

Synthèse relative au séminaire 2016 de
l'observatoire de l'hospitalisation privée
portant sur

LE DÉVELOPPEMENT DE L'AMBULATOIRE,
DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE
ET DE L'APPRENTISSAGE

MARDI 4 ET MERCREDI 5 OCTOBRE 2016
À LILLE

En présence de :

- **Dr Martine AOUSTIN**, ex-directrice de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon
- **Laurence AUPERRIN**, directrice du CFA-HP-LR de Montpellier
- **Samuel BELLOT**, Président du Cabinet ACTEHIS
- **Dr Gilles BONTEMPS**, directeur associé de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
- **Corinne DEAL**, membre du Comité directeur de la Fédération Nationale pour l'Apprentissage aux Professions Sanitaires et Sociales (FNAPSS)
- **Dr Thierry GAZEAU**, médecin coordonnateur de l'unité de chirurgie ambulatoire à la clinique Jules Vernes à Nantes
- **Pauline GUILBERT**, responsable des ressources humaines aux cliniques de Lille Métropole, Groupe Ramsay Générale de Santé
- **Dr Elisabeth HUBERT**, ancienne ministre, présidente de la Fédération Nationale des établissements HAD (FNEHAD)
- **Anne-Sophie LE SCOUARNEC**, directrice adjointe pôle HAD de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon
- **Yolande MAHR**, présidente d'Alsace Pro Form Santé (APFS), organisme de formation, d'audit et de conseil
- **Carole MARIE**, directrice associée de Quadrat Etudes
- **Mathilde PECNARD**, architecte - AIA Associés

Propos introductif de Jean-Pierre Chaniat, Président de l'Observatoire de l'Hospitalisation Privée

« Après notre séminaire de Lorient en 2015, consacré à l'état de la robotique dans nos établissements de santé, le secrétariat technique de l'Observatoire de l'Hospitalisation Privée a souhaité cette année organiser son séminaire 2016 à Lille avec deux grands temps forts.

Le premier sera consacré à la prise en charge de nos patients en ambulatoire et à l'Hospitalisation à domicile et le deuxième à l'apprentissage avec des débats et témoignages sur ce type de formation véritable clé d'entrée dans le monde du travail et à la primo formation pour bon nombre de jeunes.

Notre Observatoire est chargé d'assurer et d'organiser, entre autre, une veille prospective sur l'évolution des emplois et des qualifications, d'analyser les changements susceptibles d'affecter de manière qualitative ou quantitative les emplois en termes de contenu et compétences.

Après réflexion, le secrétariat technique a jugé que les sujets au programme de ce séminaire étaient éligibles à sa mission première.

Pour précision, les trois thématiques abordées lors de notre séminaire font actuellement l'objet d'études et ces deux journées seront l'occasion pour les membres de l'observatoire d'avoir non pas une restitution partielle, ce n'est pas le but de notre séminaire, mais une réflexion plus globale sur les sujets proposés.

Durant cette première partie, nous allons aborder un autre mode d'hospitalisation, celui en ambulatoire, véritable alternative à l'hospitalisation conventionnelle permettant aux patients éligibles une hospitalisation de moins de 12 heures.

La notion d'ambulatoire apparait dans la littérature médicale dès le début du XXème siècle avec un développement dès 1970 et, contrairement aux idées reçues, la chirurgie ambulatoire est une chirurgie qualifiée et substitutive avec des actes de haute technicité.

Qui dit chirurgie ambulatoire dit organisation structurée avec un chemin clinique spécifique qui engendre de nouvelles obligations comme la programmation des flux, les appels de la veille et du lendemain etc. et qui dit nouvelles obligations dit aussi nouveaux métiers.

L'infirmière en ambulatoire exerce-t-elle son métier de la même manière que dans un service d'hospitalisation classique ? Conserve-t-elle toute son expertise ? Comment s'approprie-t-elle la notion de parcours de soin en ambulatoire, avec quels outils, quels accompagnements, quels écarts par rapport à sa formation initiale ?

Les responsables des plateformes interventionnelles et les responsables de services sont-ils armés pour gérer les flux, leurs métiers ne se transforment-ils pas en celui de gestionnaire de flux avec une dominante de gestion ?

Plus clairement, la chirurgie ambulatoire dans sa globalité nécessite-t-elle des soins spécifiques avec une répartition des tâches autres que dans un service d'hospitalisation classique, le profil des personnels d'ambulatoire est-il le même, etc. ?

Nous allons débattre encore sous forme de tables rondes d'un mode d'hospitalisation de plus en plus visible dans la santé privée, sanitaire et médico-sociale, **je veux parler de l'Hospitalisation à domicile.**

Les structures HAD sont, selon le décret du 2 octobre 1992, **des structures d'hospitalisation à domicile permettant 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. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

La circulaire du 30 mai 2000 précise que l'HAD concerne les malades, quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé.

Nous verrons au cours de ces débats que si l'HAD permet aux patients d'être moins souvent ré-hospitalisés tout en bénéficiant de thérapeutiques non accessibles en ville, **elle n'est ni un maintien à domicile, ni une forme de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) mais s'inscrit dans un processus de soins gradés.** Les autres activités citées n'ont en effet pas le statut d'établissement de santé et ne peuvent pas, de ce fait, recevoir des malades aussi lourdement atteints que les établissements de HAD.

L'HAD a donc déjà quelques décennies d'existence avec un concept né aux Etats-Unis en 1945 : ce fut l'opération Home Care réalisée, à New York, par le Docteur Bluestone.

Concernant la France, **un premier établissement d'hospitalisation à domicile voit le jour en 1957 à Paris où l'HAD apparaît véritablement avec la création de l'HAD de l'APHP** et il faudra attendre 1970 afin d'avoir une reconnaissance légale. Ce n'est qu'en 1991 que la législation reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle.

Il faudra encore attendre la circulaire du 5 octobre 2007 qui autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou non (EHPA).

Il ne fait plus de doute que ce travail hors de nos établissements classiques assure pleinement au patient une qualité hospitalière au sein de son environnement familial en lui **garantissant une réelle prise en charge globale, en réduisant ou évitant son hospitalisation.** Mais ce mode d'hospitalisation génère néanmoins d'autres interrogations, sujet de notre séminaire annuel, celles liées aux formations de nos collègues qui assurent en structure HAD une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire, souvent à la charnière des secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social.

Quels modules de formations pour ces personnels au sein d'une structure où différents statuts d'intervenant cohabitent, libéraux et salariés ?

Idem pour les lieux d'exercices suivant que la zone d'intervention soit urbaine ou rurale avec un rattachement ou non à un établissement de santé ! Cet isolement avec un encadrement moins visible et parfois moins présent a-t-il les mêmes conséquences dans une HAD rurale ou urbaine ?

Lorsque que l'on sait que la HAD en France est très efficace et plus complexe par exemple que chez nos voisins du Royaume-Uni, où les soins sont surtout des soins primaires, moins techniques que dans nos structures, n'est-il pas légitime pour notre Observatoire de s'interroger sur la pertinence d'une formation spécifique ou non des professionnels exerçant en HAD ?

Les formations répondent-elles au maillage complexe extérieur au domaine purement médical mais nécessaire, c'est-à-dire aux relations avec les services polyvalents de soins, avec les équipes techniques qui fournissent et entretiennent l'équipement, avec la famille et ses légitimes interrogations, avec les travailleurs sociaux, ceux du portage des repas etc. ? En résumé, l'aspect coordination spécifique à l'HAD est-il une préoccupation dans le cursus de formation ou est-il ignoré et laissé à l'expérience du terrain ?

Ce sujet lié aux **formations initiales ou tout au long de la vie est important pour les personnels qui exercent dans ces services particuliers** où les mots « collègues et équipes » trouvent souvent une autre définition que dans un service d'hospitalisation classique.

En conclusion, l'HAD impose-t-elle des contraintes spécifiques en matière de formation ? Plus clairement, l'HAD nécessite-t-elle des formations spécifiques intégrées dans les cursus de la formation initiale ou doit-elle être prise en compte dans des modules de formations complémentaires ?

L'HAD est-elle une voie d'avenir pour la branche à statut commercial ou est-elle réservée aux seuls établissements publics ou associatifs ? Est-elle tout simplement au cœur d'une révolution annoncée dans la prise en charge des patients avec une nécessité d'évolution de nos métiers et compétence pour répondre à cette tendance ?

Enfin, nous terminerons notre séminaire 2016 par une table ronde sur un sujet qui est au cœur des réflexions politiques liées à **la lutte contre le chômage. Il s'agit de l'apprentissage.**

Les Gouvernements successifs font de la jeunesse une de leurs priorités et de la lutte contre le chômage des jeunes un des axes majeurs de leurs politiques de l'emploi.

En France, **7 apprentis sur 10 trouvent un emploi durable à la fin de leur formation.** C'est une formation adaptée au monde d'aujourd'hui qui permet un lien direct avec les besoins des entreprises.

La dernière réforme de l'apprentissage a été lancée avec la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale et l'apprentissage ne décolle pas comme il le devrait.

Alors pourquoi une nouvelle réforme sur l'apprentissage ? Pourquoi ce développement timide ? Quelles sont les craintes sur l'apprentissage qui empêchent cette voie d'excellence de se développer ? »

I – L'ambulatoire & l'hospitalisation à domicile, quel impact le fort développement de ces nouveaux modes de prise en charge a-t-il sur l'emploi et la formation ?

o UN ÉTAT DES LIEUX DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

par Carole MARIE, directrice associée de Quadrat Etudes

ENCART :

Une étude sur la chirurgie ambulatoire en France est en cours, commandée par l'Observatoire de l'Hospitalisation Privée au cabinet Quadrat Etudes. Elle permettra une évaluation complète de l'impact à prévoir sur l'emploi, les métiers et les formations dans l'hospitalisation privée dans les prochaines années.

La chirurgie ambulatoire, appelée aussi chirurgie de jour, est **la réalisation d'un acte chirurgical sans hospitalisation**. Elle permet au patient une sortie de l'hôpital ou de la clinique le jour même de son admission et à la suite de l'intervention.

Depuis le début des années 1970, **le Canada, les Etats-Unis d'Amérique et la Grande Bretagne** sont les trois états qui **encouragent le plus la chirurgie ambulatoire** pour répondre notamment au besoin de diminution des dépenses hospitalières.

Dans les années 1980, les Etats-Unis d'Amérique mettent en place une réelle politique incitative visant à considérablement développer l'ambulatoire. Parmi le panel de mesures, elle propose des honoraires plus élevés aux chirurgiens pour la pratique de l'intervention ambulatoire.

Aujourd'hui, 80% des actes chirurgicaux sont réalisés en ambulatoire aux Etats-Unis alors qu'ils ne dépassent pas les 50 % dans l'hexagone.

L'étude publiée en 2009 par l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) ainsi que celle proposée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) de 2012, font état d'un important retard de la France dans le domaine de la chirurgie ambulatoire par rapport aux pays scandinaves, au Royaume-Uni ou encore aux Etats-Unis d'Amérique.

Les politiques publiques françaises de promotion de la chirurgie ambulatoire

En France, c'est en 1992 que la chirurgie ambulatoire devient une **alternative crédible** à l'hospitalisation avec la publication des décrets du 2 octobre qui intègre l'ambulatoire à la carte sanitaire.

Cette pratique est alors soumise à un **taux de change strict**, liant la création d'une place ambulatoire à la suppression d'un certain nombre de lits en hospitalisation complète. En 1992, il s'agissait de supprimer 2 lits par place, puis 3 en 1999, pour enfin revenir à 2 lits.

En 2003, cette méthode de développement de l'ambulatoire en établissements a été supprimée avec l'ordonnance du 4 septembre et, depuis le décret du 20 août 2012, les conditions de recours à l'ambulatoire ont été fortement allégées.

A partir de cette période, l'état a mis en place une **politique de promotion**. Elle définit notamment une procédure de **mise sous accord préalable** donnant la possibilité à la tutelle de contraindre un établissement à développer la chirurgie ambulatoire et instaure un tarif unique.

Depuis, l'état cherche à accroître les **incitations des établissements à développer l'ambulatoire**. Parmi elles, les établissements y verront un avantage financier puisqu'il permet de prendre en charge un nombre plus important de patients que via des lits conventionnels.

En 2004, viendra s'ajouter une incitation par les tarifs. Les gestes chirurgicaux sans hospitalisation et ceux avec une nuitée deviennent rémunérés selon un tarif similaire, permettant ainsi d'accentuer le transfert vers les pratiques ambulatoires.

Si l'ambulatoire s'installe petit à petit dans le fonctionnement des établissements de santé français, il a connu un réel essor à partir de 2007, devenant **la réponse la plus pertinente à la saturation grandissante des lits d'hospitalisation complète**. Ce tournant se traduit par une évolution de + 3,9 points entre 2007 et 2009 et de 1,5 point entre 2009 et 2010.

Depuis 2010, l'assurance maladie et le ministère de tutelle ont franchi une nouvelle étape et **remettent en cause le caractère alternatif de cette pratique pour en faire une priorité nationale**.

Cette procédure a, par ailleurs, été élargie par une instruction faite par le Ministère des affaires sociales, le 27 décembre 2010, à destination des Agences Régionales de Santé, pour **étendre l'ambulatoire à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie**.

Le développement de la chirurgie ambulatoire entre les mains des établissements

Carole Marie cible **quatre leviers de développement pour accroître la chirurgie ambulatoire en France** :

- tout d'abord, **la politique propre des établissements et des groupes**. Cette politique mettra en place un système ambulatoire plus ou moins rapidement en fonction des besoins et des capacités financières de chaque établissement.
- ensuite, **les convictions des praticiens**. Il s'agit de travailler avec des praticiens convaincus. En effet, il apparaît aujourd'hui qu'un certain nombre reste attaché à la culture de l'hospitalisation classique ne permettant pas d'appréhender l'ambulatoire mais seulement de le subir. Les praticiens non convaincus freinent le déploiement de la pratique.
- puis, **la mise sous accord préalable**. Instaurée en 2008 par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale, elle permet de contraindre un établissement au développement de l'ambulatoire en rendant plus complexe le recours à l'hospitalisation complète. Lors d'un placement sous accord préalable, décidé par le directeur général de l'Agence régionale de santé du territoire où elle est compétente, l'assurance maladie ne prendra en charge les gestes liés à l'hospitalisation complète que sous accord du service de contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie. En cas de refus, la prise en charge se fait sur la base d'un séjour en chirurgie ambulatoire.
- et enfin, **le pilotage et le management dans les services**. Il revient aux établissements de déterminer et quantifier les patients et actes éligibles à la chirurgie ambulatoire, de structurer et reconcevoir les parcours patients pour adapter l'architecture, revoir l'organisation des blocs et organiser les plages horaires dédiées, les procédures et les coordinations nécessaires.

La circulaire du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 a, quant à elle, déterminé les objectifs de développement de la période. Il s'agirait d'**atteindre les 66 % d'actes ambulatoires en 2020 en permettant une extension à des axes plus complexes en substitution à la chirurgie complète**.

L'atteinte des objectifs fixés par la circulaire du 28 septembre 2015 aurait des conséquences significatives pour les établissements de santé. Tout d'abord, ils verraient une **baisse de 35 % en moyenne des effectifs de nuit et du week-end et de 19 % des charges hôtelières et logistiques. Le gain en productivité serait alors estimé à 14 % en moyenne. Les économies cumulées avec le développement de l'ambulatoire sont estimées à 160 millions d'euros d'ici à la fin de l'année 2017.**

Enfin, les nouvelles pratiques posent des enjeux de compétences pour les établissements. Les personnels sont amenés à **transformer des compétences de spécialistes en polyvalents et se professionnaliser et de nouveaux métiers liés à la planification et l'organisation des établissements tendent à se développer.**

o TABLE RONDE SUR LES RÉFLEXIONS POLITIQUES À APPLIQUER DANS LE CADRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE

Dr Martine Aoustin

Ex-directrice de l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon

L'ambulatoire a connu une véritable accélération ces dernières années et notamment sous l'impulsion du politique. Ce virage a touché avant tout le secteur de la chirurgie et se développe petit à petit dans tous les domaines. Pourtant, 25 ans après, **la France n'atteint que 60 % de l'application du décret de 1992.**

Dans ce nouveau modèle, le patient est désormais totalement ambulatoire avec **un maximum de prestations données à domicile**. Les établissements mettent alors en œuvre des circuits d'ambulatoire permettant une intervention dans des conditions optimales.

Le message porté par le secteur de la santé est que **l'hôpital n'est plus un lieu de vie**, il n'est plus fréquentable.

Ce message peut susciter des craintes et des peurs, c'est pourquoi l'hôpital doit pouvoir répondre aux exigences de qualité et de confort des patients et les responsabiliser pour diminuer au maximum le stress lié au séjour.

Dr Gilles Bon Temps

Directeur associé de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Le secteur de la santé a subi **trois évolutions ou révolutions simultanées.**

La première évolution vient en premier **lieu du progrès thérapeutique en continu**, comme les opérations avec arthroscopie aujourd'hui, et les chimiothérapies à domicile demain. Le progrès va dans le sens de l'ambulatoire puisqu'il permet **de baisser considérablement la durée de séjour des patients**. En moyenne, la baisse de la durée de séjour est d'une demi-journée tous les quatre ans.

La deuxième évolution majeure concerne **l'évolution des pratiques professionnelles** comme par exemple, le programme de récupération post-chirurgie ou encore celui de la microchirurgie sans sonde urinaire.

La troisième et dernière évolution principale et que l'on considère même comme une révolution est d'ordre **organisationnelle**. Avant, **le praticien était au centre du processus. Aujourd'hui, le patient tend à devenir le cœur de l'organisation car les établissements réfléchissent en flux et en gestion des flux.**

Par exemple, le transfert systématique par brancard oblige six changements pour un seul séjour alors que l'ambulatoire permet aux arrivées de se faire debout, pour plus de fluidité ; ou encore les arrivées à heure fixe pour tous les patients remplacées par les arrivées à horaires décalés pour éviter les attentes.

Auparavant, le patient était passif, en référence aux hospices où la notion de lit était patrimoniale, alors qu'aujourd'hui il est actif et debout.

Ces trois évolutions vont toutes dans le sens d'une amélioration des services rendus aux patients. Cependant, elles continuent leur progression chacune séparément là où elles devraient converger.

Dr Thierry GAZEAU

Médecin coordonnateur de l'unité de chirurgie ambulatoire à la Clinique Jules Vernes à Nantes

La Clinique Jules Vernes de Nantes a été créée en 1990. A l'origine, c'était un petit établissement. Face à l'augmentation importante de la concurrence et la publication des décrets de 1992 et 2012, **la direction a transformé l'organisation de l'établissement.**

Des changements ont été appliqués à **la circulation des patients, des nouveaux métiers et compétences** sont apparus et des évaluations ont été mises en place pour développer l'attention et l'information aux patients.

Cependant, si la chirurgie ambulatoire a apporté un certain nombre de solutions et d'économies, l'établissement doit faire face, encore aujourd'hui, à **de nouvelles conséquences jugées problématiques.**

Parmi elles, trois difficultés majeures sont rencontrées :

- **des files d'attente des patients venant sur rendez-vous,**
- **celui de l'accompagnement du patient une fois rentré chez lui,**
- **le réveil de la douleur, généralement en pleine nuit alors que le patient a quitté l'hôpital.**

Mathilde PECNARD

Architecte chez AIA Associés

AIA, Architectes et Ingénieurs Associés est un des principaux cabinets d'architecte français, avec plus de 600 architectes et ingénieurs. Ce cabinet est spécialiste depuis plus de 50 ans dans l'architecture hospitalière. Il en connaît les exigences, les méthodes et les contraintes notamment en matière d'hygiène. Aujourd'hui, 50 % des projets du cabinet sont des projets liés à la santé, en France comme à l'étranger (Suisse, Moyen-Orient, Afrique, Amérique Latine, Chine..).

Le cabinet AIA fait le constat d'une **forte augmentation de la demande d'architecture adaptée pour l'ambulatoire** de la part des établissements.

AIA a décidé de créer un atelier de réflexion (un Work Shop) réunissant des professionnels du secteur afin d'analyser les projets passés du cabinet et de leur apporter des améliorations.

Certaines questions et réflexions ont alors émergé comme la création ou non d'une même porte d'entrée pour les patients en ambulatoire et pour les patients venant pour un acte traditionnel. De nombreux travaux ont été menés à ce propos notamment sur le séquençage et les chemins que pourraient emprunter les patients, en fonction des contextes et des nécessités de déplacements.

Ainsi, le développement des box ambulatoires permet un séquençage différent en fonction de l'intervention, notamment en matière de rapidité et d'efficacité.

o ÉTAT DES LIEUX DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD)

Par Dr Elisabeth HUBERT, ancienne ministre, présidente de la Fédération Nationale des établissements HAD (FNEHAD)

L'hospitalisation à domicile (HAD) est **un mode de prise en charge relativement nouveau et souvent très largement méconnu** qui permet à un patient, atteint de pathologies complexes, de bénéficier depuis son domicile de soins médicaux et paramédicaux.

Le développement de l'HAD dans le secteur de l'hospitalisation privée en France

D'inspiration états-unienne, cette méthode s'est **démocratisée en France à partir de 1957**. La loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière permet une première reconnaissance de l'HAD en France.

Elle devient une **réelle alternative à l'hospitalisation conventionnelle depuis 1991** avec la nouvelle loi de réforme hospitalière du 31 juillet.

Avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les structures d'HAD deviennent des établissements de santé permettant **une extension du champ de l'hospitalisation à domicile sur la Médecine, la Chirurgie et l'Obstétrique (MCO), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie**.

Aussi, le domicile personnel (2009), les établissements d'hébergement pour personnes âgées (2007) et les établissements sociaux et médicosociaux (2007) peuvent désormais faire office d'établissements de soins.

Pourtant, **l'HAD représente aujourd'hui une part minime de l'activité hospitalière**. Bien qu'elle n'ait pas vocation à se substituer à l'hospitalisation classique, les expériences étrangères les plus abouties montrent qu'elle peut représenter une part significative des hospitalisations.

Les enjeux contemporains liés à l'HAD en France

Si le virage vers l'ambulatoire a modifié la signification même du terme hospitalisation, longtemps assimilée à de l'hôtellerie et à de l'hébergement en plus des pratiques médicales et si l'hospitalisation à domicile est devenue **une réponse aux nouveaux besoins d'hospitalisation, les conditions de réussite d'un virage vers l'hospitalisation à domicile ne sont pas à portée de main.**

Elles dépendent des actions inhérentes aux établissements de santé via l'obtention de certifications par exemple et la nécessaire obligation d'intervention 7 jours sur 7.

L'objectif de développement fixé par le rapport de la Cour des comptes de 2013 sur l'hospitalisation à domicile est **une augmentation de 10 % des hospitalisations à domicile par an.** En réalité, l'augmentation est aujourd'hui de 3 à 4 % par an, en moyenne.

La circulaire de 2013 de la Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a émis le souhait **de faire doubler l'activité d'HAD en France d'ici à 2018.** Si l'objectif est jugé peu probable, la dynamique est désormais lancée.

Les **freins identifiés viennent principalement des prescripteurs** et de leur méconnaissance du fonctionnement de l'HAD, de la crainte de perdre leur responsabilité et aussi des formations inadaptées.

Aujourd'hui, **19 patients pour 100 habitants sont en hospitalisation à domicile** avec, en bas du classement, l'Alsace et en haut, l'Aquitaine, et un peu moins d'un million d'euros est consacré à l'HAD.

Il y a seulement 300 établissements capables de fonctionner avec l'HAD et il faut pouvoir industrialiser le processus.

Sur **les 300 établissements, tous travaillent différemment.** Dans tous les cas, les établissements ont besoin des infirmières coordinatrices, des médecins coordinateurs, qui prennent un rôle de plus en plus important, et des assistantes sociales.

Enfin, il est aussi important d'indiquer certaines pratiques nouvelles liées à l'évolution de la médecine comme l'utilisation de la chimiothérapie à domicile ou encore la télémédecine.

o TABLE RONDE SUR L'HAD, AU CŒUR D'UNE RÉVOLUTION ANNONCÉE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Anne-Sophie LE SCOUARNEC

Directrice adjointe pôle HAD de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon

Créée en 1906, la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon est une association reconnue d'utilité publique qui répond aux besoins sanitaires et médico-sociaux de personnes malades, âgées et isolées.

Elle met à leur disposition **une offre d'accueil, d'accompagnement, de soins ou de prise en charge médicale**. La Fondation s'investit également dans la professionnalisation des métiers et des savoir-faire par **la formation, la recherche et l'innovation via des projets expérimentaux**.

L'expérience de la Fondation en la matière montre que l'Hospitalisation à domicile souffre de la **méconnaissance des praticiens**. Les prescripteurs n'envoient les patients en HAD que s'ils ont été sensibilisés. En développant et généralisant la pédagogie auprès des professionnels de santé mais aussi auprès des patients, l'HAD pourra pleinement se développer.

Etre praticien en HAD, c'est avant tout faire preuve d'un savoir être particulier. **Savoir pratiquer son métier ne suffit pas. Le professionnel se déplace chez le patient, dans son intimité. Il faut qu'il inspire confiance aux patients.**

Il doit rapidement savoir d'une part où faire les soins, d'autre part gérer l'entourage du patient. Avec ce nouveau mode de prise en charge qu'est l'HAD, les soignants intègrent un système précaire et doivent faire preuve d'une grande adaptabilité et d'une grande polyvalence. Ils doivent également être **capables d'appréhender des cultures différentes et des attentes divergentes en fonction notamment des origines et de l'âge des patients**.

Nouveaux métiers

De cette pratique nouvelle **naissent de nouveaux métiers**. Celui d'**infirmière coordinatrice** par exemple : si sa fonction consiste avant tout à connaître le métier d'infirmière, elle a aussi pour rôle de « recruter » le patient depuis un établissement, d'estimer, en fonction des critères imposés, s'il est éligible à une hospitalisation en HAD, de faire preuve de pédagogie afin d'aiguiller le choix du patient et de fidéliser les prescripteurs pour qu'ils s'insèrent au mieux dans ce parcours du patient HAD.

Ce nouveau métier nécessite bien entendu de compléter la formation de l'infirmière coordinatrice par un cursus en management de mobilité et en logistique (notamment pour le cas de la gestion des flux).

L'HAD est un secteur qui doit pouvoir innover en permanence et avoir un temps d'avance. C'est la raison pour laquelle la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon a décidé de **créer des groupes de parole pour débriefer sur les situations complexes et mettre en place des comités d'éthiques et des groupes de travail sur des sujets liés à l'HAD tels que la bientraitance ou la régulation des patients et du matériel**.

Yolande MAHR

Présidente d'Alsace Pro Form Santé (APFS), organisme de formation, d'audit et de conseil

Créé en 2013, Alsace Pro Form Santé est un organisme de formation, d'audit et de conseil. Il propose **des formations visant à améliorer et compléter les connaissances des professionnels de santé dans les domaines du management et de la communication, des ressources humaines, de l'organisation mais aussi des soins, des thérapies et du service à la personne.**

En HAD, un établissement doit pouvoir **garantir un niveau de qualité de soins et de sécurité pour le patient et son entourage.** C'est pourquoi APFS cherche à coller au plus près des besoins des établissements.

Par exemple, le cas de l'infirmier soignant. Il doit avoir un niveau de technique élevé mais aussi un savoir être important. C'est pourquoi, **il est plus facile de former un infirmier avec de l'expérience pour élargir son champ d'action.**

D'une manière générale, en HAD, les recrues bénéficient déjà d'une réelle expérience et peuvent faire face à des lieux inconnus et peut-être des imprévus comme des agressions verbales ou physiques par exemple.

L'HAD doit être l'outil qui permet de **former sur des domaines extérieurs à la formation de base comme les dossiers de soins ou encore la gestion des risques.** Par exemple, une infirmière coordinatrice devient, avec l'HAD, plus coordinatrice qu'infirmière. Il pilote les transferts, gère le social et l'environnement du patient et aujourd'hui, la coordination ne s'apprend pas à l'école.

II - Le boom de l'apprentissage, une réalité dans le secteur de la santé ?

o ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES DE L'APPRENTISSAGE

Par Samuel BELLOT, Président du Cabinet ACTÉHIS

Le Cabinet ACTÉHIS Conseil et études, analyse, accompagne et évalue les politiques publiques et organise les études économiques et sociales pour les territoires et les acteurs économiques.

L'apprentissage est un moyen d'accéder à une qualification, en conjuguant un temps de formation « pratique » au sein d'une entreprise et un temps de formation théorique avec des enseignements dans un centre de formation des apprentis (CFA). La cible privilégiée de l'apprentissage est le jeune âgé de 16 à 25 ans. Un contrat d'apprentissage peut être conclu pour une durée d'un à trois ans, selon le diplôme.

La loi n° 71-576 du 16 juillet 1971 relative à l'apprentissage fixe le cadre juridique en France et le salaire, la durée et les droits sociaux et généralise les centres de formation des apprentis.

Le constat est fait que l'apprentissage a subi un fort déclin entre les années 1970 et 1990, années marquées par l'effondrement de l'industrie, le déclin du monde ouvrier et la crise pétrolière de 1974.

La loi Séguin de 1987 fait de l'apprentissage une véritable filière de formation initiale en augmentant la durée de formation, mais aussi en permettant la prise en charge par l'État de la part patronale des cotisations sociales dans les entreprises de plus de 10 salariés.

C'est en 1992 que la loi Aubry n° 92-675 portant diverses dispositions relatives à l'apprentissage et à la formation professionnelle cherche à rendre l'apprentissage plus attractif pour les jeunes et à sensibiliser les entreprises. Elle permet l'alignement de la rémunération des apprentis sur celle des jeunes en contrat de qualification, simplifie la procédure d'agrément et développe le rôle des partenaires sociaux dans les branches professionnelles, les entreprises et les CFA.

Les années 2000 voient une légère hausse de l'apprentissage. Cependant, le nombre d'apprentis n'atteint toujours pas les 400 000. Pourtant, l'État n'a cessé de chercher à le rendre attractif, en simplifiant notamment la collecte de la taxe d'apprentissage, en veillant à la transparence du financement, en clarifiant le rôle des différents acteurs de l'apprentissage, en cherchant à améliorer l'image de l'apprentissage, mais aussi en formant les maîtres d'apprentissage.

En 2015, la France dépasse le nombre de 400 000 apprentis alors que l'objectif de l'exécutif était d'atteindre les 800 000 alternants. Cependant, le profil des apprentis évolue. En 1992, 60 % des entrants en formation en apprentissage étaient sans diplôme. Aujourd'hui, ils sont 30 %. En effet le système s'est en partie généralisé durant les formations de BEP et CAP.

L'augmentation du niveau de diplôme des apprentis est corrélée avec l'augmentation du niveau des élèves prétendant à des diplômes d'enseignement supérieur.

On observe aussi des disparités régionales chez les étudiants de 16 à 25 ans : 7,2 % d'apprentis à Poitiers, 6,7 % à Paris, 4,7 % à Bordeaux et 4 % à Lille.

Un exemple à l'étranger : l'Allemagne

Le cas de l'Allemagne est intéressant à bien des égards et peut permettre d'orienter les politiques de promotion de l'apprentissage en France.

Dans ce pays, l'orientation s'effectue dès la classe primaire. L'élève peut choisir entre une classe générale, technologique ou mi générale mi technologique.

La France, qui n'a pas valorisé ses filières technologiques, faisait état en 2015 de 21 % de chômage chez les jeunes issus de filières technologiques quand ce taux n'était que de 15,4 % en Allemagne. En 2013, il grimpe à 24,8 % en France alors qu'il continue de baisser fortement en Allemagne avec 7,8 %.

L'Allemagne compte aujourd'hui 1 430 944 apprentis alors qu'en France nous atteignons péniblement les 438 143. Autre différence fondamentale, ce sont les lycées professionnels qui sont les premiers pourvoyeurs d'apprentis avec 97,5 % d'apprentissage en Allemagne, contre seulement 27,2 % en France.

En matière de gestion de la politique d'apprentissage, l'Allemagne fait preuve de simplicité. En effet, un seul ministère a la charge de l'apprentissage. Il fixe les référentiels et les Länders exécutent. C'est ensuite aux chambres consulaires et aux partenaires sociaux et enseignants des branches professionnelles d'organiser le contrôle, la qualité et les accréditations.

C'est un système capable de s'adapter aux nouvelles formations. En un an, il est possible de créer un nouveau diplôme.

o TABLE RONDE SUR LES POLITIQUES RÉGIONALES, LA RÉFORME DE L'APPRENTISSAGE ET LE REGARD SUR LES PRATIQUES DE L'INTERBRANCHE EN MATIÈRE D'APPRENTISSAGE

Laurence AUPERRIN
Directrice du CFA-HP-LR de Montpellier

Créé il y a près de 20 ans, le Centre de Formation des Apprentis de l'Hospitalisation Privée du Languedoc-Roussillon est un lieu unique en France.

La Maison de l'Hospitalisation Privée regroupe la Fédération de l'Hospitalisation Privée du Languedoc-Roussillon (FHP-LR) et des organismes de formation : un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), deux Instituts de Formation d'Aides-soignants (IFAS), un centre de Formation des Apprentis (CFA) ainsi qu'un centre de formation continue spécialisé (Formation Conseil Santé).

Le CFA-HP-LR de Montpellier a **mis en place une expérience mêlant apprentissage et handicap depuis 2013 dans 40 CFA du Languedoc-Roussillon**. Les résultats positifs sur l'insertion des travailleurs handicapés a permis au CFA d'étendre le processus.

Aujourd'hui, **88 % des CFA de Languedoc-Roussillon ont été dotés de référents handicap**. 213 apprentis handicapés ont intégré des entreprises, dont 36 % avaient moins de 26 ans.

Une formation des référents handicap a également été mise en place et la mission des référents a été étendue pour permettre un accompagnement des étudiants même après leur apprentissage.

De plus, un système a été mis en place permettant **une aide de 9 000 euros en cas d'emploi sur un contrat de trois ans et de 4 000 euros supplémentaires si le salarié reste à l'issue de ces trois ans**.

Corinne DEAL

Membre du Comité directeur de la Fédération Nationale pour l'Apprentissage aux Professions Sanitaires et Sociales (FNAPSS) et Directrice de l'Adaforss

La Fédération nationale pour l'apprentissage aux professions sanitaires et sociales dispense, via seize Centres de formation des apprentis (CFA), les formations par la voie de l'apprentissage.

L'Adaforss est un organisme de formation qui dispose de deux CFA, un dans le champ sanitaire, le second dans le champ médico-social.

Dans les secteurs sanitaire et médico-social, **les apprentis ont, en majorité, entre 21 et 23 ans et 70 % sont des femmes**.

Il s'agit d'un **système très attractif puisque le taux de réussite au diplôme est de 90 % et l'insertion de 80 % en moins de trois mois**.

Les retours faits via les entreprises montrent que l'apprentissage a un problème d'image en France. Un apprenti passe souvent pour un sous qualifié.

De plus, les méthodes qui définissent les changements dans les référentiels de formation se font sans concertation avec les CFA. **Petit à petit, les pouvoirs publics s'intéressent à l'apprentissage et comprennent qu'il faut le connecter avec les entreprises pour changer son image mais aussi pour qu'il puisse répondre aux attentes réelles**.

Dans le système français, l'apprentissage n'est pas un recours désiré. **Il est aujourd'hui une réponse à une pénurie. Cependant, c'est souvent trop tard**. Alors que s'il était mis en place de manière systématique et flexible, les pénuries et les évolutions majeures pourraient être prévenues.

Pourtant, **il y a beaucoup de jeunes qui demandent une formation en apprentissage**. Elle permet une professionnalisation rapide de l'étudiant. Elle est aussi un accès aux études à moindre coût.

Si les gouvernements successifs ont rapidement compris l'intérêt de développer l'apprentissage, ils ont toujours privilégié le système des emplois aidés, à 75 % pris en charge par l'état. Cependant, ces emplois font concurrence et ne permettent pas à l'apprentissage de se développer.

Pauline GUILBERT

Responsable des ressources humaines aux cliniques de Lille Métropole, Groupe Ramsay Générale de Santé

Les Cliniques Lille Métropole du Groupe Ramsay Générale de Santé sont le leader de l'hospitalisation privée sur l'agglomération lilloise. Avec 2 180 collaborateurs, 700 médecins, répartis sur les 11 établissements assurant la prise en charge de 160 000 patients, le groupe couvre l'ensemble des besoins d'un territoire de santé.

Au sein du groupe à Lille, l'apprentissage s'est tout d'abord **développé pour répondre à des problématiques d'emploi et surtout sur les fonctions support**. Les établissements ont recruté beaucoup d'apprentis en ressources humaines disposant d'un baccalauréat plus deux ou plus trois maximum.

En 2009, les cliniques font face à un **problème de recrutement des infirmiers et décident de développer l'apprentissage dans ce domaine**. Aujourd'hui, l'apprentissage infirmier représente une des formations les plus demandées de la région.

En revanche, l'apprentissage mis en place pour le métier d'aide-soignant mais aussi de cuisinier n'a pas fonctionné. De nombreuses ruptures de contrats sont à déplorer en raison du rythme de travail trop intense.

Avec l'apprentissage, le constat est simple, **les étudiants sont tout de suite opérationnels et il y a un fort brassage des pratiques médicales**. C'est un outil où tout le monde est gagnant.

CONCLUSION

Propos de Frédérique Bordet,
Vice-présidente de l'Observatoire de l'Hospitalisation Privée

« L'ambulatoire comme l'Hospitalisation à domicile sont le signe du **développement de nouveaux besoins et de nouvelles méthodes de travail dans le secteur de la santé dans le monde.**

Ce renouvellement des pratiques fait peur alors qu'il est **un formidable moyen mis à notre disposition permettant l'accès à des soins pour tous.**

Alors, non, les métiers traditionnels ne vont pas forcément s'éteindre mais ils évolueront comme ils ont toujours évolué.

C'est pourquoi l'apprentissage est un moyen de **casser les déséquilibres que nous pouvons trouver entre les formations initiales théoriques et la pratique des métiers.** L'apprentissage est un outil de flexibilité qui doit être mis à la disposition des entreprises. »

Propos de Jean-Pierre Chaniat,
Président de l'Observatoire de l'Hospitalisation Privée

« Si l'ambulatoire s'est développé avant tout pour des raisons financières évidentes, il est aujourd'hui un formidable **renouvellement des pratiques et des métiers dans lequel le patients est au cœur de l'attention.** Désormais, il devient aussi acteur de la réussite de son traitement.

L'Hospitalisation à domicile, quant à elle, est **méconnue et développe un certain nombre de peurs chez les praticiens comme chez les patients.**

Pourtant, il s'agit d'un moyen pertinent de **décupler la récupération chez le patient** qui est soigné dans un environnement stimulant le développement de son autonomie.

Enfin l'apprentissage. Tout le monde a conscience qu'il est l'avenir de la formation et qu'il permet de **former le plus grands nombre de jeunes et de les rendre aptes à la vie professionnelle rapidement.**

Cependant, son développement est bridé. Il faut pouvoir mettre de côté les a priori tenaces qui laissent croire que l'apprentissage serait une formation au rabais quand il est une des clés dans la lutte contre le chômage ».