

*Paris, le 4 mars 2016*

**Note et propositions de questions  
pour M. Yves-Jean Dupuis, directeur général de la Fédération  
des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif  
(FEHAP)**

**et M. David Causse, coordonnateur du pôle santé-social**

**REPONSES DE LA FEHAP AUX QUESTIONS DE LA MECSS**

La Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée (FEHAP) a été créée en 1936 pour mettre en avant les valeurs des acteurs associatifs du secteur privé non lucratif. La FEHAP rappelle sur son site Internet que l'initiative privée a été historiquement la première à assurer les services de soins aux personnes démunies. Elle défend les intérêts de ce secteur, conseille les adhérents sur les relations du travail, les ressources humaines, le santé-social et la communication, elle assure également l'information législative et réglementaire de ses adhérents ainsi que la formation des professionnels.

4000 établissements adhèrent à la FEHAP représentant 1,5 million d'utilisateurs et 230 000 salariés qui travaillent dans les différentes associations, fondations ou mutuelles.

Le siège exerce ses activités à travers plusieurs pôles (pôle santé-social, direction des relations de travail, direction de la formation et de la vie associative, service communication, observatoire économique, social et financier, secrétariat général). 19 chargés de mission salariés du siège sont affectés en région depuis 2003 pour assister le délégué régional afin d'animer le réseau, répondre aux questions des adhérents, développer l'information et la communication, assurer le déploiement des formations en région, participer au projet stratégique national.

La FEHAP a mis en place des commissions et des groupes de travail pour étudier les grands sujets relatifs au secteur sanitaire, social et socio-médical. Elle comprend notamment un comité technique HAD.

La FEHAP a publié le 25 janvier 2016 un communiqué de presse dans lequel elle dit partager les conclusions de la Cour des comptes.

**Yves-Jean Dupuis** est ancien élève de Sciences Po Paris et de l'École nationale de la santé publique. Il a exercé des fonctions de direction au sein d'établissements hospitaliers (il a notamment été directeur général du CHU de Bicêtre pendant 5 ans) ainsi que dans des collectivités territoriales. Il est directeur général de la FEHAP depuis 2004.

**David Causse** est ancien élève de Sciences Po Bordeaux et de l'École nationale de la santé publique. Il a été notamment directeur général de l'association l'Élan Retrouvé (soins psychiatriques et soins et accompagnement pour personnes handicapées), directeur de mission santé et médico-social au sein du Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), directeur général adjoint de la Fédération Hospitalière de France (FHF) puis directeur opérationnel des établissements sanitaires et médico-sociaux du Groupe PRO BTP.

### **Efficiences de l'HAD**

1. Quels sont les avantages et les inconvénients de l'HAD par rapport à l'hospitalisation classique ? :

**FEHAP : Tout d'abord, quelques mots de présentation de la FEHAP et aussi quelques chiffres clés sur l'HAD, tels qu'établis par l'Observatoire Economique et Social de la FEHAP. Il nous manque encore la base PMSI 2015 pour vous donner les derniers chiffres, nous vous les ferons passer dès que nous en disposerons.**

**Pour revenir à votre question, l'HAD porte le mérite (et la difficulté) de se situer dans la vie réelle des usagers, dans leur propre écosystème de logement, d'aidant. Lorsque cela est possible, l'HAD permet un soin aigu à domicile –souhait constant de nos concitoyens- et limite le financement de l'assurance-maladie à son cœur de mission : le soin.**

2. Quel est l'ordre de grandeur du coût journalier par patient ? Est-il actuellement possible d'évaluer le gain total résultant d'une hospitalisation pertinente en HAD en termes de réallocation plus efficiente des ressources ?

**FEHAP : Le GHT moyen facturé par jour en HAD varie, suivant les HAD et la nature des soins délivrés, entre 190 et 200 euros. C'est évidemment beaucoup moins que les coûts journaliers en hospitalisation conventionnelle de 600 euros/jour jusqu'à beaucoup plus en services hautement spécialisés. L'HAD et son développement peuvent donc nous aider à faire face au double effet de ciseau constitué par :**

- **Le vieillissement de la population qui augmente la demande de soins, mécaniquement, dite « révolution démographique ». A la hausse donc sur les besoins.**
- **L'augmentation des maladies chroniques, dite « révolution épidémiologique ». A titre d'exemple et dans le domaine de la cancérologie, l'incidence est impressionnante de 1.000 nouveaux cas tous les jours. On les soigne et guérit bien mieux. Mais c'est donc un compagnonnage au long cours avec la morbidité qu'il convient donc de penser aujourd'hui. A la hausse donc sur les besoins.**
- **La contraction des ressources de la protection sociale liée à une assise encore trop prononcée sur la masse salariale et du fait d'une conjoncture économique qui semble durablement déprimée.**

**La FEHAP a mobilisé plusieurs adhérents HAD pour proposer ensemble des études médico-économiques au Ministère, dans le cadre de ses appels à projet en performance des organisations, dits « projets PREPS ». Mais la culture dominante du Ministère et de ces jurys, très centrés sur les CHU nous ont conduit à renoncer (beaucoup de travail) après deux tentatives.**

3. Quelle est la situation financière de vos adhérents HAD ? Parviennent-ils à équilibrer leur activité ?

**FEHAP : La situation financière des HAD s'est fortement tendue depuis 2 ans. Quelles en sont les causes principales. Stagnation des tarifs et augmentation continue des charges, dans un décalage de 2 à 3 % chaque année environ. Dans ces contextes, la politique tarifaire très dure –et la FEHAP en comprend certaines raisons- conduit en fait à ralentir la capacité des HAD à participer autant que nécessaire au virage ambulatoire et aux économies en termes d'hospitalisations évitables.**

4. Quels sont les inconvénients et les avantages des structures d'HAD rattachées à un établissement classique par rapport aux HAD autonomes ? Les établissements hospitaliers ayant une taille suffisante doivent-ils être incités à créer leur propre structure d'HAD ?

**FEHAP : Toutes les données, notamment celles de la Cour des Comptes, montrent que les organismes centrés sur le métier de l'HAD et du domicile développent plus aisément cette activité que les centres hospitaliers dans lesquels l'HAD est une composante parmi beaucoup d'autres. L'évolution de l'activité de l'HAD entre les 3 secteurs, par ordre d'importance –privé non lucratif, public et privé lucratif- le montre très bien. Pour développer l'HAD, il faut une culture plutôt extravertie et centrifuge, tournée vers le domicile et la médecine de ville. Les grands établissements de santé ont du mal à s'extraire de leur introversion, de leur auto-centration du fait de leur taille, et restent dans une définition centripète des priorités.**

**Dans ce cadre, toutes les fédérations hospitalières concernées par l'HAD (FEHAP, FHF, FHP, FNEHAD, UNICANCER) ont convenu avec le Ministère que le développement de l'HAD ne passerait pas par une multiplication des autorisations, source de désordre dans la cohérence des liens nécessaires entre ville et hôpital, mais dans la dynamisation des autorisations existantes. D'où les termes de la circulaire du 4 décembre 2013 sur ce sujet.**

5. Disposez-vous d'éléments tendant à montrer que le rattachement d'une structure d'HAD à un établissement hospitalier permet des synergies en termes de qualité de soins et d'efficacité ?

**FEHAP : Nos observations concrètes montrent plutôt l'inverse. Et l'étude de la littérature internationale sur les effets de taille, les économies et les déséconomies d'échelle nous montrent que le tropisme**

français pour des institutions hospitalières publiques gigantesques –et voulant s’occuper de tout, du recours comme de la proximité- nous isole totalement des autres pays développés. Et nous inflige des surcoûts qui devraient nous conduire à réfléchir avant d’accentuer le trait.

Notre perception est que la synergie la plus efficace se situe plutôt dans le rassemblement des « savoir-faire à domicile », avec des organismes qui se situent à la fois sur de l’HAD, mais aussi du SSIAD, mais aussi du SAAD et parfois aussi, de la dialyse à domicile. C’est une autre manière d’atteindre une taille critique de gestion, plutôt que de ne regarder le sujet qu’en silo, activité par activité, parce que ce sont des bureaux différents qui s’en occupent dans les Ministères. C’est dans ce cadre que la FEHAP a publié dès 2011, puis réédité en 2013 et largement diffusé 26 fascicules régionaux sur « Les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux à domicile ». Ils intégraient aussi une visions des services dédiés aux personnes handicapées, enfants et adultes (SESSAD, SAMSAH, SAVS). Ces publications sont diffusées gracieusement par la FEHAP et sont téléchargeables sur son site internet.

6. Quelles observations pouvez-vous présenter à la mission sur le rapport de la Cour des comptes ? sur les méthodes et la réglementation applicables à l’HAD ?

**FEHAP :** la FEHAP est globalement d’accord avec la Cour, si ce n’est quelques retouches sur la terminologie. Parler encore d’HAD hospitalières et d’HAD « autonomes », c’est rester encore très hospitalo-centré dans ses implicites, alors que la Loi du 21 juillet 2009 en a fait des établissements de santé comme les autres. Dans le même esprit, la FEHAP trouve légitime que l’on se pose la question de la taille critique, mais en demande une acception intelligente, sachant considérer aussi les autres activités portées par l’organisme (comme le SSIAD, le SAAD, la dialyse à domicile, confer supra), en sachant s’extraire d’une lecture « en silo », activité par activité de soins. Enfin, la Cour fait une confusion –mais elle est assez fréquente- concernant les notions de permanence des soins et de continuité des soins.

7. Le rattachement d’une structure d’HAD à un établissement hospitalier permet-il des « prescriptions croisées » entre structures (par exemple, lorsqu’une structure extérieure a une spécialité) ou les prescripteurs hospitaliers tendent-ils à privilégier la structure de leur hôpital ?

**FEHAP :** Il y a toujours un risque à organiser des activités en « circuit fermé ou en coupe-file », alors que les HAD ont un mandat territorial d’apporter des solutions d’HAD à tous les usagers du territoire, et non aux seuls patients sortant de la structure gestionnaire.

### **Les limites du développement de l’HAD**

8. A votre connaissance, le développement de l’HAD constitue-t-il une priorité pour les agences régionales de santé (ARS) ? Devrait-on renforcer la place de la prescription d’HAD dans les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens des établissements de santé ? Les ARS apprécient-elles avec

suffisamment de rigueur que les conditions nécessaires pour obtenir l'autorisation d'activité sont remplies (notamment la continuité des soins) ? Confirmez-vous le chiffre donné par la Cour des Comptes de 10 à 20% d'établissements n'étant pas en mesure d'assurer la continuité des soins ?

**FEHAP :** Le problème de la continuité des soins est que ce concept est mal compris, autant par les autorités de contrôle que par les professionnels interrogés. On doit distinguer la permanence des soins -à savoir la capacité d'accueillir un patient nouveau que l'on ne connaît pas- et la continuité des soins qui est la capacité d'assurer la suite des soins voire des urgences pour des patients déjà admis et connus. L'HAD doit la continuité des soins par un infirmier, 7 jours sur 7 et 24h/24, c'est tout à fait clair et appliqué, sauf transgression des règles, ce qui peut toujours arriver dans une communauté professionnelle, mais c'est l'exception et c'est sanctionnable. Ce personnel infirmier en astreinte opérationnelle doit pouvoir s'adosser à un avis médical, et l'HAD doit s'être organisée pour cela, mais cela ne vise pas nécessairement une compétence médicale interne. Ne serait-ce que parce que nombre d'HAD fonctionne en tarification OQN qui ne comporte pas la rémunération du temps médical dans les tarifs d'HAD, hors le cas particulier du médecin coordonnateur, mais qui n'a pas vocation à se projeter en responsabilité clinique de tous les patients admis en HAD. Ce serait un contresens. Donc sauf à rendre la permanence des soins ambulatoire obligatoire pour tous les médecins libéraux -ce qui n'est plus le cas depuis près de 10 ans- il n'est pas possible aujourd'hui, en l'état des règles tarifaires et d'exercice libéral de demander aux HAD d'assurer la continuité médicale des soins, avec une capacité de déplacement médical à domicile. Infirmier oui, médical non. Au-delà, il serait bon d'étudier le bilan coût-avantage d'une continuité médicale des soins avec astreinte opérationnelle, avant de l'adopter comme objectif à généraliser.

Pour le reste, le militantisme heureux de la DGOS pour l'HAD, et porté par toutes les fédérations hospitalières, semble bien relayé en région avec des variations évidemment. Le vrai sujet est celui de la culture des prescripteurs d'HAD, les médecins hospitaliers et la médecine de ville.

9. Comment peut-on combattre la méconnaissance de l'HAD et de ses structures ? pour les médecins traitants et les médecins hospitaliers ? pour les patients ? Quel rôle jouent vos propres services dans la communication sur l'HAD ? Les médecins des services hospitaliers ont-ils une bonne connaissance de l'HAD ?

**FEHAP :** la FEHAP a la chance d'accueillir un interne de santé publique à son siège national. Elle est la seule fédération hospitalière dans ce cas. Et après 6 ans de formation de haut niveau, il est frappant de voir l'intérêt de ces futurs médecins pour l'HAD, la dialyse à domicile, le continent social et médico-social, les soins de suite et de réadaptation. La formation médicale initiale est extraordinairement CHU-centrée. Peut-être faudrait-il faire de la pratique de la prescription

**d'HAD (comme de dialyse hors centre) une thématique obligatoire d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins hospitaliers ?**

**Pour les médecins de ville, il serait logique que les négociations conventionnelles portent aussi sur les pratiques de prescription en hospitalisation conventionnelle ou en HAD. Une étude SANESCO-DGOS en 2011-2012 a montré que la plus grande part des inadéquations à l'admission en hospitalisation complète est le fait de la médecine de ville. Il ne s'agit pas de stigmatiser, car la médecine de ville a aussi ses difficultés, mais c'est l'espace de progression le plus ouvert, et qui devrait être intégré aux négociations conventionnelles, notamment dans le cadre des rémunérations sur les objectifs de santé publique (on a le même sujet en matière d'orientation précoce vers la greffe et vers la dialyse à domicile, plutôt que l'hémodialyse en centre, pour l'insuffisance rénale).**

**Pour le développement de l'HAD et de sa connaissance, la FEHAP réalise des journées de formation, d'information. Des publications aussi comme celle déjà citée. Mais aussi une autre que la FEHAP peut mettre en avant pour l'intérêt de l'HAD : notre publication relative aux « séjours longs dans les courts séjours ». Toutes ces publications sont adressées à nos adhérents mais aussi aux pouvoirs publics, aux ARS, aux conseils départementaux. L'intérêt de la FEHAP est aussi d'être multi-thématique et non mono-activité : dans les réunions régionales de la FEHAP, nos adhérents en HAD rencontrent des collègues des autres secteurs : MCO conventionnel, SSR, ESMS, ...**

10. Les procédures administratives sont-elles trop lourdes pour le patient ? pour le médecin traitant ? Le cas échéant, quelles procédures/obligations pourraient être allégées ?

**FEHAP : Il faut avancer sur les situations où le patient ne dispose pas, ne dispose plus de médecin traitant pour prescrire puis accompagner l'HAD, ce qui est de plus en plus le cas dans de nombreux territoires. Pour la FEHAP, il faut entretenir la relation avec un médecin traitant tant que le patient en dispose, bien sûr. Mais si ce n'est plus le cas, il faut que l'HAD puisse mettre en place d'autres options et « médicaliser l'HAD par elle-même ».**

11. Quelle pourrait être la part d'activité de l'HAD sur le long terme ? Les chiffres atteints par certains pays étrangers (Canada, Australie, Espagne, Pays-Bas, Grande-Bretagne entre 3% et 5%) vous semblent-ils atteignables compte tenu du système de soins français ? Qu'est-ce que les perspectives de croissance de moyen et long terme impliquent en termes de réorganisation hospitalière (fermeture de lits, ouverture de nouveaux établissements HAD, croissance des établissements HAD existants, etc.) ?

**FEHAP : La culture française est très hospitalo-centrée, très CHU-centrée et demain, très GHT-centrée. Tant que les pouvoirs publics se**

comporteront à la fois comme arbitre, mais aussi comme capitaine-entraîneur-joueur du seul secteur public hospitalier, il va être difficile d'avancer.

**Il serait intéressant de monter une grande enquête « un jour donnée » pour dresser un état des lieux des patients en hospitalisation complète et qui seraient éligibles à l'HAD, si on y avait pensé en amont.**

12. La Cour des comptes a établi que le recours à l'HAD restait très limité dans les établissements médico-sociaux, pour deux raisons : 1/ une minoration tarifaire appliquée aux tarifs journaliers (due au fait que l'établissement est réputé accomplir certains actes comme la toilette et le *nursing*) ; 2/ des limitations aux actes pouvant être faits en établissement (transfusion sanguine, chimiothérapies, etc.). Existe-t-il d'autres explications qu'auraient pu donner les établissements médico-sociaux adhérents à la FEHAP ? Le développement de l'HAD dans les établissements médico-sociaux constitue-t-il la principale marge de progression à court et moyen terme ?

**FEHAP : Il faut sans doute distinguer l'HAD dans les EHPAD, ouverte en 2007 et grâce à l'action de la FHF à l'époque, et dans les autres ESMS depuis 2012 seulement, notamment du fait de la demande conjuguée de la FEHAP et de l'APF en 2011. Ces processus de changement prennent du temps. Dans les EHPAD, l'activité d'HAD a quand même pris nettement de l'essor. Le potentiel d'hospitalisations évitables par recours à l'HAD est encore élevé en EHPAD. Par contre et dans le secteur du handicap, on doit faire du « cas par cas, du «cousu main » avec des partenaires ESMS dans lesquels le temps soignant peut être minime, avec surtout du personnel socio-éducatif plutôt que paramédical. Mais la FEHAP ne regrette pas de s'être engagée sur ce sujet du handicap, avec l'appui constitué ensuite par le rapport Jacob en 2012, car pour les personnes concernées, cette autre solution d'hospitalisation transfigure leur situation.**

**J'aimerais attirer votre attention sur une autre hypothèse : celle d'autoriser dans certaines circonstances de fins de vie difficile des doubles prises en charge ciblées entre SSIAD et HAD. Pour éviter qu'un SSIAD débordé par la complexification d'une situation n'opte pour l'hospitalisation. L'observatoire national de la fin de vie s'est rallié à cette demande de la FEHAP il y a deux ans. La FEHAP souhaiterait que les conclusions de la MECSS apportent une impulsion précieuse pour cette nouvelle innovation au service des parcours et du décloisonnement.**

## Développer des référentiels d'activité

13. Le périmètre de l'hospitalisation à domicile par rapport aux autres modes de prise en charge est-il délimité de façon suffisamment claire ? suffisamment pertinente ? Ne faudrait-il pas encourager le développement de protocoles qui permettent d'envisager systématiquement et très en amont l'admission en HAD ?

**FEHAP : La FEHAP est parfaitement en phase avec cette proposition. Elle a déjà écrit à l'HAS sur ce sujet, tant pour l'HAD que les SSIAD une demande de logigramme décisionnel à l'intention des médecins prescripteurs, de ville comme hospitaliers. La FEHAP serait heureuse que la MECSS puisse peser en ce sens dans ses conclusions, afin que l'HAS se saisisse de ce sujet, de même que l'assurance-maladie dans ses négociations conventionnelles avec les médecins libéraux.**

14. Aurait-on besoin d'une tierce prise en charge entre les SSIAD et l'HAD (des SSIAD renforcés ou une structure légère d'HAD) ?

**FEHAP : C'est une réelle difficulté ; il s'agit des soins de nursing lourds qui débordent les capacités des ESMS, pas seulement des SSIAD, aussi les EHPAD. Lourds mais pas instables, ce qui est requis pour une éligibilité à l'HAD qui ne soit pas contestée ensuite par les services de contrôle T2A de l'assurance-maladie. Ainsi, des refus de prise en charge par des HAD sont parfois mal compris par des EHPAD ou SSIAD, qui ne saisissent pas que leur débordement ne peut être surmonté par l'HAD actuelle. La FEHAP porte le sujet des « SSIAD renforcés » de longue date et pourra adresser à la MECSS une note technique à ce sujet. Mais la FEHAP est ouverte aussi à une réflexion qui prenne en compte une possibilité de portage du nursing lourd par des HAD –avec un autre type de définition et de financement que les GHT actuels bien entendu, ou dans le cadre de « plate-formes territoriales associant HAD et SSIAD des mêmes territoires ». C'est d'autant plus aisé à imaginer qu'HAD et SSIAD présentent l'originalité très moderne de disposer d'un régime d'autorisation qui renvoie à un territoire à desservir précisément défini.**

**Sur le volet de la complémentarité des HAD et des SSIAD, la FEHAP en est d'autant plus naturellement convaincue qu'elle est aussi la première fédération de SSIAD, au coude à coude avec l'UNA, et que nombre de nos adhérents ont eu l'intelligence stratégique et organisationnelle de se situer déjà sur ces deux champs simultanément. Nous regardons donc ce sujet sans un « effet jockey », étant tout aussi convaincus de l'intérêt de ces deux offres, pour valoriser au mieux leurs potentialités, tant pour les usagers et leurs proches que pour les finances de la protection sociale.**

## Revoir la tarification à l'activité pour l'HAD

15. Le mode de calcul, fondé sur une description de modes de prise en charge pondéré par un indice de dépendance et par la durée du séjour, est peu

satisfaisant. Le système de tarification est jugé sommaire. Quelle architecture de tarification vous semblerait la plus adéquate ? Vous semble-t-il néanmoins possible de continuer avec la tarification actuelle jusqu'en 2018/2019 ?

**FEHAP : La FEHAP a donné son accord à la DGOS pour participer pleinement aux travaux de réforme de la tarification de l'HAD. Son expérience transverse, tant sur les SSIAD (pourquoi cette réforme projetée en 2012 a échoué ?) que sur les autres secteurs du MCO, du SSR et des ESMS est un atout pour les pouvoirs publics. Nous avons déjà fait une proposition très forte et originale : repenser la différence entre ex-DG et ex-OQN non plus en fonction du statut juridique –public et privé non lucratif ex-PSPH ici, privé non lucratif et privé commercial là- mais en fonction du besoin pour le patient que l'HAD mette en place par elle-même la médicalisation. Ensuite, des travaux de cette envergure prennent nécessairement du temps pour être étayés, et ne pas faire couler l'HAD avant de l'avoir développée ! ... On peut aussi apposer des « rustines tarifaires » ponctuelles pour traiter des sujets nouveaux, sans attendre, comme la DGOS va le faire dès 2016 pour certaines HAD post-chirurgicales. La FEHAP soutient cette position de la DGOS, rigoureuse sur la cible, sur le cap, nécessairement, et pragmatique sur la route à suivre d'ici là.**

#### **Revoir les responsabilités et la coordination des missions au sein de l'HAD**

16. Doit-on continuer à faire du médecin traitant le pivot non seulement de la prescription initiale, mais aussi de la prise en charge du patient admis dans le cadre d'une HAD ? Les médecins généralistes effectuent-ils en pratique les déplacements que nécessiterait une prise en charge en HAD ? Ont-ils les compétences pour assurer le suivi de ces soins lourds et complexes ? De nouveaux modes de rémunération de ces médecins traitants pourraient-ils améliorer le système ?

**FEHAP : La FEHAP souhaite en effet que les HAD soient habilités à organiser par elles-mêmes, en cas d'absence de médecin traitant et de volonté du patient de recourir à l'HAD, la prescription et la médicalisation de l'HAD. Aujourd'hui, l'HAD est la seule activité de soins qui ne peut « s'auto-prescrire » : c'est sans doute une des principales raisons de son sous-développement relatif. La FEHAP ne pense pas que la solution se trouve du côté de l'augmentation de la rémunération de la médecine de ville, qui pratique de moins en moins de déplacements pour tous les patients. La FEHAP estime qu'une mission de « médecin hospitalier à domicile » va émerger et elle souhaite que les pouvoirs publics anticipent ce mouvement inéluctable pour ne pas perdre de temps pour les patients comme pour l'HAD.**

17. Les médecins coordonnateurs sont-ils assez nombreux pour assurer un suivi plus poussé (prescriptions, visite chez le patient, etc.) ? Un renforcement des effectifs de médecins coordonnateurs au sein des structures HAD est-il de nature à mettre en péril l'équilibre financier de celles-ci ?

**FEHAP : Par définition, il ne peut y avoir une coordination portée par une multiplicité de médecins qui ne coordonneraient ... qu'eux-mêmes en HAD. La FEHAP estime qu'il y a une clinique médicale à domicile à soutenir et développer en tant que telle, avec une capacité d'organiser une communauté de « médecin hospitalier à domicile ». Il y a des implications tarifaires, bien entendu. Il y a aussi des implications en termes de taille critique à établir pour ce faire.**

18. Un renforcement du rôle des infirmières, comme c'est le cas dans des pays étrangers, vous semble-t-il une piste intéressante d'amélioration du dispositif ? Faut-il revoir le processus de délégation des tâches esquissé par la loi HPST et notamment le simplifier ?

**FEHAP : les infirmiers ont un très grand rôle en HAD, notamment dans la continuité des soins. Il ne faut pas estomper ou critiquer cette dimension, pour ensuite demander à valoriser la pratique infirmière plus avant par ailleurs.**

19. Comment mieux intégrer les aidants dans le dispositif de l'HAD ?

**FEHAP : La présidente de l'AFA a longtemps été aussi directrice de la vie associative et de la formation de la FEHAP, avant de prendre de nouvelles fonctions à l'AFM-Téléthon. FEHAP et AFA ont une convention ensemble de longue date. Florence Leduc est naturellement venue participer au séminaire du comité national HAD de la FEHAP du 3 décembre 2015. Nombre d'adhérents organisent des formations de leur personnel sur ces sujets, et des espaces-rencontres réguliers avec les aidants. Naturellement, la capacité des proches à supporter, à tous les sens du mot, l'HAD à leur domicile pour un parent, un conjoint, un enfant, est un des critères d'éligibilité à l'HAD. Celle-ci ne peut s'imposer à domicile sans faire violence indirectement au patient, si c'est contre la volonté des personnes qui vivent avec lui au quotidien. C'est le travail de pédagogie, de compréhension et d'adhésion réalisé au quotidien par les soignants et les travailleurs sociaux de l'HAD, ou encore de la dialyse à domicile. Il faut leur rendre hommage à ce sujet.**

### **Restructurer l'offre d'HAD**

20. La circulaire de 2013 préconise un élargissement du périmètre d'intervention des établissements d'HAD afin d'obtenir une couverture de l'ensemble du territoire dans des conditions suffisantes. La direction de l'offre de soins avait estimé, à titre indicatif, en 2006 que l'activité minimale pour une HAD devrait être de 9000 journées d'hospitalisation par an. Existe-t-il un seuil critique pour qu'un établissement HAD fonctionne ? Le cas échéant, lequel ? Incitez-vous ou aidez-vous vos adhérents à se regrouper lorsque la structure est trop petite ?

**FEHAP : Le sujet de la taille critique, entre économies et déséconomies d'échelle est un très bon sujet dans notre pays, car nous avons les deux extrêmes. Sans aucune démagogie aucune vis-à-vis de ses propres**

adhérents, la FEHAP invite à penser les synergies chaque fois que possible. Et elles sont nombreuses, mais pas forcément de manière conformiste et monocole = deux petites HAD en feraient une plus grosse. Idem pour deux petits SSIAD. Etc. Cela peut même être contre-indiqué car la France se caractérise par des territoires étendus et une assez faible densité de la population parfois, en nous comparant avec l'Allemagne notamment. C'est une dimension structurelle de nos politiques publiques que de savoir « habiter le territoire national » qu'il ne faut pas oublier. C'est pour cela que dans ces cas, conjuguer HAD-SSIAD ou la dialyse à domicile, comme le font nos adhérents Santelys dans le Nord, Soins et Santé à Lyon, l'AUB en Bretagne, l'Aura Auvergne sont des stratégies beaucoup plus intéressantes que la vision seulement endogamique : HAD + HAD = HAD au carré.

C'était d'ailleurs déjà le sens de notre publication de 2011 et de 2013 de souligner les transversalités du « savoir-faire à domicile ». En soulignant les « zones blanches » ou insuffisamment développées en HAD (et dans les autres formes d'intervention à domicile). Mais nous sommes très fiers d'autres types de synergies, comme celle de l'OHS de Nancy entre SSR et HAD, d'où le fait que la Lorraine est le leader incontesté de l'HAD de rééducation dans notre pays, très peu développée. Tout en gérant activement un SSR, alors que l'on projette souvent des relations conflictuelles et de rivalité entre les modalités de soins, chacun étant tenté de plaider pour sa seule paroisse.

L'écosystème culturel privé non lucratif permet souvent de sortir des logiques de « domaine réservé », et comme DG de la FEHAP, je m'en réjouis pour nos concitoyens et la capacité de notre système de santé et de protection sociale à faire face à ses défis, et à l'effet de ciseau que j'ai déjà évoqué.

Mais il est très facile de détruire cet écosystème avec les visions descendantes et un peu « Gosplan » à la française, avec ce tropisme hospitalo-centré qui nous caractérise. Il suffirait de dire que chaque GHT public doit se doter de sa propre HAD. A ce moment-là, ce n'est plus le Groupe Hospitalier et son HAD qui seront mises au service du territoire, des usagers et des autres établissements privés, mais à l'inverse, les usagers et le territoire seront mis au service du Groupe Hospitalier et de son HAD fonctionnant en « circuit fermé ».