



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2010-109P

# Hospitalisation à domicile (HAD)

**TOME I  
RAPPORT DEFINITIF**

Établi par

Nicolas DURAND

Christophe LANNELONGUE

Patrice LEGRAND

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Dr Vincent MARSALA

Conseiller général des établissements de santé

- Novembre 2010 -



## Synthèse

### **1. L'HAD, UN MODE DE PRISE EN CHARGE ORIGINAL MARQUE PAR UNE FORTE CROISSANCE, UNE GRANDE DIVERSITE, DES DIFFICULTES DE POSITIONNEMENT ET DES CONTRAINTES DE FONCTIONNEMENT**

- [1] Apparue il y a un peu plus de cinquante ans en France, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'est peu à peu structurée et affirmée dans le paysage sanitaire. Elle constitue désormais une forme d'hospitalisation à part entière apportant des soins continus et coordonnés à des patients souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques. Par principe polyvalente et généraliste, l'HAD collabore avec de multiples acteurs, en particulier les professionnels de santé libéraux.
- [2] L'HAD a connu un essor important depuis dix ans et une forte croissance depuis 2005 (+119% d'activité). Avec 9029 places occupées en 2009, elle ne représente toutefois qu'une part minime de l'offre hospitalière (0.45% des séjours d'hospitalisation complète). Si tous les départements disposent au moins d'un établissement autorisé, l'offre est très inégalement répartie avec de grandes disparités entre régions et à l'intérieur de chacune d'entre elles. Les zones rurales accusent un net déficit en raison de la dispersion des patients et des temps de déplacement induits. L'offre repose sur des structures de taille et de statut hétérogènes, avec une majorité de petites HAD (moins de 30 places) généralement rattachées à un établissement de santé (public et privé) alors que les « HAD autonomes » sont souvent plus importantes.
- [3] Dans les parcours de soins, l'HAD se situe d'abord en aval de l'hospitalisation complète (en particulier du MCO) dont elle permet de raccourcir la durée. En fin d'HAD, la plupart des patients restent à domicile mais une part non négligeable d'entre eux est ré-hospitalisée. Les relations avec les prescripteurs hospitaliers jouent donc un rôle essentiel. Elles s'organisent de façon différente selon que l'HAD est rattachée à un établissement de santé ou non. En pratique, elles dépendent beaucoup des relations personnelles entretenues entre les médecins et les cadres infirmiers des deux structures, les critères d'admission en HAD étant vagues et généralement mal connus. Les médecins libéraux, quant à eux, sont désormais plus enclins à prescrire une HAD dont ils apprécient l'aide logistique et organisationnelle et qui permet d'éviter ou de retarder l'hospitalisation complète de leurs patients.
- [4] Avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les relais se révèlent difficiles à mettre en œuvre, à cause principalement des incohérences du système de tarification (patients trop lourds pour les SSIAD et trop légers pour les HAD). Avec les EHPA(D), les échanges restent modestes malgré l'intérêt, pour les personnes âgées, d'éviter un transfert à l'hôpital. Les raisons sont d'ordre culturel mais aussi – et surtout – liées à l'insuffisante médicalisation de ces établissements. Enfin, l'HAD entretient des relations complexes et parfois conflictuelles avec les prestataires médico-techniques.

- [5] L'HAD intervient dans des champs variés, selon trois modèles de prise en charge. Elle peut, en premier lieu, apporter des soins ponctuels, en alternative ou en complément au MCO. La périnatalité correspond ainsi à près d'un quart des séjours, dont une part importante de prises en charge obstétricales qui ne nécessitent pas toujours une HAD (retours précoces à domicile). La pédiatrie (10% des séjours) correspond à des prises en charge de pathologies graves et/ou chroniques pour les enfants de plus d'un an. Pour les enfants de moins d'un an, l'activité est très contrastée avec une part de prise en charge très médicalisée et une autre part à vocation plutôt médico-sociale. S'agissant des soins ponctuels, la cancérologie (17,3% des séjours) est principalement constituée de chimiothérapie. L'intérêt de ce type d'HAD est avéré mais des difficultés techniques (préparation des cytotoxiques) et l'hospitalisation de jour ont limité son développement.
- [6] S'agissant des soins continus, les soins palliatifs (18% des séjours) ont connu un fort développement depuis 2005 et concernent principalement des patients atteints d'un cancer. La durée moyenne de séjour est deux fois plus longue qu'en MCO. Une part importante de ces patients est réhospitalisée en fin de traitement, d'où un faible taux de décès en HAD (8%). Les prises en charge gérontologiques, quant à elles, se développent difficilement faute d'inscription de l'HAD dans les filières gériatriques et dans le comportement des prescripteurs.
- [7] Enfin, l'HAD peut constituer une alternative ou un complément des soins de suite et de réadaptation. 7% des séjours en relèvent, dont un quart pour les pathologies neurologiques.
- [8] Pour la plupart des HAD, concilier une prise en charge hospitalière avec une intervention à domicile est une source de complexité et, parfois, de difficultés. Le partage des rôles entre le médecin coordinateur, le médecin hospitalier et le médecin traitant varie d'un établissement à l'autre et d'un praticien à l'autre ; la place du médecin traitant allant de la prise en charge totale du patient au cantonnement aux affections intercurrentes avec, symétriquement, une intervention prépondérante du médecin coordinateur. Le recours à du personnel paramédical libéral varie selon les HAD avec toutefois une part importante et croissante de modèles « mixtes ». Si l'intervention des libéraux apporte des avantages (flexibilité, relais...), elle engendre parfois des tensions et, dans la plupart des cas, complique la coordination des soins.
- [9] De fait, les systèmes d'information ne permettent pas encore, en général, d'assurer un pilotage et un partage d'information satisfaisants. Les difficultés sont à la fois financières, techniques et culturelles. La gestion des médicaments est également complexe ; des difficultés que la loi HPST devrait en grande partie résoudre en permettant à chaque HAD de recourir à une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou à une officine, selon ses besoins. S'agissant de la permanence des soins, les dispositifs vont de la seule astreinte téléphonique paramédicale, jusqu'à une permanence médicale assurée 24h/24. Enfin, soigner à domicile suppose des efforts d'adaptation pour le personnel salarié ainsi qu'une collaboration parfois délicate avec les aidants.

## **2. DES POLITIQUES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DE L'HAD INSUFFISAMMENT CIBLEES DONT LES LIMITES COMMENCENT A APPARAITRE**

- [10] Au début des années 2000, une politique volontariste de soutien à l'HAD a été mise en œuvre : suppression du « taux de change », non application de la carte sanitaire,... Un objectif de 15 000 places en 2010 a été notamment fixé dans le plan solidarité grand âge de 2006 en transposant à l'ensemble du territoire national le ratio observé dans les zones les mieux équipées. Pour sa part, l'assurance maladie a mis en œuvre en 2009 une « démarche d'accompagnement » qui lui a permis d'examiner, avec toutes les HAD, les questions liées à leur activité et à leur niveau de service. Par ailleurs, les HAD se sont engagées dans la certification ; un effort qui, dans l'ensemble, a permis de faire progresser la qualité des prises en charge et le management des structures.

- [11] Depuis 2005, l'HAD bénéficie d'un système de tarification à l'activité (T2A) qui, en combinant des modes de prise en charge (24 MPC différents), le degré de dépendance du patient et la durée du séjour, permet de classer ce dernier dans un groupe homogène de tarifs (GHT). Faute de données provenant d'un échantillon représentatif, ces tarifs ont été calculés à partir des coûts transmis par trois établissements (les plus importants). Ce dispositif a permis un fort développement de l'HAD et assuré le bon équilibre économique des structures, notamment pour les plus grandes, malgré une faible évolution des tarifs depuis 5 ans.
- [12] Les 5 contrôles réalisés par l'assurance maladie à titre expérimental en 2009 ont cependant fait apparaître un grand nombre de difficultés : seuls 36% des séjours ne comportaient aucune anomalie. Ces problèmes résultent des lacunes du système tarifaire et notamment des grandes marges d'interprétation qu'il laisse, malgré les corrections réalisées récemment (définition et association des MPC notamment). Une étude nationale des coûts a été lancée en 2009 pour corriger ces défauts. Au vu des données qui lui ont été fournies, la mission a constaté que les tarifs sont largement déconnectés de la qualité, de la lourdeur et des coûts de prise en charge, ce qui fait peser des risques de dérives (rentes et sélection de patients).
- [13] Au niveau régional, les SROS 3 ont accordé une place variable à l'HAD (sur le plan qualitatif et quantitatif), sans réelle évaluation préalable des besoins, sauf exception. L'HAD occupe une place limitée dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) des 5 régions que la mission a étudiées, en rapport avec son poids dans l'offre de soins. Dans ces régions, les politiques d'autorisation ont été plus ou moins actives (de 0 à 11 nouveaux établissements), en fonction des SROS et des candidatures reçues. De fait, le rôle joué par les autorités régionales s'avère relativement limité par rapport au levier tarifaire et, surtout, au dynamisme (ou non) des opérateurs.

### **3. ASSURER LE DEVELOPPEMENT DE L'HAD DE FAÇON MAITRISEE ET DIFFERENCIEE**

- [14] L'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants. Cette tendance devrait s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement : outre le bien être du malade, le maintien à domicile permet en effet d'éviter la désocialisation des personnes âgées et plus généralement des personnes fragiles. L'impact positif de l'HAD sur la santé mériterait cependant d'être investigué pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge.
- [15] D'un point de vue médico-économique, l'HAD présente la caractéristique de faire prendre en charge, par les ménages, les coûts non directement liés aux actes médicaux et paramédicaux. Le coût d'une journée d'HAD est donc plus faible que celui d'une journée d'hospitalisation complète. Il convient, par ailleurs, de noter que ne sont pas inclus dans les charges de l'HAD les coûts liés aux plateaux techniques. L'intérêt médico-économique de l'HAD doit cependant s'apprécier par rapport à la trajectoire complète des patients. Une prise en charge en HAD peut ainsi être nettement plus longue. Elle peut aussi se substituer à des soins ambulatoires et non à une hospitalisation complète. Ces questions mériteraient donc d'être approfondies pour optimiser la place de l'HAD dans les parcours de soins.

- [16] Développer et conforter la place de l'HAD dans l'offre de soins nécessite, en premier lieu, d'en promouvoir un développement ciblé, tout en préservant le caractère polyvalent des HAD. Pour les soins ponctuels, il s'agit notamment de chimiothérapie à condition, d'une part, que la prise en charge ne se réduise pas à la seule administration du traitement et, d'autre part, que soient pris en compte les contraintes de sécurité (cytotoxiques) et les évolutions thérapeutiques (voie orale). L'activité obstétricale doit se limiter à la surveillance de grossesses à risque, la prise en charge de pathologies maternelles et le *post partum* pathologique ; le *post partum* physiologique relevant d'autres types de prise en charge. La pédiatrie doit être développée, qu'il s'agisse de périnatalité ou d'enfants plus âgés présentant des pathologies graves ou chroniques. L'intérêt pour l'enfant et les parents est évident, sous réserve d'une forte implication des médecins de l'HAD.
- [17] S'agissant des soins continus, le développement des soins palliatifs doit être poursuivi, une très large majorité de français souhaitant mourir à domicile. Toutefois, l'HAD n'est qu'une modalité de prise en charge parmi d'autres (réseaux, équipes mobiles, soins de ville...). Elle ne doit donc être prescrite que lorsque l'intensité des soins le justifie. Dans le cas des SSR, être soigné à domicile permet une réadaptation maximale. L'HAD doit donc développer des soins de suite spécialisés destinés aux personnes atteintes d'une maladie invalidante, en particulier celles victimes d'AVC.
- [18] L'HAD a également un rôle important à jouer dans les filières gériatriques, en apportant, à domicile, des méthodes hospitalières adaptées aux cas les plus complexes et en favorisant les transferts de savoir faire vers les intervenants libéraux. Pour se substituer utilement à l'hospitalisation complète (polyvalente ou gériatrique), l'HAD doit être présente auprès des services les plus concernés par le retour à domicile des personnes très âgées. Par ailleurs, une priorité forte doit être d'éviter les hospitalisations à partir des EHPA(D), ce qui suppose notamment un repérage des patients à risque par les médecins des deux structures. L'élargissement de l'offre gériatrique de l'HAD doit se faire en veillant à maintenir une distinction avec celle des SSIAD.
- [19] Pour que l'HAD se développe dans ces différents domaines et favoriser un recours optimal à ce type de soins, il faut accélérer la production (ou l'actualisation) de référentiels et de protocoles de soins et reformer le modèle tarifaire. Les premiers travaux engagés par la HAS doivent donc être étendus, en particulier en cancérologie, obstétrique, pédiatrie, gérontologie et SSR. Ces référentiels doivent s'appuyer sur des analyses médico-économiques permettant de comparer l'efficacité de l'HAD par rapport aux autres modes de prise en charge. L'analyse des parcours de soins des patients en HAD suppose une amélioration des systèmes d'information (SNIRAM). En complément, les démarches d'amélioration de la performance des établissements d'HAD, comme celles engagées par l'ANAP, doivent être encouragées.
- [20] La T2A HAD doit être réformée en adaptant le modèle tarifaire à chaque type de soins (ponctuels, continus et SSR). Cette approche assurera la cohérence de la tarification HAD avec celle des autres formes de prise en charge : tarification à partir des coûts standards pour les soins ponctuels (comme pour le MCO), valorisation de la charge en soins pour les soins continus (en cohérence avec la nouvelle tarification SSIAD), tarification à partir des groupes homogènes de malades pour les SSR. Une telle approche suppose que les différentes autorités de tarification coopèrent (DGOS, DGCS et CNAMTS). Elle doit être engagée sans attendre la fin de l'ENC HAD.

- [21] L'amélioration de la couverture territoriale de l'HAD et sa bonne insertion dans l'offre de soins nécessitent de l'intégrer pleinement dans la planification régionale (PRS, SROS hospitalier et ambulatoire), à partir d'une évaluation précise des besoins. Elles passent également par une politique d'autorisation fondée sur des cahiers des charges exigeants (taille, activité, sécurité et qualité de service, coordination avec les autres acteurs...) ainsi que des CPOM fixant des objectifs précis et évaluables (notamment des volumes d'activité, par grands regroupements de modes de prise en charge), accompagnés le cas échéant de dotations AC ou FICQS. L'extension de l'HAD en zone rurale nécessite un partenariat étroit avec les intervenants libéraux et les SSIAD. La création d'antennes doit être privilégiée ainsi que la mutualisation des ressources entre établissements. La concurrence entre HAD doit être limitée aux zones urbaines les plus denses et aux établissements ayant atteint une certaine maturité.
- [22] L'HAD peut également contribuer à la coordination des différentes formes de prise en charge à domicile en apportant son expérience et son savoir faire (permanence des soins, coordination, protocolisation...). L'élaboration des projets territoriaux de santé peut être l'occasion de faire émerger des coopérations (opérateurs polyvalents, structures de coordination,...), selon des modalités adaptées aux besoins des acteurs de terrain, en particulier ceux des professionnels de santé libéraux. Avec les SSIAD, les conventions de relais et/ou de mutualisation des ressources doivent être développées afin d'améliorer le continuum des soins et d'optimiser les moyens. Enfin, les prestataires médico-techniques doivent être intégrés dans le dispositif de régulation de l'offre de soins (planification, autorisation, contrôles...).
- [23] Pour continuer à faire progresser sa qualité de service, l'HAD doit améliorer encore la coordination des soins et des services apportés à domicile. S'agissant des médicaments et outre l'application des dispositions de la loi HPST, les spécificités de l'HAD doivent être prises en compte dans les contrats de bon usage du médicament. La coordination avec les intervenants libéraux doit être davantage formalisée : protocoles de soins, conventions indiquant le rôle de chacun et notamment la place du médecin traitant... Elle doit être également rémunérée à sa juste valeur à travers des forfaits (coordination et prises en charges particulièrement lourdes).
- [24] L'organisation exacte de la permanence des soins doit être fixée dans les CPOM, en fonction du contexte local et des activités de l'HAD. Le socle minimum, arrêté au niveau national, doit comprendre trois niveaux : astreinte par un infirmier salarié, astreinte téléphonique médicale et convention avec le 15. L'amélioration de la sécurité et de la qualité de service nécessite par ailleurs une amélioration des systèmes d'information à travers l'élaboration de solutions partagées. L'HAD peut également contribuer à l'essor de la télémédecine, en particulier la télésurveillance, en participant aux expérimentations et appels à projets.
- [25] Enfin, améliorer la qualité des prises en charge nécessite de renforcer la formation des intervenants libéraux mais aussi celle des médecins et infirmiers coordinateurs afin de professionnaliser davantage le cœur de métier de l'HAD et, par la même occasion, accroître son attractivité et sa visibilité. Pour éviter que les aidants ne subissent des transferts excessifs de charge, ils convient de les soutenir psychologiquement et matériellement. Les soignants doivent également être mieux préparés et outillés pour gérer cette collaboration de facto. De même, l'articulation de l'HAD avec les services à la personne doit être confortée et renforcée.





# Sommaire

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>1. L’HAD, UN MODE DE PRISE EN CHARGE ORIGINAL MARQUE PAR UNE FORTE CROISSANCE, UNE GRANDE DIVERSITE, DES DIFFICULTES DE POSITIONNEMENT ET DES CONTRAINTES DE FONCTIONNEMENT .....</b>	<b>12</b>
1.1. <i>L’HAD, un mode de prise en charge original, fruit d’une longue évolution.....</i>	<i>12</i>
1.1.1. De la naissance de l’HAD à son affirmation dans le paysage sanitaire.....	12
1.1.2. Une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire, à la charnière des secteurs hospitalier, ambulatoire, médico-social et social .....	12
1.2. <i>Un développement global, récent et rapide mais une faible contribution à l’offre de soins, inégalement répartie sur le territoire et reposant sur des structures hétérogènes.....</i>	<i>13</i>
1.2.1. Malgré un développement rapide, la contribution de l’HAD à l’offre de soins demeure faible .....	13
1.2.2. Une couverture nationale qui masque une forte hétérogénéité territoriale.....	16
1.2.3. Des établissements de taille et de statut très hétérogènes.....	18
1.3. <i>Une relation étroite avec les structures d’hospitalisation qui a limité jusqu’à présent la place de l’HAD dans les parcours de soins.....</i>	<i>20</i>
1.3.1. Des parcours de soins qui comportent majoritairement un passage en établissement de santé MCO ou SSR avant l’entrée en HAD .....	20
1.3.2. Une prescription d’HAD essentiellement hospitalière .....	22
1.3.3. Des relations complexes et une articulation limitée avec les autres intervenants du soin à domicile .....	24
1.4. <i>Une diversité qui renvoie à différents champs d’intervention et modèles de prise en charge.....</i>	<i>28</i>
1.4.1. L’HAD, une modalité de prise en charge de soins ponctuels, en alternative ou complément au MCO.....	30
1.4.2. L’HAD et la prise en charge de soins continus .....	33
1.4.3. L’HAD alternative ou complément des soins de suite et de réadaptation .....	36
1.5. <i>La difficile conciliation d’un service hospitalier avec le domicile .....</i>	<i>37</i>
1.5.1. Une coordination délicate avec les intervenants libéraux, sur le plan médical et paramédical.....	37
1.5.2. La délicate gestion « à distance » des prestations.....	40
<b>2. DES POLITIQUES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DE L’HAD INSUFFISAMMENT CIBLEES DONT LES LIMITES COMMENCENT A APPARAITRE.....</b>	<b>43</b>
2.1. <i>Un cadre réglementaire et un accompagnement propices au développement de l’HAD ....</i>	<i>43</i>
2.1.1. L’allègement des contraintes de planification .....	43
2.1.2. La fixation d’un objectif quantifié au niveau national.....	44
2.1.3. La mise en œuvre d’une politique d’accompagnement par l’Assurance maladie ....	44
2.1.4. Le développement d’une politique de qualité.....	45
2.2. <i>Une tarification incitative mais dont les lacunes engendrent des dérives et des difficultés d’interprétation et de contrôle.....</i>	<i>46</i>
2.2.1. Les principes de la tarification à l’activité (T2A) HAD .....	46
2.2.2. L’avantage majeur du nouveau système : une incitation au développement des activités de l’HAD .....	47

2.2.3. Des difficultés d'application qui ont fait apparaître progressivement les limites du nouveau système .....	47
2.3. <i>Des politiques régionales qui ont laissé de larges marges de manœuvre aux acteurs</i> .....	49
2.3.1. Des politiques régionales limitées, sauf exception .....	49
2.3.2. Des dynamiques territoriales liées en grande partie aux acteurs .....	51
3. ASSURER LE DEVELOPPEMENT DE L'HAD DE FAÇON MAITRISEE ET DIFFERENCIEE.....	51
3.1. <i>L'HAD constitue une réponse potentiellement adaptée à certains besoins sanitaires, sociaux et financiers</i> .....	51
3.1.1. Une réponse à la demande sociale de prise en charge à domicile, sous certaines conditions médicales et socio-familiales .....	51
3.1.2. Une contribution potentielle à l'efficacité du système de santé .....	52
3.2. <i>Développer et conforter la place HAD dans l'offre et les parcours de soins</i> .....	53
3.2.1. Promouvoir des développements ciblés et élargir l'offre en gériatrie .....	53
3.2.2. Accélérer la production de référentiels et réformer la tarification.....	56
3.2.3. Améliorer la couverture territoriale de l'HAD et son intégration dans l'ensemble de composantes de l'offre de soins .....	58
3.3. <i>Continuer à faire progresser la qualité de service pour permettre à l'HAD d'assurer des soins complexes et coordonnés</i> .....	61
3.3.1. Améliorer la coordination des soins et des services apportés à domicile .....	61
3.3.2. Améliorer la qualité de la prise en charge, par les soignants et les aidants .....	63
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>64</b>
<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>65</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES AU NIVEAU NATIONAL .....</b>	<b>67</b>
<b>REPONSES DE LA DGOS ET OBSERVATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>71</b>
<b>REPONSES DE LA DGCS ET OBSERVATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>75</b>
<b>NOTE D'OBSERVATION DE LA DREES .....</b>	<b>83</b>

La DSS et le CNAMTS n'ont pas adressé à l'IGAS d'observations au rapport provisoire qui leur a été adressé.

## Introduction

- [26] La mission d'enquête sur l'hospitalisation à domicile (HAD) a été inscrite au programme annuel 2010 de l'IGAS. Le Chef de l'IGAS a désigné Nicolas DURAND, Christophe LANNELONGUE, Patrice LEGRAND, membres de l'IGAS et le Docteur Vincent MARSALA, Conseiller général des Etablissements de Santé (CGES), pour effectuer la mission dont le démarrage effectif est intervenu au début du mois de février 2010.
- [27] Dans la période récente, et dans le cadre d'une politique volontariste de soutien à son développement, l'hospitalisation à domicile est devenue une partie certes minoritaire mais cessant d'être négligeable de l'offre de soins. Dans ce contexte, l'objectif de la mission était de faire un état des lieux afin d'adapter éventuellement les modes de régulation de l'HAD. Il s'agissait d'étudier un ensemble de questions concernant notamment le positionnement de la HAD par rapport aux autres composantes de l'offre de soins, la qualité et l'efficacité de ses prises en charge et aussi la régulation mise en œuvre par les autorités de tutelle au niveau national et régional.
- [28] La mission a concentré sa réflexion sur les soins somatiques ; l'approche de l'HAD en psychiatrie ne pouvant se concevoir que dans une appréhension globale de la politique de secteur dans cette discipline, ce qui sortait du cadre de cette mission.
- [29] Dans une première phase, la mission a rencontré les principaux acteurs de l'HAD au niveau national : directions de l'administration centrale, services nationaux de l'assurance maladie, représentants des structures d'HAD, des professionnels médicaux et para médicaux et des partenaires de l'HAD et des personnalités (voir en annexe la liste des personnes rencontrées au niveau national). Dans une deuxième phase, elle a sélectionné un échantillon de 21 structures (sur un peu moins de 300 structures autorisées au niveau national en 2009) situées dans sept régions et choisies pour permettre une bonne appréhension de la diversité des structures et de leurs activités : taille, statut juridique, ancienneté, zone d'intervention (urbaine ou rurale), orientation (polyvalente ou spécialisée), statut du personnel paramédical et notamment des infirmiers (libéral ou salarié), rattachement ou non à un établissement de santé,... (cf. en annexe la liste des HAD étudiées). La mission s'est rendue dans chacun de ces établissements et elle a pu, à cette occasion, s'entretenir avec de nombreux gestionnaires et personnels soignants de ces structures<sup>1</sup>.
- [30] Au terme de ces travaux, la mission a établi le présent rapport qui, dans un premier temps, dresse un diagnostic de l'état actuel de l'HAD en termes de positionnement dans l'offre de soins et de fonctionnement puis dresse le bilan des politiques nationales et régionales. Enfin, ce rapport fait des préconisations visant à assurer la poursuite du développement de l'HAD dans la « juste » place qu'elle doit occuper dans l'offre de soins, en précisant les conditions de tarification et de fonctionnement que cela implique.

---

<sup>1</sup> Voir en annexe la liste des personnes rencontrées

## **1. L'HAD, UN MODE DE PRISE EN CHARGE ORIGINAL MARQUE PAR UNE FORTE CROISSANCE, UNE GRANDE DIVERSITE, DES DIFFICULTES DE POSITIONNEMENT ET DES CONTRAINTES DE FONCTIONNEMENT**

### ***1.1. L'HAD, un mode de prise en charge original, fruit d'une longue évolution***

#### **1.1.1. De la naissance de l'HAD à son affirmation dans le paysage sanitaire**

- [31] Née aux Etats-Unis (« Home care ») et expérimentée pour la première fois à l'hôpital Tenon en 1951, l'HAD apparaît véritablement en France en 1957-1958 avec la création de l'HAD de l'AP-HP, puis de Santé-services à Puteaux.
- [32] Bien qu'une convention ait été signée en 1961 entre ces deux premières HAD et l'assurance maladie, il faut attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 pour que cette forme d'hospitalisation soit officiellement reconnue (sans pour autant que le terme HAD soit employé). S'ouvre alors une phase de structuration médicale et administrative, autour de cette loi et de la circulaire de la CNAMTS de 1974 qui précise notamment les critères médicaux et sociaux d'admission de patients ainsi que les conditions de prise en charge. Ce cadre favorise l'essor de l'HAD, dans le secteur public essentiellement mais aussi dans le secteur privé non lucratif.
- [33] Après une certaine stagnation dans les années 80 liée à de multiples facteurs (réticences des prescripteurs hospitaliers, prudence accrue de l'assurance maladie et des autorités de tutelle...), une nouvelle phase s'ouvre avec la loi de 1991 portant réforme hospitalière qui reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation complète. Ce texte et ses décrets d'application fixent les règles constitutives de l'HAD : médecin coordonnateur, cadre infirmier, permanence des soins et continuité de la prise en charge... Dans le même temps, ils instaurent le mécanisme du « taux de change » qui, dans les zones excédentaires, impose pour toute création de place en HAD la fermeture d'un voire deux lits d'hospitalisation à temps complet. Malgré cela, le nombre de structures passe de 40 en 1992 à 62 en 2000.
- [34] L'HAD prend un véritable essor à partir de l'an 2000, plus particulièrement à partir de 2003, sous l'impulsion d'une politique volontariste des pouvoirs publics (voir partie 2.1.).

#### **1.1.2. Une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire, à la charnière des secteurs hospitalier, ambulatoire, médico-social et social**

- [35] Aux termes de l'article L. 6125-2 du Code de santé publique, l'hospitalisation à domicile apporte des « soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».
- [36] Il s'agit donc d'une prise en charge hospitalière à part entière de malades souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques dont elle permet de raccourcir, différer ou éviter l'hospitalisation complète. Les HAD sont d'ailleurs des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.
- [37] Pour compléter l'intervention de ses propres équipes (médecin coordinateur, infirmier coordinateur, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, aides soignants...), l'HAD entretient des relations avec de multiples acteurs appartenant aux secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux :
- le médecin traitant, véritable « pivot » de la prise en charge du malade dont il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites ;

- les intervenants libéraux paramédicaux (infirmiers, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes,...) qui, en fonction du modèle choisi, occupent un rôle plus ou moins important dans l'HAD, en complément ou en substitution du personnel salarié ;
- les établissements d'hospitalisation complète qui peuvent apporter leur expertise via la mise à disposition de procédures et protocoles thérapeutiques, la formation des médecins traitants et des personnels de l'HAD... ;
- les structures d'hébergement médico-sociales (EHPA, EHPAD,...) dont les résidents peuvent désormais être pris en charge en HAD, l'établissement étant assimilé à un « domicile » ;
- les services de soins à domicile et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ;
- les prestataires médico-techniques qui apportent équipements et matériel médical et paramédical, à la demande et sous la supervision de l'HAD ;
- les fournisseurs de services à la personne, en particulier ceux spécialisés dans le maintien à domicile des personnes dépendantes, qui viennent en partie soulager la charge qui pèse sur l'entourage (aide à domicile, travailleur familial, garde à domicile, portage de repas...).

[38] La prise en charge des malades dans leur globalité (médicale, paramédicale, psychologique, sociale...), rendue possible par cette coordination « tous azimuts », est ainsi une des particularités de l'HAD qui, selon les instructions ministérielles, est par nature « polyvalente et généraliste ». Cette polyvalence n'exclut cependant pas de développer des compétences propres et une expertise sur des champs particuliers.

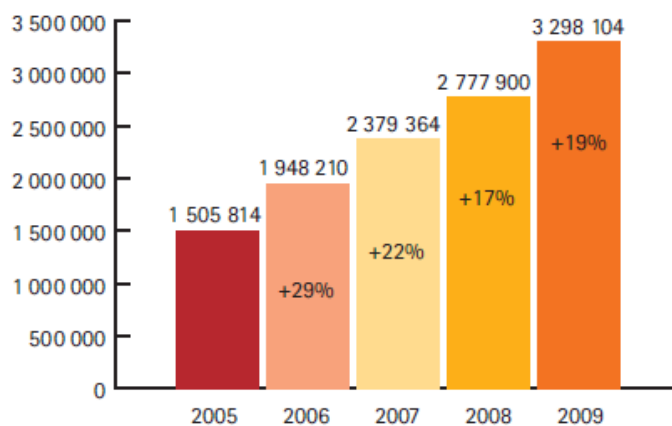
## ***1.2. Un développement global, récent et rapide mais une faible contribution à l'offre de soins, inégalement répartie sur le territoire et reposant sur des structures hétérogènes***

### **1.2.1. Malgré un développement rapide, la contribution de l'HAD à l'offre de soins demeure faible**

1.2.1.1. L'HAD représente une part minimale de l'offre de soins hospitalière malgré une croissance rapide depuis le milieu des années 2000

[39] L'instauration de la T2A et la suppression du « taux de change » ont conduit à un essor considérable de l'HAD au cours des années 2000, avec une accélération depuis 2005. Le nombre d'établissements autorisés, qui dépassait à peine la soixantaine à la fin des années 90, atteint ainsi 298 en 2009, soit deux fois plus qu'en 2005. Sur la même période, l'activité a augmenté de 119% pour atteindre 3.3 millions de journées en 2009 (9029 places occupées) et 129 748 séjours complets. Cette progression se poursuit sur les cinq premiers mois de l'année 2010.

Graphique 1 : Progression de l'activité d'HAD depuis 2005 (journées de prise en charge)



Source : FNEHAD

### Suivi de l'activité HAD : précisions méthodologiques

Les données utilisées par la mission proviennent, sauf exception, du PMSI-HAD géré par l'ATIH avec, pour certaines d'entre elles, un retraitement opéré par la FNEHAD. D'autres sources de données existent, en particulier la statistique annuelle des établissements (SAE) gérée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères chargés des affaires sociales. Cette enquête annuelle fournit des chiffres globalement cohérents avec ceux du PMSI-HAD avec toutefois quelques différences. Ainsi, alors que l'activité enregistrée par la SAE est, pour la France entière et pour la période 2005-2009, très proche de celle fournie par la FNEHAD à partir du PMSI-HAD (1.66% de différence en 2009 et 0.6% en 2005), il existe des différences substantielles pour les régions les moins équipées (Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Auvergne...). Ces différences, liées aux caractéristiques des deux bases de données (voir en annexe la note méthodologique de la DREES), ne remettent toutefois pas en cause le diagnostic établi par la mission.

Pour compenser le défaut d'exhaustivité du PMSI-HAD, la DREES procède à un certain nombre de redressements. Elle en tire une quantification de l'activité, par mode de prise en charge qui, tout en étant légèrement différente des chiffres du PMSI-HAD exploité par la mission pour des raisons d'homogénéité des données (cf. partie 1.4), ne remettent pas en question son diagnostic et les conclusions qu'elle en tire.

[40] Malgré cette progression, l'HAD ne représente qu'une part minime de l'activité hospitalière : 0.45% des séjours d'hospitalisation complète et partielle en 2008.

### 1.2.1.2. Des comparaisons internationales difficiles à établir

- [41] Dans le domaine de l'HAD, les comparaisons internationales sont peu nombreuses et leurs résultats peu éclairants. L'organisation des soins est en effet variable d'un pays à l'autre et celle des soins hospitaliers à domicile encore plus compte tenu de leur statut hybride. Une étude publiée en novembre 2005 par l'IRDES<sup>2</sup>, soulignait ainsi qu'« à l'échelle internationale, les modes alternatifs de prise en charge de soins traditionnellement réalisés à l'hôpital ne se présentent pas comme un ensemble homogène. ». Une étude plus récente réalisée par l'HAS<sup>3</sup>, concluait que « l'organisation de l'HAD par pays étant particulièrement complexe à décrire et étant peu rapportée dans la littérature exploitée, il n'a pas été possible d'en faire état de manière plus détaillée ».
- [42] Malgré ces difficultés méthodologiques, il apparaît que plusieurs pays ont développé une offre relativement étoffée des services de soins hospitaliers à domicile : Canada, Australie, Royaume-Uni, Etats-Unis... Cependant, comme le souligne la HAS, « au Royaume-Uni, ces soins sont surtout des soins primaires, peu techniques, alors qu'en France ou aux États-Unis des soins très techniques sont également fournis. ».

#### **L'hospitalisation à domicile au Royaume-Uni**

Selon l'étude de l'IRDES précitée, l'HAD britannique a pour principal objectif de réduire la durée des hospitalisations non cliniquement justifiées. Elle doit en effet délivrer des soins d'un niveau supérieur aux soins ambulatoires et constituer une véritable alternative à un séjour long ou à une admission hospitalière. En pratique, elle vient en substitution, complète ou partielle, d'hospitalisations évitables, c'est-à-dire non complexes.

L'HAD constitue l'un des services offerts dans le cadre des « soins intermédiaires », c'est-à-dire des interventions sanitaires et sociales délivrées à des personnes fragilisées (notamment les personnes âgées), médicalement stables, dans une institution ou un domicile.

Selon cette étude, l'organisation de ces soins intermédiaires varie considérablement d'un service à l'autre, notamment en fonction de l'objectif visé (sortie anticipée / éviter une admission). Dans le premier cas, les médecins (consultant) voient régulièrement le patient et seuls les soins sanitaires sont assurés par une équipe complète comprenant infirmiers, auxiliaires, etc...; dans le deuxième cas, les médecins (médecins généralistes) interviennent en cas d'urgence seulement et les services, sanitaires et sociaux, sont apportés par des tiers (infirmiers de district, professionnels communautaires, etc...) sous la coordination d'une équipe réduite.

Cette forme de prise en charge a connu un rapide développement à partir du milieu des années 90. Selon une enquête réalisée en 1996 en Angleterre et au Pays-de-Galles, les soins intermédiaires pour adultes les plus courants étaient les soins orthopédiques, les soins post-chirurgicaux, la kinésithérapie et l'ergothérapie. Ces soins semblent susciter des réticences de la part des médecins généralistes et hospitaliers.

<sup>2</sup> « Le développement des services de soins hospitaliers à domicile ; expériences australienne, canadienne et britannique », IRDES, Novembre 2005.

<sup>3</sup> « Le recours à l'hôpital en Europe », HAS, mars 2009.

## 1.2.2. Une couverture nationale qui masque une forte hétérogénéité territoriale

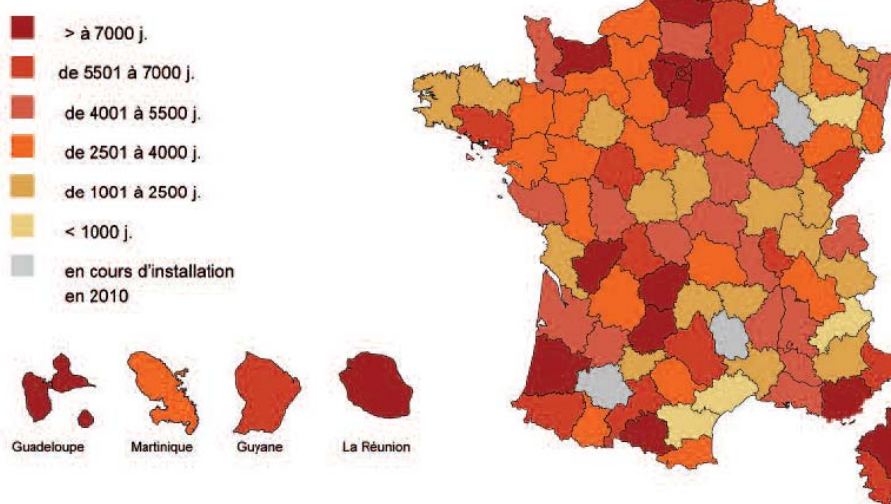
### 1.2.2.1. Grâce à un fort développement depuis 5 ans, tous les départements disposent d'au moins une autorisation d'HAD

- [43] Plus de la moitié des départements français ne disposait d'aucune autorisation d'HAD en 1998, chiffre ramené à 20 en 2006. Quatre ans après, tous les départements disposent au moins d'une HAD autorisée.
- [44] S'il a progressé de façon considérable, le maillage du territoire national n'est pas encore complet.
- [45] En effet, une bonne part des HAD autorisées ne fonctionne toujours pas. La FNEHAD constatait en 2009 que plus de 20% des autorisations délivrées n'étaient toujours pas mises en œuvre, soit parce qu'elles étaient trop récentes soit, de façon plus inquiétante, parce qu'elles ne paraissaient pas viables à cause de leur petite taille. La mission a pu ainsi constater que dans le Languedoc-Roussillon, un tiers des HAD n'a toujours pas commencé à fonctionner, dont deux établissements autorisés en 2007 et 2008.
- [46] Au total, trois départements ne disposaient d'aucune HAD en activité en 2009 : la Lozère, la Haute-Marne et le Gers.

Graphique 2 : Taux de recours à l'HAD

Nombre de journées réalisées en 2009 pour 100 000 habitants

Source ATIH et FNEHAD - données 2009



Source : FNEHAD



1.2.2.2. Malgré un certain rattrapage, de grandes disparités inter et infra-régionales qui s'expliquent essentiellement par l'histoire et la dynamique des acteurs

- [47] Toutes les régions métropolitaines ont enregistré une croissance de l'activité d'HAD au cours des cinq dernières années, avec toutefois des proportions variables : 19% en Ile-de-France contre 558% en Haute-Normandie. A quelques exceptions près, les régions les moins pourvues en HAD ont enregistré une croissance supérieure aux mieux dotées.
- [48] Malgré ce rattrapage, l'offre et l'activité d'HAD restent très inégalement réparties sur le territoire. Le taux de recours à l'HAD est ainsi près de 5 fois plus élevé dans le Limousin que dans le Languedoc-Roussillon. La mission a aussi pu constater, lors de ses déplacements, que les profils d'activité sont très différents d'une région à l'autre.
- [49] Les disparités sont également fortes au niveau infrarégional, même dans les régions les mieux pourvues. Le taux de recours est, par exemple, deux fois plus important en Corrèze que dans la Creuse. La même hétérogénéité est constatée à l'échelle des territoires de santé. Selon une étude réalisée par la DGOS<sup>4</sup>, le nombre de séjours pour 100 000 habitants allait, en 2009, de 0 (4 territoires) à 756 pour une valeur médiane d'un peu plus de 155. Par ailleurs, même si on constate, depuis 2007, une diminution du nombre de territoires où aucun séjour d'HAD n'a été réalisé, la dispersion a plutôt tendance à s'accroître, signe d'une accentuation des disparités entre territoires de santé.

Tableau 1 : Activité régionale 2009

	Nbre établissements	Nbre journées	Evol 2005/2009	Nbre journées /100 000 hab
<b>Ile-de-France</b>	16	849 838	19%	7 238,7
<b>Champagne-Ardenne<sup>5</sup></b>	7	26 413	88%	1 916,8
<b>Picardie</b>	15	108 810	199%	5 585,8
<b>Haute-Normandie</b>	10	65 945	558%	3 549,8
<b>Centre</b>	12	108 060	302%	4 159,3
<b>Basse-Normandie</b>	13	91 046	172%	6 047,5
<b>Bourgogne</b>	16	63 004	169%	3 737,6
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	16	279 919	375%	6 842,1
<b>Lorraine</b>	19	53 915	151%	2 251,6
<b>Alsace</b>	8	74 360	176%	3 998,8
<b>Franche-Comté</b>	8	47 831	105%	4 001,8
<b>Pays-de-la-Loire</b>	8	120 028	101%	3 348,2
<b>Bretagne</b>	10	112 330	447%	3 488,9
<b>Poitou-Charentes</b>	11	78 814	163%	4 393,3
<b>Aquitaine</b>	13	189 264	103%	5 845,6
<b>Midi-Pyrénées</b>	15	114 853	237%	3 974,4
<b>Limousin</b>	5	57 474	167%	7 568,2
<b>Rhône-Alpes</b>	26	288 082	219%	4 634,6
<b>Auvergne</b>	7	45 237	178%	3 274,2
<b>Languedoc-Roussillon</b>	13	42 830	491%	1 637,2
<b>Corse</b>	3	28 135	n.c	9 239,7
<b>PACA</b>	26	289 704	117%	5 858,7
<b>France</b>	298	3 298 104	119%	5 071,6

Source : ATIH et calculs de la mission

<sup>4</sup> Document de travail fourni à la mission.

<sup>5</sup> Activités des structures ayant transmis leurs données à l'ATIH.

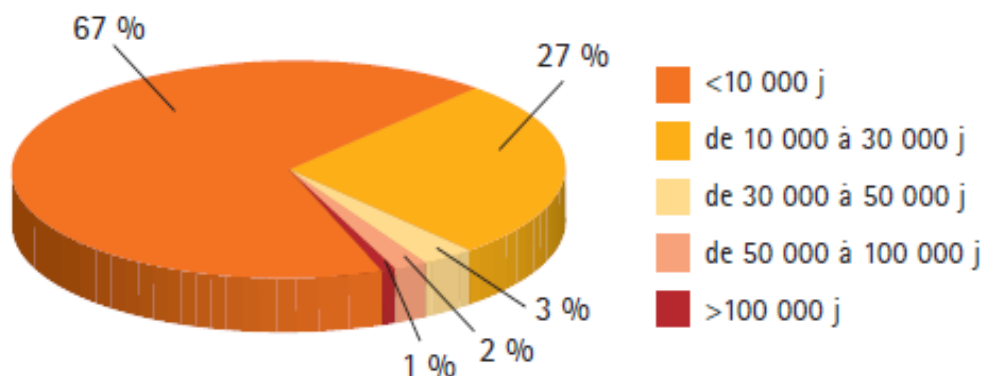
- [50] La mission a pu constater, lors de ses investigations de terrain, que ces différences tenaient avant tout à l'histoire et au dynamisme (ou non) des opérateurs (cf. infra).
- [51] Ces différences tiennent également au contexte dans lequel l'HAD s'inscrit. En particulier, les zones rurales accusent un net déficit, même si aucune statistique d'ensemble n'existe dans ce domaine. La dispersion de la population et les temps de déplacement qu'elle induit constituent en effet des obstacles difficiles à surmonter.

### 1.2.3. Des établissements de taille et de statut très hétérogènes

#### 1.2.3.1. Des structures de taille très variable avec une majorité de « petites HAD » dont certaines connaissent des difficultés de fonctionnement

- [52] Selon la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006, le « niveau d'activité minimum souhaitable » s'établit à 9000 journées d'hospitalisation par an. Force est de constater que peu nombreux sont les établissements qui atteignent ce seuil. En 2009, la moyenne s'établit à un peu plus de 12 000 journées par an (contre 11 279 en 2006) mais seul un tiers des structures dépasse 10 000 journées.
- [53] Ces « petites HAD » sont souvent rattachées à un établissement de santé (cf infra). La mission a pu constater que certaines d'entre elles connaissent des difficultés de fonctionnement, notamment du point de vue de la continuité et de la permanence des soins (manque de coordination médicale et paramédicale). En revanche, d'autres semblent fonctionner de façon satisfaisante et dégagent même des résultats nettement positifs. D'une façon générale, il ne paraît pas y avoir de corrélation linéaire entre le niveau d'activité et les résultats financiers.

Graphique 3 : Répartition par taille moyenne des établissements d'HAD (journées, 2009)

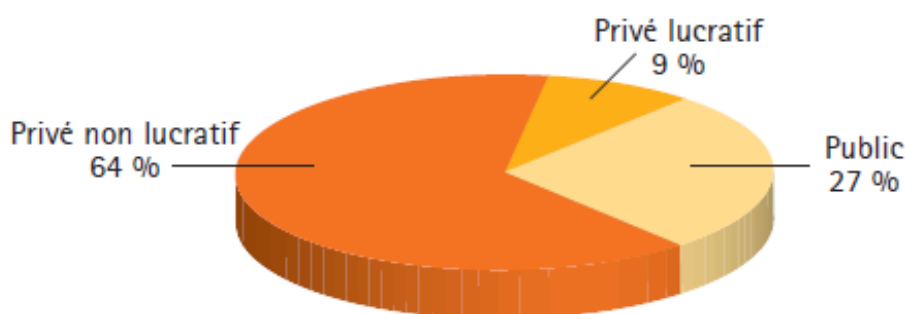


Source : FNEHAD

1.2.3.2. Entre les « HAD autonomes », de statut associatif, et les « HAD rattachées », à un établissement de santé public ou privé, il existe de grandes différences de fonctionnement et de positionnement dans les parcours de soins

- [54] Au-delà de la taille des structures, l'offre d'HAD présente une grande diversité en termes de statut, de fonctionnement et de positionnement.
- [55] L'essentiel de l'activité est réalisée par des établissements privés à but non lucratif (PSPH et non PSPH, à parts à peu près égales avec toutefois une diminution relative du secteur PSPH depuis 2006). Leur part s'érode légèrement, au profit essentiellement du secteur privé lucratif dont le poids passe de 4.5 à 9% entre 2006 et 2009. Le secteur public, quant à lui, représente moins d'un tiers de l'activité mais près de la moitié des structures.
- [56] De fait, on distingue, schématiquement, deux types d'HAD : les « HAD autonomes », d'une part, créées et portées par une association, une fondation ou une mutuelle ; d'autre part, les « HAD rattachées » à un établissement de santé, public ou privé.
- [57] Les premières sont généralement de taille importante et, sauf cas particulier<sup>6</sup>, travaillent avec l'ensemble des établissements de santé et entretiennent souvent un lien étroit avec les intervenants libéraux. Les secondes, en revanche, sont de petites tailles et fonctionnent souvent comme un « service d'aval » des établissements auxquels elles sont rattachées. C'est le cas, en particulier, pour les HAD de statut public dont la plupart sont rattachées à un hôpital local (92 sur 108 en 2008). En 2008, l'activité moyenne de ces HAD était de 30% inférieure à la moyenne nationale (60% décompte fait de l'AP-HP).

Graphique 4 : Répartition par statut des établissements d'HAD (journées, 2009)



Source : FNEHAD

- [58] Certaines HAD détiennent une autorisation spécialisée. Il s'agit notamment de la périnatalité, de la pédiatrie et de la rééducation. Ces établissements ne représentent cependant qu'une part minimale de l'offre (6% des autorisations et 2% des journées en 2009).

<sup>6</sup> Par exemple l'ALLP qui fonctionne presque exclusivement avec les HCL.

### 1.3. Une relation étroite avec les structures d'hospitalisation qui a limité jusqu'à présent la place de l'HAD dans les parcours de soins

#### 1.3.1. Des parcours de soins qui comportent majoritairement un passage en établissement de santé MCO ou SSR avant l'entrée en HAD

[59] L'HAD est d'abord un substitut à une prise en charge en établissement de santé, qu'il soit un établissement de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Sa place dans les parcours de soins correspond à deux types de situation :

- soit l'HAD prend en charge des malades hospitalisés pour lesquels elle permet un raccourcissement des durées d'hospitalisation classique ;
- soit elle prend en charge des malades qui auraient dû être hospitalisés et pour lesquels elle évite l'hospitalisation classique.

[60] Les données présentées dans ce tableau font apparaître l'importance des filières hospitalières pour le recrutement de patients.

Tableau 2 : Provenance et destination des patients hospitalisés en HAD en 2009

	Provenance des patients		Destination des patients	
	Séjours	%	Séjours	%
<b>Etablissements de santé</b>	<b>86 819</b>	<b>66,9%</b>	<b>38 505</b>	<b>29,7%</b>
Médecine, chirurgie obstétrique MCO	82 744	63,8%	35 879	27,7%
Soins de suite et de réadaptation SSR	3 182	2,5%	1 985	1,5%
Soins de longue durée	351	0,3%	167	0,1%
Psychiatrie	58	0,04%	46	0,04%
Hospitalisation à domicile HAD	484	0,4%	428	0,3%
<b>Domicile</b>	<b>42 606</b>	<b>32,8%</b>	<b>79 267</b>	<b>61,1%</b>
Structure d'hébergement médico-sociale	784	0,6%	514	0,4%
Prise en charge en SSIAD	560	0,4%	994	0,8%
Domicile du malade et autres situations	41 262	31,8%	77 759	59,9%
Décès			<b>10 910</b>	<b>8,4%</b>
<b>Ensemble</b>	<b>129 425</b>	<b>99,8%</b>	<b>128 682</b>	<b>99,2%</b>

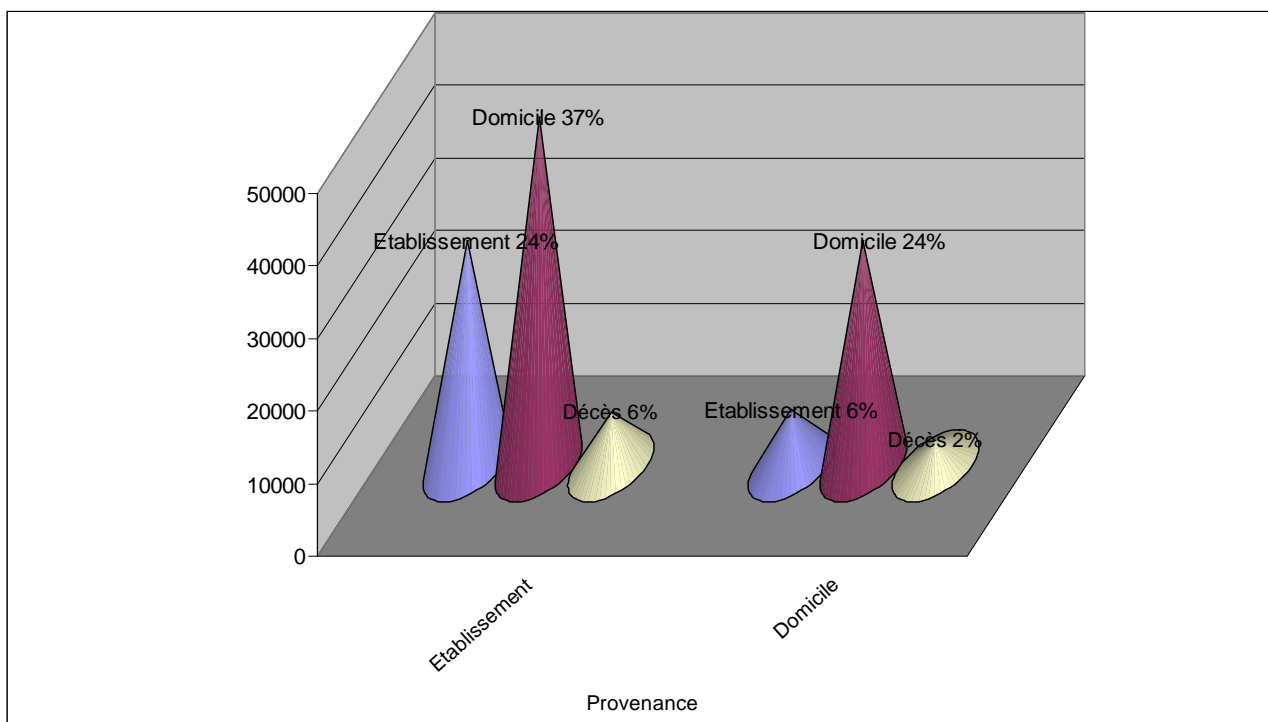
Source : Données PMSI HAD 2009 (ATIH)

[61] Dans les parcours de soins, l'HAD se situe d'abord en aval du MCO : 63,8% des patients pris en charge en 2009 étaient hospitalisés en MCO antérieurement à leur prise en charge en HAD. Mais il apparaît aussi qu'une fraction significative (32,8%) des patients entre en HAD à partir du domicile, d'un EPHAD ou d'un SSIAD. Toutefois, ce chiffre doit être interprété avec précaution car certaines entrées en HAD à partir du domicile se font sur prescription hospitalière, très peu de temps après la sortie de l'hospitalisation classique.

[62] S'agissant des modes de sorties, la part des transferts et mutations en MCO est importante (27,7%), un nombre significatif de malades faisant l'objet de réadmissions hospitalières. Là aussi ce chiffre doit être interprété avec prudence : pour différentes raisons qui tiennent notamment à l'évolution de la charge en soins mais aussi au souhait des aidants, des patients en fin de vie sont ré-hospitalisés dans les jours qui précèdent leur décès.

[63] Le graphique 5 fait apparaître la trajectoire des patients qui ont effectué un séjour en HAD en 2009 en différenciant les parcours de soins qui commencent au domicile et ceux qui commencent dans un établissement de santé. Il apparaît que pour 8% des patients qui y décèdent le parcours de soins s'arrête en HAD, pour 61% d'entre eux il se poursuit au domicile et pour 30% à l'hôpital, l'HAD ayant toutefois contribué à une limitation du séjour hospitalier.

Graphique 5 : Trajectoire de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2009



Source : Calculs de la mission d'après PMSI-HAD/ATIH.

### 1.3.2. Une prescription d'HAD essentiellement hospitalière

#### 1.3.2.1. Une prescription hospitalière dépendante des relations personnelles des professionnels de santé de l'hôpital avec ceux des structures de l'HAD

- [64] Pour les HAD, la relation avec les structures d'hospitalisation revêt une importance majeure. En effet, elle conditionne l'importance des flux d'entrée de patients qui, on l'a vu, proviennent largement de l'hôpital. Elle permet également de faire face à l'éventuelle aggravation de l'état du malade, les ré-hospitalisations à partir de l'HAD étant fréquentes. Du côté de l'hôpital, qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé, la relation avec l'HAD représente aussi un enjeu majeur sur le plan médico-économique. Le recours à l'HAD permet en effet de dégager des capacités d'accueil pour de nouveaux patients. Cela permet aussi de réduire les durées de séjour, d'augmenter la file active et donc d'améliorer la rentabilité des prises en charge (en maximisant l'écart entre la rémunération au GHS et les coûts de prise en charge). Les relations avec l'HAD contribuent ainsi au recentrage de l'hôpital sur ses missions propres, c'est-à-dire sur la production de soins nécessitant une hospitalisation complète ou le recours à un plateau technique hospitalier, tout en contribuant à une meilleure articulation avec le secteur ambulatoire.
- [65] Les relations s'organisent différemment selon que les structures d'HAD sont autonomes ou rattachées à un centre hospitalier mais aussi en fonction de leur dimension et de leur localisation (grandes régions urbanisées vs territoires ruraux). En fait, les centres hospitaliers doivent faire un choix entre l'internalisation des activités HAD, c'est-à-dire la création d'un pôle dédié à l'HAD et leur externalisation en les confiant à une structure spécifique. Pour les établissements de grande dimension, cette seconde solution permet de moduler le recours à l'HAD en fonction du taux d'occupation des lits, sans supporter des surcoûts en cas de sous activité de cette dernière.
- [66] Quels que soient les choix d'organisation, les relations entre les services de MCO et les structures d'HAD sont fortement organisées au travers de conventions qui organisent notamment les processus d'entrée en HAD. Dans certains cas, ces conventions prévoient la présence, dans les services hospitaliers, de médecins coordonnateurs ou des cadres infirmiers des établissements d'HAD qui, parfois, participent aux réunions de staff. La mission a également observé des situations où les médecins coordonnateurs exercent leurs fonctions à mi-temps, l'autre mi-temps étant consacrée à un service de l'hôpital partenaire.
- [67] Mais en pratique, ces relations demeurent très « personnes dépendantes » au sens où le partenariat avec l'hôpital reste tributaire des relations personnelles nouées entre les médecins et les cadres infirmiers des deux partenaires. De fait, au sein d'un même hôpital, les comportements de prescription sont souvent différents selon les services et le degré d'organisation des filières de prise en charge (et donc l'existence ou non de réseaux). Cette situation a une double origine :
- sauf exceptions, les décisions de prescription de l'HAD ne sont pas intégrées dans des procédures formalisées de gestion des sorties. L'HAD est en effet rarement un enjeu important pour les médecins et les cadres hospitaliers. Plus généralement, il n'y a pas réellement d'organisation des suites d'hospitalisation, c'est-à-dire une anticipation de la sortie et donc une coordination avec ceux qui vont « prendre le relais ». Les dates et les conditions de sorties sont souvent davantage définies en fonction des besoins d'accueil de nouveaux patients qu'à partir d'une gestion du parcours de soins qui aurait été envisagé dès l'admission. Par ailleurs, dans beaucoup de cas, il subsiste des réticences chez les médecins hospitaliers qui craignent qu'une HAD ne soit pas en mesure d'assurer le même niveau de prise en charge ou qu'ils ne puissent plus suivre « leurs » malades.
  - sauf exceptions, les décisions de prescription d'HAD sont peu fondées sur des référentiels par pathologies, des protocoles ou même des arbres de décision formalisés. L'HAD représente une option parmi d'autres, à certains moments du parcours de soins du patient. Se pose alors la question des critères qui conduisent à privilégier le choix de l'HAD par

rapport aux autres options. Cette question se pose en valeur absolue, c'est-à-dire en fonction à la fois des pathologies et du profil des personnes et de leur environnement mais aussi en valeur relative, c'est à dire par comparaison avec des options alternatives de prise en charge quand elles existent. Or il existe peu d'éléments formalisés permettant d'aider le médecin à optimiser la prescription d'HAD, à la fois par rapport à la situation de la personne mais aussi au reste de l'offre de soins.

- [68] Dans ce contexte, la relation Hôpital/HAD est d'abord gérée par les professionnels de santé à travers des décisions de prescription qui reposent principalement sur les relations personnelles entretenues par les soignants hospitaliers avec leurs homologues de l'HAD. Lors de ses visites de terrain, la mission a constaté que les médecins coordonnateurs jouaient un rôle très important dans les relations Hôpital/HAD. Leur spécialisation, leur cursus de formation et leur parcours facilitent ou non la relation avec tel ou tel médecin hospitalier. Dans des services des grands centres hospitaliers qui connaissent une rotation assez importante des médecins et des cadres, il faut donc assurer le renouvellement de l'information très fréquemment et recréer sans cesse ces relations personnelles.

#### 1.3.2.2. Une prescription d'HAD encore limitée de la part des médecins de ville

- [69] Comme cela apparaît dans les données déjà évoquées sur les parcours de soins, les entrées de patients à partir du domicile et sur prescription des médecins de ville sont limitées malgré une certaine évolution. Le réflexe des médecins traitants était, traditionnellement, d'envoyer à l'hôpital les malades complexes. L'admission en HAD était perçue comme pouvant les conduire à prendre en charge des patients trop lourds, c'est à dire exigeant des passages trop fréquents ou requérant une expertise spécifique, par exemple en cancérologie. Pour certains praticiens, l'admission en HAD était synonyme d'augmentation des charges administratives. Enfin un petit nombre, très attaché au paiement direct par les malades, était réticent vis-à-vis d'une rémunération par l'HAD, d'autant plus que pouvait se poser la question des dépassements d'honoraires.
- [70] Le regard des médecins de ville a évolué au fur et à mesure qu'un nombre accru de leurs patients était admis en HAD. En effet des relations très étroites sont nouées avec les médecins traitant dans le cadre de la prise en charge (cf. infra). Cela a conduit à faire évoluer l'attitude des médecins de ville et, progressivement, à positionner l'HAD comme appui des médecins traitants, notamment en termes d'expertise, de permanence et de continuité des soins. L'HAD apporte aux libéraux plus de sécurité pour des patients lourds et complexes et peut les soulager techniquement.
- [71] C'est particulièrement le cas en matière de soins palliatifs et pour la prise en charge de personnes âgées. L'HAD joue alors un rôle de « support de coordination » notamment pour les fins de vie en allégeant les exigences de disponibilité la nuit et le week-end. Une évolution analogue est en cours avec les médecins coordonnateurs d'EHPAD qui sont eux aussi demandeurs de « relais » de la part de l'HAD (cf. infra).
- [72] Dans plusieurs cas, la mission a constaté que les responsables des structures d'HAD prenaient des initiatives pour intensifier les relations avec les médecins traitant et, d'abord, pour faire mieux connaître l'HAD et leur faciliter sa prescription. De nombreux médecins coordonnateurs d'HAD organisent ainsi des sessions de formation et d'information sous forme, par exemple, de « cafés ou diners débats » qui rassemblent à intervalles réguliers, sur un sujet pratique, les médecins traitants de chaque zone géographique.

### 1.3.3. Des relations complexes et une articulation limitée avec les autres intervenants du soin à domicile

[73] Les services d'HAD effectuent des soins à domicile, domaine où interviennent également les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les EHPAD et les prestataires médico-techniques. Une coordination est souhaitable entre tous ces acteurs pour assurer un maximum de fluidité dans le parcours du patient et garantir le continuum de soins. Dans la pratique, elle se fait difficilement pour des raisons différentes selon la nature des partenaires.

#### 1.3.3.1. Une articulation limitée avec les SSIAD

[74] Les SSIAD sont des services médico-sociaux qui apportent à domicile - ou dans certains établissements non médicalisés pour personnes âgées et personnes adultes handicapées - des prestations de soin auprès de personnes âgées de plus de 60 ans ou présentant un handicap et des pathologies chroniques. Fin 2009, 2 285 services étaient recensés en France avec une capacité 93 534 places pour les personnes âgées.

[75] L'HAD et les SSIAD participent à une même finalité qui est le maintien à domicile des personnes âgées. Au niveau des principes, la ligne de partage est relativement simple à établir puisqu'ont vocation à être admis en HAD, les patients qui nécessitent des soins coordonnés et complexes. A l'inverse, le SSIAD doit prendre en charge des cas plus simples, comportant une moindre charge en soins.

[76] Bien que ces deux services s'inscrivent dans deux univers traditionnellement cloisonnés (sanitaire et médico-social), leur coopération est nécessaire pour assurer une offre la plus complète possible, permettant de répondre à l'ensemble des besoins en créant un continuum de prise en charge. C'est pourquoi la circulaire du 4 février 2004, confirmée par celle du 1<sup>er</sup> décembre 2006, affirmait la nécessaire complémentarité entre HAD et SSIAD : « afin que l'HAD joue pleinement son rôle de maintien à domicile, son développement va de pair avec le développement de structures capables d'en prendre le relais tels que les SSIAD<sup>7</sup> ». Cette circulaire préconisait la création de structures polyvalentes ou de plateformes offrant des services d'HAD et de SSIAD gérées par un même opérateur.

[77] Le développement des SSIAD a été fortement amplifié dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age qui a fixé pour les SSIAD et l'HAD des objectifs ambitieux. On aurait pu attendre de ces développements concomitants une intensification des relations entre les deux types de structures. Or, comme cela a été indiqué précédemment, les flux de patients entre HAD et SSIAD sont relativement limités, même lorsqu'il s'agit d'une structure qui assure les deux activités.

[78] Dans certains cas, les difficultés d'articulation sont liées aux insuffisances de capacité d'accueil, que se soit en SSIAD ou en HAD. Mais la plupart du temps elles ont deux causes principales : une rupture dans la chaîne de prise en charge et des difficultés dans la mise en œuvre de ressources partagées.

[79] Dans le cadre actuel, les profils de patients sont très spécifiques de part et d'autre. Toutefois, de nombreux responsables d'HAD ont indiqué à la mission qu'il existait une sorte de « zone blanche », une lacune dans le continuum de prise en charge, c'est-à-dire des situations qui, dans le système tarifaire actuel, ne pouvaient pas être prises en charge de manière satisfaisante, ni en HAD ni en SSIAD.

---

<sup>7</sup> Circulaire N° DHOS /O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.



- [80] Le profil des patients concernés est centré sur les pathologies neurologiques, les personnes âgées avec des pathologies et une forte dépendance ainsi que des personnes handicapées. Il s'agit, par exemple, de patients qui n'ont pas besoin de soins techniques lourds mais présentent des poly-pathologies qui décompensent régulièrement, de patients diabétiques nécessitant des soins infirmiers ou de patients grabataires avec un « nursing » lourd qui font des allers retours en hospitalisation.
- [81] Pour ces patients très lourds qui justifient des soins très intenses, la prise en charge en SSIAD n'est pas toujours bien adaptée sur le plan de la qualité. Pour certains patients, cela conduit à des ré-hospitalisations fréquentes. En tout état de cause, ces patients vont générer des charges très supérieures aux recettes et déséquilibrer la situation financière du SSIAD. Mais ces patients ne peuvent pas non plus être accueillis en HAD car ils ne correspondent pas aux indications de prise en charge, par exemple parce qu'ils ont des durées de séjour trop longues ou une charge en soins trop limitée.
- [82] Des études concernant les patients lourds des SSIAD ont été menées, notamment dans le cadre d'un groupe de travail mis en place en 2006 associant, sous l'égide du cabinet du ministre, les directions centrales concernées (DHOS, DGAS, DSS), un représentant de la conférence des ARH et les représentants des structures concernées (FNEHAD, UNADMR, FEHAP, FHF, UNASSI, UNA). Dans ce cadre, a été menée une étude sur les patients lourds en SSIAD. Ces travaux ont fait apparaître des déséquilibres dans le financement des SSIAD qui avaient pour origine l'inadéquation des tarifs du fait de l'hétérogénéité des coûts de prise en charge. Ils ont fait apparaître aussi la difficulté de dégager des groupes identifiés de patients ; les variations dans le coût des prises en charge s'expliquant d'abord par le niveau de dépendance, l'incontinence fécale ou urinaire, une prise en charge en kinésithérapie en plus de l'intervention du SSIAD, la présence d'une aide technique (lit médical, fauteuil roulant), le recours aux soins infirmiers (en particulier en cas de nutrition entérale, d'escarres, de diabète etc.)<sup>8</sup>. A partir de ces travaux devrait être engagée une réforme du mode de financement des SSIAD pour allouer les ressources aux structures en fonction des besoins des patients et faire en sorte que les patients lourds soient correctement tarifés. La mise en œuvre de cette réforme, qui serait étalée dans le temps, interviendrait à partir de 2011.
- [83] Outre la question d'un vide dans le dispositif de prise en charge, l'articulation entre HAD et SSIAD se heurte à un problème de mutualisation des ressources humaines, notamment le temps de travail des aides soignants qui sont employés par les deux types de structures (HAD et SSIAD). En effet il n'y a pas de possibilité de prise en charge commune et simultanée d'un même patient par les deux types de structures (assorti d'une réfaction de l'un ou l'autre des tarifs) alors que cette possibilité existe pour les EHPAD, moyennant une minoration des GHT. Cela rend plus difficile l'intervention des personnels de SSIAD en HAD. En tout état de cause cela ne facilite pas le transfert des malades d'un SSIAD vers l'HAD puisqu'il n'est pas possible de garder la même équipe. Cette question est particulièrement sensible pour la prise en charge des soins palliatifs mais aussi dans les zones les plus isolées et rurales.
- [84] Dans la dernière période des initiatives ont été prises pour faciliter la mutualisation des ressources. Des travaux sont en cours pour élaborer des conventions-types et favoriser des prises en charge coordonnées. Au moment où est intervenue la mission, une circulaire conjointe DGOS/DGCS était en cours de préparation pour encadrer les relations HAD-SSIAD et notamment les conventions de mise à disposition.

---

<sup>8</sup> Karine Chevreul –URC eco IdF « Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants ». La documentation française septembre 2009.

### 1.3.3.2. Des relations encore largement formelles avec les EHPAD

- [85] Les relations entre HAD et EHPAD ont été facilitées à partir de 2007 suite à la parution de textes qui ont autorisé l'intervention des structures d'HAD au sein des EHPA(D)<sup>9</sup>. L'intervention de l'HAD dans les EHPA(D) « vise à éviter ou raccourcir l'hospitalisation éventuelle des résidents, source de désorientation qui peut favoriser la perte de repères et facteur d'aggravation de sa pathologie. De plus, les coûts des transports sanitaires sont importants et l'arrivée souvent non préparée des personnes âgées aux urgences participe à l'engorgement de ces dernières<sup>10</sup> ». Pour la mise en œuvre du partenariat HAD/EHPA et EHPAD, les textes distinguent deux catégories d'établissements : ceux qui sont faiblement médicalisés (et donc ne bénéficient pas d'une autorisation conjointe du préfet et du Président du conseil général), les EHPA et ceux qui sont plus médicalisés, les EHPAD. Dans tous les cas une convention doit être passée. Dans le cas des EHPAD, la convention doit prévoir la mise en œuvre d'une minoration du tarif d'intervention de l'HAD pour éviter un double financement des soins par l'Assurance maladie (une première fois par la tarification HAD et une autre par la dotation soins de l'EHPAD).
- [86] Lors de ses visites de terrain, la mission a constaté que les prescriptions de la circulaire étaient appliquées au sens où de nombreuses conventions ont été passées entre les structures d'HAD et les EHPAD. Au niveau national, près de 60% des HAD auraient signé ces conventions. Les effets de ce dispositif, assez lourd, restent limités, même si son caractère relativement récent interdit d'en faire un bilan définitif. Le nombre de patients pris en charge avec les EHPAD reste modeste et l'activité concernée est très marginale (2.18% du nombre de journées en 2009). Les relations se sont développées dans certains domaines, notamment pour l'accompagnement des fins de vie. La valeur ajoutée apportée par l'HAD a été appréciée par des structures souvent démunies de moyens intrinsèques techniques et humains. En revanche, les autres prises en charge semblent freinées (par exemple l'antibiothérapie) car elles mobilisent trop de temps paramédical au sein des EHPAD. En fait, les résultats sont assez hétérogènes d'une région à l'autre, le partenariat étant le plus développé dans les régions PACA et Bretagne.
- [87] L'intervention de l'HAD en EHPAD se heurte à différentes difficultés. Certaines sont d'ordre psychologique et traduisent une certaine réticence à accepter un regard extérieur sur les pratiques de soins de l'établissement. L'intervention des HAD serait considérée comme une sorte de retour en arrière, c'est-à-dire comme faisant à nouveau travailler des équivalents de professionnels libéraux au sein de l'établissement et remettant en cause les progrès acquis dans la coordination des soins.

<sup>9</sup> Voir décret du N° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'HAD dans les EHPA, décret N° 2007-660 du 3 avril 2007 précisant les conditions de cette intervention et la circulaire N°DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 5 Octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

<sup>10</sup> Circulaire précitée.

[88] Les limites de la médicalisation des EHPAD constituent également un frein puissant à l'intervention de l'HAD. Comme la confirme une étude récente<sup>11</sup>, une part importante des résidents en EHPAD (70%) effectuent des séjours fréquents en hôpital. Ainsi, 25% des patients des 300 EHPAD de l'enquête ont été admis ou sont sortis de l'hôpital ces derniers mois. Une pathologie somatique serait en cause dans 70% des cas d'hospitalisation qui ont lieu le plus souvent en urgence. Cette situation traduit certainement les changements intervenus dans l'état de santé de la population accueillie en EHPAD mais elle reflète aussi les habitudes assez enracinées de recours à l'hospitalisation en urgence. C'est donc d'une certaine manière une conséquence des difficultés à assurer des prises en charge lourdes dans des établissements qui ne disposent pas d'infirmières de nuit ou dans lesquels les médecins coordinateurs sont présents pour des durées très limitées. Dans ce contexte, le faible recours à l'HAD s'explique dans une large mesure par l'impossibilité d'assurer au niveau de l'EHPAD sa part dans les soins médicaux et paramédicaux.

#### 1.3.3.3. L'articulation avec les réseaux

[89] Lors de ses enquêtes de terrain, la mission a constaté que les relations avec les réseaux étaient très différentes d'un territoire à l'autre. D'une manière générale, elles sont essentiellement développées avec les réseaux de soins palliatifs ; d'autant plus que certaines structures d'HAD trouvent leur origine dans ces réseaux. Le partage se fait en fonction du caractère plus ou moins lourd des patients et donc de la technicité de l'intervention : par exemple pour les soins palliatifs, le réseau ayant en charge avec les médecins de ville, les patients légers en articulation avec l'équipe mobile de l'hôpital. Cependant, ces règles sont définies au cas par cas, de manière empirique.

#### 1.3.3.4. Une complémentarité limitée avec les prestataires médico-techniques

[90] Les relations entre les structures d'HAD et les prestataires qui interviennent à domicile pour la mise en place de dispositifs médicaux sont relativement complexes et peuvent être, dans certains cas, sources de tensions. En principe, les relations devraient s'organiser en complémentarité, notamment lorsque l'HAD fait appel à des prestataires techniques pour leur sous-traiter la mise en place de dispositifs. De fait, elles sont devenues plus délicates dans la mesure où les prestataires médico-techniques ont diversifié leurs interventions. Initialement concentrés sur la gestion d'équipements d'assistance respiratoire à domicile, c'est-à-dire l'oxygénothérapie puis le traitement de l'apnée du sommeil et la ventilation, les prestataires - ou du moins certains d'entre eux - sont intervenus sur des prises en charge comportant davantage de services et étroitement liés à des séquences de soins nécessitant la coordination de plusieurs intervenants (antibiothérapie, chimiothérapie, nutrition entérale, patients diabétiques, traitement de la douleur, traitement de la maladie de parkinson, insulinothérapie par pompe à domicile, immunothérapie, etc.).

[91] Cette évolution est perçue assez négativement par les HAD qui considèrent qu'on se situe aux limites de la confusion des genres : fort démarchage et techniques commerciales de communication voire usurpation de la qualité d'HAD et donc d'établissement de santé pour des prestations dont le moindre coût ne serait pas démontré et dont la qualité de service ne serait pas garantie. En sens inverse, les prestataires médico-techniques mettent en avant les coûts élevés, à qualité qui serait égale, de l'HAD et la faible réactivité des structures d'HAD qui justifieraient leur intervention sur son champ de compétence. La mission n'avait pas la possibilité de mener les études médico-économiques nécessaires pour objectiver ces débats mais elle a pu constater que les modes de régulation, notamment tarifaires, appliqués aux deux types de structures étaient très différents alors qu'il y a des recoupements dans les champs d'intervention.

<sup>11</sup> Gérontopôle de Toulouse « Etude sur la fréquence et l'impact des hospitalisations des personnes âgées en établissement » juin 2010.

#### ***1.4. Une diversité qui renvoie à différents champs d'intervention et modèles de prise en charge***

- [92] L'activité d'HAD a connu une progression très importante entre 2005 et 2008, tant en nombre de journées (+84%) que de séjours (+78%), la durée de séjour restant stable à 15 jours. La population prise en charge vieillit légèrement, l'âge moyen passant de 61 ans à 63 ans. Les modes de prise en charge périnatalité<sup>12</sup>, soins palliatifs et soins techniques en cancérologie<sup>13</sup> représentent à eux seuls près de 60% des séjours. Un tiers de cette activité en termes de journées a été réalisé pour une maladie ayant pour diagnostic principal une pathologie cancéreuse.
- [93] Durant la même période, le nombre total de séjours en hospitalisation MCO a progressé de 3% et l'âge moyen est passé de 52 à 53 ans. L'activité hors séance est restée stable ainsi que la durée de séjours en hospitalisation complète (7 jours).

---

<sup>12</sup> Surveillance de grossesse à risque, post partum physiologique et pathologique et surveillance du nouveau né

<sup>13</sup> Chimiothérapie, surveillance post chimiothérapie, radiothérapie et surveillance d'aplasie

Tableau 3 : Activité par mode de prise en charge (2008 et 2005)

MPC principal	Nb de journées 2008	%	Nb de journées 2005	%	Age moyen 2008	Age moyen 2005	Nb séjours 2008	%	Nb séjours 2005	%	DMS 2008	DMS 2005
assistance respiratoire	116 103	4,2%	63 057	4,2%	62,8	61,6	2 940	2,4%	1 321	2,0%	32,8	34,8
nutrition parentérale	102 455	3,7%	64 769	4,3%	62	61	4 539	3,8%	2 745	4,1%	21	21,7
traitement par voie veineuse	141 161	5,1%	61 275	4,1%	59,5	54,5	10 821	9,0%	4 997	7,4%	11,2	10,6
soins palliatifs	658 231	23,7%	308 359	20,5%	69,7	68	21 689	18,1%	10 499	15,6%	25,5	25,4
chimiothérapie	73 218	2,6%	50 431	3,4%	61,2	60,5	15 440	12,9%	10 139	15,0%	4	4,4
nutrition entérale	187 817	6,8%	99 246	6,6%	61,3	57,9	4 048	3,4%	1 987	2,9%	33,3	36,2
prise en charge de la douleur	64 267	2,3%	41 787	2,8%	66,1	62,3	3 046	2,5%	1 516	2,2%	15,9	21
autres traitements	109 515	3,9%	68 017	4,5%	60,7	60,6	6 530	5,4%	3 935	5,8%	11,4	10,8
pansements complexes	518 734	18,7%	257 674	17,1%	68,9	68,9	11 936	9,9%	5 126	7,6%	32,1	39,2
post traitement chirurgical	109 370	3,9%	75 565	5,0%	58,9	52,9	6 117	5,1%	4 298	6,4%	15,4	14,5
rééducation orthopédique	59 288	2,1%	27 206	1,8%	73	71,8	1 703	1,4%	885	1,3%	33,8	27
rééducation neurologique	50 858	1,8%	44 908	3,0%	67,4	67,5	1 474	1,2%	883	1,3%	28,6	42,3
surveillance post chimiothérapie	75 269	2,7%	51 923	3,4%	55,1	52,3	4 788	4,0%	4 141	6,1%	13,9	11,4
soins de nursing lourds	251 627	9,1%	134 723	9,0%	73,4	72,4	5 892	4,9%	2 615	3,9%	31,2	41,4
éducation du patient et de son entourage	51 782	1,9%	36 899	2,5%	50,3	46,9	2 212	1,8%	1 441	2,1%	20,9	24,3
radiothérapie	3 458	0,1%	1 948	0,1%	62,4	63,2	175	0,1%	98	0,1%	22,1	15,3
transfusion sanguine	618	0,0%	773	0,1%	70,9	74,2	263	0,2%	299	0,4%	2	2,5
surveillance de grossesse à risque	65 665	2,4%	35 314	2,3%	31	31,1	2 914	2,4%	1 509	2,2%	22	22,6
post-partum physiologique	37 698	1,4%	26 093	1,7%	29,6	29,4	8 996	7,5%	6 247	9,3%	4,2	4,1
post-partum pathologique	67 055	2,4%	27 470	1,8%	29,9	28,9	11 066	9,2%	4 283	6,4%	6,1	6,4
prise en charge du nouveau-né	27 923	1,0%	22 212	1,5%	0,2	0,1	5 571	4,6%	3 923	5,8%	4,9	5,6
surveillance d'aplasie	5 011	0,2%	5 551	0,4%	39,9	32,6	385	0,3%	445	0,7%	8,7	9,1
Tous MPC	2 777 123	100%	1 505 200	100%	63,2	60,9	120 117	100,0%	67 423	100%	15,2	15,3

Source : ATIH

#### 1.4.1. L'HAD, une modalité de prise en charge de soins ponctuels, en alternative ou complément au MCO

1.4.1.1. Une présence traditionnelle assez forte en périnatalité mais des incertitudes sur le bilan en terme de qualité et sur le plan médico économique

- [94] Les prises en charge en périnatalité représentaient, en 2008, le groupe de modes de prise en charge principaux le plus fréquent à l'admission en HAD, avec 23,77% des séjours. Ils sont en forte progression : +79% entre 2005 et 2008. Les durées de séjour étant courtes (7,5 jours), ils ne représentent que 7,2% des journées.
- [95] Elles regroupent :
- Des prises en charge du nouveau né : elles représentent 20% de l'activité de périnatalité en nombre de séjours et 13% des journées sans qu'on puisse déterminer la part de celles qui font suite à une hospitalisation en néonatalogie. La description en est faite dans le paragraphe « pédiatrie » ;
  - Des prises en charge obstétricales qui représentent la très grande majorité des hospitalisations en HAD en périnatalité : retour précoce à domicile après accouchement, post partum pathologique et surveillance de grossesse à risque.
- [96] Certaines surveillance de grossesses à risque peuvent être prises en charge dans l'environnement familial et ne nécessitent pas toujours une hospitalisation conventionnelle avec une surveillance pluri journalière mais impliquent des moyens en particulier de monitoring que seule peut mobiliser l'HAD. En *post partum*, certaines pathologies maternelles nécessitent un accompagnement et une surveillance par une sage-femme et une prise en charge infirmière (complication pariétale post césarienne, complication d'épisiotomie,..) ne pouvant être assurés à domicile que par une HAD. Ces prises en charge se justifient d'autant plus qu'elles sont associées à des difficultés psychologiques ou sociales.
- [97] La circulaire DHOS du 4 février 2004 prévoit que les indications en ante et post partum pathologiques supposent une charge en soins respectivement de 3 visites hebdomadaires pour l'ante partum et une visite quotidienne d'un membre de l'équipe médicale ou soignante pour le post partum. D'après nos visites, ceci semble loin d'être avéré dans tous les cas.
- [98] Par ailleurs, elle précise que l'HAD doit prioritairement centrer ses activités sur l'ante et le post-partum « pathologique ». En fait, malgré une légère diminution de sa part relative entre 2005 et 2008, près de 40% des séjours obstétricaux concernent un retour précoce à domicile après accouchement ; alors qu'une telle prise en charge en HAD ne peut se justifier que par exception du fait d'un défaut d'autre possibilité de prise en charge telle que sages-femmes libérales ou PMI et devrait donc être très limitée.
- [99] Les recommandations de bonne pratique relatives aux indications de l'HAD en ante partum et post partum pathologiques en phase d'élaboration par l'HAS doivent permettre de donner sa nécessaire mais juste place à ce mode de prise en charge en obstétrique.

1.4.1.2. La pédiatrie n'a pas rencontré le développement qu'elle aurait pu connaître<sup>14</sup>

[100] En 2008, la prise en charge de patients âgés de moins de 18 ans représente 4,4% des journées d'HAD (121 559 journées) et 10% des séjours (11 807 séjours). Par comparaison, en court séjour hospitalier, 5% des séjours concernent des enfants de moins de 15 ans.

**Les enfants de plus d'un an et de moins de 18 ans**

[101] En 2008, les prises en charge d'enfants de plus d'un an et de moins de 18 ans ont totalisé près de 4 800 séjours et 67 000 journées. Cette activité est réalisée par 148 des 233 établissements d'HAD recensés en 2008, et tout particulièrement concentrée sur 5 d'entre eux qui totalisent près de 60% de ces journées. La durée moyenne de séjours (DMS) est relativement brève, 16 jours avec une distribution allant jusqu'à 1 401 jours pour les séjours s'étant achevés en 2008. L'âge des patients s'étale de 1 à 17 ans avec une moyenne de 7,76 ans.

[102] Parmi les 496 diagnostics principaux recensés, dix représentent 31% des journées. Les leucémies lymphoblastiques et les tumeurs malignes représentent à elles seules près de 18% de cette activité. Les trois premiers modes de prise en charge principaux ont été en 2008, la « nutrition entérale » (19% des journées), la « surveillance post chimiothérapie » (15%), l'« éducation du patient et de son entourage » (9,1%).

[103] Au total, pour une part importante, cette activité correspond à des prise en charge en relais des hospitalisations classiques pour des pathologies graves et/ou chroniques nécessitant des hospitalisations prolongées et/ou itératives.

**Les enfants de la naissance à 1 an**

[104] En 2008, près de 6% des séjours en HAD ont été consacrés à la prise en charge d'enfants de moins d'un an. Cinq établissements totalisent à eux seuls 54% des journées d'HAD pour ces patients. La durée de séjour s'étale de 1 à 517 jours pour les séjours s'étant achevés en 2008 avec une moyenne de 8 jours. L'âge des enfants pris en charge va de 0 à 365 jours et l'âge moyen s'établit à un peu plus de deux mois (69 jours).

[105] Les dix premiers diagnostics principaux (DP) sur 362 recensés totalisent 54% du total des journées : les problèmes liés à la prématurité et à un faible poids à la naissance représentent près du quart des journées et la surveillance de nourrissons en bonne santé près d'une journée sur cinq.

[106] Les trois premiers modes de prise en charge principaux ont été la « prise en charge du nouveau né » (51%), l'« éducation du patient et de son entourage » (15%) et la « nutrition entérale » (12%). Le soutien éducatif, psychologique et/ou social aux parents représente la moitié des modes de prise en charge associées. La quasi-totalité des diagnostics principaux « surveillance de nourrissons en bonne santé » sont cotés en mode de prise en charge principal « prise en charge du nouveau né à risque ».

[107] D'après nos visites, la surveillance des nourrissons en bonne santé en HAD a, dans la plupart des cas, pour objectif l'éducation et le soutien de la famille dans un contexte psycho social potentiellement à risque pour l'enfant. L'utilité de ce type de prise en charge est indéniable mais il devrait relever de l'intervention de la PMI.

[108] Ainsi, l'activité d'HAD au bénéfice d'enfants de moins d'un an est très contrastée avec une part de prise en charge très médicalisée et une autre part à vocation plutôt médico-sociale.

---

<sup>14</sup> source : Analyses de données PMSI 2008 relatives à l'activité d'HAD, MT2A, août 2009, ATIH : étude de l'activité d'HAD en pédiatrie sur les données PMSI 2008, activité définie comme la prise en charge de patients âgés de moins de 18 ans.

Tableau 4 : Tableau de synthèse de l'HAD en pédiatrie en 2008

HAD pédiatrie 2008	Enfants < 1 an	1 an ≤ Enfants < 18 ans
Nb de journées	54669	66890
Nb de séjours	7043	4764
Nb d'établissements	70	148
Durée de séjour (min ; max ; moyen)	1 ; 517 ; 8	1 ; 1401 ; 16
Age moyen	69 jours	7,8 ans
Dix premiers DP en pourcentage de journées	53,8% au total	31,1% au total
	Surveillance et soins de nourrissons en bonne santé (19%)	Leucémie Lymphoblastique Aigue (9,6%)
	Enfants nés avant terme (13,9%)	Encéphalopathie (5,3%)
	Faible poids pour l'âge gestationnel (6,6%)	Diabète Insulino dépendant (4,4%)
	Ictère néonatal (3%)	Cancer du rein (2,5%)
	Examen de routine de l'enfant (2,6%)	Malformation congénitale du système nerveux (1,8%)
	Immaturité extrême (2,4%)	Sphingolipidoses (1,6%)
	Enfant unique né à l'hôpital (1,8%)	Cancer de la surrénale (1,6%)
	Alimentation au sein difficile chez le nouveau né (1,7%)	Cancer du cerveau (1,5%)
	Bradycardie (1,5%)	Cancer de l'abdomen (1,3%)
	Poids faibles à la naissance (1,3%)	Cancer de l'encéphale (1,3%)

Source : ATIH, MT2A août 2009

#### 1.4.1.3. Un développement en cancérologie mais qui pourrait être remis en cause à l'avenir

- [109] Au total, en 2008, près de 900 000 journées d'HAD ont été réalisées au bénéfice de patients dont le diagnostic principal était une pathologie cancéreuse. Nous ne traiterons ici que la part de l'activité correspondant à des modes de prise en charge principal relevant de soins techniques en cancérologie.
- [110] Les modes de prise en charge principaux « soins techniques en cancérologie » représentait en 2008, à l'admission en HAD, 17,3% des séjours et 5,7% des journées avec des durées de séjour faibles (8,9 jours). Cette activité a progressé de 28% entre 2005 et 2008, en terme de nombre de séjours. Ce développement est conforme aux préconisations du plan cancer qui indique notamment que le médecin traitant est le référent médical légitime pour coordonner les soins à domicile, aux côtés des autres professionnels de santé de proximité, que sont les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les acteurs des réseaux de santé.
- [111] Il s'agit essentiellement de chimiothérapie anti-cancéreuse (75% des séjours) avec des durées de prise en charge brèves (5,6 jours) mais vraisemblablement itératives. Au total, ont été réalisés en HAD 15 440 séjours de chimiothérapie pour une file active de plus de 250 000 malades traités par chimiothérapie en établissements de santé, dont une part importante en hospitalisation de jour.



- [112] Il est à noter qu'au cours d'une hospitalisation à domicile, un patient peut être pris en charge en hospitalisation de jour si l'HAD est justifiée par une situation existant par ailleurs. Une hospitalisation de jour pour réaliser un bilan nécessitant le recours à un plateau technique hospitalier peut être nécessaire au cours d'une chimiothérapie prise en charge en HAD. Mais en ce qui concerne la réalisation même de la chimiothérapie, on peut s'interroger sur les places respectives de l'HAD et de l'hospitalisation de jour (complémentarité ou concurrence ?). Ainsi, cette concurrence ressentie peut induire des réticences de médecins hospitaliers à prescrire une HAD et conduire les établissements de santé avec hébergement à privilégier la prise en charge dans leur propre structure d'hospitalisation de jour plutôt qu'en HAD. Pour surmonter ces difficultés, le Plan cancer 2009-2013 envisage l'élaboration de référentiels spécifiques pour les structures d'hospitalisation à domicile réalisant des chimiothérapies. A ce jour, ce travail n'a pas été encore engagé.
- [113] La surveillance post chimiothérapique justifie des prises en charge plus longues dans la logique des « soins prolongés » tels qu'évoqués dans la circulaire du 30 mai 2000.
- [114] L'intérêt de l'HAD dans la prise en charge d'une pathologie longue et complexe comme le cancer est avéré. Cependant, des difficultés techniques liées à la préparation des cytotoxiques, les évolutions thérapeutiques telles que les chimiothérapies par voie orale et le fort développement des chimiothérapies en hospitalisation de jour risquent de limiter la poursuite de son développement en termes de soins ponctuels.
- [115] Il est à souligner dans ce cadre tout l'intérêt tant thérapeutique que socio-familial du développement de l'HAD pédiatrique en cancérologie.

#### 1.4.1.4. Des développements limités pour les suites post opératoires

- [116] L'activité de post traitement chirurgical est très faible : 3,9% des séjours et 5,1% des séjours en 2008. Sa part relative a tendance à diminuer tant en termes de séjours que de journées. Le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut que limiter la progression de cette activité.

### 1.4.2. L'HAD et la prise en charge de soins continus

#### 1.4.2.1. Un fort développement des soins palliatifs

- [117] Cette activité fortement représentée depuis les débuts de l'HAD, 18% des séjours en 2000, a vu sa part relative diminuée légèrement du fait de la forte progression de la périnatalité depuis cette époque, puis ré augmentée. En tout état de cause, le nombre de séjours et de journées progressent de façon importante et continue (multipliés par 2 entre 2005 et 2008).
- [118] En 2008, le MPP « soins palliatifs » dénombre 21 689 séjours (18%) et 658 231 journées (23,7%) d'HAD ; pour 82,3% des journées, il s'agissait du MPP unique pour l'ensemble du séjour. La durée des séjours varie de 1 à 1 461 jours et vaut en moyenne 42 jours. La quasi-totalité (211 sur 233) des établissements d'HAD a réalisé cette activité mais la moitié des journées ont été réalisées par 24 établissements. Les dix premiers diagnostics principaux représentant 31% du total des journées sont détaillés ci-dessous.

Tableau 5 : Dix premiers diagnostics principaux

Libellé du DP	Nb de journées	% journées
<b>T.M. DE BRANCHE OU DU POU MON, SAI</b>	40 182	6,1%
<b>T.M. DE LA PROSTATE</b>	34 369	5,2%
<b>T.M. DU SEIN, SAI</b>	32 980	5,0%
<b>SOINS PALLIATIFS</b>	24 879	3,8%
<b>T.M. DU COLON, SAI</b>	14 796	2,2%
<b>T.M. DE L'OVAIRE</b>	11 804	1,8%
<b>T.M. DU CERVEAU</b>	11 473	1,7%
<b>T.M. DU RECTUM</b>	10 840	1,6%
<b>T.M. DE L'ENCEPHALE, SAI</b>	10 437	1,6%
<b>ACCID. VASC. CEREB</b>	10 344	1,6%

Source : ATIH, MT2A août 2009

- [119] Au total, les patients ayant comme diagnostic principal une pathologie cancéreuse représentent 68% des journées du MPP « soins palliatifs ».
- [120] Les trois MPA les plus souvent associés au MPP « soins palliatifs » étaient la prise en charge de la douleur (26%), les pansements complexes et soins spécifiques (11%) et la nutrition entérale (10%). On est surpris par la fréquence du MPA « prise en charge de la douleur » alors que ceci fait partie intégrante des soins palliatifs.
- [121] Selon le score AVQ, la dépendance des patients est faible pour 24% des journées.
- [122] L'âge moyen des patients en soins palliatifs est équivalent qu'ils soient pris en charge en MCO ou en HAD. La durée moyenne de séjours est plus de deux fois plus longue en HAD qu'en MCO avec un montant moyen journalier d'un peu plus de la moitié qu'en MCO. Ainsi, le montant moyen d'un séjour est supérieur en HAD d'environ 10%, mais avec une dispersion beaucoup plus importante ainsi qu'en atteste la différence entre les montants moyen et médian.

Tableau 6 : Comparaison des soins palliatifs en MCO et HAD

Année 2008	Durée moyenne de séjour (DMS)	Age moyen par séjour (ans)	Nb de séjours en 2008	Montant moyen d'un séjour (€)	Montant médian d'un séjour (€)	Montant moyen journalier
<b>HAD</b>	34,8	68,2	18 153 <sup>15</sup>	8 160	4 579	234
<b>MCO</b>	15,8	69,8	107 465	7 185	7 276	455
<b>Rapport MCO/HAD</b>	0,45	1,02	5,92	0,88	1,59	1,94

Source : ATIH, MT2A août 2009

<sup>15</sup> 268 séjours d'HAD avaient des clés anonymes non-conformes et n'ont pas été valorisés.

[123] Malgré l'importance de l'activité de soins palliatifs, les décès en HAD sont relativement peu fréquents, 8% des séjours et a régressé depuis 2000 (12%). Ceci serait lié à la fréquence des réhospitalisations en toute fin de vie, ainsi que cela nous a été expliqué lors de nos visites. Si l'approche du décès peut entraîner une réhospitalisation à la demande de l'entourage voire du médecin traitant pour des raisons psychologiques légitimes, elles devraient rester exceptionnelles pour des raisons techniques. Cependant, ce taux national recouvre des réalités très contrastées, avec pour certains HAD un taux beaucoup plus élevé de décès, 25% par exemple pour l'HAD de la Creuse.

[124] On dénombre, par ailleurs, un peu moins de 62 000 journées d'HAD avec ce Mode de Prise en charge Associé (MPA), les MPP étant essentiellement les traitements intra veineux (55%), l'assistance respiratoire (33%) et la nutrition parentérale (10%). Les diagnostics principaux sont les pathologies cancéreuses, les soins palliatifs, les maladies du neurone moteur et l'insuffisance respiratoire chronique. Cette évolution est conforme au plan national « soin palliatif » qui préconise le développement de la prise en charge de la fin de vie au domicile désiré par 70% des français et accessible pour 30% d'entre eux seulement.

[125] Dans l'ensemble du dispositif permettant la prise en charge de la fin de vie au domicile, l'HAD a toute sa place en complément coordonné des soins de ville et des réseaux de santé en assurant les prises en charge dont l'intensité n'est pas compatible avec les autres modalités.

#### 1.4.2.2. Un développement difficile des prises en charges gérontologiques

[126] Les personnes très âgées ne représentent qu'une partie relativement faible de la patientèle des services d'hospitalisation à domicile. L'âge moyen des patients pris en charge en HAD augmente, passant de 61,7 ans en 2006 à 63,3 ans en 2008. Les personnes âgées de plus de 65 ans totalisent 4 séjours sur 10 et les seules personnes de 80 ans ou plus, 14%. Mais proportionnellement, les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient plus nombreuses en 2000 : 48% versus 39% en 2007. Moins d'1% des séjours en HAD se terminent par une sortie vers un SSIAD et moins de 0,5% sont adressés par un SSIAD.

[127] La littérature médico-administrative insiste beaucoup sur l'importance du nombre des personnes âgées et sur le nombre et la durée des séjours hospitaliers de celles-ci, faisant suite à un passage aux urgences. Elle postule un rôle des services d'hospitalisation à domicile soit comme évitement des urgences soit comme accélération de la prise en charge au décours d'hospitalisation.

[128] Il n'est cependant pas de mauvaise politique soignante qu'une personne âgée, admise aux urgences pour toute cause ou admise sans urgence dans un service spécialisé fasse l'objet d'une réévaluation des diagnostics et d'une révision d'ensemble des traitements, qui peuvent, conservés par habitude, être devenus progressivement moins ajustés, ou se révéler incompatibles avec les médicaments que nécessite l'émergence d'une nouvelle affection. La multidisciplinarité de l'hôpital répond alors à la polypathologie de la personne âgée. La présence d'un plateau technique d'investigation permet d'établir à la date donnée, un bon tableau clinique de la personne âgée. Cependant, la pratique hospitalière ne correspond pas toujours à ce schéma. Le placement des malades, en cas d'affluence, n'obéit pas nécessairement à l'adéquation entre pathologie et service, mais à une mobilisation des lits vacants.

[129] L'HAD est trop en aval pour un rôle efficace, si elle n'est pas incluse dans le dispositif hospitalier même. Cela suppose la mise en place d'une filière gériatrique effective, des services sas entre les urgences et les lits hospitaliers proprement dits qui soient placés autant sous le regard de la médecine gériatrique que des urgences, et l'intervention d'équipes mobiles de gériatrie facilitant le transfert vers l'aval. Ces filières ne sont pas, à l'heure actuelle, partout mises en place.

- [130] La même littérature souhaite également confier aux services d'hospitalisation à domicile, une visée préventive de l'hospitalisation ou de la réhospitalisation. Celle-ci rencontre toutefois un certain nombre d'obstacles. La crainte de compromettre les chances du patient âgé, celle de ne pas savoir comment réduire la douleur ou la souffrance conduisent à réadresser en urgence les patients à l'hôpital.
- [131] C'est le cas notamment dans les EHPAD. Divers textes sont parus dans la période récente pour permettre l'intervention d'une HAD. Mais ils n'ont pas encore provoqué de modification quantitativement significative des prises en charge, cette activité restant très limitée (1,2% des journées). Elle est réalisée par moins de la moitié des établissements d'HAD. Les trois premiers modes de prise en charge ont été les « pansements complexes » (46%), les « soins palliatifs » (27%) et la « prise en charge de la douleur » (11%). L'âge moyen des patients est de 83 ans.
- [132] En réalité l'HAD est bien un moyen de prise en charge personnalisée d'un malade. C'est à ce titre, pour une justification au cas, qu'elle peut intervenir dans une EHPAD. Elle ne peut, par ses seuls moyens, compenser la faiblesse de la permanence des soins en maison de retraite médicalisée. En particulier, elle ne saurait dispenser l'établissement de développer sa propre garde infirmière de nuit.
- [133] Ainsi, malgré l'intérêt d'une hospitalisation à domicile pour les personnes âgées afin d'éviter les risques de désocialisation que peuvent engendrer une hospitalisation « classique », cette activité se développe moins que d'autres et l'intervention en EHPA reste très faible de même que l'articulation avec les SSIAD.

#### **1.4.3. L'HAD alternative ou complément des soins de suite et de réadaptation**

- [134] L'ATIH<sup>16</sup> a étudié les séjours pouvant constituer une substitution potentielle à une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) en retenant l'hypothèse que les séjours ayant le mode de prise en charge principal « rééducation orthopédique » ou « rééducation neurologique » ou « soins de nursing lourds » pouvaient correspondre à ce type de séjours.
- [135] L'ensemble de ces séjours totalise 7% des séjours et 13% des journées d'HAD. La quasi-totalité des établissements (203 sur 233) réalisent une telle activité, les cinq premiers établissements français totalisant 25% de ces journées. La durée de séjour s'étale de 1 à 1 560 jours pour une moyenne de 70 jours. Les patients étaient en moyenne âgés de 72,5 ans et leur dépendance (AVQ) était moyenne à complète dans environ 81% des journées.
- [136] Les pathologies neurologiques représentent à elles seules 24% des affections ayant justifié ces séjours : AVC et séquelles (8,8%), sclérose en plaque (4,1%), hémiplégié (3,9%), maladie de Parkinson (3,2%), tétraplégié (2,7%), paraplégie (1,4%). Viennent ensuite les escarres, la mobilité réduite et les fractures fémorales fermées.
- [137] Cette définition intégrant la totalité des « soins de nursing lourds » pouvant paraître trop large, nous avons étudié spécifiquement les modes de prise en charge principal « rééducation orthopédique » et « rééducation neurologique ». En tant que MPP, ils totalisent un peu moins de 4% des journées et 2.6% des séjours.
- [138] En tant que mode de prise en charge associé, ils représentent un peu moins de 8% des journées : respectivement 3,7% pour la rééducation orthopédique et 4% pour la rééducation neurologique. Ils sont associés essentiellement à 4 modes de prise en charge principaux.

---

<sup>16</sup> source : Analyses de données PMSI 2008 relatives à l'activité d'HAD, MT2A, août 2009, ATIH.

Tableau 7 : Principales associations de modes de prise en charge pour les SSR

MPA	MPP				Total
	Pansements complexes	Soins de nursing lourds	Soins palliatifs	Nutrition entérale	
Rééducation orthopédique	33,6%	24,7%	11,8%	5,0%	75,1%
Rééducation neurologique	14,8%	42,7%	13,0%	14,5%	85,0%

Source : ATIH, MT2A août 2009

[139] La prise en charge coordonnée en HAD de patients nécessitant des soins de rééducation pluridisciplinaires (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...) et des soins infirmiers paraît particulièrement intéressante permettant notamment un travail de réadaptation en situation de vie de la personne et un transfert optimisé des acquis lors de l'hospitalisation classique. Selon les cas, elle peut intervenir soit directement à la sortie des soins aigus soit après un séjour en établissement de SSR et raccourcir celui-ci.

### 1.5. La difficile conciliation d'un service hospitalier avec le domicile

#### 1.5.1. Une coordination délicate avec les intervenants libéraux, sur le plan médical et paramédical

1.5.1.1. Un partage des rôles variable entre le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le médecin hospitalier

[140] La circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 précise les rôles respectifs du médecin coordonnateur et du médecin traitant.

[141] Le médecin coordonnateur émet ainsi un avis médical signé pour toute admission d'un patient en HAD. Il signe le protocole de soins, préalablement élaboré et validé en totale concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, ainsi que la sortie de l'HAD après décision prise conjointement avec le médecin traitant. Il ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf urgence absolue. Cependant, il est garant de la bonne exécution du protocole de soins.

[142] Le médecin traitant, qu'il soit ou non le prescripteur, est le pivot de l'organisation de l'hospitalisation à domicile. Il est responsable de la prise en charge du patient dont il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites. Il donne son aval à l'admission en HAD par un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins de l'HAD. Il participe à l'élaboration du protocole de soins qu'il valide avec le médecin prescripteur et le médecin coordonnateur. Ce protocole de soins définit entre autres le nombre et la fréquence de ses visites. L'ensemble de ces éléments doit être formalisé dans un contrat type liant le médecin traitant et l'HAD.

[143] Rappelons que les structures d'hospitalisation à domicile doivent assurer au domicile du malade des soins médicaux et para médicaux continus et coordonnés, se différenciant de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. Il s'agit ainsi de conjuguer coordination, complexité et fréquence des actes « de nature hospitalière » et rôle « pivot » des professionnels de santé libéraux.

- [144] En pratique, la mission a pu constater que le contrat type peut ne pas être signé ou largement amendé en fonction des contraintes des médecins libéraux traitants ou de la complexité des cas. Dans certains cas, le médecin libéral du patient refuse d'assumer la responsabilité de la prise en charge en HAD ce qui peut amener le patient à changer de médecin traitant.
- [145] Ainsi, la prise en charge médicale repose habituellement sur le médecin traitant. Mais la difficulté de certains praticiens libéraux à s'approprier et à s'intégrer à un mode de fonctionnement d'établissement, la complexité et la technicité de certaines pathologies (prématurité, pathologie cancéreuse ou hématologique en particulier pédiatrique, surveillance de grossesse à risque...) induisent des modalités d'intervention différenciées de ceux-ci et, en regard, une intervention plus ou moins importante des médecins de l'HAD directement auprès du patient.
- [146] Ainsi, le médecin traitant libéral peut prendre en charge totalement le patient, sans intervention du médecin hospitalier au-delà de la prescription initiale et avec un médecin coordonnateur dont le rôle majeur est la validation et l'organisation de l'admission. A l'inverse, il peut avoir une intervention limitée à la prise en charge d'affections intercurrentes non liées à la pathologie nécessitant l'HAD et sans répercussion sur celle-ci voire à la seule vaccination des enfants les plus jeunes avec un prise en charge médicale du motif d'admission en HAD assurée par le médecin coordonnateur et/ou le médecin hospitalier.

#### 1.5.1.2. Le recours à du personnel paramédical libéral, une source d'efficacité mais aussi de complexité

- [147] Alors que pour le médecin traitant la collaboration avec le secteur libéral est imposée, l'HAD dispose d'une large marge de manœuvre pour organiser ses ressources paramédicales ; c'est-à-dire principalement les infirmiers mais aussi les masseurs-kinésithérapeutes et, dans une moindre mesure, les psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens...
- [148] La mission a ainsi pu observer tout l'éventail des possibles, depuis le recours exclusif à des intervenants libéraux, jusqu'à des organisations reposant uniquement sur du personnel salarié, en passant par des modèles « mixtes ». Même les HAD publiques qui, en principe, ne pouvaient pas faire appel à du personnel libéral jusque très récemment, ont souvent complété leurs ressources salariées par des prestations libérales, notamment dans leurs zones d'intervention les plus éloignées.
- [149] De fait, le recours à des personnels libéraux présente plusieurs avantages, pour l'HAD et le patient. Pour ce dernier, il apporte une plus grande fluidité dans le parcours de soins, le même intervenant assurant la continuité des soins paramédicaux, avant, pendant et après l'HAD. Une fois celle-ci terminée, le « relais » s'en trouve facilité, avec un minimum de perte d'information.
- [150] Pour l'HAD, outre cette facilité de relais, le recours à des personnels libéraux permet de limiter les coûts fixes, un atout précieux lorsque l'activité subit de fortes fluctuations (cas des HAD ayant une faible activité notamment). Il permet aussi à l'HAD d'élargir son périmètre d'intervention, en particulier dans les zones rurales les moins densément peuplées, en limitant les déplacements du personnel salarié.
- [151] Pour encadrer cette collaboration, des conventions-cadres ont été élaborées avec les représentants de plusieurs professions de santé libérales, notamment les infirmiers<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Protocole d'accord signé par la FNEHAD avec les quatre organisations syndicales représentatives des infirmiers et infirmières libéraux le 27 octobre 2008. Le même type de convention est en cours de négociation avec les médecins pour lesquels une difficulté est apparue s'agissant de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie que celle-ci refuse au motif que les activités d'HAD seraient extra-conventionnelles.

[152] Sans sous-estimer ces avantages, la mission a constaté que bon nombre d'HAD entretenaient des relations complexes, voire conflictuelles, avec leurs partenaires libéraux, en particulier les infirmiers. Dans certains cas, l'intervention du personnel libéral conduirait à une forte augmentation des prestations paramédicales. D'une façon générale, le recours à des intervenants libéraux complique la continuité des soins, obligeant à un effort accru en matière de partage de l'information et de coordination. Seules les HAD les plus importantes, disposant d'une coordination médicale et paramédicale étoffée, semblent ainsi en mesure d'assurer une continuité des soins optimale en ne recourant qu'à du personnel libéral.

[153] Enfin, pour les personnels libéraux, collaborer avec l'HAD permet d'élargir la gamme des interventions et de réaliser des actes parfois très techniques. Cela permet aussi - et surtout - de compléter et prolonger la prise en charge, en évitant le transfert du patient vers un établissement de santé. Toutefois, la mission a pu constater que cette collaboration était parfois vécue comme une « ingérence » de l'hôpital dans le monde ambulatoire qui se sent, à tort ou à raison, « dépossédé » de ses patients. De fait, adopter les procédures et les protocoles de soins de l'HAD nécessite un effort que certains intervenants libéraux ne souhaitent ou ne peuvent pas fournir, faute notamment de formation.

1.5.1.3. Des systèmes d'information qui, en général, ne permettent pas d'assurer un pilotage et un partage de l'information satisfaisants, notamment pour la tenue du dossier patient

[154] L'HAD ayant pour mission d'assurer des soins complexes et coordonnés, le partage de l'information y joue un rôle crucial.

[155] La diversité des acteurs et l'éloignement du patient rendent pourtant ces échanges particulièrement compliqués. La mission a ainsi pu constater que, sauf exception, l'informatisation des processus de soins est encore peu développée. Ces lacunes sont particulièrement flagrantes et problématiques s'agissant du dossier patient qui, la plupart du temps, se trouve morcelé entre, d'une part un « dossier structure » partiellement informatisé et, d'autre part, un « dossier chevet » où les différents intervenants consignent leurs observations et actes, obligeant le personnel salarié à des double voire triple saisies afin d'assurer la continuité des soins. Les systèmes d'information utilisés pour le pilotage de l'HAD s'avèrent également très insuffisants. Qu'il s'agisse de comptabilité analytique ou de planification des interventions, la mission n'a que très rarement rencontré des gestionnaires disposant d'outils performants.

[156] Dans ce domaine, comme dans celui de la coordination des soins, le déploiement de SI adéquats se heurte à des problèmes de plusieurs natures :

- les dispositifs sont coûteux (logiciels et des équipements) en raison de la faible taille du marché et de la fragmentation de l'offre ; ce coût est particulièrement dissuasif pour les « petites HAD », c'est-à-dire l'immense majorité d'entre elles ;
- sur le plan technique, l'informatisation du domicile pose le problème de l'accès aux réseaux (filaire, 3G, satellite...) dans certaines zones rurales éloignées ; par ailleurs, les logiciels utilisés atteignent rarement les standards requis en matière de performance, d'interopérabilité et, même pour certains, de sécurité ;
- enfin, un certain nombre d'utilisateurs (en particulier les intervenants libéraux) mais aussi de patients éprouve des réticences face à des procédures perçues, à tort ou à raison, comme contraignantes.

[157] Au final, comme le soulignait la FNEHAD dans son « Livre blanc des SI en HAD » publié en juin 2009, il existe un écart important entre, d'une part, les enjeux stratégiques de cette question et, d'autre part, le faible niveau d'informatisation des structures d'HAD et une offre du marché encore perfectible.

[158] La télémédecine, quant à elle, reste cantonnée à quelques spécialités, dans les HAD les plus importantes (télésurveillance des grossesses à risque par l'AP-HP notamment).

### 1.5.2. La délicate gestion « à distance » des prestations

#### 1.5.2.1. Une gestion du médicament inévitablement complexe

[159] Jusqu'à ce jour la gestion des médicaments au sein des structures d'HAD peut être assurée soit par une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) dont dispose cette structure soit par une pharmacie d'officine dont le titulaire a passé convention avec l'HAD. Ces deux modalités sont exclusives l'une de l'autre, les structures disposant d'une PUI ne pouvant pas s'approvisionner auprès d'une pharmacie d'officine. Si le choix de la pharmacie d'officine est libre pour les établissements de droit privé, il doit passer par le respect des règles de concurrence et de publicité pour les établissements publics.

[160] Pour les structures ne disposant pas d'une PUI, la délivrance des médicaments réservés à l'usage hospitalier doit se faire directement auprès des entreprises pharmaceutiques sur commande du médecin coordonnateur ou du pharmacien d'officine ayant passé convention avec l'HAD et celle des spécialités pharmaceutiques reconstituées ou préparations magistrales se faire auprès d'une PUI d'un établissement de santé.

[161] Selon le bilan effectué par le FNEHAD, sur 208 établissements installés à la fin de 2007, 118 disposait d'une PUI et 90 travaillaient avec des pharmacies d'officine. Parmi les HAD disposant d'une PUI seuls 4 ne sont pas rattachés à un établissement de santé MCO avec hébergement. A l'inverse, la totalité des établissements avec hébergement disposent d'une PUI.

[162] En pratique, comme a pu le constater la mission au cours de ces visites, ce dispositif est fréquemment contourné, le caractère exclusif du choix de l'une ou l'autre des modalités ne permettant pas aux structures de s'adapter aux spécificités de leur activité (urbain, rural, zone d'intervention étendue,...) tout en sécurisant le circuit du médicament.

[163] Le choix de ne pas recourir à la mise en place d'une PUI est guidé d'une part par la taille « modeste » de la plupart des établissements d'HAD qui n'auraient sans doute pas la capacité d'absorber les coûts d'infrastructure d'une PUI et d'autre part par le souhait de conserver un lien fort avec les professionnels libéraux.

[164] En pratique, les entreprises pharmaceutiques ne sont pas intéressés de livrer à des stocks qui sont souvent très faibles et refusent souvent de délivrer des médicaments à un médecin coordonnateur.

[165] Les avantages de disposer d'une PUI résident dans la maîtrise qu'elle apporte sur le circuit du médicament, sur la qualité pharmaceutique et l'analyse critique de l'ordonnance, des coûts, des vigilances et de la traçabilité. Cependant, cette modalité est également source de difficultés :

- récupération de l'information au domicile (ordonnance du médecin traitant) qui nécessite la mise en place de dispositifs de télécommunications (Fax, informatique) au domicile du patient ;
- coûts de l'infrastructure que représente une PUI ;
- lourdeur de la gestion de l'approvisionnement depuis une PUI pour le développement d'une activité au-delà des zones urbaines.



[166] Disposer d'une PUI permet de mettre en place des transports sécurisés (véhicules adaptés, 24h/24...) mais à l'inverse cela peut nuire à la réactivité et être source de coûts très importants. Par ailleurs cela oblige à installer des procédures très strictes en matière de transmission d'information entre le transporteur et la structure d'HAD. Desservir des zones rurales ou enclavées à partir d'une PUI est particulièrement complexe tandis que le lien avec le pharmacien de ville, traditionnel correspondant du patient, est rompu.

[167] Pour répondre à ces difficultés, l'article 3 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 modifie l'article L5126-2 du code de la santé publique en permettant aux PUI d'approvisionner en médicaments réservés à l'usage hospitalier les établissements de santé délivrant des soins à domicile ne disposant pas de PUI. Par ailleurs, il complète l'article L5126-5 par un article L5126-5-1 qui permet aux établissements de santé délivrant des soins à domicile disposant d'une PUI de confier à des pharmacies d'officine une partie de la gestion, de l'approvisionnement ; du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments non réservés à l'usage hospitalier.

[168] Un projet de décret prévoit que le pharmacien gérant de la PUI de l'établissement de santé délivrant des soins à domicile est destinataire de l'ensemble des prescriptions du patient hospitalisé à domicile assurant ainsi la validation pharmaceutique des prescriptions et organise pour chaque patient, le circuit des médicaments, des dispositifs médicaux et des aliments diététiques destinés à des fins spéciales. Pour ce faire, il aura la possibilité de choisir soit une organisation à partir de la PUI soit de confier à une officine la gestion, l'approvisionnement, la détention et dispensation des médicaments nécessaires à ce patient, assurant ainsi au mieux la réactivité et la proximité.

#### 1.5.2.2. Des difficultés à assurer la permanence des soins

[169] Le Code de la Santé Publique (CSP) fait obligation aux structures d'HAD d'assurer la permanence et la continuité des soins y compris les dimanches et les jours fériés.

[170] La circulaire DHOS du 1<sup>er</sup> décembre 2006 précise que ni le SAMU, ni les services d'urgence n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la prise en charge de la permanence des soins et que la tarification de l'HAD est calculée en prenant en compte les frais occasionnés par cette continuité dans la prise en charge.

[171] Certaines ARH ont eu une lecture stricte de la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 refusant toute intégration du SAMU et/ou de structure type SOS médecin dans le dispositif mis en place par l'HAD pour assurer la permanence des soins ; d'autres l'acceptant sous réserve que celles-ci fassent l'objet de convention formelle. De fait, une ambiguïté existe quant à l'obligation pour l'HAD d'intervenir en urgence directement au domicile du patient.

[172] En pratique, toutes les HAD rencontrées par la mission ont mis en place au minimum une astreinte téléphonique para médicale avec ou sans intervention possible au domicile du patient. Certaines HAD ont mis en place une astreinte médicale de première ligne assurée par un médecin de l'HAD, pour d'autre cette astreinte médicale est de seconde ligne sur appel de l'infirmier d'astreinte. Cette astreinte médicale a pour objectif le conseil, l'aide à la décision et à la régulation, et très exceptionnellement la possibilité d'intervention à domicile. Plusieurs HAD, essentiellement celles rattachées à un établissement de santé, ont passé des conventions avec le SAMU – centre 15 en lui fournissant a minima la liste de leur patient et parfois un dossier médical.

[173] Pour certaines activités hautement spécialisées, une astreinte téléphonique est assurée par le médecin hospitalier d'astreinte ou de garde pour le service hospitalier d'origine.

[174] Enfin, dans certains cas, la permanence des soins est assurée par le médecin traitant et/ou l'infirmier libéral du patient au bon gré de ceux ci.

### 1.5.2.3. Soigner à domicile, des métiers particuliers et une responsabilité partagée

- [175] Pour les salariés de l'HAD, en particulier les infirmiers et les aides-soignants provenant d'un établissement de soins « classique », intervenir à domicile suppose de s'adapter à un environnement que, contrairement à l'hôpital, ils ne maîtrisent pas complètement. Cela suppose également de travailler seul (ou en binôme), sans la présence de l'encadrement et, donc, sans recours immédiat en cas de difficulté ou de conflit. Cela implique, enfin, de réaliser des actes, parfois très techniques, sans l'appui immédiat d'un service hospitalier.
- [176] Soigner à domicile requiert donc un accompagnement (notamment psychologique) et une formation spécifiques ; un effort que la plupart des HAD fournissent, du moins celles étudiées par la mission. Cet investissement est d'autant plus nécessaire que les équipes sont souvent jeunes, l'HAD étant parfois vue par le personnel infirmier comme une étape vers un exercice libéral nettement plus rémunérateur.
- [177] Malgré ces départs, l'HAD ne semble pas rencontrer de difficultés de recrutements pour les soignants. Les contraintes du domicile sont, de l'avis des personnels rencontrés, largement compensés par la reconnaissance que les patients leurs témoignent et par leur adhésion à cette forme de prise en charge. En revanche, certaines HAD semblent éprouver des difficultés à pourvoir les postes de coordination (infirmier coordinateur et, surtout, médecin coordinateur), principalement dans les zones à faible démographie médicale mais pas seulement. Ce manque d'attractivité paraît, selon les observations faites par la mission, davantage lié au statut de ces fonctions (et à leur place dans les parcours professionnels et de formation) qu'à leur rémunération.
- [178] A la différence de l'hôpital classique, les soignants ne sont pas les seuls à intervenir à domicile. L'HAD repose en effet sur une participation active de l'entourage (les « aidants ») à la prise en charge du patient : surveillance, toilette, soutien psychologique, repas... Cet entourage est généralement familial mais peut aussi être constitué de voisins voire d'amis. Sa disponibilité et sa capacité à prendre en charge une partie des soins constituent un critère important d'admission dans toutes les HAD que la mission a visitées, avec toutefois des exigences variables. Ainsi, la présence d'un proche en permanence au domicile constitue un critère absolu pour certaines HAD alors que d'autres acceptent des personnes seules voire isolées. Naturellement, si l'HAD repose sur la participation active de l'entourage (aidants), elle prend également appui sur les professionnels de l'aide à domicile qui complètent souvent la prise en charge pour les actes de la vie quotidienne.
- [179] Les HAD que la mission a étudiées s'efforcent d'« aider les aidants » à travers des conseils (et parfois une prise en charge psychologique) et, autant que possible, une aide pour les tâches quotidiennes (directement par l'HAD ou indirectement via les services d'aide à la personne). Des progrès restent cependant à faire pour éviter des transferts de charge excessifs et l'épuisement des aidants, en particulier pour les plus fragiles d'entre eux (personnes âgées ou de santé précaire).

## 2. DES POLITIQUES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DE L'HAD INSUFFISAMMENT CIBLEES DONT LES LIMITES COMMENCENT A APPARAITRE

### 2.1. *Un cadre réglementaire et un accompagnement propices au développement de l'HAD*

#### 2.1.1. L'allégement des contraintes de planification

[180] L'HAD a été intégrée dans la régulation du système de santé dès le début des années 1970. Son essor a toutefois été freiné par la planification sanitaire (cf. partie 1.1). A partir de 2000 et surtout de 2003, le ministère de la santé a engagé une politique volontariste de soutien au développement de l'HAD. Une circulaire ministérielle du 30 mai 2000 clarifie ainsi le champ d'application de l'HAD : « l'hospitalisation à domicile concerne les malades 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. ». Elle fixe par ailleurs la typologie des actes pouvant être réalisés à domicile et précise les rôles respectifs du médecin hospitalier, du médecin traitant et du médecin coordonnateur.

[181] Les freins au développement de l'HAD ont surtout été levés par les dispositions de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Ce texte a libéré l'HAD des contraintes de la carte sanitaire en supprimant « le taux de change » qui limitait la création de places d'HAD en la liant à la suppression de lits d'hospitalisation complète. Ce même texte a facilité la prise en compte de l'HAD par les ARH en l'imposant dans les SROS.

[182] Par la suite, deux circulaires, prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, ont clarifié le positionnement de l'HAD dans le système de santé. La circulaire du 4 février 2004 précise les modalités de prise en charge générale. Celle du 1<sup>er</sup> décembre 2006 rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations (sécurisation pharmaceutique, soins palliatifs, continuité des soins), le rôle des différents acteurs internes et externes et son positionnement au sein de l'offre de soins locale.

[183] Dans la dernière période, cette orientation « facilitante » s'est confirmée. L'HAD n'a pas été soumise au dispositif d'objectifs quantifié de l'offre de soins (OQOS) qui s'applique aux établissements hospitaliers de MCO et son intervention en EHPAD a été autorisée.

[184] Enfin, la loi HPST contient plusieurs dispositions concernant l'HAD, qui visent notamment à :

- garantir la protection de l'appellation « hospitalisation à domicile » contre des abus éventuels ;
- reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle ;
- assouplir le circuit du médicament en HAD (cf. supra) ;
- faciliter la participation des professionnels paramédicaux, notamment en offrant la possibilité de déroger au paiement à l'acte pour leur rémunération.

### 2.1.2. La fixation d'un objectif quantifié au niveau national

- [185] La place de l'HAD est fortement affirmée dans le Plan Solidarité Grand Age présenté en Juin 2006<sup>18</sup>. Ce plan organise une politique de la longévité et de prise en charge de la dépendance autour de cinq axes dont l'un d'entre eux, dénommé le « libre choix du domicile », a pour objectif central de permettre aux personnes âgées de rester à domicile. Il comporte trois ensembles de mesure :
- doubler les capacités d'hospitalisation à domicile d'ici 2010 (passage de 8500 à 15 000) ;
  - développer le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile (augmentation de 40% en cinq ans passage de 87 000 à 117 000 en adaptant le système de tarification) ;
  - assurer une présence médicale sur le territoire à travers la formation des médecins et l'augmentation de 20% de la rémunération des médecins installés.
- [186] L'objectif de doublement des places de HAD a été fixé à partir d'une approche visant à développer l'HAD sur l'ensemble du territoire national et à réduire les différences de recours à l'HAD selon les départements. La cible a été calculée en projetant sur l'ensemble du pays le ratio de 22 places pour 100 000 habitants observé dans les zones les mieux couvertes. Cependant, cet objectif n'a pas été décliné au niveau territorial et ses conditions de mise en œuvre n'ont pas été suivies par l'administration centrale notamment dans le cadre du dialogue de gestion avec les ARH.
- [187] Défini de façon forfaitaire et indépendamment des possibilités réelles de développement, cet objectif ne sera vraisemblablement pas atteint fin 2010.

### 2.1.3. La mise en œuvre d'une politique d'accompagnement par l'Assurance maladie

- [188] Dans le cadre d'un plan national lancé en 2008 et qui s'est inscrit dans les outils de gestion interne de son réseau (contrat pluri annuel de gestion (CPG) avec les CRAM), l'Assurance maladie a mis en œuvre une action de maîtrise médicalisée des structures d'HAD (« démarche d'accompagnement »), en partenariat avec l'ATIH et les fédérations.
- [189] L'objectif de la démarche était d'accompagner le développement de l'HAD pour favoriser l'amélioration des pratiques en matière de respect des principes de l'HAD, des règles de codage et de facturation. Pour ce faire, il s'agissait pour les échelons régionaux du service médical (DRSM) et les services des CRAM en charge de l'HAD de rencontrer avant la fin juin 2009, l'ensemble des structures en activité au 31/12/2007.
- [190] A l'issue de ces échanges, les représentants de la structure d'HAD et de l'Assurance maladie devaient définir en commun des objectifs d'amélioration (par exemple le dossier médical). Ces objectifs pouvaient se traduire par des engagements qui devaient être présentés aux directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour éventuellement être intégrés dans le CPOM.
- [191] En 2009, les services de la CNAMTS ont construit un « Profil individualisé HAD », sorte de tableau de bord comportant des indicateurs d'activité et de positionnement de l'HAD. Plus précisément ce profil faisait apparaître pour chaque HAD une photographie synthétique de l'activité de l'établissement, la répartition des GHT de l'établissement, l'analyse des montants valorisés et leur évolution, les caractéristiques des séjours et des patients, ainsi que la durée des séquences, la fréquence d'un mode de prise en charge associé, ainsi que les 10 premiers de ces modes par ordre décroissant de journées. Par ailleurs était fourni à toutes les structures un support pédagogique portant sur le Dossier Patient et permettant de présenter les exigences à remplir dans ce domaine.

---

<sup>18</sup> Document de synthèse sur le Plan solidarité grand âge (PSGA) présenté par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées et aux personnes handicapées le 27 juin 2006.

- [192] Une base de données nationale a été constituée à partir de données ATIH et a permis différents niveaux d'agrégation (établissements, territoires, régions, France). Des profils ont été établis pour les 204 HAD en activité au 31 décembre 2007.
- [193] Dans les régions qu'elle a visitées, la mission a constaté l'efficacité de la démarche. Dans chaque région, le service médical, la DRSM et la CRAM compétentes ont pris contact avec les structures d'HAD et noué un dialogue sur leur activités et niveau de service de façon à les aider à progresser en termes de qualité et d'efficacité. Ces contacts se sont traduits dans plusieurs cas par un enrichissement de la démarche contractuelle (avenants aux CPOM).
- [194] Par ailleurs, la démarche d'accompagnement a permis d'identifier des comportements exceptionnels et donc a permis le démarrage d'une politique de contrôle (voir plus loin).

#### **2.1.4. Le développement d'une politique de qualité**

##### 2.1.4.1. Les démarches de certification

- [195] Comme l'ensemble des établissements de santé, les structures d'HAD sont engagées dans les politiques de certification menées par l'ANAES puis la HAS. A l'occasion de ses déplacements (voir annexes), la mission a pu constater que ces démarches, qui demandent des efforts non négligeables aux structures, étaient perçues favorablement par celles-ci, comme une incitation à faire progresser la qualité des prises en charge et du management des structures. L'HAS a entrepris de faire un bilan des actions de certification V2 et V 2007 mais cette approche n'a pas fait apparaître des éléments très caractéristiques compte tenu de la grande hétérogénéité des structures et des certificateurs.
- [196] Pour garantir une meilleure efficacité de la démarche de certification, l'HAS a engagé une adaptation du référentiel aux spécificités de l'HAD. Elle a mis en place, au début 2009, un groupe de travail associant ses experts aux représentants des fédérations. Celui-ci a procédé à une relecture du manuel V 2010 pour essayer de mieux prendre en compte des spécificités de l'HAD, notamment celles qui avaient posé problème pour la mise en œuvre de la V2007 (circuit du médicament, contenu du dossier patient, traçabilité des analyses bénéfico-risques, qualité des prescriptions effectuées par les médecins traitants). Un accent particulier est mis dans ces travaux sur les questions de coordination des soins et de permanence des soins (PDS). Des adaptations ont été entreprises au niveau de pratiques exigibles prioritaires (PEP) et des indicateurs spécifiques sont en cours de test<sup>19</sup>. En sens inverse, des références et des critères seront clairement sortis du référentiel car non applicables du fait des spécificités de l'HAD et des indications particulières seront définies pour l'organisation des visites.
- [197] Le nouveau référentiel devrait être achevé à fin 2010 et toutes les HAD devront être certifiées dans ce cadre d'ici 4 ans.

---

<sup>19</sup> Tenue du dossier, délai de rédaction du compte rendu d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur et traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres chez l'adulte avec un indice de Karnofsky supérieur à ou égal à 50... Ces indicateurs ont été définis dans le cadre du projet COMPAQH.

#### 2.1.4.2. L'élaboration de référentiels

[198] Pour faciliter un bon positionnement de l'HAD dans la chaîne de l'offre de soins, l'HAS a aussi engagé la production de référentiel par pathologie. Au moment où est intervenue la mission, les travaux se limitaient pour l'essentiel à la préparation d'un référentiel concernant l'obstétrique suite à un travail de 2004 sur les sorties précoces où l'HAD était citée parmi les modes de prise en charge. Ce travail s'est concentré sur le post partum pathologique et n'a donc pas porté sur le post partum physiologique. D'autres travaux sont prévus et inscrits au programme de l'HAS sur la prise en charge d'AVC et le retour à domicile pour la fin de 2010. A la demande de la DHOS et des fédérations professionnelles, il était prévu de démarrer la production de référentiels sur différentes pathologies mais aussi sur le positionnement de l'HAD par rapport au SSR et sur la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques.

### 2.2. *Une tarification incitative mais dont les lacunes engendrent des dérives et des difficultés d'interprétation et de contrôle*

#### 2.2.1. Les principes de la tarification à l'activité (T2A) HAD

[199] Au 1<sup>er</sup> janvier 2005 le dispositif de tarification de la HAD a été profondément rénové. Jusqu'à ce moment, le financement des structures et de leur activité était assuré par un système de prix de journée négocié avec les caisses d'assurance maladie. Ce système avait le même défaut que le financement en budget global de l'hospitalisation MCO. Il était particulièrement pénalisant dans une période de développement de l'HAD. Il a donc été remplacé par un système de financement à l'activité, c'est-à-dire par la mise en œuvre d'un tarif qui, adapté à la production de chaque structure, définit les recettes dont elle va disposer pour couvrir ses charges. Les principes du nouveau système tarifaire ont été élaborés par l'IRDES. La conception opérationnelle, notamment le calcul de tarifs, a été assurée par la DHOS.

[200] Contrairement aux principes de la T2A MCO, le choix a été fait d'avoir des tarifs identiques quelle que soit la situation antérieure des structures (sous dotation globale ou sous objectif quantifié national/OQN), même si leur périmètre diverge légèrement : les honoraires du médecin traitant ne sont pas inclus dans les tarifs applicables aux structures ex-OQN, ce qui constitue un avantage certain pour celles-ci<sup>20</sup>. Le modèle repose sur quatre informations relatives au séjour :

- le mode de prise en charge (MPC) principal choisi parmi la liste des 24 MPC disponibles<sup>21</sup> (par exemple « soins palliatifs » ou « rééducation neurologique » ; voir la liste des MPC dans le tableau 3) ;
- le mode de prise en charge associé s'il y a lieu, également choisi parmi la liste des MPC disponibles ;
- l'indice de Karnofsky qui permet d'évaluer le degré de dépendance du patient ;
- enfin, la durée du séjour.

[201] L'ensemble de ces informations permet de classer le séjour dans un Groupe Homogène de Tarifs (GHT).

<sup>20</sup> Au moment de la définition de ces tarifs, il avait été invoqué la nécessité de compenser l'avantage que pourraient retirer, par ailleurs, les structures ex DG qui, étant rattachées, à un hôpital peuvent disposer d'une PUI.

<sup>21</sup> L'un de ces MPC ne peut être choisi à titre principal.

[202] Les premiers tarifs ont été calculés par les services DHOS. Cette opération s'est révélée délicate en l'absence d'un échantillon représentatif de données de comptabilité analytique et du fait des limites du système d'information médicale dans les rares structures qui avaient commencé à se doter d'outils d'analyse des coûts. Au bout du compte, la DHOS s'est fondée principalement sur les données transmises par trois structures (HAD de l'AP-HP, Santé service à Puteaux, Soins et Santé à Lyon qui avaient en commun d'être anciennes et de grande dimension) complétées par les comptes administratifs de 80 HAD.

### **2.2.2. L'avantage majeur du nouveau système : une incitation au développement des activités de l'HAD**

[203] Le nouveau système de tarification a permis un fort développement de l'HAD même si l'évolution des tarifs a été fortement contrainte depuis 2005. Il a assuré un bon équilibre économique aux structures en leur permettant de financer leur développement et notamment d'autofinancer les investissements dans des outils opérationnels (par exemple une PUI), du patrimoine immobilier mais aussi des systèmes d'information ou de la logistique. Dans un tout petit nombre de cas, il a conduit à une forme d'aisance qui n'a pas facilité le développement de pratiques rigoureuses de gestion.

[204] Le dispositif est apparu, dans certains cas, très favorable notamment aux structures anciennes et de grande dimension qui ont su maîtriser leurs coûts fixes. A contrario il a pu paraître trop peu rémunérateur pour certaines petites structures en démarrage ou dont l'activité se situe en dessous du seuil de rentabilité (aux alentours de 9000, soit 30 places occupées, selon les circulaires ministérielles).

[205] Au total, le système tarifaire et le niveau des tarifs ont donc eu une contribution majeure à l'essor de l'HAD en France. Toutefois, les tarifs ont évolué de manière très modérée (les tarifs 2010 sont au même niveau que ceux de 2005) et les marges ont donc eu tendance à s'éroder tout au long des dernières années, sans pour autant disparaître.

### **2.2.3. Des difficultés d'application qui ont fait apparaître progressivement les limites du nouveau système**

#### **2.2.3.1. Des difficultés significatives dans la mise en œuvre opérationnelle du nouveau système**

[206] Les contrôles mis en œuvre à partir de 2009 sur un tout petit nombre de structures (5) par les services de l'Assurance maladie (Directions régionales du service médical-DRSM) ont fait apparaître de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre du nouveau système de tarification. Sur les 14 257 séjours contrôlés, seuls 36% ne comportaient aucune anomalie. Dans 26% des cas l'admission en HAD n'était pas justifiée. Dans 24% des cas, est apparu un désaccord sur le mode de prise en charge associé et, dans 8% des cas, sur le mode de prise en charge principal.

[207] Pour une large part, ces difficultés sont liées à la mise en place immédiate de la T2A à 100%, sans expérimentation et sans formation des professionnels, ce qui a conduit à des divergences d'interprétation et de pratiques. Mais il s'agit aussi de difficultés qui traduisent les ambiguïtés d'un modèle qui laisse une très grande marge d'interprétation pour la mise en œuvre de la grille tarifaire et l'application des normes de recueil de l'information et de codage des activités.

[208] Ce point a été confirmé par les difficultés que l'assurance maladie a rencontrées pour obtenir une pratique de contrôle homogène dans les différents départements où ont été réalisés les premiers contrôles.

- [209] La mission ne peut que se féliciter de l'engagement d'une démarche de contrôle à l'instar de ce qui est fait pour le MCO. Avant d'amplifier cette démarche, il apparaît cependant souhaitable de clarifier la doctrine de codage pour faciliter ces contrôles et plus généralement d'améliorer la pertinence du modèle tarifaire. Des progrès ont d'ores et déjà été faits sur plusieurs points :
- [210] - Le caractère trop vague de la définition des MPC et des associations entre MPC. Les conditions d'association entre modes de prise en charge principaux et modes de prise charge associés ont donné lieu à des pratiques d'optimisation tarifaire très discutables (notamment pour ce qui concerne l'association du MPC principal « soins palliatifs » avec le MPC associé « prise charge de la douleur »). Le guide de codage a été revu courant 2009, avec application depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010, pour intégrer de nouvelles interdictions d'associations de modes de prise en charge et clarifier les bonnes pratiques de codage pour les établissements.
- [211] - Les difficultés dans l'appréhension de la dépendance. L'Indice de Karnofsky (IK) est apparu très mal adapté à la mesure de la dépendance et, en tout état de cause, ne permettant pas une réelle traçabilité des changements dans les conditions de prise en charge. Son remplacement par la valorisation des activités quotidiennes (AVQ), qui semble mieux à même de décrire les situations des patients, a été envisagé même si les deux indices (IK et AVQ) sont considérés comme très peu appropriés à certaines activités (notamment la pédiatrie). Cependant, la décision n'a pas été prise dans l'attente d'une évolution globale du modèle tarifaire.
- [212] - Le périmètre des groupes homogènes de tarifs (GHT). Des difficultés ont apparues notamment sur le poste transport et sur les dispositifs médicaux. Un projet de circulaire a été préparé pour clarifier le périmètre des GHT et rappeler qu'ils sont réputés « tout comprendre » et que les exclusions à ce tarif sont l'exception. Mais la concertation sur ce projet n'a pas permis de dégager une vision consensuelle de ces questions.

#### 2.2.3.2. Des limites qui apparaissent de plus en plus nettement

- [213] A l'image de ce qui a été fait pour le MCO pour faciliter la gestion des tarifs et les appuyer sur des bases objectives, il a été décidé de lancer une Etude Nationale des Coûts des établissements d'HAD (ENC HAD). Celle-ci a débuté en 2009 et un échantillon de 25 établissements volontaires a été constitué. Au moment où la mission est intervenue, le recueil et le traitement des données était en cours. Les premiers résultats ne sont pas attendus avant le courant de 2010.
- [214] La mission a toutefois pu examiner des données sur les coûts complets par séjours et par séquences que lui ont fournies certaines des HAD participantes à l'ENC. Elle a ainsi constaté que les tarifs sont largement déconnectés de la qualité et des coûts des prises en charge. Plus précisément il est apparu :
- de fortes différences dans les GHT en ce qui concerne l'équilibre entre les coûts et les tarifs correspondants : plus de la moitié des GHT sont déficitaires et à l'inverse seuls deux GHT sont franchement excédentaires et se caractérisent par un excédent du tarif par rapport aux charges : les soins palliatifs et l'obstétrique. Au vu des données communiquées à la mission par deux structures, la marge nette sur les soins palliatifs dépasse 25%. Ces éléments expliquent la bonne situation économique relative des structures qui ont développé ce mode de prise en charge ;
  - au sein de tous les GHT, qu'ils soient déficitaires ou excédentaires, une très forte dispersion des coûts des prises en charge. Elle signifie que la nomenclature des GHT ne traduit pas la réalité de la charge en soins. L'équilibre économique des structures peut donc être fortement impacté par l'admission d'un patient dont les coûts sont significativement supérieurs aux tarifs.



- [215] La mission a rapproché cette situation de la faiblesse du système d'information médico-économique de l'HAD par rapport à celui du MCO : système déployé depuis une vingtaine d'années et qui fonctionne, dans les grands établissements hospitaliers, avec des ressources importantes (départements information médicale). Le système d'information de l'HAD est très pauvre quant à la connaissance des patients pris en charge, le suivi des activités médicales et paramédicales et cela interdit de constituer une nomenclature tarifaire qui soit le plus proche possible de la réalité de la charge en soins.
- [216] Le décalage entre les activités et leur niveau de rémunération porte des risques sérieux de dérives à travers la constitution de rentes et, en sens inverse, des phénomènes de sélection des patients ; aux dépens notamment des patients en pédiatrie et en gériatrie alors même qu'il s'agit de domaines où l'intérêt de l'intervention de l'HAD est très largement admis.
- [217] L'absence de cohérence entre les choix de champ d'activité et les modalités tarifaires est également dommageable. La tarification de l'hospitalisation à domicile ne peut en effet être considérée de manière isolée :
- ainsi, la tarification de la chimiothérapie doit elle être cohérente entre hospitalisation de jour et hospitalisation à domicile, pour des formes comparables. Aujourd'hui, alors même que l'hospitalisation de jour apparaît plus avantageuse aux yeux des offreurs de soins, les différences de mode de tarification rendent trop difficiles les comparaisons ;
  - si l'hospitalisation à domicile doit s'étendre en direction d'une patientèle âgée faisant l'objet de soins longs et coordonnés, il faut que les tarifs prennent en compte la durée, définissent et répercutent le niveau de charge en soins et de complexité qui hiérarchise les interventions pratiquées en SSIAD, en HAD ou en SSIAD dits lourds lorsque ceux-ci verront le jour. Dans ces deux exemples, ce n'est pas la seule tarification de l'HAD qui doit être réformée, mais les tarifications MCO, médico-sociale ou d'HAD qui doivent être rendues cohérentes.
- [218] De même, s'il n'y a pas de correspondance suffisante entre les référentiels, les conditions d'autorisation et les tarifs, des distorsions ne peuvent manquer d'apparaître. Il faut donc sortir du développement forfaitaire pour aller vers une croissance ciblée sur une définition ajustée des besoins, des politiques de qualité et des modes d'intervention.

### **2.3. Des politiques régionales qui ont laissé de larges marges de manœuvre aux acteurs**

#### **2.3.1. Des politiques régionales limitées, sauf exception**

##### **2.3.1.1. En l'absence de pilotage national, les SROS 3 ont accordé une place variable à l'HAD**

- [219] En application de l'arrêté du 27 avril 2004, l'HAD doit faire l'objet d'un volet spécifique dans le SROS, « précisant les implantations prévues par territoire de santé et mentionnant les activités de soins concernés ».
- [220] La circulaire du 4 février 2004 précise qu'« une attention particulière doit être portée à la création de places dans les zones géographiques qui en sont actuellement dépourvues ». Sur le plan qualitatif, cette circulaire se contente de rappeler les principes de la prise en charge en HAD. Sur le plan quantitatif, elle fixe un objectif de 8000 places, porté à 15 000 par le plan solidarité-grand âge de juin 2006. Enfin, la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 rappelle un certain nombre de principes et fixe des objectifs pour les SROS. Elle le fait cependant à une date où la planification régionale est déjà achevée.

- [221] C'est dans ce cadre, très général, que les ARH ont donc fixé, dans les SROS 3, les perspectives de développement de l'HAD. Dans les cinq régions visitées par la mission, ce volet des SROS est de nature et de qualité très variable : du simple rappel de la réglementation à une stratégie d'intégration dans l'offre et les parcours de soins en passant par quelques orientations qualitatives et quantitatives. Dans l'ensemble, l'HAD occupe une place limitée dans ces documents, en rapport avec le poids de cette prise en charge dans l'offre de soins.
- [222] Quelle que soit la région et quelle que soit la qualité des SROS, aucun d'entre eux ne repose sur une évaluation précise des besoins en HAD (l'ARH Ile-de-France a tenté de le faire, sans succès). Sauf exception (par exemple la périnatalité en Limousin), les objectifs quantitatifs sont fixés par application directe et uniforme, sur tous les territoires de santé, de la cible nationale (8000 places dans quelques régions, 15 000 dans la plupart d'entre elles). Ainsi, si la CNAMTS estime que plus de la moitié des SROS reposent sur une « étude » des besoins d'HAD, ceux dont la mission a eu connaissance sont trop généraux pour permettre une réelle planification de son développement.
- 2.3.1.2. Des politiques d'autorisation plus ou moins actives et, sauf exceptions, peu d'animations territorialisées
- [223] Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'HAD ne figure plus dans la carte sanitaire. Ainsi, aux termes de l'article D 6121-8 du code de santé publique relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins, l'HAD est exclue de la quantification en volume par territoire et par activité de soins prévue par cet article.
- [224] Cette mesure, associée à celle de la suppression du « taux de change », entendait favoriser le développement de l'HAD avec le succès que l'on sait. Elle prive toutefois la politique d'autorisation de son principal levier. En effet, il n'y a pas de limite de volume, mais seulement une limitation du nombre d'« implantations » par territoire de santé et, pour chaque HAD, une délimitation de l'aire géographique d'intervention.
- [225] Dans les régions examinées par la mission, les ARH ont recouru à cet outil plus ou moins activement, en fonction des besoins, des orientations du SROS et des candidatures reçues. Ainsi, dans le Limousin, aucune nouvelle autorisation n'a été accordée contre 11 dans le Languedoc-Roussillon. Le réveil a toutefois été tardif dans cette dernière région où, dans les premières années de la mise en œuvre du SROS 3, l'HAD a connu un développement très limité.
- [226] Conformément aux instructions données par la circulaire de 2004, chaque HAD a signé un contrat d'objectif et de moyens avec l'ARH, spécifiant notamment leurs obligations en matière de permanence des soins. Dans la moitié des régions visitées par la mission, des dotations MIGAC (essentiellement des AC) ont été accordées, pour des montants dépassant parfois plusieurs centaines de milliers d'euros et avec des résultats plutôt satisfaisants selon les ARH : aide au démarrage, investissement (informatisation notamment), expérimentation ou lancement de nouvelles prises en charge...
- [227] Au-delà de l'outil - de portée réduite - que représente la politique d'autorisation, l'intervention des autorités régionales est restée relativement limitée. Qu'il s'agisse de favoriser les échanges et les collaborations entre les HAD ou de faciliter leur intégration dans les parcours de soins via des partenariats avec les acteurs hospitaliers, médico-sociaux et ambulatoires, peu d'initiatives ont été prises par les autorités dans les régions examinées par la mission. Dans certaines d'entre elles, cependant, des efforts notables ont été déployés et une véritable animation territoriale s'est instaurée (création d'une « plateforme régionale » de coopération entre HAD en Alsace). Ce type d'initiative semble, d'une façon générale, être resté limité, l'HAD ne constituant qu'une priorité parmi d'autres (et souvent pas la plus importante) pour les ARH.

### 2.3.2. Des dynamiques territoriales liées en grande partie aux acteurs

- [228] Au final, le rôle joué par les autorités régionales dans le développement de l'HAD s'avère relativement limité. Dans le meilleur des cas, elles ont encouragé des projets et facilité les coopérations. A l'inverse, d'autres ont limité le nombre de sites et, dans certains cas, freiné le développement de l'offre régionale. Dans tous les cas, l'impact de ces décisions semble mineur par rapport au levier tarifaire et, surtout, au poids des acteurs. Ainsi, dans le Languedoc-Roussillon, c'est avant tout l'incapacité – ou le refus – des titulaires d'autorisations à les mettre en œuvre qui a entravé le développement de l'HAD.
- [229] Paris et sa banlieue, l'agglomération lyonnaise, Bordeaux, la Haute-Vienne... : si ces zones présentent un fort taux de recours à l'HAD, c'est d'abord parce qu'y opèrent des établissements implantés de longue date, véritables « moteurs » de l'offre régionale. A l'inverse, la plupart des acteurs du Languedoc-Roussillon, en particulier les hôpitaux, se désintéressaient de l'HAD jusqu'à peu.
- [230] Dans ces dynamiques territoriales, l'importance de l'offre de soins ne joue pas non plus un rôle essentiel. La comparaison entre le Limousin et le Languedoc-Roussillon, où cette offre est de niveau similaire, montre que c'est avant tout la volonté et l'ancienneté des opérateurs qui détermine le développement de l'HAD, la politique régionale ne jouant qu'un rôle plus ou moins facilitateur.

## 3. ASSURER LE DEVELOPPEMENT DE L'HAD DE FAÇON MAITRISEE ET DIFFERENCIEE

### 3.1. *L'HAD constitue une réponse potentiellement adaptée à certains besoins sanitaires, sociaux et financiers*

#### 3.1.1. Une réponse à la demande sociale de prise en charge à domicile, sous certaines conditions médicales et socio-familiales

- [231] L'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile<sup>22</sup>. Etre soigné à domicile constitue en effet, pour l'immense majorité des malades, un confort moral et matériel indéniable. Cette « demande de domicile » s'exprime très fortement pour les soins palliatifs, une forte majorité de français déclarant vouloir mourir à domicile, alors qu'actuellement, moins d'un tiers y décède. Pour les aidants, l'HAD évite de supporter les inconvénients de l'hospitalisation classique : trajets domicile-hôpital, ticket modérateur, forfait journalier, promiscuité... Par rapport aux formes plus « légères » de prise en charge à domicile, elle apporte une aide matérielle et psychologique notable.
- [232] Ces tendances devraient s'amplifier à l'avenir sous l'impact du vieillissement. Comme le souligne le HCAAM, le vieillissement engendre en effet une augmentation des maladies chroniques et de la dépendance qui impose une transformation de l'offre de soins en faveur, en autres, des prises en charge à domicile<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> L'HAD s'inscrit ainsi dans un continuum de prise en charge qui va jusqu'au « maintien à domicile » en passant par les « soins à domicile ».

<sup>23</sup> « [...] mobiliser une partie de l'existant pour le faire évoluer, [...], vers une offre hospitalière diversifiée en médecine gériatrique, en services de suite ou d'HAD, et vers une offre médico-sociale à la fois plus complète (à domicile et en établissement) et plus dense ». Avis du HCAAM, « Vieillesse, longévité et assurance maladie », avril 2010.

- [233] De fait, au-delà du bien-être du malade, le maintien à domicile permet d'éviter la désocialisation (syndrome du « glissement »), risque auquel sont particulièrement exposées les personnes âgées, mais aussi les enfants. D'une façon générale, l'impact sur la santé d'une prise en charge à domicile, en alternative à une hospitalisation complète, est d'autant plus positif que la personne est fragile et que, sans l'HAD, le séjour hospitalier aurait été long, avec de multiples allers-retours entre le domicile et l'hôpital.
- [234] Il convient toutefois de noter, qu'à la connaissance de la mission, cet impact positif n'a pas été démontré scientifiquement. L'HAS dans son rapport sur le recours à l'hôpital en Europe indique qu'« aucune différence dans les différentiels d'état de santé n'a pu être démontrée ». Ce constat s'appuie cependant sur des synthèses<sup>24</sup> de travaux de recherche consacrés à des dispositifs anglo-saxons dont les caractéristiques sont, comme on l'a vu, différentes de l'HAD française. Cette question mériterait donc d'être investiguée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge en HAD et de préciser sa place dans les parcours de soins.
- [235] Les innovations thérapeutiques et technologiques autorisent la prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes et complexes en dehors des murs de l'hôpital. Elles constituent donc un facteur de développement des soins à domicile, dont l'HAD. C'est le cas, par exemple, de certaines chimiothérapies intra veineuses qui peuvent être administrées à domicile. La télémédecine et notamment la télésurveillance ouvrent également des pistes prometteuses. Par ailleurs, l'HAD, ainsi que les diverses formes d'alternative à l'hospitalisation complète, apparaît comme un moyen de concilier l'indispensable concentration des plateaux techniques hospitaliers avec l'aspiration croissante des usagers à une prise en charge de proximité, si possible à domicile.
- [236] Pour les patients et leur entourage, l'HAD présente donc de multiples avantages. Cependant, elle comporte aussi des limites. Pour les aidants, elle peut engendrer de la fatigue et de l'angoisse, voire un épuisement, notamment pour les prises en charges les plus lourdes et les plus longues. Sur le plan médical et malgré les progrès technologiques, certaines pathologies ou certains stades du traitement (diagnostic, états instables...) ne peuvent pas faire l'objet d'une HAD, en particulier lorsque la prise en charge du patient nécessite l'utilisation d'un plateau technique hospitalier<sup>25</sup>.

### 3.1.2. Une contribution potentielle à l'efficience du système de santé

- [237] Du point de vue financier, l'HAD, comme l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation complète, présente la caractéristique de faire peser sur les ménages – et non sur les dépenses d'assurance maladie – la plus grande partie des charges non directement liées aux actes médicaux et paramédicaux : repas, surveillance, toilette, hôtellerie, ... Ceci permet de compenser les surcoûts structurels de l'HAD, notamment les déplacements et les « déséconomies d'échelle » liées au fait que le personnel soignant ne s'occupe, à un moment donné, que d'un patient. Le coût d'une journée en HAD est donc nettement inférieur à celui d'une journée en MCO ou SSR : 169 € contre 263 € (-35%) pour les soins de suite et de réadaptation (étude de l'IRDES publiée en 2006), 234 € contre 455 € (-48%) pour les soins palliatifs (étude de l'ATIH publiée en 2009). Il convient, par ailleurs, de noter que ne sont pas inclus dans les charges de l'HAD, les coûts liés aux plateaux techniques et aux actes diagnostiques ou thérapeutiques qui y sont mis en œuvre.

<sup>24</sup> Shepperd, Doll, Angus et al, Admission avoidance hospital at home (review), The Cochrane collaboration, last assessed as up-to-date, 22 april 2008. Shepperd, Doll, Broad, Gladman et al, Early discharge hospital at home, The Cochrane collaboration, last assessed as up-to-date, 23 july 2008.

<sup>25</sup> On pourra, toutefois, trouver des alternances de séquences avec et sans utilisation de plateau technique, selon l'évolution de la ou des pathologies dans le temps, le besoin ou non de repréciser ou d'approfondir techniquement le diagnostic ou même celui de recourir à des phases de traitements en milieu hospitalier, l'HAD permettant alors d'éviter une hospitalisation classique de longue durée.

- [238] L'intérêt médico-économique de l'HAD doit cependant s'apprécier par rapport à la trajectoire complète des patients. Ainsi, si elle est nettement plus longue, une prise en charge en HAD peut se révéler plus coûteuse qu'une hospitalisation classique. L'ATIH montre, par exemple, que le montant moyen d'un séjour en soins palliatifs est moins coûteux en MCO qu'en HAD (7185 € contre 8160 € cf. supra). Mais d'une manière générale il ne faut pas oublier que le passage en hospitalisation classique comporte des actes diagnostiques qui ne peuvent pas être effectués en HAD. Même à durée de séjour égal, l'HAD peut se révéler coûteuse si elle se substitue non pas à une hospitalisation classique mais à des soins ambulatoires ou à une prestation médico-technique. Là encore, les études médico-économiques manquent pour évaluer l'impact exact de l'HAD sur le coût des parcours de soins. Les études anglo-saxonnes précitées indiquent d'ailleurs qu'il n'est pas démontré que l'HAD constitue une alternative moins coûteuse que la prise en charge à l'hôpital ; conclusions à prendre cependant avec précaution compte tenu de la spécificité, selon le pays étudié, des soins hospitaliers à domicile. L'hypothèse selon laquelle l'HAD est une alternative économiquement intéressante pour l'assurance maladie mériterait donc d'être approfondie afin d'optimiser sa place dans les parcours de soins.
- [239] Au-delà de l'assurance maladie, on peut s'interroger sur le coût global de l'HAD pour la collectivité. Une part des coûts transférés aux ménages est en effet prise en charge au titre de l'action sociale et de la dépendance, en particulier via l'APA. L'HAD peut aussi avoir un impact sur l'activité et/ou la productivité des aidants actifs. Là encore, ces questions mériteraient des études micro et macro-économiques.
- [240] Enfin, il faut souligner la contribution potentielle de l'HAD à l'efficacité de notre système de soins sur le plan structurel. Etant placée à la charnière des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont elle s'efforce de coordonner les interventions, elle peut aider à leur décloisonnement, notamment à une plus grande « ouverture » de l'hôpital et contribuer, ainsi, à l'optimisation des parcours de soins. Cela suppose cependant que l'HAD se développe et surtout qu'elle trouve sa juste place dans l'offre de soins.
- [241] Pour y parvenir, il importe qu'il y ait une adéquation entre les champs d'intervention pour lesquels des services nouveaux ou plus étendus sont attendus de l'hospitalisation à domicile et les tarifications applicables.

### **3.2. Développer et conforter la place HAD dans l'offre et les parcours de soins**

#### **3.2.1. Promouvoir des développements ciblés et élargir l'offre en gériatrie**

#### **Recommandation n°1 : Promouvoir des développements ciblés pour conforter la place de l'HAD dans les parcours de soins.**

- [242] Conforter la place de l'HAD dans les parcours de soins passe par le développement de certaines prises en charges et de compétences spécifiques. Ceci ne doit toutefois pas conduire à remettre en cause le caractère polyvalent et généraliste des HAD qui, en fonction de leurs compétences et des besoins, pourront développer plus particulièrement telle ou telle prise en charge.
- [243] Pour les soins ponctuels, promouvoir une offre sélective en chimiothérapie et réserver les prises en charge en périnatalité aux cas pathologiques qui le justifient expressément et assurer le développement de la pédiatrie.

- [244] Parmi l'ensemble des séjours en HAD de patients présentant une pathologie cancéreuse, les soins techniques de cancérologie sont essentiellement la réalisation de chimiothérapie. Cette prise en charge en HAD ne saurait consister en la seule administration du traitement mais doit comporter l'examen clinique, la vérification des critères biologiques préalable à l'administration du traitement, la surveillance médico-soignante de l'administration thérapeutique et la surveillance et la gestion des effets secondaires dans le cadre d'une prise en charge nécessitant des soins coordonnés. Dans ces conditions, ce mode de prise en charge est indéniablement favorable pour le patient, évitant notamment des transports pour les patients, les établissements de santé pouvant être éloignés de leur domicile. Elle permet en plus une véritable implication du médecin traitant dans cette prise en charge, conformément aux recommandations du plan cancer, sous réserve qu'il soit « sécurisé » par une grande disponibilité des médecins de l'HAD pour discussion des cas et aide à la décision en tant que de besoin. Ainsi, est assuré un véritable transfert des compétences.
- [245] Cependant, son développement doit prendre en compte d'une part le respect des conditions de sécurité pour la préparation des cytotoxiques et d'autre part les évolutions thérapeutiques telles que les chimiothérapies par voie orale, ...qui ne justifieront pas forcément une prise en charge en HAD.
- [246] Par ailleurs ce développement pourrait se voir limité par celui de l'hospitalisation de jour. Le plan cancer 2009 – 2013 prévoit que l'Inca établisse un référentiel des prises en charge de chimiothérapie en HAD ; dans ce cadre les places respectives de l'HAD et de l'hospitalisation de jour doivent être précisées.
- [247] L'activité obstétricale en HAD doit se limiter à la surveillance des grossesses à risque, la prise en charge de pathologies maternelles et le post partum pathologique. Le post partum physiologique, le retour précoce à domicile après accouchement relèvent d'autres types de prise en charge : sage femme libérale, PMI ou suivi à domicile par une sage femme du service d'obstétrique selon une organisation à mettre en place par celui-ci en fonction de l'offre de soins existant dans le territoire de santé. Une expérimentation est menée par la CNAMTS à Rennes, Annecy et Versailles : mise en place d'une aide au retour à domicile avec présence de l'assurance maladie dans les maternités pour offrir aux post parturientes l'intervention de sage femme prise en charge financièrement à 100%. Il conviendra d'en faire l'évaluation.
- [248] L'activité de pédiatrie en HAD concerne actuellement soit des problèmes de périnatalité (prématurité et immaturité, faible poids pour l'âge gestationnel, bradycardie liée à une immaturité de l'appareil cardio-respiratoire,..) soit des enfants plus grands présentant des pathologies graves et/ou chroniques. Le développement de ce type de prise en charge permettant de faciliter un retour plus précoce de l'enfant à son domicile, de raccourcir des hospitalisations longues ou d'éviter des hospitalisations itératives doit être favorisé. L'intérêt pour l'ensemble de la famille, l'enfant, les parents, la fratrie, est évident. Cependant, il ne peut s'agir que d'un choix « éclairé » de la famille. Par ailleurs, elle nécessite une grande implication et disponibilité des médecins de l'HAD directement auprès de la famille et/ou auprès du médecin traitant (discussion du cas, aide à la décision,...) et éventuellement auprès de l'établissement de santé de proximité.
- [249] La surveillance des nourrissons en bonne santé ayant pour objectif l'éducation et le soutien de la famille dans un contexte psycho social potentiellement à risque pour l'enfant doit être assurée mais ne relève pas de l'HAD mais d'autre type de prise en charge telle que l'intervention de la PMI.
- [250] Pour les soins continus, poursuivre le développement des soins palliatifs mais de façon plus ciblée.
- [251] La demande de pouvoir décéder à domicile est importante (plus des deux tiers des français). La possibilité de délivrer dans de bonnes conditions des soins palliatifs à domicile prend ainsi tout son intérêt même si tout décès ne relève pas de soins palliatifs.

- [252] Le plan national « soins palliatifs » préconise le développement de la prise en charge de la fin de vie au domicile. Il a arrêté différentes mesures pour ce faire : développer la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques en HAD, développer et favoriser l'intervention des gardes-malades à domicile et assurer leur formation, mettre en œuvre des actions de formation des personnels intervenant dans les structures médicosociales et les services de soins à domicile, mettre en place un soutien des proches et aidants en proposant une formation et accompagnement aux soins palliatifs.
- [253] Ceci passe par le développement coordonné de différentes modalités de prise en charge à domicile : soins de ville, réseaux de santé, équipe mobile de soins palliatifs, HAD, ... Ainsi, il est nécessaire de clarifier le rôle respectif de ces différents acteurs en distinguant les effecteurs (HAD, SSIAD...) et les dispositifs chargés de les soutenir et les appuyer via notamment un transfert de savoir-faire (réseau, équipe mobile...).
- [254] L'intervention à domicile d'équipes mobiles de soins palliatifs est à développer en articulation avec les médecins de ville, notamment pour les patients qui ont été pris en charge préalablement en milieu hospitalier par ou avec l'appui de cette équipe.
- [255] L'HAD est donc une des modalités de prise en charge des soins palliatifs à domicile en complémentarité avec les autres lorsque l'intensité des soins le justifie, conformément à des référentiels de prescription (cf. infra).
- [256] Pour les soins de suite et de réadaptation, développer la prise en charge en soins de suite spécialisés, notamment pour les AVC.
- [257] Les textes récents (2008) sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) ont insisté sur le fait que le projet de soins hospitaliers dépasse le temps et les murs hospitaliers, en particulier par la préparation et l'accompagnement de la reprise du cours de la vie, la coopération hôpital-ville et l'articulation sanitaire – médico-social.
- [258] Le développement de l'activité de soins de suite et de réadaptation en HAD est de nature à permettre d'éviter des sorties retardées des établissements de soins aigus, de raccourcir les séjours en établissements de SSR et d'éviter des ré hospitalisations. Au-delà de cet aspect, l'organisation coordonnée de soins de rééducation pluridisciplinaire (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie,...) et de soins infirmiers à domicile permet un travail de réadaptation en situation de vie de la personne et un transfert optimisé des acquis obtenus lors de l'hospitalisation classique. La réadaptation est en effet maximale dans le lieu où s'exerce la fonction. L'hospitalisation à domicile peut mettre en œuvre et coordonner l'ensemble des professionnels de santé nécessaires (hospitaliers et libéraux), s'appuyant sur un projet thérapeutique partagé, finalisé et réajusté tout au long de la prise en charge. Il est à noter que l'offre libérale n'existe pas pour certaines professions de rééducation telles que les ergothérapeutes, et qu'elle est limitée pour d'autres (masseurs-kinésithérapeutes).
- [259] Ainsi l'HAD est un type de prise en charge essentiel pour les personnes atteintes d'une maladie invalidante.
- [260] L'exemple type en est l'accident vasculaire cérébral dont la prise en charge a fait l'objet d'un plan national lancé récemment par madame la ministre de la santé et des sports (avril 2010). Pour cette pathologie, par exemple, l'HAD doit disposer d'un temps médical de coordination (expertise MPR nécessaire) spécifique en partenariat étroit avec les médecins de médecine physique et de réadaptation des établissements supports. Toutes les compétences spécialisées doivent pouvoir être mobilisées : infirmières, aides-soignantes formées à la prise en charge et à l'éducation au domicile, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, travailleurs sociaux et psychologues. Le choix de la composition de l'équipe (salariés ou libéraux, salariés de fait pour les ergothérapeutes) sera tributaire de l'environnement du lieu d'implantation de l'HAD.

- [261] Concrétiser ces développements passe par une amélioration de la collaboration avec les personnels paramédicaux libéraux (cf. infra).

**Recommandation n°2 :    Elargir l'offre en gériatrie en maintenant la distinction avec les SSIAD.**

- [262] Le vieillissement de la population et l'accroissement de la longévité rendent nécessaires la mise en place et le développement de formes d'interventions adaptées aux besoins des personnes très âgées. Il s'agit moins de techniques ou de disciplines particulières que de la prise en compte de la poly-pathologie de ces personnes, de la surveillance des interactions entre traitements pour des maladies diverses, de la superposition des soins d'entretien, de l'aide aux activités de la vie quotidienne et des soins relatifs aux traitements des affections cumulatives, voire à la prise en compte de la dimension psychologique et souvent neurologique de l'ensemble des difficultés médicales rencontrées par les personnes âgées.
- [263] L'hospitalisation à domicile, loin d'être l'intervenant unique en ce domaine, doit figurer parmi les acteurs de la prise en charge ; son apport doit résider dans le bénéfice des méthodes hospitalières transposées à domicile (résumés de séjours ; dossiers médicaux ; prise en compte de la complexité et de la coopération non seulement entre para médicaux mais aussi entre médecins).
- [264] Elle peut constituer une brique de la prise en charge, spécifiée non pas forcément en raison de la nature des affections mais en raison de l'importance et de la complexité des interventions et contributions requises. Tandis que le médecin de ville gardera à sa seule main, les prescriptions exécutées en service de soins infirmiers à domicile, qui diffèrent de l'HAD en grande partie par le temps de soins, dans le cas de l'hospitalisation à domicile, la coordination médicale supposera un accord des acteurs médicaux sur l'établissement des protocoles, leur variation, les modalités de sortie d'hospitalisation à domicile. C'est en préservant sa spécificité hospitalière et en favorisant les transferts de savoir faire que l'HAD justifiera sa place dans l'ensemble de la filière gériatrique.
- [265] Son rôle de substitut à l'hospitalisation polyvalente ou gériatrique classique trouve ici une illustration bienvenue qui suppose une aptitude de sa part à être présente auprès des services les plus concernés par le retour à domicile des personnes très âgées qu'il s'agisse de ménager des transitions, de poursuivre des soins palliatifs au domicile ou de se substituer à des soins de suite gériatriques. Par ailleurs, une priorité forte doit être d'éviter les hospitalisations à partir des EHPA et EHPAD. Outre une réactivité élevée de la part de l'HAD, cela suppose de généraliser les conventions avec les EHPA(D) et les faire vivre, notamment en assurant un repérage et un suivi des patients à risque d'hospitalisation ou sortant de MCO pour être admis ou réadmis en EHPAD. A cette fin, les conventions doivent prévoir des échanges réguliers entre les médecins coordonnateurs des deux structures. La complémentarité entre HAD et EHPAD ne peut être développée sans que soit assurée par ailleurs une médicalisation effective de ces derniers via la présence d'infirmiers, notamment la nuit.
- [266] Là plus qu'ailleurs, la réussite de l'extension dans le champ de compétence est étroitement liée à une définition des tarifs qui permette de rendre compte de la réalité des prestations fournies, les majorations de charge résultant de l'âge et de la poly pathologie et surtout de la complexité et du temps d'intervention requis par rapport au niveau justifiant la prise en charge par l'assurance maladie des prestations des SSIAD dont le périmètre tarifaire est différent.

**3.2.2.    Accélérer la production de référentiels et réformer la tarification**

**Recommandation n°3 :    Améliorer les conditions de la prescription en accélérant l'élaboration de référentiels nationaux et le développement d'études médico-économiques sur la place de l'HAD dans les parcours de soins.**



- [267] Pour assurer un recours pertinent à l'HAD et assurer son développement ciblé, il est nécessaire d'apporter des éléments d'aide à la décision aux médecins prescripteurs. Pour cela, il convient d'accélérer l'élaboration des référentiels, arbres de décisions et protocoles de prise en charge des différentes pathologies et d'actualiser ceux qui existent déjà. Cela permettra notamment de situer le recours à l'HAD de manière alternative à d'autres modes de prise en charge. Des premiers travaux ont été réalisés dans ce sens par la HAS<sup>26</sup> : ils doivent être actualisés et prolongés à travers un programme de production de référentiels piloté par cette agence, en partenariat avec d'autres acteurs (notamment l'INCA pour la chimiothérapie). Une priorité doit être accordée à la cancérologie, à l'obstétrique, à la pédiatrie, à la gériatrie et aux soins de suite et de réadaptation. Des référentiels devraient aussi être élaborés pour la prise en charge en HAD de personnes handicapées, y compris celles hébergées en établissement, en complément d'un cadre réglementaire facilitant ce type d'intervention.
- [268] D'une manière générale, une bonne utilisation de ces référentiels suppose que soit mieux organisée et planifiée les sorties de patients pris en charge en MCO et SSR.
- [269] Au-delà des recommandations de bonne pratique médicale, ces référentiels doivent intégrer des éléments d'analyse médico-économique permettant de comparer les différents types de prise en charge sur des critères d'efficacité. C'est particulièrement nécessaire lorsqu'il s'agit de prestations qui peuvent être alternativement réalisées en hospitalisation classique, en hôpital de jour ou en HAD, comme par exemple certaines chimiothérapies. La CNAMTS a lancé des travaux dans ce sens. Il serait souhaitable qu'ils soient achevés dans les meilleurs délais et que de nouvelles études soient lancées. Cela suppose que les systèmes d'information soient améliorés. En effet à ce stade, il n'est pas possible d'étudier le coût global des parcours de soins des patients en HAD car ceux-ci ne sont pas identifiés comme tels dans le système d'information de l'Assurance Maladie (SNIRAM). Il n'est donc pas possible de disposer d'une vision complète de leur consommation de soins pour une période donnée, intégrant les soins de ville, en SSIAD, en EHPAD, en hospitalisation complète et en HAD. Des dispositions réglementaires ont été prises pour améliorer les systèmes d'information s'agissant des EHPAD ; des dispositions équivalentes devraient être prises pour les patients en HAD.
- [270] Enfin, ces études médico-économiques doivent soutenir les démarches de performance dans le management des activités d'HAD. L'ANAP a engagé une première action (HAD de Crest) dans le cadre de la démarche « 100 pôles d'excellence ». Il paraît nécessaire d'amplifier cette démarche et d'inscrire, dans les programmes de travail de l'ANAP l'aide technique aux démarches d'amélioration de la performance du fonctionnement de l'HAD (par exemple l'organisation des relations avec les prescripteurs, la permanence des soins, la pharmacie etc...).

**Recommandation n°4 : Réformer la T2A HAD en la fondant davantage sur l'information médicalisée et en la rendant cohérente et convergente avec les autres systèmes de tarification.**

- [271] La T2A HAD montre des limites, d'abord du fait de la déconnexion entre les tarifs et les coûts de prise en charge au sein d'un même groupe tarifaire. De plus, il sera très difficile de développer l'HAD sur les cibles évoquées précédemment, notamment à travers une offre nouvelle en gériatrie ou en pédiatrie, si n'est pas mise en place une tarification incitative. Il est donc nécessaire de faire évoluer le système tarifaire. La mission préconise de différencier le mode de construction des tarifs en fonction de la nature des activités mises en œuvre en distinguant les soins ponctuels, les soins continus et les soins de suite et de réadaptation. Cette approche permettrait de mettre en cohérence, pour chaque type d'activité, la tarification HAD avec celle appliquée pour les autres formes de prises en charge : hospitalisation en MCO, hospitalisation en SSR, SSIAD ou soins ambulatoires. Plus précisément :
- pour les soins ponctuels, il s'agit de construire les tarifs HAD sur les mêmes bases que ceux du MCO, c'est-à-dire à partir de coûts standards constatés sur des groupes homogènes

<sup>26</sup> Par exemple en matière de périnatalité

de séjours (GHS), cohérents avec ceux utilisés pour la T2A MCO. Par exemple pour les chimiothérapies, cela permettrait une comparaison directe, sur des bases homogènes, des prises charge en HAD et en hôpital de jour ;

- pour les soins continus, notamment pour les soins palliatifs, la tarification HAD devrait être élaborée sur la base d'une valorisation de la charge en soins, c'est à dire des activités mises en œuvre dans la durée. Cette approche devrait, dans la mesure du possible, être cohérente avec la tarification des SSIAD (en tenant compte des différences de périmètre tarifaire) qui, elle aussi, combine la prise en compte de soins d'entretien et de soins techniques ;
- pour les soins de réadaptation, la tarification HAD devrait être construite sur les mêmes bases que la future tarification à l'activité de l'hospitalisation SSR et donc à partir d'une approche protocolisée des prises en charges par groupe homogènes de malades.

[272] Ces orientations devraient être mises en œuvre dans un esprit de décloisonnement des systèmes tarifaires, en veillant toutefois à ne pas affaiblir la transparence et l'efficacité de l'outil tarifaire (en particulier s'agissant des activités de SSR). Ceux-ci prendraient ainsi davantage en compte le patient que le type de structure qui l'accueille. Cette approche suppose une coopération des autorités de tarification que constituent la DGOS, la DGCS et l'Assurance Maladie (cette dernière fixant notamment la tarification des prestataires médico-techniques), en concertation avec les fédérations.

[273] Cette réforme de la tarification devrait être engagée dès que possible sans attendre l'exploitation complète des données de l'ENC HAD et devrait déboucher sur une homogénéisation des exigences d'information médicale pour l'ensemble des services et structures MCO, SSR et HAD.

### **3.2.3. Améliorer la couverture territoriale de l'HAD et son intégration dans l'ensemble de composantes de l'offre de soins**

**Recommandation n°5 : Déterminer la place de l'HAD dans les PRS et les SROS à partir d'une évaluation précise des besoins et sur la base de grands regroupements de modes de prise en charge.**

[274] L'élaboration des PRS et des SROS doit être l'occasion de tracer des axes de développement de l'HAD adaptés à chaque contexte régional, dans le cadre des orientations citées précédemment.

[275] Cette programmation doit s'inscrire dans le cadre d'orientations nationales (développement ciblés, place dans l'offre de soins, qualité de service...) laissant d'importantes marges de manœuvres aux autorités régionales. Cet exercice doit en effet reposer sur une évaluation précise des besoins (au niveau du territoire de santé ou, à défaut, départemental) réalisée grâce à une méthodologie partagée. Sur cette base, la programmation régionale ne doit pas se limiter à un volet spécifique consacré à l'HAD mais fixer la place de l'HAD dans les principales filières de soins (cancérologie, périnatalité, gériatrie, soins palliatifs...), d'une part, et dans chacun des territoires de santé (collaboration avec les autres acteurs, gestion des parcours de soins...), d'autre part. A ce titre, l'HAD doit figurer dans les deux SROS : hospitalier et ambulatoire.

[276] Sur le plan quantitatif, la mission estime qu'il n'est pas opportun de définir a priori, un objectif national qui serait ensuite décliné de façon forfaitaire dans chaque région. Le développement de l'HAD doit répondre aux besoins locaux, dans les limites fixées par la réglementation, les référentiels de prise en charge et le système tarifaire. C'est dans le cadre de la discussion du SROS que doivent être débattus et définis les volumes d'activité par grands agrégats de mode de prise en charge. Ceux-ci devront refléter l'évolution pluriannuelle des besoins à satisfaire par l'ensemble des acteurs concernés d'un territoire, en pointant notamment les activités et zones géographiques insuffisamment couvertes. Cela donnera aux ARS un levier pour adapter aux besoins de chaque territoire la politique de développement ciblé impulsée par le niveau national via notamment la fixation des tarifs.

**Recommandation n°6 : Accorder les autorisations d'HAD sur la base de cahiers des charges exigeants et faire des CPOM un véritable outil d'amélioration de la qualité de service, le cas échéant en recourant aux dotations en AC et FICQS.**

[277] La politique d'autorisation constitue un des principaux leviers d'intégration de l'HAD dans les parcours de soins et d'amélioration de la qualité de service.

[278] Les cahiers des charges imposés aux candidats doivent, sur la base du diagnostic et des orientations tracés dans les PRS et les SROS, fixer des critères précis (le cas échéant modulables en fonction du territoire de santé) en matière de taille et de périmètre géographique d'intervention, d'activité (modes de prise en charge), de sécurité et de qualité de service (permanence des soins, gestion du médicament, SI,..), de coopération et de coordination avec les autres acteurs de l'offre de soins (en particulier les autres HAD)... Cette autorisation doit rester générale, la spécialisation relevant de l'outil contractuel. Toutefois, s'agissant de la cancérologie, les HAD doivent être soumis au régime spécifique d'autorisations de cette activité en tant qu'établissements associés.

[279] Dans le prolongement de l'autorisation accordée, le CPOM conclu entre l'ARS et l'HAD doit fixer des objectifs précis et évaluables dans tous les domaines clefs (couverture géographique, sécurité et qualité de service, coopération et coordination entre les acteurs de soins, activités...). Ces CPOM doivent notamment déterminer un volume d'activité (en fourchette) par grands regroupements de modes de prise en charge. Il ne s'agit pas tant de circonscrire les progressions mais plutôt d'objectiver les insuffisances de progression qui doivent conduire soit à réévaluer l'objectif soit à trouver le meilleur moyen de couvrir le besoin non satisfait, en évitant de laisser des offres de soins inutilisées. Naturellement, le degré de précision retenu ne doit pas être exagéré : un niveau trop fin entraînerait des rigidités trop grandes avec des modifications perpétuelles de programmation ou au contraire des inadéquations persistantes. Ces objectifs, qui ne sauraient remettre en cause la polyvalence de l'autorisation, pourraient correspondre à des agrégats de type « cancérologie », « pédiatrie », « médecine polyvalente », « SSR polyvalent », « SSR neurologique et locomoteur »... Ces engagements doivent faire l'objet d'un suivi régulier puis, à l'échéance du contrat, d'une évaluation sur la base de laquelle sera reconduite, ou non, l'autorisation.

[280] Pour les objectifs allant au-delà des obligations réglementaires, ces contrats peuvent être accompagnés de dotations au titre de l'aide à la contractualisation (AC) ou du fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FICQS). Ces crédits, non systématiquement reductibles, pourront notamment soutenir l'intervention en zone rurale, la coopération entre structures, le lancement d'activités nouvelles,...

[281] Le bon fonctionnement d'une HAD reposant en grande partie sur ses relations avec ses prescripteurs, cette collaboration peut figurer dans les CPOM conclus avec les autres établissements de santé. Pour ne pas alourdir inutilement ces contrats, ce type de disposition devrait être réservé aux cas où cette coopération pose problème.

**Recommandation n°7 : Améliorer la couverture des zones rurales et organiser une concurrence limitée dans les zones urbaines très denses.**

- [282] Compte tenu de la dispersion des patients, la réussite de l'HAD en zone rurale passe par un partenariat étroit avec les intervenants libéraux (cf. infra) et, dans la mesure du possible, avec les SSIAD (mise à disposition ponctuelle d'aides-soignants, notamment dans les zones les plus éloignées, cf. infra). La taille critique étant plus difficile à atteindre dans ces zones, le développement d'HAD en milieu rural repose également sur une coopération accrue entre établissements (notamment pour la permanence des soins) ou la création d'« antennes » rattachées à des établissements installés en zone urbaine. Cet adossement permet en effet de concilier proximité et efficacité. Enfin, la télémédecine ouvre des pistes potentiellement intéressantes pour la couverture des zones rurales.
- [283] Si la concurrence entre HAD peut être une source d'émulation et d'efficacité, elle ne semble pas opportune dans les bassins de population les moins denses, ni en phase de développement de l'offre. Elle doit donc être limitée, dans un premier temps, aux zones urbaines les plus densément peuplées, dès que les structures ont atteint une certaine maturité. Ailleurs, un partage exclusif paraît plus approprié, à condition que chaque HAD, même celle rattachée à un établissement de santé, s'engage à collaborer avec tous les prescripteurs, vis-à-vis de l'ARS (CPOM avec indicateurs de suivi) et des établissements hospitaliers (comité des prescripteurs).

**Recommandation n°8 : Contribuer à la coordination des différents acteurs de prise en charge à domicile.**

- [284] Bien qu'appartenant au monde hospitalier, l'HAD constitue une forme de prise en charge à domicile, un domaine marqué à la fois par une grande hétérogénéité (acteurs hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et sociaux) et une faible structuration.
- [285] Même si cette question dépasse, de loin, celle de l'HAD, celle-ci peut apporter sa contribution à la coordination de ces différents acteurs et, ainsi, à l'amélioration du continuum de prise en charge et à l'optimisation des ressources. Elle peut notamment apporter son expérience et son savoir-faire dans les domaines clefs tels que la permanence des soins, la coordination pluridisciplinaire, le partage d'information, la protocolisation... Si l'HAD ne peut, à elle seule, coordonner l'ensemble des prises en charge à domicile et encore moins organiser les soins primaires, elle peut constituer un point d'appui utile.
- [286] L'élaboration des projets territoriaux de santé dans le cadre des futurs PRS et des SROS peut être, sous l'égide des ARS, l'occasion pour les différentes parties prenantes, en particulier les professionnels de santé libéraux, d'identifier des pistes de coopération (échange d'informations et de bonnes pratiques, communication en direction des prescripteurs, élaboration de protocoles partagés, mutualisation de certaines fonctions, interconnexion des systèmes d'information, télémédecine...) puis d'expérimenter, des outils de coordination auquel les établissements d'HAD pourront apporter leur contribution.
- [287] Cette contribution peut prendre de multiples formes, en fonction des besoins et des projets exprimés par les acteurs de terrain. Elle peut ainsi aller de l'appui technique à la création de maisons et pôles de santé à la constitution d'opérateurs polyvalents (opérateurs offrant des services diversifiés de prise en charge à domicile) en passant par la mise en place de structures de coordination plus ou moins intégrées (du partage d'information et de bonnes pratiques à la mutualisation de ressources et de fonctions telles que la téléassistance ou la télésurveillance).

**Recommandation n°9 : Faciliter la coopération entre HAD et SSIAD en systématisant les conventions de relais et de mutualisation des ressources.**

- [288] Dans l'effort général de structuration des soins à domicile, la coopération entre ses deux acteurs principaux, SSIAD et HAD, mérite une attention particulière afin, d'une part, d'améliorer la continuité de la prise en charge et, d'autre part, d'optimiser leurs moyens.

[289] Au plan national, cela suppose de réfléchir à des modèles de financements cohérents. Au plan territorial, cela passe par des partenariats, encouragés par les autorités régionales et formalisés par des conventions comportant un ou deux volets :

- un volet consacré à l'organisation du relais (signalement, transmission du dossier de soins, fiche de liaison, protocoles d'évaluation...);
- un volet consacré à la mutualisation de ressources (mise à disposition de personnel, formations communes, permanence des soins...).

[290] La mutualisation de ressources doit se faire dans le respect de la réglementation, en particulier s'agissant du financement de chaque activité et de la traçabilité des actes. Sous cette réserve, une telle mutualisation, notamment la mise à disposition d'aides soignants, peut être un facteur d'efficacité et d'efficience, en particulier dans les zones rurales où la dispersion des patients impose des déplacements importants. Pour assurer la continuité des soins, ces mises à disposition doivent reposer sur un partage efficace de l'information (feuilles de transmission, participation aux réunions de coordination...). A défaut, elles ne peuvent rester que ponctuelles.

**Recommandation n°10 : Intégrer les prestataires médico-techniques dans le dispositif de régulation territorialisée de l'offre de soins.**

[291] Outre la production de référentiels et la réforme de la tarification (cf. supra), clarifier le partage des rôles entre HAD et prestataires médico-techniques nécessite d'intégrer ces derniers dans le dispositif de régulation territorialisé de l'offre de soins : planification, autorisation, contrôles,... L'intégration de ces prestations dans les PRS et SROS doivent permettre de mieux l'articuler avec le reste de l'offre de soins, en particulier celle intervenant à domicile (cf. supra). Les ARS et les DRSM devront vérifier, outre la bonne tarification, le respect des référentiels d'admission.

**3.3. Continuer à faire progresser la qualité de service pour permettre à l'HAD d'assurer des soins complexes et coordonnés**

**3.3.1. Améliorer la coordination des soins et des services apportés à domicile**

**Recommandation n°11 : Améliorer la gestion du médicament en veillant à l'application de la loi HPST et l'adaptation du Contrat de bon usage du médicament.**

[292] Les récentes dispositions de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et le projet de décret afférent permettront d'améliorer la gestion des médicaments. Il convient de veiller à la publication prochaine du décret et à la mise en œuvre de ces dispositions.

[293] Par ailleurs, les spécificités de l'HAD doivent être prises en compte dans les contrats de bon usage du médicament. Si une certaine latitude d'adaptation doit être laissée au niveau régional - ARS avec l'appui des Observatoires des Médicaments et des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) - un socle commun d'indicateurs spécifiques à l'HAD et limités en nombre, doit être défini au niveau national.

**Recommandation n°12 : Formaliser davantage et valoriser la coordination avec les libéraux.**

[294] La règle doit rester que le médecin traitant est le médecin responsable de la prise en charge du patient. Il convient toutefois de lui laisser la possibilité, à sa demande et d'un commun accord avec le médecin coordinateur, que ce dernier assure ce rôle pour toute la durée du séjour. Ceci doit être clairement formalisé entre le médecin traitant et le médecin de l'HAD, dans le document actant l'accord du médecin traitant pour l'admission en hospitalisation à domicile.

- [295] L'intervention des professionnels de santé libéraux doit reposer sur un protocole de soins arrêté conjointement indiquant notamment la nature et la fréquence de ces interventions, ce protocole étant révisable selon les mêmes modalités en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. La convention entre les professionnels de santé libéraux et l'HAD doit indiquer leur participation aux réunions de concertation (staff autour du cas du patient) et réunions de coordination organisées par l'HAD et l'engagement de l'HAD en termes de formation.
- [296] Du point de vue du fonctionnement de l'HAD, le recours accru à des intervenants libéraux passe nécessairement par le renforcement des fonctions de coordination (médecins et infirmiers coordinateurs).
- [297] La loi HPST permet aux HAD de déroger au paiement à l'acte pour les intervenants paramédicaux. Cette possibilité doit être étendue à tous les professionnels de santé libéraux et mise en œuvre selon deux modalités :
- la participation des professionnels de santé libéraux aux réunions de concertation, de coordination et de formation justifie une rémunération forfaitaire en sus du paiement à l'acte ;
  - pour certaines prises en charge particulièrement lourdes, des rémunérations forfaitaires pourront être offertes.

**Recommandation n°13 : Encadrer et harmoniser la permanence des soins en l'adaptant au type de prise en charge.**

- [298] Les modalités concrètes de l'organisation mise en place par l'HAD pour assurer la permanence des soins doivent être fixées par les ARS dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens en fonction du contexte local. Il convient également de tenir compte de la spécificité de certaines activités hautement spécialisées telles que la prise en charge des grands prématurés.
- [299] Un socle minimum commun doit être arrêté par le niveau national. Celui-ci doit consister en :
- une astreinte d'un infirmier salarié de l'HAD, dans la mesure du possible infirmier coordinateur, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, astreinte téléphonique et intervention sur place si nécessaire ;
  - une astreinte téléphonique d'un médecin salarié de l'HAD pour conseil, aide à la décision et à la régulation sur appel de l'infirmier d'astreinte ;
  - convention avec le centre 15 qui doit disposer au moins de la liste nominative des patients pris en charge par l'HAD avec indication de leur(s) pathologie(s).
- [300] Au-delà de ce socle minimum, selon les possibilités et organisation locales, une implication plus importante peut être demandée par les ARS et mise en place par l'HAD telle qu'une astreinte téléphonique médicale de première ligne avec ou sans intervention au domicile du patient.

**Recommandation n°14 : Structurer, de façon coordonnée, les SI HAD et intégrer l'HAD dans le développement de la télémédecine.**

- [301] Le déploiement de systèmes d'information cohérents, performants, interopérables et sécurisés est un objectif partagé par tous les acteurs du système de santé. Il revêt cependant une complexité et une importance particulières pour les établissements d'HAD compte tenu, d'une part, des caractéristiques de cette forme de prise en charge (diversité des intervenants, dispersion des patients...) et, d'autre part, de la petite taille des opérateurs. Au-delà de l'effort financier que devront consentir les opérateurs, l'amélioration et le développement des SI HAD passe donc par l'élaboration de solutions partagées à l'image de la « plate-forme de services » envisagée par le « plan d'action relatif à l'industrialisation d'une solution informatique destinée aux HAD » qui sera bientôt lancé par l'ASIP et la FNEHAD<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Convention de partenariat entre l'ASIP et la FNEHAD signée le 27 avril 2010.

[302] L'HAD peut également contribuer à l'essor de la télémédecine, en particulier la télésurveillance, en participant aux expérimentations et appels à projets, notamment ceux qui découleront du Grand Emprunt. Les difficultés à résoudre sont en effet encore nombreuses (obstacles juridiques, financiers, techniques,...), sans être spécifiques à l'HAD. Sur le plan organisationnel, ces expérimentations devront définir les rôles spécifiques des établissements HAD et des autres acteurs, en particulier les plates-formes de télésurveillance. La périnatalité, la cardiologie et la cancérologie en phase aiguë constituent, pour la télésurveillance, des terrains d'application particulièrement prometteurs. La présence d'infirmiers ou d'aide soignants au domicile pourrait faciliter le recours à la téléconsultation, notamment de médecins spécialistes.

### 3.3.2. Améliorer la qualité de la prise en charge, par les soignants et les aidants

#### **Recommandation n°15 : Renforcer la formation des intervenants libéraux et développer la formation (initiale et continue) en matière de coordination médicale et paramédicale.**

[303] Alors que la coordination constitue le cœur de métier de l'HAD, très rares sont les médecins et infirmiers coordinateurs qui ont été formés spécifiquement pour cela<sup>28</sup>. L'amélioration de la qualité de service et de prise en charge (mais aussi de la visibilité et l'attractivité de ces métiers) passe donc par une professionnalisation accrue de la coordination médicale et paramédicale via, notamment, davantage de formation : initiale (DESC, stages, SASPAS<sup>29</sup>...) et continue (formations organisées par les fédérations hospitalières, les facultés de médecine...). Ces questions et ces besoins étant partagés par d'autres acteurs sanitaires et médico-sociaux (réseaux, EHPAD...), ces formations gagneraient à être mutualisées.

[304] Par ailleurs, pour améliorer la qualité de la prise en charge, mais aussi renforcer la coordination et la continuité des soins, les HAD doivent consentir un effort supplémentaire de formation en direction des intervenants libéraux (EPP, EPU, FMC,...), dans le cadre des conventions conclues avec eux (cf. supra).

#### **Recommandation n°16 : Aider les aidants par un soutien psychologique et matériel.**

[305] Même si l'HAD repose sur le principe d'un partage des tâches entre les soignants et les aidants, des progrès sont nécessaires pour éviter que ces derniers, en particulier les plus fragiles (personnes seules, âgées, malades...), ne subissent un transfert excessif de charges, voire un épuisement.

[306] Ce soutien doit être à la fois psychologique et matériel : accompagnement systématique par un psychologue pour les prises en charge les plus lourdes (en particulier les soins palliatifs), groupes de parole, formations (soins corporels de base, observance, sécurité...), « répit » (ré-hospitalisations ponctuelles, accueil de jour ou de nuit, « aidants secondaires »), aménagement du temps de travail...

[307] Les soignants doivent également être mieux préparés et outillés pour gérer cette collaboration de facto : référentiels précisant le rôle de l'aidant pour chaque type de prise en charge, outils d'évaluation de l'épuisement, guides de bonne pratique, groupes de parole, projets individualisés d'accompagnement, intégration de la problématique de l'aidant dans la formation initiale ou continue des professionnels de santé...

<sup>28</sup> Le DU « Coordination en HAD » délivré par les facultés de Grenoble (en association avec Paris) et Nancy ne délivre qu'un enseignement très général à des promotions de taille réduite.

<sup>29</sup> Stage Ambulatoire en soins primaires en Autonomie Supervisée, inclus dans la maquette de formation des internes de médecine générale.

[308] Enfin, l'articulation avec les aides à la personne doit être confortée et renforcée. Outre l'intervention systématique de l'assistante sociale lors de l'admission, des conventions de partenariat devraient être conclues avec les principaux services d'aide à la personne présents dans le périmètre d'intervention, dans le cadre d'une convention nationale. Enfin, la possibilité de cumuler APA et HAD doit être préservée, au moins pour les prises en charge les plus lourdes<sup>30</sup>.

## Conclusion

[309] Au total il apparaît que l'HAD est à un moment charnière de son développement. Elle vient de connaître une phase de croissance rapide conservant son orientation cancérologique première et se développant dans les domaines de la périnatalité et surtout des soins palliatifs. Elle a veillé à maintenir ses standards de qualité de prise en charge dans un contexte délicat où son positionnement reste incertain et où les exigences de fonctionnement sont difficiles à remplir pour des structures dont beaucoup restent de petite dimension.

[310] Pour l'avenir, la conviction de la mission est que l'HAD a un potentiel important de développement si elle se concentre sur des lignes de développement pour lesquels sa valeur ajoutée est incontestable. C'est cette approche qui a conduit la mission à identifier des cibles de croissance, notamment dans les prises en charges gériatriques.

[311] Comme pour la précédente, cette nouvelle phase de développement doit être soutenue par les pouvoirs publics. Du point de vue de la mission, ceux-ci doivent continuer à promouvoir la qualité via la certification et l'élaboration de référentiels mais aussi s'engager dans une réforme profonde de la tarification. Cela suppose d'abord un véritable travail en commun entre les acteurs majeurs de la tutelle que constituent la DGOS, la CNAMTS et la HAS. A ce titre, la mission estime qu'un plan d'action devrait, le plus rapidement possible, être défini sous l'égide du ministère et en concertation avec les représentants des professionnels concernés.

Nicolas DURAND

Christophe LANNELONGUE

Patrice LEGRAND

Dr Vincent MARSALA

---

<sup>30</sup> Certains départements minoreraient ou supprimeraient l'APA des patients d'HAD, au risque de compromettre leur prise en charge.



## Principales recommandations de la mission

N°	Recommandations	Autorités responsables	Echéance
1	Promouvoir des développements ciblés pour conforter la place de l'HAD dans les parcours de soins.	DGOS, DSS, CNAMTS, DG ARS	2010 – 2011
2	Elargir l'offre en gériatrie en maintenant la distinction avec les SSIAD.	DGOS, DSS, DGCS, CNAMTS, DG ARS	2010 – 2011
3	Améliorer les conditions de la prescription en accélérant l'élaboration de référentiels nationaux et le développement d'études médico-économiques sur la place de l'HAD dans les parcours de soins.	HAS, DGOS, CNAMTS	Fin 2010 – fin 2011
4	Réformer la T2A HAD en la fondant davantage sur l'information médicalisée et en la rendant cohérente et convergente avec les autres systèmes de tarification.	DGOS, DSS, DGCS, CNAMTS	Fin 2010 - fin 2011
5	Déterminer la place de l'HAD dans les PRS et les SROS à partir d'une évaluation précise des besoins et sur la base de grands regroupements de modes de prise en charge.	DG ARS	2010-2011
6	Accorder les autorisations d'HAD sur la base de cahiers des charges exigeants et faire des CPOM (intégrant des objectifs d'activité par grands regroupements de prise en charge) un véritable outil d'amélioration de la qualité de service, le cas échéant en recourant aux dotations en AC et FICQS.	DG ARS	2012-2013
7	Améliorer la couverture des zones rurales et organiser une concurrence limitée dans les zones urbaines très denses.	DG ARS	2012-2013
8	Contribuer à la coordination des différents acteurs de prise en charge à domicile.	DG ARS	2010- 2011
9	Faciliter la coopération entre HAD et SSIAD en systématisant les conventions de relais et de mutualisation des ressources.	DG ARS	2010- 2011
10	Intégrer les prestataires médico-techniques dans le dispositif de régulation territorialisée de l'offre de soins.	DGOS, DSS, CNAMTS, DG ARS	2010-2011
11	Améliorer la gestion du médicament en veillant à l'application de la loi HPST et l'adaptation du Contrat de bon usage du médicament.	DGOS, DSS, CNAMTS	2010-2011
12	Formaliser davantage et valoriser la coordination avec les libéraux.	DGOS, DSS, CNAMTS et fédérations	2010-2011

<b>13</b>	Encadrer et harmoniser la permanence des soins en l'adaptant au type de prise en charge.	DGOS et DG ARS	2010-2011
<b>14</b>	Structurer, de façon coordonnée, les SI HAD et intégrer l'HAD dans le développement de la télémédecine.	ASIP et fédérations	2010 -2012
<b>15</b>	Renforcer la formation des intervenants libéraux et développer la formation (initiale et continue) en matière de coordination médicale et paramédicale.	DGOS, ARS, fédérations	2010-2012
<b>16</b>	Aider les aidants par un soutien psychologique et matériel.	DGOS, DGCS, DG ARS, fédérations	2010-2012

## Liste des personnes rencontrées au niveau national

### 1) Directions d'administration centrale

#### Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- M. Felix Faucon, chef de service pôle "organisation des soins, établissements et financement".
- Mme Sandrine Billet, Bureau R1
- Mme Michèle Brami, mission TAA
- Mme Christine Bronnec, chef de bureau O2 "organisation de l'offre régionale de soins et populations spécifiques"
- Mme Sylvia Breton, chargée de mission auprès de Félix Faucon
- M. Eric Ekong, chargé de mission
- Mme Anne-Aurélie Epis de Fleurian, chargée de mission - Mission Tarification à l'Activité (MT2A)
- Mme Carmen Fuertes, chargée de mission
- M. Mathieu Joyau, Bureau R5
- Dr Laetitia May-Michelangeli, adjointe au chef de bureau E2 "qualité et sécurité des soins en établissements de santé "
- M. Jean Malibert, chef de Pôle "proximité Bureau O3 "réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins" - S/D
- Mme Christine Matraglia, chargée de mission HAD Bureau O3 "réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins" - S/D organisation du système de soins
- Mme Dominique Osselin, adjointe au chef du bureau R4

#### Direction générale de la santé (DGS)

- M. Didier Houssin, directeur général

#### Direction de la sécurité sociale (DSS)

- M. Dominique Libault, directeur
- M. Thomas Fatome, chef de service
- M. Jérôme Clerc, chef de bureau

#### Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- Mme Annick Bonny, chef du bureau des personnes âgées
- Mme Virginie Chenal, adjointe
- Mme Anne-Sophie Lion
- Mme Aude Muscatelli, chargée de mission

**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)**

- Madame Lucie Olier, sous directrice "observation de la santé et de l'assurance maladie"
- Madame Minodier, chef de bureau "établissements de santé"
- Madame Valdelièvre, bureau "établissements de santé"

**Mission Plan AVC**

- Docteur Elisabeth Fery-Lemonnier, CGES
- Madame Josée Leroyer, DGOS
- Dr Bruno Pollez, Institut Catholique de Lille
- Dr Thierry Rusterholz, ARS Rhône-Alpes
- Dr Marc Sevene, Hôpital Saint Denis

**2) CNAMTS**Direction générale

- M Aubert, directeur général adjoint

DGOS

- M. Roblet, directeur
- Mme Anne Duchesne
- Mme Sabine Labatut
- Mme Angele Laviolette
- M. Marty, médecin Conseil

Direction du contrôle

- M Gaetano Saba

**3) Haute autorité de santé (HAS)**

- M. François Romaneix, directeur
- Mme Catherine Rumeau-Pichon, adjointe au directeur
- M. Patrice Dosquet, chargé de mission auprès du directeur
- Mme Fabienne Menot, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

**4) Agences nationales et organismes nationaux****ATIH**

- M. Housseyni Holla, directeur général
- Dr Joëlle Dubois
- Mme Sandra Gomez
- M Pierre Metral
- M. Jean-François Noury

**INCA**

- Professeur Dominique Maraninchi, président
- Dr Christine Bara, service organisation des soins
- Mme Marie Héléne Rodde-Dunet, responsable du département des parcours de soins et de la vie des malades

**ANAP**

- Mme Marie Dominique Lussier, chargée de mission

**ASIP**

- M. Jean-Yves Robin, directeur

**IRDES**

- Mme Laure Come Ruelle
- Dr Thomas Cartier

**5) Représentants des organismes d'HAD et de prise en charge à domicile****FNEHAD**

- Mme Elisabeth Hubert, présidente
- M. Francois Berard, délégué général

**FHF**

- M. Gerard Vincent, délégué général
- M. Yves Gaubert
- Mme Valérie Leborgne
- M Lesterlin

**FHP**

- M. J.L.Durousset, président
- M. Castra, chargé de mission

**FEHAP**

- M Yves Jean Dupuis, directeur général
- M David Causse, coordonnateur du pôle santé social
- Mme Samah ben Abdallah, chargée de mission

**UNASSAD**

- M Emmanuel Verny, délégué général

**Union nationale ADMR**

- Mme Dominique Dulhoste
- Mme Anne Myrtille Dubois
- Mme Clara Martin-Preve

**6) Représentants des professionnels de santé**

- MM. les Docteurs Michel Chassang et Michel Lévy, CSMF
- MM. Philippe Tisserand et Daniel Guillerm, FNI
- M le Docteur Claude Leicher, MG-France
- Mme Annick Touba, SNIIL

**7) Autres**

- M Lavorel, PDG société LVM médical
- Mme Martine Aoustin, directrice générale de l'ARS Languedoc Roussillon ancienne chef de la mission TAA à la DHOS
- MM Alain Garcia, Jacques Metais, André Aoun, Pierre Gauthier et Jean-Louis Bonnet, CGES et anciens ARH

# Réponses de la DGOS et observations de la mission



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Direction générale de l'offre de soins

Paris, le 13 août 2010

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins  
Bureau prises en charge post aigues, pathologies chroniques  
et santé mentale

La Directrice générale de l'offre de soins

A

Monsieur le chef de l'Inspection générale  
des affaires sociales

Dossier suivi par Dominique Osselin  
Tél. 01 40 56 47 52

Objet : rapport de l'IGAS sur l'hospitalisation à domicile

Monsieur,

Par lettre en date du 28 juillet vous m'avez transmis le rapport provisoire sur l'hospitalisation à domicile et m'avez demandé les observations sur le diagnostic et les préconisations effectuées.

Je partage le diagnostic global effectué sur cette activité encore récente, qui a bénéficié d'une impulsion forte des pouvoirs publics ces dernières années [180], qui a reposé sur l'élaboration de textes législatifs et réglementaires permettant de préciser le périmètre de l'HAD et de l'élargir à l'ensemble des lieux considérés comme le domicile du patient. Cette démarche réglementaire sera complétée par la publication prochaine d'un décret relatif à la gestion des médicaments qui devrait apporter la réponse attendue à la préconisation 11 et par un décret en cours de préparation sur l'intervention de l'HAD dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le caractère récent de l'activité peut pour partie expliquer le constat d'une grande diversité voire hétérogénéité [43-58], tant dans la répartition territoriale des structures, leur statut, leur taille, leur organisation que dans les activités couvertes.

Comme vous le soulignez [309], l'HAD est à un moment charnière de son développement et c'est dans cette perspective que vous effectuez seize préconisations dont onze concernent plus particulièrement la DGOS.

Les préconisations 1, 2, 10 et 12, concernent le périmètre d'intervention de l'HAD et ses relations avec les autres partenaires intervenant au domicile. Le rapport propose à la fois de cibler certains développements pour conforter la place de l'HAD dans le parcours de soins et d'élargir l'offre en gériatrie. Ces propositions sont en accord avec les travaux en cours ou pour certains à venir de la DGOS. La définition de la place de l'HAD et du service rendu est abordée dans de nombreux plans de santé publique (soins palliatifs, plan solidarité grand âge, plan cancer, prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques...). Il faut cependant souligner que ce sujet ne peut être traité indépendamment d'une analyse de la place des autres acteurs intervenant au domicile (SSIAD, équipes mobiles, professionnels libéraux, équipes hospitalières), dont l'activité tend elle aussi à se développer et à se diversifier. La clarification du périmètre d'intervention de chacun est indispensable pour favoriser le développement des prises en charge à domicile, dans un cadre respectueux des compétences de chacun et d'une plus juste allocation des ressources.

Cette réflexion devra intégrer également les principes de substitution entre HAD et hospitalisation à temps complet et de complémentarité sur certains segments d'activité. Ceci imposera, comme le souligne le rapport, une meilleure connaissance de l'activité médicale réellement effectuée.

**Observation de la mission :** *La mission se félicite du caractère partagé des constats du rapport.*

Afin de reprendre l'ensemble de ces questions dans une perspective plus globale, des travaux seront menés dans l'année à venir pour préciser le périmètre d'intervention de l'HAD. Ce sera l'occasion de clarifier les exigences en termes de permanence des soins (préconisation 13), celle-ci étant un élément révélateur de l'intensité de la prise en charge soignante. Dans cette dynamique, la recommandation effectuée sur l'intégration de l'HAD dans le développement de la télémédecine (préconisation 14) prend tout son sens. Comme le souligne le livre blanc rédigé par la FNEHAD, les relations entre HAD et télémédecine peuvent être fructueuses dans deux domaines : celui de la télésurveillance qui permet un suivi particulièrement rapproché à domicile pour certaines pathologies chroniques et celui de la téléconsultation qui permet de développer l'HAD dans des territoires qui souffrent d'une faible densité de professionnels soignants. La télémédecine, sous forme de téléconsultations, apporte alors un complément indispensable aux interventions de l'HAD.

**Observation de la mission :** *La mission se félicite de l'accord de la DGOS sur les préconisations évoquées plus haut.*

L'accélération de l'élaboration de référentiels nationaux afin d'améliorer les conditions de prescriptions de l'HAD (premier élément de la préconisation 3) est effectivement un élément essentiel pour accompagner cette démarche visant à préciser le périmètre de l'HAD.



Les préconisations 3 et 4 (développement d'études médico-économiques pour améliorer les conditions de prescription et réforme de la T2A) sont également au programme de travail de la DGOS pour les prochains mois. La révision du système de la tarification à l'activité [271] est en effet complémentaire des travaux sur l'évolution du périmètre de l'activité. Elle imposera cependant aux établissements d'HAD de très gros efforts en termes de structuration de leurs systèmes d'information et d'exhaustivité des informations à fournir.

Des premiers éléments d'analyse pourront être tirés, dès la fin de l'année 2010, de l'exploitation de la dernière étude de coûts menée par l'ATIH, qui constitue un préalable indispensable pour cibler les évolutions de tarifs prioritaires et en mesurer l'impact.

**Observation de la mission :** *La mission se félicite de l'accord de la DGOS sur les préconisations concernant le développement d'études médico-économiques et la réforme de la T2A. Sur ce dernier point, elle maintient que des décisions d'orientations doivent être prises à court terme au vu des constats établis par la mission, sans attendre les résultats de l'étude des coûts.*

Enfin les préconisations 15 et 16, (développement de la formation sur la coordination médicale et paramédicale et aide aux aidants) soulèvent des questions qui sont portées par certains plans de santé publiques et pour lesquels des travaux et expérimentations sont en cours.

Dans le cadre de la mise en oeuvre du plan maladies chroniques un groupe de travail a été spécifiquement réuni sur la question de l'aide aux aidants ; il rendra son rapport à l'automne 2010. Par ailleurs la formation à la coordination des professionnels libéraux devrait trouver sa place notamment dans les démarches de développement professionnel continu (DPC) introduites par la loi du 21 juillet 2009. Ainsi par exemple, une expérimentation est menée dans cette perspective dans le cadre du Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012. Elle propose aux professionnels de santé d'un même territoire, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, y compris aux intervenants en HAD, une action commune alliant transmission des savoirs et analyse des pratiques respectives de chacun, pour construire, au niveau local, un socle de connaissances partagées et un espace de sociabilité renforcé, indispensable à une meilleure coordination des parcours de soins.

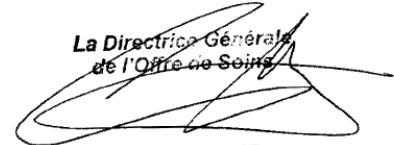
**Observation de la mission :** *La mission se réjouit des initiatives engagées par la DGOS qui sont en totale cohérence avec les préconisations présentées.*

Le rapport formule également plusieurs propositions destinées aux directeurs généraux d'ARS afin de promouvoir et mettre en oeuvre une coopération effective des acteurs au sein des territoires de santé. Il faut souligner que l'élaboration des futurs SROS pour la période 2011-2016 sera l'occasion de donner aux ARS des orientations sur l'activité de l'HAD tenant compte des constats et préconisations présentés dans ce rapport. Comme le souligne le rapport, après un fort développement de son activité, l'HAD entre dans une phase de maturité. Ses évolutions doivent dorénavant être guidées par une vision globale du parcours du patient et une définition mieux ciblée de ses missions, fondée sur une analyse en termes de complémentarité et de substitution par rapport aux autres acteurs sanitaires et une analyse en termes de complémentarité et de substitution par rapport aux autres acteurs sanitaires et médico-sociaux. Dans cette perspective, il est légitime de s'interroger sur la pertinence de soumettre, dans les prochains SROS, l'activité d'HAD à un encadrement par des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) et j'ai demandé à mes services de mener une réflexion dans ce sens.

**Observation de la mission :** *La mission a reçu avec beaucoup d'intérêt la réflexion de la DGOS sur la pertinence de soumettre, dans les prochains SROS, l'activité d'HAD à des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). La mission a modifié le rapport provisoire pour intégrer dans ses préconisations la démarche de définition d'OQOS pour l'HAD dans les SROS et sa déclinaison dans les CPOM.*

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

La Directrice Générale  
de l'Offre de Soins



**Annie PODEUR**

# Réponses de la DGCS et observations de la mission



Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de la Mer,  
en charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat  
Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique  
Ministère de la Jeunesse et des Solidarités actives

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA  
COHÉSION SOCIALE

Paris, le 28 sept. 2010

---

Le Directeur général

**NOTE**  
**à l'attention de**  
**Monsieur Pierre BOISSIER**  
**Chef de l'Inspection générale des affaires sociales**

**Objet : Demande d'avis contradictoire sur le rapport provisoire relatif à l'hospitalisation  
à domicile**

Vous m'avez transmis le rapport provisoire relatif à l'hospitalisation à domicile pour avis contradictoire. Je vous prie de trouver les observations suivantes.

**A/ Concernant le développement de l'HAD**

*Paragraphe 14, page 3* - La DGCS partage le point de vue de l'IGAS concernant la demande générale et croissante de prise en charge à domicile de la part des patients comme des aidants mais aussi des professionnels. Toutefois, il conviendrait de prendre davantage en considération le fait que les améliorations des techniques médicales et des traitements ont aussi pour conséquence un développement de pathologies invalidantes, souvent chroniques, nécessitant des soins techniques lourds tels que ceux permis par l'HAD.

**Observation de la mission :** *La mission a précisé dans le corps du rapport, l'importance de la prise en charge des pathologies chroniques par l'HAD et par exemple, l'intérêt qui s'attache à ce que l'HAD puisse se développer dans le domaine de la rééducation des patients neurologiques.*

## **B/ Concernant les concurrences et complémentarités entre structures**

A plusieurs reprises, le rapport met l'accent sur la concurrence entre l'HAD et les autres modalités de prises en charge des patients (hôpital/SSIAD/EHPAD). Or ces structures sont positionnées davantage en complémentarité tant au niveau de l'offre de services que des modalités de prise en charge qu'en concurrence.

❖ *Paragraphe 18* - Concernant **l'hospitalisation complète (polyvalente ou gériatrique) et l'HAD**, il ne semble pas que l'une doive se substituer à l'autre. L'HAD a vocation à diminuer le temps d'hospitalisation à temps complet et à éviter les hospitalisations à répétition et les hospitalisations des personnes hébergées.

**Observation de la mission :** *Il s'agit, en effet, d'une substitution. Rédaction maintenue.*

*Paragraphe 67*— La remarque portant sur les réticences des médecins hospitaliers n'est pas partagée par la DGCS en ce qui concerne les services de gériatrie où l'organisation et les conditions du retour à domicile sont un enjeu fort pour ces services ; la non prise en compte de l'HAD est plus liée à la disponibilité du service (nombre de places limité par exemple) qu'aux éléments présentés à ce paragraphe.

**Observation de la mission :** *La mission ne doute pas de l'intérêt des services de gériatrie et de leurs personnels pour le retour à domicile et plus généralement pour les solutions d'aval. Elle a cependant pu constater que les résultats étaient très différents selon la profondeur et la fréquence des contacts entre les services d'HAD et leurs correspondants hospitaliers. Rédaction maintenue.*

❖ *Paragraphe 21*— Concernant la **répartition territoriale entre deux services d'HAD**, la mission souhaite que la concurrence soit limitée aux zones urbaines les plus denses et aux HAD ayant atteint une certaine maturité. Or il semble qu'il faille plutôt raisonner en termes de couverture du territoire en fonction de la densité des besoins qu'en termes de mise en concurrence.

**Observation de la mission :** *La mission estime, en effet que la solidité de la couverture territoriale ne permet pas d'organiser une concurrence en tous lieux et donne la priorité au premier terme sur le second. Rédaction maintenue.*

❖ *Paragraphes 21, 82 et 282 + recommandations 2 et 7* dans le tableau de recommandations -Concernant la **concurrence évoquée entre l'HAD et les SSIAD**, ce terme n'apparaît pas approprié pour plusieurs raisons :

- ces services interviennent dans des cadres et des registres d'interventions spécifiques. Leur fonctionnement, leur réglementation, leur procédure d'autorisation et leur tarification diffèrent.
- la couverture du territoire par ces services ne permet pas un effet de concurrence (plus de 2 300 SSIAD intervenant principalement auprès des personnes âgées contre 300 HAD intervenant principalement en pédiatrie et obstétrique) ;
- ces services n'ont pas vocation à prendre en charge en même temps les mêmes patients ou du moins au même moment de l'évolution de leur pathologie. Par conséquent, une prise en charge commune par ces structures

n'est pas envisageable. Dès lors qu'une personne est prise en charge par une HAD, le SSIAD n'intervient plus auprès d'elle.

La DGCS partage le point de vue de la mission concernant la réussite de l'HAD en zone rurale et notamment la nécessité d'un partenariat étroit avec les intervenants libéraux et les SSIAD (mise à disposition ponctuelle d'aides-soignants, notamment dans les zones les plus éloignées). Cela permet aux malades de ne pas changer de soignants et aux personnels de disposer de temps plein. Ainsi *dans la recommandation 2*, il conviendrait d'ajouter de façon explicite la prise en charge des personnes nécessitant de soins de nursing lourds, cas pour lesquels l'articulation HAD/SSIAD est particulièrement précieuse pour un maintien à domicile dans de bonnes conditions. Il doit être possible de passer de l'une à l'autre prise en charge (SSIAD / HAD) selon l'évolution du besoin de soins de la personne, l'idéal étant de ne pas changer de soignants

Ainsi ces structures interviennent en complémentarité et non en concurrence, d'où le souhait de la DGCS et de la DGOS d'organiser le continuum de soins et les partenariats entre les deux structures. Dans les cas où un aide-soignant salarié en SSIAD intervient auprès d'un patient pris en charge par l'HAD, celui-ci intervient non pas au titre du SSIAD mais au titre de l'HAD (mise à disposition), ce qui n'est pas sans poser question :

- quant au donneur d'ordre et à la structure qui exerce le rôle pivot en matière de coordination des soins, avec tous les risques de requalification de contrat de travail de l'aide-soignant ;
- quand à la structure considérée comme responsable sur un plan civil ou pénal en cas de dommages ou de faute.

La réflexion de la mission mérite ainsi d'être approfondie s'agissant des complémentarités entre SSIAD et HAD ainsi que de la problématique de la sous-traitance des soins de nursing par l'HAD aux SSIAD et la justification de cette sous-traitance (ruralité, financement, difficultés de recrutement...) au vu de l'évolution actuelle de cette pratique et alors même que ces soins font partie des missions et des financements dévolus à l'HAD dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée.

**Observation de la mission :** *La concurrence à laquelle il est fait référence est celle qui s'exerce entre HAD et non avec les SSIAD. La rédaction a été précisée sur ce point.*

❖ *Paragraphe 4* - Concernant **la relation entre HAD et SSIAD**, il convient de préciser que le problème du relais entre HAD et SSIAD vise essentiellement les soins de nursing lourds du fait des incohérences du système de tarification (patients trop lourds pour les SSIAD et trop légers pour les HAD).

Ainsi il conviendrait d'ajouter au *paragraphe 22* « que les conventions de relais et/ou de mutualisation des ressources doivent être développées afin d'améliorer le continuum des soins et d'optimiser les moyens *sous réserve que la tarification ne soit pas un frein à ce continuum* ».

*Paragraphe 67* — Concernant le choix du recours à l'HAD ou à un autre service pour les soins de nursing lourds, celui est surtout lié au financement actuel. Ainsi entre HAD, SSIAD et infirmiers libéraux pour une personne ayant besoin de soins de nursing lourds (avec 2 intervenants ou au moins deux fois par jour), l'intervenant libéral seul ne peut le faire (dans de bonnes conditions), le SSIAD a le savoir-faire technique mais le plus souvent pas la densité de personnel permettant d'y répondre. Seule l'HAD peut le réaliser mais considèrera le plus souvent la personne comme ne relevant pas d'une prise en charge en

HAD et ne la prendra donc pas en charge. Ainsi l'absence de continuité sur le plan financier entre les deux structures peut expliquer le flux de patients limité entre les structures qui assurent pourtant la même activité (*paragraphe 76*).

**Observation de la mission :** *Les HAD réalisent des soins de nursing lourds avec ou sans mode de prise en charge associé, qui sont en tout état de cause pris en compte dans l'actuelle tarification. La proportion des soins de nursing lourds dans l'activité des HAD est de 9%. Il apparaît clairement que la distinction des deux activités relève pour une partie de leur champ, plus largement du niveau de charge en soins et de l'aptitude à mettre en œuvre protocoles et méthodes de soins hospitaliers que de la nature des pathologies. Dans d'autres cas, les pathologies sont elles même différenciées.*

*Paragraphe 80* - Il est indiqué que "pour ces patients très lourds qui justifient des soins très intenses, la prise en charge en SSIAD n'est pas toujours bien adaptée sur le plan de la qualité", ce qui laisse entendre que les SSIAD n'ont pas les compétences et le savoir-faire technique pour prendre en charge des patients lourds. Or l'orientation préconisée par la réforme de la tarification des SSIAD vise précisément à permettre la prise en charge de ces patients. Il conviendrait plutôt de dire qu'en raison des moyens actuels dont disposent les SSIAD, ces soins ne peuvent être assurés à des patients lourds sans conséquences importantes sur le fonctionnement et l'organisation du service (déficit, rééquilibrage par prise en charge de patients plus légers).

**Observation de la mission :** *Le § en cause doit naturellement être lu avec les § suivants qui reprennent et développent cette même argumentation. Rédaction maintenue.*

❖ *Paragraphe 4 et 85 à 87* - Concernant la **coordination entre EHPAD et HAD**, le rapport met en exergue l'aspect culturel, l'insuffisance de la médicalisation des EHPAD et l'absence de présence infirmière la nuit pour expliquer le faible recours des EHPAD à l'HAD, conduisant ainsi à des transferts à l'hôpital. Ce point doit être nuancé :

- Si l'HAD constitue une réponse permettant d'éviter, selon les besoins du résident d'EHPAD, les hospitalisations des personnes hébergées, pour autant cela ne signifie pas que certaines situations ne nécessitent pas le recours à l'hôpital et cela sans possibilité d'alternative avec l'HAD ;
- Le nombre modeste d'interventions en EHPAD peut également s'expliquer par le fait que les places d'HAD sont en nombre encore trop limité (*paragraphe 4*) ;
- Enfin, les EHPAD n'ont pas vocation à être des hôpitaux et à disposer obligatoirement d'une présence infirmière de nuit. Dans le cadre du plan soins palliatifs, plusieurs enquêtes et expérimentations sont en cours afin de juger de la plus-value pour les EHPAD de disposer d'infirmières la nuit (sur place ou en astreinte).

Suite à la loi HPST, un projet de décret DGOS/DGCS vise à étendre l'intervention de l'HAD dans d'autres structures médico-sociales, notamment celles hébergeant les personnes handicapées (adultes et enfants).

**Observation de la mission :** *Dans les § en question, ce qui est en cause n'est pas le faible nombre d'HAD intervenants en EHPAD mais la faiblesse de cette pratique dans le total de l'activité des HAD. La mission comprend bien que tous les EHPAD ne pourront se doter de personnel infirmier de nuit. Il n'en demeure pas moins que la faiblesse de la présence infirmière aussi bien de jour que de nuit, sans transformer aucunement les EHPAD en hôpitaux, accroîtrait la sécurité des résidents de manière appréciable. La mission rejoint sur ce point les précédents rapports qui ont mis en exergue l'insuffisance des recrutements infirmiers en EHPAD en dépit de l'accroissement très sensible du financement des soins. La mission s'est déclarée favorable à l'intervention des HAD en EHPAD, mais constate, alors que toutes les contraintes quantitatives ont été levées que le taux de recours demeure faible.*

*Paragraphe 73* - Le rapport fait également une confusion entre les EHPA et les EHPAD, les premiers équivalent à des domiciles « classiques » regroupés pour personnes peu ou pas dépendantes/malades, souvent sans services médicalisés. Ainsi les SSIAD n'interviennent pas dans les EHPAD, la tarification de ces derniers prévoyant le recours aux infirmiers salariés de la structure ou à des infirmiers libéraux. De même les EHPAD n'interviennent en aucun cas au domicile pour réaliser des soins.

**Observation de la mission :** *Le rapport n'indique pas que les SSIAD interviennent en EHPAD. Par ailleurs la loi HPST a assimilé les EHPAD et non pas seulement les EHPA au domicile pour l'intervention des HAD. Rédaction maintenue.*

❖ Concernant les rôles respectifs de l'HAD et des autres intervenants à domicile, le rapport ne distingue pas suffisamment le rôle respectif de chacun au risque d'entraîner une certaine confusion et une mauvaise compréhension de l'offre de soins et de services à domicile.

- Au *paragraphe 37*, il n'est pas fait de distinction entre les « fournisseurs de services à la personne » qui s'entendent aussi bien des services d'aide à domicile (SAD) que des services de soins à domicile. Or les SSIAD intervenant sur prescription médicale, il conviendrait de distinguer au *paragraphe 37* les fournisseurs de services à la personne (aide à domicile) des soins réalisés à domicile par les SSIAD ou les intervenants libéraux. Cette terminologie ne permet pas non plus de prendre en compte les SPASAD « service polyvalent d'aide et de soins à domicile » gérant à la fois un SAD et un SSIAD. Enfin, les rapports entre l'aide à domicile et l'HAD ne peuvent être du même ordre que les rapports entre l'HAD et les SSIAD, qui sont tous deux positionnés sur le soin.

**Observation de la mission :** *La mission fait sienne cette observation et intègre un tiret supplémentaire: « -Les services de soins à domicile et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ; ».*

- Le *paragraphe 177* doit être complété : si l'HAD repose en effet sur la participation active de l'entourage (aidants), elle prend également appui sur les professionnels de l'aide à domicile qui complètent souvent la prise en charge pour les actes de la vie quotidienne.

**Observation de la mission :** *Le complément suggéré par la DGCS sera intégré.*

- Le *paragraphe 177* indique que les aides à domicile et les aidants réalisent des soins, réduisant ainsi l'intervention de l'HAD. Or ni l'aide à domicile, ni les aidants n'ont vocation à réaliser de soins. Par contre, les SSIAD ne sont pas cités dans ce *paragraphe*. De même, l'aidant s'il apporte une aide n'a pas vocation à remplacer l'HAD, notamment pour des soins techniques et complexes. Ce *paragraphe* crée une confusion des genres entre le rôle de l'aide à domicile, de l'aidant, du SSIAD et de l'HAD avec des possibilités de subsidiarité entre tous ces intervenants.

**Observation de la mission :** *le § en cause n'indique pas que les aides à domicile réalisent des soins. Il souligne que d'autres que des soignants interviennent à domicile, et que l'entourage et la famille, dans la pratique, apportent un soutien psychologique ou réalisent des toilettes. Rédaction maintenue.*

### C/ Tarification

*Paragraphes 15 et 236 - S'agissant de la réduction des coûts de l'HAD du fait de la prise en charge par les ménages des coûts non directement liés aux actes médicaux et paramédicaux (gîte, couvert), il conviendrait davantage d'employer une formulation positive indiquant que les personnes étant à domicile, il n'est pas besoin de recourir à une organisation hôtelière pour le gîte et le couvert, ce qui réduit les coûts de l'HAD au regard d'une hospitalisation complète.*

**Observation de la mission :** *La mission alignera la rédaction du § 15 sur celle du §236 afin de lui assurer une formulation aussi neutre que possible.*

*Paragraphe 20 – Il pourrait être ajouté que la tarification doit prendre en compte les personnes souffrant de polyopathologies et nécessitant des soins complexes.*

**Observation de la mission :** *La tarification HAD prend d'ores et déjà en compte les soins complexes et les modes de prise en charge associés. Il importe que la future tarification repose sur des tarifs clairement définis et bien centrés.*

*Paragraphe 213 - Concernant les fortes différences dans les groupes homogènes de tarifs (GHT) en ce qui concerne l'équilibre entre les coûts et les tarifs correspondants, il paraît difficile de généraliser - à partir de données portant sur deux structures spécialisées en soins palliatifs – le fait que les structures qui ont développé ce mode de prise en charge disposent d'une situation économique satisfaisante.*

**Observation de la mission :** *La mission a pu constater dans tous les services aussi bien polyvalents que spécialisés que les tarifs des soins palliatifs étaient largement excédentaires à la différence d'un grand nombre d'autres et qu'il en était résulté des modifications importantes du spectre d'activité. Rédaction maintenue. La mission partage par ailleurs la remarque de la DGCS sur la trop grande hétérogénéité des tarifs de soins palliatifs qui recouvrent manifestement des réalités différentes.*

S'agissant de la méthode de comparaison des coûts, plusieurs remarques :

*Paragraphe 237 – Le rapport indique qu'une prise en charge en HAD peut se révéler plus coûteuse qu'une hospitalisation « classique ». Ainsi l'ATIH montre, par exemple, que le montant moyen d'un séjour en soins palliatifs est moins coûteux en MCO qu'en HAD (7 185 € contre 8 160 €). Or est-on sûr de comparer les mêmes prestations et les mêmes soins pour des personnes similaires : en effet la terminologie « soins palliatifs » ne signifie pas forcément des profils de personnes identiques. Ainsi, c'est l'ensemble d'un coût pour une période donnée qui est intéressant à comparer avec d'autres parcours similaires en termes de besoins de soins. De même, cela doit être analysé non seulement en termes de coût brut mais aussi en termes de qualité de vie/soins pour la personne et sa famille.*

**Observation de la mission :** *La mission développe dans l'ensemble du 3-1-2 de son rapport, le caractère incertain des comparaisons opérées jusqu'à ce jour aussi bien au niveau international que national ce qui la conduit à préconiser d'une part que de nouveaux travaux aient lieu et d'autre part que la tarification soit modifiée de telle sorte qu'elle puisse permettre les comparaisons entre différents types d'intervenants, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. Rédaction maintenue.*

*Paragraphe 236 – Il est indiqué que l'HAD présente la caractéristique de faire prendre en charge, par les ménages les coûts non directement liés aux actes médicaux et paramédicaux : repas, surveillance, toilette, hôtellerie.... Il convient sans doute de présenter cet élément de façon différente car l'HAD n'a pas vocation à reporter les tâches ménagères sur l'aidant. Le fait de revenir à domicile rend nécessaire, pour la personne suivie par l'HAD, de faire elle*



même/ou de se faire aider pour faire/ou de faire faire ces tâches : cela est variable selon le contexte, le motif de prise en charge, l'état de la personne.

**Observation de la mission :** *Comme le constate la DGCS, le passage à domicile de l'hospitalisé se traduit par un report sur l'intéressé de la charge totale ou partielle monétarisée ou non des tâches quotidiennes directes ou indirectes.*

*Paragraphe 238 – Il est indiqué qu' « une part des coûts transférés aux ménages est en effet prise en charge au titre de l'action sociale et de la dépendance, en particulier via l'APA. L'HAD peut aussi avoir un impact sur l'activité et/ou la productivité des aidants actifs. Là encore, ces questions mériteraient des études micro et macro-économiques plus poussées ». Il convient de ne pas confondre aides (via l'APA ou aide sociale du département) et soins fournis par l'HAD d'une part et soutien des aidants d'autre part. Enfin, il faut, dans les comparaisons de prises en charge intra ou extrahospitalières, comparer des personnes ayant des profils suffisamment similaires en termes d'aides et de soins requis pour que la comparaison soit valable. Par conséquent, il n'apparaît pas pertinent de diminuer l'APA sous prétexte que la personne est en HAD (paragraphe 307). Pour rendre possible le maintien à domicile il faut les deux types d'aides et de soins à la personne.*

**Observation de la mission :** *La mission a pris note de cette remarque qui conforte le point de vue exprimé dans le rapport.*

#### D/ Définitions

*Paragraphe 73 – Le décret stipule « personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes, personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap, personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques (...) ».*

*Page 5 et 49 - Le syndrome de glissement est utilisé en gériatrie pour parler de personnes en fin de vie qui « se laissent glisser » vers la mort et n'est pas synonyme de désocialisation.*

*Ne pas oublier les SROSMS et de remplacer DHOS par DGOS (paragraphe 198)*

**Observation de la mission :** *La mission intégrera la remarque relative au syndrome de glissement. La création de la DGOS est postérieure à la période considérée.*

*Paragraphe 37 - Le terme « aide ménagère » renvoie à une modalité de financement de la prestation (l'aide ménagère de la CNAV) alors que « aide à domicile » fait référence au professionnel.*

**Observation de la mission :** *Dont acte. Texte modifié.*

**Le Directeur Général de la Cohésion Sociale**

**Fabrice HEYRIES**



## Note d'observation de la DREES



**Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique  
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État  
Ministère de la santé et des sports**

**Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous direction observation de la santé et  
de l'assurance maladie**

Bureau des établissements de santé

Dossier suivi par : Hélène Valdelièvre

Tel : +33 (0) 1 40 56 81 26

Fax : +33 (0) 1 40 56 81 20

Mél : <mailto:helene.valdelievre@sante.gouv.fr>

Paris, le 14/09/2010  
DREES-BES N° 10/85

**Note à l'attention de  
Messieurs N. Durand, C. Lannelongue, P. Legrand, membres de l'IGAS  
Et du Docteur V. Marsala, CGES**

**Objet : Mesure de l'activité de HAD : éléments de méthodologie**

Deux sources principales permettent de mesurer l'activité d'hospitalisation à domicile, la Statistique annuelle des établissements d'une part, et le PMSI HAD d'autre part.

**LA SAE** : la statistique annuelle des établissements est une enquête exhaustive et obligatoire auprès de tous les établissements de santé, quels que soient leur statut, leur taille, les disciplines. Elle recueille des données sur les structures, leurs capacités, l'activité, les équipements, les personnels.

L'activité en HAD est mesurée en sommant les journées de prise en charge réalisées pour chaque patient suivi.

Les places installées sont celles au 31 décembre de l'année.

**Le recueil PMSI \_HAD :** il concerne tous les établissements de santé, publics comme privés, ayant une autorisation pour l'activité d'hospitalisation à domicile, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Le PMSI-HAD permet de quantifier mais surtout qualifier l'activité des structures d'HAD et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description complète des séjours HAD : traitements prescrits, caractéristiques des patients...

#### a) les comparaisons d'activité entre SAE et PMSI.

La SAE est une enquête ancienne et stable. En effet, si elle comporte des biais inhérents à toute source déclarative, ceux-ci sont stables dans le temps. Les évolutions ou tendances mises en évidence à partir de la SAE, ainsi que la répartition entre régions sur l'ensemble de la période 2005-2009 sont donc correctes et plus fiables que les analyses qui peuvent être faites à partir du PMSI non redressé.

A contrario, le PMSI est une source encore jeune et apparaît comme non exhaustive les premières années, comme c'était le cas du PMSI-MCO avant 2000. Ce défaut d'exhaustivité, non constant dans le temps, peut être préjudiciable lorsque l'on commente des séries calculées sur données brutes.

La DREES expertise donc les bases PMSI et procède à un certain nombre de redressements pour mesurer le niveau de l'activité en HAD. L'évaluation du niveau d'activité (en nombre de journée) est donc meilleure à partir du PMSI redressé que à partir de la SAE. L'année 2005 n'a pas été traitée par la DREES en raison du nombre élevé d'anomalies, et l'année 2009 est encore en cours de production.

#### b) redressement de la non-réponse partielle sur les journées

En première étape, un état des lieux des différents types d'anomalies qui peuvent avoir une incidence sur les variables de journées du séjour (« nombre de jours dans le séjour », « nombre de jours dans la séquence », « nombre de jours dans la sous-séquence »..., présence de toutes les sous-séquences du séjour) est réalisé.

*À titre illustratif, dans le PMSI 2006, les anomalies relevées concernent 12% des séjours, 15% des séquences de soins associées. En 2007, 12% des séjours et 18 % des séquences de soins associées sont en anomalie, et en 2008 11,3% des séjours et 15,6% des séquences de soins.*

Puis la fiabilité des indicateurs qui permettent de déterminer si le séjour est complet ou incomplet et de calculer les durées des séjours, est testée. Toutes les anomalies repérées sont susceptibles d'affecter le calcul de la durée moyenne de séjour.

Ainsi elles sont corrigées en fonction de la nature du séjour. S'il est incomplet, nous distinguons les 3 cas possibles :

- séjour tronqué à droite,
- séjour tronqué à gauche,
- séjour tronqué à droite et à gauche.

Les durées des séjours ne sont calculées que pour les séjours terminés (i.e. les séjours complets sur l'année ou les séjours incomplets sur l'année, soit ceux terminés dans l'année mais commencés antérieurement).

Enfin, pour le **calcul des journées des séjours pour l'année d'activité décrite** : il est effectué pour tous les séjours (en anomalie ou pas).

1) nous imputons les durées de séquences manquantes (ou de séjour) : en recalculant une durée égale à la somme du nombre de journées des sous-séquences constituant les séquences.

- 2) pour les séjours incohérents, nous corrigeons le nombre de journées dans le séjour de façon à ce qu'il soit égal :
- à la somme des durées des séquences de soins, si le séjour est complet ;
  - à la somme du délai entre le début du séjour et le début de la dernière séquence de soins du séjour et des durées des séquences de soins qui le constituent, si le séjour est complet ou tronqué à gauche

Ce défaut d'exhaustivité constaté sur les séjours est notamment lié à l'unité statistique retenue dans le PMSI-HAD qui est la sous-séquence de soins et non le séjour. Un séjour est composé d'une ou plusieurs séquences de soins correspondant à une période de séjour en HAD durant laquelle le patient présente une situation clinique précise définie par la combinaison particulière de trois critères de morbidité que sont le mode de prise en charge principal, le premier mode de prise en charge associé et le niveau de dépendance mesuré en 2006 par l'indice de Karnofsky. Un séjour est ainsi constitué d'une seule ou de plusieurs séquences de soins successives dès lors que la situation clinique du patient évolue au cours d'un même séjour. Chaque séquence de soins est elle-même divisée en sous-séquences de soins.

### **c) autres redressements**

Des tests de cohérence interne des variables mettent en évidence certaines incompatibilités entre les informations individuelles du patient (âge) et la description de la situation clinique du patient (modes de prise en charge). C'est notamment le cas de la périnatalité. Là encore, ces incohérences ont été corrigées selon une expertise médicale et basée sur la vraisemblance de la combinaison des caractéristiques du patient : l'âge, le mode de prise en charge principal, mode associé, l'indice de Karnofsky, et le diagnostic principal.

Vous trouverez en annexe des séries longues sur le nombre d'établissements ayant une activité de HAD, les capacités et l'activité issues de la SAE, ainsi que la répartition des séjours et des journées correspondantes selon les modes de prise en charge principaux issue du PMSI.

**La sous-directrice de l'Observation de la  
santé et de l'assurance maladie**

**Lucile Olier**

### ANNEXE 1 : Évolution de l'HAD dans la SAE

Nombre d'établissements en hospitalisation à domicile (médecine, obstétrique, et SSR) par région

	2005	2006	2007	2008	2009
Ile-de-France	8	9	12	13	14
Champagne-Ardennes	3	3	3	5	7
Picardie	7	8	11	13	13
Haute-Normandie	2	6	7	7	7
Centre	4	6	7	8	12
Basse-Normandie	7	9	13	13	13
Bourgogne	6	8	12	13	14
Nord-Pas de Calais	8	11	13	13	15
Lorraine	9	10	12	14	15
Alsace	3	4	5	6	6
Franche-Comté	6	9	9	8	8
Pays de la Loire	7	7	7	9	10
Bretagne	5	7	7	8	9
Poitou-Charentes	5	8	8	9	11
Aquitaine	6	11	11	11	13
Midi-Pyrénées	6	9	11	14	15
Limousin	4	5	5	4	4
Rhône-Alpes	7	10	11	19	25
Auvergne	3	1	4	4	6
Languedoc-Roussillon	3	5	5	6	10
Provence-Côte Azur	13	15	21	24	24
Corse	1	3	3	3	3
<b>Total France métropolitaine</b>	<b>123</b>	<b>164</b>	<b>197</b>	<b>224</b>	<b>254</b>
Guadeloupe	2	4	4	4	5
Martinique		1	1	1	1
Guyane		1	1	5	6
Réunion	4	4	5	5	7
<b>Ttotal France entière</b>	<b>129</b>	<b>174</b>	<b>208</b>	<b>239</b>	<b>273</b>

Champ : HAD en médecine, obstétrique et SSR (hors psychiatrie)

**Capacités en hospitalisation à domicile (médecine, obstétrique, et SSR) par région  
(nombre de places installées)**

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Ile-de-France	1481	2303	2352	2399	2444
Champagne-Ardennes	48	48	52	112	202
Picardie	134	149	217	354	392
Haute-Normandie	70	147	177	174	210
Centre	95	197	224	297	412
Basse-Normandie	98	160	213	243	301
Bourgogne	87	115	205	248	277
Nord-Pas de Calais	1681	483	625	630	725
Lorraine	74	126	166	206	216
Alsace	111	181	212	258	273
Franche-Comté	120	170	170	170	169
Pays de la Loire	225	272	321	368	428
Bretagne	112	182	211	348	401
Poitou-Charentes	120	181	191	227	320
Aquitaine	291	563	568	578	635
Midi-Pyrénées	111	161	225	309	392
Limousin	78	165	190	210	220
Rhône-Alpes	383	472	546	790	965
Auvergne	34	12	44	44	136
Languedoc-Roussillon	53	69	69	100	212
Provence-Côte Azur	488	527	739	901	949
Corse	10	65	65	65	65
<b>Total France métropolitaine</b>	<b>5904</b>	<b>6748</b>	<b>7782</b>	<b>9031</b>	<b>10344</b>
Guadeloupe	30	90	95	115	167
Martinique	0	60	60	60	60
Guyane	0	13	13	151	201
Réunion	80	90	132	213	253
<b>Ttotal France entière</b>	<b>6014</b>	<b>7001</b>	<b>8082</b>	<b>9570</b>	<b>11025</b>

**Activité en hospitalisation à domicile (médecine, obstétrique, et SSR) par région  
(nombre de journées)**

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Ile-de-France	679 947	789 295	841 004	800 491	824 101
Champagne-Ardennes	17 636	18 922	24 006	27 895	36 009
Picardie	31 124	47 028	71 098	93 207	106 590
Haute-Normandie	9 894	15 505	24 696	42 421	54 642
Centre	28 036	44 257	68 349	77 136	107 262
Basse-Normandie	25 987	39 946	53 094	75 828	91 223
Bourgogne	34 561	42 374	45 152	54 260	68 329
Nord-Pas de Calais	65 312	119 557	200 745	260 863	275 523
Lorraine	17 763	32 882	36 803	44 069	55 128
Alsace	25 552	36 484	53 333	61 678	73 812
Franche-Comté	23 769	35 220	47 230	49 134	47 851
Pays de la Loire	60 641	69 968	86 426	101 676	117 891
Bretagne	27 436	41 490	64 538	98 259	112 039
Poitou-Charentes	34 006	48 928	56 140	67 405	76 802
Aquitaine	95 461	112 515	152 772	178 190	187 837
Midi-Pyrénées	33 870	47 934	66 217	96 637	111 537
Limousin	20 977	40 921	55 520	59 581	56 372
Rhône-Alpes	90 116	138 357	173 050	232 033	286 691
Auvergne	9 310	9 517	11 887	15 604	31 948
Languedoc-Roussillon	7 997	7 529	10 232	13 703	30 248
Provence-Côte Azur	132 691	159 249	179 230	238 053	284 515
Corse	2 033	11 374	18 722	23 378	27 925
<b>Total France métropolitaine</b>	<b>1 474 119</b>	<b>1 909 252</b>	<b>2 340 244</b>	<b>2 711 501</b>	<b>3 064 275</b>
Guadeloupe	13 619	19 766	46 507	62 330	60 872
Martinique	0	6 445	12 824	12 824	17 940
Guyane	0	596	598	4 150	15 867
Réunion	27 076	28 180	37 594	61 637	84 544
<b>Total France entière</b>	<b>1 514 814</b>	<b>1 964 239</b>	<b>2 437 767</b>	<b>2 852 442</b>	<b>3 243 498</b>



## ANNEXE 2 : Évolution de l'HAD dans le PMSI (champ : France métropolitaine)

### Répartition des séjours et des journées correspondantes classés selon les modes de prise en charge principaux prescrits à l'admission des patients

Année 2006 :

Modes de prise en charge principaux prescrits à l'admission	Séjours		Journées	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
<b>Périnatalité* :</b>	<b>19 083</b>	<b>22,5</b>	<b>144 743</b>	<b>6,8</b>
Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	7 139	8,4	29 671	1,4
<i>Post-partum pathologique</i>	5 853	6,9	37 541	1,8
Prise en charge du nouveau-né	4 058	4,8	24 707	1,2
Surveillance de grossesse à risque	2 033	2,4	52 824	2,5
<b>Soins techniques de cancérologie* :</b>	<b>16 142</b>	<b>19,0</b>	<b>137 398</b>	<b>6,5</b>
Chimiothérapie anti-cancéreuse	13 393	15,8	78 960	3,7
Surveillance post-chimiothérapique	2 677	3,2	55 748	2,6
Radiothérapie	72	0,1	2 690	0,1
<b>Soins palliatifs</b>	<b>12 428</b>	<b>14,6</b>	<b>417 549</b>	<b>19,7</b>
<b>Assistance respiratoire ou nutritionnelle* :</b>	<b>7 160</b>	<b>8,4</b>	<b>341 670</b>	<b>16,2</b>
Nutrition parentérale	2 852	3,4	85 690	4,1
Nutrition entérale	2 600	3,1	163 890	7,8
Assistance respiratoire	1 708	2,0	92 090	4,4
<b>Soins complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</b>	<b>6 628</b>	<b>7,8</b>	<b>100 315</b>	<b>4,7</b>
<b>Traitement intraveineux</b>	<b>6 167</b>	<b>7,3</b>	<b>389 123</b>	<b>18,4</b>
<b>Rééducation-réadaptation-éducation* :</b>	<b>3 174</b>	<b>3,7</b>	<b>130 764</b>	<b>6,2</b>
Éducation du patient/de l'entourage	1 527	1,8	47 248	2,2
Rééducation orthopédique	876	1,0	32 204	1,5
Rééducation neurologique	771	0,9	51 312	2,4
<b>Soins de nursing lourds</b>	<b>2 936</b>	<b>3,5</b>	<b>195 992</b>	<b>9,3</b>
<b>Autres motifs* :</b>	<b>11 265</b>	<b>13,3</b>	<b>257 047</b>	<b>12,2</b>
Post-traitement chirurgical	5 039	5,9	112 479	5,3
Autres traitements	4 290	5,0	103 699	4,9
Prise en charge de la douleur	1 266	1,5	35 514	1,7
Transfusion sanguine	212	0,2	382	0,0
Surveillance d'aplasie	458	0,5	4 973	0,2
<b>Ensemble</b>	<b>84 983</b>	<b>100,0</b>	<b>2 114 601</b>	<b>100,0</b>

note de lecture : journées produites en 2006

\* agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ : France métropolitaine

Sources : PMSI-HAD 2006, SAE 2006, données statistiques

**Année 2007 :**

Modes de prise en charge principaux prescrits à l'admission	Séjours		Journées	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
<b>Périnatalité* :</b>	<b>23 381</b>	<b>23,3</b>	<b>174 865</b>	<b>6,7</b>
Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	7 670	7,7	32 860	1,3
Post-partum pathologique	8 668	8,7	56 004	2,2
Prise en charge du nouveau-né	4 658	4,7	23 677	0,9
Surveillance de grossesse à risque	2 385	2,4	62 324	2,4
<b>Soins techniques de cancérologie* :</b>	<b>16 787</b>	<b>16,8</b>	<b>148 565</b>	<b>5,7</b>
Chimiothérapie anti-cancéreuse	13 893	13,9	78 879	3,0
Surveillance post-chimiothérapique	2 787	2,8	65 830	2,5
Radiothérapie	107	0,1	3 856	0,1
<b>Soins palliatifs</b>	<b>15 648</b>	<b>15,6</b>	<b>555 198</b>	<b>21,3</b>
<b>Assistance respiratoire ou nutritionnelle* :</b>	<b>8 558</b>	<b>8,5</b>	<b>406 295</b>	<b>15,6</b>
Nutrition parentérale	3 286	3,3	98 318	3,8
Nutrition entérale	3 237	3,2	203 334	7,8
Assistance respiratoire	2 035	2,0	104 643	4,0
<b>Soins complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</b>	<b>8 431</b>	<b>8,4</b>	<b>502 901</b>	<b>19,3</b>
<b>Traitement intraveineux</b>	<b>8 047</b>	<b>8,0</b>	<b>131 108</b>	<b>5,0</b>
<b>Rééducation-réadaptation-éducation* :</b>	<b>3 710</b>	<b>3,7</b>	<b>146 669</b>	<b>5,6</b>
Éducation du patient/de l'entourage	1 661	1,7	51 799	2,0
Rééducation orthopédique	1 005	1,0	40 055	1,5
Rééducation neurologique	1 044	1,0	54 815	2,1
<b>Soins de nursing lourds</b>	<b>3 938</b>	<b>3,9</b>	<b>247 872</b>	<b>9,5</b>
<b>Autres motifs* :</b>	<b>11 628</b>	<b>11,6</b>	<b>289 549</b>	<b>11,1</b>
Post-traitement chirurgical	5 037	5,0	124 261	4,8
Autres traitements	4 314	4,3	112 901	4,3
Prise en charge de la douleur	1 596	1,6	47 371	1,8
Transfusion sanguine	269	0,3	526	0,0
Surveillance d'aplasie	412	0,4	4 490	0,2
Mode de prise en charge non renseigné	24	0,0	340	0,0
<b>Ensemble</b>	<b>100 152</b>	<b>100,0</b>	<b>2 603 362</b>	<b>100,0</b>

note de lecture : journées produites en 2007

\* agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2007, SAE 2007, données statistiques.

## Année 2008 :

Modes de prise en charge principaux prescrits à l'admission	Séjours		Journées	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
<b>Périnatalité* :</b>	<b>28 443</b>	<b>24,1</b>	<b>202 227</b>	<b>6,9</b>
Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	9 000	7,6	38 019	1,3
Post-partum pathologique	11 018	9,4	67 609	2,3
Prise en charge du nouveau-né	5 531	4,7	28 354	1,0
Surveillance de grossesse à risque	2 894	2,5	68 245	2,3
<b>Soins techniques de cancérologie* :</b>	<b>18 261</b>	<b>15,5</b>	<b>156 500</b>	<b>5,4</b>
Chimiothérapie anti-cancéreuse	14 920	12,7	80 899	2,8
Surveillance post-chimiothérapique	3 252	2,8	72 517	2,5
Radiothérapie	89	0,1	3 084	0,1
<b>Soins palliatifs</b>	<b>18 556</b>	<b>15,8</b>	<b>641 718</b>	<b>21,9</b>
<b>Assistance respiratoire ou nutritionnelle* :</b>	<b>9 977</b>	<b>8,5</b>	<b>448 568</b>	<b>15,3</b>
Nutrition parentérale	4 064	3,4	112 612	3,9
Nutrition entérale	3 661	3,1	219 590	7,5
Assistance respiratoire	2 252	1,9	116 366	4,0
<b>Pansements complexes et soins spécifiques (stomies d)</b>	<b>10 417</b>	<b>8,8</b>	<b>563 994</b>	<b>19,3</b>
<b>Traitement intraveineux</b>	<b>9 500</b>	<b>8,1</b>	<b>165 951</b>	<b>5,7</b>
<b>Rééducation-réadaptation-éducation* :</b>	<b>3 874</b>	<b>3,3</b>	<b>153 167</b>	<b>5,2</b>
Éducation du patient/de l'entourage	1 600	1,4	50 698	1,7
Rééducation orthopédique	1 127	1,0	51 582	1,8
Rééducation neurologique	1 147	1,0	50 887	1,7
<b>Soins de nursing lourds</b>	<b>4 779</b>	<b>4,1</b>	<b>274 029</b>	<b>9,4</b>
<b>Autres motifs* :</b>	<b>13 992</b>	<b>11,9</b>	<b>318 235</b>	<b>10,9</b>
Post-traitement chirurgical	5 871	5,0	143 549	4,9
Autres traitements	5 339	4,5	111 121	3,8
Prise en charge de la douleur	2 252	1,9	58 694	2,0
Transfusion sanguine	249	0,2	685	0,0
Surveillance d'aplasie	281	0,2	4 186	0,1
<b>Mode de prise en charge non renseigné</b>	<b>3</b>	<b>0,0</b>	<b>60</b>	<b>0,0</b>
<b>Ensemble</b>	<b>117 802</b>	<b>100,0</b>	<b>2 924 449</b>	<b>100,0</b>

note de lecture : journées produites en 2008

\* agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ : France métropolitaine.

Sources : PMSI-HAD 2007, SAE 2008, données statistiques.