

COUR DES COMPTES

**La qualité des soins
en établissement**

ASSURANCE MALADIE

**La réforme *Deutsche
Qualität***

**ENTRETIEN AVEC
ÉLISABETH HUBERT
(FNEHAD)**

**ÉTAT DES LIEUX
EN FRANCE ET
EN EUROPE**

HAD, « L'HÔPITAL DU FUTUR » ?



L'arrêt de travail. Seul votre médecin sait si votre état de santé le nécessite, ou pas.

Un arrêt de travail est un traitement. Il peut aider à guérir. C'est à votre médecin de décider si vous en avez besoin. Chacun doit veiller à ne pas en abuser car il a aussi un coût pour la collectivité.

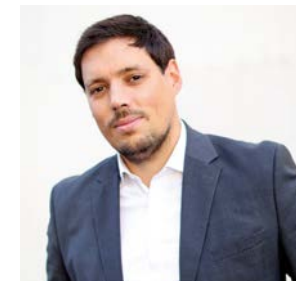


Notre système de santé,
c'est aussi à chacun d'en prendre soin.
Retrouvez tous les bons réflexes sur ameli.fr



ÉDITO

Alexandre Beau



Archaïsme



ESE consacre l'événement de ce numéro printanier à l'hospitalisation à domicile (HAD). Trop méconnu encore, ce dispositif se révèle être assez symptomatique des potentialités et des exaspérations caractéristiques de notre système de santé. On a beau tourner la problématique dans tous les sens, tout semble concorder sur le fait que l'HAD est vectrice d'efficience en présentant un bien meilleur rapport qualité/coût qu'une hospitalisation classique. Se pose alors une question : pourquoi n'en faisant nous

pas plus alors que près d'un tiers des hospitalisations seraient transposables au domicile du patient ?

La conception même de la notion d'hôpital « hors les murs » perturbe un écosystème qui s'est construit depuis un demi-siècle sur le tandem soins aigus/lits d'hospitalisation. Autant dire que l'HAD vient ébranler l'édifice. Pis, face aux atermoiements des décideurs, et faute d'avoir investi massivement dans ce dispositif dès lors qu'il émergeait et se structurait, on ne peut que constater que le secteur privé a fait main basse sur ce marché à fort potentiel. Ou comment transformer un possible relais de croissance interne en un coût externalisé. On marche sur la tête.

La dimension culturelle ne saurait (encore une fois) être minimisée. Silos, enclos, territoires... choisissez le mot qui vous conviendra le mieux. N'en demeure pas moins que là où notre pays est passé maître dans l'art de dresser des frontières entre chaque parcelle du paysage sanitaire et médico-social, nos voisins européens, apôtres de la déconcentration, s'évertuent de leur côté à les faire tomber. Résultats des courses, l'hospitalisation, les soins chroniques et le maintien à domicile tendent à ne faire qu'un chez eux dans une logique de prise en charge élargie mêlant les dimensions médicales et sociales. Le tout en donnant une réelle dimension d'acteur proactif au patient. Du bon sens, non ?

Cette réalité doit encore une fois faire office de piqure de rappel : il nous faut totalement régénérer et repenser l'hôpital public. Quitte à accepter d'aborder les sujets qui fâchent. Et, ils sont nombreux. Car oui, la question de la diminution et d'une plus grande spécialisation de nos établissements mérite d'être débattue sereinement sans démagogie. Une démarche à corréliser à une autre révolution organisationnelle, celle de la médecine de ville. Si tout ceci relève du poncif, cela aura au moins le mérite de nous sortir du sempiternel discours de « l'hôpital se meurt » si doux aux oreilles de nos élus et de nos médias. ■

© Vectorstock

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT

Hospitalisation à domicile :

la prise en charge de demain ?

• « L'HAD, c'est l'hôpital du futur ! »

Entretien avec **Elisabeth Hubert, présidente de la Fnehad**.

• Des défis à relever pour conforter la dynamique.

• Ailleurs, des approches de rupture.

10 - SÉQUENCES

10 • Numérique

Plateforme de données de santé : la machine est relancée ?

12 • Autonomie

« S'inscrire dans la coordination d'un projet de vie ». Entretien avec

Anaïs Morand et Nicolas Chotkan (OCIRP).

13 • Europe

Assurance maladie : l'Allemagne resserre (sacrément) la vis.

12 • Analyse

Hôpital : la Cour des comptes se penche sur la qualité des soins.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 60 000 €
RCS Paris B 480 706 159
(2005B02166)

27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00

Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction : Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com

21 numéros/an et plus de 200 lettres électroniques.

- Professionnel : 450 € TTC.

- Individuel : 250 € TTC

- Association : 350 € TTC.

ADMINISTRATION

secretariat@espace-social.com

RÉDACTION

Analyse : Pascal Beau

Assurance Maladie - Sécu - International Action sociale :

Alexandre Beau, a.beau@espace-social.com

Prévoyance complémentaire, Famille :

Emilie Guédé, e.guede@espace-social.com

Rédacteur graphique - Site Internet -

Réseaux - Podcast :

Gladys De Micheli, g.demicheli@espace-social.com

Photos : cocktailsante.com

Couverture : Pascal Vila / Fnehad

IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE

N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.

Prix au numéro : 15 €

Tous droits de reproduction réservés.

Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique.

L'autorisation d'effectuer

des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris - Tél. : 01 44 07 47 70

Certification des branches du régime général!

Une première depuis 2019, la Cour des comptes a certifié les comptes de toutes les branches du régime général pour 2025. Évidemment, les magistrats demandent des efforts continus pour améliorer encore les copies délivrées par les caisses nationales, notamment pour ce qui est des SI, du contrôle interne, des enregistrements et autres estimations comptables. Pour la CNAF, la mise en route de la solidarité à la source (via les DRM) sécurise les montants déclarés avec une économie évaluée à 1,1 Md €. Toutefois, la Cour alerte sur le recul du volume de contrôles sur place par les agents, ceci expliquant cela. Pour la CNAV, l'impact des erreurs de liquidation, 1 % du total, jugé comme encore important, n'empêche pas la certification. Côté CNAM, le montant estimé des erreurs d'imputation de frais de santé est de 3,4 Mds €. Seule la dette des hôpitaux à l'endroit de l'Assurance Maladie fait problème, bien que le niveau des erreurs de destination baisse. Concernant la CNSA, la conformité de l'organisation comptable et financière est désormais assurée. Quelques défauts tout de même sont pointés, comme le contrôle interne des prestations versées et une carence de clarté des recettes réelles de la caisse nationale. Côté « travailleurs indépendants », la certification est acquise pour le CPSTI, le RCI, le RID. Au total, un bon cru 2025 sur le plan de la gestion financière et comptable. Ce qui n'est pas le cas s'agissant du financement des branches, comme l'on sait... ■



> Europe et pauvreté



La première stratégie européenne de lutte contre la pauvreté définit la voie à suivre pour atteindre l'objectif de l'Union fixé dans le plan d'action sur le socle européen des droits sociaux, à savoir réduire d'au moins 15 millions le nombre de personnes menacées de pauvreté et d'exclusion sociale d'ici à 2030 et contribuer à éradiquer la pauvreté d'ici à 2050. Elle inclut trois priorités : des emplois de qualité pour tous, étant donné qu'ils sont le premier moyen de

sortir de la pauvreté pour ceux qui peuvent travailler; un accès effectif à des services de qualité et à une aide au revenu adéquate; et une action coordonnée contre la pauvreté. ■

> Mission financement

On prête au chef de l'État, Emmanuel Macron, l'intention de commander une expertise indépendante des administrations classiques d'État sur le financement de la protection sociale. Elle serait animée par quatre personnalités qui seraient Marianne Kermoal (directrice des politiques sociales à la Caisse des dépôts), deux économistes, Hippolyte d'Albis et Alexandra Roulet, et enfin Pierre Ricordeau, président de la Cades. Objectif de la démarche : faire évoluer le



À NOTER



Toujours attendus, les deux décrets liés à la suspension de la réforme des retraites que sont l'aménagement en faveur des mères de famille (trimestres enfants) et modification du calcul du salaire annuel moyen ramené aux 23 meilleures années, et non plus 24, pour les mères ayant eu deux enfants et plus.



Disparition de Philippe Lazar, ancien directeur général de l'INSERM durant dix ans, dont le mandat aura marqué un saut important dans la recherche médicale.

Les laboratoires pharmaceutiques Eli Lilly et Novo Nordisk ont été épinglés par l'ANSM (Agence de sécurité du médicament) pour détournement de communication sur leur produit anti-obésité.

Dépôt d'une proposition de loi (PPL) des sénateurs Martin et Dargaud de suppression des ARS et le transfert de leurs compétences aux Préfets.

ILS ONT DIT



« Sécurité sociale, attention aux fausses promesses ! Dénoncer le poids des prélèvements au lieu de s'attaquer au montant des dépenses, c'est regarder plutôt le doigt que la lune. Et c'est déresponsabiliser clairement les Français face aux conséquences du vieillissement pour lequel il n'existe pas de situation indolore.

Changer le mode de financement en recourant à la TVA aboutira à passer d'une assiette large de prélèvement à une autre plus restreinte et plus aléatoire... il est plus facile de promettre des hausses de pouvoir d'achat tombées du ciel, mais ce n'est pas ainsi qu'on redressera la France ».

Franck Von Lennep, ancien directeur de la Sécurité sociale dans Les Échos.

« Le désir d'enfant ne s'est pas éteint. Simplement, nous avons devant nous une génération paralysée. Elle fantasme cet enfant qui l'aimera sans condition et redoute simultanément ce qu'il lui coûtera en argent, en liberté, en ambition. L'écart entre cette aspiration et la réalité n'appelle pas d'abord des transferts financiers, mais une transformation profonde du regard que nous portons collectivement sur la parentalité... Or la culture peut infléchir des tendances que la politique ne sait pas atteindre... c'est peut-être là, l'une des clés du problème : non la politique familiale, mais la représentation ».

Hélène Calas, consultante en politique familiale dans Les Échos.



« Réjouissons-nous ! La dépendance vient d'être abolie. Nos EHPAD s'appelleront en 2027 "Maison France Autonomie". Désormais, lorsque nous franchirons le seuil de ces établissements pour y déposer un proche désorienté et peut-être grabataire, nous saurons que nous entrons dans une Maison. Qu'il y sera question d'autonomie et par-dessus le marché en France. Comme par magie, la dignité sera retrouvée ».

Laurent Frémont, enseignant, membre du Collectif démocratie, éthique et solidarités, dans Le Figaro.

mode de financement actuel trop centré sur l'emploi vers la consommation. ■

> Bombe à retardement

Le rapport commun de l'IGF (Inspection générale des Finances) et de l'IGAS sur la situation et les perspectives de la CNRACL (Caisse de retraites des agents des collectivités locales et hospitalières) est une bombe à retardement ! 3 Mds € de déficit annuel jusqu'en 2035, lequel montera jusqu'à 7,8 Mds € graduellement jusqu'en 2045. La dette non financée, en dépit des hausses récentes de la cotisation employeur, atteindrait sans mesures nouvelles de financement quelques 40 Mds € (contre 24 Mds fin 2025) fin 2035 et, près de 85 Mds € en 2045... ■

> Conférence

autonomie?

La nouvelle ministre déléguée chargée de l'Autonomie, Camille Gaillard-Minier, annonce son intention de mettre sur pied pour cet automne une conférence nationale sur le vieillissement.

Conçue comme un rendez-vous régulier, à l'instar de la conférence handicap, le gouvernement entend favoriser les « bonnes pratiques et institutionnaliser les initiatives des territoires ». « Un cap clair pour agir » sur l'ensemble des domaines concernés, notamment sur les métiers, servirait d'orientation nationale. ■



LES CHIFFRES

847,5 Ms €

de rappel de pensions Agirc-Arrco versés à 98 126 allocataires pour cause de bug informatique.

1 016 mds €

de dépenses totales de protection sociale en France fin 2025, dont notamment 43,5 % pour la vieillesse-survie, 33,9 % pour la maladie, 6,7 % pour la famille.

69 %

des Français estiment opportun le recours à l'IA pour la santé.

8 613

violations de données personnelles notifiées à la CNIL en 2025, dont 19 % visent des administrations publiques et sociales (11 % en 2023). Un vrai défi!

19 %

des Français se déclarent « confiants » pour l'élection présidentielle de 2027...

154 932

naissances (-1,8 % sur la même période en 2025) contre 174 024 décès (-4,5 %, grippe moins meurtrière). Nouvelle chute de la natalité au 1^{er} trimestre 2026.

500 000

régularisations de séjour, sous strictes conditions, décidées en Espagne. Une démarche sollicitée entre autres choses par le patronat.

81 %

des Français jugent que les politiques ne disent pas la vérité sur l'état des finances publiques et sociales du pays. Pas faux...

Hospitalisation à domicile : la prise en charge de demain?



Souvent présentée comme un levier d'efficacité et comme un élément moteur du virage ambulatoire, l'hospitalisation à domicile (HAD) reste encore trop méconnue dans le paysage sanitaire français. Malgré tout, les dernières données semblent laisser entrevoir qu'une amorce de dynamique pourrait s'opérer dans les années à venir. Une tendance qui s'appuierait notamment sur l'évolution des pratiques.

“ L' HAD, c'est l'hôpital du futur! ”

Entretien avec **Elisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (Fnehad)** pour esquisser un bilan d'action au terme des vingt années de son mandat. Malgré l'existence d'un certain nombre de freins, l'ancienne ministre de la Santé estime que l'HAD doit s'inscrire au cœur de la transformation du système de santé.

Méconnue encore, l'HAD dispose néanmoins d'atouts essentiels. Quels sont-ils ?

Il y a quelques années, notre fédération fêtait ses 50 ans. Nous parlions alors de l'HAD comme potentiellement de l'hôpital du futur. C'est bien un modèle d'avenir de l'organisation des soins par le travail en équipe qu'elle inspire. Cette vérité, j'ai pu la voir émerger avec l'expérience. On peut la qualifier de « bras avancé de l'hôpital », de trait d'union entre l'hôpital et la ville. Elle est donc une offre de soins à part entière, une école de formation et de progression pour nombre de professionnels de santé. Bref, des atouts évidents face aux enjeux de notre système de santé.

Pour beaucoup, à tort certainement, l'HAD demeure un ovni dans le paysage sanitaire. Une vision erronée, selon vous ?

L'hospitalisation à domicile n'est plus un ovni, comme vous le dites ! Peu à peu, elle a gagné sa place et ses galons. L'HAD est désormais présente dans tous les départements, y

compris les territoires ultramarins. Sa croissance est forte (+6 % par an). Supérieure à la dynamique générale des soins d'ensemble. Je vous donne quelques chiffres parmi d'autres : l'HAD, ce sont 276 établissements, elle offre une prise en charge de qualité croissante pour plus de 8 millions de séjours (1,5 million en 2005) avec une durée moyenne de 22 jours, plus de 203 000 patients en bénéficient, soit une multiplication quasiment par 8 en 20 ans.

S'agissant du coût global, la dépense pour l'assurance maladie est de 2,1 Mds € en 2025. Si l'on rapporte ces données en coût unitaire, une journée d'HAD induit un prix de 260 € contre plus de 1000 € en hospitalisation conventionnelle. Et il s'agit d'une moyenne d'ensemble. Si vous prenez certains services hospitaliers lourds, l'écart varie de un à sept.

Toutefois, la reconnaissance institutionnelle a tardé ?

Durant les premiers pas de mon mandat en 2006, je m'écriais souvent à l'endroit des ministres de la Santé : « Citez l'HAD dans ...

... vos discours, car la parole politique alerte ». Je le dis toujours ! En 2009, Roselyne Bachelot a reconnu dans sa loi HPST, les HAD comme des établissements de santé et donc comme un instrument essentiel dans l'organisation des soins. La pandémie de la Covid-19 a permis un accroissement des demandes émanant des hôpitaux et des EHPAD. Je dois dire que les ARS ont joué le jeu et accompagnent, désormais et parfois énergiquement, notre dynamique. Ainsi, que ce soit en paroles politiques, par une évolution positive de la réglementation et par un financement plus adéquat et valorisant pour l'initiative de terrain, les choses bougent !

HAD publique, associative, privée, comment s'opère le travail ?

Le principe de base est la coopération entre acteurs de santé. Et les règles d'autorisation, de fonctionnement et de financement sont identiques, quel que soit le statut de l'HAD. Cela évite bien des préjugés inutiles et bloquants. Nous travaillons avec les médecins libéraux, les personnels infirmiers dont le rôle est fondamental, les kinésithérapeutes, les pharmaciens... Nous avons aussi parmi nos salariés des psychologues, des assistants sociaux et bien sûr des aides-soignants. Bref, nous usons d'un large spectre pluriprofessionnel. En outre, nous avons signé avec les représentants de nombre d'acteurs de santé des partenariats dans lesquels les concessions et la compréhension des uns et des autres ont prévalu.

Pourtant, au regard des faits, il existe une sacrée marge de progression ?

Oui, parce que notre modèle de soins est encore « hôpital centré ». Nos interlocuteurs estiment qu'un lit en HAD, c'est un risque de perte d'activité pour l'hospitalisation conventionnelle. Cependant trois leçons peuvent être tirées. En premier lieu, cette évolution du « hors les murs » est inéluctable, car elle satisfait le patient, elle correspond à une quête d'efficacité médicale tout autant qu'économique. Ensuite, en libérant des lits hospitaliers, les gestionnaires sont conduits à repenser leur activité. C'est ce qui s'est passé dans certains CH ou CHU où, après une phase d'incertitudes, l'équipe de direction a basculé dans la dialectique de l'HAD. Je pourrais citer maints exemples de ce type. Enfin, l'HAD autorise une formidable souplesse d'organisation et s'adapte à des environnements géographique, sanitaire et professionnel très différents.

Existent néanmoins des lenteurs, des obstacles au développement ?

Le principal obstacle tient à la pesanteur structurelle des établissements hospitaliers trop autocentrés sur l'articulation des soins aigus et son corollaire des lits. L'hôtellerie hospitalière est source de recettes et impose une forte dimension de ressources humaines que le mode de pensée actuel a du mal à challenger. Mais les choses évoluent rapidement. Ce que nous faisons avec tâtonnement, il y a 20 ans encore, a laissé la place à des méthodes de travail, une approche logistique et des démarches de qualité validées par la HAS, via la procédure de certification, notamment la version 2025 qui inclut l'analyse du recours à l'HAD dans le



Elisabeth Hubert, présidente de la Fnehad.

parcours de soin du patient.

Jugez-vous avoir atteint, pour l'ensemble des établissements, un niveau élevé de qualité des soins et d'organisation ?

Comme tout segment de l'offre de soins, oui, nous avons des qualités et des résultats encore trop inégaux et c'est le fait de toute organisation humaine. Récemment, la femme d'un patient m'a interpellée sur les déficiences de la prise en charge de son mari. Immédiatement, j'ai sollicité l'établissement dont le patient dépendait pour que les choses soient corrigées. Dire que tout est parfait serait inexact. Des carences existent. Mais l'HAD progresse dans la voie d'une véritable professionnalisation, tant soignante qu'organisationnelle et peut-être plus vite que d'autres. Le travail en équipe de soins n'est pas, en France, une posture naturelle. C'est aussi un défi culturel en quelque sorte et là, nous sommes clairement en avance.

Quelques exemples de pratiques novatrices en HAD ?

Je reviens sur la question des soins palliatifs, dont l'enjeu n'échappe à personne. L'HAD est une solution majeure sur ce point. Sait-on que 48 % des activités de soins palliatifs sont effectuées en HAD ? Nous avons aussi des autorisations pour la prise en charge d'enfants de moins de trois ans. On intervient également pour le suivi des patientes en ante partum et en post-accouchement en cas de complication. On peut aussi faire de la rééducation au domicile, en particulier pour des patients atteints de troubles neurologiques avec l'investissement de professionnels, comme les orthophonistes, les ergothérapeutes pour n'en citer que quelques-uns. Je pourrais aussi citer la chimiothérapie injectable à domicile. La pratique ambulatoire de nombre d'actes de soins lourds bouleverse logiquement l'ordre des choses. L'HAD fait partie de cette révolution et, dans certains domaines la précède.

Que manque-t-il alors pour aller plus loin et plus vite ?

Il faut une forte volonté politique pour découpler nos capacités. L'HAD, cela reste souvent un engagement militant. Pas simplement une solution médico-technique et logistique. Il faut un projet, une équipe, un accueil familial ou un entourage proactif. Mais en amont de cela, et je n'hésite pas à le dire, il faut un choix politique et des contraintes de comportement à la clé. L'État, les pouvoirs publics au sens large doivent se mobiliser davantage. La Fnehad a pris et prendra évidemment sa part dans ce chantier. Mais la parole publique doit inverser l'ordre de la sémantique sanitaire classique : l'HAD est une priorité nationale et ce n'est pas son bien-fondé qui doit être interrogé, mais c'est celui d'une hospitalisation avec hébergement qui doit l'être. Tant par les technologies numériques qui bousculent les métiers et les compétences, la médecine d'équipe qu'elle implique, l'HAD questionne la transformation d'ensemble du système de santé. Je n'ignore pas que tout cela nécessitera un engagement de tous les acteurs pour amorcer les changements structurels. Mais vu du contexte global, économique en particulier, avons-nous d'autres choix ?

■ **Propos recueillis par Pascal Beau**

Des défis à relever pour conforter la dynamique

L'HAD a connu un fort développement ces dernières années, et représente désormais 5 % des capacités de prise en charge hospitalière. Retour sur ses chiffres clés et les perspectives.

En un peu plus d'une décennie, les capacités d'accueil en HAD ont bondi de 80 %. Pourtant, la pratique reste encore relativement méconnue, à la fois du grand public et des médecins prescripteurs, en particulier des libéraux. Selon la Drees, 25 427 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, quand 367 335 lits sont disponibles en hospitalisation classique et 91 232 en hospitalisation partielle. Quelque 297 000 séjours hospitaliers ont ainsi été réalisés, en 2023, dans le lieu de vie du patient (qui inclut les EHPAD ou autres hébergements collectifs) pour 7,2 millions de journées (soit 8,2 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Le coût global de l'HAD atteint 1,9 Md € en 2024, selon la Fnehad, soit environ 1,5 % des dépenses d'hospitalisation. Depuis 2013, la progression des capacités d'accueil est continue : 5,5 % en 2024 par rapport à l'année précédente, après 4 % entre 2022 et 2023. L'HAD a aussi connu un essor important pendant la crise sanitaire (+12,8 % entre 2019 et 2020). Sur les 293 établissements proposant ce type de prise en charge répertoriés par la Drees, 109 relèvent du secteur privé à but non lucratif (dont 88 issus du monde associatif) et concentrent près de 57 % des capacités. De leur côté, 122 établissements publics et 62 cliniques privées rassemblent respectivement 22,1 % et 21,1 % de l'offre.

DROM et Corse en pointe

Les chiffres masquent de fortes disparités territoriales. La Guadeloupe, la Guyane et la Corse affichent des densités de prises en charge deux à quatre fois supérieure à la moyenne nationale (soit 36,5 patients pour 100 000 habitants). Pour la collectivité d'Amérique du Sud, elle atteint 88 pour 100 000. Sur ce territoire, l'HAD « atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas », relève la Drees. À l'inverse, dans l'Hexagone, la Normandie (26 pour 100 000) et les Pays de la Loire (28 pour 100 000) restent à la traîne. La majeure partie des prises en charge concerne les pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) et surtout les soins palliatifs. Ces derniers concentrent désormais près d'un tiers de l'activité. Leur développement figurait au menu de la feuille de route 2021-2026 de l'HAD et le renforcement de l'offre était également prévu par la stratégie décennale des soins d'accompagnement. Celle-ci a notamment conduit à la création d'équipes rapides d'intervention



en soins palliatifs. Le rôle de l'hospitalisation à domicile dans ce champ est par ailleurs pleinement consacré par la loi récemment adoptée. À l'heure de la recherche d'efficience des dépenses (les coûts étant moins élevés par rapport à une hospitalisation traditionnelle), du vieillissement de la population et du virage domiciliaire, ce modèle présente de multiples atouts. « L'HAD est un levier essentiel pour réduire les hospitalisations conventionnelles évitables, favoriser les sorties d'hospitalisation précoces et prévenir le recours aux services d'urgence, en particulier pour les populations fragiles, âgées ou atteintes de pathologies chroniques », observe Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM, cité dans le dernier rapport d'activité de la Fnehad. En moyenne, les patients sont âgés de 62,1 ans pour les hommes et de 58,9 ans pour les femmes. Ceux de 80 ans ou plus représentent près de 25 % des effectifs.

Étendre le périmètre

L'élargissement du champ d'intervention s'impose comme un enjeu majeur. Deux évolutions sont intervenues début 2025, notamment l'expérimentation d'un forfait pour la prise en charge à domicile de patients nécessitant des chimiothérapies (prévues par la LFSS 2024 et concrétisée par un décret du 5 février 2025). Le cadre de la réadaptation a également été précisé pour y inclure l'intervention d'enseignants d'activité physique adaptée (EAPA). Le numérique constitue un autre levier important, comme le rappelle l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap) dans son guide « HAD : évolutions et révolution en cours à l'international ». « Le niveau de développement des solutions numériques, de la e-santé et des outils connectés reste le support indispensable à la performance de l'HAD », écrit-elle. Le développement de l'IA ouvre également « d'importantes perspectives », pour l'orientation des patients et le suivi à distance. Des évolutions qui pourront permettre à l'HAD de pleinement s'imposer comme l'« hôpital du futur ».

■ Émilie Guédé

Ailleurs, des approches de rupture

Au cours de la dernière décennie, certains de nos voisins européens ont réorganisé en profondeur leur offre de soins en vue de faciliter la montée en charge du virage domiciliaire des soins. C'est notamment le cas des Pays-Bas, des pays Scandinaves et de l'Espagne.

Au niveau européen, l'HAD est parfois une question de définition. Si la France y voit très majoritairement un hôpital « hors les murs », nos voisins y agrègent les soins de ville ainsi que le maintien à domicile des personnes âgées avec les aspects médicaux et sociaux qui s'y raccrochent. Une approche qui se veut donc davantage déconcentrée que la nôtre. Les exemples néerlandais, scandinaves et espagnols en attestent.

Buurtzorg

Les Pays-Bas sont une parfaite illustration de cette logique transversale. En 2015, le gouvernement de centre droit, alors aux manettes, prend une décision des plus drastiques dans sa réforme de sa carte sanitaire en annonçant fermer définitivement une majorité des EHPAD tout en renforçant les prérogatives des communes en matière d'organisation des soins à domicile. Celles-ci coordonnent désormais à la fois des équipes de soins pluridisciplinaires, réunissant des médecins généralistes, des paramédicaux mais aussi des travailleurs sociaux, tout en ayant participé à l'accélération de la généralisation des Buurtzorg (« soins de quartier »). Ce dispositif, 100 % made in Pays-Bas, se caractérise par le déploiement de collectifs regroupant environ une dizaine d'infirmiers qui sont affectés à un territoire géographique couvrant entre 10 et 20 000 habitants. S'appuyant sur une logique de self-management, ces équipes gèrent leur activité de

façon totalement autonome sans attache hiérarchique avec une instance de pilotage (locale ou régionale dans le cas d'un système décentralisé). Actuellement, plus de 10 000 infirmières ont intégré les 850 équipes Buurtzorg conventionnées. Une force de frappe non négligeable car on estimerait que 70 % du marché des soins à domicile aux Pays-Bas passerait par ces structures. Leur financement repose quant à lui à la fois sur l'assurance maladie obligatoire sociale (la basisverzekering) ainsi que sur les impôts locaux. Menée au pas de course, et appuyée également par une montée en charge importante de la télémédecine, la mise en pratique de cette réforme systémique a abouti à ce que 92 % des Néerlandais de plus de 75 ans vivent désormais à leur domicile... tout en étant assuré de la continuité de leur prise en charge médicale.

Question de culture

Non loin de là, deux autres pays ont réorganisé la prise en charge de leurs patients : la Suède et le Danemark. Dans le cadre de conséquentes réformes de leur carte hospitalière, visant à diminuer le nombre d'établissements en transférant une partie de leurs compétences à la médecine de ville, les enjeux de l'activité hospitalière à distance ont pris une place prépondérante. À commencer par la révision des protocoles liés aux hospitalisations. Désormais, si la situation du patient le permet, les séjours hospitaliers de sept jours (ou plus) sont réalisés à son domicile dans le cadre d'un suivi organisé



Hôpital de proximité en Suède

en lien avec des professionnels de santé en ville (le remote care ou soin à distance). Le point commun aux approches danoises et suédoises réside essentiellement dans cette logique de déconcentration de la prise en charge. Ce qui n'empêche pas certains particularismes. Du côté danois, on pousse pour des équipes de soins aigus mobiles et des plateformes de réadaptation intermédiaires. Pour leur part, leurs voisins suédois ont installé des sjukstugor, soit des petits hôpitaux de proximité, issus de la synthèse entre un plateau technique hospitalier et une activité ambulatoire, pilotant également des missions d'HAD. La force de ces deux modèles étant leur capacité à être industrialisée à l'échelle du territoire national en vue de répondre à la problématique d'accès aux soins dans des zones à faible densité médicale.

Plus au sud de l'Europe, l'HAD se développe également en Espagne. Et plus précisément en Catalogne, où une trentaine d'équipes aux pratiques innovantes sont déployées au niveau régional avec un objectif clair : éviter les hospitalisations, et/ou favoriser les sorties précoces via une prise en charge des soins aigus en amont. Parcours chirurgicaux adaptés, binômes médecins/infirmiers, télésurveillance... les équipes jouissent d'une certaine autonomie en termes de développement et d'expérimentations des pratiques. En sus, les patients sont également appelés à jouer un rôle proactif en transmettant quotidiennement leurs constantes et en étant formés à l'automédication lorsque leur état de santé le permet.

■ Alexandre Beau



Photo publicitaire pour un Buurtzorg (Pays-Bas)

► PLATEFORME DE DONNÉES DE SANTÉ

La machine est relancée?

Après avoir engendré beaucoup d'attentes à son lancement, la Plateforme de données de santé (ex-Health Data Hub) a connu un démarrage un peu poussif en décalage avec les potentiels qui lui étaient prêtés. Fort de cela, le dispositif a été relancé ces derniers mois en se focalisant sur le développement et la sécurisation de son périmètre tout en préparant la mise en place d'un écosystème européen autour des données de santé.



Le 2 décembre 2019, dans la foulée de l'annonce de la mise en place d'un plan dédié à l'intelligence artificielle faite par Emmanuel Macron quelques mois plus tôt, le Health Data Hub (HDH) était officiellement créé. Présidée alors par Dominique Polton, qui était déjà présidente de l'Institut national des données en santé (INDS), la plateforme portait l'ambition de faire de la France un des pays leaders en matière d'exploitation des données de santé. Fort en cela de s'appuyer principalement sur le « gargantuesque » système national des données de santé (SNDS), qui regroupe l'ensemble des données de remboursement de l'Assurance Maladie, ainsi que l'ensemble des données recueillies par le secteur hospitalier. Or, à date, ce potentiel était alors considéré comme très largement sous-exploité quand des pays comme les États-Unis et la Chine se lançaient déjà à corps perdu dans le virage de la data science et de l'IA. Un tournant appelé à révolutionner le paysage

sanitaire à terme.

Si sur le papier, tout portait à croire que ce dispositif, dont le budget annuel avoisinait les 20 Ms €, pourrait rapidement produire des résultats. La réalité fut tout autre. La faute principalement à plusieurs orientations prises en amont et qui auront « plombé » le dispositif pendant plusieurs années : choix de l'américain Microsoft en tant qu'hébergeur, une procédure de dépôt de projet jugée comme trop longue et très contraignante par les candidats, notamment la demande d'autorisation CNIL, un accès au HDH limité (dans la pratique) à des acteurs publics issus de la recherche en santé publique...

Depuis, les choses ont évolué sous l'impulsion du ministère de la Santé, de la Délégation au Numérique en Santé (DNS) et de la CNAM. À la tête de ce changement, un binôme constitué du président Gérard Raymond, également à la tête de France Asos Santé, et de la **directrice générale Hela Ghariani**, anciennement co-directrice de la

DNS, qui entend renforcer le champ d'action de la Plateforme de données de santé (PDS), la nouvelle appellation du désormais ex-HDH.

Bye-bye Microsoft

Cette première phase de lancement « nous a obligés à avancer vers plus de compréhension, de transparence et de sécurité », comme le précise Gérard Raymond. Cependant, « les grandes orientations et le programme de travail n'ont pas changé ». Ils s'articulent autour de quatre axes : « co-construire une culture de la donnée de santé, faciliter leur mise à disposition, animer et fédérer l'écosystème et enfin, réduire les délais d'accès et multiplier les projets impactants ». Le déploiement de cette feuille de route passe d'abord par la migration de la plateforme vers une solution cloud souveraine plus performante. À la suite d'une procédure de sélection sélective étendue sur près de trois mois, exit Microsoft et place désormais à Scaleway. Le choix de cet opé-

LES CHIFFRES CLÉS EN 2025

- **247** projets ont bénéficié d'un accompagnement de la part des équipes de la PDS depuis sa création (dont 90 nouveaux depuis l'an dernier)
- **183** projets ont mobilisé la plateforme technologique de la PDS en 2025
- Sur ce total (les projets peuvent être menés en partenariat par plusieurs types d'organismes) :
 - **148** sont menés avec des établissements de santé
 - **63** avec des industriels (dont 33 start-up)
 - **24** avec des opérateurs, agences et administrations publiques. ■

L'ÉCOSYSTÈME DU PROJET PARTAGES



UNE MISSION SUR LA GOUVERNANCE

Début avril, la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, a confié une mission sur une révision de la gouvernance de la Plateforme de données de santé, à son président **Gérard Raymond**. Pour ce dernier, le sujet mérite attention, car « aujourd'hui, nous avons un manque de lisibilité qui se traduit par une démobilité de certains. (...) Il est donc plus que jamais nécessaire de renforcer les espaces de dialogue et de délibération afin que chaque innovation s'inscrive dans un cadre démocratique et éthique. » Une première évaluation est attendue pour cet automne. ■



rateur français aura notamment été guidé par l'impératif « d'énormes exigences de sécurité qui encadrent le fait de mettre à disposition à des communautés très plurielles des données extrêmement sensibles », selon Hela Ghariani. La nouvelle DG rappelant d'ailleurs que la mission de la PDS « est à la fois d'héberger une base d'une sensibilité extraordinaire, mais aussi de mettre à disposition des espaces qui vont permettre à la fois à des chercheurs, à des industriels et à des épidémiologistes de faire de la recherche dessus ». Le temps de bascule des projets et des bases sur la solution Scaleway devrait s'opérer entre la fin de cette année et 2027.

EEDS et IA

Car en marge de ce changement structurel, un autre chantier d'ampleur devrait mobiliser une partie des quelques 111 collaborateurs de la PDS : celui de l'entrée en vigueur du nouveau cadre relatif à l'Espace européen des données de santé (EEDS) dès 2027. Ce règlement vise à faciliter l'accès des citoyens à leurs données de santé ain-

si qu'à leur partage sécurisé dans un cadre harmonisé en vue de leur réutilisation à des fins de recherche, d'innovation et de politiques publiques. Mais avant cela, chaque État membre va devoir procéder, outre des évolutions réglementaires, à un conséquent travail d'architecture de leurs systèmes de données nationaux. Le plus souvent morcelés, dans le cadre de pays où la compétence sanitaire relève davantage de l'échelon régional que national (ex. : Allemagne, Espagne). Sur ce point, l'expérience acquise depuis le lancement de la PDS en 2019, cumulée avec la robustesse de l'architecture du SNDS, est présentée comme des atouts structurels non négligeables dans le cas de la France. Pour la Plateforme, le chantier reste toutefois conséquent car, dès l'an prochain dans le cadre de la désignation des organismes responsable de l'accès aux données (Orad), elle devra assumer une large partie des missions qui leur sont dévolues. Elle aura alors deux ans pour mettre en œuvre l'architecture réglementaire qui sera définie par le ministère de la Santé. En parallèle, la PDS s'engage dans des

projets centrés autour du développement et de l'exploitation de l'IA. C'est notamment le cas de la démarche partenariale PARTAGES, soutenu à hauteur de plus de 9 Ms € dans le cadre du plan France 2030, dont l'objectif est « d'accélérer et démocratiser l'usage des grands modèles de langage (LLM) au service des professionnels de santé ». L'écosystème sanitaire, mobilisé à cette occasion, se veut particulièrement étendu avec 10 équipes de recherche, 20 groupes et établissements de santé publics et privés (dont l'AP-HP, 12 CHU, l'institut Curie, Ramsay Santé...) ainsi que des acteurs spécialisés en IA. Ce collectif a déjà développé un premier cas d'usage avec la production de près de 6 000 comptes rendus fictifs couvrant un champ de 20 spécialités médicales. Ces documents ont été générés à partir d'une technique de data augmentation permettant d'accroître artificiellement la quantité de données utilisées par les outils de *deep learning*. À terme, cette démarche doit permettre de développer sept modèles d'IA spécialisés, répondant à des cas d'usage à fort impact, qui constitueront le socle d'une plateforme nationale d'évaluation fédérée permettant d'évaluer des algorithmes sur des données réelles, dans un cadre réglementaire sécurisé. Ce dispositif serait déployé dans les 20 établissements de santé participant à cette démarche.

Autre démarche visant à développer des solutions d'IA européennes, le lancement l'an dernier du projet SHAIPEP réunissant un consortium de 30 acteurs de la santé numérique issus de 11 pays membres de l'UE. Son but est de créer des cadres opérationnels sécurisés, efficaces et conformes à la réglementation de l'IA Act pour le développement et le déploiement de l'intelligence artificielle en tant que dispositif médical. En France, deux démarches sont sur les rails. Sur l'une d'elles, la PDS travaille au côté du centre de lutte contre le cancer Léon-Bérard à Lyon sur un cas d'usage portant sur l'évaluation de la performance de l'IA dans la détection des métastases pulmonaires et des mammographies est en cours. Au travers de ces nombreux chantiers et de l'évolution de sa gouvernance, la PDS semble plus que jamais décidée à embrayer la seconde. Une dynamique ne demandant qu'à être alimentée alors que la France ambitionne de devenir une locomotive en ce qui concerne les questions de data et d'IA à l'échelon européen.

■ Alexandre Beau

OCIRP

Acteur historique dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, l'OCIRP innove en lançant Aglaée, un nouveau service d'accompagnement des personnes en situation de fragilité. Présentation de ce dispositif alliant approche numérique et humaine avec **Anaïs Morand**, directrice adjointe des partenaires services, et **Nicolas Chotkan**, chef de projets transverses au sein de l'Union.

“ S’inscrire dans la coordination d’un projet de vie ”

Qu'est-ce qu'Aglaée ?

Anaïs Morand : Aglaée est l'acronyme d'Agencement Global pour l'Autonomie et l'Épanouissement. C'est un dispositif construit pour répondre à deux défis majeurs : accompagner chaque citoyen en recherche d'aide face aux grandes transformations sociétales, vieillissement, maladies chroniques, perte d'autonomie, aide, et combler l'absence d'un écosystème capable de rendre lisibles et accessibles les solutions disponibles pour les personnes en situation de fragilité. Il s'articule autour de deux composantes que sont une plateforme digitale, qui centralise les aides et services du bassin de vie d'une personne, mais aussi, un accompagnement humain assuré par un *care manager* dédié. Cette articulation est fondamentale, parce que le numérique seul ne suffit pas toujours face à une situation de rupture de parcours.

Peut-on dire qu'on se rapproche d'une sorte de conciergerie dédiée à l'autonomie ?

Nicolas Chotkan : Cela ne correspond pas à l'ADN de notre dispositif. Là où une conciergerie chercherait à créer des services sur mesure, Aglaée repose avant tout sur la coordination du parcours autour de la personne. L'enjeu n'est pas de déployer un référentiel de plus, mais d'aider chacun à agencer la réponse la plus adaptée à sa situation de vie. On se rapproche davantage du *care management* à savoir une coordination multidimensionnelle qui prend en compte



la personne dans sa singularité, mais aussi son environnement familial, social, professionnel et territorial.

Quels publics visez-vous au travers de ce dispositif ?

AM : Nous avons défini deux axes majeurs. Le premier s'inscrit dans le champ historique de l'OCIRP, autour des branches professionnelles : soutien aux salariés endeuillés, aidants, accompagnement face aux pathologies chroniques qui touchent un public de plus en plus jeune. Nous entendons aller bien au-delà de notre rôle de financeur.

Vous visez également un public plus institutionnel ?

NC : En effet, c'est notre second axe. Nous accompagnons les départements et collectivités territoriales qui cherchent des dispositifs adaptés à leurs nouvelles exigences réglementaires. L'une des forces d'Aglaée est sa modularité. C'est-à-dire que nous ne dupliquons pas un dispositif uniforme, mais nous nous adaptons à chaque territoire, parce que chaque environnement est différent.

En quoi ce dispositif se distingue-t-il du service public départemental de l'autonomie (SPDA) ?

AM : Notre approche est avant tout complémentaire. Très vite, nous avons réalisé

qu'Aglaée soutient la transformation de l'offre médico-sociale, à l'échelle départementale tout en répondant à un besoin réel d'outiller les professionnels de l'accompagnement. Nous ne venons pas concurrencer le service public. Au contraire, nous venons le renforcer et porter des actions collectives communes.

De quels types d'informations avez-vous besoin pour construire ces parcours d'accompagnement ?

NC : Sur la plateforme, tout commence par un auto-questionnaire de vie rempli de façon autonome, sur la base d'éléments déclaratifs renseignant la situation de la personne : lieu de vie, environnement, situation financière, souhaits. Cela lui permet de bénéficier d'un premier niveau de réponse et d'identifier ses priorités. À tout moment, l'accompagnement humain peut être déclenché. Le but est alors d'aider la personne à mobiliser les bonnes ressources, à concrétiser chaque action et à définir ensemble le maillage le plus adapté à sa situation jusqu'au dernier kilomètre.

Quelle suite pour les prochains mois ?

AM : On continue d'innover et de faire grandir Aglaée et ces parcours. Nous ne souhaitons pas aller vers un modèle industrialisable, mais vers des parcours personnalisés et adaptés. Ce dispositif permet de répondre de façon transverse à des publics nouveaux, avec une approche résolument nouvelle. Il matérialise une transformation profonde du positionnement de l'OCIRP. Quand on allie cet esprit un peu « *start-up* » à la robustesse d'une union qui fête ses 60 ans, les perspectives sont réellement enthousiasmantes.

Propos recueillis par Alexandre Beau

ASSURANCE MALADIE

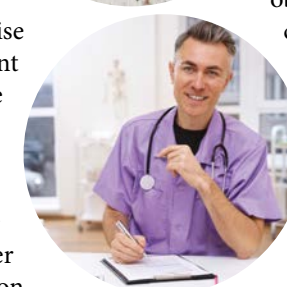
L'Allemagne resserre (sacrément) la vis

Qui l'aurait cru ? Nos voisins allemands doivent désormais faire face à de conséquents déficits en ce qui concerne les comptes de leur assurance maladie obligatoire. Pour rétablir la situation, la feuille de route dessinée par le gouvernement de coalition CDU/CSU/SPD se présente comme une véritable thérapie de choc.

C'est un fait de notoriété publique, l'Allemagne abhorre les déficits publics. Il faut donc comprendre la stupéfaction provoquée en fin d'année dernière par le gouvernement Merz alors qu'il présentait les perspectives de trajectoire des comptes de son assurance maladie obligatoire (GKV) sur les quatre prochains exercices. Avec des déficits estimés à 15 Mds € dès 2027 et 40 Mds € en 2030, « *on se croirait en France* », devait-on penser alors au sein du Bundestag. Et pourtant, cette réalité était à anticiper dans un pays où le vieillissement de la population, cumulé avec la hausse des effectifs de patients chroniques, se croise désormais avec un ralentissement continu de l'activité économique (+ 0,5 % de PIB attendu pour 2026). « *L'enjeu principal réside dans la stabilité des cotisations et la fiabilité durable de notre système de santé* », a expliqué le chancelier Merz au moment de la présentation de sa réforme de l'assurance maladie. Un texte ambitieux, loin de faire dans la demi-mesure, qui s'appuie sur les recommandations formulées par un groupe d'expert indépendant missionné par le gouvernement. Son mot d'ordre : l'effort sera tout aussi conséquent, avec 42 Mds € d'économies projetées sur deux ans, qu'il sera collectif. Revue des principales mesures qui vont être mises en place.

Révision du panier de soins

► Baisse du niveau de remboursements, voire déremboursement, de certains médicaments et actes médicaux jugés comme non essentiels.



Sont notamment dans le viseur les médicaments à faible valeur thérapeutique (équivalent des ASMRV français) et certains actes ambulatoires considérés comme « non urgents » (rééducation, psychothérapies...).

► Ouverture de négociations avec l'ensemble des professionnels de santé en vue de faire baisser le niveau de tarification des actes pris en charge par la GKV. Dans la pratique, les caisses régionales vont fixer des objectifs de baisses tarifaires qui, au cas où elles ne seraient pas respectées, pourraient entraîner des sanctions, voire un déconventionnement de professionnels de santé. Selon une étude d'impact, leurs revenus pourraient diminuer entre 5 et 10 % selon leur spécialité.

La piste d'indexer les honoraires et les tarifs des actes des médecins sur l'évolution des recettes de l'assurance maladie est aussi avancée.

Les médecins et pharmaciens sous surveillance

► Des audits aléatoires de contrôle des prescriptions seront menés en vue de lutter contre les abus. Les médecins seront tenus de justifier leurs prescriptions sous peine de pénalités pour non-respect des bonnes pratiques.

► De même, des objectifs opposables leur sont fixés en matière de prescription de génériques, d'hospitalisations inutiles et de respect

de protocoles de soins standardisés en lien avec les pathologies chroniques.

► Suppression de rémunérations complémentaires : saisie du dossier médical patient, surtarification des consultations sans rendez-vous...
 ► Création d'un arrêt de travail partiel de 25 à 75 % pour les malades de longue durée en vue de favoriser leur reprise d'activité.
 ► Les pharmaciens se verront appliquer des remises supplémentaires sur les médicaments remboursés.

Et les patients ?

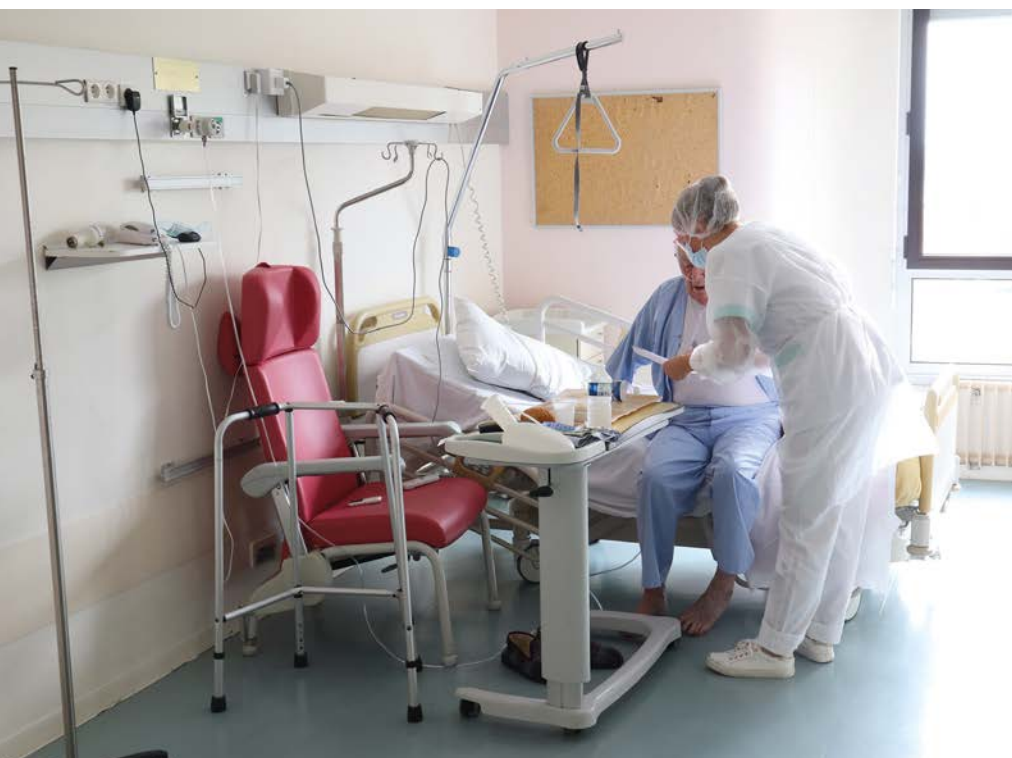
► Le plafond annuel de cotisation passe de 66 150 € à 69 750 € brut dès cette année en vue de faire davantage contribuer les très hauts revenus.
 ► Fin de l'exonération de cotisation pour les conjoints inactifs et les faibles revenus (sauf cas spécifiques).

Le Bundestag va désormais examiner ce texte. Si l'opposition des syndicats médicaux et des représentants des assurés sociaux se veut virulente, il est à noter que ce projet a fait l'objet d'un consensus, difficile certes, entre les trois partis membres de la coalition gouvernementale. À savoir, la CDU, la CSU et le SPD. Ensemble, ils représentent 308 sièges sur 630 au parlement. Suffisant pour faire passer cette *massiv reform* ? Le verdict final est attendu avant cet été. En cas d'échec, le gouvernement Merz a d'ores et déjà annoncé que la seule alternative possible serait un relèvement conséquent des cotisations patronales et salariales. Autant dire que le choix s'annonce des plus cornéliens.

► Alexandre Beau

HÔPITAL

La Cour des comptes se penche sur la qualité des soins



Fin avril, la Cour des comptes a publié un rapport sur le thème de « *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé* ». À la clé de ces travaux, les magistrats de la rue Cambon soulèvent trois questions « évaluatives » en vue de mieux appréhender les enjeux de fond derrière cette problématique.

1 La politique menée permet-elle de mesurer les évolutions de la qualité des soins dans les établissements ?

La Cour des comptes exprime un point de vue nuancé sur ce premier point. Elle met d'abord en exergue les données très éclatées sur les EIG (événements indésirables graves) recensés. Entre 160 000 et 375 000, selon les sources, mais guère plus de 7 200 déclarés en 2024 donnant lieu à 4 000 décès. Les écarts sont donc conséquents. Second aspect, la certification des établissements réalisée par les équipes de la HAS. Sur ce point, la Cour souhaite une approche fondée sur les risques et moins sur le seul respect des procédures à caractère administratif. Objectif : la réduction des ré-hospitalisations, une communication plus forte et plus transparente des établissements tant à l'endroit des personnels soignants

que des usagers. Les dispositifs d'amélioration de la qualité des soins sont par trop lacunaires. Bref, sur cette première question, sont demandés des efforts sur les réalités des EIG, une rationalisation des indicateurs (trop nombreux) et des sanctions en cas de manquements.

2 La politique menée permet-elle d'améliorer la qualité des soins en établissements ?

Sur cette question, les magistrats se déclarent « très réservés ». Une forme de divorce s'opère entre l'analyse des processus appliqués qui capte l'attention des professionnels (le strict respect de la forme des indicateurs) plutôt que l'analyse des résultats pouvant, et devant, conduire à une évaluation de la pertinence des soins dispensés. Ailleurs en Europe, en Scandinavie en particulier, l'effet miroir des résultats sur la qualité des indicateurs, des

pratiques professionnelles prévaut davantage. Qu'il s'agisse des examens, des actes, des interventions médicales ou chirurgicales, la dialectique « *pratique/résultat* » est trop faible. L'enjeu est multiple. La qualité et la sécurité des soins d'abord, puis leur pertinence. C'est tout un ensemble de facteurs qui agissent de concert, comme la formation, le développement des connaissances, le travail en équipe, le processus d'évaluation, l'évitement des risques.

La Cour prône quatre recommandations sur ce second volet :

- Le recours aux indicateurs de résultats plus systématique selon des bases médico-administratives.
- L'existence de seuils minimaux d'activité doit conduire les établissements concernés à des revues périodiques pour légitimer leur perpétuation.
- La chirurgie ambulatoire est un do-

maine prioritaire d'action

- L'établissement d'une liste nationale des médicaments à risque doit être établi et diffusé.

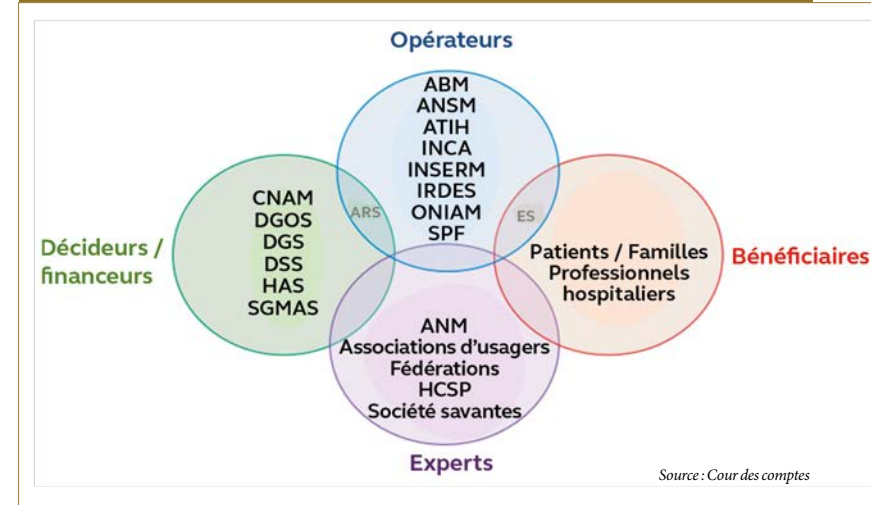
3 La politique menée renforce-t-elle la culture de la qualité des soins auprès des professionnels hospitaliers tout en intégrant la place du patient ?

Une fois de plus, on retrouve un avis « nuancé » de la Cour. La HAS, via ses études, pointe une amélioration du taux de satisfaction des patients lors des séjours. Le taux de lettre de liaison, au moment des sorties de séjours, progresse doucement. Idem pour la montée en puissance de la chirurgie ambulatoire jugée plus adaptée aux besoins et au confort du patient. Tout cela laisse toutefois encore de réelles marges de progrès. Ne serait-ce que par le biais du DMP et des données du portail individuel de MES (Mon Espace Santé). La quête des résultats des soins avec le recueil de données cliniques croisé avec le ressenti patient doit être développée. Globalement, le rapport plaide pour une montée en puissance du patient-partenaire, notamment pour les pathologies chroniques. Un effort de communication doit aussi prévaloir sur l'information des missions de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), tout comme sur l'importance des médiations entre professionnel et patient. La culture de la qualité des soins est un impératif qui progresse peu à peu dans les pratiques professionnelles. Les programmes d'accréditation mis en œuvre par la HAS doivent être encouragés, y compris dans des logiques d'équipes pluriprofessionnelles.

La Cour formule trois recommandations sur ce volet du dossier :

- L'accélération de la mesure des résultats des soins rapportés par les patients dans le cadre des procédures dites « PROMs ».
- À partir de 2027, il faut progressivement passer d'un processus individuel d'accréditation à un processus collectif, mais aussi d'étendre le champ d'action des spécialités médicales accessibles à cette démarche.

Représentation des parties prenantes nationales à la politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé



ABM : Agence de la biomédecine; ANM : Académie nationale de médecine; ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé; ARS : Agence régionale de santé; ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation; CNAM : Caisse nationale assurance maladie; DGOS : Direction générale de l'offre de soins; DGS : Direction générale de la santé; DSS : Direction de la sécurité sociale; ES : Établissements de santé; HAS : Haute Autorité de santé; HCSP : Haut Conseil de la santé publique; INCA : Institut national du cancer; INSERM : Institut national de la santé et de la recherche scientifique; IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé; ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales; SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales; SPF : Santé publique France.

QUELQUES REPÈRES

- 2 965 établissements de santé sur le territoire dont 1 330 publics, 978 privés lucratifs et 667 dits Espic (privés non lucratifs).
- 13 millions de patients effectuent un passage chaque année dans les établissements, soit 20 % de la population.
- 11 Mds € de coût potentiel des préjudices « évitables » des EIG selon une méthode de calcul OCDE et près de 22 Mds € de surcoûts relatifs aux soins inutiles et à faible valeur. S'y ajoute encore un montant entre 2,2 et 5,2 Mds € visant cette fois l'impact financier des infections nosocomiales. Soit un total de près de 35-40 Mds €, l'équivalent de 30 % du total des budgets hospitaliers en France inscrits dans l'Ondam...
- 43 % de taux de chirurgie ambulatoire en 2010, mais 64 % en 2023!
- 59 % des séjours hospitaliers sont ponctués par une lettre de liaison entre praticiens pour le suivi du patient. Enfin, dira-t-on...

- L'instauration d'enseignements sur la qualité et la sécurité des soins dès le premier cycle des études de médecine s'impose.

Au-delà de ces trois défis, les magistrats plaident pour « *la mise en place d'une gouvernance nationale de la politique d'amélioration de la qualité des soins. Elle serait chargée d'élaborer et de suivre la mise en œuvre d'une stratégie pluriannuelle de la qualité intégrant davantage la pertinence et la participation du patient* ». Une conclusion qui laisse néanmoins dubitative nombre de professionnels et gestionnaires. Au regard du sentiment d'utilité jugée « moyenne » d'un processus centralisé sur les pratiques des professionnels. Lesquelles peuvent être largement améliorées par le recours aux règles énoncées déjà et à venir de la HAS et autres conseils nationaux professionnels.

■ Pascal Beau



À L'HÔPITAL, ON PREND SOIN DE TOUS, MÊME DES NÔTRES.

Les hospitaliers prennent soin de tous.
Depuis plus de 65 ans la Mutuelle Nationale
des Hospitaliers prend soin d'eux.



Mutuelle Nationale des Hospitaliers
**CRÉE PAR ET POUR
LES HOSPITALIERS**

Plus d'infos sur mnh.fr