

observatoire
hospitalisation privée



Étude

de la chirurgie ambulatoire
et de l'hospitalisation à domicile
dans la branche de l'hospitalisation privée



Rapport complet

2017



Sommaire

Liminaire :	3
Contexte et objectifs de l'étude	3
Partie I. État des lieux de l'hospitalisation à domicile dans la branche de l'hospitalisation privée	5
1. Présentation de l'HAD en France et dans l'hospitalisation privée	6
1.1 Une structure à l'interface entre soins hospitaliers et de ville, récemment reconnue comme hospitalisation à part entière	7
1.2 Un cadre réglementaire précisé, une montée en charge limitée	10
1.3 Les établissements de l'HAD de l'hospitalisation privée	12
1.4 Des spécificités de fonctionnement bien distinctes selon le statut juridique de l'HAD.....	15
2. Métiers et compétences de l'HAD	17
2.1 Composition des équipes et organisation du travail.....	18
2.2 Besoins d'emploi et de compétences.....	26
3. Perspectives et enjeux d'emploi	31
3.1 Perspectives de développement.....	32
3.2 Préconisations d'action pour la branche.....	35
III. État des lieux de la chirurgie ambulatoire dans la branche de l'hospitalisation privée	36
1. Présentation de la chirurgie ambulatoire en France et dans l'hospitalisation privée	37
1.1 Présentation du cadre réglementaire	38
1.2 Historique des politiques publiques de promotion.....	40
1.3 L'activité de chirurgie ambulatoire dans les MCO de l'hospitalisation privée	44
2. Métiers et compétences de la chirurgie ambulatoire.....	46
2.1 Composition des équipes et organisation du travail.....	47
2.2 Besoins d'emploi et de compétences.....	51
3. Perspectives et enjeux d'emploi	57
3.1 Perspectives de développement.....	58
3.2 Préconisations d'action pour la branche.....	63

Liminaire :

Contexte et objectifs de l'étude

► **Sujet d'étude : la chirurgie ambulatoire et l'HAD dans l'hospitalisation privée**

La chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile correspondent à deux modes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète. Si leur développement dans l'offre de soins, et plus particulièrement dans l'hospitalisation privée, ne connaît pas le même degré d'avancement, les enjeux et problématiques soulevés par l'essor de ces deux types de prise en charge soulèvent des enjeux et des problématiques en partie communs.

Ces deux prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète sont aujourd'hui promues pour répondre à deux objectifs : l'un médical – l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à travers une organisation optimisée et mieux maîtrisée, la réduction des infections nosocomiales... –, et l'autre économique – la réduction des coûts associés à l'hospitalisation, grâce à la diminution des dépenses directes (réduction d'effectifs et de charges...), mais aussi à des effets induits (réorganisations de la chirurgie conventionnelle...).

► **Objectif : identifier les enjeux d'emploi-compétences associés à ces deux modes de prise en charge**

Dans le cadre de ses missions, l'Observatoire de l'hospitalisation privée souhaite disposer d'un état des lieux détaillé de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile dans les établissements de la branche.

En effet, bien qu'il s'agisse d'un phénomène introduisant et accompagnant des changements d'envergure au sein des établissements de l'hospitalisation privée (réduction des durées de séjours, organisation des plateaux techniques, investissements en matériel, liens avec l'aval...), le développement des prises en charge ambulatoires et à domicile reste encore peu exploré dans ses impacts en termes d'emploi et de compétences.

De plus, si les objectifs de développement fixés par les politiques nationales de santé ont été atteints en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, les structures HAD peinent à se développer dans l'ensemble de la santé, et plus particulièrement dans l'hospitalisation privée. L'étude devra donc évaluer le potentiel à venir de ces deux types d'activité au sein de l'hospitalisation privée. Cette réflexion sera accompagnée de pistes d'action pour la branche afin d'accompagner au mieux les problématiques actuelles et les évolutions à venir.

► **Méthodologie d'étude**

La démarche d'étude est structurée en deux phases. La première vise à dresser un état des lieux de la chirurgie ambulatoire et de l'HAD dans les établissements de l'hospitalisation privée. L'analyse proposée est dynamique dans le temps, afin de décrire les évolutions de ces deux types de prise en charge depuis une dizaine d'années, en les réinscrivant dans les évolutions plus globales des établissements. Elle est également comparative, afin de mettre à jour les spécificités du développement de la chirurgie ambulatoire et de l'HAD dans l'hospitalisation privée par rapport aux secteurs public et associatif.

La seconde phase de l'étude est consacrée au diagnostic partagé sur les problématiques, dont découleront des préconisations et des perspectives de développement de ces deux types de prise en charge dans l'offre des établissements de l'hospitalisation privée.

L'étude aboutit à un rapport d'étude complet, dans lequel les analyses sont détaillées indépendamment pour chaque volet (chirurgie ambulatoire / HAD). Il est accompagné d'une annexe qui présente les monographies qui ont été réalisées en établissement.

Partie I.

État des lieux de l'hospitalisation à domicile dans la branche de l'hospitalisation privée

1. Présentation de l'HAD en France et dans l'hospitalisation privée

À retenir

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, continus et coordonnés** qui ne peuvent être prodigués qu'en établissement de santé (en raison de leur technicité ou de leur intensité, ils ne peuvent pas être délivrés par des professionnels de ville).

En assurant des soins hospitaliers continus et coordonnés à domicile, la prise en charge par l'HAD a pour effet **d'éviter ou de diminuer** la durée d'une hospitalisation avec hébergement.

Pour cela, l'HAD joue un double rôle : délivrer des **soins** au domicile du patient, et **coordonner** l'ensemble des interventions auprès du patient (professionnels libéraux, hospitaliers, associatifs...). Dans son fonctionnement, l'HAD s'appuie sur une équipe de **coordination** pluridisciplinaire et médicalisée, la responsabilité du suivi médical restant au médecin traitant de chaque patient.

L'hospitalisation à domicile est reconnue comme un mode d'hospitalisation **à part entière** depuis 2009. Cette reconnaissance institutionnelle majeure impose dans le même temps des contraintes très élevées : les établissements d'HAD doivent respecter toutes les dispositions du code de la santé publique, dont la continuité des soins, le circuit des médicaments, le dossier médical informatisé, la prévention des risques...

Si elle a vocation à s'y substituer, l'hospitalisation à domicile ne peut pas être assimilée à une hospitalisation complète. En effet, elle n'héberge pas le patient et n'assure ni la présence permanente, ni les moyens techniques et humains d'un établissement de santé classique. En revanche, l'HAD intègre des **préoccupations différentes** : l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les autres intervenants...

Plus de dix ans après la suppression des règles de planification et de tarification qui entravaient son **développement**, l'HAD paraît mieux fondée juridiquement mais reste un mode de prise en charge **marginale** dans l'offre de soins. Les prises en charge sont concentrées sur un nombre réduit d'actes, et le maillage infra-départemental reste à renforcer. Partant de ce constat, les pouvoirs publics ont mis en place une stratégie globale et fortement pilotée de développement de l'HAD à travers une circulaire du 4 décembre 2013.

Avec 14% des journées réalisées, la position de **l'hospitalisation privée** dans l'offre d'HAD apparaît nettement minoritaire devant le privé non lucratif puis le public. Cette offre privée commerciale s'est développée surtout sur les **années 2005-2009**, avec des inégalités de couverture du **territoire national** : son implantation est plus conséquente au sud du pays. Comme le secteur public, l'hospitalisation privée porte des structures de **taille moyenne plus faible** que dans le secteur privé non lucratif, fortement spécialisé sur ce type d'offre.

1.1 Une structure à l'interface entre soins hospitaliers et de ville, récemment reconnue comme hospitalisation à part entière

► L'HAD dispense des soins lourds, substituables aux soins dispensés en établissement classique et distincts des soins de ville.

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 continus, complexes, et coordonnés, que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer. Ces soins sont trop complexes, trop intenses ou trop techniques pour être réalisés en ville.

« L'hospitalisation à domicile est chargée d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » (Circulaire du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile¹)

En assurant des soins hospitaliers continus et coordonnés à domicile, l'HAD est d'abord un substitut à une prise en charge en établissement de santé, qu'il soit MCO, soins de suite et de réadaptation, ou psychiatrique : en l'absence de prise en charge par l'HAD, les patients seraient hospitalisés dans un établissement classique. Sa place dans le parcours de soins correspond à deux situations : soit l'HAD prend en charge des patients à la suite d'une hospitalisation conventionnelle, dont elle raccourcit la durée ; soit elle prend en charge des patients directement à leur domicile en leur évitant une hospitalisation conventionnelle.

Pour cela, l'HAD joue un double rôle : délivrer des soins au domicile du patient, et coordonner l'ensemble des interventions auprès du patient (professionnels libéraux, hospitaliers, associatifs...).

Les établissements d'HAD ont une vocation polyvalente. En d'autres termes, ils peuvent répondre à l'ensemble des besoins de la population couverte relevant de l'HAD. Une fraction d'entre elles (parmi les plus anciennes) détient toutefois une autorisation spécialisée (en périnatalité, en rééducation ou en psychiatrie). Ils sont autorisés sur un territoire déterminé par l'ARS. L'HAD compétente pour accompagner un patient est déterminée par le domicile de ce dernier.

Les établissements d'HAD, considérés comme des établissements de santé depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires², en assument donc toutes les obligations, notamment en matière de sécurité et de qualité (produits de santé et leur approvisionnement, dossier médical informatisé...), de continuité des soins et de respect des droits des patients. Ils mettent en œuvre la lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur, la prévention des risques. Ils sont certifiés par la haute autorité de santé (HAS) dans les mêmes conditions que les établissements hospitaliers classiques.

Bien que statutairement établissements de santé à part entière, les HAD proposent une prise en charge qui ne saurait toutefois être intégralement assimilée à un séjour à l'hôpital, avec des missions, des moyens, des

¹ Circulaire N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, consultable sur le site Legifrance.gouv.fr : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_14766.pdf

² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, consultable sur le site Legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

possibilités et des contraintes spécifiques. L'HAD représente donc une structure hybride destinée à jouer un rôle de « moule » entre les prises en charge en établissement conventionnel et les soins de ville.

« Si l'HAD n'assure pas l'intégralité des missions et prestations d'un établissement d'hospitalisation, en revanche elle prend en compte les contraintes imposées par le domicile, devenu le lieu des soins, sans rien concéder aux impératifs de qualité et de sécurité des soins incombant à tout établissement de santé. Ce statut exigeant, ainsi que la complexité, l'intensité, la technicité et la continuité des soins qu'elle met en œuvre et l'équipe pluridisciplinaire coordonnée et médicalisée qu'elle mobilise, la distinguent des interventions au domicile du secteur ambulatoire et des services médico-sociaux. » (Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD³).

► **Point de rencontre entre la médecine hospitalière et de ville, l'HAD met en place une mixité médicale entre le médecin coordonnateur d'HAD et le médecin traitant de chaque patient.**

Les conditions de fonctionnement des structures d'HAD sont encadrées réglementairement. La nature des locaux et leurs fonctions sont prévues dans le code de la santé publique⁴. La composition de l'équipe l'est également.

En effet, les textes⁵ prévoient la présence d'une équipe de coordination, obligatoirement salariée de l'établissement. Cette équipe est constituée :

- d'un médecin coordonnateur, qui organise le fonctionnement médical de l'établissement – ses missions sont décrites dans une circulaire de 2006⁶ ;
- d'un cadre infirmier, qui coordonne les interventions des personnels non médicaux.

En outre, chaque établissement HAD doit comporter au moins un cadre infirmier pour trente places autorisées. Par ailleurs, l'établissement doit disposer en permanence d'au moins un agent (auxiliaire médical ou rééducateur) pour six patients pris en charge, et au moins la moitié du personnel autre que les médecins exprimé en équivalent temps plein doit être constitué d'infirmiers.

Les personnels intervenants peuvent être salariés de l'établissement, salariés d'une autre personne morale ayant passé convention avec cet établissement, ou d'exercice libéral (lorsque ce mode d'exercice est possible).

La mixité du suivi médical fait partie des spécificités de l'hospitalisation à domicile. En effet, le médecin traitant reste responsable de la prise en charge médicale des patients admis en HAD : lors de ses visites, il dispense des soins de façon périodique, assure le suivi médical et la surveillance des soins, et constitue, à ce titre, le pivot de l'organisation d'une HAD.

L'HAD assume la fonction de coordination des différents intervenants médicaux et paramédicaux, à partir d'un protocole de soins personnalisé. Cette fonction de coordination est principalement incarnée par le médecin coordonnateur : référent médical de l'établissement ou du service, il n'intervient pas, en principe, en prescrivant ou en délivrant des soins ; il participe à la décision d'admission et de sortie du patient ; il est le

³ Circulaire DGOS/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile, consultable sur le site Legifrance.gouv.fr : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf

⁴ Article D6124-307 du code de la santé publique, consultable sur le site Legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022068955&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110805&categorieLien=id>

⁵ Article D6124-308 du code de la santé publique, consultable sur le site Legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026306030&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

⁶ Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, consultable sur le site Legifrance.gouv.fr : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7220.pdf

garant du respect des protocoles de soins ; il coordonne les échanges d'informations entre professionnels en interne et en externe et forme les équipes.

Définition réglementaire des missions du médecin coordonnateur de l'HAD

Il est le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur.

Il émet un avis médical signé pour toute admission d'un patient dans la structure d'HAD. Il s'appuie pour cette décision médicale sur le protocole de soins qu'il signe après que ce protocole a été préalablement élaboré et validé en totale concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant et au regard de l'enquête médico-sociale. Il signe la sortie du patient de la structure d'HAD après décision prise conjointement avec le médecin traitant.

Il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence absolue mais il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins, dont, en qualité de signataire, il est responsable du stade de l'élaboration aux évolutions éventuelles qui peuvent y être apportées.

Il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient.

Il a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante.

Il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans les traitements du malade, et les informe de tout élément pouvant leur être utile.

Il coopère avec les services sociaux qu'ils appartiennent à la structure ou non, afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux d'un accompagnement personnalisé.

Il coordonne et participe à l'évaluation de la qualité du service d'HAD.

Il participe aux décisions stratégiques de la structure.

Dans le cadre de la T2A, il est responsable de la qualité de la saisie de l'information médicalisée.

Il organise le fonctionnement médical de la structure. À ce titre :

- il anime et coordonne l'ensemble des services médicaux, paramédicaux et biomédicaux ;
- il étudie et propose les améliorations utiles à l'équipement du service et à son fonctionnement ;
- il propose les orientations médico-sociales dans lesquelles le service pourrait s'investir et définit les moyens nécessaires à leur mise en œuvre ;
- il participe à la demande de la direction, en tant que représentant médical du service, aux instances de l'établissement ainsi qu'aux différentes commissions départementales, régionales ou nationales concernant l'HAD ;
- il impulse une politique du médicament en coopération avec le pharmacien et, en l'absence de ce dernier, peut être amené à gérer la dotation pharmaceutique de la structure ;
- il assure le suivi des objectifs médicaux, et effectue des évaluations régulières des modes de prise en charge ;
- il établit chaque année un rapport retraçant les activités médicales de la structure ;
- il participe auprès du directeur de l'établissement à la définition du projet d'établissement, donne son avis et est force de proposition ;
- il assiste le directeur de l'établissement dans ses négociations avec les organismes de tutelle et veille au maintien des relations avec les médecins-conseils des organismes dont dépend la structure. »

(Circulaire du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile⁷)

⁷ Circulaire du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, déjà citée.

1.2 Un cadre réglementaire précisé, une montée en charge limitée

► Les incitations réglementaires, qui expliquent l'essor notable des HAD dans les années 2000, se renforcent à partir de 2009.

L'HAD est apparue au milieu des années 1950 sans aucun cadre juridique, à l'initiative de médecins convaincus de l'intérêt de ce mode de prise en charge importé des États-Unis, puis a été reconnue réglementairement par la loi hospitalière du 30 décembre 1970. Son développement était toutefois limité par la planification sanitaire : pour créer une place d'HAD, l'établissement porteur de projet devait supprimer deux places d'hospitalisation complète. Cette règle du taux de change a constitué un frein assez considérable à ce mode de prise en charge.

En 2003, la suppression de cette règle, ainsi que la modification du cadre tarifaire concernant cette activité, ont conduit à un essor considérable de l'HAD dans les années qui ont suivies. Alors qu'il existait moins d'une soixantaine d'HAD il y a quinze ans, leur nombre a atteint la centaine en 2005 pour dépasser les 300 en 2015. Le nombre de journées d'HAD, qui avoisinait 1,5 million en 2002, a doublé en cinq ans.

D'autres dispositions sont venues compléter le cadre réglementaire applicable à l'activité d'HAD. Ainsi, depuis 2007, les HAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)⁸. En 2009, la loi HPST⁹ a conféré aux structures d'HAD le statut d'établissements de santé. En 2013, constatant le poids marginal de l'HAD dans l'offre de soins en dépit de ces dispositions, les pouvoirs publics ont mis en place une stratégie globale et fortement pilotée de développement de l'HAD¹⁰.

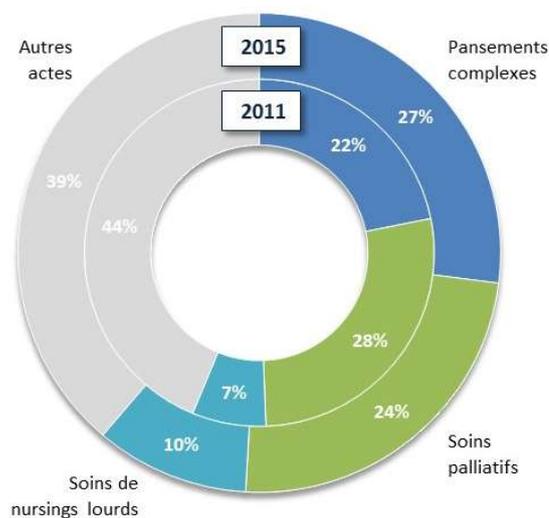
► L'activité d'HAD reste modeste, fortement spécialisée sur un nombre limité d'actes.

Plus de dix ans après la suppression de la règle du taux de change et du cadre tarifaire, l'HAD paraît mieux fondée juridiquement mais reste toutefois un mode de prise en charge marginal dans l'offre de soins : avec un peu plus de 4 millions de journées, elle représente 1,3% des séjours en hospitalisation complète¹¹.

Les HAD prennent en charge une palette restreinte d'actes. Trois types de prises en charge concentrent les deux-tiers des journées d'HAD dispensées en 2015 : les pansements complexes, les soins palliatifs, et les soins de nursings lourds. Parmi les autres actes fréquemment réalisés, figurent la nutrition entérale, les traitements intraveineux, la surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse, l'assistance respiratoire...

Au cours des années récentes, la spécialisation des HAD autour de ces quelques prises en charge tend à se renforcer : la part des pansements complexes et des soins de nursings lourds a progressé.

Répartition des actes pris en charge en établissement HAD (en nombre de journées) en 2015 et en 2011



Source : Atih, 2015

⁸ N° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social, consultable sur le site Legifrance.gouv.fr : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf

⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, déjà citée.

¹⁰ Circulaire DGOS/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013, déjà citée.

¹¹ Source : Atih, indicateurs de la circulaire du 4 décembre 2013, année 2015.

1.3 Les établissements de l'HAD de l'hospitalisation privée

► L'hospitalisation privée occupe une position marginale dans l'offre nationale d'HAD.

Selon les données de l'Atih, il existe 51 structures d'HAD rattachées à l'hospitalisation privée, soit seulement 16% des structures existantes, tandis que le secteur public et le secteur non lucratif possèdent respectivement un peu plus de 40% des structures.

En termes de capacité, il existe en France près de 14 500 places d'HAD (le nombre de places équivaut au nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par la structure). Avec 1 950 places, l'hospitalisation privée représente 14% des capacités nationales d'HAD, pour 16% des structures. Le secteur privé non lucratif concentre à lui seul 58% des capacités d'HAD, la part du secteur public s'établissant à 28%.

En termes d'activité, les HAD privés commerciaux ont réalisé environ 667 000 journées, soit 14% du nombre total de journées en HAD. Les HAD non lucratifs ont quant à eux pris en charge 60% de l'activité de HAD en France.

L'HAD en France : structures, capacités et journées d'hospitalisation en HAD selon le statut juridique

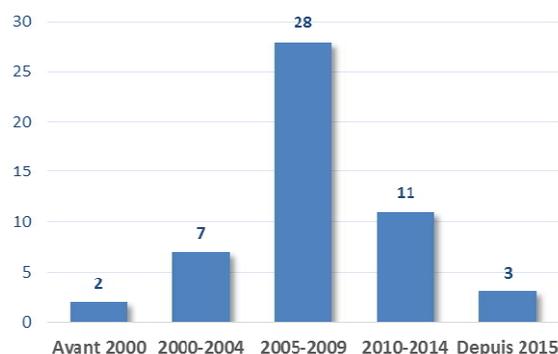
	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de journées	Nombre de patients
Statut public	125	4 048	1 200 118	32 780
Statut privé non lucratif	133	8 422	2 740 001	60 068
Statut privé commercial	51	1 949	667 371	13 037
Ensemble	309	14 419	4 607 490	105 885

Source : Atih, 2015

► L'HAD à statut privé commercial est apparue après la révision du cadre réglementaire en 2003.

Même si elle reste clairement minoritaire, la position de l'hospitalisation privée dans l'offre nationale d'HAD résulte d'un développement rapide, concentré sur la décennie 2005-2015. Cette période a vu l'ouverture de près de 40 structures sous statut privé commercial, alors qu'auparavant l'hospitalisation privée était quasiment absente sur ce segment d'offre. La mise en place d'une offre de HAD à statut privé commercial s'explique par l'assouplissement des contraintes réglementaires et la modification des modalités tarifaires intervenus en 2003.

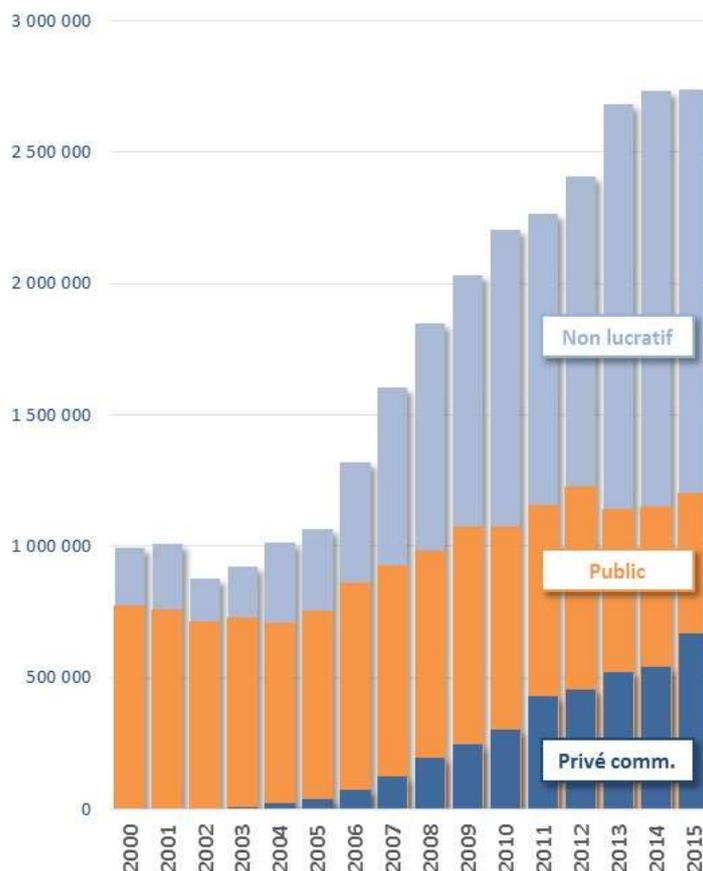
Nombre d'ouvertures d'HAD à statut privé commercial depuis 2000



Source : Répertoire Finess, 2016

Au cours de la décennie 2003-2013, l'hospitalisation privée a renforcé son poids dans l'activité d'hospitalisation à domicile, tandis que la part de marché du secteur public a reculé et que celle du secteur non lucratif s'est maintenue. Depuis trois ans, le secteur privé commercial apparaît comme le plus dynamique des trois secteurs juridiques.

Nombre de journées d'hospitalisation à domicile entre 2000 et 2015 selon le statut de l'établissement



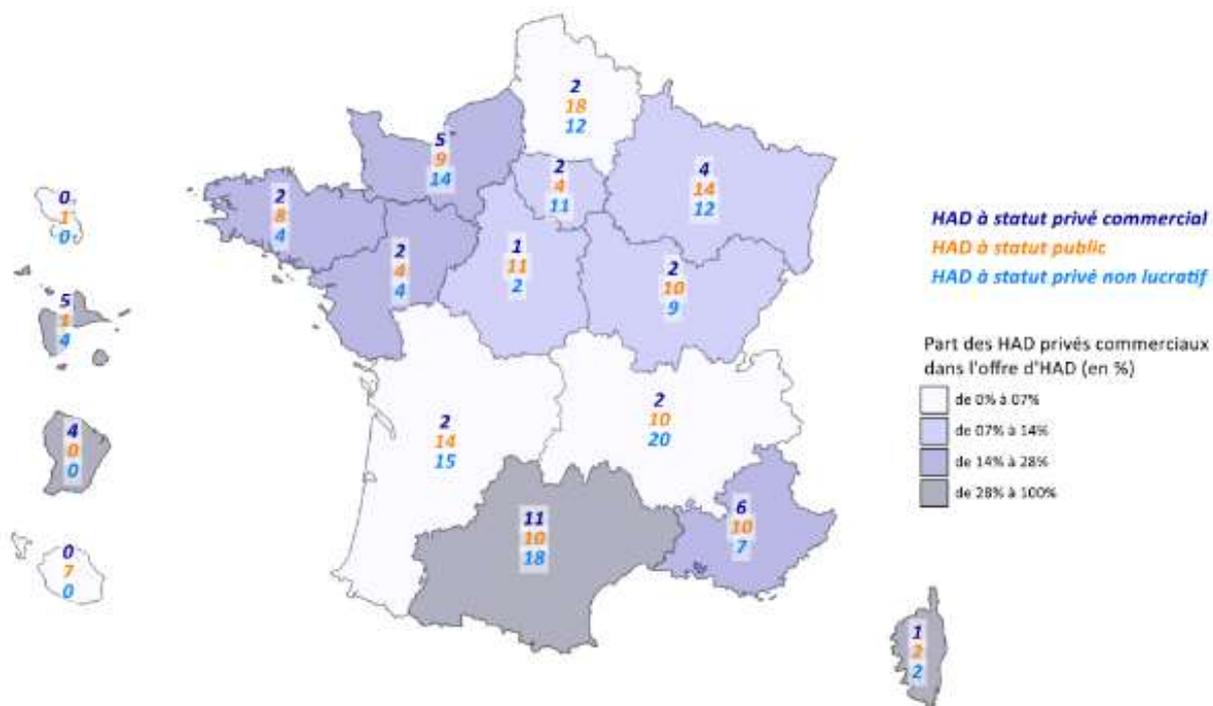
Source : Ecosanté sur données Drees de 2000 à 2012 et sur données Atih de 2013 à 2016

► La présence des HAD privés commerciaux est plus forte au sud et à l'ouest de la France.

Les établissements HAD de l'hospitalisation privée sont davantage implantés dans le sud de la France, avec une implantation le long de l'arc méditerranéen. La région Occitanie est celle qui totalise le plus de structures HAD privées commerciales (11 structures), suivie par la région Paca (11 structures). La part de marché des HAD de l'hospitalisation privée est également importante en Corse et dans certains DOM.

En revanche, leur poids est limité dans les régions les plus densément peuplées (Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France), dans lesquelles l'hospitalisation ne compte que deux structures par région.

Nombre d'établissements HAD par région selon le statut juridique en 2016



Géolocalisation des établissements HAD en France métropolitaine selon le statut juridique en 2016



Source : traitements Quadrat-études sur données SAE, 2016

1.4 Des spécificités de fonctionnement bien distinctes selon le statut juridique de l'HAD

► L'offre de HAD en France repose sur des structures de taille et de statut hétérogènes.

Les structures d'HAD possèdent des caractéristiques marquées en fonction de leur statut juridique.

- Dans le secteur privé commercial, les structures d'HAD comptent généralement moins de 30 places : la taille moyenne s'établit à 38 places par structure. En 2015, une structure d'HAD privée commerciale a réalisé un peu plus de 13 000 journées d'hospitalisation, et accompagne autour de 250 patients.
- Ces ratios moyens par structure, que ce soit en nombre de journées, de patients, ou de places, sont comparables dans le secteur public : 9 600 journées d'hospitalisation et 260 patients par structure.
- Ils sont en revanche sensiblement plus élevés dans le secteur non lucratif : plus de 20 000 journées d'hospitalisation et 450 patients en moyenne par structure. Occupant une position forte dans l'offre de soins dans ce type d'activité, le secteur non lucratif se caractérise par des structures de taille beaucoup plus importantes que dans les autres secteurs.

Une partie importante des HAD se trouve en-deçà du seuil d'activité critique de 9 000 journées par an, qui est défini dans la circulaire de 2006.

L'HAD en France : ratios moyens d'activité selon le statut juridique

	Nombre de structures	Nombre de journées	Nombre moyen de journées par structure	Nombre moyen de patients par structure
Statut public	125	1 200 118	9 601	262
Statut privé non lucratif	133	2 740 001	20 602	452
Statut privé commercial	51	667 371	13 086	256
Ensemble	309	4 607 490	14 911	343

Source : Atih, 2015

► Avec une spécialisation plus marquée dans les soins palliatifs, les HAD accompagnent des patients avec une moyenne d'âge élevée.

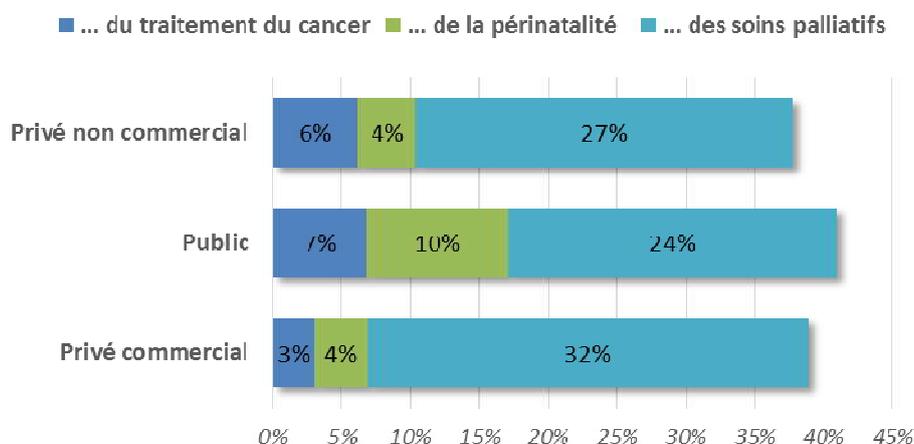
Les soins palliatifs constituent la principale activité des structures d'HAD : 27% du total des journées d'HAD en 2014. Les pansements et soins complexes représentent l'autre principal pôle d'activité, avec 24% des journées d'HAD. Les soins de nursing lourds ont concerné 10% des journées.

Cette structure de soins apparaît assez homogène en fonction du statut juridique des HAD.

Les établissements de l'hospitalisation privée se distinguent toutefois par une spécialisation encore plus marquée sur l'activité de soins palliatifs, qui représente 32% des journées d'hospitalisation et près de deux patients sur cinq. À l'inverse, ils interviennent moins dans le traitement des cancers : le poids de ce type de soins est deux fois plus faible que dans les HAD sous un autre statut.

On note par ailleurs que les établissements HAD à statut public sont davantage impliqués dans la prise en charge de la périnatalité, qui représente en moyenne 10% de leur activité contre 4% dans les HAD sous un autre statut.

Part de l'activité (en nombre de journées d'hospitalisation) en 2015 selon le statut juridique



Source : Atih, 2015

Les patients des HAD de l'hospitalisation privée présentent un vieillissement plus marqué que dans les établissements sous un autre statut : près d'un tiers (32%) des patients pris en charge dans une structure d'HAD de l'hospitalisation privée est âgé de plus de 80 ans, soit 8 points de plus que la moyenne constatée dans les secteurs public et privé non lucratif.

Selon les données de l'Atih, en 2015, 54% des établissements d'HAD sont intervenus dans un EHPAD. Ils ont pris en charge 6 600 résidents pour un volume total de 238 000 journées, ce qui représente 5% de l'activité d'HAD mesurée en journées et 6% des patients pris en charge. Les structures à statut privé commercial ont accompagné un peu plus de 700 résidents d'EHPAD, soit un poids légèrement supérieur (7%) à celui observé dans les secteurs public et privé non lucratif (5%).

► L'intervention et l'astreinte en dehors des heures ouvrables sont plus fréquentes dans les HAD privés commerciaux que dans les autres statuts.

Une majorité d'établissements HAD à statut privé commercial sont en capacité d'intervenir en dehors des jours ouvrables et à assurer une astreinte médicale – dans une proportion plus élevée que dans les HAD sous un autre statut. Comme les HAD privés non lucratifs, les HAD de l'hospitalisation privée fonctionnent moins souvent avec une équipe mobile de soins palliatifs que les HAD du public.

Le fonctionnement des établissements HAD

Part des établissements HAD...	HAD privé commercial	HAD public	HAD privé non lucratif	Ensemble
mobilisant une équipe mobile de soins palliatifs	61%	71%	59%	64%
intervenant au domicile en dehors des heures ouvrables	94%	90%	89%	90%
assurant une astreinte médicale en dehors des heures ouvrables	71%	63%	66%	66%

Source : Fiches SAE, année 2015

Quelques structures, dont deux à statut privé commercial, disent avoir mis en place des téléconsultations. La télésurveillance de certains patients apparaît dans quelques structures d'HAD, mais seulement des structures privées non lucratives (pas de structures privées commerciales).

2. Métiers et compétences de l'HAD

À retenir

L'activité d'hospitalisation à domicile emploie en 2015 un peu plus de **8 200 salariés** en équivalent temps plein. Les HAD de l'hospitalisation privée représentent 14% de cet ensemble en termes d'effectifs salariés, ce qui reflète exactement leur part de marché (elles réalisent 14% des journées d'hospitalisation privée en France).

Les HAD à statut privé, commercial ou non lucratif, fonctionnent avec un nombre restreint de **salariés** et conventionnent avec les **acteurs libéraux** de leur territoire, ce qui leur permet un meilleur maillage territorial et une plus grande souplesse de fonctionnement. Dans le même temps, la relation avec ces intervenants conventionnés apparaît comme l'une de leurs principales **problématiques**. L'équipe salariée de l'HAD doit en effet attirer des libéraux souvent très **autonomes** par culture, les former et les suivre pour garantir la **qualité** des soins prodigués aux patients pris en charge.

Entre coopération et concurrence, les HAD se heurtent également à une articulation problématique avec les **prescripteurs** et les **autres intervenants** de leur territoire.

Structures hybrides entre les soins hospitaliers et de ville, les HAD ont besoin de **compétences pointues** pour fonctionner : équipe de coordination, personnels soignants en capacité de délivrer au domicile du patient des soins techniques, équipe de pharmacie, secrétariat médical, codage et facturation... Cependant, les HAD manquent **d'attractivité** auprès des professionnels car ils constituent un cadre d'exercice exigeant, plus contraignant que l'exercice libéral.

En l'absence de formation initiale spécifique, les HAD recrutent généralement des professionnels **expérimentés** (plusieurs services hospitaliers et/ou soins de ville). Ils mettent en place des politiques actives de **formation continue** pour accompagner les personnels dans l'exercice de leur métier.

2.1 Composition des équipes et organisation du travail

► Les HAD privés fonctionnent avec une équipe salariée restreinte et un grand nombre de libéraux conventionnés.

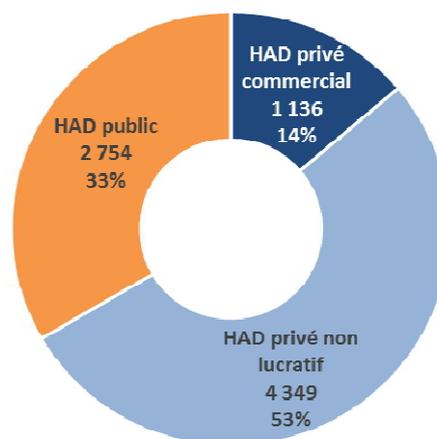
Comme on l'a vu, les établissements HAD font intervenir des professionnels sous différents statuts. En effet, à l'exception de l'équipe de coordination, nécessairement salariée de l'établissement HAD, les personnels intervenants peuvent être salariés de l'établissement, salariés d'une autre personne morale ayant passé convention avec cet établissement, ou bien d'exercice libéral (lorsque ce mode d'exercice est possible). Dans les faits, la proportion de personnel libéral versus salarié varie fortement selon les choix retenus par chaque HAD.

Tous statuts juridiques confondus, les HAD en France emploient 8 239 etp salariés (source : Fiches SAE, enquête 2015). Avec 923 etp, la branche de l'hospitalisation privée représente 14% des effectifs – un poids proportionnel à sa contribution à l'activité (les structures privées commerciales réalisent 14% du total des journées d'HAD).

S'agissant des effectifs libéraux conventionnés avec un HAD, l'enquête SAE permet de recenser en France 27 800 professionnels, dont environ 4 300 conventionnés avec un HAD de l'hospitalisation privée.

En moyenne, les HAD à statut privé commercial emploient en moyenne 18 etp salariés et sont conventionnés avec 85 professionnels libéraux. Ramenés au volume d'activité (mesuré en nombre de journées d'hospitalisation réalisées), les configurations dans le secteur privé commercial sont proches de celles du secteur privé non lucratif, le public se distinguant par une propension moindre à conventionner avec les professionnels libéraux.

Répartition des etp salariés en HAD en 2015 selon le statut juridique de l'établissement



Source : Fiches SAE, 2015

Composition des équipes des établissements HAD selon le statut juridique

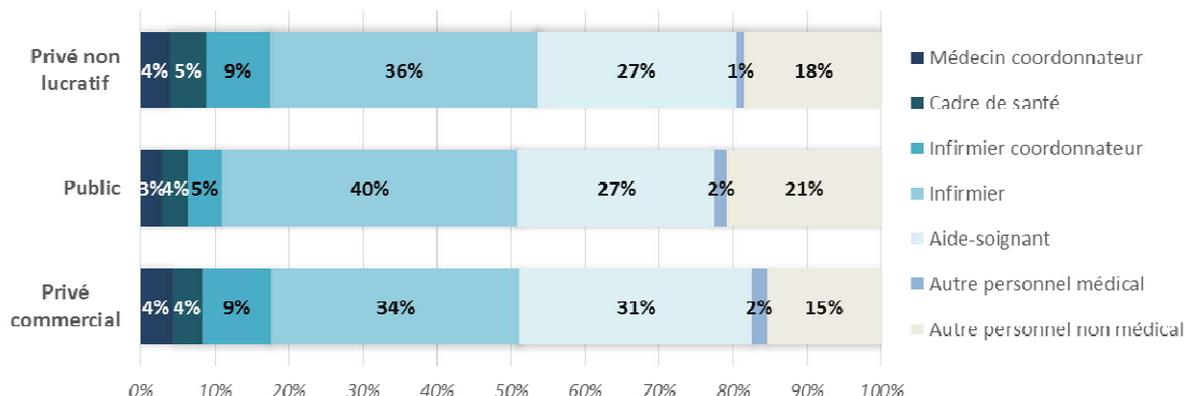
	Statut privé commercial	Statut public	Statut privé non lucratif
Nombre d'etp salariés moyen par structure	18	21	34
Nombre de libéraux moyen par structure	85	21	157

Source : Fiches SAE, 2015

► Les HAD délivrent des prises en charge hospitalières globales, les métiers sont donc très variés.

Encadrée par les textes, la composition des équipes (mesurée en etp) varie assez peu selon le statut juridique. Les équipes se composent en majorité d'infirmiers, puis d'aides-soignants, ainsi que d'autres professionnels sociaux (assistants de service social, psychologues) ou paramédicaux (rééducateurs, préparateurs de pharmacie...) et autres métiers aux effectifs plus marginaux : secrétariat médical, facturation et codage, logistique, qualité...

Répartition des etp salariés en HAD par famille de métier et selon le statut juridique de l'établissement en 2015

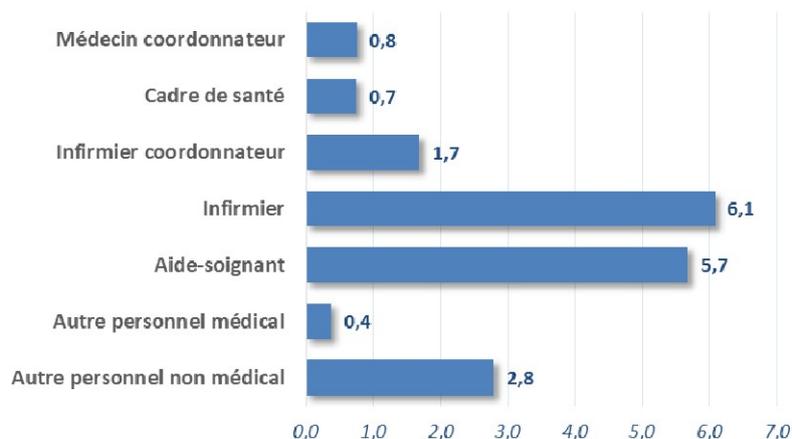


Source : Fiches SAE, 2015

En moyenne, une structure d'HAD privée commerciale emploie un peu moins d'un etp respectivement de médecin coordonnateur et de cadre de santé, près de 2 etp d'infirmiers coordonnateurs, respectivement 6 etp d'infirmiers et d'aides-soignants, 0,4 autre personnel médical (principalement pharmacien)...

Au côté de ses effectifs salariés, une structure d'HAD privée commerciale est conventionnée en moyenne avec 85,4 professionnels libéraux : 45,8 infirmiers, 24,6 masseurs-kinésithérapeutes ou autres personnels non médicaux, et 15,0 autres personnels médicaux (dont des pharmaciens) intervenant sous statut libéral.

Composition moyenne par métier d'un HAD à statut privé commercial en 2015



Source : Fiches SAE, 2015

La mixité de statut parmi les intervenants permet de concilier les avantages de ces modalités d'intervention, et d'en limiter les inconvénients. En effet, le fait de salarier les intervenants auprès des patients permet au HAD d'homogénéiser les prises en charge, mais rend plus difficile le maillage et l'ajustement à la courbe de charge. Inversement, le conventionnement avec des professionnels libéraux apporte des avantages en termes, d'une part de maillage territorial (les libéraux intervenant déjà auprès des patients avant l'admission en HAD peuvent ainsi être privilégiés), d'autre part de flexibilité par rapport à la courbe d'activité. D'un autre côté, il peut compliquer la coordination des soins et l'homogénéité de la qualité des soins prodigués.

Les établissements HAD proposent généralement des temps partiels à leurs salariés. Les intervenants en HAD exercent souvent en temps partagé avec un autre établissement de santé du territoire.

Extrait des monographies

Établissement A

- **Les caractéristiques de l'établissement et de l'activité HAD**

L'établissement, créé en 2009, est situé dans une agglomération de taille moyenne. Structure autonome à statut privé commercial, il fonctionne en partenariat avec deux établissements MCO de la région, qui sont également ses principaux actionnaires. L'établissement est orienté sur la prise en charge des soins lourds.

En l'espace de quelques années, il est devenu l'HAD principal sur son territoire, où étaient déjà implantés deux autres HAD (statut privé non lucratif et statut public). En 2015, il réalise près de 10 000 journées d'hospitalisation, soit près de 45% des journées d'hospitalisation du département. L'établissement dispose aujourd'hui de 35 places, contre 15 à sa création. Ce doublement de capacité s'est accompagné de recrutements d'IDEC et du développement de conventions avec des intervenants libéraux.

- **Le fonctionnement de l'HAD**

Pour se différencier des autres HAD du département, des choix ont été opérés au moment de la création. En premier lieu, l'HAD a choisi de s'appuyer sur des médecins coordonnateurs réalisant des consultations et des prescriptions, dont un profil expert (gériatre spécialisé en rhumatologie et en gestion de la douleur), et ce afin de proposer une plus-value médicale dans la prise en charge des patients du HAD. En second lieu, la direction a décidé de recourir exclusivement à des intervenants libéraux, ce qui permet de gérer les fluctuations importantes d'activité et de privilégier les intervenants libéraux habituels du patient. L'établissement a établi des conventions avec près de 500 IDE libéraux depuis sa création.

L'établissement compte aujourd'hui 16 salariés : 1 médecin coordonnateur, 4 IDEC, 1 cadre de santé, 2 secrétaires médicales à temps plein, 1 pharmacien de coordination, 1 préparateur en pharmacie, 2 psychologues, 1 assistant social, 1 médecin DIM, 1 facturier et 1 directeur.

Activités principales des intervenants de l'établissement HAD	
Médecin coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et prescriptions en accord ou en délégation du médecin traitant • Suivi de la prise en charge
Cadre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement en collaboration avec la direction et dans le respect des démarches qualité, hygiène et gestion des risques • Management d'équipe • Suivi des dossiers patient complexes
IDEC	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des patients • Coordination des intervenants internes et externes • Formation et évaluation des IDE libéraux
Pharmacien de coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des collaborations avec les pharmacies hospitalières et d'officine • Mise en œuvre de la politique de pharmacovigilance
Préparateur en pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la logistique des médicaments et dispositifs médicaux
Psychologue	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention auprès des patients en cas de problématiques psychologiques • Supervision de l'équipe • Animation de la démarche QVT de l'établissement
Assistant social	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention auprès des patients en cas de problématiques sociales • Lien avec les différents acteurs sociaux, juridiques... du territoire
Médecin DIM	<ul style="list-style-type: none"> • Codage des informations médicales
Facturier	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de la facturation
Secrétaire médical	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil physique et téléphonique des patients, aidants, prescripteurs • Rédaction des comptes rendus • Suivi des dossiers

Établissement B

• Les caractéristiques de l'établissement et de l'activité HAD

L'établissement, créé en 2005, est situé dans un territoire rural. Unique HAD du département, il est rattaché à un groupe à statut privé commercial qui gère 4 autres HAD en zone rurale sur le territoire national.

En 2015, l'HAD a réalisé 4 000 journées d'hospitalisation. L'établissement est confronté à d'importantes incertitudes quant au volume d'activité. Les capacités varient entre 5 et 30 lits, selon les besoins (autorisation spécifique de l'ARS du fait de la localisation de l'établissement en territoire rural). Les prises en charge sont centrées sur les soins lourds : soins palliatifs, pansements complexes, pathologies respiratoires...

• Le fonctionnement de l'HAD

Pour faire face aux fluctuations importantes de l'activité, les soins sont effectués par des intervenants libéraux conventionnés avec l'HAD. Les modalités de recours aux intervenants libéraux sont cadrées par le groupe : l'objectif est que le patient puisse conserver l'intervenant libéral habituel. En cas d'accroissement du volume d'activité, les équipes salariées sont renforcées (recours à du personnel en intérim).

L'HAD compte 7 salariés : 4 salariés à temps plein (1 responsable d'établissement, 2 IDEC, 1 secrétaire médical) et 3 à temps partiel (1 IDEC, 1 psychologue, 1 assistant-social). Un poste de médecin coordonnateur à temps partiel est à pourvoir.

Activités principales des intervenants de l'établissement HAD	
Médecin coordonnateur	<ul style="list-style-type: none">• Consultations et prescriptions en accord ou en délégation du médecin traitant• Suivi de la prise en charge
IDEC	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation des patients• Coordination des intervenants internes et externes• Formation et évaluation des IDE libéraux• Suivi hebdomadaire des patients• Gestion de la logistique des médicaments ou dispositifs médicaux
Psychologue	<ul style="list-style-type: none">• Intervention auprès des patients en cas de problématiques psychologiques• Supervision de l'équipe
Assistant social	<ul style="list-style-type: none">• Intervention auprès des patients en cas de problématiques sociales• Lien avec les différents acteurs sociaux, juridiques... du territoire
Secrétaire médical	<ul style="list-style-type: none">• Accueil physique et téléphonique des patients et/ou des aidants• Rédaction des comptes rendus• Suivi des dossiers• Support comptable

► Entre coopération et concurrence, les HAD se heurtent à une articulation problématique avec les prescripteurs et les autres intervenants de leur territoire.

Les établissements HAD évoluent dans l'environnement complexe de la coordination et des soins à domicile.

En effet, plusieurs autres types d'acteurs intègrent dans leurs missions et/ou leurs activités une fonction de coordination des soins à domicile : les maisons et centres de santé, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements de santé notamment à travers les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques, les prestataires de matériel, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)...

En principe, ces structures ont des publics et des objectifs différents. C'est le cas par exemple des SSIAD, qui s'adressent à des patients atteints de maladies chroniques dans le cadre de prises en charge de longue durée. En pratique, le contour d'intervention conduit à des superpositions ou, à l'inverse, à des cas non couverts.

Les intervenants du maintien à domicile

	Les établiss. d'hospitalisation à domicile (HAD)	Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	Les prestataires de services de santé à domicile	Les équipes mobiles	Les réseaux de santé
Mission	Assurer des soins hospitaliers continus et coordonnés à domicile sur une durée limitée et révisable selon l'état de santé du patient. Éviter ou diminuer la durée d'une hospitalisation avec hébergement.	Dispenser des soins infirmiers et d'hygiène, sur le moyen ou long terme, en coordination avec les autres intervenants du maintien à domicile.	Fournir les services et les produits associés à une thérapie à domicile. Installer le matériel et conseiller le patient.	Optimiser la prise en charge de la personne tout au long de son parcours de soins. Réaliser l'interface entre la ville et l'hôpital. Former les intervenants.	Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et/ou l'interdisciplinarité des prises en charge dans les cas complexes.
Public	Tous âges et tous types de pathologie	Personnes de 60 ans et plus malades ou dépendantes, adultes atteints de maladies chroniques ou de handicap.	Tous âges et tous types de pathologie	Spécialisation par pathologie ou par population : personnes âgées, en fin de vie...	Spécialisation par pathologie ou par population : oncologie, périnatalité...
Type de services	Réalisation de soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, complexes et fréquents, avec prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire. Organisation des soins 24h/24 et accès à un avis médical organisé 24h/24. Coordination des intervenants.	Réalisation de soins infirmiers techniques (actes médicaux infirmiers) ou de base/ relationnels (actes infirmiers, dont soins d'hygiène et de confort). Organisation d'une continuité des interventions pour les soins programmés. Coordination des intervenants.	Analyse des besoins et choix du service et/ou matériel adaptés. Fourniture du matériel. Suivi du déroulement du traitement. Coordination des intervenants (hors champ de compétence).	Appui fonctionnel aux équipes médicales et soignantes : évaluation, avis thérapeutiques, aide à l'orientation, au retour à domicile, accompagnement à la réflexion éthique, élaboration de projets de soins et de protocoles, soutien psychologique...	Appui fonctionnel aux équipes médicales et soignantes : évaluation, avis thérapeutiques, aide à l'orientation, au retour à domicile, élaboration de projets de soins et de protocoles... Coordination des intervenants. Réalisation de soins (hors champ de compétence).
Métiers représentés	Médecin coord., IDEC, IDE, aide-soignant, équipe de pharmacie, psychologue, TS, secrétariat...	IDEC, IDE, aide-soignant, AMP, rééducateur, psychologue, secrétariat...	IDE, diététicien, pharmacien, logistique, livraison, maintenance, conseil, commercial...	Médecin, IDE, psychologue, rééducateur, secrétariat...	Médecin, coordonnateur, secrétariat...
Statut juridique	Privé non lucratif, public ou privé commercial	Privé non lucratif	Privé commercial et privé non lucratif	Privé non lucratif, public ou privé commercial	Privé commercial et privé non lucratif
Financement	Tarifification à l'activité	Dotations globales de fonctionnement	Subvention par le Fond d'intervention régional	Financements dans le cadre des missions d'intérêt général	Remboursements par l'Assurance maladie
Nombre	309 structures et 8 200 etp ¹³	2 071 structures ¹⁴	Environ 2 000 salariés et 15 000 salariés ¹⁵	Soins palliatifs : 424 str. Gériatrie : 337 str. et 850 etp ¹⁶	716 structures et 2 100 etp ¹⁷

¹³ Source : Atih, 2015.

¹⁴ Source : Répertoire Finess, 2017.

¹⁵ Source : Fédération des prestataires de santé à domicile, 2017.

¹⁶ Source : Fiche SAE, 2015.

¹⁷ Source : DGOS, 2011.

L'hospitalisation à domicile étant une prise en charge possible parmi d'autres, les HAD se trouvent vis-à-vis des prescripteurs mis en concurrence avec d'autres acteurs aux champs de compétences proches. Or, dans ce paysage complexe, les prescripteurs potentiels maîtrisent mal les critères d'admission et le fonctionnement des établissements HAD, ce qui nuit à la décision de prescription. De plus, l'hospitalisation à domicile apparaît défavorisée par rapport à des solutions concurrentes : les contraintes spécifiques aux HAD (qui fonctionnent comme des établissements de santé à part entière) entravent la fluidité des prises en charge, et les critères de tarification des actes réalisés et de remboursement des dispositifs médicaux, parfois inadaptés, peuvent entraver les admissions.

Les relations entre les services de MCO, principaux prescripteurs de prise en charge HAD, et les structures d'HAD sont organisées au travers de conventions qui prévoient notamment les processus d'entrée en HAD. En pratique, les décisions de prescription reposent principalement sur les relations personnelles entretenues par les soignants hospitaliers avec leurs homologues de l'HAD. Les liens avec les médecins de ville sont également très dépendantes des situations personnelles. Ces disparités tiennent également au partage des rôles entre les médecins intervenants – le médecin coordinateur de l'HAD, le médecin hospitalier prescripteur et le médecin traitant du patient –, très variable d'un établissement HAD à l'autre et d'un praticien à l'autre.

Au final, il existe donc une grande disparité de taux de recours à l'HAD entre les praticiens qui connaissent bien les structures d'HAD et leurs intervenants, et qui vont avoir tendance à prescrire beaucoup d'entrées, et ceux qui ne connaissent pas et donc ne prescrivent pas ce type de prise en charge.

Ainsi, même si certains prescripteurs sont convaincus de la plus-value de la prise en charge et de la qualité d'intervention des HAD, ces derniers restent globalement méconnus de la grande majorité des prescripteurs potentiels, qu'il s'agisse des médecins hospitaliers (prescripteurs les plus fréquents) et médecins traitants. Le fait d'être adossé à un établissement MCO ne garantit pas des relations plus fluides et un taux de recours important du HAD de la part des praticiens hospitaliers.

L'hospitalisation à domicile pâtit donc d'une méconnaissance persistante des prescripteurs potentiels, qui, en retour, entrave la montée en charge de ces établissements. Cercle vicieux, les HAD rencontrent des difficultés à dégager les ressources nécessaires pour communiquer sur leur activité et valoriser leur plus-value par rapport à d'autres acteurs du domicile.

Autre difficulté majeure pour le fonctionnement des HAD, les infirmiers de coordination apparaissent souvent confrontés à des positionnements problématiques vis-à-vis des intervenants libéraux. Pendant et en aval des prises en charge, les HAD doivent fonctionner en complémentarité avec les autres acteurs du parcours de santé. Pourtant, les interventions sont vécues par les différents acteurs comme potentiellement concurrentes. Pendant la prise en charge, le fonctionnement en HAD est contraignant pour les professionnels libéraux conventionnés, qui aspirent en général à une forte indépendance. Les salariés de l'HAD doivent former et encadrer les intervenants libéraux conventionnés pour garantir la qualité de la prise en charge.

Extrait des monographies

Établissement A

- **Articulation avec les prescripteurs**

L'établissement a choisi de s'appuyer sur des médecins coordonnateurs réalisant des consultations et des prescriptions, dont un profil expert (gériatre spécialisé en rhumatologie et en gestion de la douleur), et ce afin de proposer une plus-value médicale dans la prise en charge des patients. Le rôle actif des médecins coordonnateurs dans la prise en charge des patients et la réputation du médecin coordonnateur expert permettent de créer un lien de confiance avec les prescripteurs, et facilitent les orientations vers l'HAD. Il n'en reste pas moins que l'action de l'HAD apparaît encore méconnue par les prescripteurs potentiels du territoire. L'HAD doit donc démontrer sa plus-value par rapport à d'autres acteurs aux activités proches, notamment les fournisseurs de matériel et les intervenants libéraux. Cela accroît le niveau d'exigence sur les prestations fournies par l'HAD, l'enjeu étant de fidéliser les prescripteurs, encore trop peu nombreux.

« On subit une concurrence très forte des prestataires de matériel. (...) Ils n'ont pas toutes nos contraintes d'établissement de santé, alors ils peuvent faire sortir rapidement les patients de l'établissement. C'est séduisant pour un praticien. » (directeur d'établissement)

- **Articulation avec les autres acteurs du territoire**

Le recrutement d'intervenants libéraux se heurte à une mauvaise image attachée de manière générale aux HAD : structure qui vient potentiellement concurrencer leur activité, lourdeur et technicité des soins dispensés, lourdeur administrative attachée au statut d'établissement de santé, suivi et évaluation par les IDEC de l'HAD qui remet en cause l'indépendance recherchée dans l'exercice libéral. Pour ces raisons, les relations avec les intervenants libéraux conventionnés sont considérées comme souvent problématiques par les IDEC.

« Certains [IDE libéraux] n'adhèrent pas au projet HAD, ils ont l'habitude de travailler seul et font comme à leur habitude. Il faut leur faire comprendre comment changer leurs manières de procéder sans les braquer. C'est compliqué en termes de relationnel. » (IDEC)

L'HAD cherche à mettre en avant des atouts : la disponibilité en continu des médecins coordonnateurs, sécurisante pour les intervenants libéraux, la possibilité d'être déchargé de certaines tâches ne relevant pas du soin (l'HAD propose les services d'un auxiliaire de vie lorsque la situation du patient le nécessite).

Pour la fourniture des dispositifs médicaux, l'établissement est en lien avec les pharmacies à usage intérieur (PUI) des deux MCO actionnaires, ainsi qu'avec les pharmacies d'officine. Il est également conventionné avec un laboratoire d'analyse médicale.

Établissement B

- **Articulation avec les prescripteurs**

L'établissement est confronté à d'importantes incertitudes quant à son volume d'activité. Outre sa localisation dans un territoire particulièrement peu dense, le faible volume d'activité est renforcé par la difficulté de l'établissement à se faire connaître auprès des prescripteurs. Malgré la difficulté à se faire connaître auprès des prescripteurs, il semble qu'un cercle vertueux s'engage à un niveau individuel : lorsqu'un praticien a été convaincu par la prise en charge proposée par l'HAD auprès de l'un de ses patients, il est plus enclin à adresser de nouveaux patients.

« Le volume d'activité, c'est le plus problématique pour la pérennité de l'activité (...). On n'est pas assez connu, et c'est difficile de modifier les pratiques. (...) Dans certains territoires les médecins arrivent avec des prestataires de service à avoir à peu près ce qu'ils ont en HAD. » (responsable d'établissement)

La direction souhaite mettre en place une démarche de communication plus proactive auprès des prescripteurs et des intervenants libéraux. Les salariés de l'HAD semblent aujourd'hui peu à l'aise avec ce type d'approche.

- **Articulation avec les autres acteurs du territoire**

L'HAD s'attache à clarifier les périmètres d'intervention respectifs entre l'HAD et les intervenants libéraux, et réévalue régulièrement l'intérêt de maintenir une prise en charge en HAD au vu de l'évolution du patient.

« Avec les libéraux, il y a un important travail de communication à mener. Il faut être très clair sur le fait que l'HAD se met en place si l'intervenant libéral ne peut pas travailler seul. (...) Ensuite il faut sans cesse réévaluer l'opportunité de notre intervention : on peut parfois lâcher des patients même si la cicatrisation est incomplète car il peut être pris en charge par un IDE libéral. » (responsable d'établissement)

L'établissement fonctionne en lien avec les acteurs du soin sur son territoire : conventions signées avec l'ensemble des SSIAD du département, coopérations avec une centaine de cabinets infirmiers, coopérations avec les réseaux de soins palliatifs et « plaies et cicatrisation » des CHU locaux.

2.2 Besoins d'emploi et de compétences

► Les HAD ont besoin de compétences pointues mais manquent d'attractivité auprès des professionnels.

Le contexte professionnel est totalement différent à la fois de l'hôpital et du domicile.

- Les pathologies prises en charge sont, par définition, plus lourdes et plus complexes qu'en soins de ville – il s'agit d'une condition d'admission dans un établissement HAD. La réalisation des prises en charge en HAD suppose de maîtriser des différentes techniques de soins, mais aussi un grand nombre de matériels et de dispositifs médicaux. Elles nécessitent également de s'inscrire dans un collectif soignant multidisciplinaire, avec davantage de contraintes (passage à heure fixe...), et de se conformer aux multiples obligations inhérentes au statut d'établissement de santé : traçabilité, codage des actes... En outre, les soignants salariés comme libéraux conventionnés doivent se soumettre au suivi et à l'évaluation par les IDEC de l'HAD. Le fonctionnement en HAD est donc plus contraignant qu'une intervention dans un cadre libéral.
- Par rapport à un service d'hospitalisation complète (qui sera spécialisé sur un type de pathologies), l'HAD se signale par sa polyvalence. Pour les professionnels, cela signifie de pouvoir intervenir sur une plus grande variété de pathologies. La réalisation des soins a lieu, par définition, au lieu de résidence du patient, ce qui nécessite de la part des personnes concourant aux soins des efforts d'adaptation à l'environnement de chaque patient (installation du matériel, conditions de réalisation des soins...), ainsi qu'une dimension relationnelle importante avec les aidants. Intervenir seul auprès du patient signifie aussi d'agir en autonomie, sans le support d'autres personnels du service, ce qui peut poser des difficultés au niveau technique, relationnel ou psychologique. Les personnels doivent également composer avec des temps de déplacement quotidiens importants.

Ces conditions d'exercice spécifiques à l'HAD, à l'interface entre le milieu hospitalier et le domicile, entraînent des besoins de compétences spécifiques chez les intervenants :

- Pour l'équipe de coordination : communiquer auprès des médecins prescripteurs potentiels et gérer les relations avec les médecins traitants des patients, manager les salariés mais aussi le personnel soignant libéral conventionné avec l'HAD...
- Pour le personnel délivrant les soins : polyvalence, autonomie, adaptabilité, relationnel patient/aidants, connaissance et gestion du matériel, travail en équipe, traçabilité, astreintes, déplacements...

En l'absence de formation initiale spécifique à ce mode d'hospitalisation, les profils recrutés sont des professionnels souvent expérimentés, ayant exercé dans plusieurs services d'hospitalisation complète et/ou à domicile.

Les établissements HAD rencontrent des difficultés à attirer le personnel adapté à ce type de contexte. En effet, plusieurs facteurs limitent l'attractivité de l'hospitalisation à domicile auprès des personnels :

- Délivrant les soins : la technicité demandée, les contraintes de fonctionnement, l'image en général peu favorable de l'HAD (manque de réactivité, concurrence vis-à-vis des professionnels libéraux...).
- Sur les fonctions de coordination : ces postes sont peu connus et peu prisés, les personnels diplômés pour ce type de poste préférant généralement soit la réalisation de soin auprès des patients, soit l'encadrement de personnels. Le positionnement de ces professionnels est souvent délicat : ils doivent disposer d'une forte légitimité technique pour pouvoir encadrer les interventions de leurs homologues.

Pour les professionnels exerçant en HAD, l'intérêt du métier provient généralement de la composante fortement technique et relationnelle des soins, la possibilité de réaliser des prises en charge au plus près du souhait du patient de son entourage, la forte autonomie dans la réalisation des soins, la variété des interlocuteurs...

Extrait des monographies

Établissement A

- **Intérêts et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier**

Les IDEC de l'HAD disent apprécier le rôle de coordination et d'organisation des soins, qui permet de mettre en place des prises en charge au plus proche des spécificités des patients. Les difficultés dans l'exercice de leur métier proviennent surtout de leur positionnement vis-à-vis des IDE libéraux. Des tensions peuvent également exister au sein de l'équipe en raison notamment de périmètres d'intervention insuffisamment clairs.

Par ailleurs, les IDE disent regretter une moindre proximité avec les patients par rapport à leurs précédents postes (délivrance de soins).

« Par rapport à l'hospitalisation complète, on respecte davantage les souhaits des patients, on est plus à son écoute ; en hospitalisation complète, le patient se doit de rentrer dans le protocole, et il y a un peu la logique : s'il n'est pas content, il n'a qu'à s'en aller. En HAD, le patient est chez lui, dans son environnement, on lui impose beaucoup moins un rythme de traitement. » (IDEC)

« Le plus compliqué au quotidien, ce sont les relations avec les IDE libéraux. Certains n'adhèrent pas au projet HAD, ils ont l'habitude de travailler seul et font comme à leur habitude. Il faut leur faire comprendre comment changer leurs manières de procéder sans les braquer. C'est compliqué en termes de relationnel. » (IDEC)

« Quand il y a un gros pic d'activité, on s'essouffle un peu et parfois il y a des tensions entre nous ; on n'est pas toujours au clair sur le métier de l'autre, son champ de compétence : l'IDEC par rapport à la secrétaire médicale, l'IDEC par rapport à la cadre et aux médecins... » (IDEC)

- **Besoins de compétences liés à la prise en charge en HAD**

Les médecins coordonnateurs de l'HAD doivent idéalement posséder une expertise en lien direct avec les pathologies prises en charge, de manière à fournir une plus-value médicale forte.

« Selon moi, un médecin généraliste [en tant que médecin coordonnateur d'HAD] n'apportera pas de plus-value par rapport à une prise en charge en ville » (directeur d'établissement)

Les IDEC doivent disposer d'une expérience significative en établissement de soin, de qualités relationnelles, d'organisation, et être en capacité de transmettre leur savoir et d'évaluer les intervenants libéraux.

« Il faut être sans cesse en veille sur les bonnes recommandations, les nouvelles techniques, et bien maîtriser les soins d'un point de vue technique pour montrer à une IDE libérale le bon geste. Sinon on ne prendrait pas des infirmières mais des commerciaux pour ce job ! » (cadre de santé)

- **Les problématiques de recrutement**

S'agissant des recrutements de salariés, l'établissement est confronté à des difficultés d'attractivité significatives, du fait de niveaux de rémunération peu élevés, de nombreux postes à temps partiel, de postes

comportant des temps d'astreinte (médecin coordonnateur) et, plus globalement, de l'image peu attractive des HAD (structures jugées peu dynamiques et peu innovantes).

Le recrutement d'intervenants libéraux se heurte également à la mauvaise image attachée de manière générale aux HAD : structure qui vient potentiellement concurrencer leur activité en tant que professionnels libéraux, lourdeur et technicité des soins dispensés, lourdeur administrative attachée au statut d'établissement de santé, suivi et évaluation par les IDEC de l'HAD qui remet en cause de l'indépendance recherchée dans l'exercice libéral. L'HAD tente néanmoins de mettre à la disposition des intervenants libéraux un certain nombre d'appuis pour faciliter leur intervention : lien permanent avec les IDEC, possibilité de participer au staff en cas de situation compliquée avec un patient et de bénéficier des services du psychologue de la structure, soutien médical des médecins coordonnateurs...

L'établissement fonctionne en partenariat avec ses deux cliniques actionnaires, ce qui facilite le recrutement de certaines ressources spécialisées à temps partiel, par ailleurs également salariées d'un des MCO (médecin DIM, pharmacien de coordination).

Établissement B

- **Intérêts et difficultés des professionnels dans l'exercice de leur métier**

Les IDEC intervenant au sein de l'établissement s'orientent vers l'HAD pour expérimenter un nouveau positionnement dans la chaîne de soin. Elles soulignent l'intérêt des fonctions de coordination (interaction avec une diversité d'intervenants), le maintien de leurs compétences techniques grâce à l'intervention régulière à domicile et au recours fréquent à la formation. L'autonomie de ce type de poste apparaît également comme un facteur d'attrait.

« Ce métier est passionnant, mais il faut vraiment être compétent et autonome. D'abord parce que l'on se trouve seule au domicile, parfois dans des situations complexes. On ne peut aucunement se décharger de ses responsabilités. » (IDE)

À l'inverse, la fréquence et la longueur des déplacements et la gestion de situations psychologiquement lourdes (patients en soin palliatif, lien avec la famille...) sont les principales difficultés mises en avant par les professionnels.

- **Besoins de compétences liés à la prise en charge en HAD**

Pour intervenir en tant qu'IDEC dans la structure, une expérience significative en milieu hospitalier ou à domicile est exigée, de manière à détenir une connaissance poussée des différentes pathologies prises en charge et être en capacité d'enseigner l'acte de soin à des professionnels libéraux. Un bon relationnel et la capacité à mettre à jour régulièrement ses connaissances techniques sont également des compétences clés.

Le médecin coordonnateur recherché est un médecin généraliste disposant idéalement d'une spécialisation dans les soins palliatifs.

Le secrétaire médical ne dispose pas nécessairement d'une formation et/ou d'une expérience dans le secteur médical, mais doit disposer de qualités d'organisation et être en capacité d'accueillir et d'orienter ses interlocuteurs (au téléphone et de visu).

- **Les problématiques de recrutement**

Le recrutement du personnel de la structure est jugé difficile, du fait de la faible attractivité du territoire et d'une exonération de charges dont bénéficient les professionnels libéraux durant leurs 5 premières années d'exercice dans la région, ce qui n'encourage pas à intervenir, même à mi-temps, sous statut salarié.

► En réponse à leurs besoins de compétences et d'attractivité, les HAD mettent en place des politiques actives de formation.

Les structures HAD font un recours important à la formation professionnelle. On dénombre ainsi annuellement autour de 200 stages financés par Actalians, l'Opcsa de la branche. Parmi ces formations, un quart portent sur les spécificités de ce mode de prise en charge, le reste se composant de formations générales aux établissements de santé.

Deux thématiques de formation principales sont à relever : la mise en place du chemin clinique en HAD d'une part, et le codage PMSI et la facturation en HAD d'autre part. Les autres thématiques portent sur la chimiothérapie en HAD ou l'accompagnement du patient (manutention du patient à domicile...).

Parmi les salariés formés, les métiers sont divers : médecins et IDE cadres en premier lieu (la moitié des formés), mais aussi directeurs, responsables qualité, techniciens de l'information médicale, secrétaires...

Dans l'ensemble, les HAD semblent donc s'appuyer sur la formation professionnelle pour accompagner leurs professionnels à adapter leurs pratiques dans le cadre de ce type de prise en charge.

Extrait des monographies

Établissement A

- **La politique de formation continue**

La politique de formation de l'établissement est dynamique :

- Participation active à une démarche régionale « QVT dans les établissements HAD » : groupes collectifs de partage de pratique, suivi de formations (IDEC, secrétaires médicales) portant sur la communication bienveillante et les techniques d'argumentation (vis-à-vis des prescripteurs, des intervenants libéraux...).
- Mise en place d'une formation sur le positionnement et la posture de l'IDEC en situation médicale et sociale complexe (soins palliatifs...), de manière à être plus à l'aise dans le relationnel avec le patient et les aidants.
- Rôle de référent attribué à chaque IDEC et recours à des formations de niveau DU pour accompagner leur montée en expertise (gestion de la douleur, soins palliatifs).
- Participations régulières des médecins coordonnateurs, cadre de santé et IDEC à des colloques et séminaires portant sur la particularité des prises en charge en HAD, les nouvelles techniques de soin...

« On est en train de monter une formation sur le positionnement des IDEC en cas de prises en charge palliative (...). Le positionnement d'IDE dans ces situations ne s'apprend pas à l'école ! (...). Les IDEC sont très en demande de formation » (cadre de santé)

- **Pistes de développement en matière de formation**

Plusieurs pistes sont envisagées par le personnel de direction pour développer la formation : formation des IDEC à l'évaluation des pratiques des intervenants libéraux, projet de former l'assistant social de la structure aux techniques commerciales de manière à valoriser davantage la structure auprès des prescripteurs.

Établissement B

- **La politique de formation continue**

Le recours à la formation au sein de l'établissement est important. D'une part, le groupe encourage le suivi de formations, notamment qualifiantes de type DU (gestion de la douleur, hygiène...). Par ailleurs, les équipes, en particulier les IDEC, se forment sur des thématiques variées (nouvelles techniques de soin, gestion du stress,

techniques de sophrologie), notamment en suivant les formations techniques dispensées par les hôpitaux de la région, de manière à mettre en lien leur intervention et les pratiques médicales développées localement.

- **Pistes de développement en matière de formation**

Un besoin de formation est identifié pour le poste de secrétaire en HAD : accompagnement à l'orientation de leurs interlocuteurs, appliqué aux particularités de l'HAD (diversité des interlocuteurs et nécessité de les orienter rapidement). Le responsable de la structure n'a pour l'instant pas identifié de formation adaptée.

Exemple de programme de formation

- **Intitulé de la formation**

Infirmier coordonnateur en HAD

- **Public**

Cadre de santé, IDEC, IDE

- **Objectifs**

Assurer des prises en charge efficaces et coordonner efficacement les soins en HAD

- **Déroulé pédagogique**

1. Aspect réglementaire, financement des HAD, parcours de prise en charge du patient en HAD.
2. Les étapes d'une prise en charge : demande de prise en charge en HAD, évaluation initiale, projet thérapeutique, admission, réévaluation hebdomadaire, fin de prise en charge HAD.
3. Coordination de la prise en charge : soins, médicaments, transports, laboratoires.
4. Le dossier patient
5. Coordination des ressources humaines : équipe salariée, articulation IDEC/médecin coordonnateur, intervenants libéraux (conventions, formation, facturation).
6. Coordination logistique : matériel médical, dispositifs médicaux.

- **Durée**

3 jours

3. Perspectives et enjeux d'emploi

À retenir

Les acteurs du système de santé s'accordent sur le **potentiel** de développement jugé élevé de ce mode de prise en charge, dans un contexte d'accroissement des besoins de soin de la population (vieillesse, maladies chroniques...) et de recherche d'efficience dans les parcours de santé.

Pour autant, la montée en charge du dispositif HAD se situe jusqu'à présent **en-deçà des objectifs réglementaires** fixés pour la période 2013-2018. La principale raison est sans doute à chercher du côté des principes de **tarification** des actes ou de **remboursements** des dispositifs médicaux, complexes et en partie inadaptés à l'activité.

Ainsi, à l'heure actuelle, beaucoup d'HAD n'atteignent pas le seuil de **viabilité**, l'activité des HAD est restreinte à quelques **types d'actes**, et le **maillage** territoire est encore disparate. Au quotidien, l'activité des professionnels de l'HAD pâtit des relations souvent problématiques avec les **prescripteurs** et un contexte de plus en plus **concurrentiel** (SSIAD, prestataires de matériel...), auxquels s'ajoutent un manque **d'attractivité** vis-à-vis des soignants salariés et conventionnés, et un défaut de **professionnalisation** sur les métiers spécifiques de l'HAD (coordonnateur...).

En définitive, l'hospitalisation à domicile occupe une **position paradoxale** pour les établissements de l'hospitalisation privée : il s'agit d'une activité **quantitativement faible** mais qui pourrait être amenée à jouer un **rôle-pivot potentiellement stratégique** dans l'offre de soins. Toutefois, le développement de l'HAD dans les années à venir paraît fortement conditionné à **certaines réformes** (tarification, référentiels d'activité...) et nécessitera un **temps long** de montée en charge.

La branche de l'hospitalisation privée pourrait favoriser l'essor de l'HAD en **faisant connaître les métiers** de ce type de structure et en aidant à la **professionnalisation des métiers de la coordination** (médecin et IDE).

3.1 Perspectives de développement

► Les acteurs du système de santé s'accordent sur le potentiel de développement élevé de l'hospitalisation à domicile en France.

En 2013, constatant le poids marginal de l'HAD dans l'offre de soins en dépit de ces dispositions, les pouvoirs publics ont mis en place une stratégie globale et fortement pilotée de développement de l'HAD : c'est le sens de la circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD¹⁸, qui vient préciser « de nouvelles lignes de guidance pour positionner l'HAD à sa juste place dans la gradation des soins, mieux structurer son offre, améliorer son accessibilité et sa professionnalisation ». La circulaire appose des objectifs quantitatifs de développement : doubler la part de l'HAD dans les hospitalisations conventionnelles à 2018.

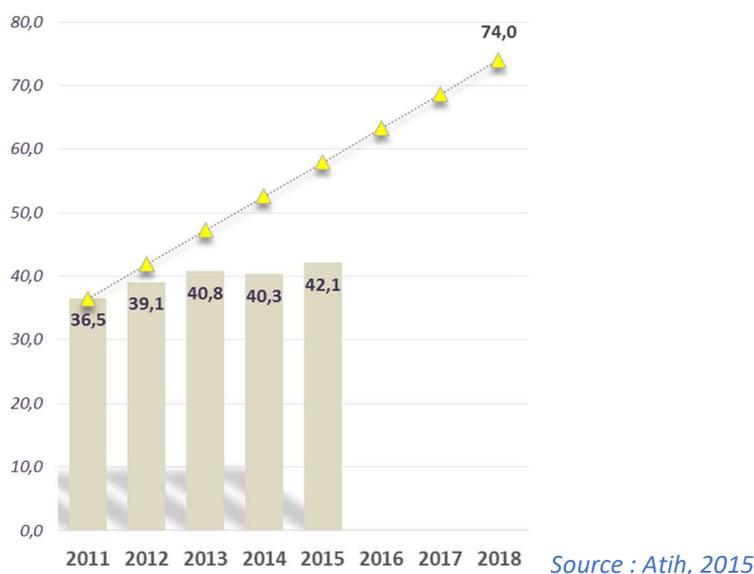
Les acteurs du système de santé s'accordent sur le potentiel de développement jugé élevé de ce mode de prise en charge, dans un contexte d'accroissement des besoins de soin de la population (vieillesse, maladies chroniques...) et de recherche d'efficacité dans les parcours de santé. En apportant les soins hospitaliers en dehors d'un établissement d'hébergement, l'HAD propose des prises en charge en meilleure adéquation avec les attentes des patients et des aidants, associées à une meilleure continuité des soins et un moindre coût de gestion.

Toutefois, comme le soulignait la Cour des comptes dans un rapport récent (2015), ces objectifs de développement revêtent un caractère très volontariste. Les réalisations depuis 2013 se situent nettement en-deçà des valeurs qui permettraient d'atteindre l'objectif fixé pour 2018.

« Les objectifs [définis en 2013] visaient à mettre sous tension l'ensemble du dispositif de pilotage de l'offre de soins et les établissements eux-mêmes. »

(Cour des comptes, *L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes*, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, décembre 2015).

Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète : réalisé 2011-2015 et trajectoire cible 2013-2018 dans la circulaire du 4 décembre 2013



¹⁸ Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD, déjà citée.

▶ À l'avenir, le développement de HAD paraît conditionné à certaines réformes.

L'hospitalisation à domicile n'a donc pas trouvé le régime de croissance qui était attendu au vu de besoins avérés. Pour expliquer ce paradoxe apparent, il faut comprendre les obstacles récurrents, de nature opérationnelle et institutionnelle, qui entravent son développement.

Tout d'abord, le développement de l'HAD a rencontré des freins culturels émanant de la communauté médicale. Comme on l'a vu, les prises en charge en HAD sont prescrites par les praticiens hospitaliers, puis relèvent de la responsabilité du médecin traitant. Pour les médecins hospitaliers, la prise en charge en HAD signifie une perte de contrôle sur les prises en charge, auxquelles s'ajoute une méconnaissance du travail réalisé dans le secteur libéral. Les médecins hospitaliers montrent donc des réticences à se dessaisir de leurs patients, et les médecins traitants, à endosser une responsabilité qu'ils estiment ne pas leur incomber. Peu connu et promu par les médecins, l'HAD peine également à se faire connaître parmi les patients.

« Il n'y a pas de réelle prise de conscience médicale de l'intérêt de l'HAD par les praticiens de notre établissement » (cadre de santé)

L'autre frein majeur au développement de l'HAD serait à chercher dans le cadre réglementaire de cette activité.

- Certains principes de tarification des actes ou de remboursements des dispositifs médicaux apparaissent inadaptés à l'activité.
- Il manque de référentiels d'activité, en particulier en cancérologie.

Plus fondamentalement, les acteurs institutionnels ne semblent pas pleinement convaincus des économies que pourrait générer le développement de l'HAD. Il y a certainement la crainte que la création de structures d'HAD génère de nouveaux niveaux de soins, au lieu de remplacer l'hospitalisation complète.

Conséquence de ces diverses difficultés, les établissements d'HAD peinent à monter en charge. La dispersion des structures et leur faible taille (souvent en-deçà du seuil de 9 000 journées par an défini par la circulaire de 2006) les limitent dans leur développement. À ces problèmes de taille critique, s'ajoutent dans bien des cas l'insuffisance des personnels notamment pour assurer la continuité des soins la nuit, le manque de réactivité des admissions (pour des raisons de disponibilités des places, des besoins d'équipement du domicile...), ou encore une articulation insatisfaisante avec les acteurs de l'amont et de l'aval, notamment les SSIAD.

L'HAD peine à faire la preuve de sa valeur ajoutée dans la chaîne de soins vis-à-vis de ses prescripteurs et de ses financeurs. Dans ce contexte, les acteurs de l'HAD voient le contexte concurrentiel s'intensifier, notamment avec le développement de prestations proches de celle de l'HAD de la part des prestataires de services de santé à domicile (recrutement d'infirmiers de coordination, de diététiciens...).

La circulaire de 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD avait énuméré les conditions de réussite pour une montée en charge effective du dispositif HAD. Ces conditions restent toujours d'actualité. Il s'agit premièrement d'atteindre la masse critique nécessaire à la viabilité économique de l'établissement, deuxièmement, de renforcer les liens avec les acteurs de l'amont (établissements MCO principalement), et troisièmement, d'intervenir dans une vraie complémentarité avec les autres solutions de prise en charge à domicile.

« Cet objectif implique en outre une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- des établissements d'HAD eux-mêmes qui devront s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation, etc.;

-
- des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
 - des professionnels libéraux qui devront répondre de façon coordonnée à l'ensemble des demandes qui ne nécessitent pas la compétence de l'HAD, et apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation peut être évité. »
- (Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD).
-

Les perspectives sont incertaines malgré un potentiel avéré, induit par les besoins de soins croissants et par le virage ambulatoire du système de santé. Des mesures sont attendues qui pourraient avoir un impact positif sur l'activité de l'hospitalisation à domicile, avec un temps probablement assez long de montée en charge :

- La levée des restrictions en EHPAD (intervenue fin 2016),
- La création d'un référentiel d'activité (en cours),
- La réforme de la tarification, annoncée depuis quelques années mais différée, prévue pour 2019-2020,
- La clarification des rôles respectifs des HAD et des SSIAD.

Pour les établissements de la branche, l'HAD occupe une position paradoxale : elle représente une activité quantitativement faible mais un rôle-pivot potentiellement stratégique dans l'offre de soins à moyen terme.

3.2 Préconisations d'action pour la branche

▶ Petits ou grands HAD, des enjeux communs en termes de ressources humaines

S'il est vrai que les structures HAD se caractérisent par des fonctionnements hétérogènes, en fonction de leur taille, du statut juridique, du mode de gestion du personnel (salariné versus libéral), et du type de prescripteurs (rattachement à un établissement MCO en amont...), il n'en reste pas moins qu'ils sont réunis par des enjeux communs en termes de gestion des ressources humaines :

- Définir le rôle des intervenants, en particulier du médecin coordonnateur en HAD
- Renforcer l'attractivité de l'HAD pour les professionnels salariés et libéraux
- Renforcer les relations vis-à-vis des prescripteurs potentiels et des institutionnels
- Améliorer la réactivité des admissions, notamment en anticipant l'adaptation du domicile aux soins hospitaliers
- Former les intervenants aux pathologies prises en charge (soins palliatifs, gériatrie, douleur, relations avec les aidants...) et aux équipements utilisés (pompes...)
- Former aux processus (hygiène, consommables, circuit du médicament, gestion documentaire, gestion des risques...) et aux outils (logiciels métier, Smartphones, tablettes...)
- Prévenir les risques professionnels (responsabilité vis-à-vis du patient, trajets...)

Les établissements d'HAD doivent poursuivre le développement de leurs compétences dans tous les domaines de leur fonctionnement, en prenant en compte les contraintes inhérentes au statut d'établissement de santé tout en considérant les particularités liées à l'intervention à domicile : gestion, soins, information médicale, gestion des risques, circuit du médicament...

▶ Propositions d'action au niveau de la branche de l'hospitalisation privée

La branche de l'hospitalisation privée pourrait favoriser l'essor de l'HAD en faisant connaître les métiers de ce type de structure et en aidant à la professionnalisation des métiers de la coordination (médecin et IDE).

Proposition d'action	Constats/enjeux	Bénéfices attendus de l'action
Communiquer sur les métiers de l'HAD	<ul style="list-style-type: none"> • Bien qu'anciennes, les HAD, structures hybrides établ/ville sont mal connues • Un corpus réglementaire sur les métiers est en cours de constitution 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître la réalité des métiers • Réduire le déficit d'image de ce type de structure auprès des professionnels • Améliorer l'attractivité des structures HAD et réduire leurs difficultés de recrutement
Référencer des formations aux métiers de médecin et d'IDE coordonnateur d'HAD	<ul style="list-style-type: none"> • Les compétences de l'équipe de coordination sont cruciales pour l'HAD. • Les formations financées par Actaliens portent sur le fonctionnement du HAD (qualité, facturation), pas de formation métier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux professionnels de l'équipe de coordination de connaître le périmètre de leur métier et de monter en compétences sur ces fonctions spécifiques (médecin co : liens avec les prescripteurs ; IDEs : liens avec les fournisseurs de soins...)

III. État des lieux de la chirurgie ambulatoire dans la branche de l'hospitalisation privée

1. Présentation de la chirurgie ambulatoire en France et dans l'hospitalisation privée

À retenir

La chirurgie ambulatoire (CA) désigne des **actes chirurgicaux généralement programmés** et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un **bloc opératoire**, sous une **anesthésie** de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire **permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention**. Alternative à l'hospitalisation avec hébergement, son objectif est d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les textes précisent qu'elle peut être réalisée au bénéfice de tous les patients dont **l'état de santé** correspond à ces modes de prise en charge. Entre autres obligations, les unités de chirurgie ambulatoire doivent disposer d'une équipe médicale ainsi que d'une équipe paramédicale dédiée dont tous les membres sont **formés** à la prise en charge ambulatoire.

Pour un **même geste technique**, la chirurgie ambulatoire consiste donc à prendre en charge le patient en moins de 12 heures. De ce fait, la prise en charge ambulatoire constitue pour les établissements qui la pratiquent un **terrain d'innovation** médicoteknique en chirurgie comme en anesthésie, mais aussi un important terrain d'innovation organisationnelle. En ce sens, la chirurgie ambulatoire constitue un **enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins** que ce soit pour les patients, pour les professionnels et pour les établissements de santé.

Historiquement positionnée sur ce type de soins, l'hospitalisation privée dispose d'une **place prédominante** dans l'offre de chirurgie ambulatoire en France : en 2015, les établissements à statut privé commercial réalisent **65%** des actes de chirurgie ambulatoire en France. Toutefois, depuis 2007, la part de marché du privé commercial tend à **s'éroder** en raison d'un rattrapage dans le secteur public.

Les 515 établissements MCO à statut privé commercial pratiquant la chirurgie en France se situent à des **étapes différentes** de développement en matière de prises en charge ambulatoires. La situation la plus répandue (près de 250 MCO) est celle des établissements avec une pratique ambulatoire encore limitée (moins 60% en 2015) qui s'accompagne d'une croissance notable. 170 MCO ont franchi le seuil des 60% d'actes de chirurgie réalisés en ambulatoire, et la plupart sont engagés dans une progression assez élevée de ce taux. Une centaine de MCO cumulent un faible taux d'ambulatoire et une croissance limitée de ce taux

1.1 Présentation du cadre réglementaire

► La chirurgie ambulatoire correspond à une hospitalisation de moins de 12 heures, elle fait donc partie des alternatives à l'hospitalisation complète.

La chirurgie ambulatoire recouvre les actes chirurgicaux, généralement programmés, réalisés dans le cadre d'une hospitalisation dont la durée est inférieure à 12 heures et sans hébergement de nuit. Ces actes sont réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant sans risque majoré la sortie du patient le jour même de son intervention¹⁹.

Son objectif consiste à éviter une hospitalisation à temps complet ou à en diminuer la durée. Elle fait donc partie des alternatives à l'hospitalisation complète, prévues à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique²⁰ et à ce titre soumises à l'autorisation de l'agence régionale de santé.

En tant que forme alternative à l'hospitalisation complète, il doit y avoir une équivalence stricte des prestations délivrées en ambulatoire par rapport à celles qui le sont dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. » (Article D. 6124-301 du code de la santé publique)²¹

► Tout type d'acte chirurgical peut potentiellement être pris en charge en ambulatoire.

Il n'existe aucune recommandation de caractère réglementaire concernant l'anesthésie et les actes pouvant être réalisés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Les textes précisent que ce type d'hospitalisation est réalisé « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge »²². Les sociétés savantes et l'association française de chirurgie ambulatoire émettent des recommandations. C'est pourquoi la chirurgie ambulatoire est avant tout un concept organisationnel, qui peut s'appliquer potentiellement à tout type d'acte chirurgical.

► Les structures délivrant et pratiquant la chirurgie ambulatoire doivent répondre à des conditions techniques de fonctionnement définies par le code de la santé publique.

Les textes stipulent que l'unité qui délivre les soins de chirurgie ambulatoire (l'unité de chirurgie ambulatoire) doit être distincte des services d'hospitalisation complète. En revanche, l'articulation avec le bloc opératoire est laissée au libre choix des établissements : le bloc opératoire peut être dédié à l'UCA, ou bien partagé avec les services d'hospitalisation complète.

¹⁹ Conférence de consensus, « La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence », *Rev Hosp France*, 1995.

²⁰ Articles D. 6124-301 à D. 6124-305 du code de la santé publique, consultables sur le site Legifrance.fr : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E09A9BDE258CA8641D92FDD0DAB063D1.tpdila09v_3?idArticle=LEGIARTI000021940513&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170418

²¹ Article D. 6124-301 du code de la santé publique, déjà cité.

²² Article D. 6124-301 du code de la santé publique, déjà cité.

Les règles de fonctionnement des UCA sont définies dans le code de la santé publique²³. Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées, appelées unités de chirurgie ambulatoire, et doivent disposer de moyens dédiés en locaux et en matériel. Les prises en charge doivent avoir une durée inférieure à 12 heures.

Les structures doivent permettre d'assurer sur un même site : l'accueil et le séjour des patients (et des aidants), la mise en œuvre des protocoles de soins, la surveillance et le repos nécessaires à chaque patient, la gestion des produits de santé et du matériel nécessaires aux soins et au transport des patients. Les textes précisent que les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique doivent être organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients.

Les unités de chirurgie ambulatoire doivent faire intervenir une équipe médicale et une équipe paramédicale dédiée dont tous les membres sont formés à la prise en charge ambulatoire.

« [Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires] doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. Elles disposent également d'une équipe médicale et paramédicale dont les fonctions et les tâches sont définies par la charte de fonctionnement prévue à l'article D. 6124-305 et dont tous les membres sont formés à la prise en charge à temps partiel ou à celle d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires.

(...) Les unités mentionnées au troisième alinéa garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients. »

(Article D. 6124-301 du code de la santé publique)²⁴

²³ Articles D. 6124-301 à D. 6124-305 du code de la santé publique, déjà cité.

²⁴ Article D. 6124-301 du code de la santé publique, déjà cité.

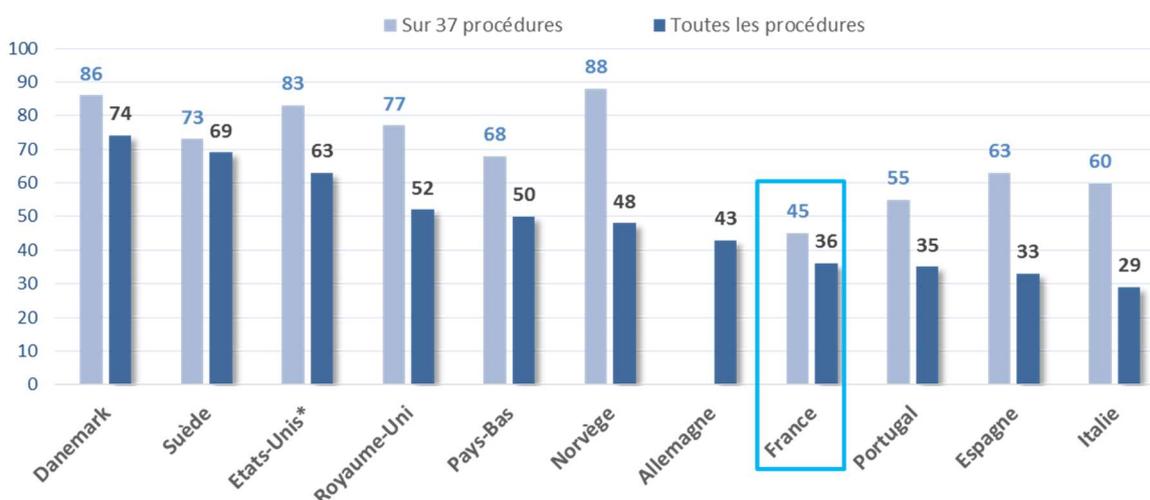
1.2 Historique des politiques publiques de promotion

▶ Par rapport aux autres pays comparables, la France connaît un retard historique expliqué en grande partie par des facteurs culturels.

Il est connu que la France accuse un retard en matière de prise en charge ambulatoire en chirurgie par rapport à d'autres pays développés. Toutefois, les différences de périmètre expliquent une partie du décalage entre la France et les autres pays de l'OCDE. En effet, comparée à celles retenues dans les autres pays, la définition française de la chirurgie ambulatoire apparaît particulièrement restrictive : il s'agit des séjours de moins de 12h (contre 24h aux États-Unis et au Royaume-Uni par exemple), avec passage au bloc opératoire (pas seulement acte chirurgical). Elle ne prend donc en compte ni les interventions en ville, ni les séances (chimiothérapie...).

Toutefois, un travail d'harmonisation des définitions mené depuis plusieurs années par des organismes internationaux a permis de minimiser les biais introduits par les différences de périmètre. Selon ces sources, le taux de chirurgie ambulatoire, sur l'ensemble des actes chirurgicaux, s'élève à 45% en France pour l'année 2009. Ce taux classe le pays loin derrière les pays d'Europe du nord (Scandinavie, Royaume-Uni, Pays-Bas), dans lesquels les valeurs de cet indicateur dépassent 70% (jusqu'à 88% en Norvège).

Taux de chirurgie ambulatoire dans différents pays (Europe, États-Unis) en 2009



Source : ANAP 2012 sur données IAAS 2009

Les études internationales permettent de souligner la diversité des modèles d'organisation (structure de l'offre de soins, mode de tarification...) retenus dans les différents pays, et ne permettent donc pas d'isoler l'un de ces facteurs comme explicatifs d'un développement plus ou moins important de ce type de prise en charge.

- La saturation des lits d'hospitalisation complète semble contribuer à l'essor de la CA. La CA s'est diffusée après 1990 en France ou en Allemagne, contre 1970 dans les pays pionniers (États-Unis, Royaume-Uni, Autriche, Norvège...), qui ont cherché à réduire les délais d'attente en chirurgie programmée dus à une pénurie de lits, puis (1980) à réduire les coûts d'hospitalisation.
- La structure de l'offre de CA ne suffit pas à expliquer les différences entre pays. En effet, le modèle de structure intégrée est parfois évoqué pour expliquer le retard français. Pourtant, cet argument est infirmé en Allemagne, où le taux de recours à la CA reste assez limité alors que 70% de l'activité sont réalisés dans des centres indépendants. À l'inverse, ce type de structure est peu répandu au Royaume-Uni, qui fait pourtant un usage intensif de la CA.

- Les politiques tarifaires incitatives ne semblent pas déterminantes pour le développement de la CA. Le Royaume-Uni et les États-Unis pratiquent une tarification favorable à la CA (le producteur du service est rémunéré de la même façon alors que ses coûts sont généralement moins élevés), qui paraît contribuer aux taux de recours plus importants qu'ailleurs. Pourtant, la Suède compte parmi les pays européens où la CA est la plus répandue alors qu'elle pratique une tarification neutre basée sur les coûts des prestations.

Ces résultats conduisent à penser que ce sont plutôt les facteurs culturels qui expliquent le degré de développement de la chirurgie ambulatoire, plutôt que les incitations tarifaires ou encore l'organisation du système de soins.

Caractéristiques de l'activité en chirurgie ambulatoire dans quelques pays européens

	Périmètre	Taux de recours à l'ambulatoire	Tarification de l'ambulatoire
France	Restreint : intervention chirurgicale avec hospitalisation <12h	Faible : 36% des séjours en 2009	Désincitative jusqu'à 2007, incitative depuis
États-Unis	Extensif : toute procédure d'une durée <24h (séances, ville...)	Très élevé : 61% des séjours hospitaliers en 2010	Incitative : tarif unique, surcotes pour les centres ambulatoires...
Suède	Large : intervention chirurgicale d'une durée <24h	Très élevé : 69% des séjours en 2009	Non incitative : rémunération en fonction du coût des prestations
Royaume-Uni	Large : intervention chirurgicale d'une durée <24h	Assez élevé : 52% des séjours en 2009	Incitative : tarif unique, surcotes centre et pour certains actes...

▶ Après avoir progressivement gagné en légitimité à partir des années 1990, l'ambulatoire s'impose au début des années 2010 comme la norme d'hospitalisation en chirurgie.

En France, c'est donc la forte culture hospitalière patrimoniale qui est avancée pour expliquer le développement tardif de l'ambulatoire. Celui-ci n'intervient qu'à partir des années 1990, contre 1970 dans les pays pionniers (États-Unis, Europe du Nord), favorisé par la reconnaissance réglementaire qui intervient à cette période.

En effet, l'activité de chirurgie ambulatoire, qui existait jusqu'alors sans cadre légal, se voit définie en 1991 par la loi portant réforme hospitalière. Cette loi affirme la possibilité, pour les établissements de santé publique ou privés, de dispenser des soins de courte durée sans hébergement : « Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courtes durées »²⁵. Elle est suivie par une série de décrets l'année suivante. Une conférence de consensus de mars 1993 en donne une définition officielle : « La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention »²⁶. À partir de la fin des années 1990, les autorités publiques cherchent à promouvoir cette forme d'hospitalisation. Les incitations portent tout d'abord sur la planification encadrant l'activité. En effet, les règles de création de places d'ambulatoire, qui était jusqu'alors conditionnée par la suppression de lits d'hospitalisation complète, se sont vues assouplies en 1999 puis supprimées en 2003.

²⁵ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, consultable sur le site Legifrance.fr :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>

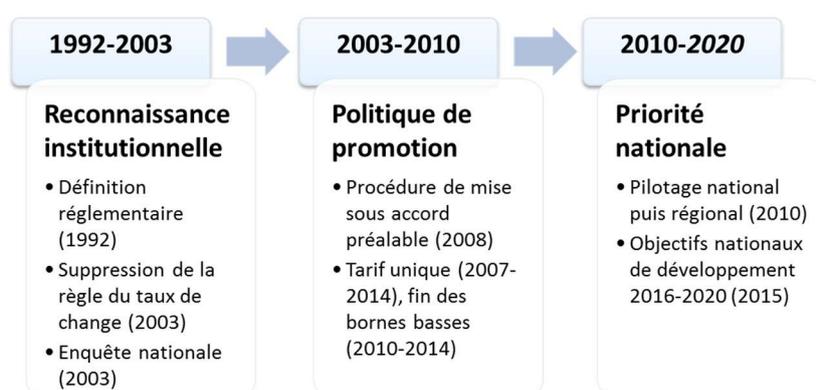
²⁶ Conférence de consensus, « La chirurgie sans hospitalisation. Rapport de la conférence », *Rev Hosp France*, 1995.

Puis les incitations mises en place ont trait au mode de tarification de l'activité. Les premières mesures s'inscrivent dans le cadre plus général de la tarification à l'activité, introduite en 2004-2005. Puis un tarif unique (les actes, qu'ils soient réalisés avec ou sans hébergement dans l'établissement, se voient appliqués un même tarif) est initié en 2007 d'abord sur un petit nombre d'actes sur lesquels la chirurgie ambulatoire était déjà prépondérante. En 2009, ce tarif est appliqué sur 18 actes marqueurs, puis étendu progressivement jusqu'à concerner tous les actes sans sévérité significative depuis 2014.

Par ailleurs, depuis 2008, les établissements dont les taux de réalisation en chirurgie ambulatoire sont en dessous de la moyenne peuvent être placés dans la procédure de mise sous accord préalable. Dans ce dispositif mis en place par les tutelles, la prise en charge ambulatoire devient la norme et l'hospitalisation conventionnelle, la prise en charge dérogatoire. En ce sens, le paradigme des politiques publiques change à partir de 2007-2008 : la chirurgie ambulatoire devient la norme par rapport à l'hospitalisation complète.

Parallèlement à ces mesures, les bornes basses sont supprimées entre 2010 et 2014. Ce dispositif vise à pénaliser financièrement les établissements pratiquant des séjours dont la durée est inférieure à la borne basse définie réglementairement. Pour finir, les taux d'encadrement minimum, qui rendaient obligatoire la présence permanente d'un IDE pour 5 patients présents et d'un médecin qualifié, ont été supprimés en 2012.

Les étapes des politiques publiques de promotion de la chirurgie ambulatoire

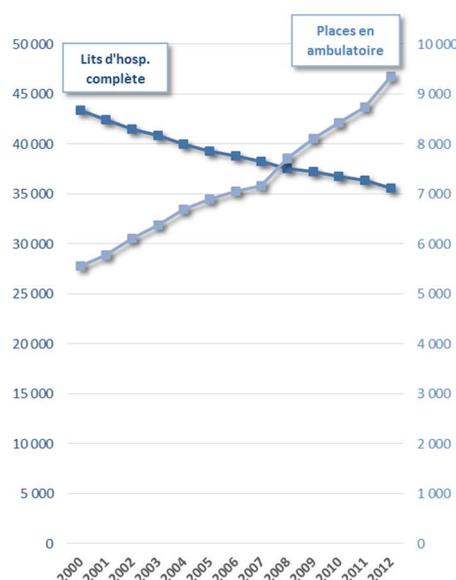


► Le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire a été considérable en 15 ans.

Les politiques de promotion de l'ambulatoire se sont accompagnées d'un redéploiement conséquent de capacités de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire. En effet, entre 2000 et 2012, le nombre de places d'ambulatoire a doublé et leur poids dans les capacités hospitalières est passé de 7% à 16%. Dans le même temps, le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué de plus de 20%.

Plus précisément dans l'hospitalisation privée, la période 2000-2012 a vu le redéploiement de 7 800 lits d'hospitalisation complète vers 3 800 places d'ambulatoire.

Évolution des capacités hospitalières en chirurgie



Source : Ecosanté sur données Drees, 2016

► Le degré de développement de l'ambulatoire apparaît très disparate selon le type d'actes.

La chirurgie ambulatoire a donc progressé notablement, mais l'activité est tirée par quelques actes qui cumulent un grand volume de séjours réalisés, et une arrivée à maturité des prises en charge en ambulatoire. Sur ces quelques actes, l'ambulatoire devient le type de prise en charge quasi-exclusif : le taux de séjours réalisés en ambulatoire peut ainsi dépasser les 90%. Ainsi, trois types d'actes génèrent à eux-seuls près de la moitié des séjours ambulatoires en chirurgie : les interventions sur le cristallin, qui, à eux-seuls, totalisent 22% de l'ensemble des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire ; les affections de la bouche et des dents (9% des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire) et les interventions sur la main (7%).

L'activité de chirurgie ambulatoire par acte : les principaux actes en chirurgie ambulatoire

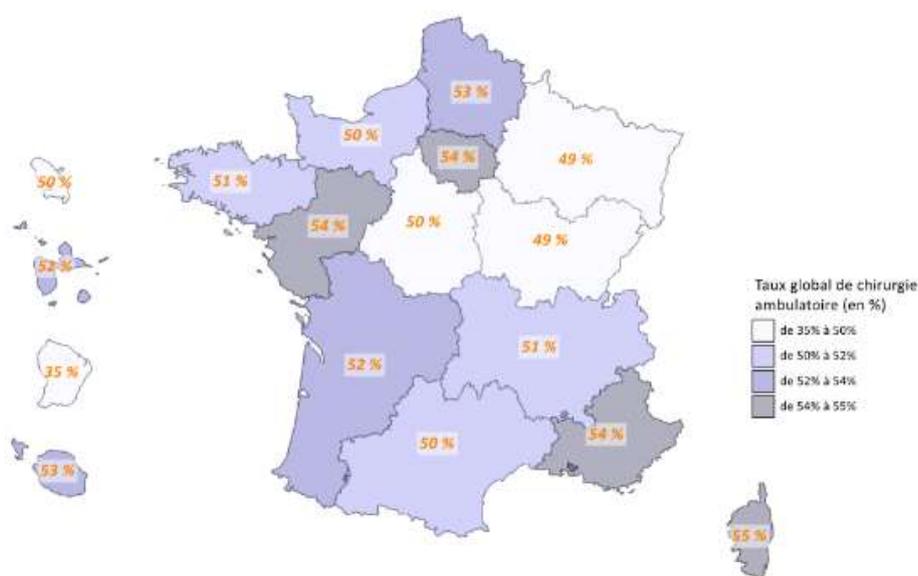
	Nombre de séjours réalisés en ambulatoire	Taux de chirurgie ambulatoire (% total des séjours avec ou sans nuitée)	Part dans le total des séjours en ambulatoire
Interventions sur le cristallin	720 000	91%	22%
Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	295 880	96%	9%
Libérations du médian au canal carpien	121 790	95%	4%
Autres interventions sur la main	112 660	85%	3%
Ligatures de veines et éveinages	96 820	86%	3%
Ensemble des actes de chirurgie	3 229 160	52%	100%

Source : Atih, 2015

► Le degré de développement de l'ambulatoire est inégal selon les régions françaises.

Selon les régions, la part de l'ambulatoire dans les séjours de chirurgie peut varier de 35% à 55%.

Taux global de chirurgie ambulatoire par région
(séjours sans nuitée rapportés à l'ensemble des séjours de chaque périmètre)



Source : Atih, 2015

1.3 L'activité de chirurgie ambulatoire dans les MCO de l'hospitalisation privée

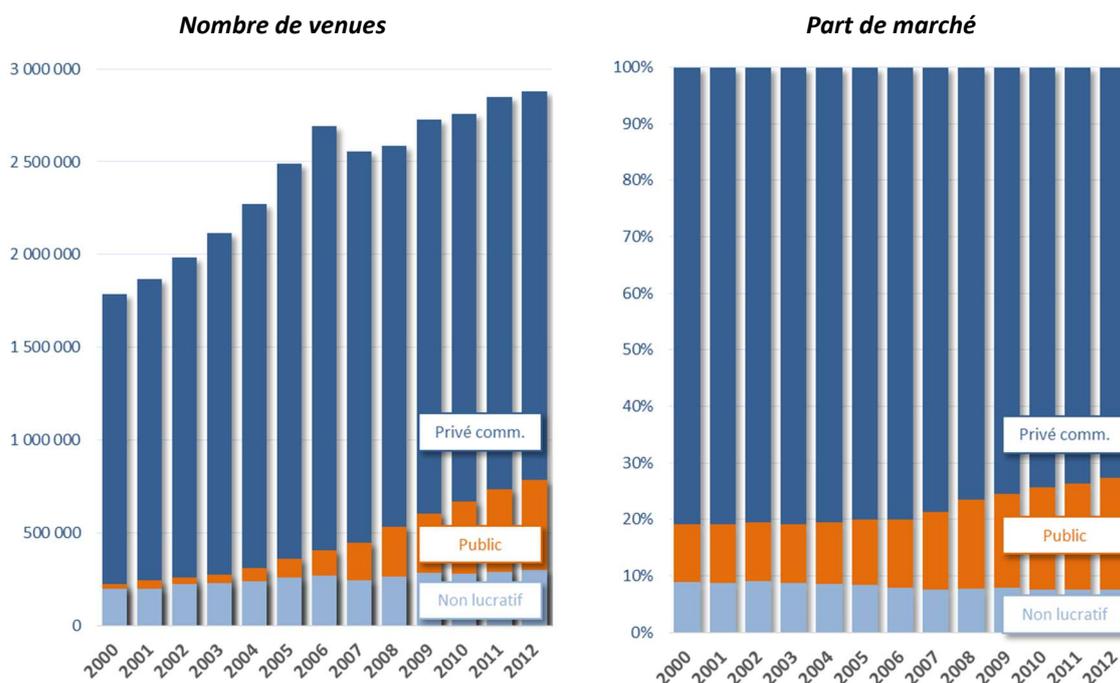
► L'hospitalisation privée dispose d'une avance notable sur ce segment d'offre, avec toutefois un effet de rattrapage de la part du public.

La chirurgie ambulatoire a été développée par des médecins pionniers de l'hospitalisation privée.

L'hospitalisation privée apparaît comme l'acteur historique sur ce segment d'offre, la chirurgie ambulatoire ayant été développée d'abord par des médecins pionniers dans des établissements à statut privé commercial. L'avance du privé dans ce domaine est donc notable : en 2015, sur données Atih, les établissements privés commerciaux réalisent 65% des actes de chirurgie ambulatoire en France, contre 47% des actes de chirurgie avec nuitée. En moyenne, les établissements à statut privé commercial ont atteint en 2015 un taux de chirurgie ambulatoire de 59,6% contre 42% dans les établissements sous un autre statut.

Toutefois, depuis 2007, le développement de la chirurgie ambulatoire ralentit dans le privé commercial et accélère dans le public en raison d'un effet de rattrapage. C'est pourquoi la part de marché du privé commercial tend à se réduire.

Activité en chirurgie ambulatoire selon le statut de l'établissement



Source : Ecosanté sur données Drees, 2016

La nette avance du secteur privé commercial en termes de chirurgie ambulatoire est d'abord imputable au case-mix des établissements : ces établissements sont davantage positionnés sur les actes permettant de générer un taux élevé d'ambulatoire. À côté de cet effet de structure, on note aussi une avance du secteur privé commercial par rapport au public à acte donné : l'écart acte par acte est de l'ordre de 3 à 5 points d'écart. Les disparités régionales observées sont explicables en grande partie par la structure de l'offre de chirurgie : les taux régionaux d'ambulatoire sont importants là où l'hospitalisation privée est fortement implantée, et, à l'inverse, plus faibles dans les régions dans lesquelles l'hospitalisation privée est moins présente.

► Le niveau de développement de l'ambulatoire est inégal selon les établissements.

D'après les données Hospidiag pour l'année 2015, on recense 515 établissements MCO à statut privé commercial ayant une activité de chirurgie. Ils emploient au total 120 320 salariés (les différentes sources d'information statistique ne permettant pas d'avoir des indications sur les personnels impliqués spécifiquement dans la prise en charge des patients en chirurgie).

Ces établissements se situent à des étapes différentes de développement en matière de prises en charge en ambulatoire.

- Selon les estimations réalisées, seule une centaine, représentant un peu plus de 25 000 emplois actuellement, ne sont pas engagés dans une dynamique importante en termes de chirurgie ambulatoire : ces établissements cumulent taux d'ambulatoire relativement faible (moins de 60%) et progression limitée de ce taux (moins de 5% au cours des 5 dernières années).
- La situation la plus répandue (241 établissements qui concentrent plus de 70 000 emplois) est celle des établissements avec une pratique ambulatoire encore limitée (leur taux d'ambulatoire est inférieur à 60% des actes de chirurgie réalisés en 2015) et une dynamique de progression notable (le taux de progression enregistré au cours des 5 dernières années est supérieur à 5%).
- 170 établissements ont franchi le seuil des 60% d'actes de chirurgie réalisés en ambulatoire, dont la plupart (144) sont engagés dans une progression assez élevée de ce taux (supérieure à 5% au cours des 5 dernières années). Ces établissements ayant atteint une pratique ambulatoire prédominante représentent aujourd'hui plus de 20 000 emplois salariés.

Répartition des établissements privés commerciaux avec activité de chirurgie selon le développement de l'ambulatoire

Etablissements organisés autour de l'hospitalisation complète (pratique ambulatoire <60% des séjours)	Croissance faible de la pratique ambulatoire (<+5% entre 2009 et 2015) : • 104 étab., représentant 26 130 emplois en 2015	Croissance élevée de la pratique l'ambulatoire (>+5% entre 2009 et 2015) : • 241 étab. représentant 72 330 emplois en 2015
Etablissements organisés autour de l'ambulatoire (>60% des séjours)	Croissance faible de la pratique l'ambulatoire (<+5% entre 2009 et 2015) : • 26 étab., représentant 2 300 emplois en 2015.	Croissance élevée de la pratique l'ambulatoire (>+5% entre 2009 et 2015) : • 144 étab. représentant 19 560 emplois en 2015

Source : Traitements Quadrat-études sur données Hospidiag, 2009 à 2015

2. Métiers et compétences de la chirurgie ambulatoire

À retenir

La dynamique en faveur de l'ambulatoire résulte de plusieurs facteurs : demandes des patients, conviction des praticiens, maîtrise médico-économique, orientations des tutelles... Pour ces raisons, faire progresser le taux d'ambulatoire constitue un objectif stratégique pour les établissements MCO. Cela suppose d'améliorer à la fois les **techniques chirurgicales et anesthésistes**, les **locaux** et les **équipements**, les **organisations** (chemins cliniques, protocoles de soins, programmation opératoire...).

L'ambulatoire amène à **repenser globalement la prise en charge** dans toutes ses dimensions – médicale, architecturale, administrative... Tous les acteurs de la prise en charge sont concernés par les changements induits : la communauté médicale et les soignants bien entendu, mais aussi les personnels d'accueil et de secrétariat, les équipes de brancardage...

La mise en place de l'ambulatoire apporte une **révolution culturelle**. En effet, par rapport à l'hospitalisation avec hébergement, l'ambulatoire transforme significativement **les contenus des métiers** du point de vue des **activités**, de **l'organisation**, mais aussi plus largement de son **sens**. Ce type de prise en charge diminue le temps de **présence** auprès de chaque patient, intensifie les **flux** de patients, augmente le niveau de **vigilance**. Pour les personnels concourant aux soins, l'ambulatoire nécessite moins de technicité, mais plus **d'efficacité** et de rapidité d'exécution, de **polyvalence**, **d'anticipation** et de **relationnel**.

En supprimant une partie de l'activité (hôtellerie et restauration, personnel soignant de nuit et de week-end), l'ambulatoire diminue les **besoins d'emploi** à activité constante. Les établissements doivent par conséquent assurer le redéploiement d'une partie des personnels des services d'hébergement vers les unités de chirurgie ambulatoire, et la formation du personnel (obligation réglementaire).

En dépit des transformations importantes qu'il amène en termes d'emploi et de compétences, le développement de l'ambulatoire ne donne pas lieu à des stratégies de recrutement spécifiques, et il génère peu de **formation** formelle.

Une part importante des établissements ont à l'heure actuelle une pratique ambulatoire minoritaire et devront donc à l'avenir basculer vers un modèle organisationnel fondé sur **la gestion des flux**. Le passage à une pratique ambulatoire majoritaire paraît inéluctable et va nécessiter des évolutions des **organisations**, de la **formation** et des **cultures** professionnelles.

2.1 Composition des équipes et organisation du travail

▶ Les établissements et les professionnels doivent gérer une activité en forte croissance.

Premier point notable, les établissements MCO se situent dans un contexte plus général de restructuration. Illustratif des mouvements à l'œuvre, tous les établissements interrogés dans le cadre des monographies ont connu ou vont connaître des restructurations architecturales : fusion avec un autre établissement et/ou déménagement, extension de locaux pour gérer un accroissement d'activité...

Deuxième point important pour comprendre le contexte d'intervention des professionnels, l'activité de chirurgie ambulatoire connaît un taux de progression important. Dans le cadre de l'étude, tous les établissements MCO interrogés ont vu ce taux progresser, la progression étant de l'ordre de +6 points à +12 points depuis 2012, et tous projettent des progressions encore plus importantes dans les années à venir.

La chirurgie ambulatoire constitue incontestablement une activité stratégique pour les établissements MCO, avec des directions et encadrants convaincus par la nécessité de la développer. En effet, la dynamique en faveur de l'ambulatoire résulte de l'action combinée de plusieurs facteurs.

- En première instance, la demande des patients pour ce type de prise en charge constitue un levier important de transformation. Le développement de l'ambulatoire constitue en ce sens un avantage concurrentiel pour l'établissement concerné par rapport aux autres établissements du territoire.

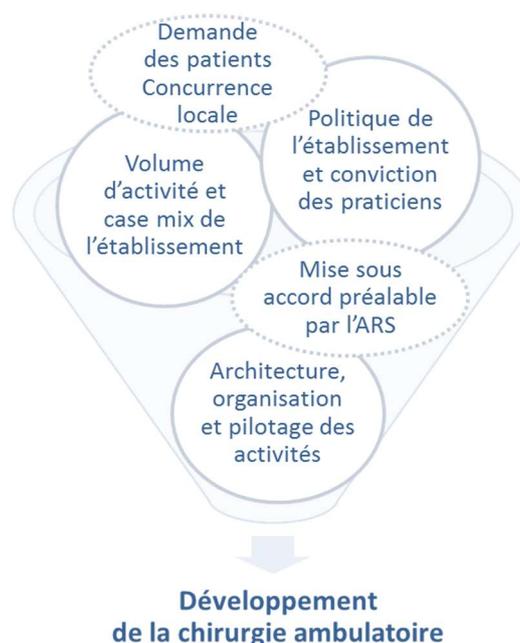
« Avec l'ambulatoire, on répond à un besoin de la société - réduire la durée d'hospitalisation -, aux attentes des patients, et à nos exigences de gestion des risques au niveau établissement de santé. » (directeur d'établissement)

- La conviction des praticiens est un élément indispensable pour augmenter le volume d'actes pris en charge en ambulatoire.
- Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire est également lié au case-mix de l'établissement. Il sera plus élevé si l'établissement est déjà positionné sur des actes propices à ce type de prise en charge (chirurgie des parties supérieures...).
- Les effets des politiques publiques sur le développement de l'ambulatoire semblent plus mitigés.

Selon un rapport de l'Igas-Idf²⁷, les incitations tarifaires en faveur de l'ambulatoire à compter de 2007 n'ont pas été déterminantes sur le développement constaté de l'activité, car d'autres mesures tarifaires sont venues interférer. Les procédures de mise sous accord préalable décidées par les tutelles ont un effet plus perceptible : elles permettent une hausse rapide du taux de CA sur les actes concernés par la procédure, mais sans effet d'entraînement sur les autres actes réalisés dans l'établissement.

²⁷ Igas-Idf, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, Rapport public, 2014, consultable sur le site de l'Igas : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article431>

Les leviers de développement de la chirurgie ambulatoire en établissement



Pour atteindre leurs objectifs généraux en termes d'ambulatoire, les établissements se fixent des objectifs de progression de l'ambulatoire acte par acte. L'adhésion des médecins, chirurgiens et anesthésistes, représente un élément clé pour étendre l'ambulatoire sur de nouvelles situations (c'est-à-dire un couple actes/types de patients). Pour cela, un travail de conviction doit souvent être mené par le personnel d'encadrement.

« Il y a une forte envie de se développer sur l'ambulatoire, et on a l'obligation technique de le faire : les opérations sont des opérations de pointe, les gens sont satisfaits, ça permet de libérer le flux et donc d'avoir plus de places en hospitalisation complète. » (praticien)

« C'est plus facile d'amener de nouveaux actes à l'ambulatoire quand on est déjà bien développé sur l'ambulatoire par ailleurs, pour convaincre les praticiens. (...) Il n'y a pas de spécialité où on peut se dire qu'on n'ira pas vers l'ambulatoire. » (directeur d'établissement)

« Un de nos chirurgiens faisait 100% de ses prises en charge en hospitalisation complète il y a 2 ans, maintenant il fait toutes ses prises en charge en ambulatoire ! Il a fallu 2 ans pour le convaincre. » (responsable de bloc)

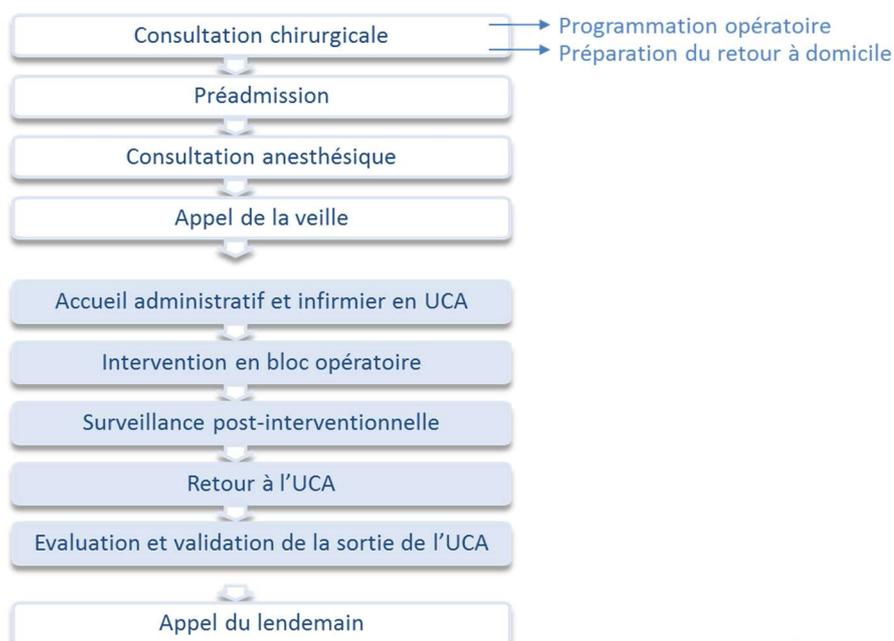
► L'ambulatoire, qui nécessite de limiter le séjour du patient au strict temps nécessaire dans la structure hospitalière, amène à optimiser toutes les étapes de la prise en charge des patients.

Pour un même geste technique, la chirurgie ambulatoire consiste à prendre en charge le patient en moins de 12 heures. C'est pourquoi la prise en charge en ambulatoire apparaît plus exigeante, en termes de délais et de productivité, qu'une prise en charge en hospitalisation complète, tout en respectant les mêmes critères de qualité et de sécurité.

Les prises en charge en ambulatoire constituent ainsi pour les établissements qui les pratiquent un terrain d'innovation medicotechnique, car elles amènent à revoir les pratiques en chirurgie comme en anesthésie, mais aussi un important terrain d'innovation organisationnelle. En effet, les établissements sont amenés à revoir toute la prise en charge du patient (organisation des soins, accueil, gestion administrative...) pour passer d'une gestion centrée sur les capacités (les lits) à une gestion centrée sur les flux de patients. Chaque étape du parcours doit être identifiée (définition d'un chemin clinique précis...) et anticipée, et la programmation opératoire optimisée.

« L'ambulatoire est exceptionnelle pour cela, car elle permet de repenser toute la stratégie à partir du parcours du patient » (expert) « L'ambulatoire est un saut qualitatif dans la prise en charge » (expert).

Synoptique des étapes de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire



Pour organiser l'activité de chirurgie ambulatoire, les établissements actionnent plusieurs leviers, en suivant des concepts organisationnels souvent communs.

- Tout d'abord, la dimension architecturale est structurante dans la réflexion organisationnelle autour de l'ambulatoire : les établissements se dotent de locaux prévus pour optimiser les circulations des patients en ambulatoire, avec notamment le ou les UCA à proximité des blocs opératoires, et la conception de locaux permettant d'instaurer des circuits de « marche en avant » du patient.
- Au côté de la dimension architecturale, l'optimisation des flux de patients est également un concept clé dans l'activité ambulatoire. Les établissements cherchent souvent à séparer les flux de patients selon les durées de prises en charge, en mettant en place des circuits longs, courts, voire ultra-courts (les patients ne seront présents que quelques heures dans l'établissement). L'optimisation des flux de patients passe par la mise en place de protocoles de prises en charge.

« Les procédures sont bien établies : (...). On a fait un gros travail de codification des procédures [procédures d'entrée, de retour de bloc, de sortie...] pour éviter les débordements et pour qu'il y ait un respect dans la qualité et le déroulé du séjour du patient ; le patient doit se sentir rassuré, confiant, même s'il n'est là que 3 heures. » (responsable UCA)

- Autre axe d'optimisation, les établissements s'engagent dans des démarches de rationalisation des démarches administratives (simplification et mise en cohérence des documents demandés, utilisation de check-list...) et/ou d'informatisation du dossier patient. La bonne vérification de la conformité des dossiers est cruciale pour le bon déroulé du programme opératoire, en évitant des déprogrammations.
- Pour finir, les établissements réfléchissent beaucoup à l'autonomisation du patient. Cette autonomisation est recherchée avant l'admission, par exemple en ce qui concerne l'hygiène préopératoire, et de plus en plus après l'opération, avec les concepts de récupération rapide après chirurgie (RRAQ) – cette approche, à l'instar de l'ambulatoire, vise à appréhender globalement la prise en charge du patient, en favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Les prises en charge sont conçues pour que le patient se déplace le plus possible debout.

« L'ambulatoire permet d'augmenter l'activité à personnel constant. Le maximum doit être fait en amont de l'arrivée dans l'établissement. » (directrice des soins)

On peut relever que les optimisations du parcours patient sont généralement limitées à l'interne. Peu de leviers envisagés dans les établissements concernent l'articulation avec les acteurs de la ville et du domicile.

« On a de moins en moins de liens avec la médecine de ville. J'ai connu les blocs où les médecins traitants venaient assister aux opérations ! (...) Rien n'est formalisé aujourd'hui sur les liens avec les prises en charge en ville. » (responsable bloc)

Ainsi, les axes de travail les plus souvent repérés dans les établissements se situent sur la mise en place de la récupération rapide après chirurgie, et/ou la révision du circuit patient et la gestion des flux, et/ou le réaménagement de locaux. L'amélioration de la programmation opératoire apparaît aussi, dans une moindre mesure, comme une piste pour optimiser les organisations. L'informatisation du dossier et/ou de la relation avec le patient, la formation des intervenants sur l'ambulatoire, ou encore le développement de

Axes de travail dans les établissements

Développer la récupération rapide après chirurgie	●●●
Réviser le circuit patients, séparer les flux	●●●
Ré-aménager les locaux	●●
Améliorer la programmation opératoire	●
Informatiser le dossier ou la relation patient	○
Renforcer les liens avec la ville	○
Former les intervenants en ambulatoire	○
Développer les services aux patients	○

services aux patients, sont des actions envisagées plus ponctuellement.

Extrait des monographies

Optimisations organisationnelles

Suite à l'arrivée de nouveaux praticiens souhaitant développer l'ambulatoire, cet établissement a mis en place une série d'optimisations organisationnelles.

- Conseil d'UCA (trois fois par an)
- Protocoles pour chaque nouvel acte pris en charge en ambulatoire (par la coordinatrice médicale)
- Poste d'IDE régulatrice des flux (au bloc)
- Deux circuits patient : court (sans passage par la salle de réveil) / long
- Démarches simplifiées (passeport patient donné en consultation, check-list IDE), patient arrivé préparé (rasé, papiers, etc.)
- Accueil administratif dédié à l'UCA
- Zone de pré-anesthésie (vérification check-list)
- Arrivées/sorties du bloc en fauteuil roulant
- Patients ambulatoire/HC différenciés en salle de réveil
- Salons de sortie
- Partenariat avec les IDE libérales pour le retour à domicile des patients vivant seuls

2.2 Besoins d'emploi et de compétences

▶ Comparée à la dimension organisationnelle, la dimension ressources humaines paraît peu investie.

Les établissements paraissent engagés dans des optimisations techniques et organisationnelles dans le but de favoriser les prises en charge ambulatoires. Comparativement, les réflexions quant aux moyens humains dédiés à l'ambulatoire semblent beaucoup moins développées.

La composition par métier des équipes soignantes varie en fonction des établissements : elles peuvent être composées d'IDE et d'aides-soignants, d'IDE et d'ASH, ou bien de ces trois métiers (IDE/AS/ASH). Les périmètres des postes sont rarement définis strictement selon les métiers, les personnels sont relativement polyvalents. La répartition des tâches posent parfois question. Deux interrogations sont relevées fréquemment. D'une part, les responsables d'UCA s'interrogent sur la contribution des aides-soignants. En hospitalisation complète en effet, l'AS effectue la préparation du patient (douche, tonte...) et surveille la prise du repas. En UCA, ces tâches sont effectuées par des patients beaucoup plus autonomes et responsabilisés. En fonction des cas, le contenu du métier d'aide-soignant en UCA est soit ramené à celui d'un agent de service ou agent administratif (voir ci-dessous l'établissement B), soit à l'inverse, enrichi : accueil et surveillance du patient... (établissement F). Deuxième interrogation, il s'agit d'organiser le partage des tâches avec le secrétariat médical (organisation des appels de la veille...). Ainsi, des incertitudes existent sur la composition optimale des équipes des UCA et sur la répartition des rôles entre les métiers (IDE/AS/ASH/secrétariat médical).

Extrait des monographies

Contenu métier des aides-soignants en chirurgie ambulatoire

Établissement B	Établissement F
<ul style="list-style-type: none">• Soutien administratif aux IDE• Nettoyage et préparation des chambres	<ul style="list-style-type: none">• Accueil et installation du patient, vérification de l'hygiène préopératoire, informations sur le déroulement de la journée• Gestion de la surveillance postopératoire et des collations• Mise à jour du dossier et des logiciels de suivi du patient• Transmission des consignes postopératoires au patient, gestion de sa sortie• Nettoyage et préparation des chambres

▶ L'ambulatoire transforme le contenu du travail soignant, mais aussi son sens, et nécessite un accompagnement au changement.

La mise en place de l'ambulatoire apporte une révolution culturelle. En effet, par rapport à l'hospitalisation avec hébergement, l'ambulatoire transforme significativement les contenus des métiers des personnels soignants du point de vue des activités, de l'organisation, mais aussi plus largement de son sens.

En effet, ce type de prise en charge intensifie les flux de personnes prises en charge et diminue le temps de présence auprès de chaque patient. Le rôle auprès des patients se trouve profondément modifié : pour les personnels concourant aux soins, l'ambulatoire signifie moins de technicité dans la délivrance des soins, mais davantage d'efficacité et de rapidité d'exécution, de polyvalence (les UCA n'étaient pas spécialisées sur un type de pathologies contrairement aux services d'hospitalisation complète), de relationnel auprès du patient (vérification de l'éligibilité à l'ambulatoire, surveillance post-opératoire, conseil et éducation thérapeutique...), de vigilance et d'anticipation.

« Il s'agit d'avoir des capacités de prioriser les tâches absolument phénoménales. » (expert)

L'ambulatoire amène à repenser globalement la prise en charge dans toutes ses dimensions – médicale, architecturale, administrative... C'est pourquoi les changements induits ne se limitent pas à la communauté médicale et les soignants, mais concernent tout autant les personnels d'accueil et de secrétariat, les équipes de brancardage... Il est attendu des intervenants qu'ils comprennent leur rôle dans l'ensemble de la prise en charge et qu'ils s'inscrivent dans un collectif de travail. Le rôle d'information auprès du patient est plus fortement souligné et distribué parmi les différents types de personnels.

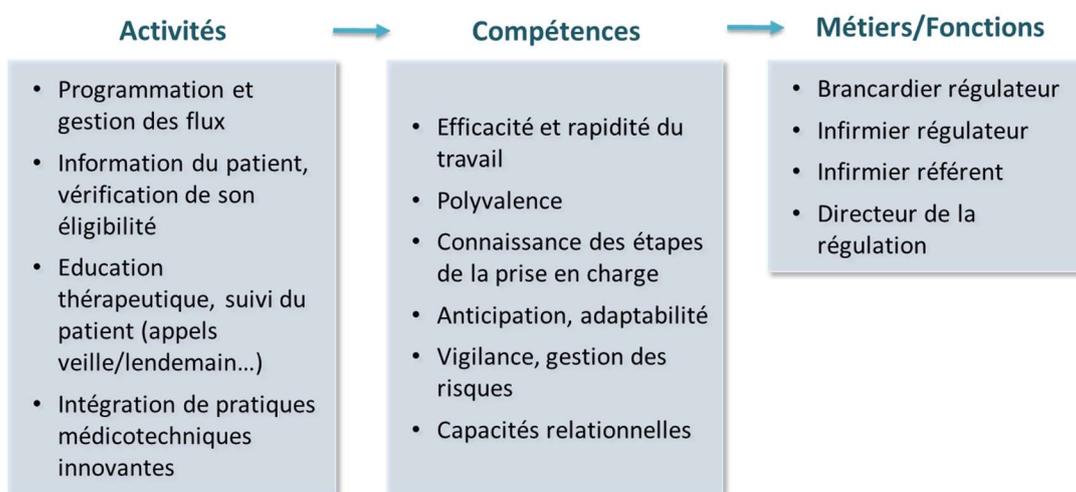
« Les équipes en ambulatoire doivent être capables de vite entrer en relation avec les patients : puisqu'ils ne restent pas longtemps, il ne faut pas être timides, les mettre à l'aise, repérer au premier contact ce qui risque de poser problème. » (responsable UCA)

« Le rythme est très soutenu et si quelqu'un perd un peu le rythme, c'est vraiment compliqué, ça se répercute sur tout le monde. » (infirmière)

« Quelqu'un qui n'est pas rigoureux ne peut pas travailler en ambulatoire, l'erreur n'est pas rattrapée le lendemain, le patient est parti et c'est compliqué de revenir sur un dossier clôt. » (responsable UCA)

La recherche d'efficacité dans l'organisation peut amener les établissements à spécialiser des postes à plusieurs niveaux dans l'organisation de l'établissement : sur la régulation des flux de patients – brancardier régulateur, infirmier régulateur, directeur de la régulation – et sur la relation avec le patient (appel de la veille et du lendemain...) – infirmier référent. En pratique, il semble que les postes spécialisés restent encore peu fréquents.

Activités, compétences et métiers en développement en ambulatoire



Les unités de chirurgie ambulatoire sont attractives de par leurs horaires de travail, davantage compatibles avec la vie personnelle que ceux des services d'hospitalisation complète, et par leur moindre charge physique (les patients étant en effet davantage autonomes, ils nécessitent donc peu de manipulation). L'attractivité des UCA ne se limite toutefois pas à ce premier élément. En effet, les soignants acculturés à l'ambulatoire, notamment ceux qui ont débuté dans ce type d'hospitalisation, apprécient les innovations constantes des techniques médicales et organisationnelles, ainsi qu'une responsabilisation plus forte (vérification de l'éligibilité à l'ambulatoire, conseil au patient...), la variété des pathologies prises en charge et l'absence de monotonie. En revanche, les soignants non acculturés à l'ambulatoire regrettent la perte de lien avec les patients et la perte en technicité, l'intensification des cadences, la hausse du travail administratif, que signifie le travail en unité de chirurgie ambulatoire par rapport aux services d'hospitalisation complète.

Comme on l'a vu, les établissements cherchent à augmenter la proportion de patients pris en charge en ambulatoire – en basculant des actes et des patients de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire. Ils s'appuient notamment sur de nouveaux concepts architecturaux et organisationnels : « marche en avant », « patient debout », « salons de sortie »... Ces changements rencontrent des réticences importantes chez les soignants, car ceux-ci sont vus comme une source de dégradation de la qualité de la prise en charge pour le patient, et de la qualité de travail pour les soignants (intensification de la charge de travail...).

« C'est un vrai changement de mentalités d'introduire les rotations. Les équipes se plaignent d'une grosse charge de travail, elles ont l'impression d'être à l'usine, de mettre les gens dehors. C'est compliqué de faire comprendre que les patients sont contents de rentrer plus tôt chez eux. » (directeur des soins)

« C'est dur de faire comprendre aux soignants que c'est pour l'intérêt du patient qu'on le garde moins. D'intégrer que les patients ne sont pas obligés de venir allongés avec une prémédication importante (...). Les IDE étaient choquées. Le début a été très difficile, surtout pour les plus anciennes. On rappelle que les temps de surveillance sont protocolisés. » (directrice des soins)

« Les équipes ne veulent pas avoir le sentiment de travailler à la chaîne. » (responsable UCA)

« Nous avons un salon de sortie dans l'établissement, mais il est très peu utilisé. C'est un problème de représentation, il faut changer les mentalités professionnelles. Les soignants ont le sentiment que l'on bouscule les patients » (responsable d'UCA)

« Des patients ont connu l'ambulatoire il y a trois ans. Ils reviennent et voient la différence. On les chouchoutait, maintenant c'est vite vite... Ils ne comprennent pas toujours. » (infirmière)

► Les pratiques de gestion des ressources humaines ne sont pas spécifiques à l'ambulatoire.

En dépit des transformations profondes qu'il amène en termes de contenu des métiers et des besoins en compétences, le développement de l'ambulatoire ne donne pas lieu à des stratégies de recrutement spécifiques, et il génère peu de formation formelle.

En effet, les recrutements du personnel d'UCA se font plutôt sur la base de savoir-être (motivation, dynamisme, polyvalence, aisance relationnelle, esprit d'équipe) plutôt que de savoir-faire spécifiques. Ensuite, un accompagnement sur le terrain est souvent jugé suffisant par les salariés et par les encadrants.

« On prend finalement plutôt des jeunes IDE du fait de la réalité du marché et aussi parce que comme ça elles n'ont pas d'anciennes habitudes... Si elles recherchent la technicité, du suivi de patients sur le long court, elles ne doivent pas aller en ambulatoire. C'est plus un profil que de l'expérience en fait. » (DRH)

Peu de besoins et de recours à la formation continue sont identifiés. Moins de 400 formations financées par l'Opcva de branche Actalians portant spécifiquement sur l'ambulatoire ont été repérées pour l'année 2014. La plupart sont de courte durée (1 à 2 jours) et portent sur la prise en charge : réglementation, organisation du parcours, surveillance et conditions de sortie...

« Lors d'un redéploiement de personnel [de l'hospitalisation conventionnelle à l'ambulatoire], il doit y avoir forcément formation car le métier est complètement différent (...). L'enjeu des formations est de faire passer le message : aujourd'hui on n'est pas là pour hospitaliser, le patient est acteur de sa prise en charge, il prend en charge lui-même son parcours de soin » (expert siège)

Extrait des monographies

- **Les enjeux RH relatifs à l'activité de chirurgie ambulatoire**

Établissement A

Les soignants de l'UCA interviennent de manière polyvalente. Si à l'origine, l'UCA était un choix professionnel par défaut, ce milieu d'exercice jugé très différent de l'hospitalisation complète paraît désormais apprécié : davantage de conseil auprès du patient, de polyvalence (diversité des pathologies vues), de prise d'initiative (pas de médecin présent en permanence dans le service). La principale difficulté provient de l'inadéquation actuelle des locaux, qui semblent arriver à saturation. Il n'existe pas de programme de formation continue dédiée aux professionnels participant à la chirurgie ambulatoire.

Établissement B

L'adhésion des équipes de l'UCA à l'ambulatoire diffère selon les deux secteurs du service. Les professionnels qui ont pour la plupart commencé leur carrière en ambulatoire apparaissent convaincus par l'exercice en UCA (innovations constantes des techniques médicales et des organisations, efficacité des prises en charge, variété des pathologies) ; les équipes majoritairement issues de services d'hospitalisation complète regrettent une intensification des cadences, une perte de lien avec les patients et une perte en technicité.

De plus, la composition des équipes ne paraît pas optimisée au regard de l'activité : absence de secrétariat médical dédié à l'ambulatoire, périmètre d'activité restreint pour les aides-soignants. L'organisation actuelle ne permet pas d'effectuer l'ensemble des appels du lendemain, ce qui a nécessité la définition de critères prioritaires d'éligibilité (patients les plus à risque).

En l'absence de programme de formation dédié à l'ambulatoire, l'établissement réfléchit à l'opportunité de faire suivre une formation à la gestion des flux aux IDE de l'UCA. Cela nécessiterait au préalable de faire référencer la formation par le groupe auquel appartient l'établissement.

Établissement C

Le groupe a créé un poste au siège afin d'appuyer les personnels des établissements dans les restructurations des plateaux techniques et dans le développement des prises en charge ambulatoires : encadrement des cadres de bloc sur le recrutement et sur les formations de leurs équipes, aide sur les évolutions organisationnelles et sur les relations praticiens (chirurgien, anesthésiste).

Les nouveaux concepts organisationnels ont soulevé des appréhensions dans une partie du personnel soignant. Pour favoriser l'adhésion aux nouveaux concepts organisationnels, l'établissement s'appuie sur des protocoles de surveillance et sur des échanges avec des établissements du même groupe.

Établissement D

L'établissement peut s'appuyer sur des encadrants convaincus par ce type de prise en charge et des soignants expérimentés (pas de turnover). L'accroissement notable de l'activité de l'UCA, et l'objectif récent porté par la direction d'augmenter les rotations, nécessitent des changements de pratique chez les soignants (augmentation des flux...). L'adhésion à cet objectif ne semble pas encore atteinte.

Par ailleurs, les spécificités de la prise en charge en ambulatoire nécessitent des savoir-être (dynamisme, adaptabilité, esprit d'équipe) et des savoir-faire (connaissance des protocoles...) spécifiques. Une formation à la prise de poste paraît opportune aux encadrants, mais en l'absence d'offre pertinente, cette formation est réalisée en interne.

Établissement E

L'adhésion des équipes à l'ambulatoire apparaît élevée, notamment grâce à leur implication dans les projets stratégiques de l'activité (définition des parcours cliniques...). Une formation spécifique est systématiquement suivie par tout nouvel entrant dans le service. Néanmoins, certains salariés rencontrent des difficultés à s'adapter à l'augmentation des taux de rotation dans certains secteurs (rythme de travail plus intense, modification de la relation aux patients).

L'organisation actuelle de l'équipe de l'UCA ne permet pas, au vu du volume d'activité, de réaliser l'ensemble des appels de la veille et des appels du lendemain (30% environ sont réalisés).

Enfin, l'outillage informatique est aujourd'hui trop complexe (multiplicité des logiciels de suivi des patients) et contribue à ralentir le travail des équipes.

Établissement F

L'adhésion des équipes aux principes de l'ambulatoire est partielle : le personnel de l'UCA rencontre des difficultés à s'adapter aux injonctions d'accroissement des rotations de patients. L'organisation du travail apparaît aujourd'hui non-optimisée (pertes de temps, non réalisation de l'ensemble des appels du lendemain...). Par ailleurs, un travail de sensibilisation est actuellement en cours auprès de plusieurs chirurgiens pour les encourager à adapter leur organisation du travail aux spécificités de l'ambulatoire.

L'accompagnement de ces transformations s'effectue aujourd'hui de manière informelle, et non via le recours à des formations spécifiques.

► Bonnes pratiques de gestion des ressources humaines en UCA

Dans l'ensemble, les services de chirurgie ambulatoire des établissements sont encore peu outillés en termes de gestion des ressources humaines spécifique à ce type d'activité. Des exemples de bonnes pratiques ont pu être relevés²⁸.

- Formation d'intégration systématique pour les nouveaux salariés, réalisée par un organisme externe (deux à trois jours).
- Accompagnement de l'introduction des nouveaux gestes en ambulatoire : protocole de prise en charge, formation des soignants théorique et sur le terrain (en bloc et dans le service de chirurgie).
- Formations thématiques de toute l'équipe de l'UCA par les chirurgiens et les anesthésistes : la douleur post-opératoire, les temps au bloc opératoire...
- Formation à la gestion des flux du responsable d'UCA.
- Établissement d'un plan de formation pour l'UCA : gestion de la douleur, hygiène, stérilisation, prise en charge des urgences...
- Définition d'un rôle transverse sur les ressources humaines pour chaque membre de l'UCA : animation de la formation, encadrement de stagiaires et de nouveaux personnels, tutorat

²⁸ Source : ANAP, *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, monographies*, 2013.

Ci-dessous, un exemple de formation à destination des soignants des services de chirurgie ambulatoire.

- **Intitulé de la formation**

Soignant en unité de chirurgie ambulatoire

- **Public**

IDE et aides-soignants en UCA

- **Objectifs**

Maîtriser le cadre légal de fonctionnement de l'activité en unité de chirurgie ambulatoire, en connaître le contexte actuel et les enjeux.

Comprendre et intégrer les principes liés à l'activité ambulatoire, maîtriser et optimiser la prise en soins du patient de son arrivée à la sortie, connaître les principales complications et savoir les prendre en charge.

- **Déroulé pédagogique**

1. Contexte général : développement de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, conséquences de ces services pour les établissements de soins.
2. Cadre légal : réglementation depuis 1970, décret du 20 août 2012, recommandations de la SFAR.
3. Principes de l'ambulatoire dans la pratique quotidienne : sélection des actes et des patients, contre-indications, consultation d'anesthésie, prise en charge de la douleur, besoins du patient.
4. Prise en charge du patient - avant l'intervention chirurgicale : installation, dossier, recommandations, vérifications, prémédication, accompagnement au bloc... - Sortie : installation, critères de surveillance, protocoles douleur, conditions de sortie : critères de sortie, retour à domicile, prescriptions.
5. Principales complications : ventilatoires, cardio-vasculaires ou neurologiques, gestion de la fièvre et de la douleur, matériel de surveillance et matériovigilance, chariot d'urgence.

3. Perspectives et enjeux d'emploi

À retenir

Une part importante des MCO de la branche ont encore une pratique ambulatoire minoritaire (en 2015, 350 établissements MCO à statut privé commercial se situaient sous le seuil de 60% de taux d'ambulatoire).

Au vu notamment des objectifs fixés par les pouvoirs publics, et plus largement de la dynamique en cours (demande des patients, stratégies des établissements et des groupes...), le passage à une **pratique ambulatoire majoritaire** paraît **inéluçtable**.

Les établissements vont devoir augmenter le **rythme de croissance** de l'ambulatoire. Au minimum (objectifs réglementaires), le rythme de croissance du taux d'ambulatoire devrait s'établir à **+2,9** points par an entre 2016 et 2020, contre **+2,1** points entre 2011 et 2015.

Pour y parvenir, ils vont devoir basculer vers un **modèle organisationnel fondé sur la gestion des flux**. Des **innovations techniques et organisationnelles** seront nécessaires pour leur permettre d'étendre la prise en charge ambulatoire à des cas (c'est-à-dire des couples pathologies/patients) de plus en plus lourds. En outre, des **réaménagements de locaux** devront intervenir pour absorber l'augmentation d'activité en ambulatoire.

Sur le plan de l'emploi, le développement de la chirurgie ambulatoire est un **vecteur de baisse des besoins** de main d'œuvre, d'une part parce qu'il supprime les postes de personnel de nuit et de week-end, d'autre part parce qu'il génère des gains organisationnels. À **activité constante**, on peut estimer que les objectifs nationaux de développement de la CA se traduiraient par une réduction des besoins d'emploi dans la branche de l'ordre de **10 280 etp**.

Sur le plan des métiers, la CA apporte une transformation profonde du **contenu** et du **sens** du travail soignant. Par rapport à l'exercice en hospitalisation complète, l'ambulatoire nécessite de développer des **compétences** : efficacité et rapidité au travail, polyvalence, compréhension de toutes les étapes de la prise en charge, anticipation et adaptabilité, vigilance et gestion des risques, capacités relationnelles... Le raccourcissement des durées de prise en charge dans les services ambulatoires (circuits ultracourts...) et les nouveaux concepts organisationnels (marche en avant, patient debout, salons de sortie...) suscitent des **réticences** chez les soignants, car ils peuvent être perçus comme source de dégradation de la **qualité des soins** tout comme de la **qualité des conditions de travail** (intensification du travail, perte de liens avec les patients...).

Les établissements et leurs salariés vont donc connaître des évolutions importantes des **organisations** et des **cultures professionnelles** qui devront être **accompagnées**. Cet enjeu apparaît d'autant plus important qu'à l'heure actuelle, les services de chirurgie ambulatoire semblent dans l'ensemble peu outillés en termes de gestion des ressources humaines, des politiques de recrutement encore empiriques liés à une absence de prise en compte de l'ambulatoire dans la formation initiale des soignants, et un accès à la formation très limité. Dans ce contexte, il paraît opportun que la branche **référence des formations de base/de spécialisation sur l'ambulatoire**.

3.1 Perspectives de développement

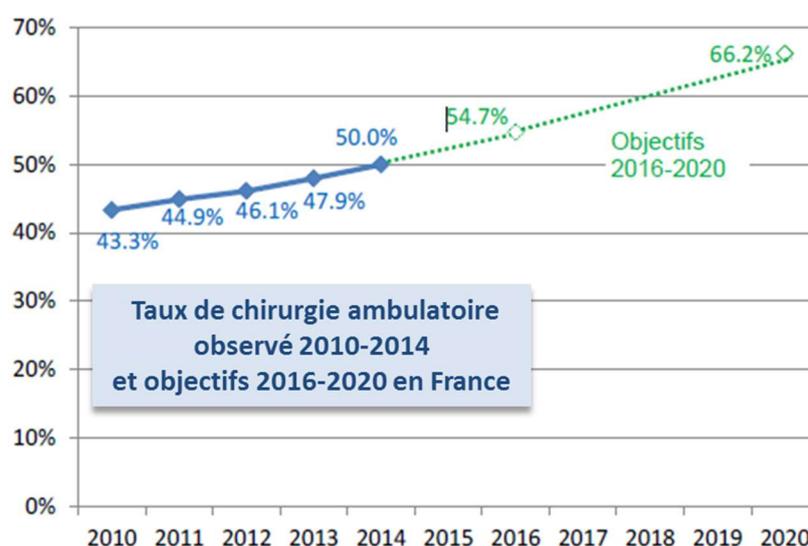
► Le développement de la chirurgie ambulatoire paraît inéluctable, conduisant la majorité des établissements MCO de la branche à des adaptations importantes de leurs organisations.

Les comparaisons internationales actuelles semblent indiquer un potentiel de développement important en France en termes d'activités ambulatoires en chirurgie.

Une instruction de 2015²⁹ fixe un taux national cible de 66,2% en 2020. Ces objectifs supposent d'augmenter le rythme de croissance de l'ambulatoire. Dans l'hospitalisation privée, ce rythme serait de +2,9 points par an entre 2016 et 2020 contre 2,1% entre 2011 et 2015.

Ce scénario correspondrait à un taux de chirurgie ambulatoire dans la branche de 71,9%.

Les objectifs publics de développement de la chirurgie ambulatoire en France



Source : Atih, 2016

Jusqu'à présent, le développement de la CA s'est fait principalement sur un nombre restreint d'actes simples (cataracte, chirurgie de la main et de la bouche...). Sur ces actes, le développement de l'ambulatoire paraît arrivé à son terme.

À l'avenir, les établissements devront mettre en place de nouvelles stratégies de croissance. En effet, l'instruction rappelle que le développement de la CA doit passer par :

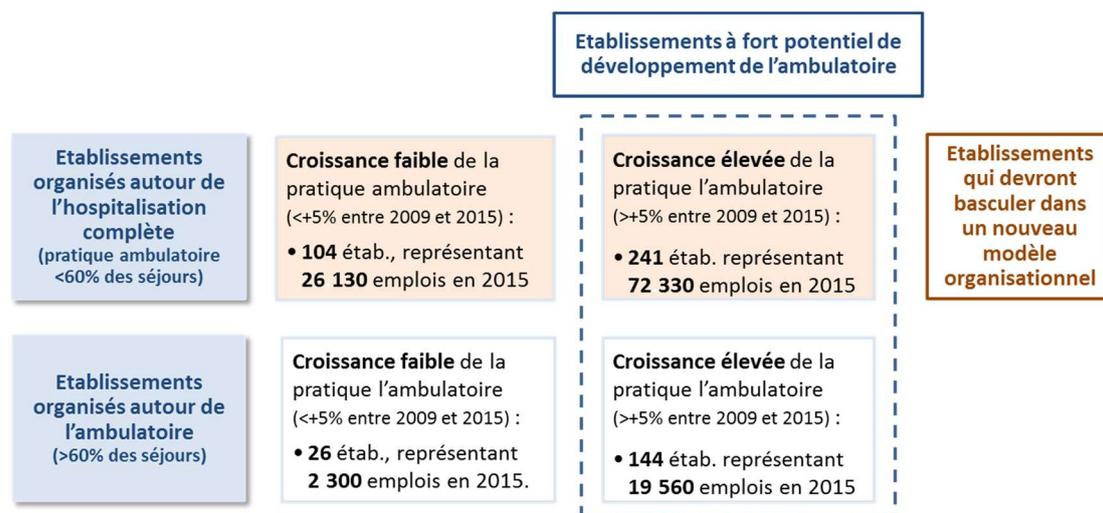
- une extension à des actes plus complexes, en substitution à l'hospitalisation complète,
- l'atteinte d'un seuil d'activité dans l'établissement (environ 1 500 actes), et donc le regroupement d'établissements sous le seuil.

Les établissements devront donc s'adapter en mettant en œuvre des innovations techniques et organisationnelles permettant de prendre des cas (c'est-à-dire des couples pathologies/patients) de plus en plus lourds. Ils devront souvent mettre en place des réaménagements de locaux pour absorber l'augmentation d'activité en ambulatoire.

²⁹ Instruction N°DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, consultable sur le site Legifrance.fr : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/10/cir_40158.pdf

Aujourd'hui, 350 établissements MCO se situent encore sous le seuil de 60% d'ambulatoire. On peut considérer que sous ce seuil, les établissements sont bien souvent encore dans un schéma organisationnel classique, centré sur la gestion des lits. Au-delà de ce seuil, il est plus probable que les établissements aient commencé à s'engager dans des réorganisations visant à centrer l'organisation des prises en charge sur les flux de patients. Ainsi, une proportion importante de MCO devrait adopter un modèle organisationnel centré sur l'ambulatoire dans les années à venir.

Répartition des établissements MCO à statut privé commercial avec activité de chirurgie selon le degré de maturité du développement de l'ambulatoire



Source : Traitements Quadrat-études sur données Hospidiag 2015

Extrait des monographies

• Les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire

Établissement A

L'établissement souhaite étendre les prises en charge ambulatoires à l'orthopédie (prothèse de genoux, d'épaule...), développer la récupération rapide après chirurgie pour aller vers le « patient debout ». Par ailleurs, l'établissement souhaite développer et adapter les capacités d'accueil de l'UCA : diminuer le nombre de brancards et augmenter le nombre de fauteuils.

Il existe des gisements d'optimisation du circuit patients : réduire les temps d'admission du patient (faire réaliser systématiquement le rasage par le patient avant l'admission, adapter le questionnaire d'admission), améliorer l'articulation avec la programmation du bloc opératoire, et structurer un réseau de professionnels de ville pour le suivi post-opératoire (médecins, IDE, kiné...).

Établissement B

La direction d'établissement souhaite développer l'ambulatoire sur de nouvelles pathologies et spécialités pour parvenir, sur le long terme, à une prise en charge des patients exclusivement en ambulatoire. Un nouveau circuit ultra-court lancé prochainement en chirurgie ophtalmologique doit permettre d'augmenter les rotations et ainsi impacter positivement le volume d'activité. La mise en place de ce circuit pose des enjeux architecturaux (création d'un vestiaire, d'une salle de collation...), organisationnels (nécessité d'optimiser au

maximum les flux), techniques (évolution des modes opératoires et des procédures d'anesthésie) et de ressources humaines : organisation des équipes de l'UCA, suite à l'intensification des flux et de la charge administrative ; évolution des mentalités du personnel soignant à l'heure de l'autonomisation croissante des patients (patient debout...).

Établissement C

Chaque année, l'établissement fixe un taux cible à atteindre sur la chirurgie ambulatoire. L'objectif est donc de systématiser les prises en charge ambulatoires, aujourd'hui concentrées sur les actes les plus simples.

Établissement D

L'établissement souhaite faire passer son taux de chirurgie ambulatoire de 60% aujourd'hui à 80% d'ici deux ans. Il table en particulier sur l'amélioration du taux de rotation des patients, l'extension progressive de l'ambulatoire à la pose de prothèses (forte activité de l'établissement), et à moyen terme (2019) la mise en place d'un circuit patient de type marche en avant, à l'occasion de l'agrandissement et de la restructuration des locaux.

Établissement E

Les perspectives de développement de l'ambulatoire dans l'établissement portent sur deux axes. Il s'agit d'une part d'optimiser la gestion des flux : séparation des flux de chirurgie ambulatoire et de médecine ambulatoire, renforcement de la spécialisation des flux par type de pathologie, amélioration de la gestion des flux d'entrée au niveau du secrétariat médical ambulatoire, redéfinition du circuit du secteur ophtalmologie en « fast track », centralisation des outils informatiques de suivi des patients et passage au dossier informatisé à l'horizon 2017.

Par ailleurs, l'établissement prévoit d'agrandir les capacités de l'UCA pour absorber le volume croissant d'activité : intégration d'un service d'HC à l'UCA et projet de construction d'une nouvelle aile de bâtiment dédiée à l'ophtalmologie.

Établissement F

L'établissement intégrera à l'horizon 2019 un GCS composé de 6 établissements, rassemblés sur un site actuellement en construction. Cela conduira à renforcer la place de la chirurgie ambulatoire dans l'activité globale de l'établissement.

Ce projet est l'occasion de revoir entièrement le fonctionnement de l'UCA, du point de vue architectural (UCA et bloc au même niveau, réflexion sur l'opportunité de séparer physiquement un circuit court et un circuit long) et de la gestion des flux (révision complète du circuit patient pour permettre l'accroissement des rotations : patient debout, utilisation d'un salon de sortie...). Ces changements devraient conduire à une évolution importante du métier de brancardier (capacité à accompagner plusieurs patients en même temps et debout au bloc).

Par ailleurs, l'accroissement des patients peu autonomes et de la lourdeur des pathologies prises en charge en ambulatoire conduit à envisager d'intégrer des aides-soignants à l'équipe de l'UCA.

► La mobilité des ressources humaines est une conséquence forte du développement de la chirurgie ambulatoire.

La prise en charge en ambulatoire constitue un facteur de modération de la progression des effectifs dans les établissements. En effet, les résultats obtenus par l'analyse de la relation entre l'emploi et les indicateurs d'activité (volumes des actes, taux d'ambulatoire) montrent que la progression des effectifs d'un établissement est d'autant plus faible que la part de l'ambulatoire augmente.

- L'élasticité de l'emploi à l'activité globale est estimée *toutes choses égales par ailleurs* à 0,6 : une progression du volume d'activité de 1% se traduit ainsi par une augmentation de 0,6% des effectifs.
- Parallèlement, une augmentation d'un point de la part de l'activité en ambulatoire dans l'activité totale diminue toutes choses égales par ailleurs la progression de l'emploi de 0,05.

Pour illustrer ces résultats, on examine l'effet sur l'emploi d'une augmentation de l'activité dans un établissement fictif de 530 salariés qui réalise 30 000 actes par an dont 2 400 en ambulatoire. L'exercice consiste à évaluer les conséquences sur l'emploi d'une hausse de 20% du nombre d'actes réalisés dans deux situations :

- Dans le premier scénario, l'augmentation s'effectue dans les mêmes proportions (+20%) des volumes d'actes en hospitalisation complète et en ambulatoire. Cela conduit à une progression des effectifs déduite directement de l'estimation de l'élasticité de l'emploi à l'activité, soit +12%.
- Dans le second scénario, la croissance de l'activité s'accompagne d'une progression plus rapide de l'activité en ambulatoire. Dans ce schéma, la part de l'ambulatoire dans l'activité totale passe de 8% à 11%. La hausse de l'emploi serait alors réduite à +9%, soit 3 points de moins que dans le premier scénario. Cela correspondrait à un différentiel de 20 etp pour un établissement employant 530 personnes.

Le développement de la chirurgie ambulatoire contribue ainsi à limiter la hausse des effectifs.

Exemple de simulation d'une variation d'emploi générée par une activité ambulatoire plus importante

	Situation d'origine	Scénario 1 – Taux d'ambulatoire constant		Scénario 2 – Taux d'ambulatoire en hausse	
		Variation	Situation	Variation	Situation
Activité totale	30 000	+20%	36 000	+20%	36 000
Activité hosp. complète	27 600	+20%	33 120	+17%	32 300
Activité en ambulatoire	2 400	+20%	2 880	+70%	4 080
Emploi total (en ETP)	530	+12%	593	+9%	575
% activité ambulatoire	8%	8%		11%	

Source : Traitements Quadrat-études sur données Hospidiag 2015

Le développement de la chirurgie ambulatoire représente une piste d'économie importante pour les pouvoirs publics : 160 M€ sur 4 050 visés pour 2017 (PLFSS). Selon les travaux de l'Igas et de l'IGF³⁰, la moitié des économies attendues proviendrait d'une réduction des effectifs :

- En supprimant une partie de l'activité (personnel de l'hôtellerie et de la restauration, personnel soignant de nuit et de week-end), l'ambulatoire diminue les besoins d'emploi à activité constante. La suppression de ces postes générerait 33% des économies attendues.
- L'effet du développement de l'ambulatoire sur l'emploi ne se limite pas à ces suppressions directes de postes. À moyen terme, le développement de l'ambulatoire génère des gains de productivité liées aux optimisations médico-techniques organisationnelles qui profitent à l'ensemble de l'activité de l'établissement. Ces gains de productivité permettent de réduire la masse salariale, générant près de 15% des économies attendues par les pouvoirs publics.

Selon les calculs réalisés, le taux de croissance de l'ambulatoire tel qu'envisagé par les pouvoirs publics, si l'activité des établissements restait constante, se traduirait par une réduction des besoins d'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée de l'ordre de 10 280 etp entre 2015 et 2020. Cet effet à la baisse de la CA sur l'emploi serait compensé si les établissements augmentaient de 16% le volume d'activité.

³⁰ Igas et IGF, 2014, déjà cité.

3.2 Préconisations d'action pour la branche

Les établissements et leurs salariés vont donc connaître des évolutions importantes des organisations et des cultures professionnelles qui devront être accompagnées. Cet enjeu apparaît d'autant plus important qu'à l'heure actuelle, les services de chirurgie ambulatoire semblent dans l'ensemble peu outillés en termes de gestion des ressources humaines, des politiques de recrutement encore empiriques liées à une absence de prise en compte de l'ambulatoire dans la formation initiale des soignants, et un accès à la formation très limité. Dans ce contexte, il paraît opportun que la branche référence des formations de base/de spécialisation sur l'ambulatoire.

Proposition d'action au niveau de la branche	Constats/enjeux	Bénéfices attendus de l'action
<ul style="list-style-type: none"> • Référencer des formations pluri-professionnelles pour les soignants en service ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de recours à de la formation en établissement. • Peu de formations financées par Actalians (de l'ordre de 300 par an). 	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre à l'obligation de former l'équipe médicale et paramédicale à la spécificité de la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire (art. D.6124-301-1 du code de la santé publique) • Accompagner la transformation des équipes d'HC (spécialisées) en équipes d'UCA (polyvalentes) • Développer les compétences adaptées aux nouveaux modèles de chirurgie ambulatoire : gestion des flux, rapidité d'exécution, vigilance, suivi à distance des patients...
<ul style="list-style-type: none"> • Référencer des formations de spécialisation pour les soignants en service ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de formation qualifiante (hormis un ou quelques DU...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer et reconnaître l'expertise en ambulatoire : régulation et gestion des flux, éducation thérapeutique, suivi à distance du patient (objets connectés, télémédecine...)

observatoire

hospitalisation privée



Quadrat-Études

45 rue de Lyon, Paris 12^{ème}
Tél : 01 75 51 42 70
contact@quadrat-etudes.fr