

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X I V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Examen du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'hospitalisation à domicile (*Mme Joëlle Huillier, rapporteure*)..... 2
- Information relative à la commission..... 20
- Présences en réunion..... 21

Mardi

19 juillet 2016

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 68

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2015-2016

**Présidence de  
Mme Catherine  
Lemorton,  
*Présidente***



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mardi 19 juillet 2016**

*La séance est ouverte à quinze heures cinq.*

*(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)*

*La Commission des affaires sociales procède à l'examen du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'hospitalisation à domicile (Mme Joëlle Huillier, rapporteure).*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Avant de passer au point principal de notre ordre du jour, nous devons procéder, en application de l'article 146-3 de notre Règlement, à la désignation de membres pour participer à l'évaluation que va réaliser le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de la politique en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

J'avais invité, le 13 juillet, tous les groupes à désigner un membre pour la réunion de ce jour, afin de respecter la date limite du 20 juillet indiquée par le courrier de saisine du Président Bartolone, reçu la semaine dernière.

J'ai reçu à ce jour les candidatures de Mme Monique Iborra, du groupe Socialiste, écologiste et républicain, Mme Geneviève Levy, du groupe Les Républicains, et Mme Dominique Orliac, du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste.

Il n'y a pas d'opposition ? Il en est ainsi décidé.

Nous allons à présent examiner le rapport d'information de Mme Joëlle Huillier en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur l'hospitalisation à domicile (HAD).

Je rappelle que la Cour des comptes avait consacré un chapitre de son rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 à l'hospitalisation à domicile. À ma demande et celle des deux coprésidents de la MECSS, M. Pierre Morange et Mme Gisèle Biémouret, la Cour a publié une communication prolongeant ses travaux sur les évolutions récentes de l'HAD, le 20 janvier 2016.

À partir de ces premiers travaux, au terme de quatre mois et demi d'auditions et de six mois de réflexion, la MECSS a adopté le présent rapport et les 20 propositions qu'il comporte.

Je donne la parole à Mme Joëlle Huillier, rapporteure, pour nous présenter ce travail.

**Mme Joëlle Huillier, rapporteure.** L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui, c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu, de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer.

Considérée auparavant comme une « alternative » à l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation à domicile est, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, une modalité d'hospitalisation à part entière, et les structures d'HAD sont considérées comme des établissements de santé.

La Cour des comptes avait consacré à l'hospitalisation à domicile un chapitre de son rapport de 2013 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. À la demande de notre présidente Mme Catherine Lemorton, et de Mme Gisèle Biémouret et M. Pierre Morange, coprésidents de la MECSS – que je tiens à remercier –, la Cour a publié le 20 janvier 2016 une communication prolongeant ses travaux sur les évolutions récentes de l'HAD.

Ce rapport constate que, malgré la stratégie de développement décidée par le Gouvernement et concrétisée par la publication d'une circulaire du 4 décembre 2013 à destination des agences régionales de santé (ARS) fixant pour objectif un doublement d'ici 2018 de la part d'activité de l'HAD, en la portant de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations, la place de l'hospitalisation à domicile progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins.

Je remercie la Cour des comptes, ainsi que le secrétariat de la MECSS, de l'assistance apportée à nos travaux.

À l'issue des auditions de la MECSS et du déplacement effectué à Lyon, Bourgoin-Jallieu et Voiron, je partage l'essentiel du constat fait par la Cour sur les faiblesses du développement de l'HAD ; je renvoie à sa communication pour plus de détails.

La progression globale de l'activité en HAD au cours des dernières années est restée très nettement en deçà des objectifs fixés par la circulaire de 2013, avec des disparités géographiques importantes et persistantes. Le rythme de progression reste lent, avec une hausse de l'activité de 3,2 % en 2015, ce qui représente environ 4,5 millions de journées d'hospitalisation. La Cour montre également que des politiques mises en œuvre dans d'autres pays ont permis que l'HAD y représente jusqu'à 5 % de l'activité hospitalière, limitant d'autant la progression de ce poste de dépense médicale.

Dans notre pays, l'HAD n'a pas encore atteint le volume minimal d'activité qui permettrait d'assurer l'équilibre financier des établissements, de dégager des économies d'échelle et de mieux faire connaître et reconnaître ce mode de prise en charge : le recours à l'HAD par les médecins prescripteurs n'est pas assez fréquent pour créer une réelle proximité entre médecine de ville, médecine hospitalière et HAD sur les prestations pouvant relever de cette forme d'hospitalisation, et pour conforter ainsi la construction du parcours de soins coordonnés que les pouvoirs publics appellent de leurs vœux.

Le développement de l'HAD demeure largement souhaitable en raison de son moindre coût et de son intérêt pour des patients qui souhaitent de plus en plus demeurer à leur domicile. Toutefois, les objectifs chiffrés, même raisonnables, fixés par le gouvernement ont pu conduire à une croissance peu satisfaisante en termes de qualité et de pertinence de la prise en charge. Il s'agit donc de lever les freins à l'HAD, tout en veillant à ce qu'elle se développe dans le champ le plus pertinent et au meilleur coût.

Ainsi, le choix politique qui consiste à faire de l'HAD une priorité de santé publique ne pourra porter ses fruits sans que certains prérequis ne soient satisfaits, à savoir : définir le

champ de sa prescription ; garantir le caractère hospitalier de sa prise en charge ; clarifier et faire évoluer les rôles des professionnels de santé et des autres modes de prise en charge ; rémunérer l'HAD de manière plus incitative ; et faire connaître et reconnaître l'HAD dans les territoires.

En premier lieu, il est nécessaire de mieux définir l'hospitalisation à domicile et son champ de prescription pour permettre un développement cohérent et pertinent.

Les travaux de la Cour des Comptes, puis ceux de la mission, ont permis de faire plusieurs constats sur le positionnement de l'hospitalisation à domicile dans notre système de santé, auxquels le rapport souhaite apporter des réponses efficaces et concrètes.

Il existe un problème de définition de l'HAD, dont le positionnement dans l'offre de soins n'est pas toujours bien identifié par les acteurs et les patients. C'est pourquoi il faut renforcer la définition réglementaire de ce mode de prise en charge pour rappeler ses principales caractéristiques : il s'agit d'une activité qui a vocation à se substituer à l'hospitalisation classique ou aux services de soins et de rééducation et qui se distingue des autres modes de prise en charge à domicile en raison de la lourdeur et de la complexité des pathologies concernées.

Comme l'a fait remarquer la Cour des Comptes dans ses deux rapports précités, l'HAD doit asseoir sa légitimité sur des études médico-économiques qui démontreraient qu'elle est moins coûteuse que l'hospitalisation classique et qu'aucun autre mode de prise en charge à domicile n'est possible.

Enfin, l'HAD doit être recentrée sur des pathologies pour lesquelles ce mode de prise en charge est le plus pertinent. Ce besoin d'orientation par les prescripteurs doit être facilité par la création de référentiels d'activité par la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'un travail considérable mais absolument nécessaire pour clarifier les conditions de prise en charge.

En deuxième lieu, il conviendrait de garantir le caractère hospitalier de la prise en charge en HAD.

Les auditions menées par la MECSS n'ont pas toujours rassuré sur le fait que l'HAD soit toujours prescrite à bon escient, c'est-à-dire qu'elle représente la meilleure solution médicale pour le patient et non un mode de financement de prestations ne relevant pas de l'hospitalisation.

Si un projet de décret est en cours de préparation sur ce sujet, il n'en reste pas moins que le caractère hospitalier de l'HAD doit avoir clairement des conséquences en termes de prestations offertes, de permanence des soins – car certaines HAD ne fonctionnent pas le samedi et le dimanche – et de niveau de technicité des soins.

Par ailleurs, cette réflexion devrait aboutir à considérer que de nouvelles obligations tenant à l'accompagnement médico-social en HAD pourraient s'ajouter aux conditions techniques ; ce pourrait être l'assistance de travailleurs sociaux, le soutien aux aidants familiaux, le recours aux conseils d'un diététicien, d'un ergothérapeute, etc.

Si ces conditions nécessairement exigeantes ne sont pas remplies, il faut que les ARS reçoivent des consignes claires en vue de prendre des mesures de retrait d'autorisation de ces établissements, ce qu'elles ne semblent pas avoir fait dans l'optique d'un développement de l'HAD.

Mais, dans le même temps, la recomposition de l'offre apparaît comme un préalable au développement de l'HAD. Dans son rapport de 2013 comme dans sa communication de 2015, la Cour des comptes constate la très grande diversité des statuts, des tailles et des modes de fonctionnement des structures d'HAD. Cette diversité et la fragilité de nombre de structures sont à l'origine de difficultés à développer une activité qui demande une professionnalisation croissante.

La Cour recommandait ainsi en décembre 2015 de « *recomposer fortement l'offre de soins en HAD par regroupement des petites structures* », prérequis qui nous semble indispensable.

Cependant, le regroupement de petites structures pourrait engendrer de nouveaux problèmes : ne seraient pas plus viables des structures d'HAD qui seraient chargées de desservir un large territoire, sans être en capacité d'exercer convenablement et dans des conditions de rentabilité maîtrisées dans les zones les plus éloignées de leur siège.

Aussi les prérequis à l'admission en HAD plaident-ils en faveur d'un rapprochement des structures d'HAD des établissements de santé conventionnels existant sur le même territoire. Pour organiser la mise en place d'une HAD, il est nécessaire que le médecin prescripteur et le médecin coordonnateur de la structure d'HAD puissent l'envisager plusieurs jours à l'avance, afin de vérifier si les conditions sont réunies. Cela nécessite qu'un dialogue s'établisse, entre le prescripteur et la structure d'HAD, sur le bien-fondé de l'admission en HAD et l'évolution de l'état du patient.

Dans les territoires ruraux où cette concentration risque de se traduire par des temps de trajet plus longs, le modèle des antennes, déjà développé par de grandes HAD, pourrait être développé puisqu'il permet de rapprocher les équipes des patients sans créer des structures dont le coût de fonctionnement serait considérable.

En troisième lieu, il faut clarifier, voire faire évoluer, les rôles des professionnels de santé.

L'hospitalisation à domicile fait intervenir, par définition, un grand nombre d'acteurs des professions de santé. Le rôle de certains d'entre eux doit être optimisé.

Il faut développer un système d'appui technique et financier pour les médecins traitants qui souhaitent consacrer du temps à leurs patients en HAD, et prévoir une procédure de délégation de tâches en faveur du médecin coordonnateur dans les autres cas afin que celui-ci assure la prise en charge effective (visite, prescription, etc.).

Les infirmières doivent également pouvoir bénéficier d'une procédure de délégation de tâches simplifiée. En effet, le circuit pour obtenir l'autorisation de la délégation de tâches médicales est extrêmement complexe actuellement.

Le travail de l'HAD est à interroger dans le parcours de soins du patient qui peut exiger l'intervention simultanée ou successive de plusieurs types de services, et notamment des services de soins à domicile. En vue de favoriser une véritable fluidité de ce parcours, le rapport propose deux orientations importantes. Il faut développer autour d'un ou plusieurs dispositifs une offre pour prendre en charge les patients qui sont trop « lourds » pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les soins de ville, et trop « légers » pour l'HAD. Il faut également favoriser l'intégration des structures.

Enfin, le travail entre ces professionnels de santé et l'articulation de ces modes de prise en charge doivent être facilités par une politique ambitieuse en matière de partage de l'information. Il s'agit de soutenir l'effort d'informatisation des établissements d'HAD et l'interopérabilité avec les autres systèmes d'information. Il faut s'assurer que l'HAD sera bien intégrée à la mise en place du dossier médical personnel, qui ouvre des perspectives intéressantes en matière de coordination.

En quatrième lieu, il conviendrait de rémunérer l'HAD de manière plus incitative.

La tarification à l'activité de l'HAD souffre, de fait, de nombreuses limites. Elle repose sur une étude de coûts qui a été réalisée en 1999 et 2000 et n'est donc plus adaptée aux conditions actuelles de fonctionnement de l'HAD.

Confrontés à l'absence de révision des tarifs ou de la classification, les établissements d'HAD ont eu tendance à s'adapter en optimisant leur activité vers les prises en charge les plus simples et les plus rentables, au détriment de celles pour lesquelles l'HAD pourrait être développée pour des raisons médicales.

Ainsi, notamment, l'absence de remboursements supplémentaires de certains médicaments – la fameuse « liste en sus » – a eu pour effet pervers de voir des structures d'HAD refuser certains patients pour des raisons purement financières et non médicales. Le coût journalier de certains antibiotiques qui leur ont été prescrits à l'hôpital est en effet supérieur au tarif journalier de l'HAD.

Aussi la MECSS ne peut-elle que reprendre à son compte la recommandation faite par la Cour, dans ses rapports de 2013 et 2015, de terminer les études médico-économiques, en insistant pour que le retard pris dans la collecte des informations utiles par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) soit compensé par une accélération de leur traitement : on ne peut se satisfaire d'attendre 2019 pour qu'une nouvelle tarification incitative et prenant en compte le développement de méthodes plus innovantes, comme la télémédecine, soit mise en place.

En attendant l'aboutissement de cette démarche, deux avancées pourraient être expérimentées : faire de la coordination et de la gestion de l'information médicale un élément de la tarification de l'HAD ; faire bénéficier les établissements d'HAD de nouveaux modes de financement prenant en compte leur rôle de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et dans le maintien de structures de soins coordonnés sur le territoire, dans la démarche de la dotation spécifique prévue pour les hôpitaux de proximité.

Enfin, en cinquième et dernier lieu, il conviendrait de faire connaître et reconnaître l'HAD dans les territoires.

À ce jour, le constat est relativement généralisé : les professionnels de santé, mais aussi les patients et leurs familles, ignorent le plus souvent l'existence et le rôle de l'HAD. Lorsqu'ils en ont entendu parler, ils ne connaissent pas les structures assurant des prestations d'HAD intervenant sur leur territoire et auxquelles ils pourraient faire appel.

Le développement de l'HAD comme solution alternative à l'hospitalisation ne pourra avoir lieu qu'en faisant mieux connaître et reconnaître ce mode de prise en charge, au moyen de trois leviers.

Le premier consiste à enseigner aux professionnels de santé, au cours de leur formation initiale et continue, les méthodes et indications de recours à l'HAD, dans les mêmes conditions que les autres modes d'hospitalisation. En particulier, ce mode d'hospitalisation pourrait faire l'objet de l'une des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Le deuxième levier consiste à développer une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les structures d'HAD et les prestations qu'elles peuvent offrir dans chaque groupement hospitalier de territoire.

Le troisième levier consiste à développer les solutions d'assistance aux aidants dans le cadre de l'HAD. Les aidants des patients en HAD sont souvent des proches d'une personne âgée dépendante : près de 60 % des journées d'hospitalisation concernent des patients âgés de plus de 65 ans.

La situation des aidants pourrait être améliorée en les associant et en évaluant leurs capacités dès qu'une HAD est envisagée ; en assurant la coordination entre les intervenants de l'HAD et ceux des dispositifs d'aide sociale existants ou pouvant être mis en place ; en proposant une possibilité de répit grâce au remplacement de l'aidant par un garde malade à domicile certaines nuits ; en gérant mieux avec les aidants le retrait des matériels et appareils qui ont été déployés ; en proposant une assistance psychologique pour les aidants pendant et après l'HAD.

En conclusion, les 20 propositions de ce rapport ne recherchent pas une révolution impossible de l'HAD, dont le positionnement restera toujours subtil, mais elles appellent toutes à un travail, qui sera parfois long et complexe, de redéfinition de ce mode de prise en charge autour des plus-values, qui sont nombreuses, j'en suis convaincue, pour notre système de soins.

**M. Pierre Morange, coprésident de la MECSS.** Je félicite Joëlle Huillier pour la qualité de ce travail sur une thématique complexe. Les recommandations de son rapport rejoignent celles de la Cour des comptes dans son rapport de 2013 réactualisé en 2016, qui relève une carence en matière d'études médico-économiques. Notre rapporteure a donc tout à fait raison de proposer la réalisation d'études médico-économiques permettant de comparer le coût de l'HAD et celui des autres modes de prise en charge.

J'approuve également les recommandations consistant à placer le partage de l'information médicale au cœur de l'HAD, à rénover le financement de l'HAD, mais aussi à renforcer le modèle médical de l'HAD, ce qui ne veut pas dire qu'elle doit être envisagée comme une offre concurrentielle par rapport aux offres alternatives que sont les SSIAD et les professionnels libéraux qui participent eux aussi à l'offre de soins.

Enfin, la proposition sur la formation des professionnels de santé et celle visant à organiser une information à destination des professionnels de santé et du grand public sur les solutions d'HAD me semblent tout à fait bienvenues.

**Mme Marie-Françoise Clergeau.** Au nom du groupe Socialiste, écologiste et républicain, je tiens à remercier Joëlle Huillier pour la qualité de ce travail important qui s'est appuyé sur un grand nombre d'auditions. Les rapports de la MECSS sont des points de référence pour nos réflexions, et je remercie également ses deux coprésidents.

L'hospitalisation à domicile est peu connue, et on voit un manque de coordination entre ses différents acteurs. Les propositions de Mme la rapporteure sont très intéressantes. J'émet le souhait qu'à la suite de ce rapport de grande qualité, qui je n'en doute pas recueillera un vote unanime en vue de sa publication, nous puissions nous retrouver sur des amendements qui permettront de mettre en œuvre ses recommandations.

**Mme Isabelle Le Callennec.** À mon tour, au nom du groupe Les Républicains, je remercie Mme la rapporteure d'avoir conduit ces travaux qui vont être très utiles, non seulement au législateur, mais aussi aux acteurs de terrain qui attendaient ce rapport avec impatience.

L'intérêt de l'hospitalisation à domicile est de faire coïncider le souhait des patients de rester le plus longtemps possible à domicile dans un environnement familial et les objectifs d'économies que nous nous fixons pour l'Assurance maladie. D'après les données chiffrées de 2011, une journée d'HAD coûte en moyenne 198 euros, contre 703 euros la journée d'hôpital, et les frais de l'HAD sont pris en charge à 80 % par l'Assurance maladie, sauf pour les affections de longue durée (ALD) qui le sont à 100 %. D'où l'enjeu financier.

En 2014, 309 structures actives proposaient des services d'HAD. Ces structures doivent avoir une autorisation de l'État, recevoir une certification délivrée par la Haute Autorité de Santé qui garantit la qualité des soins dispensés, et elles doivent mettre en œuvre la lutte contre les maladies nosocomiales. Le consentement du patient est indispensable, et le rôle de ses proches primordial.

En 2014, 106 000 personnes ont été accueillies pour près de 4,4 millions de journées d'HAD. Néanmoins, la part de l'hospitalisation à domicile est plus faible en France que dans nombre de pays européens.

Votre rapport pointe les principales difficultés ou rigidités à lever pour généraliser l'hospitalisation à domicile. Vous préconisez de mieux définir l'HAD, de garantir son caractère hospitalier, de faire évoluer le rôle des professionnels, de mieux rémunérer l'HAD, et de la faire connaître aux familles.

À cette fin, il faudrait une politique publique beaucoup plus volontariste. Dans son rapport rendu public le 20 janvier 2016, la Cour des comptes relève que l'objectif de développement de l'HAD est loin d'être atteint. Quatre secteurs sont concernés par cette insuffisance : la chimiothérapie, les complications obstétriques, les soins pour enfants souffrant d'un cancer, et les soins pour enfants souffrant de malformation à la naissance. En tant que présidente du groupe d'études « prématurité et nouveau-nés vulnérables », j'ajouterai le suivi des enfants prématurés.

La Cour des comptes relève des disparités importantes dans la répartition de l'offre sur le territoire. Près d'un tiers des services seraient situés en Ile-de-France, généralement dans les espaces urbains ; un grand nombre de bassins de vie dans notre pays ne sont donc pas couverts. L'information des patients au sujet de l'HAD reste insuffisante, ce qui limite sa généralisation.

Pourtant, on estime que le développement de la télémédecine et l'élargissement des possibilités d'intervention post-chirurgicale, tout comme le souhait de travailler sur les parcours de la personne et de coordonner les professions qui interviennent sur les bassins de vie, offrent un cadre propice au développement de l'hospitalisation à domicile. La Cour des



comptes préconise que l'HAD soit un « *maillon systématique des projets axés sur le parcours de soins* », ce qui fait écho à l'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé qui dispose que « *les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes* » – plate-formes qui se mettent en place aujourd'hui sur notre territoire.

À la lecture de votre rapport, madame la rapporteure, je crois pouvoir attester que vous tenez compte des observations et des propositions de la Cour des comptes. Reste à passer aux travaux pratiques pour développer l'HAD. Vous vous êtes notamment intéressée à la politique tarifaire, qui constitue un levier majeur. Connaissez-vous les intentions du Gouvernement à ce sujet ? J'imagine en effet que Mme la ministre des affaires sociales a déjà pris connaissance de votre rapport qui, je le redis, va nous être très utile.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Non, madame Le Callennec, les ministres n'ont pas connaissance des rapports de l'Assemblée tant qu'ils ne sont pas publiés. Cela a été le cas de mon rapport sur le médicament : la ministre de l'époque – Mme Bachelot – n'en a pas eu connaissance avant sa publication. C'est le principe de la séparation des pouvoirs !

**M. Arnaud Richard.** Je tiens à remercier Mme Huillier et la MECSS pour leur analyse des enjeux de l'hospitalisation à domicile.

Un récent rapport de la Cour des comptes a révélé que ce mode de prise en charge peine à se développer dans notre pays, alors qu'il permet de faire coïncider intérêt du patient et économies. Il semble ainsi essentiel que la représentation nationale se saisisse de ce sujet. L'hospitalisation à domicile offre aux patients un plus grand confort de vie, sans pour autant sacrifier la nécessaire coordination des soins qu'imposent certaines pathologies. Malheureusement, vous le soulignez dans votre rapport, madame la rapporteure, l'hospitalisation à domicile n'est pas toujours une alternative à l'hospitalisation conventionnelle pleinement intégrée dans les parcours de soins.

À ce jour, l'accès des patients et des familles à des informations sur ce mode de prise en charge est malaisé. Vous proposez de définir clairement par voie réglementaire l'HAD comme une activité de substitution à l'hospitalisation conventionnelle et aux soins de suite et de réadaptation. Pensez-vous que cette reconnaissance permettra d'accompagner le développement de l'HAD ?

Comme la Cour des comptes dans son rapport de décembre 2015, vous proposez d'engager une réforme de la tarification de l'HAD au plus tôt et, dans les faits, dès l'exercice 2018. Est-ce à dire que cette réforme sera engagée avant la fin de la législature ou même dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ? L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a entrepris depuis 2009 une étude nationale sur les coûts de l'HAD, qui doit servir de base aux travaux de cette réforme de la tarification. Où en sont ces travaux ?

Enfin, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, adoptée l'année dernière, a eu pour mérite de reconnaître le statut de proche aidant et le droit au répit. Dans le cas de l'hospitalisation à domicile, l'environnement familial est fortement sollicité. Quel rôle octroyez-vous à la famille dans l'accompagnement du patient au travers de l'HAD ?

Telles sont les questions que je souhaitais poser au nom du groupe Union des démocrates et indépendants, tout en saluant la qualité de ce rapport qui sera bien utile pour le prochain PLFSS ou le suivant.

**M. Stéphane Claireaux.** Madame la rapporteure, au nom du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste, permettez-moi de vous féliciter pour ce travail qui dresse un large panorama de l'hospitalisation à domicile.

Actuellement, l'HAD concernerait un peu plus de 300 établissements certifiés par la Haute Autorité de santé, répartis sur la quasi-totalité du territoire. Je dis « quasi-totalité » car force est de constater que dans les territoires d'outre-mer, et plus particulièrement à Saint-Pierre-et-Miquelon, aucune structure d'hospitalisation à domicile n'existe pour l'instant, préoccupation soulevée dernièrement par l'agence territoriale de santé, l'équivalent d'une agence régionale de santé en métropole. Ces quelque 300 établissements sont en charge de plus de 100 000 patients qui ont fait le choix d'une hospitalisation à domicile. En 2011, l'HAD représentait 0,6 % des hospitalisations sur le territoire, soit une moyenne de 11,5 patients pour 100 000 habitants.

Si les directives de la ministre de la santé figurant dans une circulaire du 4 décembre 2013 sont suivies, le taux de couverture devrait doubler et passer à 1,2 % en 2018. Toutefois, votre rapport constate que, malgré la stratégie de développement décidée par le Gouvernement fixant pour objectif un doublement d'ici à 2018 de la part d'activité de l'HAD, la place de celle-ci progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins. Pourtant, l'HAD permet de faire des économies non négligeables, mais elle permet également au patient de continuer de bénéficier de son confort en restant chez lui.

Votre proposition n° 17 consiste à enseigner aux futurs professionnels de santé la prise en charge en HAD, comme tout autre mode d'hospitalisation. Vous rappelez que le contenu de la formation initiale des médecins relève du pouvoir réglementaire, qui définit les compétences à acquérir tout en laissant aux unités de formation et de recherche en médecine des universités le soin de les décliner en enseignements. De la même manière, en application du code de l'éducation, le contenu des formations des autres professions médicales est organisé par des arrêtés. Dans ce cadre, il n'apparaît pas opportun que l'HAD fasse l'objet d'un enseignement distinct ; cependant, il serait utile que dans les compétences à acquérir par les étudiants, les modalités de recours à l'HAD soient systématiquement enseignées.

La Cour des comptes a estimé que l'HAD pouvait représenter environ 5 % de l'activité hospitalière à l'étranger. Vous nous renvoyez à sa communication sur le sujet, mais pouvez-vous nous expliquer dans leurs grandes lignes les politiques publiques mises en place à l'étranger qui ont permis un meilleur développement de l'HAD ?

**M. Jean-Pierre Door.** À mon tour, je voudrais souligner l'intérêt de ce rapport qui rappelle les enjeux de l'hospitalisation à domicile. Ses principales recommandations rejoignent nos préoccupations, mais je voudrais tout de même formuler quelques remarques.

D'abord, le rapport tire une conclusion erronée du constat dressé par la Cour des comptes en 2015, en indiquant qu'en 2013-2014, 22 % des contrôles de l'Assurance maladie ont permis d'identifier une inadéquation de l'état du patient à la structure. Or rien ne permet de penser que ce taux soit plus élevé que dans l'ensemble des autres établissements. D'ailleurs, la CNAMTS a constaté dernièrement que le taux d'anomalies de l'HAD a

désormais rejoint celui observé dans tous les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique.

Ensuite, vous dites que la dégradation de l'image de l'HAD auprès des professionnels libéraux n'est pas dénuée de raisons objectives. Je trouve cette formulation maladroite au regard des difficultés de la médecine de ville, la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, surtout à un moment où les négociations conventionnelles sont difficiles. L'HAD dépend des prescripteurs, qui souvent connaissent assez mal les indications de prise en charge, ce que vous confirmez au travers de votre proposition n° 17.

En outre, vous suggérez la réintroduction d'un dispositif que nous avons supprimé en 2003. Je veux parler du taux de change, c'est-à-dire un lit d'HAD contre deux fermetures de lits, dont la suppression a permis un développement assez fort de l'HAD. J'appelle à la prudence sur cette éventuelle remise en question.

Votre proposition n° 6 consiste à recomposer l'offre de soins en HAD par un adossement des plus petites structures aux établissements de santé exerçant sur le même territoire. Pour moi, c'est une fausse bonne idée. En effet, l'enjeu est d'assurer la place de l'HAD que la loi reconnaît quel que soit le statut des structures dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) – l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé positionne l'HAD dans les GHT. Encore une fois, je recommande la prudence sur cette proposition.

En conclusion, tous les territoires ne sont pas concernés, et le taux de recours est très variable. Il faut donc encourager le développement de l'HAD pour ne plus entendre dire qu'elle joue un « rôle marginal dans l'offre de soins ».

**Mme Chaynesse Khirouni.** Merci, madame la rapporteure, de ce travail.

La place de l'hospitalisation à domicile progresse peu, malgré une stratégie de développement décidée par le Gouvernement, qui souhaite porter la part de ce mode de prise en charge de 0,6 % à 1,2 % de l'ensemble des hospitalisations complètes. L'HAD peut atteindre 5 % dans d'autres pays européens. Vous préconisez un certain nombre de conditions préalables pour assurer ce développement : une meilleure définition de l'HAD et de son champ de prescription, une évolution des structures, une remise à plat de la tarification. Vous identifiez plusieurs grandes pathologies susceptibles d'être prises charge en HAD : chimiothérapie, soins palliatifs, pédiatrie, prise en charge post-urgences.

Compte tenu des difficultés et de la complexité en la matière, que pensez-vous de l'idée d'expérimenter l'HAD pour certaines pathologies, par exemple la chimiothérapie et les soins palliatifs, dans un certain nombre de territoires volontaires, puis de l'étendre à l'ensemble du territoire ? Cette expérimentation ne permettrait-elle pas de répondre aux enjeux que vous évoquez dans votre rapport ?

**M. Bernard Perrut.** Madame la présidente, madame la rapporteure, mes chers collègues, l'hospitalisation à domicile est un sujet d'importance, comme on le mesure chaque jour sur nos territoires respectifs. C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle qui, pour autant, n'a pas vocation à se substituer aux services de soins à domicile et aux soins de ville – les SSIAD et les professionnels libéraux.

L'HAD doit être choisie lorsqu'elle semble être la meilleure solution médicale, c'est-à-dire quand les soins sont de niveau hospitalier et qu'elle convient au patient. Je pense notamment à la chimiothérapie, traitement lourd et complexe, qui est mieux vécue à domicile ; aux soins palliatifs, qui supposent un lien essentiel avec les aidants ; aux soins post-urgences, notamment pour la rééducation ; ou à tout ce qui relève de la pédiatrie, en particulier de la périnatalité.

Ce rapport a le mérite de montrer les faiblesses de l'HAD, mais aussi de poser les vraies questions.

Ainsi, le coût de l'HAD est inférieur à la prise en charge de l'hospitalisation conventionnelle. Pourtant, vous l'avez dit, madame la rapporteure, la comparaison est insuffisante, et il faudrait faire en sorte de disposer des véritables chiffres.

Vous posez aussi la question de l'articulation de l'HAD avec les autres modes de prise en charge, et la place légitime des structures, des professionnels libéraux, du médecin traitant et de l'infirmière coordinatrice.

Vous évoquez le besoin d'information et de communication. En effet, nos concitoyens sont peu nombreux à connaître l'existence de cette prestation d'HAD, alors qu'ils pourraient avoir intérêt à y recourir.

Il s'agit de donner une véritable définition à l'HAD. Qu'est-ce que l'hospitalisation à domicile ? Quelle est sa pertinence sur le plan médico-économique ? Quand faut-il réellement la prescrire ? Quelle est la place du médecin coordonnateur, avec tout ce que cela sous-entend ?

Mais, dans la mesure où vous vous êtes interrogée sur la place des structures, madame la rapporteure, a-t-on fait un état de l'ensemble des structures existantes sur le territoire français, pour en apprécier la taille, les insuffisances, et leur mode de fonctionnement par rapport aux établissements hospitaliers ?

Selon vous, une nouvelle organisation pourrait-elle être mise en place ? En effet, ce rapport pourrait aussi nous amener à réfléchir à de nouvelles solutions, compte tenu, notamment, du vieillissement de la population. L'HAD pourrait, par exemple, permettre de maintenir à domicile nos aînés dans des conditions spécifiques.

En conclusion, je pense que l'HAD doit être un acteur de santé à part entière, et à ce titre, trouver toute sa place au sein des groupements hospitaliers de territoire mis en place depuis le 1<sup>er</sup> juillet.

**M. Gérard Sebaoun.** Je vais abonder dans le sens des propos de nos collègues Perrut et Door. L'HAD est un outil assez complexe, peu connu, souvent mal utilisé et mal tarifé. Il fait l'objet de nombreuses critiques et il est difficile de le faire entrer dans les groupements hospitaliers de territoire. Pourtant, il apporte une valeur ajoutée évidente, qui justifie qu'on le développe.

Maintenant, je m'interroge sur ce qui a été écrit dans le rapport à propos des référentiels, notion à laquelle je suis plutôt favorable. Faut-il référencer les pathologies ? Pourquoi pas ? Mais je me dis que, ce faisant, on risque peut-être de détourner l'objectif de l'HAD. Il me semble que toute pathologie, pour peu qu'elle soit complètement instruite, notamment au travers de la prise en charge des GHT décidée par les acteurs locaux, justifie

pleinement une HAD, sans que l'on doive passer par certains référentiels. Je m'inscris en faux contre ce qui me paraît ne pas être une voie pertinente.

**M. Dominique Dord.** J'appuie le rapport de Mme Huillier, dont je salue la qualité. Je salue également la constance de Mme Huillier sur une question qui m'est chère : celle du « droit au répit » pour les aidants. Notre collègue avait déjà, dans le cadre de la loi sur l'adaptation au vieillissement, porté des dispositions allant dans ce sens.

Il me semble qu'on ne pourra pas développer l'HAD si l'on ne parvient pas à mettre en place une forme de statut pour les aidants ; vous l'évoquez d'ailleurs à la fin de votre rapport : par exemple dans votre proposition n° 20. S'engager à accompagner à domicile quelqu'un de très malade ou de très dépendant est un défi énorme pour nos concitoyens car cela affecte leur vie personnelle. La Cour des comptes le dit en des termes à peu près identiques. Il faut donc absolument essayer d'imaginer les contours d'un statut des aidants familiaux.

**M. Arnaud Viala.** Madame la rapporteure, la notion d'équité territoriale me tient particulièrement à cœur. Je voudrais donc m'assurer que le dispositif de l'HAD ne va pas aboutir à la disparition des hôpitaux de proximité dans des zones défavorisées, où ils sont déjà en danger. Ces hôpitaux, de petite taille, sont rendus nécessaires par la faible densité de la population. Ne risque-t-on pas de privilégier une approche où l'HAD deviendrait la règle, sous prétexte qu'elle permet aux patients de rester à domicile ? Et ensuite, à la faveur de la fermeture de certains services, on orienterait les patients vers de gros hôpitaux, plus éloignés, en justifiant ces dispositions par la mise en place de l'HAD. Cela créerait une rupture d'égalité entre les citoyens face aux différents dispositifs existants. L'HAD est une possibilité qui doit répondre à un certain nombre de critères, mais ce n'est pas « la » seule possibilité.

**M. Gérard Bapt.** Madame la présidente, après avoir salué, avec mes collègues de tous les groupes, le travail de Joëlle Huillier, je ferai deux remarques.

Premièrement, dans deux de vos propositions, vous insistez sur l'amélioration des systèmes d'information, au travers de l'interopérabilité entre les organismes qui gèrent l'HAD d'une part, les médecins traitants et les professionnels de santé libéraux d'autre part. Pour ma part, je pense que les échanges d'information sont d'autant plus importants pour la qualité et la sécurité des soins qu'il s'agit d'une hospitalisation par substitution. J'ajoute – mais cela me paraît en bonne voie avec la parution du décret concernant le dossier médical partagé (DMP) – qu'un dossier médical partagé structuré pourrait conforter la qualité et la sécurité des soins en HAD.

Deuxièmement, la dialyse à domicile est très en retard, ce qui est préjudiciable à l'intérêt des patients et à leur confort. Des problèmes de tarification et d'organisation se posent. En outre, la prise en charge effectuée dans des centres lourds étant très onéreuse, on développe des unités plus légères. Mais celles-ci sont tout de même installées à proximité des établissements. Cela ne favorise ni la qualité des soins, ni le bien-être des patients qui pourraient profiter eux aussi de cette dialyse à domicile. Voilà pourquoi, madame Huillier, dans votre prochain rapport, il serait peut-être opportun que vous vous intéressiez à l'insuffisance rénale chronique terminale.

**Mme Kheira Bouziane-Laroussi.** D'abord, je tiens à joindre mes félicitations à celles qui ont été adressées à notre rapporteure.

Ensuite, si j'approuve les dispositions concernant les aidants, je remarque que, malheureusement, tout le monde n'a pas des aidants géographiquement proches, et que souvent l'aide à domicile s'avère nécessaire.

Cela m'amène à soulever le problème de la solvabilité des personnes et la solvabilisation des services d'aide à domicile, qui reste largement insuffisante, en particulier en milieu rural. Le secteur marchand s'intéresse un peu à ce secteur, mais pour le moment, ce sont en grande majorité les associations qui portent ces services. Or elles ont de plus en plus de mal à joindre les deux bouts. Pourrait-on réfléchir à cet aspect ?

**M. Gilles Lurton.** Je souhaite réagir aux propos de notre collègue Gérard Bapt sur la dialyse à domicile. Il est exact que, dans les établissements hospitaliers, la dialyse est particulièrement onéreuse. Mais il faut reconnaître aussi que la dialyse à domicile peut poser des difficultés, compte tenu de la technicité de l'appareillage nécessaire, de la souffrance endurée par les personnes dialysées et des difficultés que cela peut créer à la famille. Tout cela a fait que des centres d'autodialyse se sont développés.

Même si ces centres restent très souvent à proximité des centres hospitaliers, ils sont beaucoup moins onéreux. Pour les personnes dialysées, le traitement y est beaucoup moins lourd qu'en centre hospitalier. J'invite donc M. Bapt, s'il a le temps pendant l'été, à venir visiter l'Association des urémiques de Bretagne qui a développé ces systèmes dans toute la région, parfois dans des zones très reculées. Je vous assure que cela fonctionne très bien, et il serait dommage d'y mettre un terme.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il est vrai que, dans la tête de nos concitoyens comme dans la nôtre, parfois, il y a confusion entre maintien à domicile et hospitalisation à domicile. Je reconnais que la frontière est ténue.

Par ailleurs, la Cour des comptes considère que la tarification à l'activité (T2A) – qui était au départ une mesure d'incitation – est devenue obsolète. De fait, parmi vos propositions, figure l'accompagnement de patients par des travailleurs sociaux, par des diététiciens, etc. Or les diététiciens ne sont pas remboursés. Ces auxiliaires médicaux, tout comme les psychologues, ne sont pas cotés. Ainsi, la T2A ne s'adapte pas, pour une part, à l'activité en HAD.

Il faudrait donc s'assurer qu'une fois l'agrément obtenu, l'ARS accorde les financements qui vont avec. Les établissements de santé, privés ou publics, assurent, dans l'hospitalisation proprement dite, des services d'accompagnement qui font partie de l'enveloppe globale finançant les activités de l'établissement. Mais une fois à domicile, le patient ne peut pas compter se faire rembourser des frais engagés pour les prestations assurées par le professionnel qui se déplacerait chez lui. Cela rejoint les préoccupations que l'on peut nourrir pour les personnes qui ont davantage de difficultés à joindre les deux bouts. C'est aussi pour cela que l'HAD est parfois compliquée à mettre en place.

Madame la rapporteure, je vous laisse la parole pour répondre à toutes les remarques et questions.

**Mme la rapporteure.** Vous avez raison de dire « toutes » les remarques et questions, car elles sont nombreuses. Cela montre tout l'intérêt que suscite l'hospitalisation à domicile.

Monsieur Morange, je vous remercie pour vos félicitations, ainsi que ceux qui ont bien voulu se prêter au même exercice, au point que c'en était presque gênant...

Vous avez remarqué que la carence des informations était extrêmement handicapante pour faire des recommandations extrêmement précises, et que les vingt recommandations qui ont été proposées ne pouvaient pas être séparées les unes des autres. De fait, il faut absolument les prendre dans leur ensemble pour pouvoir avancer. Car l'hospitalisation à domicile peut évoluer dans son activité, de façon plus importante qu'aujourd'hui.

Vous avez insisté plus particulièrement sur l'idée que l'HAD ne devait absolument pas être en concurrence avec les autres formes de services à domicile. Or c'est tout de même ce qui se passe aujourd'hui, comme les différentes personnes que nous avons reçues nous l'ont dit. Pour notre part, nous souhaitons vraiment que l'HAD et les services de soins à domicile soient complémentaires. C'est essentiel, et l'on y parviendra si l'on suit les recommandations de notre rapport.

Madame Clergeau, vous avez indiqué que ce rapport servirait de référence. J'espère qu'effectivement il servira de référence pour aller plus loin. Il faudra, notamment, prendre les arrêtés, les décrets, voire les lois qui seront nécessaires pour pouvoir espérer une hospitalisation à domicile digne de ce nom.

Vous souhaitez que nous nous retrouvions sur la traduction de ces recommandations, dans des amendements. C'est un souhait que nous pouvons tous partager... en espérant que ces amendements seront ensuite adoptés.

Madame Le Callennec, vous nous avez demandés si l'on pouvait évaluer dès à présent les intentions du ministère en matière de tarification. Aujourd'hui, c'est impossible dans la mesure où le ministère n'a pas eu vent de ce rapport. Sans doute est-il au courant de son existence, mais je n'ai jamais parlé de son contenu avec lui. Notre rapport vivra sa vie, comme il se doit. Bien évidemment, j'entrerai en relation avec le ministère pour que nos recommandations puissent être mises en place de façon concrète.

Monsieur Richard, vous avez dit que l'HAD avait de la peine à se développer, et qu'il était nécessaire de coordonner les services, et vous vous êtes demandé si la reconnaissance de l'HAD permettrait d'augmenter son activité.

Vous m'avez interrogée sur l'étude de la tarification et sur les travaux de collecte des données. Nous attendons la réforme de la tarification. En effet, les travaux de collecte des données auprès des structures d'HAD sont en cours. Des éléments plus précis nous permettraient d'aller vers une tarification autre que l'actuelle tarification à l'acte.

Enfin, comme d'autres députés, vous avez insisté sur le rôle de la famille du patient. Ce rôle est en effet essentiel : sans famille, sans aidant familial, on ne peut absolument pas mettre en place d'HAD.

J'en profite pour rappeler que si l'hospitalisation à domicile est une discipline à part entière, c'est aussi un mode de prise en charge qui n'est pas fait pour des maladies chroniques, mais pour des pathologies évolutives, que l'issue soit favorable ou, hélas, défavorable – en cas de soins palliatifs.

Monsieur Cléreaux, vous vous êtes intéressé à ce qui se passait à l'étranger et vous avez dit que, selon la Cour des Comptes, l'HAD pouvait y représenter 5 % de l'activité hospitalière.

Je peux vous citer deux exemples particuliers hors de l'Europe, développés par la Cour des Comptes : d'une part, l'Australie ; d'autre part, les États-Unis, notamment pour les vétérans qui bénéficient d'un régime de sécurité sociale particulier. Là-bas, l'HAD est vraiment en pointe, notamment dans le cadre de la sortie des urgences. Ce n'est pas parce que l'on va aux urgences que l'on est automatiquement dirigé sur un service intra-hospitalier ; on peut l'être vers l'HAD. Cela étant, je ne suis pas allée voir sur place comment cela se passait. Est-ce que l'on s'assure de la présence de la famille et des conditions de logement ? Est-ce que l'on vérifie sa composition et son accessibilité ? Je n'en sais pas plus que ce que je peux vous en dire aujourd'hui.

Monsieur Door, je n'ai pas bien compris votre intervention sur les professionnels libéraux, qui se référait à la recommandation n° 17. Je souhaiterais que vous m'en reparliez.

Ensuite, les petites structures ne sont pas toutes à jeter. Certaines fonctionnent bien. D'autres non, pour des raisons financières. Il arrive qu'elles n'aient pas assez de malades à prendre en charge ; or, quel que soit le nombre des patients, il faut rémunérer les salariés. Il arrive aussi qu'il faille aller loin, à trente, quarante, cinquante ou soixante kilomètres, pour aller faire un soin ; or le temps de trajet qu'il faut rémunérer n'est pas pris en compte dans la tarification à l'acte.

Enfin, les structures d'HAD étant des établissements de santé à part entière, elles doivent faire partie des GHT. Je vise la coordination, non seulement entre les établissements de santé publics ou privés, mais aussi avec les services à domicile – prestataires de santé et services de soins. Sans cette coordination, on n'arrivera jamais à avoir de véritable HAD.

Madame Khirouni, vous avez suggéré que l'on expérimente l'HAD, par exemple pour la chimiothérapie, sur certains territoires. Je vous rassure : la chimiothérapie est l'un des domaines les plus pris en compte en HAD. On a donc déjà dépassé le stade de l'expérimentation. Certaines disciplines, comme les soins palliatifs ou les chimiothérapies, sont les plus représentées en HAD.

Monsieur Perrut, vous avez parlé vous aussi de la coordination et de la non-concurrence entre les différents services. Vous avez demandé si l'on disposait d'un état des structures existantes, de leur nombre, etc. Pour ces informations, vous pouvez vous référer au rapport de la Cour des Comptes, dont je n'ai pas repris à dessein le constat fait pour ne pas alourdir le mien, ainsi qu'au site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Par exemple, dans le rapport de la Cour des comptes, vous retrouvez des données telles que le nombre de journées d'hospitalisation par structure, ou le nombre de structures effectuant plus de 100 000 journées d'hospitalisation.

Monsieur Sébaoun, vous avez parlé des référentiels. Je signale que toutes les pathologies peuvent être prises en charge en HAD et que les référentiels concernent davantage la charge en soins ou la technicité des soins que les pathologies.

Maintenant, on souhaiterait parfois disposer de référentiels beaucoup plus précis, qui permettraient de savoir, pour telle catégorie de patients ayant besoin de telle prise en charge, s'il faut recourir à une HAD ou à un service de soins à domicile. C'est possible, et on nous l'a



confirmé. Mais cela suppose que l'on arrive à distinguer les deux, et que l'on collecte des données un peu plus précises. Pour l'instant, peu d'établissements ont répondu à l'ATIH. On devrait en être aujourd'hui à 22... sur 309. On peut d'ailleurs s'interroger sur la capacité des établissements à répondre.

Monsieur Dord, vous appelez de vos vœux un statut pour les aidants. Je rappelle simplement qu'en HAD, les durées de traitement sont limitées. La situation n'est pas la même que celle des aidants qui s'occupent en continu de personnes âgées à domicile, qui peuvent vivre très longtemps. Néanmoins, je suis persuadée qu'il faut absolument soutenir les aidants, qui sont indispensables.

Monsieur Viala, vous craignez que le développement de l'HAD se fasse au détriment des hôpitaux de proximité. Non, c'est l'inverse. Et quand je dis que l'HAD doit être adossée à des établissements de santé du territoire, c'est bien pour conforter ceux-ci.

Il y a deux catégories de petites structures. D'abord, celles qui sont complètement autonomes, et qui se trouvent souvent en difficulté. Ensuite, celles qui sont adossées aux hôpitaux – ou même, qui sont un des services de l'hôpital. Malgré leur petite capacité, elles s'en sortent beaucoup mieux que les autres, hormis quelques difficultés qui sont générales à toutes les structures. Il faut donc absolument conserver nos hôpitaux de proximité.

Monsieur Bapt, la dialyse fait partie des soins chroniques. Elle ne relève pas de l'HAD. Ce sont des prestataires de santé à domicile qui s'en occupent. J'ai donc exclu la dialyse de l'étude qui a été faite.

Madame Bouziane, vous avez parlé de l'aide à domicile et de la solvabilisation, notamment de certaines associations. J'observe que cela relève davantage de la prise en charge de la dépendance et des personnes en situation de handicap, que de l'hospitalisation à domicile. Cela étant, les services d'aide à domicile interviennent assez souvent en complément de l'HAD.

Ensuite, le problème de la solvabilisation, notamment des associations d'aide à domicile, se traite au niveau de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Je peux d'ores et déjà vous indiquer que la secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie a annoncé il y a quinze jours à la CNSA que 25 millions d'euros ont été débloqués pour l'aide et le soutien financier des associations d'aide à domicile.

Monsieur Lurton, votre intervention concernait, comme celle de M. Bapt, la dialyse à domicile. J'ai donc déjà répondu.

Madame la présidente, vous avez parlé de la frontière qui existe entre le maintien à domicile et l'hospitalisation à domicile. Cette frontière est assez ténue dans l'esprit des patients et du grand public, et c'est bien pourquoi nous avons besoin de ces fameux référentiels pour arriver à séparer les deux types de services.

Vous avez également parlé d'activités plus sociales, d'activités paramédicales ou médicosociales, assurées notamment par les assistances sociales ou les diététiciens lors de l'hospitalisation. Il est bien évident que la tarification à l'acte ne peut pas répondre à ces frais supplémentaires, et qu'il va falloir réfléchir à la façon de les prendre en charge – ne serait-ce que par l'institution d'un forfait supplémentaire lorsque l'intervention de ces personnes ne

peut pas faire l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale. En effet, le rôle de ces personnes est absolument indispensable.

En dehors de cela, il est possible de mettre en place des coordinations avec les services sociaux ou les services de prévention. Ces actes, qui peuvent venir en complémentarité des services de HAD, ne font pas l'objet d'une tarification. Mais cela se fait, pour ainsi dire, service par service. Il n'en reste pas moins qu'il faudrait intégrer les interventions de ces personnes dans les services rendus par l'HAD.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Door, je vous invite à préciser votre question.

**M. Jean-Pierre Door.** Madame Huillier, vous écrivez dans votre rapport que la dégradation de l'HAD auprès des professionnels libéraux n'est pas dénuée de raisons objectives. Qu'entendez-vous par « raisons objectives » ? Est-ce que cela signifie que les professionnels libéraux n'acceptent pas la HAD et se tiennent en dehors ? Cette formulation entretient un certain doute.

Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, il me semble légèrement maladroit d'écrire que les professionnels libéraux pourraient se mettre à l'écart de la HAD. C'est un peu regrettable, surtout à un moment où l'on souhaite voir s'opérer un rapprochement entre les différentes structures de santé publiques ou privées, et les médecins libéraux.

Si j'avais été présent lors de l'examen du projet de rapport par la MECSS, j'aurais probablement demandé que l'on supprime cette phrase.

**Mme la rapporteure.** Nous nous sommes basés sur ce que les représentants des médecins, du moins certains, nous avaient dit, à savoir qu'ils voulaient s'intéresser à l'HAD et la prescrire mais qu'ils n'avaient pas pu le faire pour certaines raisons – que l'on explique plus loin dans le rapport.

**Mme Chaynesse Khirouni.** Je me suis peut-être mal fait comprendre. Ma question concernait à la fois les objectifs de progression de l'HAD et le fait que nous avons du mal à mener de front l'ensemble de vos recommandations pour toutes les pathologies. D'où mon interrogation : n'est-il pas possible d'identifier un certain nombre de pathologies, de permettre à certains territoires de mettre en œuvre l'ensemble de vos recommandations et éventuellement, au vu de l'expérimentation menée, d'étendre celles-ci à l'ensemble du territoire ?

**Mme la rapporteure.** Je comprends mieux.

Les référentiels devraient permettre d'apprécier la charge en soins. Ensuite, cette charge en soins peut très bien se décliner par pathologie. Ce serait peut-être plus facile de procéder ainsi. Mais j'en doute un peu, parce que ce n'est pas ce qui nous a été dit.

Il faut donc déjà que l'on ait davantage de référentiels sur la complexité et la technicité des actes pour chaque pathologie. Certains services sont spécialisés pour la cancérologie, d'autres sur les soins palliatifs, d'autre encore sur les prématurés. Pourquoi ne pas procéder ensuite à des expérimentations sur certains services d'HAD ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Merci, madame la rapporteure, pour ce travail qui sera utile à notre système de santé, et qui a été salué par l'ensemble de nos

collègues. Monsieur Jean-Pierre Door, j'ai relu la phrase que vous avez commentée : je ne la comprends pas comme vous. Mais cela reste une remarque.

Merci à nos deux coprésidents d'avoir mené cette MECSS de bout en bout en maintenant un total consensus.

*La Commission autorise, à l'unanimité, la publication du rapport de la MECSS sur l'hospitalisation à domicile.*

**Mme la rapporteure.** Mes chers collègues, je vous remercie pour votre confiance. Et je terminerai en saluant les deux coprésidents de la MECSS, qui m'ont soutenue tout au long des auditions.

*La séance est levée à seize heures vingt-cinq.*



### **Information relative à la Commission**

*La Commission des affaires sociales a désigné, en application de l'article 146-3 du Règlement, **Mmes Monique Iborra, Dominique Orliac et Geneviève Levy**, membres participant à l'évaluation de la politique en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes réalisée par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques.*

## **Présences en réunion**

### **Commission des affaires sociales**

#### **Réunion du mardi 19 juillet 2016 à 15 heures**

*Présents.* – M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, Mme Kheira Bouziane-Laroussi, M. Gérard Cherpion, M. Stéphane Claireaux, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Joëlle Huillier, M. Michel Issindou, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, Mme Marie-Thérèse Le Roy, M. Gilles Lurton, M. Pierre Morange, M. Bernard Perrut, M. Arnaud Richard, M. Gérard Sebaoun, M. Arnaud Viala

*Excusés.* – Mme Gisèle Biémouret, M. Philip Cordery, Mme Dominique Orliac, M. Jean-Sébastien Vialatte

*Assistaient également à la réunion.* – M. Guillaume Chevrollier, M. Lionel Tardy