

L'HAD au sein des GHT

Quel bilan de son intégration ?

Sommaire

1

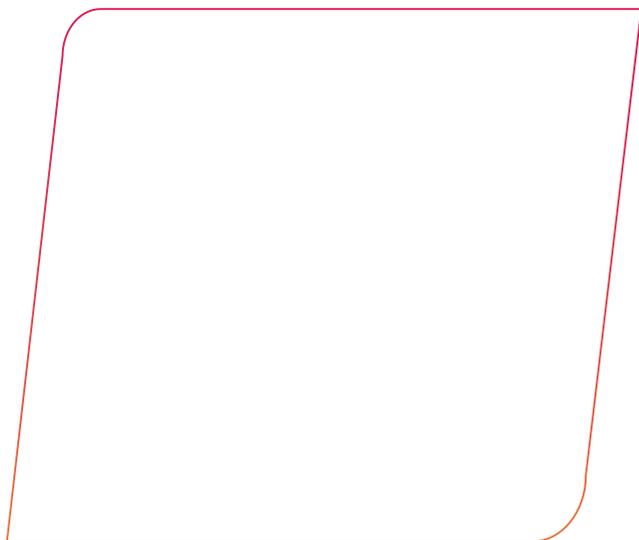
Contexte et méthode

2

Principaux enseignements

3

Conclusion et recommandations



Contexte et méthode

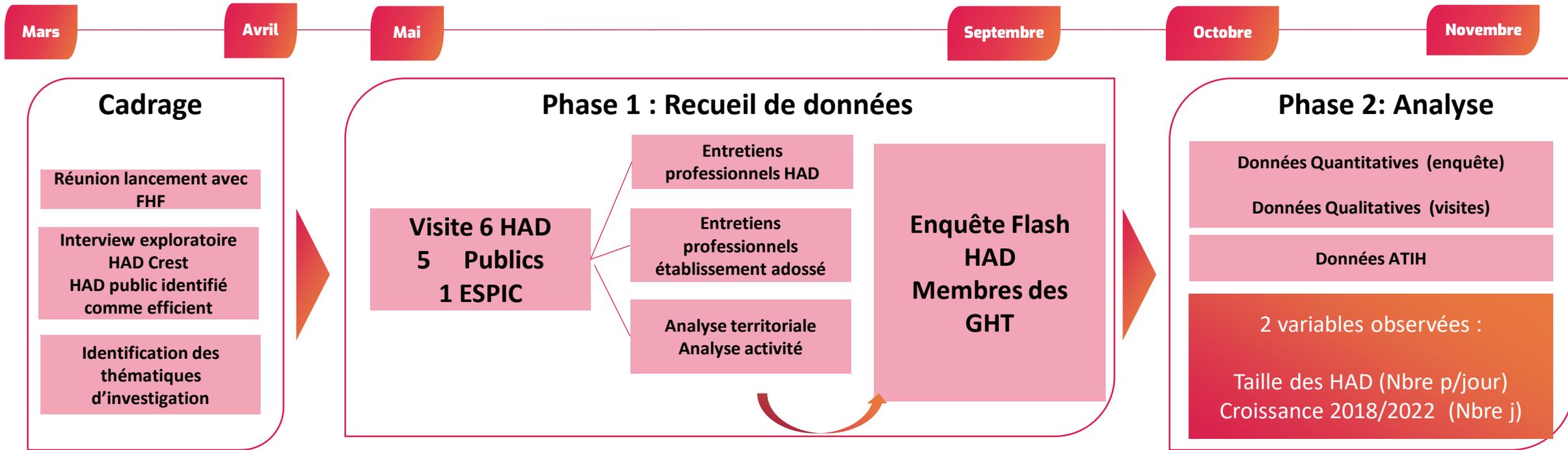
Rappel du contexte de la mission

- Une faiblesse historique de l'HAD public en dépit d'un rattachement systématique à un établissement MCO ou SMR.
- Le renouvellement des projets médicaux partagés des GHT est l'occasion de renforcer l'intégration de l'HAD dans les filières.



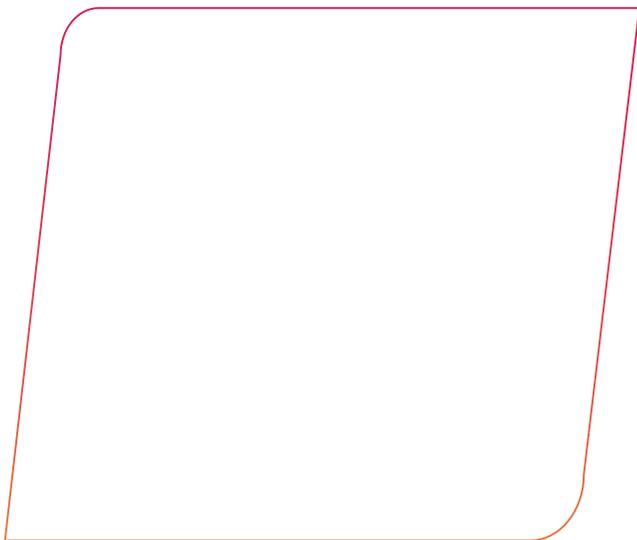
La DGOS a missionné l'Anap pour identifier les freins existants et les leviers mobilisables pour une meilleure intégration de l'HAD dans la stratégie des GHT

Vision d'ensemble de la démarche



Parmi les 108 HAD membres d'un GHT, 69 HAD ont répondu à l'enquête

L'enquête étant déclarative, un biais de déclaration est à prendre en compte dans les résultats



Principaux enseignements

Des choix initiaux qui limitent le développement

Des HAD plus petits qui progressent moins

282 HAD en France

dont 108 HAD publics (15 portés par un CHU)

représentant 38% des autorisations

assurant 22% des parts de marché (nbre journées)

64% ont moins de 30p/j (Médiane 28)

Nombre de patients par type d'établissement

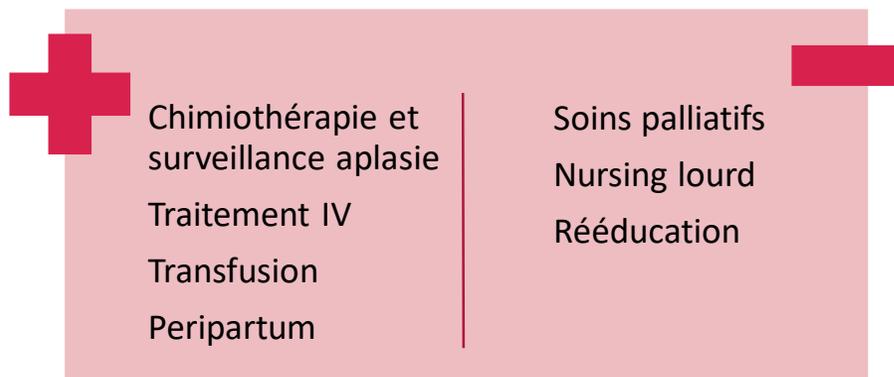


	Part de marché en nbre de journées	Taille médiane en p/j	Taille moyenne	Part des établissements ≤ 30 p / jour	Part des établissements ≥ à 50 p / jour	Evolution nbre journées 2018 2022	Evolution nbre de patients 2018 2022
Public	22%	28	39	64%	15%	8%	15%
Privé non lucratif	51%	53	95	15%	52%	20%	26%
Privé lucratif	21%	50	62	10%	41%	53%	76%
	100%	50	65	15%	41%	22%	29%

Des HAD plus centrés sur l'expertise que sur le développement de leur activité

Les HAD publics se sont positionnés sur l'hyperspécialisation

— Cette hyperspécialisation se reflète dans le case mix



— Les durées de séjour sont plus courtes

— Les tarifs journaliers sont moins bien valorisés

200 euros/jour pour une moyenne nationale 237 euros/jour

mode de prise en charge principal	public	privé non lucratif	privé commercial
1 - assistance respiratoire	20%	53%	27%
2 - nutrition parentérale	29%	53%	18%
3 - traitement par voie veineuse	30%	53%	17%
4 - soins palliatifs	20%	55%	24%
5 - chimiothérapie	32%	56%	12%
6 - nutrition entérale	21%	63%	16%
7 - prise en charge de la douleur	22%	55%	24%
8 - autres traitements	22%	50%	27%
9 - pansements complexes	22%	56%	22%
10 - post traitement chirurgical	12%	69%	18%
11 - rééducation orthopédique	12%	70%	18%
12 - rééducation neurologique	13%	73%	14%
13 - surveillance post chimiothérapique	28%	56%	17%
14 - soins de nursing lourds	15%	61%	24%
15 - éducation du patient et de son entourage	24%	65%	11%
17 - radiothérapie	45%	36%	20%
18 - transfusion sanguine	39%	25%	37%
19 - surveillance de grossesse à risque	36%	58%	6%
21 - post-partum pathologique	37%	60%	3%
22 - prise en charge du nouveau-né	29%	50%	22%
24 - surveillance d'aplasie	54%	27%	18%
29 - Sortie précoce de chirurgie	28%	71%	1%

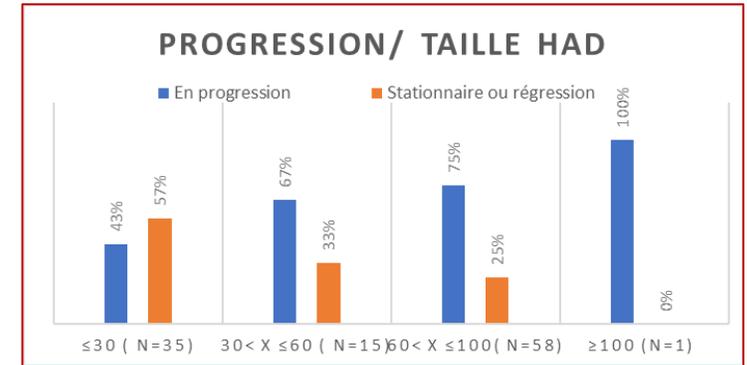
	DMS (en nbre de jours)
Public	20
Privé non lucratif	25
Privé commercial	31
Moyenne nationale	25

Données ATIH 2022

Leur petite taille : un facteur limitant

Les plus petits HAD progressent moins et sont plus souvent déficitaires

- La progression d'activité n'est portée que par la moitié des HAD qui sont aussi les plus gros
- Si 44% des HAD sont déficitaires, ils le sont d'autant plus en dessous de 30 p/jour

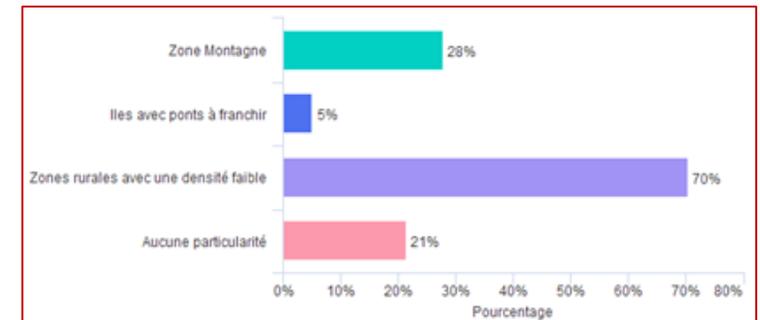


	Excédentaire	Déficitaire
HAD ≤30 p/j	48%	52%
HAD ≥ 50 p/	74%	26%

Certains territoires offrent un potentiel limité

- Des territoires peu denses dont l'historique de découpage est à questionner
 - ≤100 000 hbt pour 25 % des répondants
 - faible densité aggravée par l'effet volume
- Ils sont concurrentiels dans 50% des cas mais sans impact sur l'activité
- Quand le GHT a plusieurs autorisations (21%), les HAD sont rarement organisés en GCS

137 000 Hbts (nbre median)



Des ressources insuffisantes pour assurer la sécurité et le développement

Un ratio médical fragile qui met en risque la conformité de la permanence des soins et la sécurité

- Moins d'1 ETP médecin dans 1 HAD sur 3 ; 1 sur 2 pour les HAD \leq 30p/j
- La permanence des soins médicaux n'est pas conforme aux conditions de la réforme pour 35% des HAD (autres secteurs non connue)
- Score Polyvalence médian \leq 10 et plus faible pour les HAD les plus petits

Un fonctionnement en antennes nécessaire qui disperse les ressources

- En place pour 1 HAD sur 3, uniquement ceux \geq 50p/j

Moins de ressources de coordination et fonctions supports

- Temps cadre insuffisant et IDE de liaison en place dans seulement 25% des HAD
- L'IDEC gère l'admission et le suivi ce qui majore les délais d'admission

Les leviers de l'optimisation des séjours ne sont pas toujours activés

- Un nombre de séquences/séjours plus faible que la moyenne nationale
- Le codage est souvent réalisé par les médecins praticiens sans aide de TIM

	Nbre séquences / séjour
Public	1,5
Privé non lucratif	1,6
Privé commercial	1,9
Moyenne nationale	1,7

Données ATIH 2022

Certaines enveloppes financières ne sont pas sollicitées ou non fléchées HAD

- Le Ségur du numérique a davantage bénéficié aux DPI du MCO
- Les enveloppes IQSS HAD n'apparaissent pas dans les comptes de résultats de l'HAD
- Les modalités du financement des évaluations anticipées et maladies neurodégénératives sont méconnues et peu activées

Un manque d'outils de pilotage permettant d'identifier les leviers d'efficience (tableau de bord, charge en soins)

A partir de 50 p/jour il est tout à fait possible d'avoir un compte de résultat à l'équilibre ou excédentaire

Le rattachement à un GHT, une force qui mérite d'être mieux exploitée

77 % des directions qualifient le développement de l'HAD d'important ou très important

Pour autant

L'intégration de l'HAD dans les projets médicaux du GHT n'est pas effective

- 8 HAD sur 10 rarement ou jamais invités aux instances du GHT
- Quand un objectif de diminution de DMS est posé, l'HAD n'est pas un levier
- A ce stade pas de réflexion de mutualisation territoriale sur les sujets HAD (pharmacie, logistique et achats)

Au sein des établissements, l'HAD est pilotée comme un service de soins

- Un directeur dédié n'est identifié que pour 1 HAD sur 2 , un comité de pilotage pour 1 HAD sur 3
- Le pilotage est souvent délégué au binôme cadre/ médecin mais sans pouvoir de décision ni outils

L'absence de stratégie se constate également dans la faible communication faite sur l'offre HAD

- Les services communication sont peu sollicités
- La posture pédagogique nécessaire est souvent confondue avec une posture commerciale qui n'est pas dans l'ADN des Hospitaliers

L'HAD insuffisamment intégrée dans les parcours

Le projet médical de territoire n'est pas en faveur du développement de l'HAD

- Il ne fait l'objet d'un projet spécifique que dans 40% des cas
- Les filières des mentions spécialisées et la neurologie prennent peu en compte l'HAD

L'HAD n'est pas toujours soutenue par les professionnels des établissements

- L'HAD est peu évoqué dans les réunions institutionnelles
- La présentation de l'HAD lors de l'arrivée des internes n'est effective que dans 1/3 des établissements
- Quand elles existent, les cellules parcours patients sont très peu en lien avec l'HAD (20%)

Un faible adressage en partie lié à un process d'admission à optimiser

- Le recours à l'HAD par les médecins hospitaliers n'est pas naturel , en partie lié à une méconnaissance des parcours
- Des gains de réactivité et de diminution du taux de non-admission pourraient améliorer l'orientation des patients

Le recours à l'HAD est-il intégré dans les filières:

	OUI
Soins palliatifs	85%
Traitement du cancer	73%
Gériatrique	75%
Pédiatrique	21%
Rééducation	32%
Douleur	64%
Neurologie	43%

L'HAD est davantage sollicité lors des tensions, ce qui met en difficulté les plus petites structures

Des exceptions à faire dans le management et les procédures hospitalières

- Les équipes sont motivées, agiles, et font un travail de qualité mais le management reste très «hospitalier»
- Les procédures hospitalières ne prennent pas toujours en compte la spécificité de l'HAD
- Par sa taille l'HAD perd les arbitrages face au besoin d'harmonisation
- En raison de la méconnaissance de la spécificité de l'HAD, les fonctions supports sont souvent incapables de contribuer efficacement au développement de l'HAD



Des exemples concrets de freins faciles à lever

Les soignants n'ont pas de smartphones ou il n'y a pas de flotte de remplacement en cas de panne

Les horaires de travail sont calqués sur ceux de l'établissement : temps de chevauchement sur des horaires sans soins

Difficultés pour allouer des places de parking aux professionnels de l'HAD

Les délais de facturation des libéraux dépassent les 30 jours dans 60% des cas

Le management des ressources humaines doit faire l'objet d'une attention particulière



Mieux accompagner le binôme Médecin praticien/ Cadre: deux acteurs clés de l'HAD

Enjeu de l'attractivité du poste de médecin praticien HAD :

Métier mal connu

Trop de temps administratif

Conditions de l'astreinte

Le cadre de santé trop isolé et insuffisamment épaulé et formé :

Peu de connaissance du domicile

Charge de travail sous-évaluée

Encadrement supérieur peu acculturé



Miser sur la formation pour adapter les compétences

Les médecins ne bénéficient pas assez de formation spécifique

HAD en baisse, 30% n'ont jamais été formés ni tutorés

La compétence spécifique complique la gestion de l'absentéisme

Le plan de formation mérite d'être plus en adéquation avec les besoins

Nombre de jours insuffisant/polycompétence

Formations institutionnelles parfois non adaptées



Dimensionner les équipes en favorisant le recours aux IDE libéraux

Des équipes pas toujours en adéquation avec l'activité

Peuvent être sous ou sur dotées

Absentéisme = limitation des PEC

Pas de pool formé

Effectifs HAD parfois variable d'ajustement

L'évaluation de la charge de travail et de l'optimisation des tournées n'est pas outillée

Le temps hors soins souvent trop élevé

Auto-gestion des tournées par les soignants

Les services supports et les procédures doivent s'adapter aux spécificités de l'HAD

Un déploiement du système d'information spécifique insuffisant qui n'intègre que trop peu la mobilité

- L'informatisation du DPI est incomplète pour 58% des répondants et chez 70% pour les HAD en baisse d'activité
- Les enjeux de mobilité sont rarement pris en compte
- La prescription est entièrement informatisée dans seulement 30% des cas

L'absence d'interopérabilité avec les logiciels hospitaliers et de ville ralentit le fonctionnement

Une équipe du support informatique peu acculturée, en difficulté pour aider l'HAD

- 1 HAD sur 2 seulement possède un référent informatique
- Peu d'outils pour industrialiser la gestion de la flotte téléphonique
- Les fonctions de maintenance, d'évolution des logiciels sont peu prises en compte
- L'ouverture du DPI aux libéraux demande un niveau supérieur d'authentification pour la cybersécurité et génère des freins

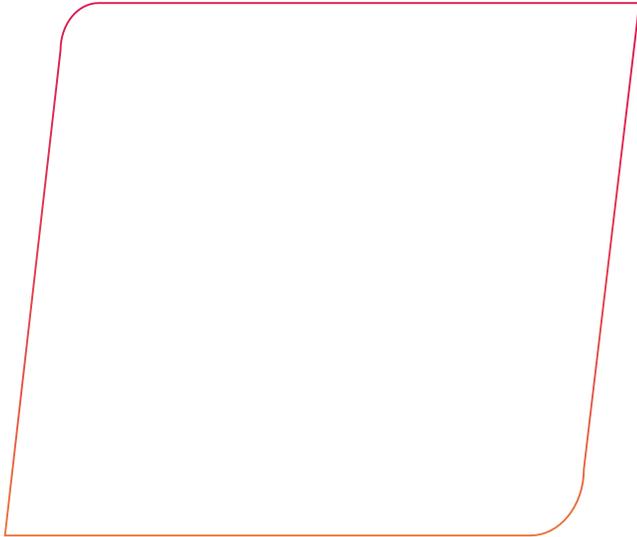
Les services supports et les procédures doivent s'adapter aux spécificités de l'HAD

Les PUI ne s'adaptent pas toujours au fonctionnement de l'HAD

- Avec un effectif médian de 0,2 pharmacien et 0,3 préparateur en pharmacie le circuit du médicament est rarement efficient
- Les procédures de commandes et de livraison au domicile sont souples mais peu structurées
- Le circuit logistique est consommateur de temps soignant et freine le développement
- Les délivrances hors livret pas toujours bien vécues par les pharmaciens
- La gestion des prestataires de matériel, souvent déléguée au cadre, a un impact direct sur la réactivité

Les locaux sont peu adaptés aux besoins et non évolutifs

- L'HAD est dans 60% des cas situé dans un bâtiment annexe voire sur un autre site
- Les locaux sont souvent exigus, morcelés et peu équipés en matériel informatique
- Dans 50% des cas les locaux ne permettent pas d'extension et dans 25% il n'y a aucune possibilité de relocalisation



Conclusion et Recommandations

Conclusion

- Le développement de l'activité des HAD publics est freiné par des causes multifactorielles
- La faible taille des établissements intégrés aux GHT génère un risque de ne pas honorer les conditions techniques de fonctionnement
- Le rattachement de ces structures aux GHT constitue une force insuffisamment exploitée
- Des leviers pourraient être facilement activés en outillant les directions et en mobilisant la communauté médicale
- Le développement des HAD publics doit s'accompagner d'une ouverture aux coopérations avec des structures hors GHT



L'Anap est au côté des HAD pour les accompagner dans le développement de leur activité

Recommandations

Pour la régulation nationale

Recommandation N°1 : Exiger que l'HAD soit pleinement intégrée dans les nouveaux projets médicaux partagés des GHT (PMP2) comme levier de la gradation des soins

Recommandation N°2 : Outiller et accompagner les dirigeants et encadrants à la spécificité de l'HAD

- Elaborer des modèles de performance organisationnelle d'un HAD et des outils de pilotage
- Mettre en œuvre un appui terrain collectif aux HAD pour dynamiser leur activité

Recommandation N°3 Soutenir l'investissement dans le numérique HAD

- Se fixer un objectif de cible d'usage de 100% concernant la numérisation du dossier patient informatisé
- Le relier à un objectif de mise en œuvre effective de son accès en mobilité pour les professionnels salariés et libéraux
- Rédiger le guide de l'interopérabilité du domicile de façon à faciliter l'interopérabilité des logiciels hospitaliers et de ville

Pour la régulation régionale

Recommandation N°4 : Permettre à chaque HAD d'atteindre une taille supérieure à 50 patients/jour

- Mener une réflexion sur les territoires
- Inciter aux coopérations ou aux regroupements d'établissements d'HAD

Recommandations

Pour les établissements

Recommandation N°5 : Définir une stratégie d'augmentation d'activité pour atteindre une taille permettant de sécuriser la permanence des soins médicaux et l'optimisation des fonctions supports

- Mettre en place une gouvernance spécifique pour l'HAD et un pilotage renforcé avec des instances de décisions rapprochées
- Se fixer un cap et définir un objectif d'augmentation d'activité annuel en fonction du potentiel et des filières à développer sur le territoire

Recommandation N°6 : Soutenir et structurer les équipes pour que l'HAD puisse répondre à l'augmentation d'activité

Recommandation N°7 : Adapter les procédures hospitalières à la spécificité de l'HAD

Recommandation N°8 : Mobiliser la communauté hospitalière pour avoir le réflexe HAD

Recommandation N°9 : Déployer un volet spécifique HAD dans le schéma directeur du système d'information

Recommandation N°10 : Prévoir des locaux adaptés et évolutifs

HOSPITALISATION À DOMICILE :

bénéficiez d'un appui d'experts pour développer votre activité.



Un appui terrain collectif HAD

Accompagner les HAD pour développer leur activité

4 Jours

Trio: Direction, médecin praticien, cadre

Groupes régionaux



*Pour candidater
c'est simple :*

<https://anap.fr/s/actualite?actu=had-appui-experts-pour-developper-votre-activite>

Programme d'accompagnement

J1: Cap sur la stratégie

Evaluer son potentiel d'activité:
Analyse stratégique externe et interne

Identifier les filières et parcours
à développer et les partenariats
à bâtir

Définir les messages clés pour
convaincre

J2: Adapter son organisation à la croissance

Maximiser les admissions :
dynamiser les admissions et
augmenter sa réactivité

Structurer et adapter son
équipe pour relever le défi de la
croissance

Faire le diagnostic de sa
politique de communication

J3: Organiser les fonctions supports

Optimiser le circuit du
médicament
Quelle stratégie pour le
stockage et les livraisons ?

Schéma directeur du système
d'information de l'HAD : Quelles
spécificités pour l'HAD?

Rendre ses outils de
communication impactants

J4: Piloter efficacement

Maîtriser ses finances

Quels outils de pilotage

Elaborer sa stratégie marketing
et communication



Lancement et réunion de suivi à 3 mois à distance



Un fil rouge sur la stratégie de communication



A la fin de
l'accompagnement je
repars avec :

Plan d'actions stratégique de développement
et de communication

Merci de votre attention

