 - « Mort programmée ? Pour ne plus confondre euthanasie, suicide assisté, sédation profonde »
 - « Familles difficiles en HAD : complexes ou pathologiques ? »
- **En région :** « Soins palliatifs à domicile, sédation, Midazolam® en ville : de quoi parle-t-on ? »

» Une communication engagée

Augmenter la visibilité de l'HAD

La FNEHAD a souhaité faire évoluer sa communication pour **toujours mieux faire connaître l'hospitalisation à domicile**.

Elle a ainsi publié de **nouveaux supports à destination des professionnels de santé et du grand public**.

Plus visuels, ces supports permettent, grâce à des schémas et des contenus pédagogiques, de mieux saisir le rôle et la place de l'HAD dans l'offre de soins.

Afin de créer une gamme homogène, les anciens supports seront adaptés à la nouvelle charte graphique d'ici la fin de l'année 2022.

76
newsletters
envoyées à
plus de 2 500
professionnels
d'HAD

29
tweets postés
sur Twitter

134
publications sur
LinkedIn dont
101 offres d'emploi
et 33 posts sur
l'actualité de l'HAD
et de la FNEHAD

8
supports de
communication en
cours de production

8
nouveaux supports
à destination des
adhérents

10
communiqués
de presse et plus
de 30 retombées



» LA DÉMARCHE PALLIATIVE EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Objectif : promouvoir l'activité palliative des HAD auprès des partenaires du territoire et des prescripteurs dans un contexte de développement croissant de l'activité de soins palliatifs à domicile depuis 2020 et aider les établissements à communiquer sur leur savoir-faire et leur intervention.



» LES ÉVALUATIONS ANTICIPÉES DES RÉSIDENTS PAR L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Objectif : à destination principalement des prescripteurs et des Ehpad du territoire, expliquer en quoi consiste la réalisation d'une évaluation anticipée d'un résident en Ehpad, l'intérêt pour le résident et sa famille, pour l'Ehpad mais aussi pour le médecin traitant.



» LA CHIMIOTHÉRAPIE INJECTABLE EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Objectif : à destination des partenaires et des prescripteurs, faire connaître la pratique de la chimiothérapie à domicile dans un cadre sécurisé, l'intérêt pour le patient et son entourage.



» LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES (MND) EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Objectif : à destination des partenaires et des prescripteurs, faire connaître le rôle de l'HAD dans la prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives pour leur permettre de vivre, autant que possible, dans leur lieu de vie tout en bénéficiant d'un accompagnement adapté à l'évolution de la maladie.

La création d'une gamme de kits à destination des adhérents

KIT "DÉCRYPTAGES"

LA RÉFORME DES AUTORISATIONS EN HAD

Dans le contexte de la réforme du droit des autorisations d'HAD et afin d'accompagner les adhérents dans la compréhension des enjeux de la réforme, la FNEHAD a conçu un **kit de décryptage complet de la réforme** :

- explication ligne à ligne des décrets CI et CTF ;
- note explicative de la période transitoire ;
- tableau de comparaison avant/après.



KIT "EN PRATIQUE"

LA SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS EN HAD

Afin d'aider et de guider les professionnels dans la mise en place d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, réalisation, en lien avec les adhérents et la Sfap, du kit « Sédation » composé de deux supports :

- **Un dépliant générique** à destination des familles et des professionnels
- **Un livret pratique et interactif** composé de quatre fiches techniques, utilisables dans la pratique quotidienne :
 - **Fiche n°1** : Modalités d'organisation de la procédure collégiale de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en hospitalisation à domicile (HAD)
 - **Fiche n°2** : Check list « Demande de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès en HAD »
 - **Fiche n°3** : Grille de surveillance infirmière sédation en HAD
 - **Fiche n°4** : Mise en œuvre médicamenteuse



► Un kit chimiothérapie et un kit HAD en Ehpad seront publiés en 2023.

Une année pour se retrouver

Après l'annulation des Universités de l'HAD à cause de la crise sanitaire, la fin d'année 2021 et l'année 2022 marquent le grand retour des événements en présentiel de la FNEHAD.

Si les **Universités d'hiver**, centrées autour du thème « Notre santé demain : des innovations locales pour une transformation globale », ont été l'occasion pour le ministre de la Santé, Olivier Véran, de présenter la feuille de route de l'HAD ainsi que de rappeler que l'hospitalisation à domicile était reconnue comme étant un « pilier indispensable dans l'organisation territoriale des soins », les **Universités d'été** ont permis de présenter aux adhérents le plan stratégique de la FNEHAD pour les cinq ans à venir.

Fortes de leur succès, les Universités d'hiver de l'HAD, organisées les 1^{er} et 2 décembre 2021 aux Salons de l'Aveyron (Paris 12^e) et les Universités d'été, qui se sont tenues les 23 et 24 juin 2022 à Amiens, ont rassemblé plus de 1 000 participants sur les deux événements cumulés.



Plus de 1 000
professionnels ont participé
aux Universités de l'HAD



Partie 5

L'HAD en chiffres

PAGE 57 Qu'est-ce que l'hospitalisation à domicile ? **PAGE 59** Les chiffres clés
PAGE 60 Les principales prises en charge **PAGE 62** Fin de vie et soins palliatifs
PAGE 63 La prise en charge dans les établissements et services sociaux
et médico-sociaux **PAGE 66** Taux de couverture sur le territoire **PAGE 68** La trajectoire
des patients **PAGE 69** Les intervenants en HAD **PAGE 70** Caractéristiques des patients
pris en charge **PAGE 73** Caractéristiques des structures d'HAD **PAGE 74** Évaluation
de la qualité et de la sécurité

» Qu'est-ce que l'hospitalisation à domicile ?

L'hospitalisation à domicile permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

» Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

L'hospitalisation à domicile concerne **des malades de tous âges** (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète. **L'HAD permet donc aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement.**

Prescrite par le médecin traitant du patient ou le médecin hospitalier, l'HAD permet d'associer de manière coordonnée tous les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux de statut libéral ou salarié :

le médecin traitant, mais aussi les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants, les psychologues, les assistants sociaux... **Elle assure ainsi une prise en charge globale du patient et intègre également, ce qui est une de ses spécificités, l'évaluation sociale au domicile.**

Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile. Le non-respect de ces dispositions est puni par la loi, aux termes de l'article L. 6125-2 du code de la santé publique.

7 questions clés sur l'HAD

Le passage par un hôpital conventionnel est-il un préalable à toute hospitalisation à domicile ?

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

UN CHIFFRE
Aujourd'hui, **45 % des séjours en HAD** sont initiés à partir du domicile.

L'HAD intervient-elle sur tout le territoire ?

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

UN CHIFFRE
Le taux de recours au niveau national est de **27,7 patients pour 100 000 habitants**.

L'HAD ne prend-elle en charge que des personnes âgées ?

NON L'HAD assure la prise en charge de patients de tous âges – **moyenne de 67,2 ans**. Elle prend également en charge des enfants dès la naissance.

UN CHIFFRE
L'activité de pédiatrie représente **4,8 % de l'activité d'HAD**.

L'HAD présente-t-elle les mêmes garanties de qualité et de sécurité des soins qu'un hôpital ?

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

POUR ALLER PLUS LOIN
Qualité et sécurité certifiées par la Haute Autorité de santé.
► www.has-sante.fr

L'HAD coûte-t-elle plus cher au patient ?

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

UN CHIFFRE
100 % des soins sont pris en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé. ► www.ameli.fr

LES RAPPORTS POUR MIEUX COMPRENDRE L'HAD

L'HAD n'intervient-elle qu'au domicile ?

OUI **MAIS...** par rapport aux autres acteurs du domicile, l'HAD peut également intervenir dans les Ehpad et tous les **établissements sociaux et médico-sociaux**. Aujourd'hui, ces patients représentent près de 10% de son activité totale.

POUR ALLER PLUS LOIN
Décret n° 2012-1030 du 6 sept. 2012 fixant le cadre d'intervention des HAD dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
► www.legifrance.gouv.fr

L'HAD prend-elle en charge des soins légers ?

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

UN CHIFFRE
1/3 des journées concernent des pathologies cancéreuses.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
Hospitalisation à domicile (HAD), nov. 2010

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

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

» Les chiffres clés

Les 282 structures autorisées à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile ont assuré **249 481 séjours en 2021**, un chiffre **en hausse de 4,3 %** par rapport à 2020. Cela représente **6 786 267 journées**, soit **une hausse de 2,5 %** par rapport à 2020.

6 786 267

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

ANNÉE	NOMBRE HAD	ÉVOL. EN %	NOMBRE JOURNÉES	ÉVOL. EN %	NOMBRE SÉJOURS COMPLETS	ÉVOL. EN %	NOMBRE PATIENTS	ÉVOL. EN %	VALORISATION BRUTE EN EUROS	ÉVOL. EN %
2005	123		1 505 814		63 666		35 017		285 071 409	
2006	166		1 948 210	29,4 %	80 980	27,2 %	46 022	31,4 %	385 979 339	35,4 %
2007	204	22,9 %	2 379 364	22,1 %	95 100	17,4 %	56 287	22,3 %	474 842 806	23,0 %
2008	231	13,2 %	2 777 900	16,7 %	112 591	18,4 %	71 743	27,5 %	546 062 339	15,0 %
2009	271	17,3 %	3 298 104	18,7 %	129 748	15,2 %	86 674	20,8 %	652 368 093	19,5 %
2010	292	7,7 %	3 629 777	10,1 %	142 859	10,1 %	97 624	12,6 %	714 045 440	9,5 %
2011	302	3,4 %	3 901 637	7,5 %	149 196	4,4 %	100 100	2,5 %	771 218 660	8,0 %
2012	317	5,0 %	4 207 177	7,8 %	156 318	4,8 %	104 960	4,9 %	825 049 082	7,0 %
2013	311	-1,9 %	4 366 656	3,8 %	156 638	0,2 %	105 144	0,2 %	859 148 360	4,1 %
2014	309	-0,6 %	4 439 494	1,7 %	156 284	-0,2 %	106 205	1,0 %	873 806 744	1,7 %
2015	308	-0,3 %	4 629 254	4,3 %	160 793	2,9 %	105 309	-0,8 %	913 385 275	4,5 %
2016	303	-1,6 %	4 877 563	5,4 %	174 372	8,4 %	109 866	4,3 %	966 646 631	5,8 %
2017	291	-4,0 %	5 167 142	5,9 %	185 474	6,4 %	115 778	5,4 %	1 031 694 798	6,7 %
2018	288	-1,0 %	5 570 659	7,8 %	198 775	7,2 %	122 225	5,6 %	1 134 134 763	9,9 %
2019	289	0,3 %	5 971 544	7,2 %	206 626	3,9 %	128 227	4,9 %	1 216 802 970	7,3 %
2020	286	-1,0 %	6 618 204	10,8 %	239 163	15,7 %	153 645	19,8 %	1 408 852 379	15,8 %
2021	282	-1,4 %	6 786 267	2,5 %	249 481	4,3 %	157 121	2,3 %	1 526 958 870	8,4 %

282 établissements d'HAD : les établissements d'HAD sont des établissements de santé

157 121 patients pris en charge

1,53 Md€ le coût global de l'hospitalisation à domicile

225 € le coût moyen d'une journée d'HAD pour l'Assurance maladie

» Les principales prises en charge

Approche par le mode de prise en charge principal

NOMBRE DE JOURNÉES PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL HORS GHT 99						
MPP	LIBELLÉ	2020		2021		2020/2021
		NB JOURNÉES	EN %	NB JOURNÉES	EN %	
01	Assistance respiratoire	131 877	1,9 %	118 254	1,7 %	- 10,3 %
02	Nutrition parentérale	131 844	1,9 %	133 410	2,0 %	+ 1,2 %
03	Traitement intraveineux	390 609	5,8 %	387 180	5,7 %	- 0,9 %
04	Soins palliatifs	1 786 520	26,4 %	1 849 185	27,3 %	+ 3,5 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	161 159	2,4 %	166 344	2,5 %	+ 3,2 %
06	Nutrition entérale	370 781	5,5 %	365 200	5,4 %	- 1,5 %
07	Prise en charge de la douleur	259 442	3,8 %	287 534	4,2 %	+ 10,8 %
08	Autres traitements	359 162	5,3 %	405 980	6,0 %	+ 13,0 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 639 095	24,2 %	1 662 367	24,6 %	+ 1,4 %
10	Post-traitement chirurgical	139 151	2,1 %	150 407	2,2 %	+ 8,1 %
11	Rééducation orthopédique	64 703	1,0 %	73 097	1,1 %	+ 13,0 %
12	Rééducation neurologique	85 106	1,3 %	93 722	1,4 %	+ 10,1 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	248 419	3,7 %	266 093	3,9 %	+ 7,1 %
14	Soins de nursing lourds	535 293	7,9 %	505 521	7,5 %	- 5,6 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	83 290	1,2 %	84 856	1,3 %	+ 1,9 %
17	Surveillance de radiothérapie	4 621	0,1 %	4 989	0,1 %	+ 8,0 %
18	Transfusion sanguine	2 468	0,0 %	3 183	0,0 %	+ 29,0 %
19	Surveillance de grossesse à risque	114 074	1,7 %	126 068	1,9 %	+ 10,5 %
21	Post-partum pathologique	58 389	0,9 %	47 036	0,7 %	- 19,4 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	28 726	0,4 %	28 951	0,4 %	+ 0,8 %
24	Surveillance d'aplasie	6 499	0,1 %	5 430	0,1 %	- 16,4 %
29	Sortie précoce de chirurgie	2 120	0,0 %	1 963	0,0 %	- 7,4 %
Total		6 603 348		6 766 770		+2,5 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

NOTE DE LECTURE

Les séjours comportant au moins une journée en GHT99 ont été exclus des calculs. En 2021, les soins palliatifs représentent plus d'un quart des prises en charge, en augmentation par rapport à 2020 (+ 3,5 %). Certaines prises en charge continuent d'augmenter, comme les chimiothérapies (+ 3,2 %), les surveillances post-chimiothérapies (+ 7,1 %), les transfusions sanguines (+ 29 %), les rééducations neurologique (+ 10 %) et orthopédique (+ 13 %). Les soins de nursing lourds marquent un recul notable (- 5,6 %).

Approche par la durée moyenne de séjour

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL					
MPP	LIBELLÉ	NOMBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99	NOMBRE DE JOURNÉES HORS GHT 99 AVEC MPP STABLE	% DES JOURNÉES DU MPP RÉALISÉES PAR UN SÉJOUR COMPLET AVEC MPP STABLE	DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS)
01	Assistance respiratoire	118 254	65 630	55,5 %	57,7
02	Nutrition parentérale	133 410	78 435	58,8 %	32,1
03	Traitement intraveineux	387 180	277 856	71,8 %	11,8
04	Soins palliatifs	1 849 185	1 207 935	65,3 %	37,3
05	Chimiothérapie anticancéreuse	166 344	110 737	66,6 %	2,8
06	Nutrition entérale	365 200	204 617	56,0 %	54,1
07	Prise en charge de la douleur	287 534	169 789	59,1 %	13,9
08	Autres traitements	405 980	304 423	75,0 %	16,8
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 662 367	1 140 237	68,6 %	53,1
10	Post-traitement chirurgical	150 407	121 577	80,8 %	20,8
11	Rééducation orthopédique	73 097	48 454	66,3 %	40,2
12	Rééducation neurologique	93 722	64 932	69,3 %	37,4
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	266 093	138 131	51,9 %	19,3
14	Soins de nursing lourds	505 521	229 389	45,4 %	83,7
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	84 856	64 183	75,6 %	22,2
17	Surveillance de radiothérapie	4 989	1 626	32,6 %	25,3
18	Transfusion sanguine	3 183	2 569	80,7 %	2,6
19	Surveillance de grossesse à risque	126 068	116 542	92,4 %	22,9
21	Post-partum pathologique	47 036	46 652	99,2 %	6,9
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	28 951	18 204	62,9 %	11,7
24	Surveillance d'aplasie	5430	1395	25,7 %	18,2
29	Sortie précoce de chirurgie	1963	1683	85,7 %	7,8
Total		6 766 770	4 414 996	65,2 %	25,1

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

NOTE DE LECTURE

Pour calculer une durée moyenne de séjour (DMS) par mode de prise en charge, il convient de ne retenir que les séjours complets et dont le MPP est resté stable sur l'ensemble du séjour. Cela aboutit à exclure une part significative des journées (34 % en moyenne en 2021, mais parfois beaucoup plus comme pour les soins de nursing lourds : 55 %). Une approche de la DMS tous modes de prise en charge confondus conduit à une moyenne de 25,1 jours.

Approche par le diagnostic principal

L'approche de l'activité fondée sur le mode de prise en charge peut être complétée par une identification des principaux diagnostics des patients admis en HAD. Une telle analyse indique, par exemple, que sur la totalité des journées d'HAD, 36 % concernent une pathologie cancéreuse.

1/3 des journées d'HAD concerne des pathologies cancéreuses

» Fin de vie et soins palliatifs

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

MPP	LIBELLÉ	2020			2021		
		NOMBRE DE DÉCÈS	NOMBRE DE SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS	NOMBRE DE DÉCÈS	NOMBRE DE SÉJOURS TERMINÉS	PART DE DÉCÈS
01	Assistance respiratoire	246	1 699	14 %	252	1 812	14 %
02	Nutrition parentérale	163	3 104	5 %	144	2 933	5 %
03	Traitement intraveineux	826	23 488	4 %	777	25 750	3 %
04	Soins palliatifs	20 560	42 385	49 %	20 506	42 183	49 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	19	40 826	0 %	19	40 850	0 %
06	Nutrition entérale	159	5 317	3 %	175	5 611	3 %
07	Prise en charge de la douleur	6 432	11 908	54 %	8 127	14 206	57 %
08	Autres traitements	1 241	19 988	6 %	906	20 844	4 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques	1 443	26 697	5 %	1 450	27 838	5 %
10	Post traitement chirurgical	29	5 350	1 %	19	6 310	0 %
11	Rééducation orthopédique	9	1 283	1 %	20	1 385	1 %
12	Rééducation neurologique	10	1 580	1 %	8	2 070	0 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	60	8 203	1 %	48	8 487	1 %
14	Soins de nursing lourds	392	5 057	8 %	372	4 721	8 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	5	2 942	0 %	4	3 119	0 %
17	Surveillance de radiothérapie	4	77	5 %	3	70	4 %
18	Tansfusion sanguine	1	696	0 %	5	993	1 %
19	Surveillance de grossesse à risque	-	4 675	0 %	1	5 325	0 %
21	Post-partum pathologique	-	8 437	0 %	-	6 806	0 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	-	1 650	0 %	-	1 573	0 %
24	Surveillance d'aplasie	2	128	2 %	2	94	2 %
29	Sortie précoce de chirurgie	-	189	0 %	-	219	0 %
Total		31 601	215 679	15 %	32 838	223 199	15 %

32 838 décès ont eu lieu au cours d'une HAD en 2021. Parmi eux, plus de 20 500 sont survenus lors de séjours pour « soins palliatifs ».

1/4
des prises en charge
sont des soins palliatifs

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

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux

PART DES SÉJOURS EN ESMS PAR RÉGION

RÉGION	2020	2021
Alsace	7,2 %	6,2 %
Aquitaine	8,9 %	10,6 %
Auvergne	11,9 %	14,9 %
Basse-normandie	6,3 %	7,7 %
Bourgogne	8,9 %	9,1 %
Bretagne	13,6 %	13,4 %
Centre-Val de Loire	12,6 %	10,4 %
Champagne-Ardenne	5,4 %	5,3 %
Corse	11,4 %	13,2 %
Franche-Comté	8,6 %	6,2 %
Haute-Normandie	7,5 %	6,3 %
Île-de-France	5,5 %	5,4 %
Languedoc-Roussillon	19,7 %	19,9 %
Limousin	4,3 %	4,4 %
Lorraine	11,9 %	8,6 %
Midi-Pyrénées	14,4 %	13,8 %
Nord-Pas-de-Calais	7,0 %	6,2 %
Pays de la Loire	8,8 %	8,9 %
Picardie	4,2 %	3,0 %
Poitou-Charentes	7,8 %	8,1 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23,3 %	22,0 %
Rhône-Alpes	7,8 %	5,7 %
Guadeloupe	6,0 %	6,0 %
Guyane	0,0 %	0,0 %
La Réunion	3,8 %	2,8 %
Martinique	5,6 %	3,4 %
Total général	9,5 %	9,2 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

Depuis 2007, les établissements d'HAD peuvent intervenir au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et, depuis 2012, de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement, accueillant notamment des personnes en situation de handicap (maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs, etc.).

Le nombre de journées réalisées en établissements sociaux et médico-sociaux recule de 1 % en 2021 par rapport à 2020, représentant 10 % de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD.

95,0 % de l'activité a été réalisée dans les Ehpad, 3,8 % dans les autres établissements médico-sociaux et 1,2 % dans les établissements sociaux ; proportion stable ces dernières années.

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nb de journées	189 874	204 521	232 391	270 085	325 934	378 782	453 280	526 847	662 168	657 251
Évolution	+39 %	+8 %	+14 %	+16 %	+21 %	+16 %	+20 %	+16 %	+26 %	-1 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

NOMBRE DE JOURNÉES D'HAD EN ESMS PAR MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL HORS GHT 99

MPP	LIBELLÉ	EHPAD	ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX	ESMS HORS EHPAD
01	Assistance respiratoire	0 %	1 %	1 %
02	Nutrition parentérale	1 %	1 %	1 %
03	Traitement intraveineux	4 %	7 %	6 %
04	Soins palliatifs	17 %	26 %	28 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	0 %	1 %	0 %
06	Nutrition entérale	2 %	3 %	17 %
07	Prise en charge de la douleur	9 %	3 %	4 %
08	Autres traitements	16 %	18 %	16 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	47 %	24 %	17 %
10	Post-traitement chirurgical	0 %	2 %	1 %
11	Rééducation orthopédique	0 %	0 %	0 %
12	Rééducation neurologique	0 %	0 %	4 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	0 %	5 %	0 %
14	Soins de nursing lourds	3 %	6 %	4 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	0 %	1 %	0 %
17	Surveillance de radiothérapie	0 %	0 %	0 %
18	Transfusion sanguine	0 %	0 %	0 %
19	Surveillance de grossesse à risque	0 %	1 %	0 %
21	Post-partum pathologique	0 %	0 %	0 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	0 %	0 %	0 %
24	Surveillance d'aplasie	0 %	0 %	0 %
29	Sortie précoce de chirurgie	0 %	0 %	0 %
Total		100 %	100 %	100 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

En intervention conjointe avec les services de soins infirmiers à domicile

Depuis juin 2019, l'intervention conjointe HAD-Ssiad est autorisée dans le droit commun. En 2021, plus de 180 000 journées étaient concernées par ce dispositif, en augmentation très forte par rapport à 2020 (+ 32 %).

Les prises en charge conjointes HAD-Ssiad représentent 2,7 % des journées d'HAD. Les soins palliatifs (42 %) et les pansements complexes (23 %) représentent l'essentiel des prises en charge.

NOMBRE DE JOURNÉES RÉALISÉES EN INTERVENTION CONJOINTE HAD-SSIAD

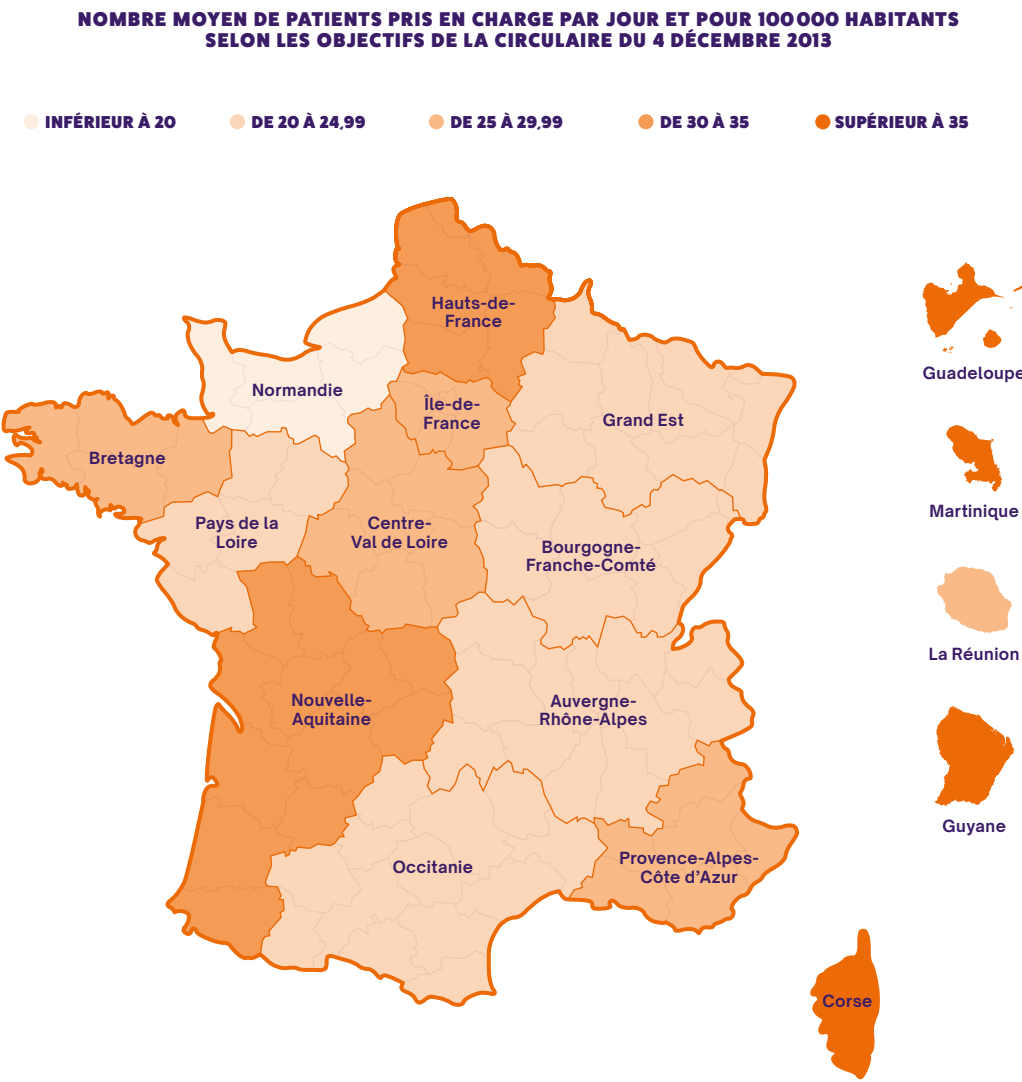
MPP	LIBELLÉ	SSIAD
01	Assistance respiratoire	2 %
02	Nutrition parentérale	1 %
03	Traitement intraveineux	2 %
04	Soins palliatifs	42 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	0 %
06	Nutrition entérale	6 %
07	Prise en charge de la douleur	4 %
08	Autres traitements	3 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques	23 %
10	Post traitement chirurgical	1 %
11	Rééducation orthopédique	2 %
12	Rééducation neurologique	2 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	1 %
14	Soins de nursing lourds	11 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	0 %
17	Surveillance de radiothérapie	0 %
18	Transfusion sanguine	0 %
19	Surveillance de grossesse à risque	0 %
21	Post-partum pathologique	0 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	0 %
24	Surveillance d'aplasie	0 %
29	Sortie précoce de chirurgie	0 %
Total		100 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

» Taux de couverture sur le territoire

En 2021, le taux de recours national s'élève à 27,7 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 27,1 patients en 2020.

Ce taux global couvre d'importantes disparités territoriales.



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

ANCIENNE RÉGION	TAUX DE RECOURS 2020	TAUX DE RECOURS 2021	ÉVOLUTION
Alsace	20,2	19,4	- 3,8 %
Aquitaine	34,6	33,0	- 4,5 %
Auvergne	25,2	25,6	+ 1,5 %
Basse-Normandie	24,5	23,1	- 5,9 %
Bourgogne	21,4	23,7	+ 11,0 %
Bretagne	27,3	29,2	+ 6,9 %
Centre-Val de Loire	27,7	28,2	+ 1,8 %
Champagne-Ardenne	21,3	21,6	+ 1,4 %
Corse	49,6	60,0	+ 20,9 %
Franche-Comté	18,0	22,0	+ 22,4 %
Haute-Normandie	15,7	15,1	- 3,7 %
Île-de-France	28,5	28,3	- 0,6 %
Languedoc-Roussillon	24,5	29,7	+ 21,2 %
Limousin	38,0	36,1	- 5,1 %
Lorraine	30,2	31,1	+ 3,0 %
Midi-Pyrénées	18,5	20,1	+ 9,1 %
Nord-Pas-de-Calais	28,7	29,7	+ 3,6 %
Pays de la Loire	21,2	22,3	+ 5,3 %
Picardie	34,5	34,5	- 0,1 %
Poitou-Charentes	29,4	29,0	- 1,4 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	27,4	28,5	+ 3,9 %
Rhône-Alpes	22,1	20,3	- 8,1 %
Guadeloupe	102,2	122,0	+ 19,3 %
Guyane	90,4	80,8	- 10,6 %
La Réunion	38,2	42,3	+ 10,8 %
Martinique	48,9	52,1	+ 6,6 %
Total général	27,1	27,7	+ 2,2 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

NOTE DE LECTURE
Dans le tableau, il a été fait le choix de conserver une présentation avec les anciennes régions afin de mieux discerner les disparités territoriales dans la prise en charge des patients en HAD. Le taux de couverture régional progresse dans la quasi-totalité des régions, dans des proportions variables. Six régions affichent une croissance de leur activité supérieure à 10 %.

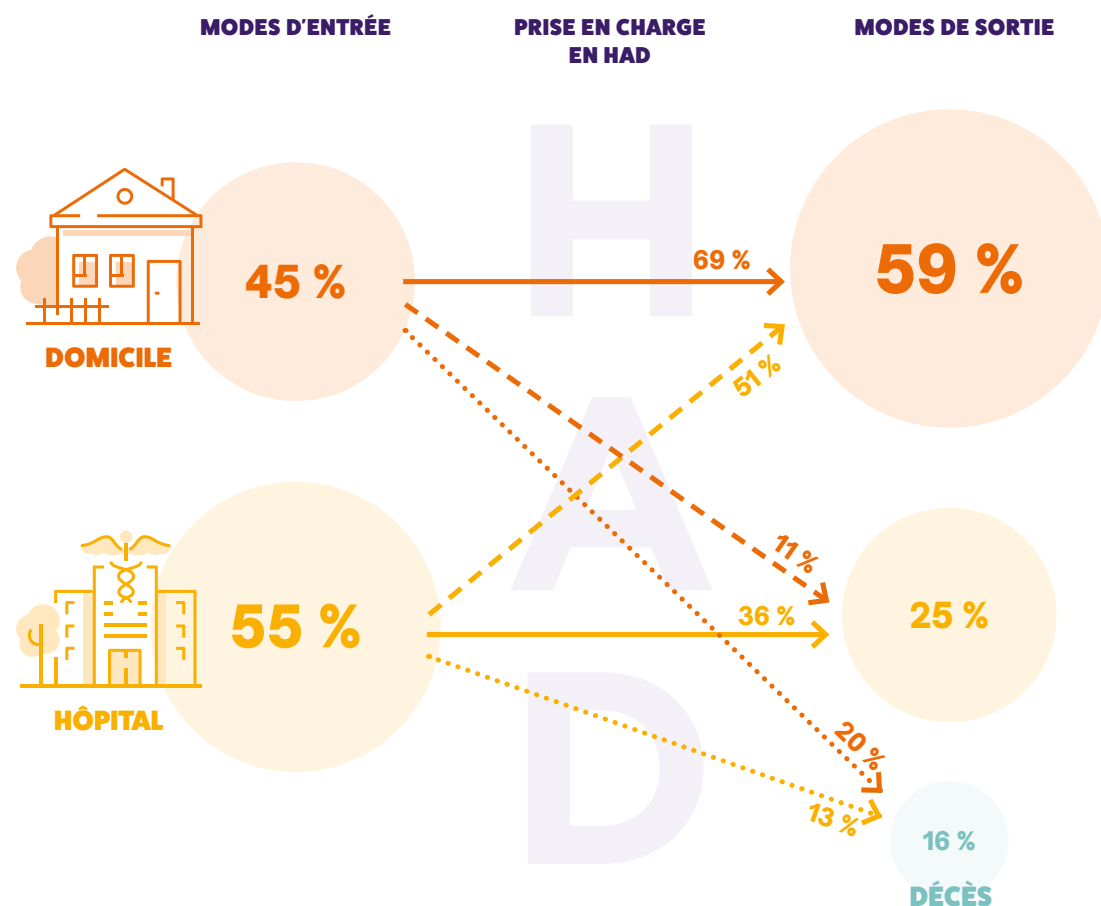
» La trajectoire des patients

Les patients pris en charge en HAD viennent pour **45 % d'entre eux** directement du domicile (dont des établissements sociaux et médico-sociaux), **soit une augmentation de 3 points par rapport à 2020**, et sont pour 55 % adressés par les services hospitaliers.

Sur les 45 % des séjours d'HAD initiés à partir du domicile, **69 % se termineront par un retour au domicile** (contre 68 % en 2020), **11 % par une admission dans un établissement de santé avec hébergement** (contre 12 % en 2020) et **20 % par**

un décès du patient (stable par rapport à 2020). On constate que **près de neuf séjours sur dix initiés à partir du domicile permettent d'éviter l'hospitalisation avec hébergement** (sorties vers le domicile et décès).

Lorsque la prise en charge en HAD intervient en aval d'une hospitalisation conventionnelle, la majeure partie des patients ne retournera pas en hospitalisation conventionnelle : **les ré-hospitalisations représentent 36 % des modes de sortie** (contre 40 % en 2020).



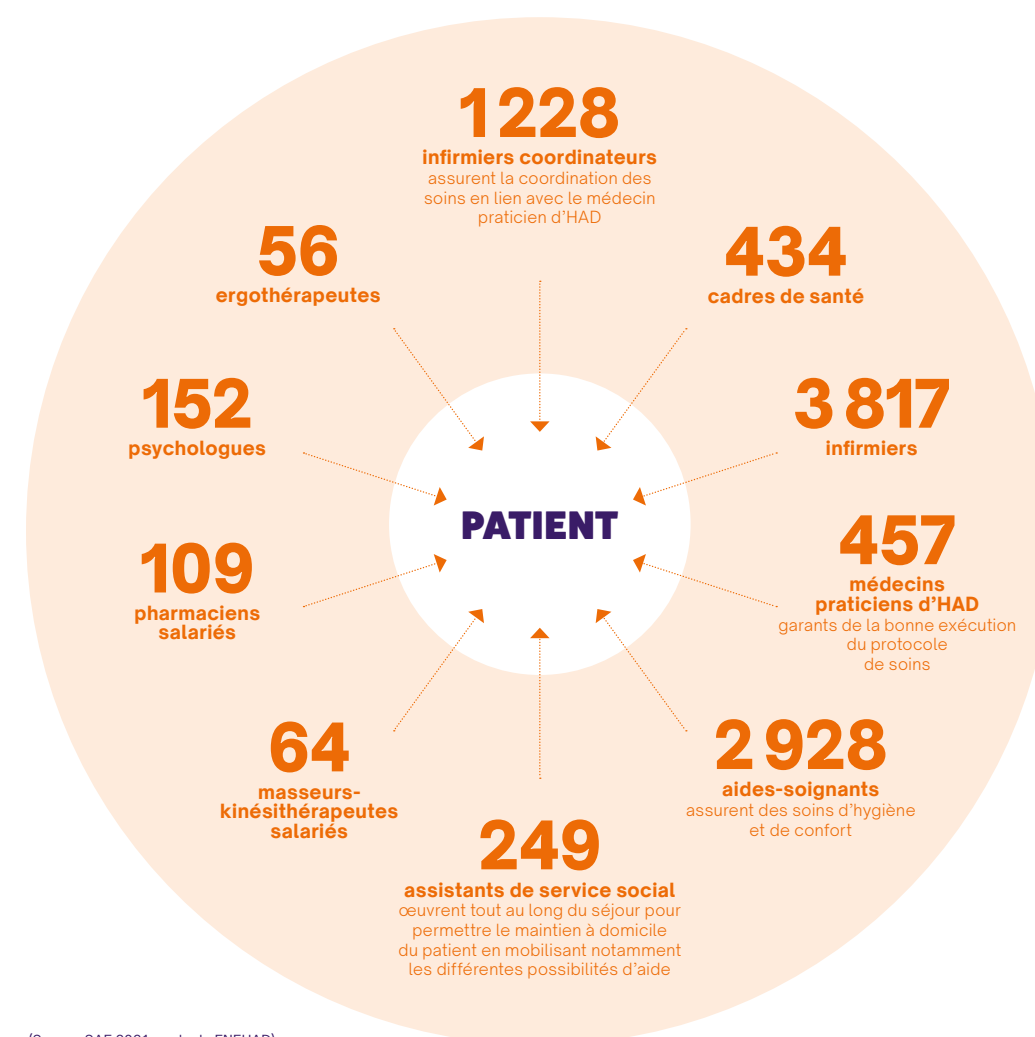
» Les intervenants en HAD

Le schéma correspond aux effectifs salariés des HAD (données SAE 2021 exprimées en ETP moyens annuels salariés). Il convient de souligner que le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge. En outre, les soins réalisés dans le cadre d'une prise en charge en HAD peuvent être confiés à des professionnels libéraux, principalement des infirmiers libéraux, mais aussi des masseurs kinésithérapeutes et des psychologues.

Enfin, les HAD peuvent avoir recours aux pharmaciens d'officine pour une partie de leur approvisionnement en médicaments.

NOTE DE LECTURE

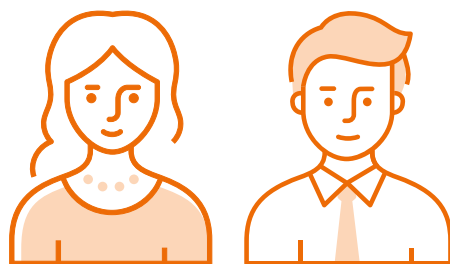
Les données présentées concernent uniquement les professionnels salariés, l'HAD mobilise également de nombreux intervenants libéraux qui ne sont pas décomptés ici.



(Source SAE 2021 – calculs FNEHAD)

» Caractéristiques des patients pris en charge

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS



FEMMES

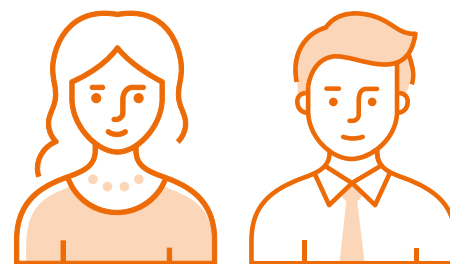
HOMMES

62,3 ans **63,7 ans**

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

En 2021, l'âge moyen des patients sur la base des séjours **est de 62,9 ans** (63,4 ans en 2020 et 61,7 ans en 2019).

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES SÉJOURS (hors patients < 18 ans et MP 19, 21 et 22)



FEMMES

HOMMES

69,6 ans **69,1 ans**

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

En excluant les patients de moins de 18 ans et les séjours de périnatalité (MP 19, 21 et 22), l'âge moyen des patients s'élève à **69,3 ans**.

ÂGE MOYEN DES PATIENTS SUR LA BASE DES JOURNÉES DE PRÉSENCE



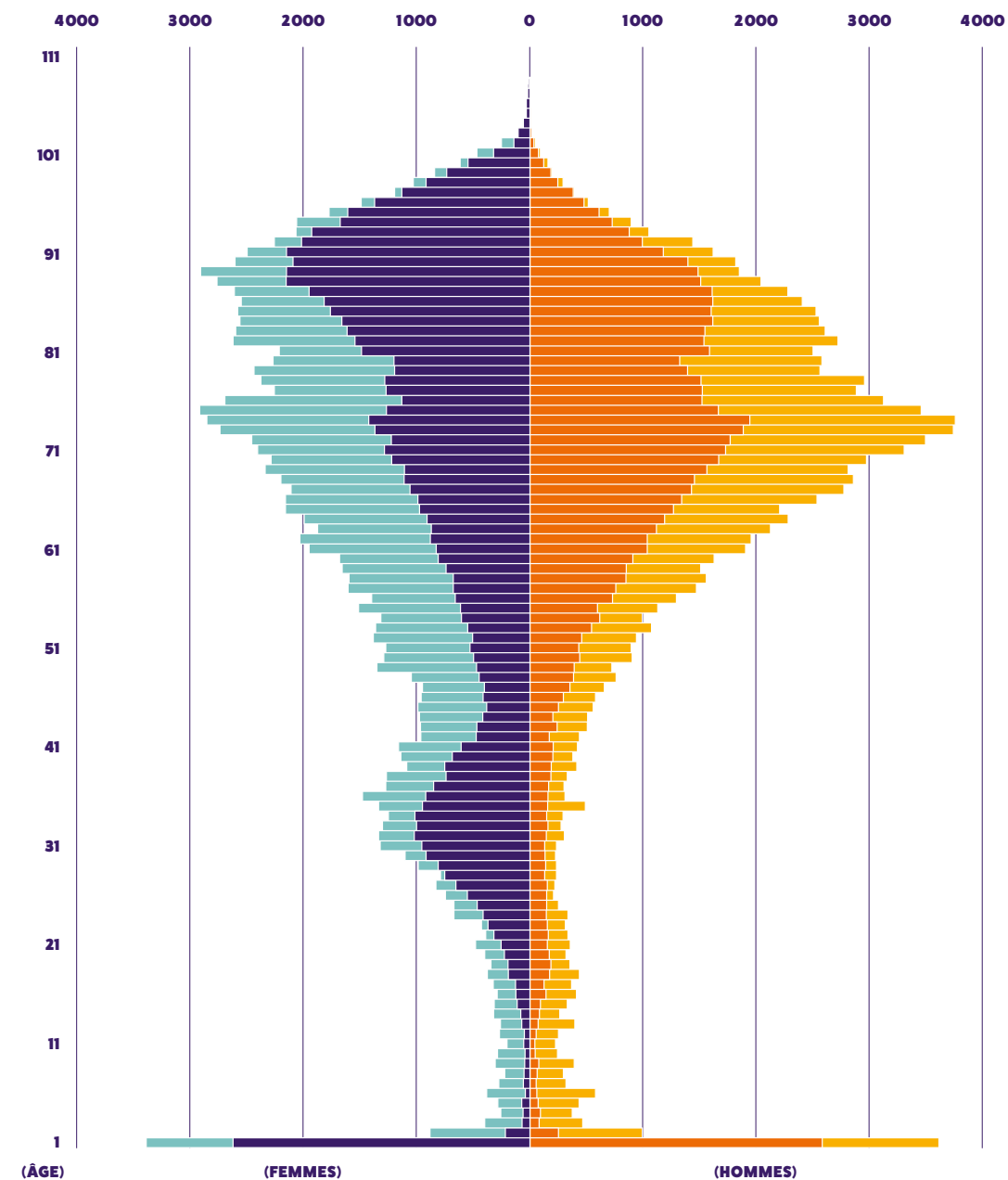
FEMMES / HOMME

67,2 ans

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

Le calcul d'une moyenne d'âge par séjour masque le fait que la plupart des journées concernent des patients âgés. En pondérant par le nombre de journées de présence, l'âge moyen est de **67,2 ans** en 2021.

Pyramide des âges en HAD (2021)



● NOMBRE DE PATIENTS (FEMMES)

● NOMBRE DE PATIENTS (HOMMES)

● NOMBRE DE SÉJOURS (FEMMES)

● NOMBRE DE SÉJOURS (HOMMES)

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

L'activité de pédiatrie

La part de l'activité de pédiatrie dans le nombre total de journées augmente en 2021, représentant **4,8 % de l'activité globale**. Néanmoins, près de 50 % de l'activité pédiatrique est assurée par seulement six établissements d'HAD.

Entre 2016 et 2021, l'activité pédiatrique en HAD a connu une croissance annuelle moyenne de 8 %.

ACTIVITÉ DE PÉDIATRIE RÉALISÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre d'HAD total	308	302	291	288	289	285	282
Nombre d'HAD avec une activité pédiatrique	250	247	246	256	250	236	246
Journées totales	4 629 254	4 877 563	5 167 142	5 570 659	5 971 544	6 618 204	6 786 267
Journées < 18 ans	207 416	226 210	243 278	264 417	280 220	300 660	322 891
Part de l'activité pédiatrique dans l'activité totale	4,5 %	4,6 %	4,7 %	4,7 %	4,7 %	4,5 %	4,8 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

Niveau de dépendance des patients

65 % des journées d'HAD concernent des patients connaissant un niveau de dépendance élevé, mesuré par un Indice de Karnofsky inférieur ou égal à 40 %.

Cette part est portée à 67 % après exclusion des journées relatives à des prises en charge en obstétrique et périnatalité.

POURCENTAGE DES JOURNÉES RÉALISÉES PAR IK

COTATION DÉPENDANCE SELON KARNOFSKY (INDICE DE KARNOFSKY)	% DES JOURNÉES	% DES JOURNÉES (HORS MPP 19 ET 21)
10	1,0 %	1,0 %
20	11,2 %	11,4 %
30	27,2 %	28,0 %
40	25,5 %	26,1 %
50	18,1 %	18,4 %
60	10,5 %	9,8 %
70	4,7 %	3,6 %
80	1,1 %	0,9 %
90	0,2 %	0,2 %
100	0,6 %	0,6 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

Caractéristiques des structures d'HAD

Les établissements d'HAD ont une vocation **polyvalente**, c'est-à-dire qu'ils peuvent répondre à l'ensemble des besoins de la population couverte relevant de ce mode de prise en charge. L'HAD compétente pour un patient est déterminée par son lieu de résidence.

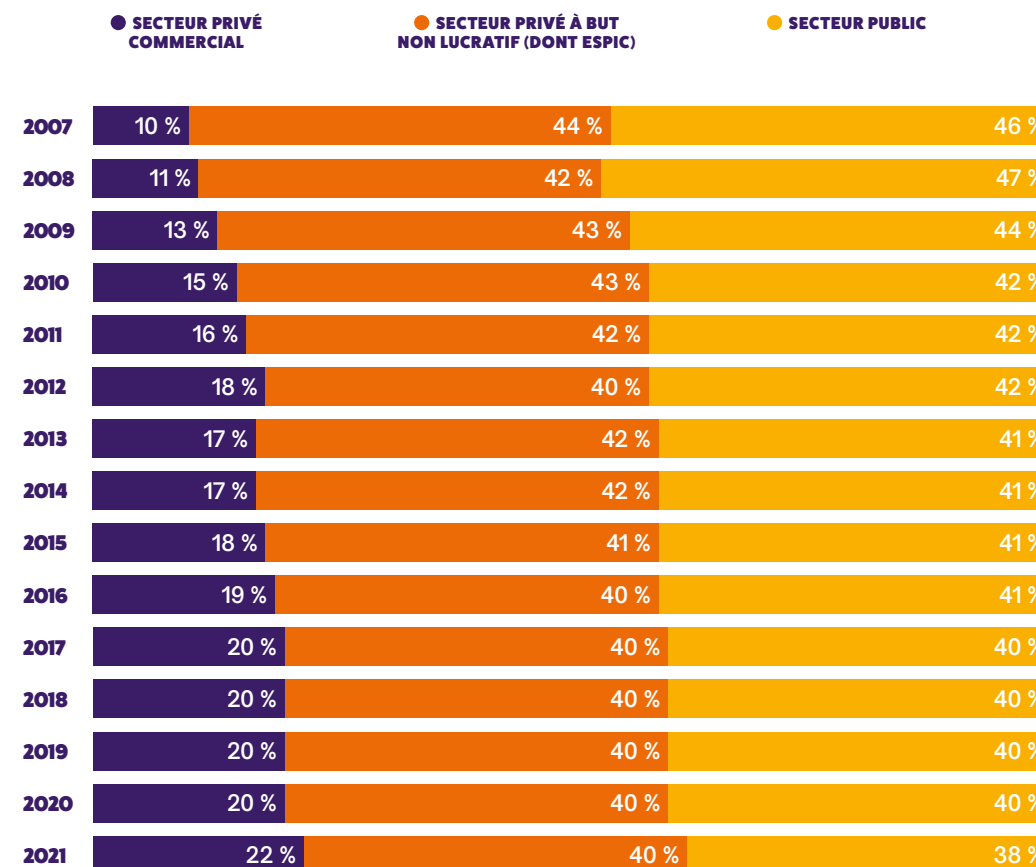
Les structures qui assurent l'hospitalisation à domicile peuvent être publiques ou privées. Dans ce dernier cas, elles peuvent être à but lucratif ou non lucratif.

► Les **structures publiques** représentent 38 % des structures autorisées, assurent **environ 23 % des journées**.

► Les **structures privées à but non lucratif** représentent 40 % des structures, assurent **environ 57 % de l'activité**.

► Les **structures privées à but lucratif** représentent 22 % des établissements, assurent **environ 20 % de l'activité**.

PART DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD SELON LES SECTEURS



» Évaluation de la qualité et de la sécurité

La certification pour la qualité des soins des établissements de santé

Les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les hôpitaux ou les cliniques : ils sont tenus d'assurer la continuité de soins 24h/24 et 7j/7, sont certifiés par la

Haute Autorité de santé et sont soumis à des indicateurs de qualité tels que la prise en charge de la douleur ou la traçabilité des actes et des prescriptions dans le dossier du patient.

NIVEAU DE CERTIFICATION POUR LA QUALITÉ DES SOINS
APRÈS DÉCISION FINALE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
(DÉBUT 2021 JUSQU'AU 30 JUIN 2022)



30 établissements d'hospitalisation à domicile (autonomes ou rattachés)



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

www.fnehad.fr

et sur nos réseaux sociaux :



TWITTER:
[@fnehad_info](https://twitter.com/fnehad_info)



LINKEDIN:
[fnehad](https://www.linkedin.com/company/fnehad)



YOUTUBE:
[fnehad](https://www.youtube.com/fnehad)

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2021-2022 DE LA FNEHAD

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

DIRECTION DE LA RÉDACTION
Dr Elisabeth Hubert,
présidente de la FNEHAD

**CONCEPTION ÉDITORIALE
ET COORDINATION**
Vanessa Jollet,
1^{er} MAI (1er-mai.com)

RÉDACTION
Karine Alouis,
responsable des projets
et partenariats
Carine Arru,
assistante administrative
et comptable
Dr Laure Boisserie-Lacroix,
conseillère médicale
Guenièvre Moine,
responsable formation
et affaires générales
Anastasia Strzyk,
conseillère technique

**CRÉATION GRAPHIQUE
ET RÉALISATION**
BA-BA (www.ba-ba.fr)

**CRÉDITS PHOTOGRAPHIES
ET ILLUSTRATIONS**
© FNEHAD, Éric Durand, Jean-
Pierre Menicucci, Pexels, Anap,
ARS Occitanie, CHU Limoges,
UNPS, Envato Elements, Vecteezy

IMPRESSION
Frazier Paris
Papier FSC®, encres végétales



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

www.fnehad.fr

 **[@fnehad_info](https://twitter.com/fnehad_info)**

FNEHAD

14 rue des Reculettes
75013 Paris
Tél. : 01 55 43 09 09
contact@fnehad.fr