

Première note contributive de la FEHAP sur les travaux de la MECSS concernant l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

V1 en date du Mardi 16 février 2016.

L'activité d'HAD est emblématique du secteur privé non lucratif et de son aptitude particulière à l'innovation organisationnelle.

puisque 65 % de l'activité d'HAD est portée par cette composante : associations, fondations, mutuelles, adhérentes à la FEHAP. Pourquoi ? Parce que la rigidité et le manque de réactivité du cadre statutaire et gestionnaire public ne permettait pas ce déploiement, et l'entrave encore aujourd'hui. Parce que l'incertitude du modèle économique a longtemps écarté les opérateurs privés lucratifs. Ce sont souvent également, comme l'a montré le rapport de la Cour des Comptes, les structures les mieux dimensionnées et les plus actives, souvent parce que le management général de l'organisme s'est dédié au développement du « savoir-faire à domicile », et pas seulement de l'HAD. La FEHAP est aussi la première fédération du point de vue du nombre et de la taille des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) adhérents, ainsi que de la dialyse à domicile (80 % des prises en charge en dialyse de proximité sont réalisées par des structures privées non lucratives). Dans de nombreux cas, les personnes morales privées non lucratives sont gestionnaires de plusieurs « savoir-faire à domicile » cohérentes et complémentaires (confer infra) : c'est d'ailleurs une limite de l'analyse en « silo » - avec un regard qui ne serait porté sur la seule activité d'HAD- sans l'insérer dans une vision transverse du « savoir-faire à domicile ». Dans le même esprit, le concept de « taille critique » ne peut se concevoir sans cette appréhension transversale, au risque de faire un contre-sens dans l'analyse de la structuration actuelle de l'offre.

Transversalité du « savoir-faire à domicile » : Nombre des adhérents de la FEHAP œuvrant dans le champ du domicile ne se consacrent pas qu'à de l'HAD. Ils sont quasiment tous gestionnaires par ailleurs de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer à domicile), parfois de dialyse à domicile et de services autorisés d'aides à domicile (SAAD). Certains ont aussi décidé d'associer à la marge des activités de logistique à domicile complémentaire aux autres métiers (prestataires). Comme la FEHAP le rappelle très régulièrement à la DGOS et à l'ATIH, il faut se garder d'une lecture « monoculaire » des activités du domicile, en ne considérant que l'activité d'HAD, dès lors qu'est posée (toujours légitimement) la question de la taille critique. Ainsi une plate-forme de gestion intégrée de 30 patients jour en HAD peut être complètement cohérente et efficiente, dès lors que l'on considère de manière globale son engagement sur sa présence aussi sur le champ d'une capacité importante en SSIAD, voire plus. Etc.

Au titre de cette approche transversale, la FEHAP a publié dès 2011 une collection d'études régionales sur : « Les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux à domicile », rassemblant dans une même publication un regard sur l'HAD, la dialyse, les SSIAD, les SAAD, les SAMSAH et les SAVS. Cette publication mettait déjà en avant les SPASAD, forme stimulante d'intégration organisationnelle transversale SSIAD-SAAD, mais encore trop peu répandue à l'époque. Elle a été largement diffusée, gratuitement, aux pouvoirs publics nationaux, aux ARS, conseils départementaux, communauté professionnelle, comme les autres publications d'intérêt général de la FEHAP. Cette publication a été renouvelée et actualisée en Novembre 2013, en insérant également une analyse des services à domicile non autorisés, comme des SAAD autorisés, grâce à une convention de publication avec l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP) à l'époque et leur plate-forme Nova. Cette seconde publication a à nouveau mis en avant les SPASAD, justement reconnus et promus par la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), mais a souligné l'intérêt d'une approche intégratrice encore plus large, associant l'HAD, la dialyse à domicile, SSIAD et SAAD ainsi que des activités de logistique (prestataires), que plusieurs adhérents de la FEHAP ont déjà engagée et éprouvée : une plate-forme territoriale d'interventions de soins et d'accompagnement coordonnées à domicile, sorte de SPASAD au carré ou au cube.

Statut et adossements métiers : Le rapport de la Cour des Comptes comporte beaucoup d'analyses et de constats que la FEHAP partage, mais qu'il nous soit permis de relever un défaut conceptuel regrettable : il reste encore assez hospitalo-centré dans certains aspects. Cette culture s'exprime encore avec la locution « d'HAD autonomes », à placer en symétrie -dans le rapport précédent- avec les « HAD hospitalières ». Alors que la Loi HPST du 21 Juillet 2009 a clairement érigée les structures autorisées en HAD en ... établissement de santé.

Ceci étant posé, et sur l'adossement ou non à un établissement de santé « conventionnel », le rapport de la Cour des Comptes montre que ces HAD « hospitalières », souvent publiques », se déploient peu. La FEHAP estime que dans nombre de grands établissements publics de santé, la difficulté des services d'HAD est que leurs sujets s'insèrent dans la multiplicité des urgences et des rudes arbitrages à conduire. Et que la taille et le statut des organisations publiques conduit souvent à une réactivité faible -indispensable pour réussir à domicile- et une culture plutôt « autocentrée », alors que l'HAD doit beaucoup plus se penser dans une extraversion et une projection vers les besoins de l'extérieur et notamment vers la médecine de ville et la culture du « savoir-faire à domicile ». En tout état de cause, la FEHAP estime que la question est parfois mal posée : l'adossement comme la recherche de bonnes synergies sont toujours de bonnes questions. Mais la question est tout aussi pertinente, dans un lien d'une HAD avec une capacité de SSIAD importante, ou encore une complémentarité avec une activité de dialyse à domicile, qu'en la situant seulement dans « l'attache » ou non avec un établissement de santé « conventionnel ».

Quelques raisons d'un « développement inhibé » de l'HAD ? :

1) Culture très hospitalo-centrée des professionnels, notamment des médecins :

La FEHAP est agréée pour l'accueil d'internes en santé publique, lesquels découvrent à l'occasion de leur stage et pour leur plus grand intérêt, donc seulement après 6 ans d'études, le continent social et médico-social mais aussi le SSR, la psychiatrie et l'HAD comme la dialyse à domicile. Notre formation initiale médicale, et aussi paramédicale, n'est pas hospitalo-centrée, elle est étonnamment MCO- ou CHU-centrée, à l'instar de la production scientifique et de la recherche en économie de la santé. Il y a donc sans aucun doute un travail pédagogique et méthodique à mener, du type logigrammes de prescription en HAD, ou en SSIAD par un médecin hospitalier ou un médecin de ville. Par l'HAS et l'ANESM, ou même par la CNAM-TS dans ses objectifs conventionnels, alors que cette dernière ne semble se préoccuper que de la facilitation des prescriptions de prestataires (confer la convention établie avec les PSAD, mais non agréée à ce jour par la Ministre, confer lettre FEHAP jointe à la note). Ici, la FEHAP rejoint pleinement la recommandation de la Cour pour des référentiels HAS, mais sans se limiter à l'HAD. SSIAD et dialyse à domicile sont aussi des lignes de force essentielles. La FEHAP suggère que la MECSS et la Cour des Comptes puissent préconiser que ces bonnes indications fassent l'objet des objectifs conventionnels de l'assurance-maladie, dans ses relations avec les syndicats de médecins libéraux.

2) Prescription externe et carence de médecins traitants en ville dans certaines zones :

Une dimension doit être prise en compte, dans la diffusion plus lente que souhaitée des indications d'HAD. A la différence de toutes les autres activités de soins aujourd'hui, l'HAD ne peut pas « s'auto-prescrire », au sens où le « médecin hospitalier à domicile » qu'est le médecin d'HAD n'est pas aujourd'hui, en droit, en mesure d'admettre une bonne orientation en HAD, voire une demande directe, s'il n'y a pas une « prescription extérieure ». Vu la méconnaissance située au point 1 supra, et les déserts médicaux libéraux dans certains territoires, il est évident que ce handicap est trop lourd pour un déploiement plus rapide de l'HAD. La FEHAP estime, de ce point de vue, que les travaux récents menés avec la DGOS sur les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD, sont très lucides et bienvenus : ils permettent d'élargir les possibilités d'indications de la part du « médecin désigné par le patient », lequel peut toujours être le médecin traitant lorsqu'il en existe un identifié, mais aussi être un « médecin hospitalier à domicile ». La FEHAP soutient donc cette très heureuse option de la DGOS « d'émancipation de l'HAD », eu égard à son pragmatisme bienvenu, en lien avec la FNEHAD et Unicancer.

3) Médicalisation de l'HAD : Il existe aujourd'hui deux types de tarification de l'HAD, ex-DG avec intégration des rémunérations des médecins traitants, et ex-OQN avec remboursement des honoraires par la médecine de ville. Ceci étant, les échelles de tarifs sont assez proches, donc plutôt économiquement favorables à la composante ex-OQN privée, rassemblant à la fois des gestionnaires FEHAP et FHP. La FEHAP a aussi un nombre équivalent

d'adhérents non lucratifs ex-PSPH ou ESPIC et sur l'échelle ex-DG comme les Etablissements Publics de Santé. Mais il est patent que l'évolution des besoins et la technicité des prises en charge appellent une médicalisation plus forte de l'HAD : il n'est pas concevable de la réussir dans la situation actuelle de la médecine de ville, avec des praticiens libéraux souvent débordés dans les métropoles et parfois ayant disparu dans les zones rurales. C'est la raison pour laquelle la FEHAP a suggéré, au comité de pilotage national de l'HAD piloté par la DGOS, en Juin 2015, de réfléchir à une hypothèse moderniste pour l'avenir :

- a. Soit un médecin traitant existe et est en mesure d'accompagner son patient en HAD - situation idéale et à préserver- alors l'HAD pourrait codifier cette prise en charge à l'assurance-maladie, « sans rémunérations médicales » ou ex-OQN (même si l'HAD est aujourd'hui publique ou ex-PSPH donc sur l'échelle ex-DG) ;
- b. Soit ce médecin traitant est introuvable et le « médecin désigné par le patient » est le « médecin hospitalier à domicile » de l'HAD, et alors l'HAD, pourrait codifier cette prise en charge (et être rémunérée) sur le tarif « avec rémunérations médicales », quand bien même elle relèverait de la catégorie ex-OQN aujourd'hui.
- c. En synthèse, il est proposé de réfléchir à l'option où l'échelle tarifaire applicable résulterait plus d'une adaptation opérationnelle qu'à un critère juridique ou organique.

4) Contrôle T2A et instruction « à charge » des médecins conseils de l'assurance-maladie : la difficulté est tout autant culturelle que technique. Les médecins-conseils ont procédé en 2014-2015 à des campagnes de contrôle T2A ressenties comme très dures en HAD. Ils sont dans leur rôle mais le caractère « d'instruction à charge » des médecins conseils de la CNAM-TS dans ce domaine a instillé un doute permanent chez les gestionnaires et les équipes de soins en HAD, au-delà des nécessaires rigueurs sur le dossier du patient, évidemment plus difficile à tenir à domicile, et dans un partenariat avec des intervenants libéraux de l'HAD, médicaux et paramédicaux. Il est vrai que l'HAD ressortit historiquement de la « juridiction de la DGOS », tandis que les prestataires figurent dans les « ouailles de l'assurance-maladie ». Ce Yalta historique porte encore des effets, comme l'a montré le projet de convention nationale négociée par la CNAM-TS avec les prestataires, devant lesquels elle déroule « un bouquet de mesures » pour leur développement, tandis que l'HAD (ou la dialyse à domicile) semble perçue par la CNAM-TS –en forçant un peu le trait- que comme une forme passagère de travail coordonné de professionnels, lesquels pourraient tout aussi bien être tous libéraux. La Loi de Modernisation de notre Système de Santé légifère heureusement sur « l'alignement stratégique » de l'assurance-maladie sur l'Etat : une première épreuve de vérité de ces nouvelles dispositions serait que la CNAM-TS se voit fixer des objectifs de négociation conventionnelle pour le développement des indications de l'HAD et de la dialyse hors centre aussi dynamisants que ceux qu'elle s'était naturellement donnés à elle-même pour les prestataires...

5) Ambiguïté entre « patients lourds » et « patients instables » pour être « HAD-éligibles » :

Une des subtilités de la classification des séjours en HAD et des catégories tarifaires tient au fait qu'un patient hospitalisé (ou en structures médico-sociales) présentant un tableau de besoins de nursing lourd, n'est pas forcément éligible à une prise en charge en HAD. Laquelle requiert pour être considérée comme une prise en charge aiguë (à défaut d'HAD, il faudrait hospitaliser à temps plein), une notion d'instabilité. Cette distinction subtile nuit beaucoup à la bonne compréhension des indications reconnues de l'HAD, insusceptibles d'être invalidées dans le cadre d'un contrôle T2A. Cela relèverait sans doute aussi d'une dynamique de « logigramme HAS d'analyse des bonnes indications » (confer supra). Cette explicitation serait fort utile pour la bonne relation avec les structures médico-sociales (confer infra) et la médecine de ville, qui peuvent avoir un ressenti de « patient lourd » pour lequel l'HAD est souhaitable mais se « désisterait » anormalement, alors qu'il ne s'agit actuellement que du respect des bonnes pratiques d'intervention. Ou alors il convient de réfléchir explicitement à un élargissement de celles-ci, mais cela ne peut être le fait des seules HAD sur le terrain.

6) Clarification des débats entre intervention d'HAD et de prestataires : Pour la FEHAP, et en lien avec ses adhérents qui pratiquent au quotidien la globalité des métiers du domicile, donc y compris d'HAD et prestataires, la complémentarité pourrait être claire. Si tout le monde le souhaitait conjointement et véritablement... En effet, il n'y a que sur le sujet des perfusions sur lequel un questionnaire « transversal » - au fait véritablement tant de l'HAD que des possibilités d'un PSAD- relèverait une « zone de recoupement » potentielle. Cela justifierait sans doute d'un référentiel de l'HAS, comme le propose à juste titre la Cour des Comptes sur plusieurs sujets. Il apparaîtrait alors rapidement que ce qui va conduire légitimement une HAD -ou même un SSIAD- à réaliser une perfusion -plutôt qu'un prestataire avec un intervenant libéral- tient non pas au petit geste technique mais bien évidemment au contexte dans lequel il doit se resituer : ici du besoin de soins complexes et coordonnés, dans un état médical instable ; ici un besoin avéré et durable d'aide dans les actes de la vie quotidienne (SSIAD). La problématique relève sans doute aujourd'hui à la fois d'un effet de méconnaissance technique, mais sans doute aussi de pratiques agressives et d'une communication conquérante de prestataires ou de certains organismes ici et là, manquements que les ARS devraient être habilitées à relever et sanctionner (confer lettre jointe de la FEHAP à Marisol Touraine). La FEHAP ne redoute en rien la mise à plat de ce sujet des perfusions, pour le dégonfler, clarification souhaitable pour autant qu'elle soit réalisée sous une égide scientifique (HAS) et non publicitaire. La FEHAP propose aussi aux parlementaires de la MECSS d'étendre les prérogatives des ARS pour les manquements constatés des prestataires à leurs obligations, notamment dans les cas d'abstention des CPAM.

7) Culture médico-sociale en construction vis-à-vis de l'HAD : En 2004-2005, l'action de la FHF a été décisive pour l'ouverture de la possibilité

d'intervention de l'HAD dans les EHPAD, grâce à l'action parlementaire conjuguée de Jean Léonetti (première loi sur les droits des malades et la fin de vie de 2005), de Claude Evin et de Paulette Guinchard, introduisant l'obligation d'un projet de soins palliatifs dans le secteur médico-social, ensuite décliné par voie réglementaire. Restait à définir où et comment organiser les compétences idoines, dans un secteur médico-social dépourvu en la matière. C'est dans cette dynamique que pût être surmonté le principe d'interdiction des doubles prises en charge, qui bloquait ces initiatives à l'époque. C'est cette même sensibilité et militance qui a conduit la FEHAP – en partenariat avec l'Association des Paralysés de France (APF) à promouvoir dès 2010-2011- une ouverture similaire pour les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées, avec des initiatives conjointes, notamment en région Nord Pas de Calais et Ile de France. Pour autant, le développement trop limité dans ces deux champs procèdent d'histoires et de dynamiques très différentes, sont il semble utile de partager une proposition d'interprétation, afin ensuite de pouvoir aller plus loin. Pour aller à l'essentiel :

- a. **L'HAD dans le secteur des EHPAD** : A l'origine, la mesure est instaurée en 2007, dans une phase où le drame de la canicule est encore présent dans tous les esprits. Les associations de directeurs d'EHPAD font montre d'une grande méfiance, assimilant l'intervention de l'HAD à des raisons potentielles pour les pouvoirs publics de ne plus leur donner les moyens de progresser du point de vue de la médicalisation (ou plutôt para-médicalisation ; surtout AS et AMP, IDE) au quotidien, dont la canicule a montré et légitimé le besoin. Ils se sont trompés, bien sûr, mais cet *a priori* a fait perdre du temps, explique un démarrage assez lent, même si un décollage est à remarquer depuis deux ans et demi. Se superpose à cela le fait que les HAD fonctionnent souvent en coopération avec des infirmiers libéraux, dont certains ont eu le souvenir d'EHPAD dans lesquels ils intervenaient directement avant leur réforme de la tarification. Donc aujourd'hui la mesure a enfin décollé, et elle a encore un fort potentiel en volume et de gains d'efficience en regard aux hospitalisations à temps plein évitables ainsi. Mais ce contexte explique ce démarrage un peu « diesel »... Toutes les fédérations nationales d'HAD et d'EHPAD ont décidé de se retrouver les manches ensemble (certaines sont les deux à la fois comme FEHAP et FHF), en concluant en mai 2015 une convention associant toutes les organisations significatives représentatives des HAD (FEHAP, FHF, FHP, Unicancer, FNEHAD) et toutes celles portant les EHPAD, d'une part, et aussi en préparant des documents pédagogiques et outils de « bonne rencontre » et de coordination entre équipes d'HAD et d'EHPAD, d'autre part.
- b. **L'HAD dans le secteur des structures pour personnes handicapées, et aussi d'exclusion** : A la différence des autres fédérations d'HAD et d'EHPAD, rassemblées par le premier sujet, seule la FEHAP connaît ces deux composantes au sein de ses adhérents, d'où son implication

précoce dans cette innovation engagée par la majorité précédente (rapport Jacob) et concrétisée par la suivante et actuelle, signal d'un haut niveau de consensus politique, donc de longévité technique de la mesure. Pour autant et à cette étape, la cible est qualitative bien plus que numérique. Il n'y a pas lieu à cette étape de stigmatiser les HAD et les ESMS qui « ne feraient pas encore ensemble de bons chiffres », tant le niveau de médicalisation d'un ESMS pour personnes handicapées est difficile à décrypter de l'extérieur (parfois forte présence d'IDE, de MK et d'AS, mais aussi parfois présence très majoritaire d'éducateurs). Tant aussi le niveau de personnalisation du parcours de l'enfant ou de l'adulte handicapé doit être finement organisé pour être efficaces globalement. La FEHAP propose de considérer ce chapitre comme de la « recherche-développement en organisation de parcours avec de l'HAD », au même titre que l'intervention d'HAD en CHRS ou encore en ACT. Au même titre que ce que la DGOS et le cabinet de la Ministre ont judicieusement engagés sur l'HAD en post-chirurgical conventionnel pour 2016.

8) Stagnation des tarifs (contre inflation) et révision du guide méthodologique :

Les restrictions économiques vécues par l'HAD sont évidemment moindres, depuis 10 ans que les établissements conventionnels de court séjour. Pour autant, la stagnation des tarifs contre une inflation qui n'est pas négligeable sur une aussi longue période, a affaibli les marges de manœuvre et les capacités de développement des HAD, sans que des effets volumes ne compensent les effets-prix comme en hospitalisation complète ou à temps partiel ou en séances. Plus encore, la révision du guide méthodologique – opération silencieuse d'un point de vue de l'affichage tarifaire mais très péjorative parfois du point de vue des recettes- a accentué le phénomène. Il serait logique que certaines HAD autorisées pour des territoires difficiles ou excentrés puissent se voir accorder des « crédits de démarrage ou de développement » pour porter l'effort économique initial de déploiement dans ces « terres de mission » avec une présence ensuite portée « en routine » par les tarifs. Bien entendu, le Ministère, les parlementaires et les fédérations privées devraient alors veiller à ce que ces soutiens en crédits d'aide à la contractualisation ne visent pas, comme c'est trop souvent le cas des crédits MIGAC et aides financières, que des structures de statut public.

9) Pacte de responsabilité et pénalisation paradoxale des soins à domicile :

Contrairement à ce qu'imaginent nombre de parlementaires, le secteur privé non lucratif sanitaire, social et médico-social ne bénéficie pas des baisses de charges sociales du Pacte de Responsabilité, adoptées en LFSS 2015 et 2016. Les administrations centrales pratiquent un raisonnement en « jeu à somme nulle », en reprenant ces baisses de charges d'une autre main, par des diminutions des dotations et des tarifs. Au-delà du débat sur le fond (confer la Lettre au Président de la République du 22 janvier 2016 en pièce jointe de la FEHAP, soutenue par 7 autres organisations nationales privées non lucratives), les soins à domicile (HAD et dialyse à domicile) sont en effet pénalisés plus

encore. A titre d'exemple, la Direction de la Sécurité Sociale a établi pour 2015 une baisse de « neutralisation » de 0,56 % mais qui est très surévaluée selon les données dont dispose la FEHAP, et plus encore sur des services comme l'HAD, lesquelles sont peu équipées en effectifs logistiques et administratifs de qualification modeste, alors que ce sont ceux-ci qui sont les principaux bénéficiaires d'exonérations. Donc aujourd'hui, le Pacte de responsabilité pénalise paradoxalement plus encore les HAD privées non lucratives dans leurs activités, soit 65 % du niveau national....

- 10) **Sujet des molécules onéreuses (cancérologie, neurodégénératif) :** La DGOS a parfaitement saisi que l'impact économique des médications très coûteuses initiées en court séjour conventionnel a un effet dissuasif sur des HAD dont le GHT facturé en moyenne et par jour s'établit à 190 euros. Des efforts louables ont été engagés, notamment dans le domaine de la cancérologie, des antibiothérapies coûteuses. Il n'en demeure pas moins que cet obstacle très sérieux au développement des « indications d'HAD soutenables » doit être levé, faute de quoi les injonctions de développement de l'HAD deviennent paradoxales et inefficaces.

Que faire ? :

- 1) **Professionaliser (projet de décret sur les CTF) et éviter « l'HAD foraine » :** Les fédérations hospitalières impliquées dans l'HAD (FEHAP, FHF, FHP, Unicancer et FNEHAD) ont conjointement proposé que le projet de décret mette fin aux situations –rares mais discutables- d'HAD foraines. C'est-à-dire fonctionnant sans « noyau dur » d'une équipe de coordination médicale et paramédicale salariée. Sur ce sujet, l'impulsion est venue de la FNEHAD, et elle est heureuse et bienvenue. Il n'y a pas lieu pour autant de stigmatiser les quelques HAD (sur 300) fonctionnant de cette manière aujourd'hui : le plus souvent, elles fonctionnent de cette manière car c'est le cadre de fonctionnement qui a conditionné leur démarrage, à l'époque, dans leurs relations avec leurs autorités de contrôle et de tarification. Il s'agit d'une actualisation parfaitement « saisissable » par les gestionnaires concernés. La FEHAP propose aux parlementaires de la MECSS de soutenir cette mesure.
- 2) **Territorialisation et responsabilité « géo-populationnelle » de l'HAD : éviter des redondances et concurrences inutiles :** Toutes les fédérations hospitalières précitées se sont accordées avec la DGOS et le cabinet de la Ministre pour le cadre défini par la circulaire du 4 décembre 2013. A savoir que le développement des indications et de la pertinence de l'HAD, comme de son efficacité globale, ne doivent pas s'inscrire dans une approche concurrentielle fruste de multiplication des implantations d'HAD sur le même territoire. Ce serait même contre-productif de placer les HAD dans le même registre compétitif entre elles que ce que l'on connaît parfois dans d'autres domaines, ruinant le travail pédagogique et de liaison entre équipes de soins. Toutes les fédérations se sont accordées avec la ligne du Ministère pour se situer plutôt dans une responsabilité contractuelle de déploiement qui puisse

conduire une ARS à retirer, 5 ans après, une autorisation à une HAD n'ayant pas su faire œuvre de pédagogie et de développement (modulo les obstacles à lever préalablement, évoqués supra). Il y a même lieu de considérer que cette approche est particulièrement cohérente avec un « savoir-faire transversal du domicile », sans doute bien plus prometteur ici que la logique statutaire du GHT, puisque les SSIAD disposent déjà comme les HAD d'une autorisation territorialisée, et que tel va être le cas des services autorisés à domicile (SAAD) après la Loi d'adaptation de la société au vieillissement. La FEHAP propose aux parlementaires de la MECSS de soutenir le maintien de cet axe de travail, où tarification et planification peuvent être bien articulées.

- 3) **Déplacer la ligne de différenciation ex-DG et OQN dans la réforme tarifaire envisagée de l'HAD, sur le sujet de la rémunération du temps médical, pour le réorganiser en fonction de la disponibilité avérée, ou non, d'un médecin traitant en ville** : Confer supra. La FEHAP propose aux parlementaires de la MECSS de soutenir la mise à l'étude rapide de cet axe de travail par la DGOS et l'ATIH.
- 4) **S'appuyer sur les dispositions de la LMSS (PTA de l'article 74 et le GCS de moyens de l'article 108, à côté des GHT de l'article 107)** : La FEHAP a salué régulièrement les avancées de la LMSS durant les travaux parlementaires. L'association des HAD aux conventions constitutives des plates-formes territoriales d'appui (PTA) est un enjeu important du travail réglementaire à venir. Par ailleurs, les GCS de moyens pouvant mutualiser les conditions techniques de mise en œuvre de l'HAD – l'article 108 appelé de ses vœux par la FEHAP depuis 6 ans) – est un excellent levier : par exemple pour déployer au-delà de la seule Lorraine, de l'HAD de rééducation dans des partenariats entre HAD (savoir-faire polyvalent) et des établissements de Soins de Suite et Réadaptation, qui disposent des compétences techniques spécialisées idoines. La situation spécifique et exemplaire de la Lorraine sur l'HAD de rééducation tient à l'existence d'un adhérent de la FEHAP (OHS de Nancy), à la fois autorisé et compétent en SSR comme en HAD.
- 5) **Valoriser les plates-formes transversales HAD-SSIAD-SAAD-ESA et dialyse à domicile, comme vivier des « HAD performantes et intégratives » de demain (projet « filières de soins » de l'ANAP)** : La segmentation juridique et financière du champ sanitaire, social et médico-social est un fait, mais tout l'effort des professionnels et des dirigeants devrait être – du point de vue de la FEHAP – de s'attacher à estomper ce qui ne devrait être que du « back-office », vu du point de vue des usagers. La FEHAP est ainsi très impressionnée par l'action novatrice de plusieurs de ses adhérents qui déploient des synergies « centrées-usagers » et non « centrées-structures ». Et elle estime que c'est sans doute le véritable espace de recherche-développement en organisation dont notre protection sociale a besoin pour améliorer sa performance et faire face aux défis macro-économiques et épidémiologiques (vieillesse, maladies chroniques), sans baisser le niveau de qualité. Dans ce cadre, il y a lieu de cultiver certaines interrogations, fussent-elles aujourd'hui minoritaires. Comme dans toute innovation significative. Ainsi, peut-être que la gestion

intégrée d'une plate-forme de services à domicile sachant associer HAD-SSIAD-SAAD-ESA et dialyse à domicile, qui est une innovation « centrée-usagers », autour du « savoir-faire à domicile », va s'avérer avoir un potentiel d'avenir bien plus stimulant que des GHT, processus « centré-structures » et sur le statut public. La FEHAP a œuvré pour que ces innovations organisationnelles puissent être soigneusement analysées par l'ANAP dans son programme « filières de soins ». Mais il y a lieu d'indiquer qu'à cette étape, la DGOS et le cabinet de la Ministre –très mobilisés sur les GHT et le secteur public- envisagent de déplacer un fort contingent de jours-hommes vers le sujet des GHT. Au point de faire s'arrêter le programme « filières de soins » de l'ANAP. La FEHAP pense que c'est peut-être une erreur de demander à l'ANAP de faire un travail de simple déploiement de la LMSS - qui relève du registre classique DGOS-ARS- puisque la grande valeur ajoutée de l'ANAP tient à la qualité de « retours d'expérience » des « meilleures pratiques sur le terrain », au bénéfice ensuite de toutes les autres parties prenantes : usagers, professionnels et gestionnaires d'établissements et services, pouvoirs publics et financeurs. Pour la FEHAP, l'ANAP doit être un « laboratoire de recherche-développement sur les meilleures pratiques organisationnelles de demain ». dans cet esprit, la FEHAP propose aux parlementaires de la MECSS de la soutenir sur cette approche en général, et sur ce sujet des plates-formes à domicile et des filières de soins en particulier.

- 6) **Fin de vie et dérogation à l'interdiction des doubles prises en charge simultanées entre HAD et SSIAD dans certaines situations critiques** : L'analogie avec le même sujet de l'HAD dans les EHPAD puis dans les autres ESMS est évidente. La FEHAP souhaite vivement que dans la suite du plan national soins palliatifs récemment annoncé par la Ministre, puissent être trouvées des solutions de continuité entre SSIAD et HAD dans les situations critiques de fin de vie, notamment afin que des acutisations qui débordent les possibilités de SSIAD ne conduisent à des hospitalisations à temps plein en urgence pour ces derniers moments. Ce sujet a de fortes analogies évidemment avec le sujet de l'HAD en EHPAD, où la dérogation au principe de non-double prise en charge date de 8 ans. L'Observatoire National de la Fin de Vie a proposé également d'avancer sur ce sujet dans son rapport annuel. La FEHAP propose aux parlementaires de la MECSS la mise à l'étude rapide de cette option.
- 7) **Financement de projets de recherche en performance de l'organisation des soins, en lien avec l'HAD (projet PREPS dans les appels à projet de recherche de la DGOS)** : La FEHAP s'est déjà attachée à mobiliser plusieurs HAD adhérentes pour proposer des projets de recherche en réponse aux appels à projet de la DGOS, donc des projets centrés sur les réalités et pratiques des soins à domicile. A deux reprises et récemment. Il s'agit de projets lourds et exigeants à monter, conçus avec des universitaires en organisation et en économie de la santé. Mais ils n'ont pas été accueillis par la DGOS et ses jurys. Sans doute n'ont-ils pas les antécédents et les qualités de signature de projets signés par des CHU. Ces projets peuvent aussi comporter naturellement des lacunes méthodologiques. Toutefois il faut peut-être que la DGOS s'interroge

aussi pour sa part : les CHU sont-ils les mieux placés, avec une culture très centripète et hospitalo-centrée pour concevoir et porter ce type de projet en direction de l'HAD (ou d'autres formes de soins à domicile) ? Alors qu'il s'agit d'un enjeu essentiel comme le souligne à juste titre la Cour des Comptes. La composition des jurys de ces appels à projet n'induit-elle pas aussi un « effet jockey » en direction naturellement des styles de projets qu'ils connaissent et pratiquent le plus habituellement ? La FEHAP propose aussi aux parlementaires de la MECSS de considérer la nature des thématiques lauréates des appels à projet de recherche, pour pouvoir formuler des préconisations de rééquilibrage des orientations à proposer au Ministère.

Paris, le 16 février 2016.