

Discours inaugural de l'AG 2015

Dr Elisabeth Hubert

Madame la Directrice générale de l'ARS,

Monsieur le Maire,

Mesdames et Messieurs les représentants des autres fédérations, (Cher Pascal Jacob),

Chers Adhérents,

L'assemblée générale est pour la Fédération et ses adhérents, de se retrouver et de faire le point sur les douze mois écoulés « entre nous ». Cette année, nous avons choisi de commencer l'assemblée générale par un moment d'ouverture vers l'ensemble de nos partenaires des autres fédérations, autour de la Charte Romain Jacob, j'y reviendrai dans un instant.

Une année 2015 contrastée pour l'HAD

L'actualité entre juin 2014 et juin 2015 a été une nouvelle fois riche pour l'hospitalisation à domicile. La faible croissance de l'activité que nous présentions début juin 2014 s'est malheureusement confirmée (+1,7% de journées entre 2013 et 2014) mais les plus optimistes voudront retenir un frémissement sur les derniers mois 2014, progression qui semble s'être confirmée début 2015. Cette croissance reste cependant loin des +10% qu'il nous faudrait atteindre pour tenir l'objectif de doublement de l'activité à horizon 2018 fixé par la Ministre dans la circulaire du 4 décembre 2013.

Pour la première fois, le nombre de séjours est en diminution nette, puisqu'il est passé de 156.638 à 156.284 soit -0,2% alors qu'il progressait de 5% au cours des trois années précédentes.

Il faut donc se réjouir, a contrario, que la région Languedoc Roussillon, qui accueille cette année notre Assemblée générale, ait vu son activité progresser de +8,9% entre 2013 et 2014, et de +24,6% en moyenne sur 2010-2014. Ce résultat global recouvre des situations très contrastées, certains progressant de 50% et d'autres diminuant de 30% ! Ce résultat relativement favorable s'explique sans doute par les marges de progression encore importante de l'activité d'HAD dans la région, puisque sont pris en charge en moyenne 15,5 patients par jour contre 18,5 en moyenne nationale.

La campagne tarifaire 2015 a été relativement plus favorable pour l'HAD (+0,4%) que pour les autres secteurs, même si cette hausse ne répond pas à nos besoins et aux progressions de nos charges et est rendue peu lisible pour les établissements ex-OQN par la compensation des exonérations de charges découlant du Pacte de responsabilité et du CICE.

Une stratégie d'alliance avec les autres fédérations hospitalières et les fédérations sociales et médico-sociales

Pour porter ses positions, la FNEHAD a choisi de développer des alliances avec les autres fédérations sanitaires et/ou médico-sociales, les représentants des professionnels libéraux (Ordres et syndicats, notamment), les sociétés savantes, les associations d'usagers, l'Observatoire national de la fin de vie... Les progrès obtenus sur le guide méthodologique 2015 et l'écoute perçue dans le post chirurgical montrent l'intérêt de cette démarche.

Cette assemblée générale sera marquée par plusieurs temps qui illustrent les liens tissés avec les fédérations des secteurs social et médico-social. Dans le prolongement des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2011, les pouvoirs publics ont souhaité encourager l'intervention de l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Depuis 2007, les HAD peuvent intervenir en EHPAD et, depuis 2012, dans tous les autres ESMS. Cette activité n'est désormais plus marginale, puisqu'elle représente plus de 4% des journées d'HAD, dont la quasi-totalité dans les EHPAD. Cette moyenne cache une forte variabilité entre régions et, au sein de chaque région, entre les HAD. Nous nous interrogerons ensemble dans un atelier spécifique sur les raisons de cette variation et sur les moyens de diffuser les bonnes pratiques, en lien avec les fédérations d'EHPAD.

Il nous a fallu 8 ans, de 2007 à 2015, pour atteindre 200.000 journées d'HAD en EHPAD, n'attendons pas 8 ans pour atteindre un chiffre sinon aussi élevé du moins significatif, dans les autres ESMS !

Pour atteindre ce résultat, je me réjouis que la Charte Romain Jacob, que j'ai signée pour la FNEHAD aux côtés de 23 signataires nationaux en décembre dernier, soit dans quelques minutes signée par les représentants de ces organismes en région Languedoc Roussillon.

L'HAD au cœur des enjeux de la stratégie nationale de santé

Paradoxalement, si les chiffres de l'activité ne sont guère satisfaisants, indéniablement l'HAD est désormais identifiée comme un élément significatif du « virage ambulatoire » annoncé par les pouvoirs publics et dont le projet de loi de modernisation de notre système de santé se veut porteur.

Dans le cadre des travaux préparatoires de ce texte et lors des débats à l'Assemblée nationale, nous avons proposé des ajustements qui ont, pour la plupart, été entendus, s'agissant des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ou des groupements hospitaliers de territoire notamment.

La place de l'HAD a été clairement reconnue par les députés lors des débats sur la proposition de loi sur la fin de vie et les ajustements proposés par la FNEHAD ont été repris sous forme d'amendements. Le droit, pour toute personne, d'être informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet est inscrit dans la Loi.

Mieux positionnée dans une offre graduée de soins, fortement mobilisée pour intervenir dans les établissements sociaux et médico-sociaux, les HAD sont prêtes à se développer dans les proportions attendues par la Ministre de la Santé et selon les directions exigeantes tracées par la circulaire du 4 décembre 2013. Toutefois, cela ne dépend pas uniquement, et peut être pas principalement, des HAD. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la circulaire est adressée aux ARS, et je serai heureuse d'entendre Dominique Marchand, DG par intérim de l'ARS Languedoc Roussillon, pour connaître les actions que ses équipes mettent en œuvre ou prévoient pour assurer ce développement.