



# Guérir à domicile : La vision des soins intégrés

Un écosystème collaboratif et centré sur le patient pour une médecine  
aiguë substituant l'hospitalisation.

---

KD Dr. med. Abraham Licht  
Médecin-chef NFZ Hirslanden – Président du CA  
Hospital@Home AG

# La pression systémique sur les soins aigus

## Démographie

Doublement des plus de 80 ans d'ici 2050. Augmentation rapide des besoins en soins pour les patients très vulnérables.

## Infrastructure

Diminution des lits (Suisse : 4,48/1k hab.). Taux d'occupation élevé (~80 %) poussant les cliniques à saturation.

## Finances

Marges EBITDA hospitalières à seulement 1-2 %. La mise à disposition des lits (infrastructures physiques) devient non rentable.

**Le fossé entre les besoins et les capacités stationnaires s'élargit.  
Le système exige une innovation structurelle.**



**Delirium** : États de confusion dans un environnement étranger.

**Infections** : Risque accru de germes hospitaliers (nosocomiaux).

**Déclin physique** : Fonte musculaire due à l'alitement et chutes.

**Rythme** : Perturbations du sommeil, de l'alimentation et des médicaments.

**Isolation** : Rupture avec la famille et les repères habituels.



# Ce qu'Hospital@Home est (et n'est pas)

Critère	Hôpital classique	Hospital@Home	Spitex / Médecin de famille
Intensité	Aigu stationnaire	Aigu stationnaire	Chronique / Ambulatoire
Présence médicale	24h/24 sur place	Visites quotidiennes & Monitoring 24/7	Selon besoins / Consultation
Infrastructure	Bâtiment clinique	Hôpital mobile équivalent	Équipement de base

H@H est un substitut intégral à l'hospitalisation. C'est de la médecine aiguë, pas du long séjour.

# Parité clinique et sécurité (données)

Étude sur >7'600 patients (Levine et al., 2025) prouvant les avantages de sécurité à domicile :

Événement (pour 100 patients)	Hôpital (B&M)	Domicile (H@H)
Mortalité hospitalière	1.69	0.11
Delirium nosocomial	57.36	2.29
Escarres de décubitus	2.41	0.53
Infections urinaires (CAUTI)	0.59	0.16

# Critères d'inclusion : Qui est qualifié ?

## Diagnostique – Filtre clinique

Pneumonie

Exacerbation de BPCO

Insuffisance cardiaque

Infection urinaire complexe

Diverticulite / Érysipèle

## Prérequis – Filtre logistique

**Aigu** : Nécessité d'hospitalisation réelle.

**Géographie** : Accessible en moins de 30 min.

**Autonomie** : Besoins de base assurés (seul ou proches).

**Support** : Réseau d'aide garanti à domicile.

# Parcours patients : Comment l'hôpital arrive à la maison

## Voie 1 : Évitement d'admission (Bypass Urgences)

Domicile → Urgences (Triage) → Transfert H@H direct → Traitement aigu à domicile.

## Voie 2 : Sortie précoce (Early Transport)

Service stationnaire → Transfert vers H@H → Poursuite du traitement à domicile.

# Voies d'orientation : Soulager les urgences

Médecins de famille : Orientation directe en cas de dégradation pour éviter l'entrée à l'hôpital.

Urgences : Réadressage vers le médecin adresseur après un diagnostic initial au service des urgences

Services de secours : Triage sur place, évitant le transport inutile.

EMS / Homes : Traitement aigu en institution. Évite les transferts traumatisants pour les patients déments.  
(Priorité éthique absolue).

# **Le cœur de la collaboration intégrée**

**Point essentiel: Les frontières sectorielles  
disparaissent au profit d'un écosystème  
centré sur le patient**

# La synthèse : Le modèle hospitalier intégré



# Changement systémique vs augmentation de volume

H@H n'augmente pas les prestations, il transfère le lieu de traitement pour des diagnostics stricts.

**62'720**

Hospitalisations potentielles (5 diagnostics clés).

**Potentiel de transfert : 10% - 20%**

6'272 à 12'545 cas existants transférables. Libération de ~22'000 lits-jours pour les pneumonies.

# « Enfin, les soins ont à nouveau du sens »

HÔPITAL TRADITIONNEL

**3 - 5 minutes**

Temps de contact effectif par visite dans un service surchargé. Travail dicté par l'administration.

HOSPITAL@HOME

**20 - 25 minutes**

Temps exclusif 1:1 à domicile. Permet un jugement clinique approfondi et un vrai travail de soin.

*H@H combat l'exode des soignants en leur redonnant leur cœur de métier.*

# Synthèse : Du lit d'hôpital au système intégré

**SwissDRG**  
(Hôpital)

**TARMED / TARDOC**  
(Ambulatoire)

**OPAS / KLV**  
(Spitex)

**La solution: une plateforme qui comble ces fossés en orchestrant les médecins, les soins et la technique.**

**Hospital at Home n'est pas un bâtiment – c'est le système d'exploitation des soins aigus modernes.**

# Un changement de paradigme médical

« *Hospital at Home est une prestation clinique aiguë qui fournit le personnel, les technologies et les médicaments habituellement hospitaliers directement au domicile de patients sélectionnés.* »

- Définition internationale SHaHS

## **Équivalent hospitalier**

Substitution réelle du séjour stationnaire.

## **Interprofessionnel**

Visites quotidiennes médecins et infirmiers.

## **Basé sur la valeur**

Guérison de qualité dans un cadre familial.

# L'avenir des soins intégrés est décentralisé

## **Expérience Patient**

Empowerment et confort du foyer.

## **Résultats cliniques**

Moins de complications nosocomiales.

## **Efficience**

Réduction des besoins post-aigus.

## **Satisfaction pro**

Soignants plus épanouis.

# Mieux guérir dans son propre lit

*« Je ne me sentais pas comme un malade, mais comme un être humain. La guérison a commencé au moment où je me suis allongée dans mon propre lit. »*

## **Mortalité**

Plus faible à 30 jours.

## **Complications**

Moins de germes hospitaliers.

## **Autonomie**

Meilleur respect du rythme.

# L'infrastructure s'invite au salon

## High-Touch (Humain)

Visites quotidiennes,  
disponibilité 24/7, implication  
de la famille.

## High-Tech (Précision)

Télésurveillance continue,  
échographie portable,  
thérapies IV, diagnostics  
mobiles.

# Transitions sans rupture : le continuum des soins

**Urgences**

**Hôpital**

**EMS**

**H@H**

parcours de  
soins

Rétablissement  
dans le cadre  
de vie habituel