



15ème législature

Question N° : 32999	De M. Didier Le Gac (La République en Marche - Finistère)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Santé et prévention
Rubrique > santé	Tête d'analyse > Freins au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)	Analyse > Freins au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).
Question publiée au JO le : 13/10/2020 Date de changement d'attribution : 21/05/2022 Date de renouvellement : 16/02/2021 Date de renouvellement : 08/06/2021 Date de renouvellement : 05/10/2021 Date de renouvellement : 01/02/2022 Question retirée le : 21/06/2022 (fin de mandat)		

Texte de la question

M. Didier Le Gac attire l'attention de M. le ministre des solidarités et de la santé sur les conditions de développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Au même titre que le virage ambulatoire, l'articulation Ville-Hôpital, la prise en compte du vieillissement de la population, et les prise en charge en parcours coordonnés, l'HAD est promue par la stratégie nationale de santé. Les textes réglementaires qui s'appliquent cependant aujourd'hui à l'HAD limitent son domaine d'intervention à la prise en charge des personnes en situation de soins complexes, intenses et techniques. Dès lors que l'HAD sort de ce champ de compétences, le modèle tarifaire ne lui assure aucune rémunération. Les textes en vigueur ne permettent pas de répondre à l'évolution du système de santé et de la démographie et constituent un frein au développement de l'HAD. À titre d'exemple, on peut relever l'impossibilité pour l'HAD de prendre en charge des patients en amont et en aval d'une intervention chirurgicale, qui serait pourtant indiquée quand elle permettrait une prise en charge en ambulatoire. On évoque ici des patients âgés, ou présentant des facteurs de fragilité qui pourraient être stabilisés rapidement avant l'intervention afin de favoriser une meilleure récupération pour le patient. Cette situation aboutit à des durées d'hospitalisation plus longues, évitables pour le patient et plus coûteuses pour l'assurance maladie. De la même manière, la RRAAC (Récupération rapide et améliorée après chirurgie) est d'autant plus efficace que le patient âgé ne subit pas une hospitalisation trop longue qui affecte souvent la qualité de ladite récupération. L'HAD pourrait constituer une réponse adaptée à ce besoin de santé. On peut également relever l'inéligibilité à une admission en HAD de personnes âgées dont l'état de santé, souvent associé à des pathologies chroniques sous-jacentes, donne lieu à une hospitalisation, et quelque fois un passage aux urgences, parce que leur situation de soin, tout en nécessitant une prise en charge pluri-professionnelle continue, n'est pas permise en HAD où elle serait pourtant appropriée et moins coûteuse. Enfin, les HAD sont sollicitées par les médecins de ville, les Ehpad, les dispositifs d'appui et de coordination (DAC), pour rencontrer des patients ou résidents afin d'évaluer leur situation de santé quand elles sont susceptibles de se dégrader. L'évaluation ainsi réalisée au chevet de la personne participe à une prise en charge de proximité, à la pertinence des soins et surtout à une grande prévention. À la faveur d'une bonne connaissance de la situation médicale du patient ou du résident, son admission et sa prise en soins sont immédiats si une hospitalisation devient nécessaire. Ce dispositif évite en outre le recours aux urgences. Cette part que prend l'HAD à l'évaluation globale du patient et à la sécurité des soins, comme à la pertinence des parcours coordonnés de prise en charge, n'est pas reconnue par les tarifs. La

création de nouveaux modes de prise en charge en HAD et d'un modèle tarifaire en adéquation avec le niveau de soins, éventuellement moins complexes, permettraient d'accompagner de façon cohérente l'évolution de l'art et la stratégie nationale de santé. Elle permettrait de favoriser la coordination Ville-Hôpital, les parcours coordonnés de prise en charge, et de répondre à l'augmentation des pathologies chroniques liées au vieillissement de la population. Par ailleurs, il y a lieu de souligner que la crise sanitaire liée à la covid-19 a mis en évidence la place prise par l'HAD en coordination avec les autres acteurs sanitaires et médico-sociaux, tant au domicile des sujets atteints que dans les Ehpad. Dans ce cadre, des mesures dérogatoires ont été adoptées, comme par exemple la possibilité pour l'HAD d'organiser rapidement une prise en charge conjointe avec les SSIAD. Ordinairement, ces prises en charge conjointes ne sont autorisées qu'à l'initiative du SSIAD et après le 7ème jour de soin. Cette mesure dérogatoire, parfaitement encadrée, pourrait devenir utilement de règle. A travers la présente question et des divers exemples cités, il le remercie de lui apporter son éclairage sur les pistes d'évolution permettant le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).