MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

HAD

Feuille de route 2021-2026

Décembre 2021

ÉDITORIAL

Alors que le recentrage des soins vers le secteur ambulatoire constitue un mouvement de fond engagé depuis plusieurs années par les établissements de santé, l'impact de cette mesure apparait encore contrasté pour l'hospitalisation à domicile.

En effet, les objectifs chiffrés de recours à l'HAD inscrits dans la circulaire de 2013 ne sont toujours pas atteints en 2021 malgré une réelle dynamique d'activité qui s'est traduite par une croissance de 52% du nombre de journées d'HAD depuis 2013 et force est de constater qu'un long chemin demeure à parcourir pour donner toute sa place à l'hospitalisation à domicile.

Les principales causes identifiées sont liées à une méconnaissance des modalités de prise en charge par les prescripteurs et un recours à l'hébergement hospitalier encore trop systématique.

Les réformes mises en œuvre dans le champ de l'hospitalisation conventionnelle, le développement de l'exercice ambulatoire coordonné ou encore les aspirations de maintien à domicile des populations âgées, constituent notamment de formidables opportunités pour accélérer la croissance de l'hospitalisation à domicile. En outre, la mobilisation déterminante de l'HAD au décours des divers épisodes de l'épidémie de la crise sanitaire du COVID19 a positionné ce champ d'activité hospitalier comme acteur de substitution à part entière de l'hospitalisation conventionnelle dans certains types de prises en charge et a permis de développer son rôle d'appui aux EHPAD pour la prise en charge des soins complexes.

Dans ce contexte, cette feuille de route de l'HAD a pour objectif de recenser les actions à conduire pour développer l'hospitalisation à domicile, d'en décliner les moyens en y associant l'ensemble des acteurs qui interagissent avec les HAD, en proximité et dans les territoires, acteurs institutionnels (ARS, CPAM, collectivités locales…), établissements hospitaliers et médico-sociaux et professionnels libéraux.

Cette démarche de co-construction articule cette feuille de route avec les réformes en cours et à venir. Au-delà de cette perspective réformatrice, ce document entend également intégrer les futurs progrès thérapeutiques et technologiques et faire du domicile un véritable lieu de soins, y compris pour les prises en charge complexes.

Le déploiement des actions sur le terrain par les établissements d'HAD devra satisfaire pleinement les ambitions inhérentes à leurs missions, à savoir :

- Donner à chacun, y compris aux populations isolées et démunies, le droit à bénéficier d'une hospitalisation à domicile
- Respecter la responsabilité qui est celle de tout établissement de santé, de garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients.

Éditorial 2
Introduction 6
L'HAD, qu'est-ce que c'est ? 6
L'HAD en chiffres 7
La crise sanitaire de 2020 10
Les Axes de la feuille de route 13

Axe 1 | Améliorer la connaissance de l'HAD et l'attractivité de cette activité 14

Levier 1.1 Garantir une articulation plus poussée entre les HAD et les agences régionales de santé pour favoriser la déclinaison opérationnelle des orientations stratégiques 14
Levier 1.2 Mieux faire connaître l'HAD du grand public et des prescripteurs 15
Levier 1.3 Améliorer la connaissance de l'HAD par les médecins durant leur formation initiale 16
Levier 1.4 Améliorer la connaissance de l'HAD par les auxiliaires médicaux et autres professionnels de santé durant leur formation initiale 17
Levier 1.5 Mettre en valeur la profession de médecin en HAD 17
Levier 1.6 Faire davantage reconnaitre la profession d'infirmier en HAD 17
Levier 1.7 Développer les postes partagés 14
Levier 1.8 Faciliter le recrutement des professionnels en HAD 18

Axe 2 | Renforcer la place des HAD dans l'organisation territoriale sanitaire 19

Levier 2.1 Renforcer le lien entre l'HAD et les établissements de santé avec hébergement 19
Levier 2.2 Favoriser l'articulation entre l'HAD et le secteur libéral en s'appuyant sur l'exercice coordonné 21
Levier 2.3 Tester des modèles incitatifs locaux valorisant l'identification de l'HAD dans le parcours de soins 22
Levier 2.4 Développer les soins spécialisés en HAD 22
Levier 2.5 Valoriser l'expertise de l'HAD dans les soins palliatifs 24

Axe 3 | 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 25

Levier 3.1 Favoriser la mise en œuvre des coopérations entre l'HAD et les ESSMS 27
Levier 3.2 Améliorer la coordination et la complémentarité avec les filières gériatriques et les équipes mobiles hospitalières 27
Levier 3.3 Renforcer la coopération entre HAD et EHPAD 27
Levier 3.4 Renforcer le rôle de l'HAD auprès des publics en situation de handicap en ESMS ou au lieu de vie habituel 28
Levier 3.5 Développer l'intervention de l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux intervenant dans le champ de la précarité 29

Axe 4 | Renforcer la qualité et la pertinence de la prise en charge en HAD 30

Levier 4.1 Poursuivre l'amélioration de la qualité des prises en charge en HAD 31
Levier 4.2 Approfondir les liens entre acteurs pour renforcer la qualité et la sécurité dans le champ des systèmes d'information et du circuit du médicament 33
Levier 4.3 Adapter la prise en charge médicamenteuse aux spécificités de l'HAD 33
Levier 4.4 Engager un travail sur les indicateurs de qualité des parcours intégrant l'HAD 33
Levier 4.5 Développer le bon recours à l'HAD à travers une évaluation précoce au sein des services hospitaliers 34

Axe 5 | Faire de la e-santé et du numérique un levier de la diversification des prises en charge 35

Levier 5.1 Intégrer systématiquement, à l'échelle des territoires de proximité, les établissements d'HAD dans tous les programmes et outils de l'e-santé 36
Levier 5.2 Favoriser l'interopérabilité et l'interfaçage des outils entre l'HAD et l'ensemble des acteurs intervenant pour le compte ou de façon conjointe avec l'HAD 36
Levier 5.3 Encourager l'usage des outils de télésanté par les HAD 37
Levier 5.4 Améliorer par la télémédecine l'accès à un avis médical spécialisé 38

FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIQUE HAD | 2021-2026

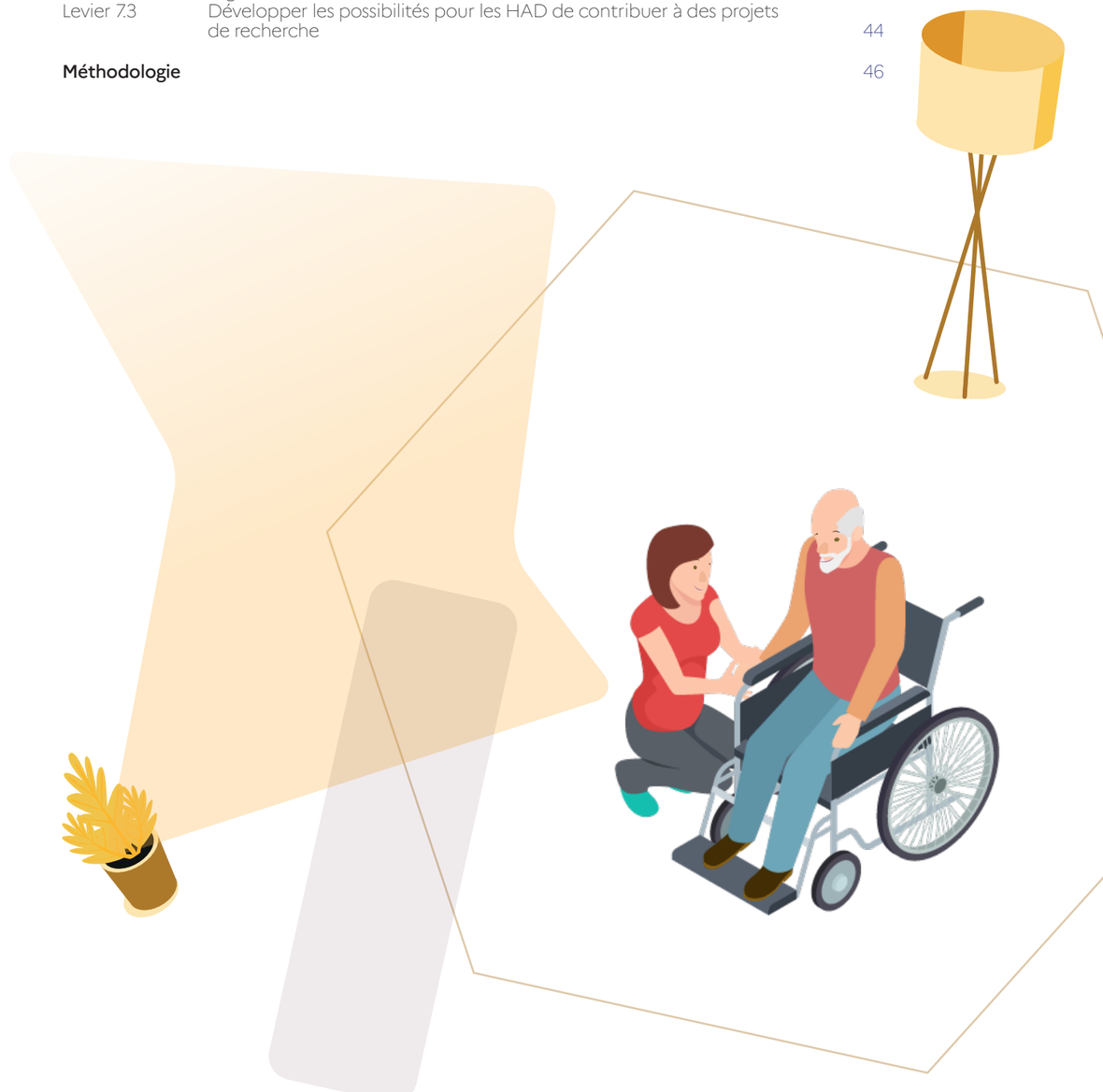
Axe 6 | Permettre au patient et à ses aidants d'être acteurs dans le parcours HAD 39

Levier 6.1 Inclure davantage le patient et son entourage dans les soins 40
Levier 6.2 Former et informer les proches aidants en HAD et favoriser l'entraide et le partage de ressources 40
Levier 6.3 Mobiliser l'expertise du patient et de ses aidants en tenant compte des spécificités des situations, des pathologies et des lieux de vie 42
Levier 6.4 Proposer des solutions de répit aux proches aidants 30
Levier 6.5 Intégrer l'auto-administration du médicament dans les bonnes pratiques en hospitalisation à domicile 42

Axe 7 | Développer la recherche et l'innovation en HAD 43

Levier 7.1 Développer les prises en charge innovantes en ambulatoire en s'appuyant sur les HAD 44
Levier 7.2 Favoriser la collaboration entre acteurs au profit d'innovations organisationnelles 44
Levier 7.3 Développer les possibilités pour les HAD de contribuer à des projets de recherche 44

Méthodologie 46



INTRODUCTION

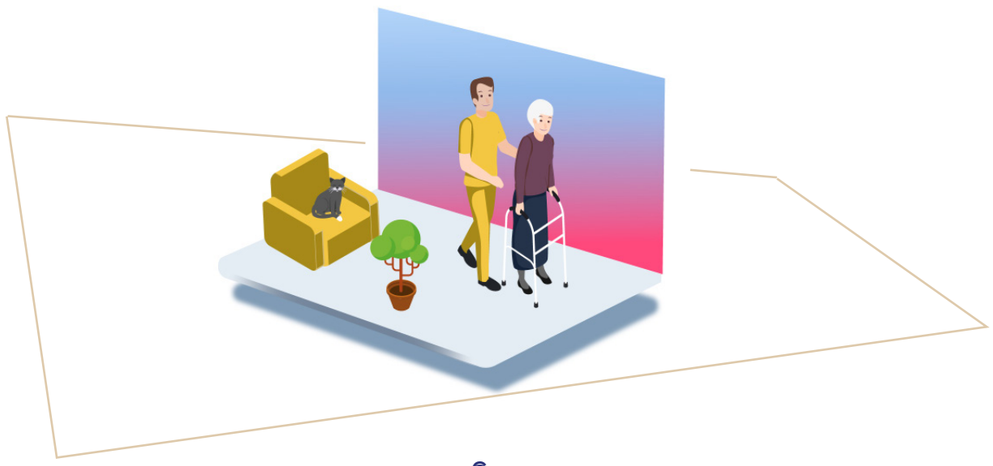
L'HAD, QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'HAD assure au sein du lieu de vie de la personne (domicile ou établissement social et médico-social) une prise en charge médicale, soignante et psychosociale coordonnée de niveau hospitalier.

L'HAD assure notamment des soins non réalisables par les seuls professionnels de santé en ville car trop complexes, intenses ou techniques, dans des situations cliniques qui nécessitent une continuité des soins assurée par une équipe de coordination pluridisciplinaire et médicalisée (présence d'un médecin praticien d'HAD, ainsi que d'infirmières, de rééducateurs, d'assistants sociaux, de psychologues, de diététiciennes...). Cette prise en charge s'adresse aux patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, instables ou évolutives et qui, sans l'intervention de l'HAD, devraient être pris en charge en hospitalisation conventionnelle.

Pour mettre en œuvre cette organisation, les établissements d'HAD mobilisent des personnels salariés internes de l'établissement mais aussi des professionnels de santé libéraux ou des salariés de service de soins infirmiers ou de service polyvalent d'aide et de soins à domicile avec lesquels ils passent convention.

Les organisations des établissements peuvent donc varier mais les critères de prises en charges sont identiques pour tous.



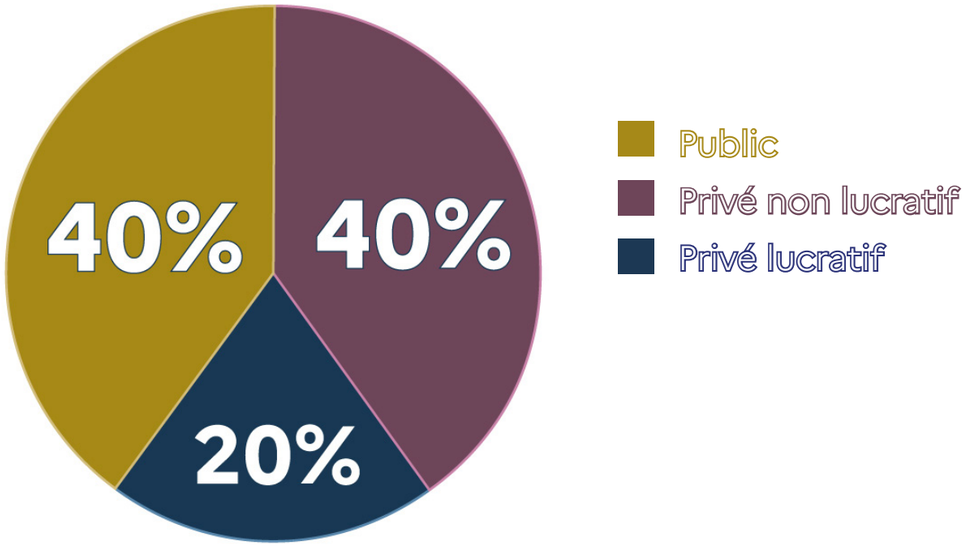
FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIQUE HAD | 2021-2026

L'HAD EN CHIFFRES

L'offre d'HAD en France

Les établissements d'HAD peuvent être autonomes ou rattachés à un établissement MCO ou SSR, de statut privé lucratif, privé non lucratif ou public. 286 établissements sont ainsi implantés en France en 2020.

Statut juridique	Nombre d'établissements
Public	113
Privé lucratif	60
Privé non lucratif	113
TOTAL	**286**



Près de 146 000 patients ont été hospitalisés à domicile en 2020, cumulant 6,2 millions de journées. La population prise en charge en HAD est majoritairement âgée : plus de la moitié des patients admis en HAD en 2019 est composée de patients âgés de 65 ans ou plus. La crise sanitaire a vu cet âge moyen augmenter sensiblement en 2020, en particulier durant les pics épidémiques.

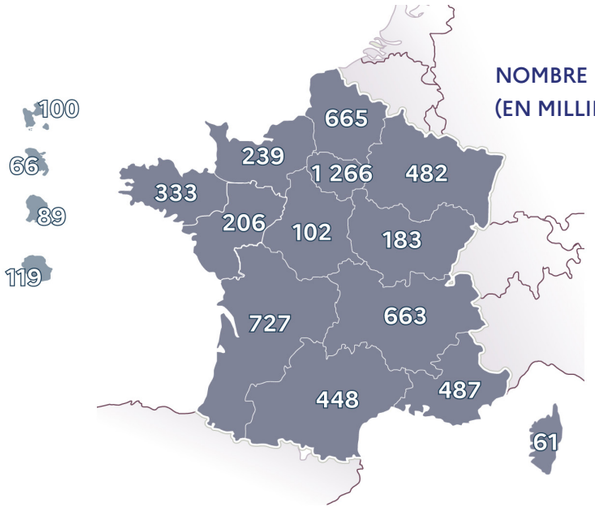
Activité globale HAD à M12 2020 par région de prise en charge (nombre de journées en milliers)

RÉGION	NOMBRE DE JOURNÉES 2020 (EN MILLIERS)*
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	662,8
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	183,2
BRETAGNE	333,4
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	101,9
CORSE	60,5
GRAND-EST	481,7
HAUTS-DE-FRANCE	665,1
ILE-DE-FRANCE	1 266,2
NORMANDIE	239,2
NOUVELLE AQUITAINE	727,4
OCCITANIE	447,5
PAYS DE LA LOIRE	205,6
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	486,5
GUADELOUPE	99,9
GUYANE	89,4
MARTINIQUE	66,4
RÉUNION	119,0
TOTAL	**6 235,8**

*Analyse de l'activité hospitalière d'HAD (ATIH, 2020)

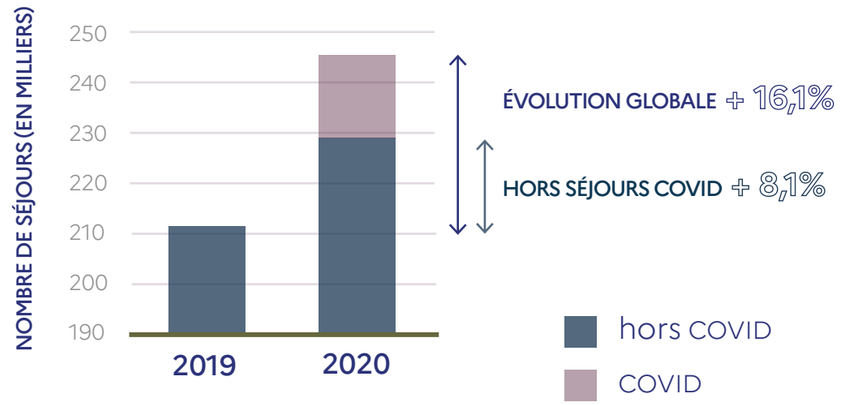
L'année 2020 a été marquée par la forte mobilisation de l'HAD en réponse à la crise sanitaire

L'activité d'HAD est en constante augmentation depuis plusieurs années. En 2020, le nombre d'admissions en HAD augmente de +16,1% par rapport à 2019, passant de 212 000 à 246 000 séjours.



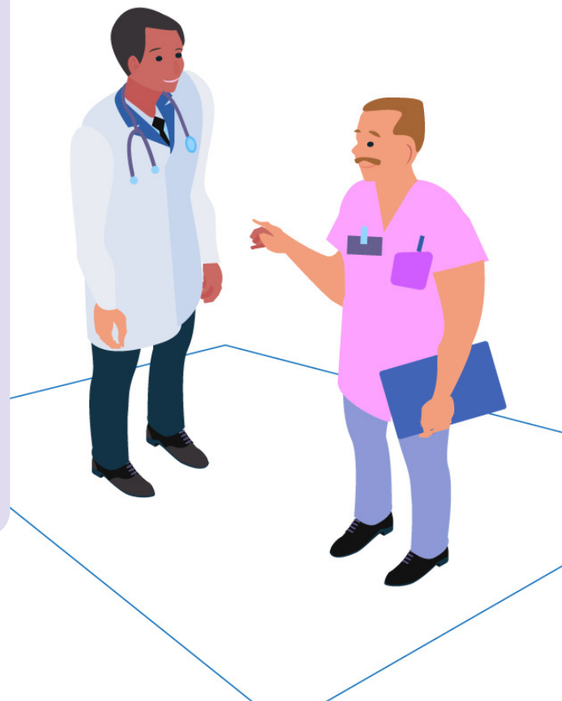
NOMBRE DE JOURNÉE PAR RÉGION (EN MILLIERS) EN 2020

Nombre de séjours (en milliers) en 2019 et en 2020 pour l'ensemble de l'activité et pour l'activité hors séjours COVID



L'activité HAD reste toutefois inégalement implantée au sein des différentes régions métropolitaines avec un nombre moyen de patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants allant en métropole de 19,7 pour la Normandie à 33,5 pour la Nouvelle Aquitaine. Les départements et régions d'Outre-mer se démarquent par des taux remarquablement élevés.

FRANCE ENTIÈRE	**27,1**
NORMANDIE	19,7
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	20
PAYS DE LA LOIRE	21,4
OCCITANIE	21,5
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	22,9
GRAND EST	24,8
BRETAGNE	27,5
CENTRE-VAL DE LOIRE	27,6
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	27,7
ILE-DE-FRANCE	28,5
HAUTS-DE-FRANCE	30,6
NOUVELLE AQUITAINE	33,5
LA RÉUNION	38,2
MARTINIQUE	48,9
CORSE	49,5
GUYANE	91,2
GUADELOUPE	101,6



LA CRISE SANITAIRE DE 2020

Durant la crise sanitaire, l'HAD a été identifiée comme une offre de soins essentielle permettant de limiter les hospitalisations en établissements de santé avec hébergement des patients non Covid-19, d'apporter un appui aux établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et d'assurer un suivi et la prise en charge sur leur lieu de vie (domicile ou ESMS) des patients Covid-19 nécessitant une hospitalisation mais ne nécessitant pas une surveillance 24h/24.

Une très nette augmentation d'activité en HAD a été constatée dans les régions les plus touchées par l'épidémie, traduisant le renforcement de l'HAD comme filière d'aval du MCO, notamment pour les prises en charge techniques (chimiothérapie, transfusion).

En 2020, par rapport à 2019, l'activité en HAD est en hausse pour toutes les régions. Les 5 régions avec le plus fort taux d'évolution sont la Provence-Alpes-Côte-d'Azur (+36,8%), l'Occitanie (+36,1%), le Centre-Val-de-Loire (+31,2%), la Bourgogne-Franche-Comté (+27,1%) et la Corse (+25,7%).

Le retour d'expérience portant sur la mobilisation de l'HAD pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 a mis en évidence le rôle incontestable de l'HAD dans la politique d'appui aux EHPAD pour la prise en charge des personnes âgées.

La mesure 28 du Ségur de la santé renforce l'offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées et soutient les coopérations renforcées entre HAD et EHPAD par un financement dédié.

L'évolution de la structure d'activité témoigne de l'adaptation de l'activité à la crise sanitaire

Depuis plusieurs années, les modes de prise en charge principaux (MPP) « soins palliatifs » et « pansements complexes et soins spécifiques » concentrent la moitié de l'activité d'HAD, avec environ 1,2 million de journées chacun en 2020.

En considérant l'ensemble de l'activité, le mode de prise en charge principal **(MPP) 08 « Autres traitements »** contient les séjours en lien avec la COVID en

situation de surveillance et représente 5,5% du nombre de journées en 2020 (soit 340 000 journées).

En 2020, par rapport à 2019, les MPP avec la plus forte augmentation d'activité sont les **MPP 18 « Transfusion sanguine »** (+228,3% en nombre de journées, mais ne concerne qu'environ 900 séjours) et 08 « Autres traitements » (+124,9%, soit près de 190 000 journées, alors que les évolutions au cours des deux années antérieures étaient inférieures à 10%). Ce dernier MPP contient les séjours COVID, il contribue à la croissance du nombre de journées en 2020 à hauteur de 30%

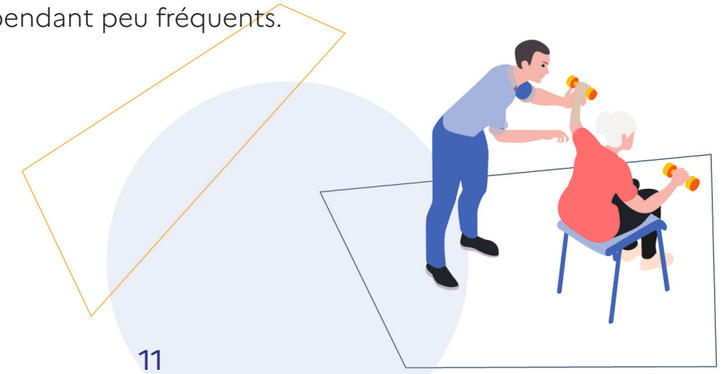
Le MPP 04 « Soins Palliatifs » est le principal contributeur de la croissance en 2020 (41,3% en nombre de journées). Cette prise en charge augmente de +18,7% par rapport à 2019 (soit près de 260 000 journées ; son évolution en 2019, par rapport à 2018, était de +7,7%).

Le nombre de journées avec un **MPP 07 « Prise en charge de la douleur »** augmente dans les mêmes proportions que l'année précédente (+25,6%, soit plus de 50 000 journées). La contribution à la croissance de la HAD de ce MPP est de 8,0%.

Le nombre de journées avec un **MPP 05 « Chimiothérapie anticancéreuse »** augmente de +19,6% en 2020 par rapport à 2019 (soit près de 26 000 journées ; son évolution en 2019, par rapport à 2018, était de +8,5%). La contribution à la croissance de la HAD de ce MPP est de 4,1%.

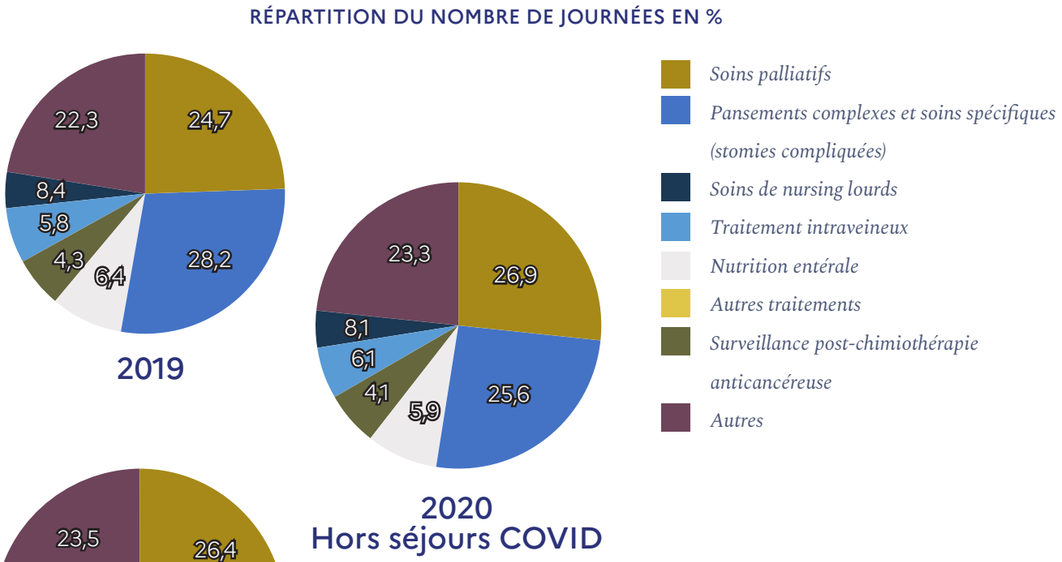
Le nombre de journées avec un **MPP 03 « Traitements intraveineux »** augmente de +15,6% en 2020 par rapport à 2019 (soit plus de 50 000 journées ; son évolution en 2019, par rapport à 2018, était de +1,7%). La contribution à la croissance de la HAD de ce MPP est de 8,0%.

Les MPP avec la plus forte diminution d'activité, et concernant plus d'un millier de séjours, sont les MPP 15 « Education du patient et/ou entourage » (-4,9% en nombre de journées) et 19 « Surveillance de grossesse à risque » (-3,5%). Ces MPP sont cependant peu fréquents.



Le nombre de journées avec un MPP 09 « Pansements complexes et soins spécifiques » diminue de -1,5% en 2020 par rapport à 2019 (soit -23 600 journées ; son évolution en 2019, par rapport à 2018, était de +6,2%). La contribution à la croissance de la HAD de ce MPP est de -3,8%.

Répartition des MPP majoritaires en nombre de journées en 2020 (pour l'ensemble de l'activité et pour l'activité hors séjours COVID) et 2019



Les Axes de la feuille de route

Cette feuille de route a été co-construite dans le cadre d'un groupe de travail mis en place en avril 2021 associant le ministère et ses partenaires institutionnels, l'assurance maladie, les fédérations hospitalières, les conseils nationaux des professionnels de santé, trois agences régionales de santé (Occitanie, Bourgogne Franche-Comté, Grand Est), l'Union nationale des professionnels de santé et France Assos Santé. Sept axes principaux ont été identifiés pour favoriser dans les cinq années à venir le développement de l'HAD.

AXE 1 | AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE L'HAD ET L'ATTRACTIVITÉ DE CETTE ACTIVITÉ

Insuffisamment connue des populations et des professionnels, l'hospitalisation à domicile souffre encore d'un déficit de visibilité.

En effet, les indications de l'hospitalisation à domicile sont encore trop ignorées par les prescripteurs et les compétences rassemblées au sein des équipes des établissements d'HAD sont bien souvent sous estimées, y compris par les acteurs de soins à domicile.

L'HAD n'est pas assez présentée au cours de la formation des médecins et des soignants comme une offre de soins pleine et entière ce qui conduit les professionnels nouvellement diplômés à des difficultés à appréhender les situations et les pathologies qui pourraient les conduire à solliciter les services des HAD ou les inciter à rejoindre les équipes de ces établissements de santé.

L'enjeu est donc de communiquer et de diffuser l'information relative à l'hospitalisation à domicile auprès du grand public, des prescripteurs et des professionnels et ainsi d'en accroitre le recours ainsi que l'attractivité pour les professionnels de santé.

FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIQUE HAD | 2021-2026

LEVIER 1.1 — **GARANTIR UNE ARTICULATION PLUS POUSSÉE ENTRE LES HAD ET LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ POUR FAVORISER LA DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES**

Action 1.1.1 Assurer, à travers le réseau des référents régionaux en charge de l'HAD, l'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre territoriale des orientations stratégiques

Action 1.1.2 Améliorer l'articulation avec l'ensemble de l'offre de soins, sociale et médico-sociale à travers les instances de gouvernance organisées à l'échelon départemental

Action 1.1.3 Aborder l'HAD comme un chantier transversal dans les diverses thématiques et dans la déclinaison des divers plans nationaux et feuilles de route suivis par les ARS (cancer, soins palliatifs, urgences, personnes âgées...) dans une logique d'organisation des parcours de santé

Action 1.1.4 Animer le réseau des ARS sur l'HAD et instituer un partage d'expériences afin que les bonnes pratiques et les organisations innovantes se développent sur tout le territoire national

Mise en œuvre : court et moyen terme
Indicateurs : mise en œuvre du comité de suivi national, mise en œuvre au niveau régional d'un suivi des indicateurs de la feuille de route
Acteurs ressources : ARS, SGMCAS, DGOS

LEVIER 1.2 — **MIEUX FAIRE CONNAÎTRE L'HAD DU GRAND PUBLIC ET DES PRESCRIPTEURS**

Action 1.2.1 Mener une campagne nationale d'information et des actions de sensibilisation de proximité auprès du grand public et des associations de familles, d'aidants et de parents

Action 1.2.2 Développer la communication sur l'HAD par les caisses primaires d'assurance maladie et leurs délégués auprès des prescripteurs libéraux et hospitaliers à travers des fiches de cas typiques et une communication sur l'outil d'orientation ADOPHAD

Action 1.2.3 Améliorer, par des actions de communication, la connaissance du secteur de l'HAD par les pharmaciens

Action 1.2.4 Intégrer dans le livret d'accueil du patient en établissement de santé avec hébergement une information sur l'hospitalisation à domicile

Action 1.2.5 Faire connaitre le champ d'intervention de l'HAD aux collectivités territoriales et aux organismes intervenant auprès des personnes âgées et des publics handicapés

Mise en œuvre : court et moyen terme
Indicateurs : nombre de communications citant l'HAD
Acteurs ressources : DGOS, fédérations, ARS, établissements de santé, Assurance maladie

LEVIER 1.3 AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE L'HAD PAR LES MÉDECINS DURANT LEUR FORMATION INITIALE

Action 1.3.1 Promouvoir les stages en HAD auprès des coordonnateurs de spécialités, des UFR, des ARS, des étudiants

Action 1.3.2 Instruire l'opportunité d'une précision dans les maquettes de formation des diplômes d'études spécialisés (DES) concernés, la possibilité de réaliser des stages particuliers (stages couplés, stages libres…)

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre de stages réalisés en HAD en 2e et 3e cycle d'études médicales
Acteurs ressources : DGOS, universités, fédérations, établissements de santé, ARS

LEVIER 1.4 AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE L'HAD PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DURANT LEUR FORMATION INITIALE

Action 1.4.1 Favoriser les possibilités de stages en HAD au cours de la formation initiale des étudiants paramédicaux

Action 1.4.2 Développer l'offre de stages au sein des établissements d'HAD et renforcer la capacité des structures à accueillir des stagiaires

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre de stages réalisés en HAD
Acteurs ressources : DGOS, IFSI, fédérations, établissements de santé, ARS

LEVIER 1.5 METTRE EN VALEUR LA PROFESSION DE MÉDECIN EN HAD

Action 1.5.1 Faire évoluer l'intitulé de la profession de médecin coordonnateur pour « médecin praticien d'hospitalisation à domicile »

Mise en œuvre : court terme
Indicateurs : N/A
Acteurs ressources : DGOS

LEVIER 1.6 FAIRE DAVANTAGE RECONNAITRE LA PROFESSION D'INFIRMIER EN HAD

Action 1.6.1 Mettre en avant la diversité des missions en HAD que ce soit dans le domaine des soins, de l'évaluation ou de la coordination

Action 1.6.2 Intégrer la pratique avancée infirmière en HAD dans les parcours des patients là où elle est un levier d'efficience

Action 1.6.3 Intégrer ou consolider l'HAD dans les programmes de formation à la pratique avancée

Action 1.6.4 Permettre la validation des compétences acquises par les infirmières exerçant en HAD pour intégrer des formations

ACTION 1.6.5 Promouvoir la place des Infirmiers Puériculteurs Diplômés d'Etat Coordinateur (IPDEC) en HAD pédiatrique et périnatale

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre annuel d'infirmiers en pratique avancée exerçant en HAD
Acteurs ressources : DGOS, fédérations, collèges nationaux de professionnels de santé

LEVIER 1.7 **DÉVELOPPER LES POSTES PARTAGÉS**

Action 1.7.1 Développer les postes partagés entre les établissements hospitaliers avec hébergement (MCO, SSR) et l'HAD et entre le secteur de ville et l'HAD

Mise en œuvre : court terme
Indicateurs : nombre de postes partagés entre la ville et un établissement d'HAD par région
Acteurs ressources : DGOS, ARS, fédérations

LEVIER 1.8 **FACILITER LE RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS EN HAD**

Action 1.8.1 Promouvoir la diversité et l'originalité des métiers et des formes d'exercice en HAD, internes ou externes à l'établissement

Action 1.8.2 Réaliser une campagne de communication sur les métiers en HAD en anticipant le développement de son activité et les besoins en compétences des mentions spécialisées inscrites dans le nouveau régime des autorisations

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre de professionnels en HAD par catégorie, données SAE
Acteurs ressources : DGOS, IFSI, fédérations, établissements de santé

AXE 2 | RENFORCER LA PLACE DES HAD DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE SANITAIRE

L'accès aux soins, la proximité des établissements de santé et l'organisation territoriale représentent des défis majeurs pour le champ sanitaire dans les prochaines années, notamment pour faire face aux effets d'une démographie médicale difficile, à la croissance du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et au vieillissement de la population.

Dans ce contexte, les établissements d'HAD constituent un acteur majeur positionné entre le secteur de l'hospitalisation conventionnelle et l'ambulatoire et en lien avec le secteur médico-social, interagissant avec tous les acteurs de leur territoire d'implantation.

Leur expertise repose notamment sur l'évaluation des situations pathologiques complexes, la mise en œuvre d'une organisation logistique de prise en charge à domicile et la coordination entre différents intervenants du soin et de l'aide à domicile.

L'enjeu est d'associer systématiquement l'HAD aux projets territoriaux afin de renforcer son intégration dans les filières de soins de son territoire d'intervention et de favoriser la complémentarité d'exercice avec les autres effecteurs de soins et les intervenants du domaine médico-social.

LEVIER 2.1 RENFORCER LE LIEN ENTRE L'HAD ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AVEC HÉBERGEMENT

Action 2.1.1 Développer les plateformes d'évaluation HAD au sein des établissements de santé avec hébergement MCO et SSR

Action 2.1.2 Favoriser le recours renforcé aux HAD, en période de tension hospitalière lors d'épisodes épidémiques annuels ou exceptionnels notamment par l'intégration de cette dimension dans les plans « Hôpital en tension » des établissements

Action 2.1.3 Rendre effective l'association aux projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire et l'intégration dans les filières de tous les établissements d'HAD, quel que soit leur statut public, associatif ou privé

Action 2.1.4 Inscrire au CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) des établissements de santé un objectif de recours à l'HAD

Action 2.1.5 Développer les conventions entre HAD et PUI des établissements MCO afin de faciliter la délivrance de produits d'usage hospitalier et leur administration à domicile en HAD, et ainsi contribuer à élargir le champ des interventions des HAD

Action 2.1.6 Intégrer l'HAD à l'organisation territoriale mise en place par les hôpitaux de proximité et ses partenaires dans la réalisation de leurs missions de proximité

Mise en œuvre : moyen-long terme
Indicateurs : nombre de CPOM intégrant un objectif chiffré de recours à l'HAD, % d'établissements HAD disposant d'une convention avec une PUI, nombre d'HAD associée au projet médical d'un GHT par région, nombre d'HAD ayant passé une convention avec un hôpital de proximité par région
Acteurs ressources : ARS, DGOS, établissements de santé

FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIQUE HAD | 2021-2026

LEVIER 2.2 FAVORISER L'ARTICULATION ENTRE L'HAD ET LE SECTEUR LIBÉRAL EN S'APPUYANT SUR L'EXERCICE COORDONNÉ

Action 2.2.1 Garantir la représentation de l'HAD au sein de la gouvernance des DAC et renforcer l'articulation entre l'HAD et les DAC, notamment dans l'évaluation des situations complexes tant médicales que psycho-sociales

Action 2.2.2 Encourager la prescription par les médecins généralistes de l'HAD en substitution d'une hospitalisation conventionnelle et favoriser la mise en œuvre locale par les ARS et l'Assurance maladie de telles démarches

Action 2.2.3 Promouvoir l'intégration des HAD au projet de santé du territoire dans les projets de CPTS en encourageant les initiatives priorisant le développement de projets opérationnels communs

Action 2.2.4 Favoriser la conclusion d'accords-cadres nationaux entre l'HAD et les professions de santé libérales intervenant en ambulatoire, représentées par l'Union nationale des professionnels de santé, en vue de l'élaboration d'un référentiel national partagé des rémunérations fondées sur les tarifs conventionnels

Mise en œuvre : moyen-long terme
Indicateurs : nombre de professionnels libéraux et de structure de soins de ville bénéficiant d'un accord-cadre avec l'HAD, nombre d'HAD participant à la gouvernance d'un DAC, nombre d'HAD participant au projet de santé d'une CPTS
Acteurs ressources : ARS, DGOS, fédérations, UNPS, URPS

LEVIER 2.3 **TESTER DES MODÈLES INCITATIFS LOCAUX VALORISANT L'IDENTIFICATION DE L'HAD DANS LE PARCOURS DE SOINS**

Action 2.3.1 Accompagner les innovations organisationnelles pertinentes favorisant la mise en œuvre de soins complexes et coordonnés au domicile

Action 2.3.2 Veiller à l'implication des HAD dans les réseaux régionaux de cancérologie et à l'intégration effective des établissements d'HAD dans le parcours de soins des patients atteints de cancer

Action 2.3.3 Intégrer de façon précoce l'HAD dans le parcours des enfants hospitalisés afin de limiter la durée de leurs séjours en établissements avec hébergement

Mise en œuvre : court terme
Indicateurs : nombre annuel d'expérimentations valorisant l'identification de l'HAD dans le parcours de soins par région, montant des crédits alloués
Acteurs ressources : ARS, fédérations, établissements de santé

LEVIER 2.4 **DÉVELOPPER LES SOINS SPÉCIALISÉS EN HAD**

Action 2.4.1 Dans le contexte de la réforme des autorisations et de la rédaction des schémas régionaux de santé 2023-2028, accompagner les établissements d'HAD dans le déploiement territorial des mentions spécialisées

Action 2.4.2 Déployer en HAD, en complémentarité avec l'offre d'hospitalisation conventionnelle au sein des territoires, les spécialités pédiatriques et périnatales, gériatriques, la cancérologie, les soins médicaux et de réadaptation, la prise en charge des maladies neurodégénératives et les soins palliatifs

Action 2.4.3 Favoriser le dialogue entre HAD et établissements MCO disposant de compétences en néonatalogie et pédiatrie pour améliorer la couverture des territoires en HAD

« enfants de moins de 3 ans » et permettre le développement de cette spécialité en favorisant les partenariats avec les services hospitaliers experts et les pédiatres libéraux

Action 2.4.4 Développer les capacités des établissements HAD polyvalents à prendre en charge des enfants en lien avec les services spécialisés des établissements référents et les pédiatres libéraux

Action 2.4.5 Accompagner le développement de l'activité ante et post partum en HAD

Action 2.4.6 Développer les dispositifs permettant une articulation efficace de l'HAD avec l'offre de soins médicaux et de réadaptation au sein des territoires et encourager le développement de l'HAD de réadaptation

Action 2.4.7 Optimiser l'accès aux chimiothérapies en HAD et favoriser les alternatives aux séances pouvant être réalisées au domicile du patient

Action 2.4.8 Améliorer la couverture territoriale du traitement du cancer en HAD en développant le conventionnement entre les HAD et les pharmacies à usage intérieur préparatrices de chimiothérapies injectables

Action 2.4.9 Développer la prise en charge des maladies neurodégénératives en lien avec les orientations nationales inscrites dans la feuille de route Maladie Neuro-dégénératives en mobilisant la triple dimension du projet thérapeutique mis en œuvre en HAD : médicale, soignante et psychosociale

Action 2.4.10 Améliorer la coopération et la connaissance réciproque entre l'HAD et les centres experts pour la maladie de parkinson, la maladie d'Alzheimer et la sclérose en plaque

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : données d'activité relatives aux activités spécialisées et nombre d'autorisations pour mention « réadaptation », « ante et post partum », et « enfants de moins de trois ans » délivrées, nombre d'établissements HAD associés à un établissement autorisé au traitement du cancer
Acteurs ressources : DGOS, ARS

LEVIER 2.5 VALORISER L'EXPERTISE DE L'HAD DANS LES SOINS PALLIATIFS

Action 2.5.1 Veiller à l'intégration pleine et entière des établissements d'HAD, au sein de leur territoire d'implantation, dans les filières de soins palliatifs, portées par les hôpitaux et les structures de coordination, afin que soit mieux anticipé le recours à l'HAD dans les situations de fin de vie

Action 2.5.2 Optimiser le recours à l'HAD conformément à la gradation des soins pour permettre l'intensification des prises en charges palliatives

Action 2.5.3 Accroitre les coopérations avec les établissements dotés de lits de soins palliatifs et faciliter aux HAD l'accès aux lits de répit

Action 2.5.4 Développer les évaluations anticipées au sein des services hospitaliers et à domicile afin de favoriser le recours rapide à l'HAD autour des situations palliatives

Action 2.5.5 Favoriser la contribution de l'HAD à la mission d'expertise et de conseil des équipes mobiles de soins palliatifs de son territoire d'implantation

Action 2.5.6 Développer la participation de l'HAD aux actions coordonnées par les cellules d'animation régionales de soins palliatifs en particulier dans le domaine de la formation et de la recherche

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : nombre de filières de soins palliatifs intégrant l'HAD, nombre annuel d'évaluations anticipées réalisées par l'HAD
Acteurs ressources : ARS, établissements de santé, réseaux régionaux de soins palliatifs, SFAP

FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIQUE HAD | 2021-2026

AXE 3 | 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, EN SITUATION DE HANDICAP OU DE PRÉCARITÉ

Le vieillissement de la population est un défi majeur que le système de santé doit relever dans un contexte où l'aspiration des personnes à vieillir et mourir à leur domicile se manifeste de plus en plus. Ainsi, la limitation du recours à l'hébergement hospitalier au strict besoin de soins justifiant une surveillance continue constitue une nécessité, confirmée lors de la crise Covid19.

De même, l'accès aux soins de qualité et la continuité de la prise en charge des personnes en situation de handicap, quel que soit leur lieu de vie, est un enjeu majeur et repose sur des parcours coordonnés entre les différents intervenants. Ces diverses raisons imposent que les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social se coordonnent afin de mettre en œuvre des solutions communes au sein des territoires.

Les équipes de l'HAD agrègent dans le domaine médical, soignant et social, des compétences en la matière et sont à même, par une intervention précoce,

d'éviter des transferts non pertinents aux urgences, possiblement générateurs de décompensations physiques et psychologiques des patients fragiles.

Ces constats doivent conduire les différents intervenants auprès des personnes les plus vulnérables à s'interfacer pour améliorer la fluidité des parcours en travaillant en complémentarité et en subsidiarité.

L'enjeu est donc d'accroitre la connaissance réciproque des secteurs sanitaire, médico-social et social et de renforcer les coopérations entre les professionnels pour offrir le bénéfice d'une hospitalisation sur leur lieu de vie aux publics âgés, en situation de handicap et en situation de précarité.

LEVIER 3.1 FAVORISER LA MISE EN ŒUVRE DES COOPÉRATIONS ENTRE L'HAD ET LES ESSMS

Action 3.1.1 Mettre en œuvre un appui méthodologique aux structures dans la construction de leurs partenariats, diffuser des supports et communiquer sur la répartition des rôles entre partenaires

Action 3.1.2 Intégrer aux CPOM des EHPAD, dans le cadre du suivi du recours à l'HAD, le suivi du nombre annuel de transferts en hospitalisation conventionnelle ainsi que la durée moyenne de ces séjours

Action 3.1.3 Pérenniser l'assouplissement aux conditions préalables d'intervention de l'HAD en établissement social et médico-social (ESMS) pour permettre une meilleure réactivité de l'HAD aux demandes

Action 3.1.4 Développer les liens des HAD avec l'ensemble des équipes mobiles qui interviennent dans le champ des personnes âgées, du handicap, de la précarité ou en santé mentale

Action 3.1.5 Assouplir les modalités d'intervention conjointe entre HAD et service de soins infirmier à domicile ou service polyvalent d'aide et de soin à domicile (SSIAD/SPASAD) et mieux faire connaitre la démarche d'intervention conjointe HAD/SSIAD, accompagner territorialement le déploiement du dispositif et en évaluer les résultats

Mise en œuvre : court terme
Indicateurs : nombre d'interventions de l'HAD en ESMS, nombre d'intervention conjointe HAD-SSIAD/SPASAD
Acteurs ressources : DGOS, DGCS, ATIH, fédérations

LEVIER 3.2 AMÉLIORER LA COORDINATION ET LA COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES FILIÈRES GÉRIATRIQUES ET LES ÉQUIPES MOBILES HOSPITALIÈRES

Action 3.2.1 Accroitre le recours à l'HAD par les services hospitaliers de gériatrie et favoriser l'association des établissements d'HAD aux staffs de ces services

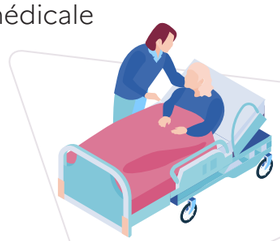
Action 3.2.2 Développer les liens avec les équipes mobiles qui interviennent dans les champs des personnes, âgées, en situation de handicap, atteintes de troubles psychiatriques ou en situation de précarité

Action 3.2.3 Mettre en œuvre une réelle complémentarité, au sein des territoires, entre les équipes mobiles de gériatrie, les dispositifs de coordination existants ou futurs (unités de coordination en gériatrie, plateformes personnes âgées…) et les établissements d'HAD

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre d'établissements d'HAD disposant d'une convention avec un service de gériatrie
Acteurs ressources : DGOS, DGCS, ARS, fédérations, établissements de santé

LEVIER 3.3 RENFORCER LA COOPÉRATION ENTRE HAD ET EHPAD

Action 3.3.1 Développer les évaluations anticipées des personnes résidentes d'EHPAD en situation de possible décompensation médicale soudaine et favoriser la coopération renforcée avec les EHPAD



Action 3.3.2 Favoriser la participation de l'HAD à l'astreinte IDE de nuit des EHPAD

Action 3.3.3 Etablir des rencontres régulières entre structures pour améliorer la connaissance réciproque et permettre l'émergence de partenariats

Action 3.3.4 Accompagner, dans le respect du parcours patient et en lien avec les équipes de coordination en gériatrie, le déploiement par les HAD en EHPAD d'offres de soins, telles que les chimiothérapies injectables ou les transfusions au bénéfice des résidents malades

Mise en œuvre : court terme
Indicateurs : nombre d'EHPAD disposant d'une convention avec un établissement d'HAD
Acteurs ressources : DGOS, DGCS, ARS, fédérations, établissements de santé

LEVIER 3.4 RENFORCER LE RÔLE DE L'HAD AUPRÈS DES PUBLICS EN SITUATION DE HANDICAP EN ESMS OU AU LIEU DE VIE HABITUEL

Action 3.4.1 Accompagner au niveau territorial la démarche d'amélioration de la connaissance mutuelle des établissements d'accueil des personnes en situation de handicap et des HAD et développer une culture du partenariat

Action 3.4.2 Inscrire dans les CPOM des ESMS accueillant des personnes en situation de handicap des indicateurs de suivi des coopérations avec l'HAD

Action 3.4.3 Développer la mise en œuvre de formations croisées entre HAD et ESMS dédiées à l'intervention auprès de publics en situation de handicap afin de favoriser l'acculturation réciproque des équipes

Action 3.4.4 Développer les conventions et les partenariats effectifs entre acteurs du handicap les structures d'hébergement et les acteurs mettant en œuvre des modes d'accueil spécialisés pour l'enfance et les établissements d'HAD

Action 3.4.5 Développer l'acquisition de compétences pédopsychiatriques par certains professionnels des équipes des HAD intervenant en pédiatrie

Action 3.4.6 Mieux faire connaitre l'HAD vis-à-vis de l'Education nationale pour faciliter l'élaboration d'un projet de soin individualisé compatible avec la scolarisation des enfants

Action 3.4.7 Intégrer l'HAD dans les parcours de réadaptation des personnes en situation de handicap

Mise en œuvre : court terme
Indicateurs : nombre d'ESMS PH adultes et enfants disposant d'une convention avec un établissement d'HAD
Acteurs ressources : DGOS, DGCS, ARS, fédérations, établissements de santé

LEVIER 3.5 DÉVELOPPER L'INTERVENTION DE L'HAD DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX INTERVENANT DANS LE CHAMP DE LA PRÉCARITÉ

Action 3.5.1 Améliorer la connaissance réciproque des structures sociales, médico-sociales et sanitaires et mettre en œuvre un appui méthodologique aux partenariats entre l'HAD et les structures accueillant des publics précaires ou mettant en œuvre un accompagnement au sein du lieu de vie

Action 3.5.2 Mobiliser les compétences psycho-sociales des HAD au service des établissements sociaux

Action 3.5.3 Sensibiliser les établissements hospitaliers et les services d'urgence au recours à l'HAD pour les publics en grande précarité dans l'objectif d'éviter un séjour hospitalier prolongé et développer les capacités de prise en charge en HAD en aval des urgences

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre d'ESMS intervenant dans le champ de la précarité disposant d'une convention avec un établissement HAD
Acteurs ressources : DGOS, DGCS, ARS, fédérations, établissements de santé

AXE 4 | RENFORCER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD

Depuis de nombreuses années et au cours de la crise sanitaire du COVID19, l'hospitalisation à domicile a démontré qu'elle savait s'adapter en permanence au contexte et aux besoins de ses partenaires.

Elle a acquis au fil des années des compétences dans les domaines les plus techniques et a su mettre en œuvre des réponses appropriées à leurs demandes, notamment en matière de chimiothérapie injectable, de transfusion, de rééducation, d'admission directe en sortie des services d'urgences et de procédures d'évaluations organisées au sein des établissements MCO.

Dans les territoires d'accès difficiles ou caractérisés par une démographie médicale contrainte, un certain nombre d'établissements s'appuient aujourd'hui

sur les outils de télémédecine pour faciliter la relation entre professionnels et faire bénéficier ainsi les patients d'avis spécialisés.

En outre, afin de renforcer la qualité de leurs prises en charge, des établissements d'HAD ont mis en œuvre, avant même que l'obligation ne leur soit imposée, des normes de fonctionnement conduisant au respect d'une continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

La crise épidémique de la Covid19 a illustré le savoir-faire des HAD et a mis en évidence sa réactivité face aux besoins des établissements hospitaliers contraints de réduire le recours à l'hébergement ou confrontés à un nombre important de résidents en situation de détresse médicale dans les EHPAD.

L'enjeu des années à venir est d'améliorer la qualité et la pertinence des prises en charges en HAD, de mieux prendre en compte les spécificités de fonctionnement de l'HAD et de favoriser la diffusion des bonnes pratiques auprès des professionnels intervenant en HAD.

LEVIER 4.1 POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE EN HAD

Action 4.1.1 Déployer e-Satis dans l'ensemble des établissements d'HAD

Action 4.1.2 Mobiliser activement la commission des usagers (CDU) au service de l'amélioration de la qualité

Action 4.1.3 Accompagner les établissements d'HAD dans leur conformité aux nouvelles conditions techniques de fonctionnement issues de la réforme des autorisations

Action 4.1.4 Diffuser les principes émanant de la nouvelle certification et mettre en œuvre les bonnes pratiques de qualité dans le respect des obligations de sécurité tant auprès des professionnels salariés que des intervenants externes

Action 4.1.5 Favoriser la diffusion auprès des professionnels intervenant dans le cadre de l'HAD des bonnes pratiques et de la connaissance associée à la délivrance des chimiothérapies

Action 4.1.6 Améliorer l'appropriation par l'ensemble des acteurs des indicateurs de recours à l'HAD et en faire un outil de suivi de la pertinence des actes

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre d'établissements mettant en œuvre e-satis, valeurs des indicateurs issus de la certification HAS des établissements d'HAD, taux de recours à l'HAD
Acteurs ressources : HAS, DGOS, associations d'usagers, ANAP

LEVIER 4.2 APPROFONDIR LES LIENS ENTRE ACTEURS POUR RENFORCER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DANS LE CHAMP DES SYSTÈMES D'INFORMATION ET DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Action 4.2.1 Accompagner la mise en œuvre par les établissements d'HAD des objectifs prioritaires et prérequis identifiés dans le programme HOP'EN

Action 4.2.2 Améliorer l'accès au dossier patient en HAD pour les professionnels intervenant au domicile, non-salariés de l'HAD afin de systématiser et faciliter la traçabilité des actes et interventions

Action 4.2.3 Développer les liens entre les établissements d'HAD et les pharmaciens exerçant en officine ou en PUI pour sécuriser les diverses étapes du circuit du médicament et notamment développer la conciliation médicamenteuse dans les situations pathologiques les plus lourdes et les thérapeutiques les plus complexes

Action 4.2.4 Développer, dans le cadre des travaux conduits par la CNAM sur l'e-prescription, les modalités de télétransmission entre établissements d'HAD et officines pour limiter les transmissions papier

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : % d'HAD disposant d'un dossier patient informatisé, valeurs des indicateurs du programme HOP'EN pour les établissements d'HAD, nombre d'établissements d'HAD utilisant un outil de télétransmission des prescriptions aux pharmacies d'officines
Acteurs ressources : DNUM, DGOS, HAS, CNAM

LEVIER 4.3 ADAPTER LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE AUX SPÉCIFICITÉS DE L'HAD

Action 4.3.1 Adapter la règlementation relative au stockage des médicaments à l'environnement du domicile

Action 4.3.2 Adapter les règles relatives au transport, au stockage et à la destruction des médicaments stupéfiants aux spécificités de l'HAD

Mise en œuvre : court - moyen terme
Indicateurs : nombre de réserves ou recommandations d'amélioration portant sur le circuit du médicament formulées dans le cadre de la certification des établissements d'HAD
Acteurs ressources : DGOS, HAS, fédérations

LEVIER 4.4 ENGAGER UN TRAVAIL SUR LES INDICATEURS DE QUALITÉ DES PARCOURS INTÉGRANT L'HAD

Action 4.4.1 Développer l'élaboration d'indicateurs adaptés aux spécificités de l'exercice en hospitalisation à domicile

Action 4.4.2 Faire évoluer la classification de l'activité, base de travail de la codification de l'HAD, afin de permettre une description plus médicalisée de l'activité en HAD

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre d'erreurs bloquantes du codage PMSI, nombre d'établissements remontant leurs données dans les délais impartis
Acteurs ressources : ATIH, DGOS, établissements de santé, fédérations hospitalières

Levier 4.5 **DÉVELOPPER LE BON RECOURS À L'HAD À TRAVERS UNE ÉVALUATION PRÉCOCE AU SEIN DES SERVICES HOSPITALIERS**

Action 4.5.1 Développer la mise en place conjointe par les établissements avec hébergement, MCO et SSR et les établissements d'HAD de leur territoire, d'une évaluation au maximum dans les 48H après l'admission des patients

Action 4.5.2 Intégrer précocement l'HAD au projet de sortie du patient et améliorer la recherche de solution aval dès l'admission du patient en établissement avec hébergement

Action 4.5.3 Mettre en valeur le rôle pivot des infirmiers de liaison et de parcours comme levier d'une intégration en amont de l'HAD

Action 4.5.4 Améliorer par la coopération entre tous les acteurs du parcours, l'anticipation de l'admission pour favoriser la réactivité et l'admission rapide en HAD

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : nombre d'établissements mettant en œuvre une évaluation HAD dans un délai maximum de 48h après l'admission en MCO
Acteurs ressources : DGOS, ARS, établissements de santé, fédérations, CNAM

AXE 5 | FAIRE DE LA E-SANTÉ ET DU NUMÉRIQUE UN LEVIER DE LA DIVERSIFICATION DES PRISES EN CHARGE

La e-santé a connu, depuis un an, une dynamique considérable en raison de mesures gouvernementales volontaristes portées par le contexte épidémique. En effet, les mesures restrictives liées aux consultations et la limitation des interactions physiques entre patients et professionnels de santé ont conduit les acteurs du système de santé à s'adapter.

Par ailleurs, au titre de leur statut d'établissement de santé, les établissements d'HAD ont depuis de longues années, pour un grand nombre, informatisé leurs dossiers patients, doté les professionnels d'outils de mobilité permettant de consulter, renseigner les dossiers des patients en temps réel, et diffuser l'information à tous les professionnels intervenant auprès du patient.

L'ouverture à l'HAD des programmes Hôpital Numérique puis HOP'EN a constitué un puissant levier d'accélération de la transformation numérique. Le programme SUN-ES poursuit et renforce cette démarche.

L'enjeu sur cette thématique est donc de permettre aux établissements les moins matures en matière numérique de rattraper leur retard et de capitaliser sur les savoir-faire développés par certains, aux avant-postes de l'usage et du développement de l'e-santé.

LEVIER 5.1 **INTÉGRER SYSTÉMATIQUEMENT, À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ, LES ÉTABLISSEMENTS D'HAD DANS TOUS LES PROGRAMMES ET OUTILS DE L'E-SANTÉ**

Action 5.1.1 Poursuivre le travail de description exhaustive des ressources en HAD des territoires de leurs compétences et activités afin de faciliter la pertinence de son usage

Action 5.1.2 Favoriser l'identification de l'HAD comme ressource sanitaire possible sur le territoire, dans le cadre du répertoire opérationnel de ressource (ROR)

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : % des établissements d'HAD mettant à jour leurs ressources dans le ROR
Acteurs ressources : DNUM, DGOS, DGS

LEVIER 5.2 **FAVORISER L'INTEROPÉRABILITÉ ET L'INTERFAÇAGE DES OUTILS ENTRE L'HAD ET L'ENSEMBLE DES ACTEURS INTERVENANT POUR LE COMPTE OU DE FAÇON CONJOINTE AVEC L'HAD**

Action 5.2.1 Mobiliser les établissements d'HAD comme lieu d'expérimentation privilégié de l'e-prescription

Action 5.2.2 Intégrer l'HAD dans les programmes numériques à l'échelle nationale

Action 5.2.3 Capitaliser sur la complémentarité des objectifs prioritaires identifiés dans les programmes HOP'EN et E-parcours

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateur : valeurs des indicateurs du programme HOP'EN pour les établissements d'HAD
Acteurs ressources : DNUM, DGOS, CNAM

LEVIER 5.3 **ENCOURAGER L'USAGE DES OUTILS DE TÉLÉSANTÉ PAR LES HAD**

Action 5.3.1 Développer la téléconsultation pour permettre aux HAD d'apprécier rapidement l'indication ou non d'une hospitalisation à domicile et ainsi accroitre la réactivité des réponses aux demandes d'admission en HAD

Action 5.3.2 Encourager le déploiement de la télésurveillance et du télésoin comme outils de l'information de l'état de santé es patients en HAD et ainsi accroitre la sécurité des prises en charge et la qualité de coordination entre patients, aidants et professionnels salariés ou libéraux

Action 5.3.3 Accompagner la formation des professionnels de santé et l'équipement des structures, pour accroitre le recours à la télémédecine

Action 5.3.4 Favoriser l'adoption par les HAD de solutions numériques adaptées à la temporalité des prises en charge des patients, notamment pour les enfants et les malades suivis à long terme, en particulier pour les cancers ou les maladies neurologiques

Action 5.3.5 Promouvoir le recours en HAD aux objets connectés à domicile

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateur : % d'établissements mettant en œuvre des outils de télésanté
Acteurs ressources : DNUM, DGOS

LEVIER 5.4 **AMÉLIORER PAR LA TÉLÉMÉDECINE L'ACCÈS À UN AVIS MÉDICAL SPÉCIALISÉ**

Action 5.4.1 Encourager l'utilisation de l'expertise à distance en particulier dans les spécialités en tension, et dans les territoires en difficultés démographiques médicales ou géographiquement isolés

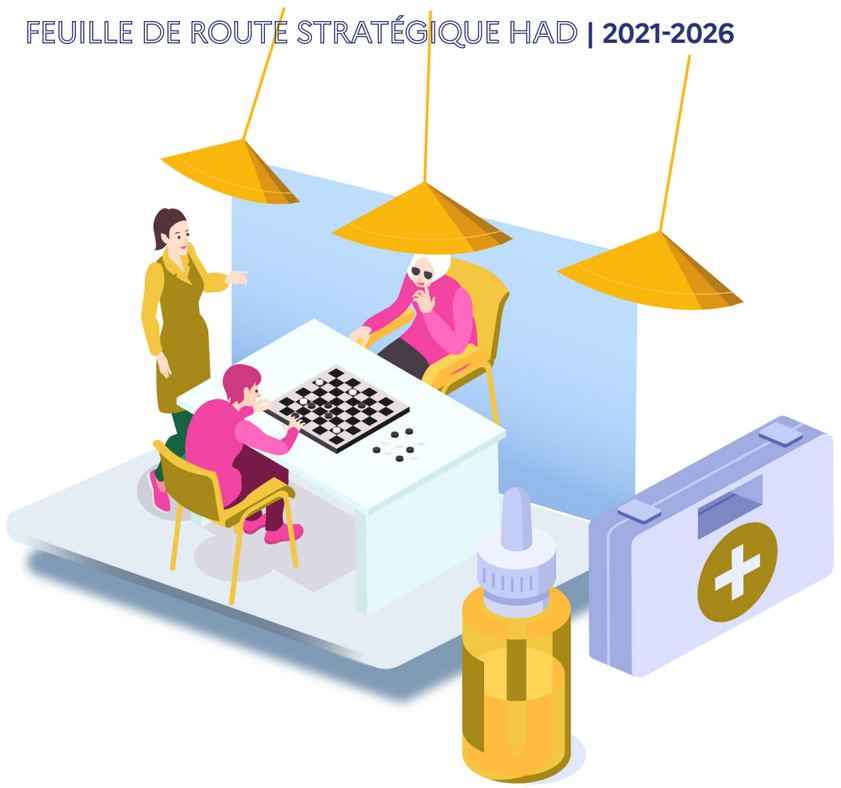
Action 5.4.2 Favoriser le recours à la téléassistance dans les spécialités peu couvertes par l'HAD et ainsi améliorer le champ des prises en charge

Action 5.4.3 Favoriser l'usage de la téléconsultation dans les prises en charge notamment pédiatriques afin de faire bénéficier les HAD d'une expertise en ce domaine

Mise en œuvre : moyen - long terme

Indicateur : % d'établissements mettant en œuvre des outils de télémédecine (téléexpertise, téléassistance, téléconsultation)

Acteurs ressources : DNUM, DGOS



AXE 6 | PERMETTRE AU PATIENT ET À SES AIDANTS D'ÊTRE ACTEURS DANS LE PARCOURS HAD

Les avancées des textes législatifs et réglementaires ont permis la reconnaissance de la place du patient dans ses choix de traitement ou d'acte médical, introduisant le droit à une décision médicale partagée. Malgré des progrès quotidiens en ce domaine, il est nécessaire de poursuivre et renforcer cette action afin de mieux associer les patients à leurs soins et améliorer l'écoute des aidants.

En hospitalisation à domicile, le cap de la reconnaissance des droits du patient fait l'objet d'une attention de longue date au motif que les soins ont lieu au domicile du patient et donc dans un lieu privé. Néanmoins, les aidants sont encore insuffisamment entendus d'autant que leur possible désarroi, souvent tu, peut s'accompagner d'un sentiment de culpabilité, leur mal-être leur apparaissant dérisoire au regard des souffrances de leur proche malade.

L'enjeu de l'HAD est donc de conjuguer aide aux patients et soutien à l'entourage, de favoriser l'écoute des aidants tout en associant les patients à leurs soins.

LEVIER 6.1 **INCLURE DAVANTAGE LE PATIENT ET SON ENTOURAGE DANS LES SOINS**

Action 6.1.1 Proposer une information à destination du grand public sur les possibilités de soins complexes à domicile pour faire connaitre largement les « soins sans hébergement hospitalier » et en particulier l'hospitalisation à domicile

Action 6.1.2 Associer, autant que possible, l'entourage à la prise en charge en HAD dès la procédure d'admission et veiller à expliquer les contraintes d'un domicile devenu temporairement un lieu de soins

Action 6.1.3 Améliorer les pratiques d'accompagnement des aidants au regard de leurs besoins et de leurs attentes et renforcer les compétences des professionnels dans leur capacité à repérer les signes d'épuisement des aidants

Mise en œuvre : court terme
Indicateurs : nombre de communications portant l'HAD à destination du grand public, des patients et des aidants
Acteurs ressources : DGOS, fédérations, UNPS, représentants d'usager

LEVIER 6.2 **FORMER ET INFORMER LES PROCHES AIDANTS EN HAD ET FAVORISER L'ENTRAIDE ET LE PARTAGE DE RESSOURCES**

Action 6.2.1 Développer, lors de l'hospitalisation à domicile, les modules d'éducation thérapeutique destinés aux patients et à leur entourage et applicables aux pathologies et aux soins ayant justifiés la prise en charge

Action 6.2.2 Mobiliser l'expertise acquise par des patients ou leurs entourages pour former des malades nouvellement confrontés aux mêmes situations et favoriser par cette mise en réseau, l'entraide et le partage de ressources et de connaissances

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre annuel de programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre dans les établissements d'HAD
Acteurs ressources : DGOS, fédérations, associations d'usagers

LEVIER 6.3 **MOBILISER L'EXPERTISE DU PATIENT ET DE SES AIDANTS EN TENANT COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DES SITUATIONS, DES PATHOLOGIES ET DES LIEUX DE VIE**

Action 6.31 Favoriser l'appropriation par les soignants de l'expertise acquise par les patients quant aux soins justifiés par leur maladie

Action 6.3.2 Associer aux travaux des commissions des usagers (CDU) des anciens patients en HAD ou leur famille afin de faire bénéficier les professionnels de l'HAD de ces vécus et retours d'expérience et de cette expertise acquise en situation

Action 6.3.3 Former les professionnels des HAD à davantage prendre en compte les spécificités de certaines prises en charge en raison de leur durée, de l'intensité du handicap et mieux mobiliser les moyens adaptés pour accompagner les aidants

Action 6.3.4 Former les professionnels de l'HAD à la particularité des prises en charge des jeunes enfants, s'attacher à reconnaitre la place des parents dans les soins et déployer les moyens nécessaires aux enfants pour le suivi d'une scolarisation adaptée

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : nombre d'établissements d'HAD disposant d'un représentant des usagers nommé et identifié
Acteurs ressources : DGOS, fédérations, associations d'usagers, établissements de santé

LEVIER 6.4 **PROPOSER DES SOLUTIONS DE RÉPIT AUX PROCHES AIDANTS**

Action 6.4.1 Identifier dès la prise en charge en HAD de certaines situations pathologiques, les possibles solutions de répit temporaire y compris la nuit et le week-end, notamment au sein des hôpitaux de proximité et des établissements médico-sociaux proposant de l'accueil temporaire, en lien avec la plateforme de répit du territoire

Action 6.4.2 Développer la suppléance à domicile auprès des aidants des patients en HAD, en lien avec la plateforme de répit du territoire, notamment dans le cas de séjours de longue durée ou de situ--ations pathologiques particulièrement complexes et invalidantes, notamment les maladies neurodégénératives

Action 6.4.3 Favoriser la mise en œuvre de solutions de répit à destination des publics en situation de handicap et des patients suivis en psychiatrie, enfants et adultes

Mise en œuvre : moyen terme
Indicateurs : nombre d'actions mises en œuvre au sein des établissements HAD ayant conduit à l'orientation vers une solution de répit
Acteurs ressources : DGOS, fédérations, ARS, associations d'usagers, établissements de santé

LEVIER 6.5 **INTÉGRER L'AUTO-ADMINISTRATION DU MÉDICAMEN DANS LES BONNES PRATIQUES EN HOSPITALISATION À DOMICILE**

Action 6.5.1 Accompagner les patients par l'éducation thérapeutique pour leur permettre d'autogérer l'administration de leurs thérapeutiques notamment dans le cas de maladies chroniques et de traitements connus de longue date par les malades et leur entourage

Action 6.5.2 Élaborer les recommandations à l'usage de l'auto-administration et adapter sur ces bases le manuel de certification des établissements de santé

Mise en œuvre : moyen terme
Acteurs ressources : DGOS, HAS, fédérations, associations d'usagers

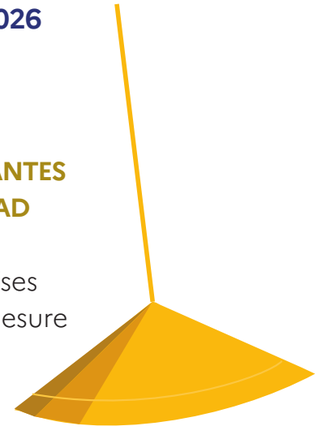
AXE 7 | DÉVELOPPER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION EN HAD

L'hospitalisation à domicile est une pratique en développement qui n'est pas encore pleinement entrée dans les démarches de recours aux soins complexes au domicile.

Trop souvent ignorée des pratiques hospitalières et ambulatoires, l'HAD répond pourtant efficacement à l'enjeu de la réduction de l'hébergement hospitalier et de recours accru à l'offre de soins ambulatoires.

En effet, l'hospitalisation à domicile, par sa spécificité d'établissement hospitalier et d'intervenant au domicile des patients, occupe une place originale pour mettre en œuvre des innovations thérapeutiques, techniques, organisationnelles et ainsi concourir à l'évolution du système de santé.

L'enjeu de l'HAD est donc de devenir un champ d'excellence d'une nouvelle forme d'hospitalisation et d'apparaitre comme une forme d'avenir pour l'hospitalisation de proximité des patients.



LEVIER 7.1 DÉVELOPPER LES PRISES EN CHARGE INNOVANTES EN AMBULATOIRE EN S'APPUYANT SUR LES HAD

Action 7.1.1 Soutenir le développement de nouvelles prises en charge spécialisées en HAD au fur et à mesure de la progression des technologies et des thérapeutiques utilisables à domicile

Action 7.1.2 Faire des HAD des lieux d'expérimentation de nouveaux traitements et techniques au service du virage ambulatoire

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : nombre d'établissements d'HAD ayant bénéficié d'un appel à projet ou d'un financement relatif à une innovation thérapeutique
Acteurs ressources : ARS, DGOS, établissements de santé

LEVIER 7.2 FAVORISER LA COLLABORATION ENTRE ACTEURS AU PROFIT D'INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES

Action 7.2.1 Favoriser l'innovation dans le champ de l'adaptation des pratiques et des prises en charge au contexte du domicile

Action 7.2.2 Améliorer en hospitalisation conventionnelle l'évaluation de la pertinence du recours à l'hébergement

Action 7.2.3 S'appuyer sur les établissements d'HAD pour favoriser l'élargissement des pratiques et des prises en charge au domicile

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : nombre d'établissements d'HAD ayant bénéficié d'un appel à projet ou d'un financement relatif à une innovation organisationnelle
Acteurs ressources : ARS, DGOS, DGCS, établissements de santé, UNPS

LEVIER 7.3 DÉVELOPPER LES POSSIBILITÉS POUR LES HAD DE CONTRIBUER À DES PROJETS DE RECHERCHE

Action 7.3.1 Favoriser la contribution des HAD à des projets de recherche et favoriser l'adaptation des procédures de recherche et de suivi de cohortes au domicile pour inclure davantage de patients en HAD dans les études

Action 7.3.2 Contribuer à faire de l'hospitalisation à domicile un champ à part entière de la recherche clinique

Action 7.3.3 Mobiliser l'HAD pour initier des projets de recherche dans le champ du domicile en particulier dans le champ des soins palliatifs

Mise en œuvre : moyen - long terme
Indicateurs : nombre de publications scientifiques intégrant des patients pris en charge en HAD
Acteurs ressources : ARS, DGOS, établissements de santé, universités

Cette feuille de route a été co-construite dans le cadre d'un groupe de travail mis en place en avril 2021 associant les acteurs suivants :

Ministère des solidarités et de la santé
DGOS - Direction générale de l'offre de soins
DGCS - Direction générale de la cohésion sociale
DSS - Direction de la sécurité sociale

Partenaires institutionnels
CNAM - Caisse nationale de l'assurance maladie
HAS - Haute autorité de santé
INCa - Institut national du cancer
ANAP - Agence nationale d'appui à la performance

Fédérations d'établissements de santé
FNEHAD - Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FEHAP - Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FHF – Fédération hospitalière de France
FHP - Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France
UNICANCER - Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

Agences régionales de santé
Grand-Est
Occitanie
Bourgogne-Franche-Comté

Conseils nationaux de professionnels et représentants des professions de santé
Collège de médecine générale
Conseil national des professionnels de gériatrie
Conseil national des professionnels de pédiatrie
Collège infirmier français
Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s d'état

Représentants d'usagers
France Assos Santé

FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIQUE HAD | 2021-2026

Autres organisations
Union nationale des professionnels de santé
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
Croix-Rouge française

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité