



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 gériatriques, 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

| | |
|---|-----------|
| SYNTHESE | 3 |
| 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 | 12 |
| 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 |
| 2. DES POLITIQUES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DE L’HAD INSUFFISAMMENT CIBLEES DONT LES LIMITES COMMENCENT A APPARAITRE..... | 43 |
| 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. Des politiques régionales qui ont laissé de larges marges de manœuvre aux acteurs | 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. L'HAD constitue une réponse potentiellement adaptée à certains besoins sanitaires, sociaux et financiers | 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. Développer et conforter la place HAD dans l'offre et les parcours de soins | 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. Continuer à faire progresser la qualité de service pour permettre à l'HAD d'assurer des soins complexes et coordonnés..... | 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 |
| CONCLUSION..... | 64 |
| PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION | 65 |
| LISTE DES PERSONNES RENCONTREES AU NIVEAU NATIONAL | 67 |
| REPONSES DE LA DGOS ET OBSERVATIONS DE LA MISSION | 71 |
| REPONSES DE LA DGCS ET OBSERVATIONS DE LA MISSION | 75 |
| NOTE D'OBSERVATION DE LA DREES | 83 |

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 structures¹.
- [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.

¹ 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.

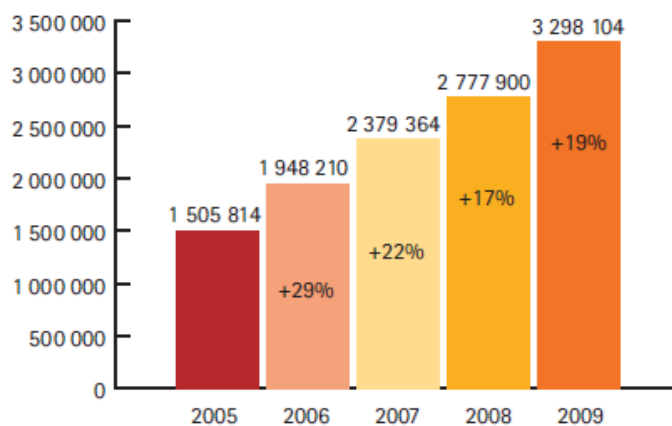
1.2. Un développement global, récent et rapide mais une faible contribution à l'offre de soins, inégalement répartie sur le territoire et reposant sur des structures hétérogènes

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 minime 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 minimale 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'IRDES², 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'HAS³, 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.

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

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

1.2.2. Une couverture nationale qui masque une forte hétérogénéité territoriale

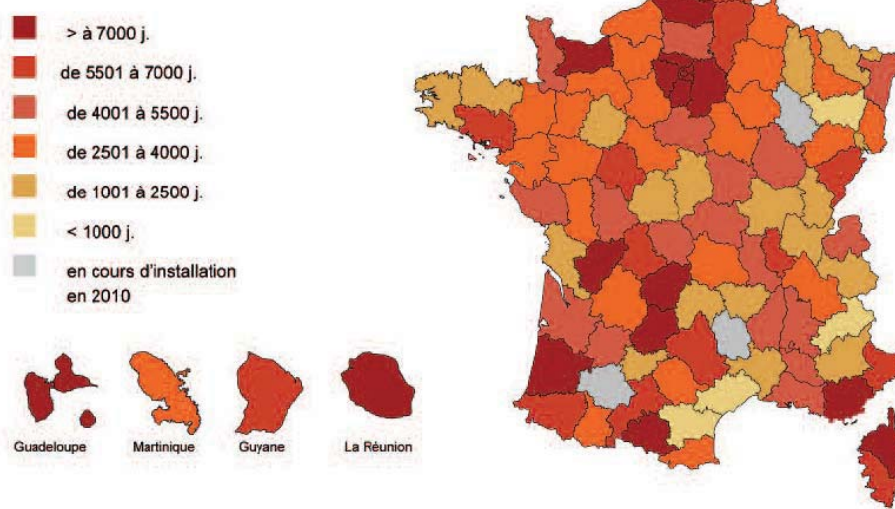
1.2.2.1. Grâce à un fort développement depuis 5 ans, tous les départements disposent d'au moins une autorisation d'HAD

- [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 DGOS⁴, 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 |
|--------------------------------------|---------------------|---------------|----------------|----------------------------|
| Ile-de-France | 16 | 849 838 | 19% | 7 238,7 |
| Champagne-Ardenne⁵ | 7 | 26 413 | 88% | 1 916,8 |
| Picardie | 15 | 108 810 | 199% | 5 585,8 |
| Haute-Normandie | 10 | 65 945 | 558% | 3 549,8 |
| Centre | 12 | 108 060 | 302% | 4 159,3 |
| Basse-Normandie | 13 | 91 046 | 172% | 6 047,5 |
| Bourgogne | 16 | 63 004 | 169% | 3 737,6 |
| Nord-Pas-de-Calais | 16 | 279 919 | 375% | 6 842,1 |
| Lorraine | 19 | 53 915 | 151% | 2 251,6 |
| Alsace | 8 | 74 360 | 176% | 3 998,8 |
| Franche-Comté | 8 | 47 831 | 105% | 4 001,8 |
| Pays-de-la-Loire | 8 | 120 028 | 101% | 3 348,2 |
| Bretagne | 10 | 112 330 | 447% | 3 488,9 |
| Poitou-Charentes | 11 | 78 814 | 163% | 4 393,3 |
| Aquitaine | 13 | 189 264 | 103% | 5 845,6 |
| Midi-Pyrénées | 15 | 114 853 | 237% | 3 974,4 |
| Limousin | 5 | 57 474 | 167% | 7 568,2 |
| Rhône-Alpes | 26 | 288 082 | 219% | 4 634,6 |
| Auvergne | 7 | 45 237 | 178% | 3 274,2 |
| Languedoc-Roussillon | 13 | 42 830 | 491% | 1 637,2 |
| Corse | 3 | 28 135 | n.c | 9 239,7 |
| PACA | 26 | 289 704 | 117% | 5 858,7 |
| France | 298 | 3 298 104 | 119% | 5 071,6 |

Source : ATIH et calculs de la mission

⁴ Document de travail fourni à la mission.

⁵ Activités des structures ayant transmis leurs données à l'ATIH.

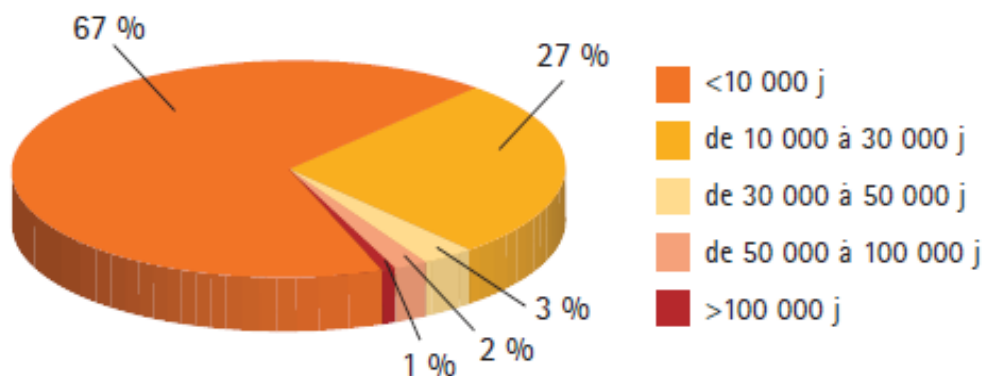
- [50] La mission a pu constater, lors de ses investigations de terrain, que ces différences tenaient avant tout à l'histoire et au dynamisme (ou non) des opérateurs (cf. infra).
- [51] Ces différences tiennent également au contexte dans lequel l'HAD s'inscrit. En particulier, les zones rurales accusent 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^{er} 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)

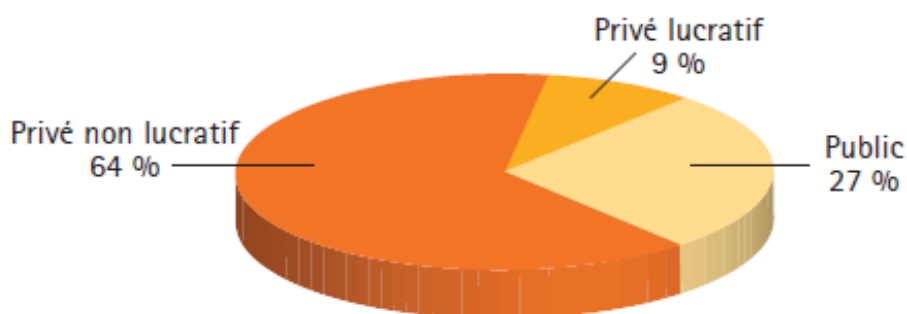


Source : FNEHAD

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 particulier⁶, 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).

⁶ 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 du 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 | % |
| Etablissements de santé | 86 819 | 66,9% | 38 505 | 29,7% |
| 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% |
| Domicile | 42 606 | 32,8% | 79 267 | 61,1% |
| 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 | | | 10 910 | 8,4% |
| Ensemble | 129 425 | 99,8% | 128 682 | 99,2% |

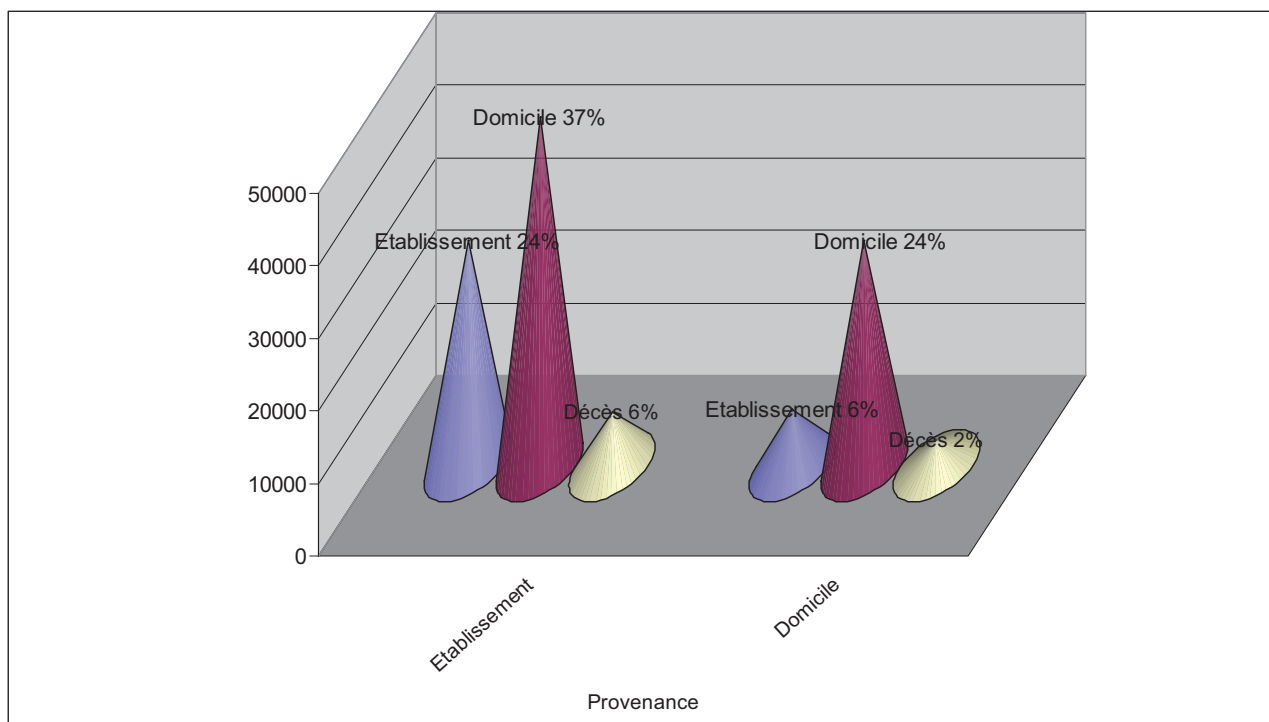
Source : Données PMSI HAD 2009 (ATIH)

- [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^{er} 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 SSIAD⁷ ». 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.

⁷ 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.)⁸. 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.

⁸ 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)⁹. 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 dernières¹⁰ ». 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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 récente¹¹, 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.

¹¹ 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 périnatalité¹², soins palliatifs et soins techniques en cancérologie¹³ 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).

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

¹³ 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 connaître¹⁴

[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.

¹⁴ 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 |
|---|----------------|------------|
| T.M. DE BRANCHE OU DU POU MON, SAI | 40 182 | 6,1% |
| T.M. DE LA PROSTATE | 34 369 | 5,2% |
| T.M. DU SEIN, SAI | 32 980 | 5,0% |
| SOINS PALLIATIFS | 24 879 | 3,8% |
| T.M. DU COLON, SAI | 14 796 | 2,2% |
| T.M. DE L'OVAIRE | 11 804 | 1,8% |
| T.M. DU CERVEAU | 11 473 | 1,7% |
| T.M. DU RECTUM | 10 840 | 1,6% |
| T.M. DE L'ENCEPHALE, SAI | 10 437 | 1,6% |
| ACCID. VASC. CEREB | 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 |
|------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| HAD | 34,8 | 68,2 | 18 153 ¹⁵ | 8 160 | 4 579 | 234 |
| MCO | 15,8 | 69,8 | 107 465 | 7 185 | 7 276 | 455 |
| Rapport MCO/HAD | 0,45 | 1,02 | 5,92 | 0,88 | 1,59 | 1,94 |

Source : ATIH, MT2A août 2009

¹⁵ 268 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'ATIH¹⁶ 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%), hémiplégie (3,9%), maladie de Parkinson (3,2%), tétraplégie (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.

¹⁶ 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^{er} 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 une 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 infirmiers¹⁷.

¹⁷ 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^{er} 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^{er} 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'allègement 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^{er} 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 2006¹⁸. 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.

¹⁸ 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 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 test¹⁹. 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.

¹⁹ 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^{er} 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-ci²⁰. Le modèle repose sur quatre informations relatives au séjour :

- le mode de prise en charge (MPC) principal choisi parmi la liste des 24 MPC disponibles²¹ (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).

²⁰ 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.

²¹ 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^{er} 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^{er} 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 domicile²². 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 domicile²³.

²² 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 ».

²³ « [...] mobiliser une partie de l'existant pour le faire évoluer, [...], vers une offre hospitalière diversifiée en médecine gériatrique, en services de soins 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 synthèses²⁴ 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 hospitalier²⁵.

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.

²⁴ 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.

²⁵ 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 HAS²⁶ : 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

²⁶ 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 tracées 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 reconductibles, 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 FNEHAD²⁷.

²⁷ 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 cela²⁸. 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, SASPAS²⁹...) 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...

²⁸ 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.

²⁹ 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 lourdes³⁰.

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

³⁰ 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 |

| | | | |
|-----------|---|---------------------------------------|------------|
| 13 | Encadrer et harmoniser la permanence des soins en l'adaptant au type de prise en charge. | DGOS et DG ARS | 2010-2011 |
| 14 | Structurer, de façon coordonnée, les SI HAD et intégrer l'HAD dans le développement de la télémédecine. | ASIP et fédérations | 2010 -2012 |
| 15 | 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 |
| 16 | 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) CNAMTSDirection 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.

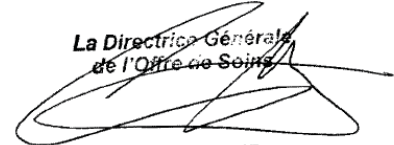
Observation de la mission : *La mission se réjouit des initiatives engagées par la DGOS qui sont en totale cohérence avec les préconisations présentées.*

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^{er} 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 |
| Total France métropolitaine | 123 | 164 | 197 | 224 | 254 |
| Guadeloupe | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| Martinique | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Guyane | | 1 | 1 | 5 | 6 |
| Réunion | 4 | 4 | 5 | 5 | 7 |
| Ttotal France entière | 129 | 174 | 208 | 239 | 273 |

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

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

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 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 |
| Total France métropolitaine | 5904 | 6748 | 7782 | 9031 | 10344 |
| Guadeloupe | 30 | 90 | 95 | 115 | 167 |
| Martinique | 0 | 60 | 60 | 60 | 60 |
| Guyane | 0 | 13 | 13 | 151 | 201 |
| Réunion | 80 | 90 | 132 | 213 | 253 |
| Ttotal France entière | 6014 | 7001 | 8082 | 9570 | 11025 |

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

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 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 |
| Total France métropolitaine | 1 474 119 | 1 909 252 | 2 340 244 | 2 711 501 | 3 064 275 |
| 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 |
| Total France entière | 1 514 814 | 1 964 239 | 2 437 767 | 2 852 442 | 3 243 498 |

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 |
| Périnatalité* : | 19 083 | 22,5 | 144 743 | 6,8 |
| Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) | 7 139 | 8,4 | 29 671 | 1,4 |
| Post-partum pathologique | 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 |
| Soins techniques de cancérologie* : | 16 142 | 19,0 | 137 398 | 6,5 |
| 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 |
| Soins palliatifs | 12 428 | 14,6 | 417 549 | 19,7 |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle* : | 7 160 | 8,4 | 341 670 | 16,2 |
| 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 |
| Soins complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | 6 628 | 7,8 | 100 315 | 4,7 |
| Traitement intraveineux | 6 167 | 7,3 | 389 123 | 18,4 |
| Rééducation-réadaptation-éducation* : | 3 174 | 3,7 | 130 764 | 6,2 |
| 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 |
| Soins de nursing lourds | 2 936 | 3,5 | 195 992 | 9,3 |
| Autres motifs* : | 11 265 | 13,3 | 257 047 | 12,2 |
| 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 |
| Ensemble | 84 983 | 100,0 | 2 114 601 | 100,0 |

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 |
| Périnatalité* : | 23 381 | 23,3 | 174 865 | 6,7 |
| 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 |
| Soins techniques de cancérologie* : | 16 787 | 16,8 | 148 565 | 5,7 |
| 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 |
| Soins palliatifs | 15 648 | 15,6 | 555 198 | 21,3 |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle* : | 8 558 | 8,5 | 406 295 | 15,6 |
| 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 |
| Soins complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) | 8 431 | 8,4 | 502 901 | 19,3 |
| Traitement intraveineux | 8 047 | 8,0 | 131 108 | 5,0 |
| Rééducation-réadaptation-éducation* : | 3 710 | 3,7 | 146 669 | 5,6 |
| 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 |
| Soins de nursing lourds | 3 938 | 3,9 | 247 872 | 9,5 |
| Autres motifs* : | 11 628 | 11,6 | 289 549 | 11,1 |
| 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 |
| Ensemble | 100 152 | 100,0 | 2 603 362 | 100,0 |

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 |
| Périnatalité* : | 28 443 | 24,1 | 202 227 | 6,9 |
| 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 |
| Soins techniques de cancérologie* : | 18 261 | 15,5 | 156 500 | 5,4 |
| 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 |
| Soins palliatifs | 18 556 | 15,8 | 641 718 | 21,9 |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle* : | 9 977 | 8,5 | 448 568 | 15,3 |
| 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 |
| Pansements complexes et soins spécifiques (stomies d) | 10 417 | 8,8 | 563 994 | 19,3 |
| Traitement intraveineux | 9 500 | 8,1 | 165 951 | 5,7 |
| Rééducation-réadaptation-éducation* : | 3 874 | 3,3 | 153 167 | 5,2 |
| 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 |
| Soins de nursing lourds | 4 779 | 4,1 | 274 029 | 9,4 |
| Autres motifs* : | 13 992 | 11,9 | 318 235 | 10,9 |
| 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 |
| Mode de prise en charge non renseigné | 3 | 0,0 | 60 | 0,0 |
| Ensemble | 117 802 | 100,0 | 2 924 449 | 100,0 |

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.



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-109P

L'Hospitalisation à domicile (HAD)

**TOME II
ANNEXES**

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

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| L'HAD EN RHONE-ALPES..... | 13 |
| 1. L'HAD DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE..... | 13 |
| 1.1. <i>Activité, nombre de structures, taille et couverture géographique.....</i> | 13 |
| 1.2. <i>Statut juridique et mode de rattachement.....</i> | 15 |
| 1.3. <i>Principaux modes de prise en charge.....</i> | 15 |
| 1.4. <i>Place dans les parcours de soins.....</i> | 17 |
| 1.5. <i>Situation économique.....</i> | 18 |
| 1.6. <i>Eléments qualitatifs.....</i> | 18 |
| 1.7. <i>Perspectives.....</i> | 19 |
| 2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE..... | 19 |
| 2.1. <i>Le SROS et la politique d'autorisation.....</i> | 19 |
| 2.1.1. <i>Place de l'HAD dans le SROS et principales orientations.....</i> | 19 |
| 2.1.2. <i>Politique d'autorisation de l'ARH.....</i> | 19 |
| 2.1.3. <i>Autres démarches.....</i> | 20 |
| 2.2. <i>La politique de l'assurance maladie.....</i> | 20 |
| 2.2.1. <i>Accompagnement.....</i> | 20 |
| 2.2.2. <i>Contrôles.....</i> | 21 |
| CHU DE GRENOBLE..... | 23 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 23 |
| 1.1. <i>Statut et positionnement.....</i> | 23 |
| 1.2. <i>Taille et couverture géographique.....</i> | 23 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 24 |
| 2.1. <i>Activité et principaux modes de prise en charge.....</i> | 24 |
| 2.2. <i>Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins.....</i> | 24 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU..... | 25 |
| 3.1. <i>Coordination médicale et place des médecins traitants.....</i> | 25 |
| 3.2. <i>Organisation paramédicale.....</i> | 26 |
| 3.3. <i>PDS.....</i> | 26 |
| 3.4. <i>SI et dossier patient.....</i> | 26 |
| 3.5. <i>Médicament et dispositifs médicaux.....</i> | 27 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE..... | 27 |
| 5. EFFICIENCE..... | 27 |
| 5.1. <i>Equilibre économique.....</i> | 27 |
| 5.2. <i>PMSI.....</i> | 28 |

| | |
|--|-----------|
| CENTRE LEON BERARD | 29 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 29 |
| 1.1. Statut et positionnement..... | 29 |
| 1.2. Taille et couverture géographique..... | 29 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 29 |
| 2.1. Activité et principaux modes de prise en charge | 29 |
| 2.2. Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins..... | 30 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 30 |
| 3.1. Coordination médicale, place des médecins traitants et organisation paramédicale | 30 |
| 3.2. PDS..... | 31 |
| 3.3. SI et dossier patient..... | 31 |
| 3.4. Médicament et dispositifs médicaux | 32 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE..... | 32 |
| 5. EFFICIENCE | 32 |
| 5.1. Equilibre économique..... | 32 |
| 5.2. PMSI..... | 32 |
| 6. COMMENTAIRES GENERAUX..... | 33 |
| ALLP | 35 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 35 |
| 1.1. Statut et positionnement..... | 35 |
| 1.2. Taille et couverture géographique..... | 35 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 35 |
| 2.1. Activité et principaux modes de prise en charge | 35 |
| 2.2. Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins..... | 36 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 37 |
| 3.1. Coordination médicale et place des médecins traitants | 37 |
| 3.2. Organisation paramédicale | 37 |
| 3.3. PDS..... | 37 |
| 3.4. SI et dossier patient..... | 38 |
| 3.5. Médicament et dispositifs médicaux | 38 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE..... | 38 |
| 5. EFFICIENCE | 39 |
| 5.1. Equilibre économique..... | 39 |
| 5.2. PMSI..... | 39 |
| 6. COMMENTAIRES GENERAUX..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| SOINS ET SANTE | 41 |
| 1. ORGANISATION..... | 41 |
| 1.1. Statut, dimension, positionnement et couverture géographique..... | 41 |
| 1.2. Organisation générale..... | 41 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 42 |
| 2.1. Activité..... | 42 |
| 2.2. Positionnement dans les parcours de soins et par rapport aux autres composantes de l'offre de soins..... | 43 |
| 2.2.1. Positionnement dans les parcours de soins..... | 43 |
| 2.2.2. Relations avec les centres hospitaliers..... | 44 |
| 2.2.3. Relation avec les autres composantes de l'offre de soins et du médico social (médecins traitants, SSIAD, réseaux de santé EHPAD etc) et les prestataires de services..... | 44 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 45 |
| 3.1. Coordination médicale et place des médecins traitant..... | 45 |
| 3.2. Organisation paramédicale..... | 46 |
| 3.2.1. Ressources paramédicales | 46 |
| 3.2.2. Organisation et activités | 46 |
| 3.2.3. Outils | 47 |
| 3.3. Continuité et permanence des soins (PDS)..... | 47 |
| 3.4. Système d'information (SI) et dossier patient..... | 48 |
| 3.5. Médicament et dispositifs médicaux | 48 |
| 3.6. Accréditation, certification et politique de qualité | 49 |
| 3.7. Information médicale..... | 49 |
| 4. RESULTATS ECONOMIQUES ET EFFICIENCE | 49 |
| 4.1. Equilibre économique..... | 49 |
| 4.2. Eléments sur la formation du résultat..... | 49 |
| OÏKIA..... | 53 |
| 1. UNE STRUCTURE FRAGILE DONT L'EQUILIBRE FINANCIER A ETE COMPROMIS..... | 53 |
| 1.1. Née dans le cadre des soins palliatifs, la structure recherche rapidement la diversification..... | 53 |
| 1.2. L'établissement est confronté à une grave crise financière, en 2008 et 2009..... | 54 |
| 1.3. Des partenariats peu formalisés mais réels..... | 55 |
| 2. UN FORT DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE AVEC UNE PRESENCE IMPORTANTE DES SOINS PALLIATIFS ET UN DISPOSITIF DE SECURITE ET DE QUALITE EFFECTIF..... | 56 |
| 2.1. L'activité largement orientée vers les soins palliatifs demeure en dessous des anticipations aventureuses de début 2009..... | 56 |
| 2.2. En dépit des turbulences rencontrées, l'établissement a obtenu la certification de la Haute autorité de santé, au titre de la V2..... | 56 |
| CH DE CREST | 59 |
| 1. STRUCTURATION JURIDIQUE ET ORGANISATION GENERALE | 59 |
| 1.1. Brève histoire de l'HAD de Crest..... | 59 |
| 1.2. L'HAD de Crest a largement développé son partenariat..... | 60 |

| | |
|--|-----------|
| 1.3. Coûts et moyens de l'hospitalisation à domicile..... | 61 |
| 2. UN DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE LARGEMENT DOMINE PAR L'ORIENTATION EN SOINS PALLIATIFS DANS LE CADRE DE PROCEDURES HOSPITALIERES DE QUALITE ET DE SECURITE | 61 |
| 2.1. Une forte progression d'activité dans laquelle les soins palliatifs représentent une partie très importante..... | 61 |
| 2.2. Des procédures hospitalières de sécurité et de qualité utilisées ou transposées..... | 62 |
| L'HAD 74..... | 63 |
| 1. CARACTERISTIQUES GENERALES..... | 63 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 63 |
| 2.1. <i>Activité et principaux modes de prise en charge</i> | 63 |
| 2.2. <i>Analyse du case mix et des caractéristiques de la population prise en charge</i> | 64 |
| 2.3. <i>Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et place de l'HAD dans les parcours de soins</i> | 65 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 65 |
| 3.1. <i>Organisation et activités médicales et paramédicales</i> | 65 |
| 3.2. <i>Continuité et permanence des soins (PDS)</i> | 66 |
| 3.3. <i>Médicament, dispositifs médicaux et matériels</i> | 66 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION, POLITIQUE DE QUALITE, FORMATION | 67 |
| 5. GESTION ECONOMIQUE ET FINANCIERE..... | 67 |
| 6. CONCLUSION | 67 |
| L'HAD DU CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION D'ANNECY (CHRA)..... | 69 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 69 |
| 1.1. <i>Élément sur le statut et le territoire d'intervention</i> | 69 |
| 1.2. <i>Partenariat avec les autres composantes de l'offre de soins</i> | 69 |
| 1.2.1. <i>Partenariat avec les établissements hospitaliers</i> | 69 |
| 1.2.2. <i>Partenariat avec les professionnels libéraux</i> | 70 |
| 1.2.3. <i>Partenariat avec les EPHAD, les autres structures du médico-social et les réseaux</i> . | 70 |
| 2. ACTIVITES..... | 70 |
| 2.1. <i>Approche globale de l'activité</i> | 70 |
| 2.2. <i>Analyse du case mix</i> | 71 |
| 2.3. <i>Positionnement dans les parcours de soins</i> | 71 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 72 |
| 3.1. <i>Organisation médicale et paramédicale</i> | 72 |
| 3.1.1. <i>Médecins coordonnateurs et médecins traitants</i> | 72 |
| 3.1.2. <i>Infirmières et aides soignantes</i> | 72 |
| 3.2. <i>Procédures et outils de coordination, organisation de la permanence des soins</i> | 73 |
| 3.3. <i>Approvisionnement en médicament et dispositifs médicaux</i> | 73 |
| 4. QUALITE | 74 |
| 5. ANALYSE ECONOMIQUE ET FINANCIERE | 74 |

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE REGIONALE AQUITAINE | 75 |
| 1. L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE | 75 |
| 1.1. <i>Les structures d'HAD</i> | 75 |
| 1.2. <i>Les activités d'HAD</i> | 75 |
| 2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE..... | 77 |
| 2.1. <i>L'élaboration et mise en œuvre du SROS et la politique d'autorisation</i> | 77 |
| 2.2. <i>Les démarches de contractualisation et d'accompagnement</i> | 77 |
| HOPITAL SUBURBAIN DU BOUSCAT..... | 79 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 79 |
| 1.1. <i>Statut et positionnement</i> | 79 |
| 1.2. <i>Taille et couverture géographique</i> | 79 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 80 |
| 2.1. <i>Activité et principaux modes de prise en charge</i> | 80 |
| 2.2. <i>Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins</i> | 80 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 81 |
| 3.1. <i>Coordination médicale et place des médecins traitants</i> | 81 |
| 3.2. <i>Organisation paramédicale</i> | 82 |
| 3.3. <i>PDS</i> | 82 |
| 3.4. <i>SI et dossier patient</i> | 82 |
| 3.5. <i>Médicament et dispositifs médicaux</i> | 83 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE..... | 83 |
| 5. EFFICIENCE | 83 |
| 5.1. <i>Equilibre économique</i> | 83 |
| 5.2. <i>PMSI</i> | 83 |
| MAISON DE SANTE PROTESTANTE DE BORDEAUX-BAGATELLE | 85 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 85 |
| 1.1. <i>Statut et positionnement</i> | 85 |
| 1.2. <i>Taille et couverture géographique</i> | 85 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 86 |
| 2.1. <i>Activité et principaux modes de prise en charge</i> | 86 |
| 2.2. <i>Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins</i> | 86 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 87 |
| 3.1. <i>Organisation médicale et paramédicale</i> | 87 |
| 3.2. <i>Collaborations avec les professionnels de santé libéraux</i> | 88 |
| 3.3. <i>Service rendu par domaine d'activité</i> | 88 |
| 3.4. <i>PDS</i> | 89 |
| 3.5. <i>SI et dossier patient</i> | 89 |

| | |
|---|-----------|
| 3.6. <i>Médicament et dispositifs médicaux</i> | 89 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE | 90 |
| 5. EFFICIENCE | 90 |
| CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX | 93 |
| 1. STRUCTURATION JURIDIQUE ET ORGANISATION GENERALE | 93 |
| 1.1. <i>Organisation et stratégie</i> | 93 |
| 1.2. <i>Les partenariats avec les autres composantes de l'offre de soins sont largement informels, mais efficaces</i> | 93 |
| 1.3. <i>Une situation financière équilibrée dans un premier temps et en recherche de son ajustement</i> | 94 |
| 2. UNE MONTEE EN CHARGE TRES SENSIBLE APPUYEE SUR LES SAVOIR FAIRE DE L'HOPITAL EN MATIERE DE SECURITE ET DE QUALITE | 94 |
| 2.1. <i>Une montée en charge très sensible qui comble en partie le retard du Périgord Nord et Centre, mais laisse de côté jusqu'à présent la chimiothérapie</i> | 94 |
| 2.2. <i>Pour la permanence, la qualité et la sécurité, l'HAD s'appuie sur les moyens et les procédures de l'hôpital</i> | 94 |
| SANTE SERVICE DAX | 97 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 97 |
| 1.1. <i>Eléments généraux sur l'organisation et le management de SSD</i> | 97 |
| 1.1.1. Statut et histoire..... | 97 |
| 1.1.2. Structuration et ressources humaines | 97 |
| 1.2. <i>Couverture géographique et positionnement</i> | 97 |
| 1.3. <i>Orientations stratégiques et relations avec la tutelle</i> | 98 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 98 |
| 2.1. <i>Activité et principaux modes de prise en charge</i> | 98 |
| 2.1.1. Eléments généraux..... | 98 |
| 2.1.2. Analyse du case mix | 99 |
| 2.2. <i>Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins</i> | 100 |
| 2.2.1. Données sur l'origine et les conditions de sortie des patients | 101 |
| 2.2.2. Des relations étroites avec les structures hospitalières | 101 |
| 2.2.3. Des prescriptions accrues en provenance de la médecine de ville et des médecins coordonateurs des EPHAD | 101 |
| 2.2.4. Une articulation complexe avec le SSIAD | 102 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 102 |
| 3.1. <i>Organisation paramédicale médicale et para médicale</i> | 102 |
| 3.2. <i>Permanence et continuité des soins</i> | 103 |
| 3.3. <i>Médicament et dispositifs médicaux</i> | 103 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE | 103 |
| 5. EQUILIBRE ECONOMIQUE ET OUTILS DE GESTION | 104 |
| 6. PERSPECTIVES..... | 104 |

| | |
|--|------------|
| L'HAD EN LANGUEDOC-ROUSSILLON | 105 |
| 1. L'HAD DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE..... | 105 |
| 1.1. <i>Activité, nombre de structures, taille et couverture géographique.....</i> | <i>105</i> |
| 1.2. <i>Statut juridique et mode de rattachement</i> | <i>107</i> |
| 1.3. <i>Principaux modes de prise en charge.....</i> | <i>108</i> |
| 1.4. <i>Place dans l'offre et les parcours de soins</i> | <i>109</i> |
| 1.5. <i>Perspectives</i> | <i>110</i> |
| 2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE..... | 111 |
| 2.1. <i>Le SROS et la politique d'autorisation</i> | <i>111</i> |
| 2.1.1. Principales orientations du SROS..... | 111 |
| 2.1.2. Politique d'autorisation de l'ARH..... | 111 |
| 2.1.3. Autres démarches | 112 |
| 2.2. <i>La politique de l'assurance maladie.....</i> | <i>113</i> |
| 2.2.1. Accompagnement | 113 |
| 2.2.2. Contrôles | 113 |
| L'APARD A MONTPELLIER..... | 115 |
| 1. UN CONTEXTE TRES PARTICULIER..... | 115 |
| 2. UN PROJET EN MESURE D'ABOUTIR | 115 |
| CHU DE MONTPELLIER | 117 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 117 |
| 1.1. <i>Informations générales</i> | <i>117</i> |
| 1.2. <i>Activités.....</i> | <i>117</i> |
| 1.3. <i>Qualité, continuité, permanence.....</i> | <i>118</i> |
| 1.4. <i>Gestion.....</i> | <i>118</i> |
| 2. TROUVER DE NOUVEAUX LIENS ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE MONT PELLIER ET L'HOSPITALISATION A DOMICILE | 118 |
| L'HAD EN LIMOUSIN..... | 121 |
| 1. L'HAD DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE..... | 121 |
| 1.1. <i>Activité, nombre de structures, taille et couverture géographique.....</i> | <i>121</i> |
| 1.2. <i>Statut juridique et mode de rattachement</i> | <i>123</i> |
| 1.3. <i>Principaux modes de prise en charge.....</i> | <i>123</i> |
| 1.4. <i>Place dans l'offre et les parcours de soins</i> | <i>125</i> |
| 1.5. <i>Perspectives</i> | <i>127</i> |
| 2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE..... | 127 |
| 2.1. <i>Le SROS et la politique d'autorisation</i> | <i>127</i> |
| 2.1.1. Place de l'HAD dans le SROS et principales orientations | 127 |
| 2.1.2. Politique d'autorisation de l'ARH..... | 128 |
| 2.1.3. Autres démarches | 128 |
| 2.2. <i>La politique de l'assurance maladie.....</i> | <i>128</i> |
| 2.2.1. Accompagnement | 128 |
| 2.2.2. Contrôles | 129 |

| | |
|--|------------|
| HAD 23 | 131 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 131 |
| 1.1. Statut et positionnement..... | 131 |
| 1.2. Taille et couverture géographique..... | 131 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 132 |
| 2.1. Activité et principaux modes de prise en charge..... | 132 |
| 2.2. Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins..... | 132 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU..... | 133 |
| 3.1. Coordination médicale et place des médecins traitants..... | 133 |
| 3.2. Organisation paramédicale..... | 134 |
| 3.3. PDS..... | 134 |
| 3.4. SI et dossier patient..... | 134 |
| 3.5. Médicament et dispositifs médicaux..... | 135 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE..... | 135 |
| 5. EFFICIENCE..... | 135 |
| AUTRES REGIONS L'HAD DE L'AP-HP | 137 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 137 |
| 1.1. Elément sur le statut et le territoire d'intervention..... | 137 |
| 1.2. Organisation et ressources..... | 137 |
| 1.3. Partenariat avec les autres composantes de l'offre de soins..... | 138 |
| 1.3.1. Partenariat avec les établissements hospitaliers..... | 138 |
| 1.3.2. Partenariat avec les professionnels libéraux et les autres acteurs..... | 138 |
| 1.3.3. Orientations stratégiques..... | 139 |
| 2. ACTIVITES..... | 139 |
| 2.1. Approche globale de l'activité..... | 139 |
| 2.2. Analyse quantitative du case mix..... | 139 |
| 2.3. Positionnement dans le parcours de soins à partir des modes d'entrée et de sortie..... | 140 |
| 2.4. Analyse qualitative du case mix..... | 141 |
| 2.4.1. Obstétrique, périnatalité et pédiatrie..... | 141 |
| 2.4.2. Chimiothérapie..... | 141 |
| 2.4.3. Soins palliatifs..... | 141 |
| 2.4.4. SSR :..... | 142 |
| 3. ORGANISATION DU FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU..... | 142 |
| 4. ANALYSE ECONOMIQUE ET FINANCIERE..... | 142 |
| SANTE-SERVICE ILE DE FRANCE | 143 |
| 1. UNE HOSPITALISATION A DOMICILE PIONNIERE EN FRANCE..... | 143 |
| 1.1. Histoire et organisation générale..... | 143 |
| 1.2. Un partenariat étoffé..... | 144 |
| 1.2.1. Plus de cent conventions de coopération passées avec des établissements de santé ou avec des EHPAD..... | 144 |

| | |
|---|------------|
| 1.2.2. Un partenariat développé avec les réseaux de santé..... | 144 |
| 1.2.3. Santé-Service a également un partenariat avec des associations de bénévoles | 145 |
| 1.3. Moyens..... | 145 |
| 1.3.1. Moyens financiers | 145 |
| 1.3.2. Moyens humains..... | 146 |
| 2. UNE ACTIVITE MEDICALE TOUJOURS SOUTENUE, S'APPUYANT SUR DES PROCEDURES DE QUALITE ET DE SECURITE HOSPITALIERES | 146 |
| 2.1. <i>La réduction de la durée de séjour dans les autres modes de prise en charge a largement été compensée par l'augmentation des entrées et le développement des soins palliatifs</i> | 146 |
| 2.1.1. Une activité générale soutenue et maintenue | 147 |
| 2.1.2. Pour la première fois en 2009, les soins palliatifs deviennent le mode de prise en charge le plus important en nombre de journées | 147 |
| 2.1.3. La place de l'HAD dans le parcours de soins..... | 148 |
| 2.2. <i>Une qualité certifiée par la Haute Autorité de Santé</i> | 150 |
| 2.2.1. Permanence des soins..... | 150 |
| 2.2.2. Circuit du médicament | 150 |
| 2.2.3. Dossier du patient, coordination, continuité des soins | 150 |
| 2.2.4. Lutte contre les infections nosocomiales ; hygiène et sécurité..... | 151 |
| 2.2.5. Certification à la V2 par la haute autorité de santé (HAS)..... | 151 |
| CH DE PERONNE, HAM ET ALBERT | 153 |
| 1. ORGANISATION GENERALE..... | 153 |
| 1.1. <i>Statut et positionnement</i> | 153 |
| 1.2. <i>Taille et couverture géographique</i> | 153 |
| 2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT..... | 154 |
| 2.1. <i>Activité et principaux modes de prise en charge</i> | 154 |
| 2.2. <i>Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins</i> | 155 |
| 3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU | 156 |
| 3.1. <i>Organisation médicale et paramédicale</i> | 156 |
| 3.2. <i>Service rendu</i> | 156 |
| 3.3. <i>PDS</i> | 157 |
| 3.4. <i>SI et dossier patient</i> | 157 |
| 3.5. <i>Médicaments</i> | 158 |
| 4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE..... | 158 |
| 5. EFFICIENCE | 158 |
| SANTELYS..... | 159 |
| 1. UN SERVICE INTEGRE DANS UNE PLATE FORME MULTIMODALE ET DISPOSANT DE RESSOURCES IMPORTANTES | 159 |
| 1.1. <i>L'héritage de la ligue du Nord d'hygiène sociale, un ensemble de prestations à domicile</i> | 159 |
| 1.1.1. Un ensemble associatif intervenant dans le domaine de la formation et dans celui des prestations à domicile | 159 |
| 1.1.2. L'activité progresse fortement dans la période récente jusque fin 2008 dans le cadre d'un projet médical coordonné..... | 161 |
| 1.2. <i>Des partenariats développés</i> | 161 |

| | |
|---|------------|
| 1.3. Des ressources humaines et financières importantes | 162 |
| 1.3.1. Ressources financières..... | 162 |
| 1.3.2. Ressources humaines..... | 162 |
| 2. DES ACTIVITES DEVELOPPEES ET APPUYEES SUR UNE FORTE EXPERTISE QUI VONT DESORMAIS RENCONTRER DE LA CONCURRENCE SUR LE BASSIN DE LILLE..... | 164 |
| 2.1. Une forte expansion dans la période récente en particulier dans le domaine des soins palliatifs..... | 164 |
| 2.1.1. L'activité globale a très fortement progressé entre 2007 et 2008, pour connaître ensuite un léger tassement | 164 |
| 2.1.2. L'analyse du case mix fait apparaître la prédominance des soins palliatifs et la rémanence des pansements complexes, cœur de métier de l'HAD | 165 |
| 2.1.3. Parcours de soins des patients | 165 |
| 2.2. L'émergence de deux nouvelles HAD dans l'agglomération de Lille | 165 |
| 2.3. La solidité des procédures de qualité a été constatée par la Haute Autorité de Santé..... | 166 |
| 2.3.1. Permanence des soins | 166 |
| 2.3.2. Gestion de la continuité des soins..... | 167 |
| 2.3.3. Approvisionnement en médicament et dispositifs médicaux | 168 |
| 2.3.4. Les modalités de relation avec les usagers | 170 |
| 2.3.5. Protocoles de prise en charge | 171 |
| 2.3.6. Hygiène et sécurité, lutte contre les infections nosocomiales | 172 |
| 2.3.7. L'établissement a été accrédité puis certifié..... | 172 |
| LISTE DES HAD ETUDIEES | 175 |

L'HAD en Rhône-Alpes¹

1. L'HAD DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE

1.1. *Activité, nombre de structures, taille et couverture géographique*

- [1] Avec 233 855 journées comptabilisées en 2008, Rhône-Alpes se situe un peu en deçà de la moyenne nationale (environ 3900 journées/100 000 habitants contre 4422 pour la France)². Cette activité est en forte croissance depuis 2005, avec un rythme près de deux fois supérieur à la moyenne nationale (+ 219% contre 119% pour le nombre total de journées).
- [2] 22 HAD étaient autorisées en 2009. Six d'entre elles dépassaient le seuil de 10 000 journées en 2008, représentant à elles-seules les trois quarts de l'activité, dont près d'un tiers pour une seule HAD³. A l'autre extrême, neuf HAD ont réalisé, en 2008, moins de 5 000 journées. Cette distribution se situe dans la moyenne nationale. A deux exceptions près, ALLP en pédiatrie et CLB pour l'oncologie, toutes les HAD de la région sont généralistes.

Tableau 1 : Répartition des structures par taille

| Activité 2008 | Rhône-Alpes | France |
|------------------|-------------|--------|
| <10 000 journées | 70% | 72% |
| 10 000 à 30 000 | 25% | 22% |
| 30 000 à 50 000 | 0% | 3% |
| 50 000 à 100 000 | 5% | 2% |
| > 100 000 | 0% | 1% |

Source : FNEHAD

- [3] Sur le plan géographique, l'offre d'HAD était répartie sur 30 sites fin 2009. Lyon, Annecy, Grenoble et Saint-Etienne concentrent plus de la moitié des sites et près des trois quarts des places autorisées. Le Sud-est de la région (la Drôme, une partie de l'Isère et surtout l'Ardèche qui ne dispose d'aucune implantation actuellement⁴) est relativement moins pourvu, les zones de moyenne montagne étant en effet difficiles d'accès et peu pourvues en personnels libéraux.

¹ Déplacement du 22 au 25 mars. Entretiens à l'ARH avec : M. FAUCONNIER, ARH, Mme JANODY DRASS/IRS, Mme FAITOUT, CRAM, Dr DUROUX, URML. Entretien le 17 mars avec le Dr DUBOST, Directeur de Soins et Santé-Caluire et Délégué régional de la FNEHAD.

² Données FNEHAD. Dans la suite de cette note, sauf indications contraires, les données fournies proviennent de la synthèse Rhône-Alpes 2008 de la FNEHAD.

³ Par ordre décroissant : Soins et santé, CH Crest, OIKIA, Centre Léon Bérard, CH Grenoble, HAD 74.

⁴ Le GCS Santé à domicile a été autorisé pour 3 implantations : St Etienne (42), Montbrison (42) et Annonay (07). Ce dernier site, qui n'était pas encore en activité, devrait ouvrir courant 2010.

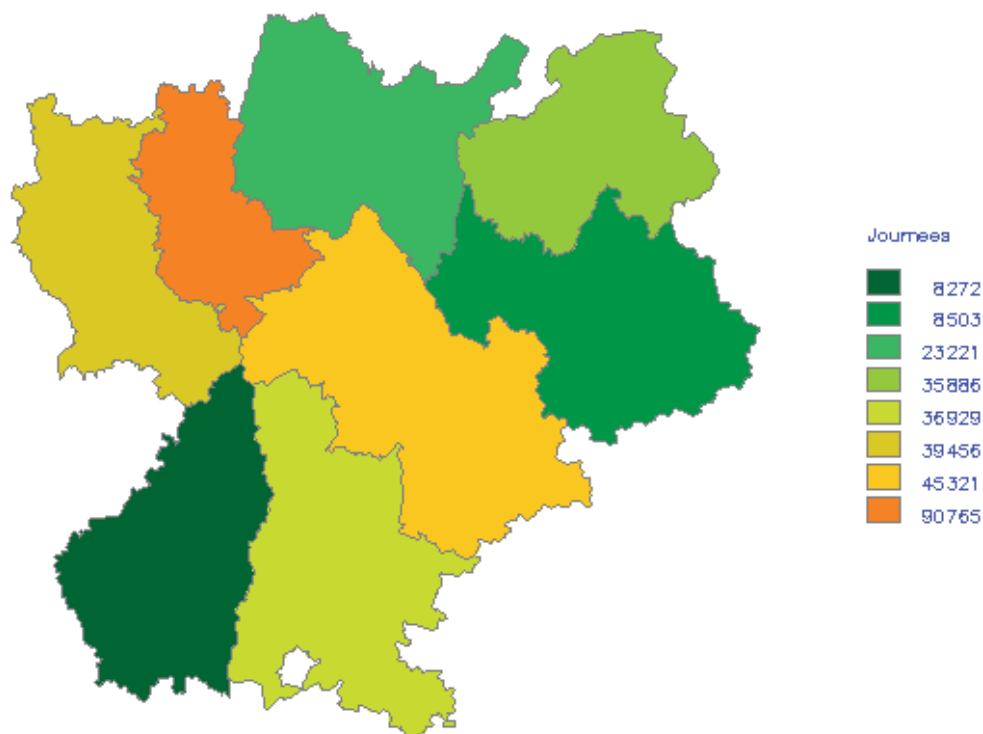
Tableau 2 : Répartition géographique des sites d'implantation

| Bassins de santé | Sites | Places autorisées |
|---------------------|-----------|-------------------|
| Bourg en Bresse | 3 | 60 |
| Valence | 2 | 52 |
| Montélimar | 2 | 36 |
| Grenoble | 3 | 112 |
| Roanne | 1 | 25 |
| Saint Etienne | 5 | 110 |
| Ville franche | 1 | 22 |
| Lyon-Est | 3 | 95 |
| Lyon-Centre et Nord | 1 | 208 |
| Lyon-Sud et Ouest | 1 | 30 |
| Chambéry | 2 | 45 |
| Annecy | 5 | 125 |
| Haute-Savoie Nord | 2 | 50 |
| Total | 30 | 970 |

Source : ARH Rhône-Alpes

- [4] De fait, l'activité, appréciée selon le domicile des patients, est concentrée sur trois départements (Isère, Rhône et Loire) qui sont à la fois les plus peuplés de la région et les mieux pourvus en offre d'HAD.

Graphique 1 : Activité par département en 2009 (nombre de journées selon le domicile des patients)



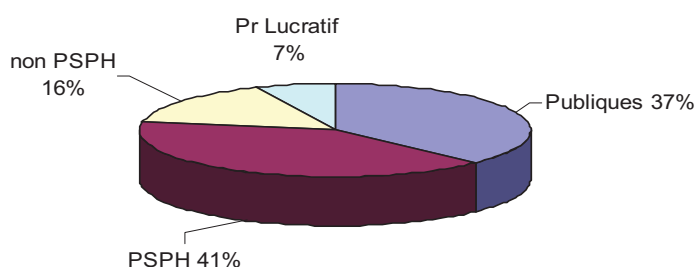
Source : ATIH / PMSI HAD

ATIH

1.2. Statut juridique et mode de rattachement

- [5] Sur les 20 HAD recensées par la FNEHAD en 2008, 13 étaient de statut public, 4 privées à but non lucratif (2 PSPH et 2 non PSPH) et 1 privée à but lucratif. Si les structures publiques sont nombreuses, elles sont généralement de taille réduite : seulement 2 sur 13 avaient une activité supérieure à 10 000 journées en 2010 et, à l'inverse, 8 d'entre elles totalisaient moins de 5000 journées. La majeure partie de l'activité est réalisée par les HAD privées non lucratives, principalement les PSPH.

Tableau 3 : Activité 2008 (journées) par type d'HAD



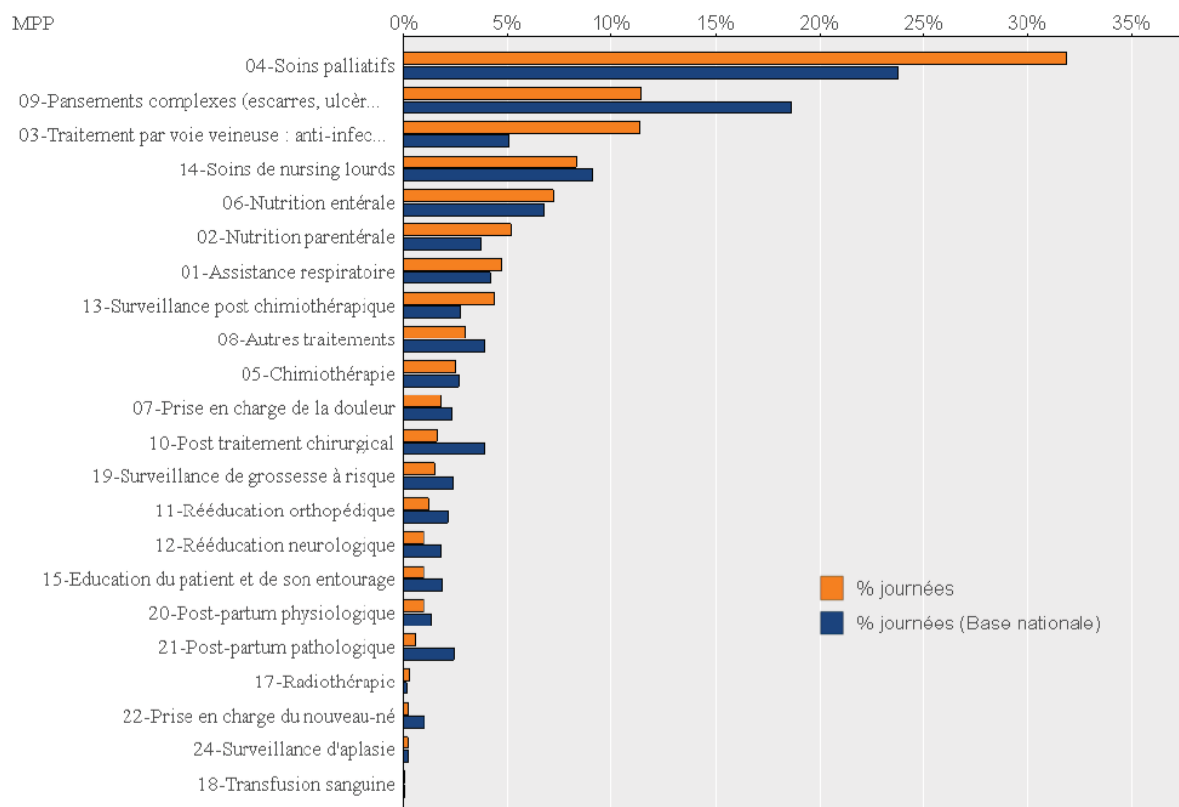
Source : FNEHAD

- [6] Sur les 20 HAD recensées en 2008, 14 HAD sont rattachées à un établissement de santé (toutes les HAD publiques ainsi que l'HAD du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard). La plupart des HAD « autonomes » dépendent d'une structure exerçant plusieurs activités (prestations médico-techniques, aide à la personne, centres de santé, SSIAD...).

1.3. Principaux modes de prise en charge

- [7] Par rapport à la moyenne nationale, la région Rhône-Alpes se distingue par le poids des soins palliatifs et, dans une moindre mesure, par les traitements par voie veineuse. Les « pansements complexes » y sont en revanche moins développés. Ces données seraient le signe d'un profil relativement technique (indice conforté la place de l'HAD dans les parcours de soins, cf. infra, et par l'importance des soins techniques infirmiers par rapport aux soins de nursing constatée lors des visites de sites). La technicité de l'HAD « Soins et santé », opérateur historique et acteur majeur du secteur, aurait joué un rôle moteur en la matière.

Tableau 4 : Modes de prise en charge principaux (2008)



Source : FNEHAD

- [8] Les soins palliatifs ont, dans un cas sur trois, pour MPA « prise en charge de la douleur ». Dans près d'un cas sur deux, les soins palliatifs sont le MPA des « Traitements par voie veineuse ».

Tableau 5 : Principales associations (2008)

| MPP | MPA | Nb journées | % journées | % journées (Base nationale) |
|--|---|-------------|------------|-----------------------------|
| 04-Soins palliatifs | 07-Prise en charge de la douleur | 23 607 | 10.09% | 6.22% |
| 04-Soins palliatifs | 00-Pas de protocole associé | 14 302 | 6.12% | 3.09% |
| 03-Traitement par voie veineuse : anti-infectie... | 04-Soins palliatifs | 11 122 | 4.76% | 1.21% |
| 06-Nutrition entérale | 14-Soins de nursing lourds | 9 825 | 4.20% | 2.28% |
| 09-Pansements complexes (escarres, ulcères, b... | 14-Soins de nursing lourds | 8 846 | 3.78% | 3.35% |
| 04-Soins palliatifs | 02-Nutrition parentérale | 7 814 | 3.34% | 2.30% |
| 13-Surveillance post chimiothérapique | 07-Prise en charge de la douleur | 5 533 | 2.37% | 0.77% |
| 09-Pansements complexes (escarres, ulcères, b... | 07-Prise en charge de la douleur | 5 496 | 2.35% | 4.42% |
| 04-Soins palliatifs | 13-Surveillance post chimiothérapique | 5 428 | 2.32% | 0.94% |
| 14-Soins de nursing lourds | 12-Rééducation neurologique | 5 348 | 2.29% | 1.99% |
| 04-Soins palliatifs | 25-Prise en charge psychologique et/ou... | 4 563 | 1.95% | 1.84% |
| 04-Soins palliatifs | 09-Pansements complexes (escarres, ul... | 4 403 | 1.88% | 2.56% |
| 14-Soins de nursing lourds | 07-Prise en charge de la douleur | 4 197 | 1.79% | 1.08% |
| 01-Assistance respiratoire | 14-Soins de nursing lourds | 3 723 | 1.59% | 0.87% |
| 04-Soins palliatifs | 06-Nutrition entérale | 3 529 | 1.51% | 2.32% |
| 03-Traitement par voie veineuse : anti-infectie... | 02-Nutrition parentérale | 3 524 | 1.51% | 0.52% |
| 09-Pansements complexes (escarres, ulcères, b... | 15-Education du patient et de son ent... | 3 483 | 1.49% | 2.54% |
| 01-Assistance respiratoire | 06-Nutrition entérale | 3 373 | 1.44% | 0.72% |
| 14-Soins de nursing lourds | 25-Prise en charge psychologique et/ou... | 3 150 | 1.35% | 1.55% |
| 02-Nutrition parentérale | 07-Prise en charge de la douleur | 2 903 | 1.24% | 0.87% |

Source : FNEHAD

- [9] Un tiers des journées réalisées en 2008 dans la région (soit 5 points de plus que la moyenne nationale) concernaient des patients sévèrement dépendant (indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30%). Près des deux tiers de ces journées concernaient des patients âgés de plus de 60 ans (ratio identique à la moyenne nationale). Le profil socio-économique de cette patientèle n'est pas connu. L'URML indique cependant que l'HAD constituerait, dans certains cas, un moyen d'éviter les frais liés à une hospitalisation classique (forfait journalier hospitalier), notamment pour les patients à bas revenus n'ayant pas de mutuelle.

1.4. Place dans les parcours de soins

- [10] Concernant les parcours de soins, la région Rhône-Alpes se distingue, par rapport à la moyenne nationale, par des flux relativement plus importants avec les établissements de santé (76% des séjours comptabilisés en 2008 ont pour mode d'entrée un établissement de santé contre 63% au niveau national) et, corrélativement, une place moindre du domicile dans les entrées et les sorties (respectivement 25 et 38% des séjours pour les modes d'entrée comptabilisés en 2008). Les sorties par décès sont, quant à eux, près de deux fois plus importants que la moyenne nationale.
- [11] S'agissant des prescripteurs hospitaliers, l'évaluation du SROS 3 réalisée en 2009 montre qu'en moyenne les HAD ont un établissement adresseur principal (près de la moitié des entrées) et un très grand nombre d'autres adresseurs de moindre importance. Il existe cependant de grandes différences selon les HAD (de 97% à 38% pour le premier adresseur), en particulier selon leur statut (autonome/rattaché).

Tableau 6 : Répartition des patients selon les prescripteurs hospitaliers (moyenne toutes HAD, 2009)

| | % |
|---------------------|------|
| Premier ES | 45,8 |
| Deuxième ES | 6,9 |
| Troisième ES | 4,7 |
| Quatrième ES | 3,3 |
| Cinquième ES | 2,5 |
| Autres | 36,8 |
| Tous ES | 100 |

Source : ARH Rhone-Alpes

- [12] La démarche d'accompagnement menée par l'assurance maladie en 2009 semble indiquer que les HAD de la région coopèrent de façon plutôt satisfaisante avec les structures environnantes. Avec les SSIAD, le partenariat se heurterait à des problèmes de facturation et à un cadre juridique flou.

Tableau 7 : Coopérations déclarées avec les structures environnantes

| Structures | Oui | Non | Sans réponse |
|----------------------------------|-----|-----|--------------|
| Service d'urgences | 19 | 3 | 1 |
| Court séjour | 20 | 2 | 0 |
| SSR | 20 | 2 | 0 |
| Réseau Santé | 17 | 5 | 1 |
| Equipe mobile gériatrique | 13 | 9 | 0 |
| SSIAD | 13 | 9 | 0 |
| EHPAD | 16 | 6 | 0 |
| Prestataires médico-tech | 21 | 1 | 0 |
| SAP | 20 | 2 | 0 |

Source : CRAM Rhône-Alpes

- [13] Cette même enquête révèle que la proportion de demandes d'admission non satisfaites varie de façon importante d'une HAD à l'autre (3 à 48%). Les principaux motifs de refus mentionnés sont, par ordre décroissant : inadéquation médicale, hors secteur géographique, conditions socio-familiales non réunies, refus de l'entourage, du patient ou du médecin traitant...
- [14] Enfin, les relations avec les professionnels libéraux et en particulier les médecins sont, de l'avis des différents acteurs (URML et FNEHAD), plutôt bonnes. Selon l'URML, les médecins généralistes libéraux apprécient le service rendu par l'HAD, en particulier en matière de coordination, de continuité/permanence des soins et de prise en charge des aspects logistiques. Le paiement des honoraires par les HAD antérieurement sous DG ne semble pas susciter de difficulté, sauf exceptions. Tel n'est pas le cas, en revanche, des échanges d'informations entre l'HAD et les libéraux : difficulté d'accès au DMP, lourdeur du DPPR... Par ailleurs, certains médecins généralistes refuseraient de prendre en charge un patient en HAD compte tenu du temps que cela exige.

1.5. *Situation économique*

- [15] Selon les tutelles et la FNEHAD, la situation économique des HAD de la région Rhône-Alpes serait plutôt favorable, notamment pour les structures les plus récentes. Les HAD intervenant dans les zones rurales, particulièrement en montagne, connaîtraient cependant des difficultés.

1.6. *Éléments qualitatifs*

- [16] Concernant le dossier médical, la démarche d'accompagnement conduite par l'assurance maladie (cf infra) montre que seules 2 HAD sur 22 ont un dossier non entièrement conforme au référentiel. Dans un cas (petite HAD récente rattachée à un CH), sont absents ou insuffisamment formalisés : les informations sur la démarche médicale (article L.1111-4), les directives anticipées (L. 1111-11), le compte rendu d'hospitalisation, la lettre de sortie, les prescriptions de sortie, les modalités de sortie. Dans un autre, sont absents : les prescriptions de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie...
- [17] Le suivi du SROS 3 montre par ailleurs que toutes les HAD assurent la préparation de l'entrée en HAD : visite de pré-admission, enquête sur les conditions de la prise en charge par une assistante sociale ou un soignant de l'HAD, validation de l'entrée par le médecin coordonnateur. La préparation de la sortie est également assurée par toutes les HAD, selon les critères définis par le SROS : avis du médecin sur la sortie du patient de l'HAD ; information du médecin adresseur ; association, si besoin, des services sociaux à la préparation de cette sortie ; information et association des professionnels assurant l'aval...
- [18] Selon cette évaluation, toutes les HAD assurent une permanence téléphonique 24h/24 et 365 jours/365. Dans 80% des cas, cette réponse téléphonique est assurée par un standard, permettant un accès éventuel à un dossier informatisé. Toutes les HAD prévoient, le cas échéant, le déplacement d'un infirmier, 24/24 et 365/365, au domicile du patient et, pour 80% d'entre elles, une astreinte téléphonique d'un médecin coordonnateur de l'HAD (régulation spécifique). En pratique, dans les HAD visitées par la mission, les patients joignent directement, selon les organisations mises en place, soit l'infirmier d'astreinte de l'HAD, soit le centre 15. Le médecin coordonnateur de l'HAD en astreinte, quant à lui, peut être joint pour conseil, aide à la décision ou à la régulation par l'infirmier de l'HAD, le centre 15, voire pour certains, par le médecin traitant.
- [19] S'agissant de la qualité et de la sécurité des soins, toutes les HAD ont respecté les engagements pris dans les contrats pluri annuels d'objectifs et de moyen en matière de prise en compte des troubles nutritionnels des patients, de même que pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur (concertation entre les professionnels, implication du patient, formation des professionnels salariés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur; sensibilisation des professionnels libéraux, disponibilité des traitements prescrits est elle assurée en permanence...). En revanche, moins de la moitié des médecins intervenant dans la structure d'HAD est titulaire d'un certificat d'EPP.

1.7. Perspectives

- [20] De l'avis des tutelles et des acteurs concernés, les SSR (cf. 2.1.3) et les soins palliatifs constituent les principales perspectives de développement de l'HAD en Rhône-Alpes. Ce développement suppose cependant que la place de l'HAD dans l'offre et les parcours de soins soit clarifiée, ce qui passe notamment par une évolution de la perception que les médecins libéraux et hospitaliers ont de cette forme d'hospitalisation. Cela suppose également de préciser les rôles respectifs de l'HAD et des SSIAD, en réglant le problème des patients trop « légers » pour les premiers et trop « lourds » pour les seconds.
- [21] S'agissant des structures, le développement des « petites » HAD, notamment celles créées récemment par des centres hospitaliers, semble incertain. Plutôt que de multiplier les opérateurs, un consensus semble s'instaurer pour structurer et coordonner l'offre existante.

2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE

2.1. Le SROS et la politique d'autorisation

2.1.1. Place de l'HAD dans le SROS et principales orientations

- [22] L'HAD constitue un des éléments du volet « Retour et maintien à domicile » du SROS 3 (2006-2010) qui comporte un double objectif :
- renforcer les dispositifs intermédiaires entre l'hôpital et la ville (HAD, SSIAD et réseaux de santé polyvalents) ;
 - améliorer le fonctionnement en filière, de l'hospitalisation jusqu'à la prise en charge ambulatoire (cf. 2.1.3 ci-dessous).
- [23] Le premier objectif part du constat du retard accusé par la région en matière d'HAD : 338 places installées et 419 autorisées fin 2004. Le SROS prévoit un doublement de ces capacités pour la période 2006-2010 pour atteindre un taux d'équipement de 13 places / 10 000 hab, correspondant à un objectif fixé par une circulaire de la DHOS.
- [24] Fin 2009, cet objectif ambitieux avait été largement atteint puisque 970 places avaient été installées. Le SROS indiquait, par ailleurs, qu'il serait « souhaitable que ces HAD, pour des raisons de viabilité économique, soient de taille suffisante » (voir 2.1.2 ci-dessous).
- [25] Enfin, le SROS insiste sur la permanence des soins, objectif inscrit dans tous les CPOM et qui semble plutôt bien rempli (cf. supra).

2.1.2. Politique d'autorisation de l'ARH

- [26] Conformément au SROS et notamment à son objectif de « renforcement de l'HAD », l'ARH Rhône-Alpes a mené une politique active d'autorisation, en accompagnement du mouvement engendré par la tarification très favorable. Le nombre d'HAD autorisées a ainsi plus que doublé depuis 2006 et 10 nouvelles structures sont entrées en activité en 2008.
- [27] L'ARH a ainsi atteint, pour l'essentiel, son objectif de 2 sites d'HAD par bassin de santé censé couvrir les besoins tout en instaurant une certaine concurrence. Fin 2009, quatre bassins ne disposaient cependant que d'un site d'HAD et, à l'inverse, deux bassins disposaient, respectivement, de 4 et 5 sites autorisés. Pour ces derniers, l'ARH s'efforce de susciter des coopérations à travers des GCS dont certains (Haute-Savoie) semblent connaître des difficultés de fonctionnement.

- [28] Cette volonté de couvrir l'ensemble du territoire a conduit, dans certaines zones, à la multiplication de « petites » HAD rattachées à des centres hospitaliers entre lesquelles il est parfois difficile de susciter des coordinations.
- [29] S'agissant du statut (attaché ou autonome) et du fonctionnement (salarié ou libéral) des HAD, aucun modèle n'est privilégié par l'ARH.
- [30] Enfin, aucune dotation MIGAC n'a été accordée aux HAD de la région, aucune mission d'intérêt général ou de besoins particulier n'ayant été identifiée, ni aucune demande déposée.

2.1.3. Autres démarches

- [31] Bien que l'« amélioration du fonctionnement en filière » constitue un des deux objectifs du SROS, les initiatives de l'ARH sont restées limitées dans ce domaine, faute de moyens :
- il n'existe pas de coordination institutionnalisée entre les SSIAD et les HAD, ni pour la programmation des autorisations (PRIAC/SROS) ni pour le fonctionnement des filières ; selon les tutelles et les acteurs (FNEHAD notamment) il n'y aurait cependant pas de zone de recouvrement entre les deux types de prise en charge, l'HAD ayant un profil relativement technique en Rhône-Alpes ; par ailleurs, certaines structures gèrent les deux modes de prise en charge (Soins et Santé par exemple qui représente 30% de l'activité), assurant de facto la coordination entre les deux modes de prise en charge à domicile ;
 - avec les réseaux de santé, une réunion organisée par l'ARH en 2008 a révélé une certaine concurrence avec l'HAD, notamment en soins palliatifs ; les réseaux sont en effet très nombreux dans la région (près d'une cinquantaine financés par le FICQS, selon le recensement fait par la CRAM en 2009) ; aucune démarche ne semble cependant avoir été conduite pour clarifier le rôle de chacun et faciliter les coopérations ;
 - vis-à-vis des professionnels libéraux, le SROS prévoit que les établissements de santé et les divers dispositifs « intermédiaires » (HAD, SSIAD et réseaux de santé) jouent un rôle de suppléance et leur apportent un support organisationnel (astreinte téléphonique médicale et administrative, hospitalisation de jour, consultation spécialisée...) ; il n'existe cependant pas de dispositifs de coordination ou d'information sur l'HAD en direction des médecins libéraux notamment.
- [32] Vis-à-vis des SSR, une coordination se met en place grâce au nouveau SROS SSR. Des besoins ont été identifiés pour ce type de prise en charge en pneumologie, neurologie et dialyse. L'HAD pourrait avoir un rôle de « passage » entre le SSR et la médecine de ville et le SROS SSR comporte une invitation à y réfléchir, sans, pour autant, d'incitation financière ou d'objectif quantifié.

2.2. La politique de l'assurance maladie

2.2.1. Accompagnement

- [33] Dans le cadre du plan national d'accompagnement des structures d'HAD (lettre réseau du 30/12/2008 de la CNAMTS), toutes les structures de la région ont été visitées en 2009 : les 12 en activité au 31/12/2007 conformément aux directives mais aussi les 10 nouvelles structures en activité depuis janvier 2008.
- [34] 22 structures ont donc été visitées par un binôme médecin-conseil et représentant de la CRAM, éventuellement accompagné d'un membre de la caisse primaire. Ces rencontres ont donné lieu, pour chaque H.A.D., à un compte rendu commun ainsi qu'au remplissage d'une fiche diagnostique type et d'un questionnaire CNAM.

- [35] Ces visites ont révélé un certain nombre de questions et difficultés :
- demande d'amélioration du « profil T2A » pour un meilleur pilotage de la structure (taux de sortie par décès, mode d'entrée, mode de sortie, IK, ensemble des couples MPCP/MPCA...) ;
 - impossibilité de faire appel au personnel des SSIAD, notamment les aides soignants ; il faudrait que le SSIAD puisse facturer sa prestation à l'HAD en déduisant cette somme de sa *dotation forfaitaire* ;
 - problème de coût de la pharmacie pour les petites structures qui ne disposent pas de PUI ce qui les oblige à s'approvisionner auprès des pharmacies de ville, y compris pour les médicaments onéreux alors qu'elles pourraient faire appel à une centrale d'achat, ce qui n'est pas possible en l'absence de pharmacie à usage intérieur ;
 - concernant la T2A, les HAD intervenant en zones de montagne doivent assumer des temps de déplacement importants qui alourdissent les charges de personnel ; les HAD signalent également des inadéquations entre certains GHT et le coût réel de prise en charge comme par exemple les transfusions sanguines (coût du culot globulaire et de l'intervention du médecin) ;
 - difficulté des frontières de prise en charge entre réseaux de soins palliatifs et HAD ; il semble parfois difficile de définir si l'état pathologique d'un patient relève d'une prise en charge par un réseau ou par une HAD ; l'établissement de référentiels est souhaité.
- [36] Cette démarche a été, de l'avis de la CRAM et des structures rencontrées, très bien reçue. Les petites structures, surtout celles situées en zones rurales, expriment un besoin de conseil et d'accompagnement. Il manque notamment des occasions d'échanges entre les responsables d'HAD et avec les tutelles.

2.2.2. Contrôles

- [37] Deux HAD de la région ont fait l'objet d'un contrôle T2A dans le cadre de l'expérimentation lancée par la CNAMTS en 2009. L'un de ces contrôles aurait révélé de nombreuses anomalies.

CHU de Grenoble⁵

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. Statut et positionnement

[38] L'HAD du CHU de Grenoble, créée il y a plus de 41 ans (1^{ère} HAD de Province), est la plus importante HAD de CHU après celle de l'AP-HP. Elle est rattachée, depuis 2007, au pôle « Médecine Aigüe et Communautaire » (MAC). Ce rattachement semble avoir été principalement dicté par des logiques institutionnelles (ouvrir l'HAD sur la ville et l'ensemble des pôles du CHU). Le pôle MAC n'est en effet que le 5^{ème} prescripteur d'HAD, la 1^{ère} place étant occupée, de loin, par le pôle « Couple-Enfant ».

[39] En 2008, l'HAD a représenté environ 2,8% du nombre de journées totales réalisées par le CHU. Elle s'inscrit, sur le plan médical, dans la stratégie d'ouverture du CHU sur le secteur ambulatoire et, sur le plan financier, dans celle d'optimisation des ressources (gestion de la file active). Après une période de régression (baisse d'activité depuis 2000), l'objectif est de développer l'HAD de façon volontariste. L'activité a d'ailleurs enregistré une très légère progression entre 2008 et 2009, après 10% de hausse entre 2007 et 2008.

1.2. Taille et couverture géographique

[40] 80 places ont été autorisées par l'ARH, réparties en trois secteurs : adultes, maternité et enfants. D'abord limitée au cœur de l'agglomération grenobloise, cette autorisation a été étendue à un large périmètre géographique, à titre provisoire en 2007 puis de façon définitive au printemps 2009 (ensemble de l'agglomération et vallée du Grésivaudan). Une antenne a été également créée, à la même date, au CH de la Mure par rattachement de la petite HAD obstétricale dont disposait cet hôpital depuis 1997.

[41] Cette extension géographique s'est faite à moyens constants, le surcroît attendu d'activité devant être assuré par le recours au personnel libéral présent sur ces nouveaux territoires. Au-delà des enjeux d'accès aux soins, cette ouverture géographique constitue ainsi un levier pour optimiser les ressources et transformer le modèle historique hospitalo-centré vers un modèle mixte plus ouvert sur le secteur ambulatoire.

[42] Une autre HAD (Agir à Dom, 30 places autorisées) opère sur l'agglomération mais sur une zone distincte (voironnais). Cette structure s'est mise en place en concertation avec l'HAD du CHU, dans une logique de partage de territoires.

⁵ Déplacement du 25 mars 2010. Rencontre avec le Pr Brambilla, responsable du pôle MAC, Jérôme Trapeaux, Directeur référent du pôle MAC, Dr Nicolas, médecin responsable de l'HAD, Mme Demichelis, cadre supérieur de santé, Mme Sengel, cadre de santé, Mme Séchaud, cadre administratif du pôle MAC, le Dr Lapierre, médecin DIM, le Dr Mousseau, responsable du pôle cancérologie, MM. Calop et Brudieu, responsables de la PUI, Pr Barret, Président de la CME, Mme Horellou, Directeur adjoint Système d'Information, Mme Fazi-Leblanc, Directeur des Finances et du Contrôle de gestion, le Dr Carol DUSSUD-STEMPIN, clinique Mutualiste, ainsi que l'équipe paramédicale de l'HAD.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité et principaux modes de prise en charge*

- [43] Malgré un monopole de fait et alors que les besoins semblent réels, l'HAD du CHU n'était, jusqu'à présent, pas occupée à pleine capacité (l'activité a même fléchi au début des années 2000⁶). Le CHU s'est engagé, au travers de son projet d'établissement et du contrat, à revenir à une pleine utilisation des places initialement autorisées.
- [44] L'activité atteint, en 2009, 17374 journées (+10% par rapport à 2007 alors que l'activité avait baissé de près de 4% entre 2006 et 2007), sans augmentation de la DMS globale. Le nombre de séquences est, lui aussi, en augmentation, avec une quasi stabilité du nombre moyen de séquences par séjour (1.43 en 2009).
- [45] L'HAD du CHU se caractérise par une forte activité dans le domaine de la périnatalité (adossement à une maternité de niveau 3), principalement de l'ante partum : grossesses à risque du fait de pathologies maternelles (diabète,...), prévention des troubles de la parentalité et problèmes psycho-sociaux... L'association « Surveillance grossesses à risque / Education du patient et de son entourage » arrive ainsi en tête du casemix avec 7.3% des journées réalisées en 2009 (7% pour l'association « soins palliatifs »/« pansements complexes »). Pour le secteur « adultes », les MPC « soins palliatifs », « pansements complexes » et « traitements intraveineux » dominent. Pour le secteur enfants, il s'agit des MPC « traitements intraveineux », « nutrition entérale » et « éducation ».

2.2. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins*

- [46] Le CHU constitue, de loin, le principal prescripteur (83% des admissions en 2008, dont la moitié pour le seul pôle « Couple-Enfant »). Les autres prescripteurs sont essentiellement hospitaliers, notamment une clinique mutualiste liée par une convention de partenariat incluant la mise à disposition de sages femmes. Les médecins libéraux représentent moins de 3% des admissions, malgré les efforts de communication faits en leur direction.
- [47] Les modes d'entrée et sortie correspondent à la moyenne nationale : domicile pour près de 40% des modes d'entrée, taux de ré-hospitalisation de 25%, sortie par décès d'environ 5% (porté à 7% si on ajoute les décès dans les 15 jours suivants la ré-hospitalisation). En 2009, 176 patients (sur un total de 497 patients pris en charge par l'HAD en 2009) ont été adressés au service des urgences.
- [48] L'HAD entend diversifier et structurer son insertion dans les parcours de soins. Vis-à-vis des prescripteurs internes, l'HAD s'efforce ainsi d'améliorer les conditions de collaboration (réduction des délais d'admission, rencontre des chefs de pôle...). Malgré son rattachement au CHU, l'HAD souffre en effet d'un manque de visibilité et de difficultés de positionnement interne. En externe, plusieurs conventions ont été conclues depuis 2 ans avec les principales structures sociales et médico-sociales de l'agglomération. Malgré cela, l'activité provenant de ces établissements est encore faible (1% des admissions et 2,5% des journées en 2009). L'HAD s'efforce, par ailleurs, de coordonner son intervention avec celle des réseaux de santé (bonne collaboration avec le réseau de soins palliatifs), particulièrement nombreux et en partie concurrents. Enfin, elle souhaite s'ouvrir davantage aux médecins libéraux (un objectif de 30% d'admission est visé à terme, via une communication et des formations à leur intention).
- [49] Enfin, depuis début 2010, un « comité des prescripteurs » réunit, autour du médecin coordonnateur, les principaux prescripteurs internes et externes afin d'examiner les indicateurs de prise en charge et d'échanger sur les points d'amélioration.

⁶ Cette baisse d'activité est d'ailleurs concomitante à la montée en charge de nombreux réseaux sur l'agglomération grenobloise.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Coordination médicale et place des médecins traitants*

- [50] L'HAD ne dispose que d'un seul médecin coordinateur⁷ (un médecin à mi-temps participait à la coordination jusqu'en 2008), soit un ETP pour environ 60 patients (l'obstétrique est quasiment en « autogestion », cf. infra). Les responsables du CHU souhaiteraient étoffer cette coordination mais ils se heurtent à des difficultés de recrutement (charge de travail importante, rémunération peu attractive, pas de lien avec la « maquette »...).
- [51] Les activités obstétricales sont assurées par des sages femmes salariées en coordination et parfois conjointement avec la PMI. Le médecin coordonnateur de l'HAD n'intervient pratiquement pas, cette activité étant fonctionnellement sous la responsabilité du service d'obstétrique du CHU. De même, les médecins libéraux interviennent peu dans le secteur pédiatrique, placée de facto sous la responsabilité des pédiatres hospitaliers. Pour les surveillances de grossesses à risques et les postpartum pathologiques, la surveillance médicale est assurée par des consultations d'obstétriciens dans le service hospitalier ou la clinique d'origine. Pour la prise en charge des nouveaux nés, la surveillance médicale est assurée d'une part par les pédiatres hospitaliers qui interviennent, en moyenne, à raison d'une fois par semaine pour le postpartum et 2 fois par semaine pour l'HAD pédiatrique, et d'autre part par les pédiatres de ville.
- [52] Pour les adultes, la collaboration avec les médecins libéraux semble difficile pour la permanence des soins. Ces patients sont décrits par les médecins généralistes comme « consommateurs de temps » mais ils représentent au plus 2 patients sur l'ensemble de leurs patients. Un seul refus des médecins généralistes pour un suivi en HAD a eu lieu en 6 ans. Il est à noter que, la plupart du temps, le médecin traitant ne signe pas de convention avec l'HAD, contrairement à la réglementation. Il est, a fortiori, rarement associé à l'élaboration du projet thérapeutique, du moins du point de vue formel. Pour remédier à cette situation, un projet de convention cadre, à laquelle s'ajouterait des protocoles par patient, est en cours d'élaboration. Pour les soins palliatifs et les pansements complexes, la surveillance médicale est assurée par le médecin généraliste à raison, en moyenne, de 1 fois par semaine, avec des extrêmes allant pour les soins palliatifs de 2 fois par jour (phase terminale) à 1 fois toutes les 2 semaines et pour les pansements complexes de 2 fois par semaine à 1 fois par mois. Pour les traitements intraveineux, l'intervention du médecin généraliste est en moyenne de 1 fois toutes les 2 semaines avec des extrêmes allant de 2 fois par semaine à 1 fois par mois.
- [53] L'admission est décidée par une « commission d'admission », composée du médecin coordonnateur, du cadre de santé, des assistantes sociales..., qui se réunit 5 jours/7. Le taux d'admission par rapport aux signalements s'établit à 60%. Il est identique que le prescripteur soit interne ou externe. En revanche, il est presque de 100% pour le secteur maternité et proche de 85% pour le secteur pédiatrie alors qu'il n'atteint pas 50% pour le secteur adultes, les annulations étant importantes dans ce domaine en partie à cause des délais de prise en charge⁸.

⁷ Il est spécialisé en gériatrie et titulaire d'un DU de soins palliatifs.

⁸ 2,6 jours en moyenne entre la date de prise en charge et la date demandée, les signalements étant faits en moyenne 3 jours avant la date d'entrée demandée, ce qui traduit un défaut d'anticipation des sorties de MCO

3.2. *Organisation paramédicale*

- [54] Pour les soins paramédicaux, l'HAD repose très majoritairement sur ses ressources salariées. Il s'agit d'un choix institutionnel et non par la compensation d'un défaut de prise en charge par les professionnels libéraux. Depuis 2006 et surtout depuis l'extension du périmètre géographique en 2009, un basculement vers un modèle mixte salarié-libéral s'opère. Pour le secteur « adultes » outre le partenariat de longue date avec les masseurs-kinésithérapeutes, l'HAD fait ainsi appel, de façon croissante, à des IDE libérales dans les secteurs géographiques les plus éloignés. Cette solution permet d'assurer la qualité et la sécurité des soins, tout en optimisant les ressources, la charge liée à l'intervention des libéraux n'étant rémunérée qu'en fonction de l'augmentation de l'activité et donc des recettes, contrairement aux salariés. Enfin c'est un moyen de préparer la sortie d'HAD en organisant la prise en charge ambulatoire.
- [55] Cette évolution progressive passe par une communication vis-à-vis des professionnels libéraux ainsi qu'une révision des procédures de coordination (programmation des actes, remontée de l'information...). Elle semble se dérouler correctement et à la satisfaction du personnel de l'HAD comme des personnels libéraux.
- [56] En moyenne, le nombre de passages hebdomadaires des infirmiers est de 7,7 pour des soins techniques et de 3,3 pour des soins de base.

3.3. *PDS*

- [57] La permanence des soins est, en journée et hormis les week-ends, assurée par le médecin traitant en première intention. Après 18h et le week-end, elle est assurée par le centre 15 qui dispose des dossiers médicaux des patients en HAD. Ceux-ci bénéficient donc d'un accueil personnalisé et privilégié : ils font partie des patients dits « remarquables » au CENTRE 15 du CHU. Selon les cas, celui-ci donne des conseils, déclenche une visite à domicile du médecin de garde libérale, envoie le SMUR ou transfère l'appel à l'infirmière d'astreinte de l'HAD. Le médecin coordinateur et certains médecins du pôle MAC assurent une astreinte téléphonique mais de seconde intention, pouvant être appelé par le centre 15 pour une aide à la régulation ou par l'infirmière d'astreinte pour conseil, les patients ayant comme consigne d'appeler le CENTRE 15. Dans les secteurs éloignés, la permanence paramédicale peut être assurée par l'infirmière libérale du patient si elle le souhaite ; ceci étant largement lié à la possibilité de rémunération de l'astreinte, certains actes infirmiers comprenant une cotation de surveillance.
- [58] En 2009, 557 appels ont été ainsi passés au centre 15, aboutissant à des conseils (29%), un renvoi vers l'infirmière d'astreinte (24%), un envoi de médecin (15%) ou un transport non médicalisé (30%). Seuls 2% de ces appels ont conduit à l'envoi du SMUR.
- [59] Cette organisation semble satisfaisante, assurant à la fois la certitude de la réponse téléphonique et une réponse personnalisée mais ceci n'est possible que grâce au rattachement de l'HAD au CHU, siège de CENTRE 15.

3.4. *SI et dossier patient*

- [60] Le dossier patient est composé de quatre parties : dossier administratif, dossier domicile (feuilles de transmission, diagramme d'activité...), dossier de soins (ordonnances, protocoles, programmation des soins...) et dossier médical (évaluation médico-sociale d'entrée en HAD, courriers et compte rendus des réunions pluridisciplinaires). Seuls ces deux derniers dossiers sont, en partie, informatisés, ce qui induit des saisies multiples et des difficultés pour assurer la coordination et la continuité des soins, notamment depuis l'ouverture au personnel soignant libéral.

- [61] Après une expérimentation en 2007, une refonte du système d'information est prévue à compter de 2011. Elle vise, notamment, à informatiser l'ensemble du dossier patient, y compris le dossier domicile. Ce projet est relativement coûteux (environ 250 000 euros) mais rendu nécessaire par l'ouverture au secteur libéral.

3.5. Médicament et dispositifs médicaux

- [62] L'HAD dispose de la pharmacie à usage intérieur du CHU. Un préparateur est présent dans les locaux de l'HAD, 2 heures par jour (sans refacturation à l'HAD), afin de gérer le stock de médicaments mis à la disposition de l'HAD. L'approvisionnement en médicaments varie en fonction des secteurs géographiques. Seul 3% de cet approvisionnement se fait par des officines (secteurs éloignés, absence d'équivalence dans la PUI⁹...). Il pose cependant un problème de validation pharmaceutique des ordonnances, notamment les ordonnances modificatives prises par le médecin traitant.
- [63] Le matériel médical est géré par un prestataire, dans le cadre d'un appel d'offre hospitalier. L'approvisionnement est réalisé, selon les secteurs, par les soignants et/ou le logisticien.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

- [64] De nombreux protocoles et procédures ont été formalisés : astreintes, gestion des urgences (procédures et protocoles médicaux à appliquer en l'absence du médecin coordonnateur), transports, déchets...
- [65] L'HAD a été certifiée dans le cadre de celle du CHU (V1 en 2002, V2 en 2007). La V2010 est prévue pour octobre 2010. Parmi les points signalés lors de ces différentes procédures figurent notamment la gestion du dossier patient et des SI.
- [66] L'HAD bénéficie de la politique et du programme de qualité, hygiène, sécurité et respect des droits des patients du CHU. Certains dispositifs ne sont cependant pas adaptés à l'HAD qui en a donc élaborés des spécifiques (questionnaire de sortie par exemple).
- [67] La formation continue des agents de l'HAD s'inscrit également dans le programme du CHU. L'Université Joseph Fourier Grenoble I a d'ailleurs créé le 1^{er} DU spécifique à l'HAD en 2005 (« Coordination, HAD et réseaux de santé »), désormais proposé en partenariat avec l'Université Paris VII, qui accueille une quinzaine d'étudiants par an.

5. EFFICIENCE

5.1. Equilibre économique

- [68] En coûts complets, le déficit atteint près de 900 K€ en 2009 (24% des produits), à peu près le même niveau qu'en 2008. 95% des recettes sont des recettes T2A. Les recettes de titre 2 (ticket modérateur) progressent de 9% sur un an (meilleure facturation) mais ne représentent que 5% des recettes. La majeure partie des dépenses directes est constituée par les dépenses de personnel. Les charges indirectes représentent un peu moins de 15% des charges totales. Elles sont constituées à 75% par la contribution aux dépenses d'administration générale (11% des dépenses totales). Cette affectation est réalisée à l'euro de charge nette.

⁹ Seuls 10% des références disponibles en officine le sont en PUI.

- [69] Même si les résultats de l'HAD doivent être appréciés de façon générale (l'HAD, même déficitaire, contribue à l'équilibre financier du CHU grâce à la diminution des DMS), un plan d'action est en cours de mise en œuvre autour de quatre axes de travail :
- la maîtrise des prescriptions ;
 - la diminution des temps des personnels soignants sans valeur ajoutée pour les patients et prise en charge d'un nombre de patients plus important avec des moyens similaires (mise en place d'un système d'informatisation à distance pour permettre le non retour systématique des professionnels à l'HAD, appel à des professionnels libéraux pour les patients éloignés) ;
 - l'extension du périmètre d'intervention géographique pour d'augmenter l'activité¹⁰ en n'augmentant que les charges variables, par le biais du recours aux libéraux.
 - le regroupement de l'HAD CHU et de l'HAD La Mure, effectif en 2010.
- [70] Par ailleurs, une réduction des charges indirectes de l'HAD (charges d'administration générale du CHU) est espérée par le biais du Plan de Retour à l'Equilibre du CHU.
- [71] En termes de pilotage, le CHU regrette de ne pas pouvoir comparer ces résultats à ceux d'autres structures en l'absence d'ENC HAD ou de toute autre base de données médico-économiques. La mise en commun des données entre CHU gestionnaires d'HAD est souhaitée.

5.2. PMSI

- [72] Le PMSI HAD pose, du fait de ses particularités, plusieurs problèmes : appropriation difficile, intégration complexe dans le PMSI MCO... L'évolution de la réglementation a également conduit, selon le DIM, à des problèmes de valorisation.
- [73] Plusieurs MPC posent des problèmes : périnatalité (peu de choix et peu d'associations possibles ; impossibilité d'associer MPC 21 et 22 ; recours faute de mieux au MPC « autres traitements »), soins palliatifs (trop large), prise en charge respiratoire (seulement recours à des techniques mécaniques)... Une évolution de la T2A HAD est souhaitée, dans le prolongement de l'ENC HAD, sans pour autant faire disparaître sa spécificité par rapport au MCO.

¹⁰Le PRE prévoit une progression forte d'activité pour l'HAD (prévision de + 5% pour 2010).

Centre Léon Bérard¹¹

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. *Statut et positionnement*

[74] Le Centre Léon Bérard (CLB), centre de lutte contre le cancer, a développé depuis 1993 des alternatives à l'hospitalisation classique en mettant en place une coordination des soins complexes à domicile (CSAD), ce qui a permis une augmentation importante de l'activité à périmètre hospitalier classique identique. La mise en place de la T2A a incité l'établissement à demander une autorisation d'HAD, obtenue en 2006 ; en 2008, a été créé, sous une entité juridique différente, un réseau territorial de cancérologie, le réseau « Source ». Un service d'aide à domicile complète le dispositif. La CSAD du CLB coordonne actuellement plus de 1800 prises en charge pour une file active quotidienne de 480 patients.

1.2. *Taille et couverture géographique*

[75] 40 places ont été initialement autorisées par l'ARH, pour une couverture géographique régionale en lien avec les HAD existantes, avec une extension progressive pour atteindre 100 places actuellement.

[76] L'essentiel de l'activité est concentrée sur l'agglomération lyonnaise. L'HAD intervient cependant dans tous les départements de la région, parfois à plus de 150 km de Lyon.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité et principaux modes de prise en charge*

[77] En 2009 l'HAD a réalisé 26 802 journées (52 910 journées d'hospitalisation complète au CLB), cette activité est en nette augmentation : + 66% par rapport à 2007. En moyenne, il y a 2,29 séquences par séjour et 1,69 séjours par patient. La durée moyenne des séjours (DMS) est de 36 jours, en augmentation par rapport à 2007 (26 jours).

[78] L'activité est exclusivement cancérologique. Les pathologies prises en charge sont les pathologies les plus fréquentes en cancérologie, c'est-à-dire les cancers de prostate, cancer du sein, cancer du colon mais aussi les tumeurs cérébrales, tumeurs primitives ou métastases.

[79] Le mode de prise en charge principal représentant le plus de journées est « traitements par voie veineuse » (54%). Puis viennent les « soins palliatifs » avec 27% des journées et les « soins techniques en cancérologie » avec 10,7% dont 9,4% pour les chimiothérapies. Ces derniers représentent une part plus importante des séquences avec des DMS plus courtes, 12,8j contre 16,3j pour les traitements IV et les soins palliatifs.

¹¹ Visite du 24 mars 2010. Entretiens avec le Pr Negrier, Directrice du CLB, le Dr Yves Devaux, Médecin coordinateur, Mmes Chalençon et Kante, Cadres, le Dr Gomez, DIM, le Dr Mallein-Ducarme, Médecin traitant, M. Caquot, Directeur financier, M. Greslin, Secrétaire général, M. Latour, pharmacien, Dr Schell, pédiatre coordonateur, Drs Bachelot, Desseigne, Flechon et Frappaz, médecins prescripteurs

- [80] En prenant en compte les MPC associés et accessoires, la typologie globale des patients pris en charge est : 20% de patients sous chimiothérapies, 60% en soins palliatifs et 20% de patients pour la gestion d'effets secondaires.
- [81] Il est à noter que depuis mai 2008, l'HAD bénéficie d'une autorisation de 2 places de pédiatrie.

2.2. Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins

- [82] Les prescripteurs sont à 98% les médecins oncologues du Centre Léon Bérard : hospitalisation traditionnelle, service de jour, Unité de Gestion des Entrées Inopinées (UGEI) ou consultations. Les 2% restants sont des médecins spécialistes d'autres établissements.
- [83] Le médecin prescripteur remplit un dossier de demande de prise en charge à domicile décrivant l'état de santé du patient et les soins et surveillance dont il doit bénéficier. Chaque année, plus de 1800 demandes d'externalisation arrivent au département de coordination (CSAD). Celle-ci oriente le patient selon son état et la prise en charge dont il doit bénéficier. Plus de la moitié sont orientés vers le SAD et 1/4 des demandes sont orientés vers l'HAD, les autres étant orientés vers le réseau Source.
- [84] Le délai moyen d'admission est de 48 heures (de quelques heures à 7 jours).
- [85] Les décès à domicile représentent 50 à 60% des modes de sortie ; les réhospitalisations sont faibles de l'ordre de 2% par semaine.
- [86] Par rapport aux autres modalités « d'externalisation des soins », le CLB estime que l'HAD est plus contraignante sur le plan administratif (convention à chaque séjour), plus longue à mettre en œuvre, plus compliquée pour les libéraux pour leur rémunération et plus lourde en gestion comptable pour l'établissement.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. Coordination médicale, place des médecins traitants et organisation paramédicale

- [87] Pour les soins médicaux et paramédicaux, l'HAD du CLB travaille uniquement avec des libéraux. Pour chaque patient, sont envoyées par courrier à chaque acteur de soins une convention et une lettre de mission, accompagnées des coordonnées des membres de l'HAD. Ces documents complétés et signés sont retournés à l'HAD. Depuis 2006, 380 conventions ont été signés avec des médecins libéraux et près de 800 avec des infirmiers libéraux.
- [88] Tout patient est vu dès sa prise en charge en HAD par le médecin coordinateur, avec son médecin traitant (visite au domicile). A cette occasion, le rôle et le nombre de passages minimum sont déterminés, en présence de la famille. Le nombre de passage du médecin traitant est très variable.
- [89] Le nombre de passages du médecin coordonnateur est variable, 1 fois tous les 15 jours en moyenne.
- [90] La prise en charge repose donc principalement sur les professionnels de santé libéraux. Ceci est possible, malgré la spécialisation de l'HAD, grâce à une astreinte téléphonique 24H sur 24 de médecins coordinateurs, spécialistes hospitaliers, qui assurent, le conseil et l'aide à la décision auprès des médecins traitants. Cet appui, auquel s'ajoute la formation continue, permet également le transfert de compétence en direction des libéraux.

- [91] Il convient de préciser que tous les médecins libéraux, loin de là, n'acceptent pas d'assurer cette prise en charge ce qui amène parfois le patient à changer de médecin traitant (le CLB dispose d'une liste de médecins avec lequel il collabore ou a collaboré). Il est à noter que lors des congés des médecins traitants, il arrive que, faute de remplaçants, le médecin coordonnateur assure la fonction de médecin traitant.
- [92] Il existe des conventions avec des SSIAD, notamment en milieu rural où les infirmières libérales ne font pas de soins de nursing. Ces conventions permettent également d'assurer un relais lorsque le patient était déjà en SSIAD. Dans ces cas, le SSIAD assure les soins de nursing et l'HAD les soins techniques, ce dernier payant le SSIAD pour sa prestation.
- [93] Les modifications de protocoles sont faites soit :
- par l'oncologue médical référent du patient à l'occasion d'une consultation hospitalière ou d'une hospitalisation ;
 - par le médecin coordonnateur, soit par téléphone avec le concours du médecin traitant, soit lors d'une nouvelle visite conjointe avec le médecin traitant.
- [94] En pédiatrie, l'intervention du médecin coordonnateur, onco-pédiatre, est plus importante tant au domicile qu'auprès du médecin traitant et des établissements de proximité.
- [95] Le recours éventuel à une ré-hospitalisation au CLB est facilité par l'existence :
- d'une Unité de Gestion des Entrées Imprévues (UGEI), rattachée à l'hôpital de jour,
 - et de 15 lits d'hospitalisation traditionnelle post urgence,
 - qui dépendent du même département et donc sont régulés par les mêmes médecins.
- [96] Une réunion de coordination pluridisciplinaire (RCP) est organisée chaque semaine.

3.2. PDS

- [97] La permanence des soins est assurée par une astreinte médicale assurée par les médecins du département de coordination, il s'agit d'une régulation spécialisée, gérée par un hématologue ou un oncologue palliatif.
- [98] Cette astreinte fournit une aide à la décision au niveau de l'infirmier libéral, du médecin traitant, organise un examen para clinique et le cas échéant une ré-hospitalisation sur le Centre Léon Bérard ou un établissement au plus proche.
- [99] Cette astreinte a également une mission interne qui est la gestion de l'hospitalisation sur l'Unité de Gestion des Entrées Imprévues, sur le secteur d'hospitalisation traditionnelle post urgence et assure sur ces secteurs une gestion des lits.
- [100] Cette régulation dispose à tout moment du dossier informatique du patient. Elle fait le tri entre urgences médicales uniques, urgences vécues, défaut d'information, redéfinition du projet thérapeutiques, problème psychosocial... Si nécessaire, il est fait appel au centre 15.
- [101] Là encore, y compris en urgence, le recours éventuel à une réhospitalisation au CLB est facilité par l'existence de l'UGEI.

3.3. SI et dossier patient

- [102] Il existe un dossier informatisé pour l'ensemble du CLB. Le DPPR avec accès par carte de professionnel de santé est en place.
- [103] Au domicile, il existe un dossier chevet de suivi.

- [104] Le médecin traitant peut avoir accès au dossier patient informatisé au moyen de sa carte de professionnel de santé.
- [105] Pour les patients provenant du CLB (c'est-à-dire la quasi-totalité), la procédure d'admission est totalement dématérialisée grâce à l'intégration du SI de l'HAD dans celui du CLB.

3.4. Médicament et dispositifs médicaux

- [106] L'HAD fait appel aux pharmacies d'officine. La préparation centralisée des cytotoxiques est réalisée au CLB qui en assure le transport, la distribution et également la récupération des déchets.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

- [107] L'HAD bénéficie des protocoles du CLB : protocoles de gestion de la douleur (CLUD du CLB), protocoles de prises en charge...
- [108] La certification est en cours.
- [109] Le personnel de l'HAD bénéficie du programme de formation du CLB. L'HAD assure, par ailleurs, des formations pour les infirmières libérales, les médecins traitants et pour certaines structures de soins de suite et de réadaptation.

5. EFFICIENCE

5.1. Equilibre économique

- [110] En coûts complets, le résultat de l'HAD est bénéficiaire à hauteur de 0,85M€ soit 11% des produits. Les coûts indirects représentent 10% des coûts complets.
- [111] Il est à noter que les charges de personnel incluent la totalité des dépenses de la cellule de coordination alors qu'elle a un rôle plus vaste et n'oriente qu'1/4 des demandes qui lui sont faites vers l'HAD.
- [112] Le personnel salarié se compose de 4,48 ETP médecins, 7,35 infirmières, 5,44 autres personnels soignants et 4,61 personnels administratifs.

5.2. PMSI

- [113] Le codage est effectué par les médecins coordinateurs ; le médecin DIM hiérarchise entre MPP et MPA.
- [114] Le logiciel médico-administratif n'est pas utilisable au domicile. Les interventions des professionnels libéraux sont donc saisies à partir de l'activité prévisionnelle, actualisée une fois par semaine d'après le dossier papier du domicile. Les cotations font l'objet d'un contrôle interne de cohérence sur facture.
- [115] Les MP sont jugés trop flous même si les définitions de la version 2010 ont apporté une amélioration. Le médecin du DIM et le médecin coordonnateur signalent que l'indice de Karnofsky n'est pas adapté comme variable de tarification.

6. COMMENTAIRES GENERAUX

- [116] Il s'agit d'une HAD spécialisée dans la prise en charge de patients d'oncologie, intégré dans un centre de lutte contre le cancer. Malgré cela, son fonctionnement repose sur les professionnels libéraux grâce à une forte implication et disponibilité de la coordination. Ce fonctionnement est un choix délibéré de la structure d'impliquer les soins de ville dans ces prises en charge.

ALLP¹²

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. Statut et positionnement

[117] L'Association Lyonnaise de Logistique Post-Hospitalière (ALLP) développait, depuis 1954, une activité d'organisation de retour et maintien à domicile de personnes atteintes de pathologies sévères. Dans le cadre du regroupement de ses principaux services pédiatriques au sein du nouvel Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) et des réductions de capacités concomitantes, les Hospices Civils de Lyon (HCL) ont lancé un appel d'offre d'HAD spécialisée en pédiatrie. Le dossier déposé par l'ALLP, pour un besoin estimé à 50 patients/jour, auprès de l'ARH a été retenu. L'ouverture effective est intervenue en janvier 2008. L'HAD représente environ un dixième de l'activité de l'ALLP.

[118] Il s'agit d'une HAD de statut privé non lucratif non PSPH.

1.2. Taille et couverture géographique

[119] La première autorisation date du 13 décembre 2006 et porte sur la couverture des 3 bassins de santé de Lyon et celui de Villefranche sur Saône. En 2009, une extension du bassin d'intervention sur Saint Etienne a été autorisée ; l'objectif étant à terme de couvrir l'ensemble de la région via des antennes locales.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. Activité et principaux modes de prise en charge

[120] Historiquement, dans les années 50, les premiers retours à domicile assurés par l'ALLP concernait des enfants paralysés avec insuffisance respiratoire post poliomyélite.

[121] L'activité de l'HAD est extrêmement spécialisée dans la prise en charge des enfants de moins de 2 ans voire de moins de 6 mois. Les 2/3 des patients ont moins de 6 mois et 85% moins de deux ans.

[122] Les modes de prise en charge « tarifaires » ne permettent pas de décrire médicalement la population prise en charge. Ils sont particulièrement mal adaptés à la pédiatrie. A titre illustratif, le Mode de Prise en Charge Principal (MPPC) « autres traitements » représente, à lui seul, 38.5% des journées et l'association « autres traitements »/ « Education du patient et de son entourage », 29%.

[123] Les diagnostics principaux cumulant 60% des journées sont :

- Anomalies du rythme cardiaque (43% des séjours) ;
- Affections du cerveau (3,6% des séjours) ;
- Insuffisance respiratoire (3,6% des séjours) ;

¹² Visite du 23 mars 2010. Entretiens avec le Professeur Robert, Président, M.C Testard, Directrice, David Masson, Médecin coordinateur, F. Fauquereau - Responsable administratif, M. Court, Directrice financière, Geneviève Garnier, Infirmière puéricultrice, Mme X, patiente.

- Diabète insulino dépendant (2,5% des séjours) ;
- Malnutrition protéino-énergétique grave (3,8% des séjours) ;
- Absence, atrésie et sténose congénitale de l'intestin grêle (2,7% des séjours) ;
- Affection périnatale de l'appareil digestif (2% des séjours) ;
- Malformation congénitale de la trachée et des bronches (1,6% des séjours).

[124] Il s'agit notamment de grands prématurés avec insuffisance cardiorespiratoire ou immaturité cardiorespiratoire avec risque de bradycardie permettant de réduire l'hospitalisation en néonatalogie, d'enfants présentant des épisodes fébriles sur cathéters centraux en substitut de l'hospitalisation quand l'état clinique n'est pas trop critique, et également des pathologies chroniques lourdes – encéphalopathies convulsivantes, malformation congénitale, maladie génétique...- en alternative aux pouponnières à caractère sanitaire.

[125] L'activité a presque doublé en un an, de 3352 journées en 2008 à 6562 journées en 2009, passant de 15 patients pris en charge journallement à 27 enfants actuellement. La durée moyenne de séjour est de 12 jours. Il y a peu de séquences par séjour (1,03). Par contre, on note près de 5 séjours par patient. En effet, quand après un séjour en continu en HAD, l'enfant ne relève plus que d'un passage par semaine, il est prononcé, à chaque fois, une entrée et une sortie le jour de la prise en charge. Ainsi près de 66% des séquences durent de 1 à 4 jours. Cette pratique tient notamment à la difficulté pour les familles de se passer de la sécurité de l'HAD notamment pour les grands prématurés qui ont bénéficié d'une hospitalisation longue en néonatalogie puis en HAD. Hors ces séjours « séquentiels », la durée moyenne de séjour est de 30 jours.

2.2. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins*

[126] Différentes conventions ont été signées avec les HCL qui sont à l'origine de la création de cette HAD :

[127] – une convention cadre définissant notamment le rôle et les responsabilités des deux parties dans le cadre de la prise en charge des patients par le service d'HAD pédiatrique de l'ALLP ;

[128] – annexe pour les conditions de réalisation des préparations magistrales par la pharmacie centrale des HCL ;

[129] – convention de partenariat avec l'équipe sectorielle de prévention des risques infectieux des HCL dans le cadre du CLIN.

Des conventions-cadres ont été élaborées avec les représentants des partenaires libéraux :

- convention cadre avec les médecins traitants ;
- convention cadre avec le syndicat des pharmaciens du Rhône ;
- convention cadre avec les infirmiers libéraux et les kinésithérapeutes.

[130] Chaque nouvel intervenant libéral signe ainsi une convention avec l'HAD. Ces conventions définissent les modalités de collaboration et d'intervention des professionnels libéraux avec l'HAD pour les patients hospitalisés à domicile.

[131] Les prescripteurs sont exclusivement des établissements de santé. Les HCL constituent de loin le premier prescripteur (87% en 2009) ; on note 5% d'admissions à partir d'établissements de soins de suite et de réadaptation. L'ALLP cherche à élargir son recrutement auprès d'autres établissements, avec en 2009 l'apparition de nouveaux prescripteurs. Il en est de même de sa zone d'intervention géographique avec bientôt l'ouverture d'une antenne à Saint Etienne.

[132] Les principaux services prescripteurs sont la néonatalogie (46%), la pneumologie (16%), la gastroentérologie (14%), la neurologie (10%) et la réanimation (6%).

- [133] Les modes de sortie sont très largement dominés par le domicile (83%), les ré hospitalisations représentant 13% des sorties. En 2009, sont survenus deux décès.
- [134] Des contacts systématiques sont entretenus avec la PMI allant du simple contact prévenant de la sortie du patient, au signalement en cas de situation préoccupante, en passant par la visite conjointe.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Coordination médicale et place des médecins traitants*

- [135] La spécialité pédiatrique, en particulier pour les enfants très jeunes, a une incidence certaine sur les passages du médecin à domicile. Soit le médecin traitant est un pédiatre, or très peu de pédiatres libéraux se déplacent à domicile, soit il s'agit d'un médecin généraliste et il est alors souvent démuni face aux pathologies présentés par ces patients.
- [136] De manière générale, les passages du médecin au domicile se font à la demande du médecin coordinateur de l'HAD pour évaluer l'état du patient. Parfois il est demandé aux parents de se rendre chez leur pédiatre.
- [137] En pratique, le suivi médical de la pathologie chronique ou de fond justifiant l'HAD est assurée, pour la très grande majorité des patients, en consultations hospitalières, par le médecin hospitalier prescripteur en étroite relation avec le médecin coordinateur de l'HAD. Les affections aiguës intercurrentes et les vaccinations sont prises en charge par le médecin traitant. Les médecins coordinateurs peuvent être amenés à se déplacer au domicile et modifier les prescriptions dans la limite des recommandations hospitalières.

3.2. *Organisation paramédicale*

- [138] La prise en charge paramédicale est assurée par les infirmières (IDE), les puéricultrices de l'HAD. Au minimum, 3 passages hebdomadaires sont effectués par l'IDE et/ou la psychologue. Les infirmières libérales n'interviennent pas, sauf cas très exceptionnel et en ce cas en collaboration avec celle de l'HAD, du fait de la lourdeur et de la complexité des soins.
- [139] Une prise de contact, au minimum par téléphone, est effectuée par la psychologue avec la majorité des familles. Pendant le séjour, les IDE peuvent solliciter la psychologue sur une situation particulière ou suggérer aux parents de la rencontrer de nouveau.
- [140] La situation de chaque patient est évaluée chaque semaine en réunion pluridisciplinaire interne à l'HAD et des contacts réguliers sont assurés entre le médecin coordinateur et le médecin prescripteur.

3.3. *PDS*

- [141] La permanence des soins est assurée par une astreinte téléphonique d'une infirmière de l'HAD. Celle-ci se déplace au domicile dès que le motif d'appel nécessite une intervention paramédicale. Elle appelle en tant que de besoin le pédiatre d'astreinte de l'HAD qui assure alors la régulation : intervention à domicile de l'infirmière d'astreinte, appel du médecin pédiatre hospitalier du service prescripteur, intervention du médecin traitant, du médecin de garde de la permanence des soins libérale, appel au C15,...
- [142] En pratique, le médecin coordinateur est appelé en moyenne une à deux fois par semaine la nuit.

3.4. *SI et dossier patient*

- [143] Le dossier patient est en partie informatisé (dossier « structure » géré grâce au logiciel Athome) et chaque professionnel de l'HAD y a accès via un login. Les professionnels de santé externes à l'HAD, libéraux et hospitaliers, y ont également accès via un login.
- [144] Un dossier « chevet » est également disponible à domicile dans lequel sont consignées les relèves des infirmières et les interventions des professionnels libéraux.
- [145] Cette organisation engendre des saisies multiples auxquelles l'HAD entend remédier prochainement.

3.5. *Médicament et dispositifs médicaux*

- [146] L'HAD ne dispose pas de PUI. Les médicaments et certaines préparations magistrales sont fournis par les pharmacies d'officine (cf. convention) des patients. Les médicaments de la réserve hospitalière, y compris certaines préparations magistrales sont fournis par la pharmacie centrale des HCL (cf. convention).
- [147] Les dispositifs médicaux sont fournis par les prestataires médico-techniques choisis par les patients.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

- [148] Des protocoles de prise en charge ont été réalisés : diabète, fièvre sur voie intra veineuse, décompensation respiratoire spastique, surveillance par monitoring cardio-respiratoire.
- [149] En 2010 l'HAD va entrer dans la procédure de certification.
- [150] L'HAD bénéficie d'un CLIN et élabore dans ce cadre des protocoles. Une convention a été signée avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) des HCL qui intervient :
- [151] – dans le cadre de réunions mensuelles pour travailler sur l'élaboration de protocoles ;
- [152] – dans le cadre des réunions du CLIN ;
- [153] – pour assurer des formations auprès de l'équipe soignante ;
- [154] – pour réaliser des audits.
- [155] La responsable qualité, la pharmacienne, est la personne référente en matière de pharmaco- vigilance et le responsable de l'atelier est la personne référente de la matério-vigilance.
- [156] Une CRUQ a été créée en février 2009 et se réunit quatre fois par an.
- [157] Un plan de formation du personnel est arrêté chaque année.
- [158] Un protocole d'élimination des déchets a été validé par le CLIN ainsi qu'un protocole de désinfection élaboré par le service médico-technique de l'ALLP.

5. EFFICIENCE

5.1. *Equilibre économique*

[159] En coûts complets, le déficit atteint près de 350 K€ en 2009 (25% des produits), supérieur à celui de 2008. Le titre 1 constitue la totalité des recettes. La majeure partie des dépenses directes est constituée par les dépenses de personnel. Le titre 3 représente 40% des dépenses. Elles sont constituées à 46% par la contribution aux dépenses de structure réparties entre toutes les activités de l'ALLP au prorata du chiffre d'affaire. Il est fort probable que cette clé de répartition pénalise l'HAD. Les frais de déplacement s'élèvent à environ 80 K€, soit 5% des charges totales et 30% des charges directes de fonctionnement (titre 3 hors contribution aux dépenses de structure).

[160] Pour parvenir à l'équilibre, l'ALLP mise sur le développement de son activité (ouverture d'antennes) et le recours à des infirmières libérales (des cabinets spécialisés en pédiatrie pourraient se constituer, avec l'aide de l'ALLP). Elle compte aussi sur la réforme de la T2A HAD pour une meilleure tarification des activités de pédiatrie.

5.2. *PMSI*

[161] L'HAD ne dispose pas de médecin DIM, ce sont les médecins coordinateurs qui assurent le codage.

[162] Les MPC ne sont pas adaptés à l'activité développée par l'HAD, ce qui se traduit par un fort taux d'« autres traitements ». Une évolution de la T2A HAD est souhaitée, dans le prolongement de l'ENC HAD.

6. COMMENTAIRES GENERAUX

[163] Il s'agit d'un HAD très spécialisé dans la prise en charge de nouveaux nés prématurés et de très jeunes enfants présentant des pathologies lourdes. Cette spécificité se traduit par un recrutement exclusivement hospitalier et un fonctionnement quasi exclusivement salarié.

[164] Au total, la prise en charge médicale et para médicale des soins relevant de l'HAD est quasiment exclusivement salariée. La complexité, la technicité et la lourdeur de la prise en charge explique que les professionnels de santé libéraux n'interviennent pas dans celle-ci par défaut de compétence technique et/ou du fait de la longueur du temps à consacrer.

Soins et santé ¹³

1. ORGANISATION

1.1. *Statut, dimension, positionnement et couverture géographique*

[165] Soins et Santé (SeS) est une structure d'hospitalisation à domicile associative loi de 1901. Créée en 1972, elle figure parmi les structures d'HAD les plus importantes au niveau national : en terme d'activité, elle se situe au troisième rang après l'HAD de l'APHP et Santé Service (Puteaux). Sur l'année 2009, elle a pris en charge 1200 patients différents avec une moyenne journalière supérieure à 200 patients.

[166] SeS intervient sur une zone géographique qui comprend plusieurs territoires de santé (au sens du SROS) : le département du Rhône, le Nord -Isère et une partie de l'Ain, limitrophe du département du Rhône. Sur ce territoire, elle intervient en même temps que d'autres HAD (celle du CLCC Léon Bérard ou ALPP voir plus haut) mais on ne peut pas considérer qu'elle soit en situation concurrentielle sur la majeure partie de son activité car les autres intervenants sont plus spécialisés. La part de marché de SeS est ainsi très élevée : réalisation en 2009 de 84191 journées sur un total réalisé dans le département du Rhône de 117 555 (71,6%).

[167] Outre les activités d'HAD, l'association SeS met en œuvre un SSIAD qui intervient à la fois pour la prise en charge de personnes âgées (70 places) et handicapées 9 places.

1.2. *Organisation générale*

[168] Sur un plan géographique, l'implantation principale est située à Rillieux la Pape mais SeS a ouvert deux antennes l'une à Villefranche-sur-Saône (2003) et l'autre à Bourgoin (2006). Le siège, installé dans un bâtiment neuf depuis la fin 2009, est organisé en deux pôles :

- un pôle administratif avec 4 départements : finances et comptabilité, ressources humaines, système d'information et qualité ;
- un pôle opérationnel avec 4 départements : médical, psychologie, soins et pharmacie logistique.

SeS dispose d'un **projet d'établissement** élaboré en 2009 qui fait apparaître les grands axes de développement médical et stratégique. Un CPOM a été conclu avec l'ARH sur la période 2007 - 2011. Des fiches « objectifs » ont permis de définir des objectifs opérationnels sur les principaux aspects du fonctionnement.

¹³ Visite du 24 Mars 2010 ; Entretiens Dr Eric DUBOST directeur, M Stéphane FRAISSE directeur adjoint responsable des ressources humaines et de la qualité, Dr Marc MAGNET président de la CME, médecin coordonateur, Madame Zabouda CRETENET directrice des soins, Madame Véronique LE MARECHAL pharmacienne Dr Bruno LAPIERRE médecin DIM, M Jean Louis DUSSAPT responsable informatique, Madame Jacqueline DUSSAPT, chef comptable.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité*

[169] SeS a une activité diversifiée qui a cru assez sensiblement dans la dernière période : de 2008 à 2009, le nombre de malades pris en charge est passé de 200 malades jours en moyenne à un peu plus de 230 (12.52%). Les 84191 journées réalisées en 2009 (avec une durée moyenne de séjours de 36 jours) se répartissent sur la totalité des modes de prise en charge à l'exception de ceux concernant la périnatalité, domaine dans lequel SeS n'intervient pas (à l'exception de quelques interventions sur le post partum pathologique).

[170] Les cinq premiers modes de prise en charge représentent plus de 90% du total de l'activité. Parmi ceux-ci, les soins palliatifs représentent une large part de l'activité (34,7%). La production de séjours et de journées est en progression constante ces dernières années sauf pour les soins techniques de cancérologie du fait de la stagnation de l'activité en chimiothérapie, elle même liée au développement des prises en charge en hôpital de jour.

Tableau 8 : Activités par mode de prise en charge en 2009

| Domaine | JOURNEES | |
|---|--------------|----------------|
| | Nombre | % |
| Soins palliatifs | 29281 | 34,78% |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle | 23689 | 28,14% |
| Soins techniques de cancérologie | 9829 | 11,67% |
| Soins de nursing lourds | 8934 | 10,61% |
| Traitement intraveineux | 4384 | 5,21% |
| Pansements complexes et soins spécifiques | 3401 | 4,04% |
| Rééducation neurologique | 1614 | 1,92% |
| Prise en charge de la douleur | 1253 | 1,49% |
| Autres traitements | 1099 | 1,31% |
| Post traitement chirurgical | 231 | 0,27% |
| Radiothérapie | 151 | 0,18% |
| Rééducation orthopédique | 176 | 0,21% |
| Education du patient / entourage | 64 | 0,08% |
| Surveillance d'aplasie | 83 | 0,10% |
| Transfusion sanguine | 2 | 0,00% |
| Total | 84191 | 100,00% |

Source : Soins et santé

[171] Les caractéristiques de la population prise en charge font aussi apparaître une grande diversité de profil des malades mais qui correspond dans l'ensemble plutôt à des interventions techniques avec des durées souvent courtes de prise charge (8 à 10 jours).

Tableau 9 : caractéristiques de la population prise en charge

| | Nombre de séjours | Age moyen | Sex ratio | Dépendance Physique | Dépendance Relationnelle | Karnofsky |
|---|-------------------|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|-----------|
| Soins palliatifs | 843 | 71 | 1.3 | 11.5 | 4.2 | 38% |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle | 411 | 64 | 1.3 | 12.9 | 4.5 | 33% |
| Soins techniques de cancérologie | 466 | 63 | 0.8 | 7.4 | 3.1 | 58% |
| Soins de nursing lourds | 142 | 71 | 1.5 | 13.2 | 4.1 | 32% |
| Traitement intraveineux | 196 | 59 | 1.36 | 8.9 | 3.4 | 51% |

Source : Soins et santé

[172] Les conditions d'organisation et d'évolution des activités sont naturellement différentes d'un domaine à l'autre.

Soins palliatifs (SP)

[173] Le volume de soins palliatifs pris en charge par SeS est très important mais dans le territoire de santé les soins palliatifs en HAD sont minoritaires par rapport à ceux réalisés en hospitalisation complète : ils représentent 27% des séjours et 44% des journées. Les malades pris en charge en SP représentent 50% des sorties par décès (voir plus loin). Dans ce domaine, les projets de soins peuvent être différents suivant les patients et sont évolutifs.

Soins techniques de cancérologie

[174] C'est surtout le développement de la chimiothérapie en hôpital de jour lié aux modalités de prise en compte dans la TAA qui a changé l'orientation des malades : la stratégie des HCL est de traiter en priorité les malades en hospitalisation de jour et de les faire prendre en charge par la HAD lorsque les capacités de l'hôpital de jour sont saturées. A l'avenir les évolutions en termes de développement de la chimiothérapie à domicile hors HAD pourraient conduire à une diminution de ce type d'activité.

Les activités de rééducation

[175] Il s'agit plutôt d'activités mises en oeuvre en substitut de services de soins de suite et réadaptation SSR polyvalent pas trop technique et donc ne justifiant pas d'un plateau technique et cela suppose aussi de pouvoir mobiliser des kinésithérapeutes.

[176] Enfin, il apparaît que la nomenclature des modes de prise en charge et les modes de tarification associés peuvent conduire à des difficultés pour la prise en charge des personnes âgées. Ainsi le mode de soins « nursing lourd » comporte une forte exigence en termes de lourdeur de soins alors que beaucoup de patients âgés poly-pathologiques ne justifient pas de cette lourdeur mais en revanche ont besoin de prestations qui ne peuvent pas être offertes en SSIAD et qui doivent être coordonnées ce qui est difficile dans une prise en charge exclusivement ambulatoire.

2.2. Positionnement dans les parcours de soins et par rapport aux autres composantes de l'offre de soins

2.2.1. Positionnement dans les parcours de soins

[177] Les données présentées dans le tableau ci-dessous font apparaître l'importance des filières hospitalière au niveau des recrutements de patients. Dans les parcours de soins, l'HAD se situe d'abord en aval du MCO. Cette situation traduit l'intensité des liens avec les structures d'hospitalisation MCO et notamment les Hospices Civils de Lyon (HCL). Mais il apparaît qu'une petite fraction des patients entre en HAD à partir du domicile ou d'un EPHAD et pour une part de ces cas à l'initiative du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'EPHAD.

Tableau 10 : Parcours de soins des patients

| Domaine | Mode d'entrée | | DMS en jours | Mode de sortie | | | |
|---|-----------------|----------|--------------|-----------------|----------|-------|----------|
| | Hospitalisation | Domicile | | Hospitalisation | Domicile | Décès | En cours |
| Soins palliatifs | 86% | 14% | 40.3 | 46% | 8% | 37% | 10% |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle | 84% | 6% | 68 | 65% | 8% | 8% | 19% |
| Soins techniques de cancérologie | 95% | 5% | 28 | 40% | 53% | 2% | 5% |
| Soins de nursing lourds | 87% | 13% | 83 | 46% | 27% | 8% | 18% |
| Traitement intraveineux | 94% | 6% | 30 | 54% | 30% | 5% | 11% |

Source : Soins et santé

2.2.2. Relations avec les centres hospitaliers

[178] En général, l'HAD n'est pas un enjeu important du point de vue des médecins et des cadres des services hospitaliers. Il n'y a pas réellement d'organisation des suites d'hospitalisation. Les dates et les conditions de sorties sont parfois définies en fonction des besoins de place pour accueillir de nouveaux patients. Dans certains hôpitaux publics, PSPH ou cliniques, les choses sont en train de changer avec un suivi systématique des séjours qui dépassent les DMS. Mais il y a aussi une prise de conscience de la nécessité d'empêcher les arrivées en hospitalisation classique et notamment les retours à l'hôpital après hospitalisation.

[179] SeS a noué un partenariat efficace avec les HCL (à travers des conventions et leurs avenants) : 45% des patients viennent des HCL. Des cadres de santé de SeS effectuent à mi temps des vacances sur les différents sites hospitaliers des HCL. Cela permet de travailler avec les cadres des services hospitaliers au repérage de patients qui peuvent faire l'objet d'une admission en HAD. Dans des services comme ceux des HCL, il y a une rotation assez importante des médecins et cadres et il faut donc assurer le renouvellement de l'information très fréquemment.

[180] En fait pour les grands centres hospitaliers, il y a un choix soit d'internalisation (c'est-à-dire un pôle dédié à la HAD au sein des pôles de l'hôpital) soit d'externalisation de la fonction HAD en la confiant à une structure externe. C'est ce dernier choix qui a été fait par les HCL. SeS apporte une capacité de réponse aux besoins sans que les HCL aient à supporter les risques liés à l'exploitation directe d'un HAD. Dans la dernière période, SeS a identifié de nouveaux axes de travail avec les HCL : la prise en charge de patients en post-partum pathologique, et celle des patients diabétiques. Enfin, est à l'étude la mise en place par Soins et Santé d'une équipe mobile de soins de support (EMSS).

[181] La relation est moins développée avec l'hospitalisation de SSR. Mais SeS a réfléchi sur un projet de mutualisation de moyens avec un SSR.

2.2.3. Relation avec les autres composantes de l'offre de soins et du médico social (médecins traitants, SSIAD, réseaux de santé EHPAD etc) et les prestataires de services

[182] SeS intervient sur un territoire où co-existent toutes les composantes de l'offre de soins à domicile, c'est-à-dire outre les professionnels de santé ambulatoire, les réseaux, les SSIAD, les fournisseurs de matériels et de prestations techniques. Dans ce contexte, SeS s'efforce de développer un partenariat efficace mais les résultats sont inégaux.

L'articulation avec les médecins de ville

- [183] Traditionnellement l'arrivée de patients sur prescription des médecins de ville est plus limitée. Le réflexe des médecins traitants est plutôt d'envoyer à l'hôpital car ils n'ont pas à s'occuper des charges administratives. Mais les relations avec les médecins traitants sont très étroites dans le cadre de la prise en charge elle-même (voir plus loin). Cela a conduit à faire évoluer l'attitude des médecins de ville et progressivement à positionner l'HAD comme appui et consultant (notamment en termes d'expertise et de permanence et continuité des soins) des médecins traitants. Cela débouche sur des flux de patients encore très peu nombreux mais croissants qui arrivent en HAD à partir du domicile et non pas de séjours en MCO ou SSR.
- [184] L'articulation avec les SSIAD : Il y a assez peu de liens avec les SSIAD et d'abord avec celui qui est géré par SeS. Dans le cadre actuel, les profils sont très spécifiques de part et d'autre. Outre la question évoquée précédemment d'un vide dans le dispositif de prise en charge, ce qui limite la possibilité de transférer des malades d'un SSIAD vers l'HAD, c'est le fait qu'il n'y a pas de possibilité de garder la même équipe. En effet il n'y a pas de possibilité de rembourser le SSIAD pour ses contributions à la prise charge en HAD.
- [185] L'articulation avec les 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 prend en charge avec les médecins de ville, les patients légers en articulation avec l'équipe mobile de l'hôpital quand le malade est hospitalisé.
- [186] L'articulation avec EHPAD : Le nombre de patients pris en charge avec les EHPAD de la région reste modeste, mais la valeur ajoutée a été appréciée dans des structures souvent démunies de moyens intrinsèques techniques et humains.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. Coordination médicale et place des médecins traitant

- [187] SeS est une structure très fortement médicalisée qui fonctionne avec 4 médecins coordonnateurs (MC) qui assurent des missions diversifiées :
- de coordination de l'équipe qui va assurer l'intervention à domicile ;
 - de soin et pas uniquement à travers d'un travail sur dossier ou d'élaboration du projet de soins mais aussi opérationnelles à travers la participation aux activités de permanence des soins ;
 - de régulation de l'activité à travers notamment la relation avec les autres médecins intervenants dans le processus (médecins hospitaliers, SAMU, SOS médecin et bien sur généraliste).
- [188] Le MC est présent dans les procédures d'admission. Il voit chaque malade au moins une fois au domicile avec ou sans le médecin traitant. C'est une visite de durée assez longue (52 minutes en moyenne) au terme de laquelle il fait un rapport médical qui est transmis au malade et à sa famille et intégré dans le dossier au chevet du patient mais aussi transmis au médecin traitant (MT) et aux spécialistes y compris hospitalier qui l'ont pris en charge.
- [189] Le MC dispose d'une certaine expertise et d'une certaine expérience reconnue par les confrères et donc la possibilité de travailler avec eux. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les fins de vie où l'évaluation faite par les médecins coordonnateurs ne porte pas uniquement sur la situation du malade mais aussi sur celle de sa famille et des aidants. Le rôle de l'équipe soignante est d'être à l'écoute des aidants et donc de pouvoir diagnostiquer les signes d'épuisement de la famille, ce qui peut annoncer la survenue de syndrome dépressifs. Le MC est aussi là pour prévenir et gérer les risques suicidaires.

- [190] C'est pourquoi un effort particulier a été fait dans les relations avec les médecins traitants. La prise en charge est déclenchée après accord du médecin traitant. Les cas de refus sont très minoritaires. En donnant leur accord, les médecins s'engagent à un suivi au jour le jour et ils remplissent bien leur rôle. Les relations ont été formalisées dans une convention signée entre SeS et les représentants des syndicats médicaux du département. Le fonctionnement très organisé de la permanence des soins (voir plus loin) est perçu comme un avantage très fort dans ce partenariat.
- [191] Plus largement les médecins généralistes sont confrontés de manière très peu fréquente à certaines situations. Par exemple, chaque médecin généraliste n'est confronté à un patient en fin de vie avec soins palliatifs qu'en moyenne 1 à 3 fois par an. SeS veut se positionner comme une structure d'appui et de conseil au médecin traitant notamment en soins palliatifs et tout ce qui est algologique pour des malades en fin de vie mais aussi des malades chroniques comme la SLA. SeS a fait une demande d'agrément pour un poste d'interne auprès de l'ARS Rhône Alpes.
- [192] Les MC assurent la coordination interne des activités médicales et paramédicales :
- Une réunion de synthèse hebdomadaire a lieu chaque mardi, et concerne tous les patients. Les buts sont principalement la mise à jour des modalités de prise en charge en fonction de l'évolution clinique et des traitements en cours, de l'indice de dépendance de Karnofski, et la détermination du besoin du malade en terme de suivi et de visite à domicile par un membre de l'équipe ;
 - Une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) a lieu 2 fois par mois. Elle se décompose en 3 temps forts, coordonnés avec le département de Soins : un moment de communication institutionnelle interne, un échange sur des nouveautés thérapeutiques ou d'évaluation, une discussion autour de 1 ou 2 cas difficiles nécessitant une concertation.

3.2. Organisation paramédicale

3.2.1. Ressources paramédicales

- [193] Il existe un département psychologie avec 2 ETP psychologues qui se déplacent à domicile en tant que de besoin.
- [194] La direction des soins comprend : 1 directrice des soins, 8 cadres de santé, 10 infirmières coordonatrices dont 8 sectorisées et 2 à la cellule de régulation, 6 assistantes sociales (4.2 ETP), 5 secrétaires médicales et 3 infirmières de nuit.
- [195] SeS s'appuie massivement sur les infirmières libérales qui mettent en œuvre l'essentiel des interventions au domicile. 80% des patients ont une infirmière libérale avant leur entrée en HAD et c'est elle qui va intervenir.

3.2.2. Organisation et activités

- [196] L'organisation des équipes para médicales est très proche de celle de l'hospitalisation classique : à la notion de service dans un hôpital (et donc d'étage) est substituée celle de secteur géographique. En fait cela correspond à quelques 30 à 35 patients/secteur.
- [197] Comme cela a déjà été évoqué, la relation avec les établissements hospitaliers a fait l'objet d'une organisation précise. Chaque cadre infirmier prend en charge un panel d'établissements hospitaliers avec lesquels il doit mettre en œuvre une relation la plus proche possible pour faciliter la prescription à bon escient d'HAD.

[198] Le travail des IDECS est de suivre la prise en charge opérationnelle et donc de faire des visites de suivi et de coordination pour contrôler et assister les infirmières libérales sous couvert du cadre de santé de l'HAD. Mais c'est aussi un engagement dans leur développement de compétences et donc la formation. Le département de soins (ainsi que le département médical) anime également certaines interventions des « Juedis de l'HAD » dispensées aux infirmiers libéraux et salariés de la structure.

[199] Au démarrage (c'est-à-dire le jour de l'entrée au domicile du patient), le rendez-vous d'accueil est fait par le cadre de l'HAD avec l'infirmière libérale. Les activités de toilette sont faites à 80% par l'infirmière libérale et /ou par une auxiliaire de vie qui passe en même temps que l'infirmière ou par une TISF qui va faire l'objet d'un agrément qualité. Le rôle des infirmières en matière de permanence des soins est évoqué plus loin. L'objectif est d'aboutir à une prise en charge très large, comportant une bonne articulation entre les activités de soins et les autres activités qui concourent au maintien à domicile (auxiliaire de vie).

3.2.3. Outils

3.2.3.1. Le projet de soins et les protocoles

[200] Les projets de soins sont très détaillés et élaborés à partir d'un recueil des besoins très complet qui va permettre d'offrir une prise en charge très complète et personnalisée. De très nombreuses fiches permettant de formaliser les règles de bonnes pratiques ont été rédigées.

3.2.3.2. Le dossier patient informatisé (DPI)

[201] Le DPI comporte une fiche de synthèse actualisée de manière hebdomadaire qui comporte des informations sur l'évolution du patient pris en charge du point de vue médical, social et psychologique de façon à garantir l'application au maximum de protocoles de prise en charge. Une fois par an, mise en place d'un rapport d'activité qui est transmis aux adresseurs hospitaliers.

3.2.3.3. La plateforme téléphonique

[202] Depuis septembre 2009, une présence médicale est assurée quotidiennement dans les locaux de Soins et Santé par un médecin coordonnateur, qui reste disponible auprès des autres départements (admissions, pharmacie, biologie) durant la plage horaire 14h00-18h00, et peut répondre dans le cadre de l'urgence, en cas de difficulté ponctuelle, concernant un patient d'un collègue momentanément injoignable.

[203] Complémentairement, ce dispositif a été prolongé et élargi par la mise en place en février 2010 d'une cellule de régulation, véritable plateforme téléphonique, pour que les malades, la famille et les médecins traitant et aussi les infirmières et autres professionnels de santé qui interviennent au chevet du malade mais aussi les prescripteurs adresseurs notamment les médecins hospitaliers puissent joindre les médecins coordonnateurs de manière facile à tout moment.

3.3. Continuité et permanence des soins (PDS)

[204] L'organisation de la permanence des soins a fait l'objet de réflexions très approfondies qui ont conduit à la mise en place d'un dispositif très complet garantissant à tous les niveaux une réponse efficace. La permanence et la continuité sont assurées à travers une participation médicale 24/24 assurée par quatre médecins coordonnateurs d'astreinte. En 2009, dans le cadre d'une situation particulière d'un effectif ramené à 3 médecins du fait d'un congé maternité, cela représentait 13 à 15 semaines par médecin.

- [205] SeS s'est doté d'une « cellule de régulation ». Il s'agit d'une équipe qui permet offrir une réaction immédiate d'un cadre infirmier qui peut être appelée par le patient et/ou sa famille. Celui-ci peut contacter un médecin coordonnateur, et si ce dernier le décide, faire intervenir une infirmière au domicile 24h sur 24, 365 jours par an. L'ensemble de ce dispositif va permettre de suivre et aussi d'anticiper des évolutions de la situation du malade, de les préparer en liaison avec l'équipe soignante. Par ailleurs, le fichier des malades est transmis au SAMU à travers des fiches normalisées et donc si le malade ou son entourage fait appel, directement ou après appel au MC, au SAMU, celui-ci peut intervenir dans de meilleures conditions.
- [206] Pour faciliter la gestion de la continuité des soins, le MC et le MT mettent en place des directives anticipées, c'est-à-dire des éléments sur la conduite à tenir et donc les médicaments à prendre en cas d'évolution de la situation du malade qui rendrait nécessaire l'ajustement de la prise en charge.

3.4. *Système d'information (SI) et dossier patient*

- [207] SeS a mis en place un système d'information qui permet de gérer les informations sur les patients et donc faciliter les conditions d'interventions à domicile. Des stations informatiques (micro-ordinateurs et scanner notamment), qui permettent l'expédition des informations pour traiter les ordonnances des médecins traitants et d'autres documents, ont été installées au domicile du patient. Le système devrait évoluer avec des micro-ordinateurs portables et des scanners plus petits. Les personnels qui sont semi sédentaires (par exemple médecins et infirmiers coordonnateurs) sont équipés de tablettes ou de mobiles qui leur permettent de se connecter en 3G sur les dossiers patients, notamment pour pouvoir récupérer les prescriptions des médecins traitants qui ont été scannés au domicile. Au moment de leurs interventions, les médecins et infirmières libéraux peuvent se connecter sur le dossier patient et donc transmettre les données sur leur passage servant de base à la facturation.
- [208] Le logiciel a été co-produit entre l'entreprise Arcan Systems et SES. Il équipe plus de 95 HAD en France. Le système offre de nombreuses fonctionnalités : portail, gestion du stock et des achats de médicaments et de dispositifs médicaux, dossier patient, planification des soins à domicile, lien avec le dossier partagé au niveau régional DPPR, suivi de la qualité (vigilance, EIG, volet accréditation), rémunération des libéraux, comptabilité générale et analytique (participation à l'ENCC), paye. SeS souhaite faire évoluer ces fonctionnalités pour qu'à terme soit intégré un logiciel de prescription et que le dossier patient soit ouvert sur les partenaires notamment pour la gestion de la permanence des soins.

3.5. *Médicament et dispositifs médicaux*

- [209] Depuis le 01/01/2007, SeS dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Elle est dirigée par deux pharmaciens (l'un a plus particulièrement en charge des dispositifs médicaux et l'autre les médicaments) assistés de : 5 préparateurs coordonnés par un cadre préparateur, un agent préparateur de commande, un magasinier et 3 livreurs salariés qui assurent la plupart des livraisons programmées avec, pour les interventions non programmées, un prestataire extérieur.
- [210] Le circuit du médicament et les procédures de commande et de mise en place visent à assurer un haut niveau de sécurité, de réactivité et de traçabilité. Les achats sont effectués via une centrale d'achat (1800 lignes de dispositifs médicaux et 800 lignes de médicaments). C'est normalement la PUI qui assure la mise en place des dispositifs médicaux et des médicaments mais des marchés ont été passés avec des prestataires techniques pour du matériel lourd (lit, matelas, fauteuil, ...) qui leur font bénéficier, au vu du marché, de tarifs préférentiels de prestations qui peuvent être mises en route très vite. La pharmacie participe à la gestion de la permanence des soins grâce à une astreinte de pharmaciens mutualisée H24, dans le cadre d'une convention avec le Centre Hospitalier Saint Joseph-Saint Luc.

3.6. *Accréditation, certification et politique de qualité*

[211] La procédure de certification débute en 2004. La visite de certification V2 est intervenue en septembre 2008. Elle s'est conclue par un rapport dont les conclusions sont très positives pour SeS : « la politique de prise en charge est complètement définie et l'engagement des professionnels de l'établissement dans sa mise en œuvre est particulièrement fort ». D'une manière générale, SeS a développé de nombreuses démarches d'amélioration des pratiques :

- élaboration des indicateurs de suivi des modalités de prise en charge en HAD pour les principaux modes de prise charge ;
- participation au groupe de travail national des médecins coordonnateurs concernant l'évolution des critères définissant les modalités de prise en charge ;
- élaboration de différents protocoles et référentiels : protocole de réalisation des chimiothérapies intraveineuses et des chimiothérapies orales, gestion des aplasies fébriles post-chimiothérapie au domicile, prise en charge du risque thromboembolique ;
- élaboration du programme de formation interne des professionnels de Soins et Santé notamment concernant le module « soins palliatifs » en collaboration avec un organisme externe de formation.

3.7. *Information médicale*

[212] Un médecin « DIM » à 25% (mutualisé dans le cadre d'une coopération avec le Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône), assisté d'une « TIM » temps plein, valide la proposition de codage établie par le médecin coordonnateur à partir du projet de soins élaboré au démarrage de la prise en charge et adapté au fil du temps. Le travail de codage est rendu délicat par le caractère relativement peu précis des définitions des modes de prise en charge qui laisse place à des interprétations et donc à une forme plus ou moins explicite d'optimisation tarifaire, même si les nouvelles normes (guide ATIH) mises en œuvre à partir de mars 2010 devraient permettre des progrès sensibles.

4. RESULTATS ECONOMIQUES ET EFFICIENCE

4.1. *Equilibre économique*

[213] Pour son activité, l'HAD SeS est très nettement bénéficiaire. L'exercice 2009 fait ressortir un excédent de 779 KE (759 K euros au 31/12/2008). Le coût moyen journalier ressort à 201.60 euros dont 38,5% de coût fixe et 61,5% de coût direct en baisse de 4,33% sur 2008 (210,73 euros au 31/12/2008). L'excédent de 779 KE traduit une progression rapide des produits simultanément à une bonne maîtrise des charges. SeS dispose d'une structure financière très solide (6 M€ de fonds propres).

4.2. *Éléments sur la formation du résultat*

[214] Soins et santé dispose d'un système comptable qui permet de calculer le coût par malade et par séjours. Les coûts fixes sont repartis en fonction du nombre de journées. Ce système de comptabilité a été encore amélioré dans le cadre de la participation de SeS à l'Etude Nationale des Coûts. Les résultats pour l'exercice 2009 font apparaître une contribution aux résultats très différenciée par mode de prise en charge allant d'une contribution positive de 53 € par journée de mode de prise en charge MPC soins palliatifs à une contribution négative de 48 € par journée de MPC surveillance d'aplasie. En fait, seuls les MPC Soins palliatifs, Assistance respiratoire, Chimiothérapie anticancéreuse sont des contributeurs nets, tous les autres MPC sont déficitaires pour des valeurs allant de 11 € à 48 € par journée.

[215] Par ailleurs les études menées par SeS sur les coûts par patient au sein d'un même mode de prise en charge font apparaître pour tous les MPC une très forte dispersion des coûts selon les patients ; les écarts étant le plus souvent proche de 1 à 3. Ce constat est vérifié pour tous les MPC qu'ils soient contributeurs nets ou déficitaires. Cette situation de forte hétérogénéité des MPC n'est pas spécifique à Ses et traduit les limites de l'actuelle nomenclature de MPC.

Annexe (source : SeS)

La chimiothérapie

Les produits de chimiothérapie injectable sont reconstitués à l'Unité de Reconstitution Centralisée de Cancérologie (URCC) de l'hôpital Jules Courmont depuis juillet 2009.

L'Herceptine est toujours reconstituée au domicile.

Nombre total de patients différents pris en charge pour des chimiothérapies : 89 (111 en 2008)

Pathologies traitées :

Sur 89 patients pris en charge en H.A.D. les pathologies traitées concernent :

- Cancers digestifs : 9
- Cancers gynécologiques : 29
- Cancers pulmonaires : 35
- Cancers du rein et urologiques : 1
- Cancers cérébraux : 6
- Cancers du sang : 4
- Cancers ORL : 5

39 patients ont bénéficié d'un traitement injectable (49 en 2008)

57 patients ont bénéficié d'un traitement par voie orale (68 en 2008)

25 patients ont été traités en soins ponctuels dont 3 ont été pris en charge en soins continus par la suite.

64 patients ont bénéficié d'une prise en charge continue.

Origine des patients :

Centre Léon Bérard : 4

Hospices Civils de Lyon :

- Jules Courmont - Lyon Sud : 43
- Wertheimer - Neuro : 3
- Louis Pradel - Cardio : 3
- Croix-Rousse : 3
- Edouard Herriot : 2
- Hôtel Dieu : 1
- Hôpital Femme Mère Enfant : 1

Autres hôpitaux :

- Centre hospitalier de Villefranche : 9
- Hôpital de Belleville : 1
- Centre hospitalier de Bourgoin : 4
- Hôpital de La Tour Du Pin : 1
- Saint Luc : 3
- Desgenettes : 2
- Clinique Mermoz : 2
- Clinique Charcot : 2

- Infirmierie protestante : 1
- Clinique mutualiste Trarieux : 3
- Institut Curie – Paris : 1

Age moyen des patients : 66,8 ans 23 ans à 83 ans

54 femmes – 35 hommes

Types de cures :

Certains patients ont reçu plusieurs protocoles.

Traitements injectables :

| Type de protocole | Nombre de patients concernés | de | Nombre de cures |
|------------------------|------------------------------|----|-----------------|
| GEMZAR | 7 | | 39 |
| LV5FU2 | 2 | | 4 |
| METHOTREXATE IV | 4 | | 37 |
| METHOTREXATE IM | 2 | | 5 |
| NAVELBINE | 2 | | 11 |
| HYCAMTIN | 1 | | 5 |
| ALKERAN | 2 | | 2 |
| ARACYTINE | 1 | | 11 |
| VELBE | 1 | | 5 |
| CARBOPLATINE | 2 | | 3 |
| VELCADE | 1 | | 2 |
| HERCEPTINE | 13 | | 92 |
| HERCEPTINE - NAVELBINE | 1 | | 1 |
| TOTAL | 39 | | 217 |

Traitements oraux :

| Type de protocole | Nombre de patients concernés | de | Nombre de cures |
|-------------------|------------------------------|----|-----------------|
| TEMODAL | 5 | | 7 |
| XELODA | 8 | | 21 |
| XELODA - TYVERB | 4 | | 23 |
| ENDOXAN | 5 | | 16 |
| NAVELBINE | 2 | | 4 |
| TOTAL | 24 | | 71 |

TARCEVA continu : 33 patients pour 68 mois de cure.

OÏKIA¹⁴

[216] Cette HAD est née, en 2005 au sein du réseau de soins palliatifs Oïkia, créé, en 1997 par le docteur Patrick Michaud à Andrézieux-Bouthéon dans l'agglomération stéphanoise. Elle connaît, en 2008 et en 2009, de sérieuses difficultés financières. Elle recouvre l'équilibre courant 2010 mais conserve un montant de dettes avant redressement judiciaire très important.

1. UNE STRUCTURE FRAGILE DONT L'EQUILIBRE FINANCIER A ETE COMPROMIS

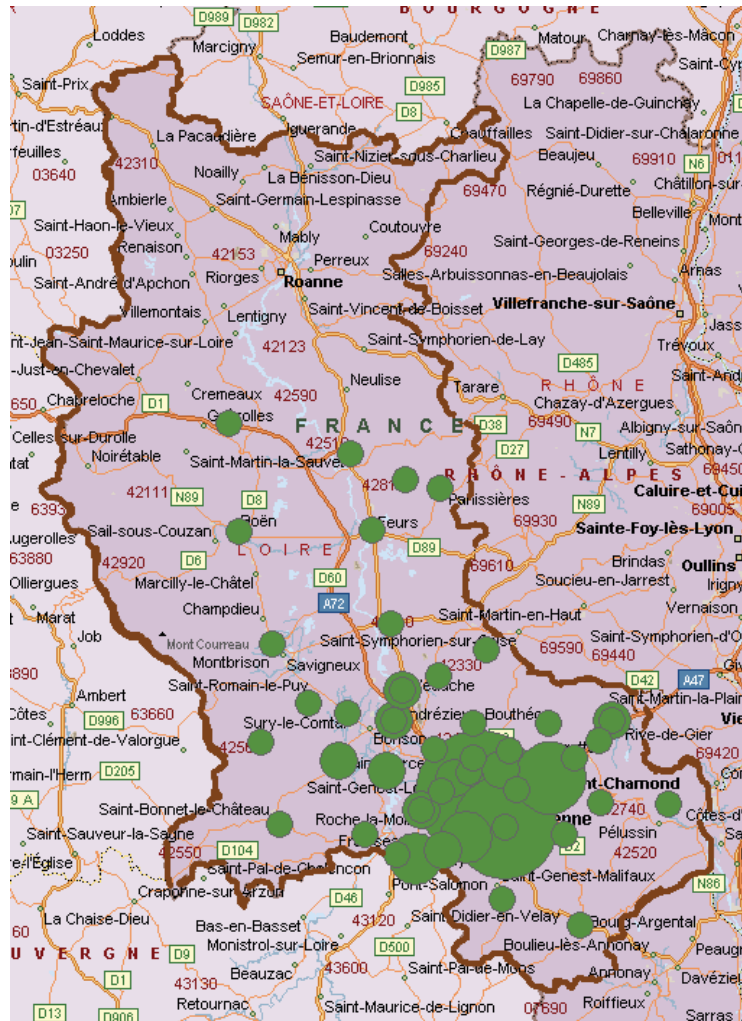
1.1. *Née dans le cadre des soins palliatifs, la structure recherche rapidement la diversification*

[217] L'association Oïkia a été créée en 1997 dans le but d'apporter aide et soutien aux patients qui nécessitent des soins continus et palliatifs. Avec l'appui de la caisse primaire d'assurance-maladie, l'association a saisi l'opportunité des expérimentations de réseaux « Soubie » pour obtenir le financement d'un réseau de soins ville-hôpital dédié aux soins palliatifs. A l'issue de l'expérimentation, les financements ont été consolidés au sein du Fics.

[218] L'objectif du réseau est de permettre à la personne malade en fin de vie de passer le plus de temps possible entourée de sa famille ou de ses proches, avec une prise en charge médicale adéquate. Pour ce faire, les soignants libéraux seront appuyés par une équipe de coordination médicale, composée d'un médecin, d'un infirmier, d'un psychologue puis d'une assistante sociale, formés à la pratique des soins palliatifs et partageant leur savoir-faire.

[219] Après trois ans, un projet d'HAD intéressant les acteurs privés, libéraux ou publics, est mis au point. Il reçoit l'autorisation de fonctionner par délibération de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 13 mars 2002. La visite de conformité a été effectuée le 19 janvier 2006. L'activité a atteint 30 patients pris en charge début 2006 et 45 patients début 2007. En juin 2007, après passage en Cros, la zone d'intervention a été mieux définie et ajustée au nouveau découpage géographique en zones de soins de proximité. C'est aussi en 2007, qu'est autorisé un autre service d'hospitalisation à domicile, dans le bassin de santé stéphanois, l'HAD « Santé à domicile », groupement créé par plusieurs établissements de santé (cliniques privées C2S et cliniques mutualistes et centre hospitalier d'Annonay.

¹⁴ La mission a rencontré le 23 mars au siège d'Oïkia, notamment madame Véronique SOLEYANT, directrice, le Docteur Christine GRANGE-LEYMONNIE et Florent VIARD, responsable administratif et financier.



Source : Oïkia

1.2. L'établissement est confronté à une grave crise financière, en 2008 et 2009

- [220] En 2009, sur la base des progressions de recettes des années antérieures, apparemment confirmées au premier trimestre, l'association embauche du personnel anticipant la poursuite de la tendance ; au contraire, l'activité chute, tandis que de forts investissements sont mis en place.
- [221] Pour se conforter face à la concurrence nouvelle, résultant de l'autorisation de Santé à domicile, l'association décide d'investir (la création de la PUI, l'acquisition de l'ensemble immobilier). Enfin la mise en place de la certification a engendré des coûts significatifs.
- [222] Oïkia est en crise, l'aide de l'ARH est sollicitée. Cette dernière demande au directeur des affaires administratives et financières du CHU d'établir un plan de redressement, puis au secrétaire général de l'institut cancérologique de la Loire, d'assurer un intérim. Début 2010, une nouvelle direction est mise en place. L'établissement, en état de cessation de paiement, a été placé en redressement judiciaire le 20 novembre 2009 et, au prix de deux plans sociaux successifs, se rétablit peu à peu.
- [223] Les comptes de résultat se présentent ainsi qu'il suit pour les années 2008 et 2009 (pour l'année 2009, il ne s'agit que d'un projet : celui-ci a été arrêté par le conseil d'administration et sera présenté à l'assemblée générale, pour approbation, muni de l'avis du commissaire aux comptes).

- [224] Les produits d'exploitation passent de 2008 à 2009 de 5 459 834 à 6 618 133€. Dans le même temps, les charges d'exploitation passent de 5 985 996 à 6 789 734 €. Le résultat d'exploitation passe de -526 162 € à -171 601 €. Dans le même temps, la masse salariale progresse de 21,41%.
- [225] Les mesures d'économies prises en 2009 ont permis de limiter l'impact de recrutements importants et présumant d'une croissance d'activité finalement inférieure aux prévisions, mais elles ne suffisent pas à garantir la sécurité de l'association pour l'avenir. Elles ont donc du être assorties de deux plans de licenciement économique, en 2009 et en 2010. Ceux-ci alourdissent bien sûr les dépenses de l'exercice considéré mais permettent de retrouver l'équilibre, au fur et à mesure de leur effet en année pleine.
- [226] Trente deux recrutements ayant été opérés entre janvier 2008 et août 2009, l'HAD compte en juin 2009 59 salariés présents. Le plan de licenciement économique de septembre 2009 comporte 8,25 suppressions de postes et comprend 4 licenciements et une rupture conventionnelle ; celui de mai 2010 devait comporter 4 licenciements. En juin 2010, le nombre d'équivalents temps plein de l'association est ramené à 38 (pour 43 personnes) Il s'était successivement établi à 36 ETP au 31 décembre 2007, 49 au 31 décembre 2008, 46 au 31 décembre 2009.
- [227] Après dépôt de bilan, le 20 novembre 2009, l'association qui ne pouvait plus payer ses créanciers est admise au bénéfice du redressement judiciaire par le TGI de Montbrison, pour une période de six mois qui sera renouvelée en mai 2010.
- [228] Au mois d'août 2009, lors d'une réunion tenue à l'ARH, un dispositif de soutien avait été mis en place qui, outre les deux missions confiées à des responsables hospitaliers, comportait le versement anticipé de sommes dues pour 2010, au titre de l'activité du réseau. L'association espère retrouver l'équilibre en 2010 et obtenir en novembre 2010 le bénéfice d'un plan de continuation.
- [229] La réussite du redressement de l'association dépendra bien sûr de son aptitude à prendre les mesures d'économie nécessaires mais aussi à bien définir son positionnement en termes d'activité, et à s'associer à d'autres structures en vue de mutualiser certains éléments. Il est douteux, en effet, que Oïkia puisse équilibrer non pas son activité d'ensemble, mais celle de sa pharmacie, instrument particulièrement utile en terme de sécurité de traçabilité et de qualité mais dont l'équilibre propre paraît difficile à obtenir en dessous d'une capacité de 110 places de l'avis même des gestionnaires. Il est beaucoup attendu de réunions qui doivent se tenir dans le dernier tiers de l'année 2010, avec le CHU de Saint- Etienne et l'association d'HAD pédiatrique ALLP qui vient d'ouvrir une antenne dans la Loire.

1.3. Des partenariats peu formalisés mais réels

- [230] L'association a mis en place des partenariats peu formalisés. Il existe, notamment, des conventions avec l'hôpital de Montbrison, ainsi qu'avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans lesquels elle intervient. Des preuves de la solidité de la coopération existent, telles que l'intervention des équipes de direction des autres établissements, lors de la crise.
- [231] La composition même du conseil d'administration en rend compte : on y voit figurer, outre des professionnels de santé libéraux, des représentants ou des médecins principaux établissements hospitaliers du sud de la Loire (Chu, institut cancérologique de la Loire, Chpl et deux hôpitaux de la région stéphanoise).

2. UN FORT DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE AVEC UNE PRESENCE IMPORTANTE DES SOINS PALLIATIFS ET UN DISPOSITIF DE SECURITE ET DE QUALITE EFFECTIF

2.1. *L'activité largement orientée vers les soins palliatifs demeure en dessous des anticipations aventureuses de début 2009*

[232] Entre 2006 et 2007, le nombre annuel de patients pris en charge a atteint 287. En 2009, le nombre moyen de patients adultes par jour est de 65,3 pour 23 833 journées. L'année 2009 est marquée par la mise en place au 1^{er} avril de l'activité de périnatalité ; celle-ci passe de 6,4 patients par jour en mai 2009 à 12,5 en décembre. L'activité globale en 2009 est donc de 25 952 journées pour un nombre moyen de 71,1 patients par jour. En 2010, la situation de l'établissement est sur la voie du rétablissement.

[233] Le case mix de l'établissement fait apparaître la forte proportion de soins palliatifs qui représentent 38,8% du nombre total des journées en 2009. Le mode de prise en charge principal venant immédiatement après, les soins de nursing lourds, en représente 13,1%. Viennent ensuite, la surveillance post chimiothérapique (11,5%), les pansements complexes (8%) et la surveillance de grossesses à risque, (soit 4,6% pour une activité en partie d'année seulement). De manière générale, l'indice de Karnofsky moyen est bas, soit 40 pour tous modes de prise en charge. La durée moyenne de séjour est longue, non seulement en soins palliatifs (32,3 jours) mais encore en soins de nursing lourds (40 jours). L'âge moyen des patients demeure relativement bas pour la plupart des modes de prise en charge, en tous cas sensiblement plus que celui observé dans les SSIAD.

[234] La prépondérance des soins palliatifs est largement expliquée par un contexte favorable à Saint-Etienne. Outre le souhait des personnes de mourir chez elles, on note une diffusion assez large de la culture de soins palliatifs (forte présence d'une équipe mobile de soins palliatifs au CHU, préexistence du réseau Oïkia). La prestation est orientée aussi bien sur les produits techniques (maîtrise de la douleur, etc.) que sur l'accompagnement de la fin de vie sous différents aspects y compris psychologiques. L'HAD est appréciée en raison de la permanence et de la continuité de la prise en charge à un moment où l'entourage lui-même peut être affaibli.

[235] Le développement de la prise en charge en périnatalité comporte quelques risques de dérives. Ils sont certains pour le post partum physiologique, moins affirmés pour l'ante partum même si celui-ci ne justifie pas toujours d'une prise en charge intense et coordonnée.

[236] L'association qui a passé plusieurs conventions d'intervention avec des EHPAD aimerait bien développer son activité en gériatrie mais elle en est dissuadée par l'état actuel de la tarification qui ne le permet guère (pas de MPC spécifique, pas de prise en compte de la durée de prise en charge).

[237] Les patients de l'HAD proviennent principalement du CHU de Saint Etienne et de l'Institut de cancérologie de la Loire. En 2009, cependant, 94 patients ont été adressés depuis le domicile sur 457. 87 patients sont sortis d'HAD tout en restant à domicile et en étant suivi par leur médecin traitant.

2.2. *En dépit des turbulences rencontrées, l'établissement a obtenu la certification de la Haute autorité de santé, au titre de la V2*

[238] Au titre de la permanence des soins, les médecins coordonnateurs d'Oïkia assurent une permanence téléphonique 24 heures sur 24, 365 jours par an. La journée, les secrétaires médicales reçoivent les appels de 8h à 19h30. Les infirmières le font de 18h30 à 8h le lendemain matin, ainsi que le week-end ; l'infirmier d'astreinte peut se déplacer 24 heures sur 24 chez le patient. Les médecins traitants peuvent participer à la permanence. A Saint-Etienne, Oïkia s'appuie sur SOS Médecins.

- [239] Il existe un dossier patient qui comporte deux parties (informatisée et papier). La partie informatisée est hébergée au siège de la structure et consultable du domicile du patient grâce aux bornes informatisées et au dossier patient papier. Le dossier est consultable par les libéraux et tous les soignants intervenant auprès du patient, avec un mot de passe sécurisé afin de respecter les droits des patients : les intervenants y donnent trace de leurs soins. L'association dans le cadre de son système ATHOME développe peu à peu l'informatisation généralisée en installant des bornes informatique au domicile du malade : 95% des patients sont équipés de bornes à ce jour.
- [240] Le contenu du dossier a été complété pour le rendre conforme au référentiel régional, en y faisant figurer les prescriptions de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie.
- [241] L'établissement dispose d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) et de livrets d'accueil.
- [242] L'établissement a obtenu l'autorisation de créer une pharmacie à usage interne. Ceci permet d'assurer une meilleure traçabilité du circuit du médicament. Il n'est fait appel aux grossistes répartiteurs qu'en cas d'urgence à l'occasion d'éventuelles ruptures de stock. Les médicaments sont distribués par les infirmiers. Des précautions spéciales sont prises. Ainsi les toxiques sont ils transportés dans une petite valise à chiffre. Dans le cadre des procédures d'achat, la PUI obtient de gains intéressants à l'achat des médicaments. Cependant, les charges fixes sont importantes et ne permettraient d'assurer l'équilibre de la pharmacie que pour un niveau d'activité largement supérieur à ce qui est actuellement observé (110 malades selon les gestionnaires). Une solution de mutualisation apparaît inévitable.
- [243] Il existe un comité de lutte contre les infections liées aux soins.
- [244] Diverses mesures sont prises pour assurer la continuité des soins. Une lettre de mission est adressée aux infirmières libérales qui interviennent de manière majoritaire dans le cadre de l'Had. Il existe également des infirmières salariées qui interviennent plus particulièrement en cas de recours à des techniques particulières ou à des prises en charge à passages multiples permettant ainsi d'assurer la continuité, la flexibilité et la complexité. Les procédures d'entrée et de sortie sont semi-protocoles.
- [245] Dans ces conditions et en dépit des difficultés auxquelles elle a du faire face, l'HAD OÏKIA a obtenu de la Haute autorité de santé une certification sans réserve en septembre 2009.
- [246] Pour autant, l'effort accompli par l'association OÏKIA pour assurer par ses seuls moyens l'essentiel des coûts afférents à la qualité et à la continuité des soins demeure très lourd.

+++++

- [247] Selon toutes probabilités, l'association va surmonter, avec le soutien de l'agence régionale, les difficultés rencontrées mais elle demeure une structure fragile qui devra d'une manière ou de l'autre s'adosser à des partenaires afin d'assurer de manière sereine, la pérennité des prestations délivrées à la population du Sud de la Loire.

CH de Crest ¹⁵

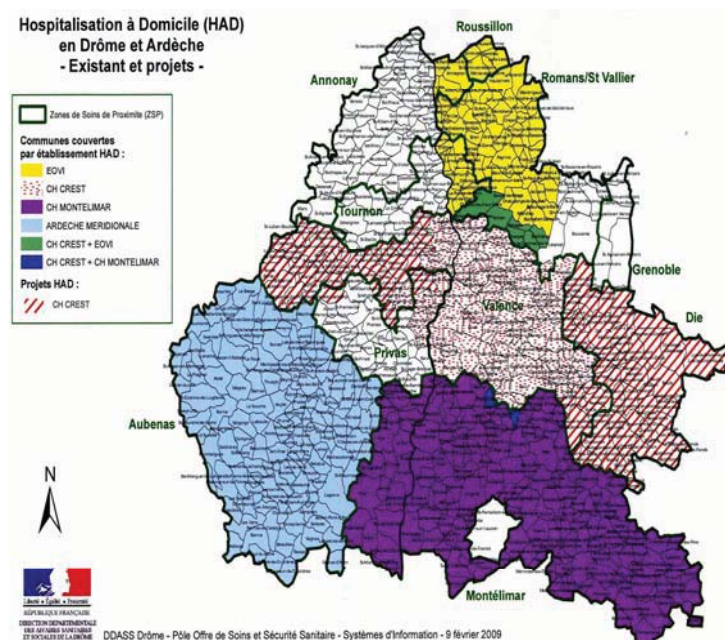
[248] Ce service s'est créé à partir du centre hospitalier de Crest. Il a largement contribué à en assurer la pérennité, un instant menacée à la fin des années quatre-vingt-dix. Il se développe aujourd'hui dans le Valentinois et en Ardèche, avec une forte proportion de son activité consacrée aux soins palliatifs.

1. STRUCTURATION JURIDIQUE ET ORGANISATION GENERALE

1.1. Brève histoire de l'HAD de Crest

[249] Le centre hospitalier de Crest est un petit établissement public, situé à une trentaine de kilomètres de Valence. Dans le milieu des années quatre-vingt-dix, le maintien de cet établissement, au moins en tant que centre hospitalier de court séjour était en balance. Un accord intervint au terme duquel le centre hospitalier de Valence se concentra sur le plateau technique.

[250] Dans le même temps, le centre hospitalier de Crest, qui possédait un SSIAD, créait une hospitalisation à domicile. Celle-ci fut autorisée pour 6 places par délibération de la commission exécutive de l'ARH en date du 21 mars 1997. En réalité, le véritable départ date de juillet 2004, lorsqu'un financement est mis en place et un médecin recruté. Face à la montée en charge rapide, l'établissement demande une extension de sa capacité et de sa zone d'intervention en octobre 2004 (manifestement des files d'attente existaient dès le début de l'activité). Le 2 mars 2005, l'ARH retient une augmentation de capacité de 24 places soit un total de trente places pour une zone géographique de 218 000 habitants incluant Valence et débordant légèrement sur l'Ardèche.



Source : DDASS Drôme

¹⁵ La mission a rencontré le 25 mai 2010 dans les locaux de l'antenne de Valence de l'HAD de CREST, les personnes suivantes : Dr Florence TARPIN-LYONNET, Chef du pôle des activités de soins et d'hospitalisation à domicile ; Dr Guy NICOD, médecin DIM ; Jean-Claude BRUGERE, DSIRMT ; Marie-Hélène FOUQUE, Cadre de santé HAD ; Roselyne MONTEL, Attachée d'administration ; Laurence BRIANCON, Responsable des finances ; Jocelyne BOMPARD ; Responsable DRH, Vincent BERTEMES, Ingénieur qualité.

- [251] Le centre hospitalier de Crest a introduit une nouvelle demande d'extension, le 27 octobre 2008, en vue :
- [252] 1- d'étendre la zone d'intervention du service sur les cantons :
- du Cheylard, de Saint Martin de Valamas, et, de Vernoux-en-Vivaraïs, en Ardèche ;
 - de Die, Lu –en Diois et Chatillon en Diois dans la Drôme.
- [253] 2- De mettre en place trois antennes, pour assurer la coordination des prestations de soins et des personnels renforçant ainsi le maillage de la zone d'intervention :
- l'une au sein de l'hôpital local du Cheylard, pour desservir les secteurs du Cheylard et de Saint Martin de Valamas ;
 - une autre au sein du centre hospitalier de Die pour desservir les secteurs de Die, Luc en Diois et Chatillon en Diois ;
 - une antenne de coordination dans l'agglomération de Valence avec création d'une pharmacie à usage interne, la majorité des patients pris en charge par le service d'hospitalisation à domicile provenant du secteur de Valence ; cette antenne dessert également Vernoux en Vivaraïs de l'autre côté du Rhône.
- [254] Cette demande s'inscrit dans la logique des annexes opposables du SROS-III de la région Rhône-Alpes qui préconisent l'extension de l'HAD polyvalente du centre hospitalier de Crest pour la zone de soins de proximité de Valence. L'implantation aux Adréats en périphérie de Valence permet d'améliorer la réactivité des prises en charge et la coopération avec les principaux établissements de santé avec mise en place d'un circuit du médicament adapté.

1.2. L'HAD de Crest a largement développé son partenariat

- [255] Elle a développé un partenariat avec les autres catégories institutionnelles, comme le montre le tableau suivant :

| ACTEURS LIBERAUX (2008) | nombre | % |
|------------------------------------|---------------|----------|
| Médecins généralistes | 145 | 29,29 |
| Infirmiers libéraux | 250 | 50,51 |
| Kinésithérapeutes | 77 | 15,56 |
| Orthophonistes | 11 | 2,22 |
| Sages-Femmes | 10 | 2,02 |

Source : CH de CREST

- [256] Elle adhère au réseau de périnatalité « AURORE ».
- [257] L'HAD a aussi noué des relations avec un nombre important de professionnels de ville, réussissant ainsi à surmonter le doute initial de ses partenaires. En 2008, l'HAD co-intervenait avec 145 médecins généralistes et avait recours à 250 infirmiers libéraux 77 kinésithérapeutes 11 orthophonistes et 10 sages-femmes.
- [258] Un travail plus particulier s'effectue avec les associations suivantes :
- [259] - la Ligue contre le cancer dont le siège dans la Drôme est 9, rue du Lycée à Valence ;
- [260] - l'association « Jumeaux et plus » dont le siège est à Saint Péray en Ardèche.

1.3. Coûts et moyens de l'hospitalisation à domicile

- [261] L'établissement a fourni quelques éléments de coût relatifs au personnel, mais pas une comptabilité analytique complète d'exploitation de l'HAD.
- [262] Le budget du centre hospitalier reste excédentaire en 2007, 2008, 2009. Les charges progressent de 14 782 749 euros en 2007 à 17 037 568 euros en 2009 ; les produits passent de 15 358 809 euros en 2007 à 17 142 890 euros en 2009 ; le résultat d'exploitation diminue de 576 060 à 105 322 euros.
- [263] Au 31 décembre 2009, l'HAD de Crest employait au titre du personnel salarié, 2,80 ETP de médecins, 1,4 de pharmaciens, 9,55 d'infirmiers, 1 aide soignante, 0,50 ETP de psychologue, 5,70 autres personnels médicaux, paramédicaux ou soignants dont les cadres de santé et 2 ETP de personnels administratifs.
- [264] Mais le recours à des personnels libéraux représentait une part déterminante des dépenses de l'HAD, qui rémunère les interventions de 281 infirmiers libéraux, 83 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, 16 sages femmes, 2 ergothérapeutes et 10 orthophonistes. Cette structure des frais de main d'œuvre se confirme avec les créations d'antennes qui rend plus nécessaire encore le recours aux libéraux pour assurer la présence sur place.

2. UN DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE LARGEMENT DOMINE PAR L'ORIENTATION EN SOINS PALLIATIFS DANS LE CADRE DE PROCEDURES HOSPITALIERES DE QUALITE ET DE SECURITE

2.1. Une forte progression d'activité dans laquelle les soins palliatifs représentent une partie très importante

- [265] Après avoir vu son départ retardé, l'HAD de Crest connaît une forte progression dans la période récente. De 2007 à 2009, le nombre de journées prises en charge a augmenté de 14,61%, celui des séquences complètes de 31,61%, et le nombre de séjours complets de 16,62%.
- [266] Le case-mix pour l'année 2009 fait apparaître l'importance du mode de prise en charge principal en soins palliatifs qui représente 34,9% du total valorisé. Les soins de nursing lourds représentent 21% de ce total ; la nutrition parentérale 10,6% et les pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés) 9,2%.
- [267] On relèvera que :
- [268] - 10,7% des journées de présence relèvent du mode de prise en charge principal – Soins palliatifs sans protocole associé – tandis que 6,2% des journées de présence relèvent du mode de prise en charge – Soins palliatifs associé à la prise en charge de la douleur – et 6,2% relèvent des soins palliatifs associés à la prise en charge psychologique ou sociale.
- [269] - 2,7% des journées relèvent des soins de nursing lourds avec pansements complexes et 2,6% des pansements complexes avec nursing lourd.
- [270] La prise en charge en post partum a connu une forte progression en 2009. La demande provient essentiellement du Centre hospitalier de Valence ou des CHU environnants en vue de faciliter des sorties précoces de maternité. Il s'agit essentiellement de post partum physiologiques (éventuellement avec éducation du patient et de son entourage). Cette activité pose problème au regard de la prise en charge en HAD. Bien que la plupart des parties prenantes conviennent que l'HAD n'est pas le support le plus adapté de ce type d'action, elle ne s'en est pas moins fortement accrue en 2009.

- [271] Si la cancérologie représente 50% de l'activité totale, c'est en grande partie aux soins palliatifs qu'elle le doit. La chimiothérapie représente une part très faible d'activité, concurrencée par l'hospitalisation de jour du centre hospitalier de Valence bien que celui-ci ait été confronté à des problèmes de recrutements médicaux.
- [272] Enfin, le positionnement de l'activité de l'HAD de Crest est signé par le fait que la deuxième association la plus fréquente de modes de prise en charge concerne les soins de nursing lourds avec rééducation neurologique.

2.2. Des procédures hospitalières de sécurité et de qualité utilisées ou transposées

- [273] La permanence des soins est ainsi assurée :
- une infirmière hospitalière est d'astreinte vingt-quatre heures sur vingt-quatre ;
 - un médecin coordonnateur est d'astreinte téléphonique ;
 - il existe toujours un médecin d'astreinte opérationnelle de sécurité.
- [274] Les médecins généralistes qui le souhaitent peuvent participer à la permanence des soins pour leurs malades.
- [275] Il existe un dossier du patient informatisé qui est transmis au SAMU en cas de ré hospitalisation en urgence. Toutefois, il semble que le nombre d'occurrences soit faible.
- [276] L'approvisionnement en médicaments et en dispositifs médicaux s'effectue essentiellement par l'une ou l'autre des deux pharmacies à usage intérieur (PUI) du service d'HAD (une pharmacie à usage intérieur vient en effet d'être créée à l'antenne de Valence).
- [277] Par contre dans le cadre du développement des antennes rurales, l'HAD a eu recours aux pharmacies libérales en complément des PUI de l'hôpital local du Cheylard et de l'Hôpital de Die. A vrai dire, l'HAD de Crest avait largement anticipé sur les dispositions de la loi HPST.
- [278] De manière générale, l'HAD se rattache aux procédures et structures de qualité d'hygiène et de sécurité du centre hospitalier de Crest (vigilances, lutte contre les infections nosocomiales, bon usage du médicament). Le CH de Crest a été accrédité en Mai 2004 avant la mise en place effective de l'HAD et a été certifié (V2) en 2008.

+++++

- [279] L'hospitalisation à domicile de Crest a rapidement conquis une aire et un champ d'activité non seulement dans le Valentinois et le Diois mais encore dans la partie médiane de l'Ardèche remplissant utilement un créneau jusque là non couvert par des services d'HAD.
- [280] Le centre hospitalier de Crest figure dans la liste des 124 participants de la campagne « 100 pôles d'excellence » lancée par l'ANAP en 2010.
- [281] L'HAD de Crest a manifestement atteint la taille critique et la maturité pour bien fonctionner en dépit de l'étendue de son territoire. Sans doute la prise en charge du pot partum physiologique devrait il dans l'avenir, trouver un autre support. La chimiothérapie demeure largement en suspens compte tenu de la présence de l'hospitalisation de jour.
- [282] L'HAD rend un service appréciable (et ciblé par rapport à l'activité des SSIAD), en particulier aux populations vivant dans les écarts.

L'HAD 74¹⁶

1. CARACTERISTIQUES GENERALES

[283] L'HAD 74 est une structure HAD, autonome, sous statut juridique d'établissement privé à but commercial. Au départ en 2004, elle disposait de 26 places et intervenait sur l'agglomération d'Annecy, (140 000 habitants). En 2006, elle a bénéficié de 19 places supplémentaires à travers une extension de son territoire d'intervention. En 2010, elle dispose d'une autorisation de 45 places et couvre désormais toute la zone du sud de la Haute-Savoie (253 000 habitants répartis dans 125 communes). Sur ce territoire, elle est en concurrence avec l'HAD du Centre Hospitalier Régional d'Annecy (CHRA). Cette situation pose problème car, dans le même temps, certaines zones du département ne sont pas desservies de manière satisfaisante

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité et principaux modes de prise en charge*

[284] L'HAD 74 est une HAD « généraliste », avec une tendance à s'orienter vers les prises en charge de patients en fin de vie. Son développement s'est ralenti puis s'est arrêté du fait de la montée en régime de l'HAD du CHRA. Depuis 2009, l'activité est orientée à la baisse ; les premiers mois de l'année 2010 se situant dans le prolongement de 2009.

Tableau 11 : Evolution de l'activité

| | Année 2007 | Année 2008 | Année 2009 | Variation 2007 2009 (%) |
|---|------------|------------|------------|----------------------------|
| Nombre de journées prises en charge | 14985 | 15791 | 15071 | 0.57 |
| Nombre de séquences complètes | 1000 | 939 | 868 | - 13.2 |
| Nombres de séjours complets | 287 | 234 | 250 | - 12.9 |
| Nombre de patients | 196 | 165 | 165 | -15.8 |
| Durée moyenne des séquences complètes | 14.98 | 15.78 | 18.13 | 21.03 |
| Durée moyenne des séjours complets | 47.12 | 64.23 | 59.38 | 26.02 |
| Nombre moyen de séjours par patient (séjours complets et incomplets) | 1.66 | 1.68 | 1.75 | 5.42 |

Source : HAD 74

¹⁶ Visite du 27 mai 2010 ; entretiens avec M Pierre Boldini, directeur, Dr Claude Novel médecin coordonnateur, Madame Solange Riffart DRH infirmière coordonnatrice, Madame Fabienne Vendetti infirmière coordonnatrice et Madame Brigitte Lanternier pharmacienne.

2.2. Analyse du case mix et des caractéristiques de la population prise en charge

[285] L'analyse du case mix fait apparaître une absence d'activité obstétricale et la part importante que prennent les activités de soins palliatifs.

Tableau 12 : Répartition de l'activité par grands domaines d'activité et différents modes de prise en charge principaux (année 2009)

| | Nombre de journées | Poids en % des journées totales | DMS MPC constant |
|--|--------------------|---------------------------------|------------------|
| Soins techniques de cancérologie | | | |
| 05- Chimiothérapie anticancéreuse | 2 | / | NC |
| 13 - Surveillance post chimiothérapique | 31 | 0.2 | 24 |
| 17 - Radiothérapie | | | |
| 04 - Soins palliatifs | 3669 | 24.4 | 34.9 |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle | | | |
| 02- Nutrition parentérale | 371 | 2.4 | 3 |
| 06- Nutrition entérale | 640 | 4.2 | 63.5 |
| 01 - Assistance respiratoire | 1230 | 8.2 | 31.1 |
| 03- Traitement intraveineux | 1173 | 7.8 | 16.8 |
| 09- Pansements complexes et soins spécifiques | 5086 | 33.7 | 38.7 |
| Rééducation réadaptation –éducation | | | |
| 11- Rééducation orthopédique | 60 | 0.4 | 53 |
| 14 - Soins de nursing lourds | 1573 | 10.4 | 36.2 |
| Autres motifs | | | |
| 08- Autres traitements | 581 | 3.9 | 13.8 |
| 10- Post traitement chirurgical | 529 | 3.5 | 21 |
| 07- Prise en charge de la douleur | 126 | 0.9 | 10.3 |
| TOTAL | 15071 | 100 | 29.7 |

Source : HAD 74

[286] La population prise en charge est relativement âgée (âge moyen de 66 ans) et comprend une part significative des plus de 70 ans (54,11%). De ce fait, l'indice de Karnovsky traduit un relativement haut niveau de dépendance. Les patients plus jeunes relèvent souvent de cancérologie. Dans la dernière période cette évolution s'est accentuée, traduisant probablement une certaine difficulté à organiser la complémentarité avec le CHRA.

Tableau 13 : Distribution des valeurs de l'indice de Karnofsky

| Indice de Karnofsky | Nombre de journées de présence | % des journées |
|---------------------|--------------------------------|----------------|
| IK 20% | 240 | 1,6 |
| IK 30% | 5 946 | 39,5 |
| IK 40% | 7 477 | 49,6 |
| IK 50% | 1 116 | 7,4 |
| IK 60% | 292 | 1,9 |
| Total | 15 071 | 100,0 |

Source : HAD 74

2.3. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et place de l'HAD dans les parcours de soins*

[287] L'HAD 74 a développé un partenariat formalisé avec l'ensemble des prescripteurs potentiels, établissements et professionnels de santé. Des conventions ont été passées avec tous les établissements de santé (MCO, SSR) et médico-sociaux (SSIAD, EPHAD...). Jusqu'à ce qu'il crée sa propre structure d'HAD, le CHRA a été un partenaire important pour l'HAD 74, à hauteur de 43% de l'activité. Actuellement il génère moins de 15% des séjours (voir tableau). En ce qui concerne les réseaux, une convention existe avec le réseau diabète, une autre avec un réseau de soins palliatifs de la vallée de l'Arve voisine, et une dernière plus récente avec ONCO LEMAN, nouveau réseau de cancérologie. De très nombreuses conventions ont été signées avec les différentes catégories de professionnels de santé de ville (médecins, sages-femmes, infirmiers, kinés mais aussi pharmaciens).

[288] Mais, dans les faits les relations avec ces partenaires n'ont pas conduit à modifier les flux de patients dont l'origine reste principalement hospitalière, publique et privée. C'est notamment le cas des EPHAD qui font peu appel jusqu'à présent à l'HAD 74, mais cela reste dans la moyenne nationale.

[289] L'HAD 74 joue un rôle d'alternative à l'hospitalisation traditionnelle, principalement en aval des établissements hospitaliers et dans une moindre mesure en provenance de la médecine de ville. Si on analyse l'origine des prescripteurs, on constate que l'apport des médecins spécialistes hospitaliers (10%) ou installés en ville (60%) est fortement prédominant par rapport aux médecins généralistes (30%), même si de plus en plus des médecins généralistes font appel à l'HAD lorsque la situation de leurs patients s'aggrave. On retrouve ce lien privilégié avec les établissements de santé au niveau des sorties d'HAD : une majorité des sorties se fait par ré-hospitalisation (60%), une part significative par décès (21%), les autres patients restant à domicile (14%) ou sont pris en charge en EPHAD (5%).

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Organisation et activités médicales et paramédicales*

[290] Le médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical de l'HAD 74. Il est joignable sur son portable 24 h sur 24 h. En aucun cas, il n'a un rôle de médecin prescripteur. Il veille à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux patients et à la bonne transmission des informations médicales nécessaires à la continuité des soins. Il est responsable du PMSI et fait office de médecin DIM. Il donne son avis au responsable de l'HAD 74 avant toute admission ou décision de sortie d'un patient.

[291] Le médecin traitant, qu'il soit ou non prescripteur, est le pivot de la prise en charge du patient, et il est responsable du suivi du malade sur la base du protocole de soins établi, et qu'il a accepté. Il est invité à signer une convention ainsi qu'une lettre de mission avec l'HAD. Le médecin traitant passe en moyenne une fois par semaine, plus en cas de périodes critiques, moins quand il s'agit d'un patient « stabilisé ».

[292] L'HAD 74 a fait le choix de recruter des infirmières salariées pour assurer l'essentiel (90%) des interventions paramédicales. Les intervenants libéraux interviennent de manière résiduelle, mais ils ont leur limite de disponibilité. Ce choix est justifié par le fait que les temps de soins requis ne sont pas véritablement compatibles avec la disponibilité et les conditions de rémunérations des infirmières libérales. Les infirmières passent 2 fois au minimum par jour et au maximum jusqu'à 5 fois. Le temps de soins est d'environ 2 heures 45.

[293] Deux réunions de coordination pluridisciplinaires rassemblant l'ensemble des professionnels de santé sont organisées chaque semaine.

3.2. *Continuité et permanence des soins (PDS)*

[294] L'HAD 74 assure la continuité des soins, 7 jours sur 7, et 24 heures sur 24. Les soins d'urgence sont ainsi assurés 24h sur 24. Les soins sont programmés de 07h à 22h. Le service de nuit consiste en une astreinte à domicile, de 22h à 07h du matin assurée par une infirmière de l'HAD 74, qui peut intervenir au domicile si elle est appelée, et qui peut demander le concours du généraliste ou/et du service d'urgence, et surtout de SOS médecins.

3.3. *Médicament, dispositifs médicaux et matériels*

Médicaments

[295] Le choix a été fait de mettre en place une PUI pour des raisons de souplesse et de réactivité. La pharmacienne de la structure délivre nominativement pour une semaine renouvelable les traitements prescrits par les médecins. Le livret thérapeutique a été élaboré et validé par le COMEDIMS ; il est disponible au domicile de chaque patient dans chaque caisse. La pharmacie est chargée du suivi des ordonnances : son personnel et les infirmières coordonatrices sont amenés à contacter le médecin traitant pour d'éventuels renouvellements. Le CBUM a été signé.

[296] Tous les soins infirmiers sont dispensés à l'aide de matériel à usage unique, et en particulier de sets de soins dont il existe plusieurs compositions : set de pansement, de sondage, de perfusion. Les dispositifs médicaux stériles et les produits qui sont indispensables aux divers soins et traitements (seringues, aiguilles, perfuseurs, sondes, désinfectants, alimentation parentérale...) sont stockés dans la pharmacie à usage intérieur de l'HAD 74, sous la responsabilité de la pharmacienne.

Dispositif médicaux

[297] La gestion quotidienne des dispositifs médicaux est assurée par une préparatrice en pharmacie, qui est chargée de la confection des conteneurs de matériels destinés aux patients. Un protocole définit les conditions de conservation et l'évaluation régulière de l'état du stock.

Conteneur de matériel

[298] Lors de l'admission, un conteneur avec le matériel d'examen médical est déposé au domicile du patient. Afin de faciliter l'exercice professionnel des infirmières salariées et libérales, l'HAD 74 met en place un service de livraison à domicile des consommables médicaux nécessaires pour des soins d'une semaine en fonction du protocole ; l'adéquation de la liste et des besoins est réalisée toutes les semaines par l'infirmière soignante. La livraison au domicile est effectuée par le personnel de la structure, selon un planning préétabli. Les livraisons de matériel consommable et des traitements sont assurées par l'infirmière salariée soignante elle-même.

Matériel d'hospitalisation :

[299] L'infirmière coordonnatrice, à l'occasion de ses visites à domicile ou sur demande du personnel soignant, réévalue périodiquement les besoins en matériel et fait procéder à la livraison des matériels devenus nécessaires. Le matériel est loué la plupart du temps et le service s'équipe du matériel le plus simple.

Gestion des déchets hospitaliers :

[300] Les déchets hospitaliers sont isolés au domicile du patient en cartons étanches, et collectés par le personnel de l'HAD, qui les ramène au local à déchets de la structure, où une société spécialisée et agréé pour le traitement des déchets à risque, les récupère régulièrement.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION, POLITIQUE DE QUALITE, FORMATION

[301] L'HAD 74 a été accréditée (V1) en mars 2007. Au moment du passage de la mission, une visite de certification V2 était programmée en mai 2010. L'HAD 74 a mise en œuvre une politique active de qualité notamment en matière d'élaboration et de mise en œuvre de protocoles (par exemple pour la gestion de la douleur) de lutte contre les infections nosocomiales et de relations avec les usagers (suivi des plaintes, réalisation d'enquêtes de satisfaction). Une procédure formalisée de sécurisation du circuit du médicament a été mise en place. Il existe un plan de formation en direction des professionnels de santé qui a été mis en place et comporte des actions concernant l'évaluation de la douleur, la gestion de la douleur, à l'utilisation de la PCA (patient controlled analgesy), à l'alimentation parentérale, à la gestion des insuffisants respiratoires, aux soins palliatifs. Un axe prioritaire de la politique qualité est la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles, avec notamment la mise en place des Revues Mortalité Morbidité.

5. GESTION ECONOMIQUE ET FINANCIERE

[302] A fin 2009, en plus du médecin coordonateur, l'HAD 74 employait 1 pharmacien, 1 préparateur en pharmacie, 29 infirmiers, 18 aides soignants, 5 personnels para médicaux et 10 personnels administratifs ouvriers et techniques. Ces équipes mettaient en œuvre un service d'HAD à un niveau correspondant à plus de 80% de la capacité théorique.

[303] La situation économique de l'HAD 74 a connu une forte dégradation dans l'année 2008 et au début 2009 au moment où l'arrêt de la croissance de l'activité (due dans une large mesure à la montée en régime de l'HAD du CHRA) a déséquilibré l'exploitation. Après une réduction significative des charges suite au licenciement économique de 9 salariés, l'activité s'est améliorée dans l'année 2009 confortant ainsi la structure financière. Sur l'automne, l'activité a rattrapé un peu le retard.

[304] Au moment où est intervenue la mission, la DRSM Rhône Alpes avait démarré un contrôle sur la facturation. Au terme du contrôle sur place, la DRSM a considéré qu'une part des opérations n'avait pas été imputée conformément aux critères qui doivent être utilisés en application du guide méthodologique (circulaire de décembre 2000). Sur les 43 dossiers, de nombreuses difficultés sont apparues concernant l'assistance respiratoire, les traitements intraveineux, la chimiothérapie, les soins de nursing lourd, les soins palliatifs et la documentation des changements d'indice de Karnovsky. Après le contrôle, l'HAD 74 s'est conformée aux observations de la DRSM et a modifié ces modes d'imputation. Au moment où est intervenue la mission, les suites du contrôle étaient en cours d'instruction dans le réseau Assurance Maladie.

6. CONCLUSION

[305] Dans le territoire de santé où elle intervient, l'HAD 74 a pris une place significative dans l'offre de soin à domicile et elle fonctionne avec un haut niveau de service. L'HAD 74 souhaite renforcer le partenariat avec le Centre Léon Bérard et le CHU de Grenoble et développer son activité en matière pédiatrique et pour la prise en charge des AVC. Mais les perspectives de croissance de l'activité seraient plus importantes si était améliorée la complémentarité avec le CHRA et/ou était étendue la zone d'intervention. Il serait souhaitable que l'ensemble des questions d'évolution de l'HAD sur le territoire de santé soit réexaminé par l'ARS dans le cadre de notamment de la préparation du SROS et de la négociation des CPOM qui suivra.

L'HAD du Centre hospitalier de la région d'Annecy (CHRA)¹⁷

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. *Elément sur le statut et le territoire d'intervention*

[306] L'HAD du Centre hospitalier de la région d'Annecy (CHRA) est, comme son nom l'indique, une structure rattachée à cet établissement. Envisagée dès 1994, la création d'une structure d'HAD n'a finalement été mise œuvre qu'en 2006, après une longue période où le CHRA avait développé des prises en charge à domicile (notamment pour la chimiothérapie) dans le cadre d'un réseau de santé financé sur la DRDR (ex FIQCS) : réseau Proxi Santé et Soins 74.

[307] La création de l'HAD s'est faite dans un partenariat étroit avec les autres hôpitaux publics du département. Ce partenariat s'est traduit par la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) dénommé « Les hôpitaux publics à votre domicile » et qui a été constitué par différents établissements : outre le CHRA, les Hôpitaux du Pays du Mont Blanc, l'Hôpital Intercommunal Sud Léman Valserine, le Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville et les Hôpitaux du Léman. Il s'agissait de garantir une couverture intégrale du département en HAD et aussi de mutualiser des fonctions supports de l'activité à domicile tels que la permanence des soins, les démarches et outils de promotion de la qualité, la formation des professionnels et la mutualisation des ressources logistiques.

[308] Sur la base de cette démarche, l'ARH a autorisé en juillet 2007 les cinq établissements fondateurs du GCS à mettre en œuvre une activité d'HAD dans la limite d'un total de 130 places dont 30 places pour le CHRA. La zone d'intervention de ce dernier est la zone de soins de proximité n° 42 (Annecy) qui comprend 113 communes et environ 250 000 habitants. Sur ce territoire, l'HAD du CHRA est en concurrence avec l'HAD 74, HAD privée, qui avait été autorisée en 2004. Cette situation a certainement fragilisé l'HAD 74, d'autant plus qu'il n'y a pas eu recherche de complémentarité entre les deux structures.

1.2. *Partenariat avec les autres composantes de l'offre de soins*

1.2.1. **Partenariat avec les établissements hospitaliers**

[309] L'HAD du Centre Hospitalier de la région d'Annecy travaille en partenariat avec différentes structures d'hospitalisation publique et privées et notamment les CHU de la région (Grenoble et Lyon), le centre Léon Bérard (centre régional de lutte contre le cancer), les hôpitaux des villes limitrophes (Chambéry et Rumilly) et les cliniques privées du secteur (clinique d'Argonay et clinique Générale).

¹⁷ Visite du 26 mai 2010 : entretiens avec Madame Anne Marie Fabretti, directrice des réseaux et de la qualité du CHRA, les Dr Hélène Creton et Cyril Picard médecins coordonnateurs et Madame Murielle Dommange cadre de santé

1.2.2. Partenariat avec les professionnels libéraux

[310] En début d'année 2010, 219 conventions sont signées avec des professionnels de santé libéraux non médecins, (essentiellement des infirmières, mais aussi 66 avec des masseurs kinésithérapeutes, 4 orthophonistes, 2 pédicures-podologues), 85 conventions l'ont été avec des médecins libéraux et 14 avec des laboratoires d'analyses médicales.

[311] En effet dès sa création, l'HAD a fait le choix de réaliser ses activités en s'appuyant le plus possible sur les infirmières libérales. Elle recourt à d'autres professionnels paramédicaux libéraux tels que kinésithérapeutes, orthophonistes ou des pédicures-podologues. Le service d'HAD travaille également avec les laboratoires d'analyses médicales de ville. Avec les médecins libéraux, les relations ont été au départ plus limitées mais la connaissance du dispositif par les médecins libéraux, initialement faible, est en progression. Une présentation du service d'HAD du CHRA a été proposée aux médecins généralistes du territoire d'intervention de l'HAD le 18 juin 2009.

1.2.3. Partenariat avec les EPHAD, les autres structures du médico-social et les réseaux

[312] Des conventions sont signées avec 12 EHPAD et elles se traduisent concrètement par des prises en charge des patients pour des soins palliatifs dans ces établissements. L'HAD intervient également conjointement avec le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) le Fil d'Ariane. Un projet de convention avec cette structure est en cours d'élaboration. Le principal réseau partenaire est le réseau régional de cancérologie ONCORA qui couvre la région Rhône-Alpes. Mais L'HAD du CHRA travaille aussi en collaboration avec le réseau de proximité ONCOLEMAN, implanté en Haute-Savoie, qui propose une prise en charge globale médico-psycho-socio-environnementale au domicile des patients.

2. ACTIVITES

2.1. Approche globale de l'activité

[313] L'activité de l'HAD du CHRA a démarré en mai 2008. Elle connaît une montée en charge progressive. La capacité totale de 30 places n'a pas été atteinte en 2009 mais elle devrait l'être à brève échéance.

Tableau 14 : Indicateurs d'activité

| | Année 2008 | Année 2009 | Variation 2007 2009 (%) |
|--|------------|------------|----------------------------|
| Nombre de journées prises en charge | 1830 | 5748 | 214,1% |
| Nombres de séjours complets | 63 | 245 | 288,9% |
| Nombre de patients | 45 | 116 | 157,8% |
| Durée moyenne des séjours complets | 35,03 | 23,11 | -34,0% |

Source : Données CHRA

[314] En 2009, l'âge moyen des patients pris en charge en HAD est de 67 ans, 50% des patients ont plus de 75 ans et 20% ont moins de 60 ans. Pour le premier quadrimestre 2010, l'âge moyen tend vers 75 ans. Le niveau de dépendance évalué par la grille AVQ est relativement élevé : 20% des patients sont complètement dépendants pour les actes de la vie quotidienne.

2.2. Analyse du case mix

[315] Comme le font paraître les données du tableau ci-dessous, l'HAD, du CHRA qui ne met pas en œuvre d'activité en matière de périnatalité, a une orientation plutôt marquée sur la cancérologie et de fait surtout sur la prise en soins palliatifs des patients des services de cancérologie.

Tableau 15 : Répartition de l'activité par grands domaines d'activité et différents modes de prise en charge principaux (année 2009 ou à défaut 2008)

| | Nombre de journées | Valorisation en euros | Poids en % des journées totales | Poids en % du total valorisé |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Soins techniques de cancérologie | | | | |
| 05- Chimiothérapie anti-cancéreuse | 245 | 42 413 | 4,3% | 3,4% |
| 13 - Surveillance post chimiothérapique | 314 | 41 278 | 5,5% | 3,3% |
| 04 - Soins palliatifs | 2070 | 534 535 | 36,0% | 42,5% |
| Assistance respiratoire ou nutritionnelle | | | | |
| 02- Nutrition parentérale | 510 | 102 137 | 8,9% | 8,1% |
| 06- Nutrition entérale | 293 | 59 828 | 5,1% | 4,8% |
| 01 - Assistance respiratoire | 354 | 105 896 | 6,2% | 8,4% |
| 03- Traitement intraveineux | 238 | 71 142 | 4,1% | 5,7% |
| 09- Pansements complexes et soins spécifiques | 603 | 108 939 | 10,5% | 8,7% |
| Rééducation réadaptation –éducation | | | | |
| 15- Education du patient /entourage | 114 | 7 258 | 2,0% | 0,6% |
| 11- Rééducation orthopédique | 125 | 16 626 | 2,2% | 1,3% |
| 12- Rééducation neurologique | 42 | 6 383 | 0,7% | 0,5% |
| 14 - Soins de nursing lourds | 432 | 70 495 | 7,5% | 5,6% |
| Autres motifs | | | | |
| 07- Prise en charge de la douleur | 401 | 90 550 | 7,0% | 7,2% |
| 24- Surveillance d'aplasie | 6 | 702 | 0,1% | 0,1% |
| TOTAL | 5747 | 1 258 182 | 100% | 100,0% |

Source : Données CHRA

2.3. Positionnement dans les parcours de soins

[316] Les patients proviennent essentiellement des services de court séjour et en particulier des services de cancérologie du CHRA (oncologie, hématologie, pneumologie et gastro-enterologie) et les entrées en HAD se font donc d'abord sur prescription de médecins hospitaliers. La place de la prescription par les médecins du service de cancérologie est en partie liée au fait que le premier médecin coordonateur exerçait également à mi-temps dans le service d'oncologie/hématologie du CHRA. Les médecins généralistes sont nettement moins prescripteurs (11%) ; les médecins spécialistes libéraux ne prescrivent pratiquement pas (moins de 1%).

[317] Si l'on considère le positionnement de l'HAD dans le parcours de soins des patients, il apparaît que l'HAD se situe d'abord en aval de l'hôpital. En effet une majorité des entrées en HAD se fait à partir de l'hôpital, (mais pas en provenance du service des urgences). C'est cohérent avec la place des prescripteurs hospitaliers, même si la part des malades en provenance de leur domicile (13,5%) a tendance à croître. Les modes de sorties prépondérants sont la fin du traitement (56%) et la ré-hospitalisation (25%) ou le décès à domicile 14%. La ré-hospitalisation recouvre l'aggravation de la situation du patient nécessitant une surveillance rapprochée ou le souhait de décéder à l'hôpital.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Organisation médicale et paramédicale*

3.1.1. Médecins coordonnateurs et médecins traitants

[318] L'HAD du CHRA emploie 2 médecins coordonnateurs (1 ETP) qui ont des liens étroits avec certains services de l'hôpital où ils participent aux réunions de staff. Un des médecins coordonnateurs partage son temps entre l'HAD et l'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière. Il est titulaire de la capacité de gériatrie suivie en 2007-2008 et le DU de plaie et cicatrisation en 2004-2005 suivis à l'Université Joseph Fourier de Grenoble. L'autre médecin travaille à mi-temps pour l'HAD et pour le reste de son temps dans l'unité de post-urgences médicales. Il est titulaire de la capacité douleur suivie en 2007-2008 dans la région Rhône-Alpes et a également une expérience en médecine physique et de réadaptation.

[319] Les protocoles médicaux initiaux sont établis par le médecin prescripteur de l'HAD. Le médecin coordonnateur intègre l'ordonnance au logiciel de prescription informatisée du CHRA PHARMA. Les visites de pré-admission se font où se trouve le patient (service hospitalier ou domicile) et le plus souvent possible en binôme (médecin coordonnateur/cadre ou médecin/assistante sociale ou cadre/assistante sociale). En fin d'hospitalisation, le jour de la sortie, un courrier résumant la prise en charge en HAD est adressé aux différents partenaires médicaux concernés.

[320] Le médecin traitant reste le référent médical du patient. Il assure le suivi au domicile et modifie les prescriptions en fonction de la symptomatologie. Il communique les changements thérapeutiques par fax ou par téléphone au médecin coordonnateur de l'HAD, qui effectue les corrections sur le logiciel de prescription. La convention avec le médecin traitant prévoit *a minima* un passage hebdomadaire. La fréquence de passage est plus importante en phase de prise en charge soutenue, notamment en fin de vie du patient. En cas d'indisponibilité du médecin traitant, le médecin coordonnateur se rend au chevet du patient et effectue lui-même les modifications thérapeutiques afin d'assurer une continuité des soins. Il en réfère au médecin traitant dans un second temps. Il arrive également que le médecin traitant demande au médecin coordonnateur de faire les adaptations thérapeutiques qui s'imposent notamment dans la prise en charge de la douleur et en fin de vie dans le maniement de molécules hospitalières. Pendant les astreintes, les médecins coordonnateurs prescrivent en fonction des informations données par l'infirmière d'astreinte et les données médicales du dossier. Les prescriptions sont notées par le médecin dans le dossier médical du patient n'ayant pas d'accès direct au logiciel Pharma.

3.1.2. Infirmières et aides soignantes

[321] Comme cela a été indiqué, le choix a été fait de privilégier le recours aux infirmières libérales. 128 infirmières interviennent pour l'HAD du CHRA. Dans la pratique, l'activité de l'HAD repose aussi sur des infirmières du CHRA (8 soit 7, 5 ETP). En effet la prise en charge libérale peut être difficile dans des zones géographiques plus éloignées, pour certaines pathologies et à certains moments. En raison de la difficulté à fonctionner de manière articulée avec les structures de SSIAD pour le recours aux aides soignantes. Il a été nécessaire de recruter 2 aides soignantes en 2009 puis 2 postes supplémentaires en 2010, soit un total de 4 ETP.

[322] Le nombre de passages est difficile à quantifier, et dépend de la prise en charge principale. Un binôme IDE/AS est constitué en phase de soins palliatifs. En fin de vie, le service peut organiser jusqu'à 8 passages par jour. Une information a été organisée en 2008 avec les infirmiers libéraux pour leur présenter le classeur « chevet » et son utilisation ; les transmissions écrites étant réglementaires et indispensables pour la traçabilité et le bon suivi du patient.

3.2. Procédures et outils de coordination, organisation de la permanence des soins

[323] Il existe une réunion de coordination pluridisciplinaire hebdomadaire, avec l'infirmière de coordination, la psychologue, l'assistante sociale, la secrétaire, le cadre de santé et le médecin coordinateur.

[324] Il existe un dossier patient au service d'HAD et un classeur « chevet » au domicile du patient. Dans le cadre du GCS « les hôpitaux publics à votre domicile », un logiciel commun, ANTHADINE a été choisi et déployé dans les 5 établissements publics de santé. Le dossier médical des patients est tenu à jour et accessible au médecin d'astreinte pour l'ensemble des structures d'HAD membres du GCS. De plus, pour les patients connus du CHRA, leur dossier se trouve dans l'outil informatique de l'hôpital (logiciel Orbis).

[325] La permanence est assurée la journée par les médecins traitants aux horaires d'ouverture de leurs cabinets et par les médecins coordinateurs des HAD. La permanence des soins se fait au sein du GCS « les hôpitaux publics à votre domicile ». Les infirmières peuvent contacter les médecins d'astreinte nuit et jour, 24h/24 et 7 jours sur 7.

[326] Deux niveaux d'astreinte sont organisés, pour répondre aux besoins la nuit, les samedis, dimanches et jours fériés:

- une astreinte médicale : astreinte téléphonique assurée à tour de rôle par l'ensemble des médecins coordonnateurs du GCS sur la base d'un planning mensuel ;
- une astreinte infirmière assurée par chaque HAD membre du GCS sur son secteur d'intervention. Pour le CHRA, les infirmières prennent une astreinte à leur domicile la nuit de 21 h à 7 h et se déplacent au domicile du patient si nécessaire.

[327] En période d'ouverture des cabinets, le médecin traitant est joint en première intention par les infirmières, le médecin coordinateur ou par le patient. En cas d'impossibilité d'agir, c'est le médecin coordinateur qui prend la décision médicale. Il en réfère dans un second temps au médecin traitant. Le médecin coordinateur sur les périodes d'ouverture des cabinets et sur accord du médecin traitant est dans la possibilité de se déplacer auprès du malade. En cas de danger immédiat c'est le SAMU-Centre 15 qui est déclenché.

3.3. Approvisionnement en médicament et dispositifs médicaux

[328] L'approvisionnement de la structure d'HAD en médicaments et dispositifs médicaux est identique à tout service du CHRA, les services dépendant de la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital. Le médecin prescrit sur l'outil informatique de l'hôpital. Si le produit ne figure pas sur le livret thérapeutique, il contacte le pharmacien par téléphone. La commande est directement traitée par la pharmacie. Elle est adressée dans les 24 heures au service d'HAD par TAL (transport automatisé lourd). En cas de commande urgente la livraison se fait par pneumatique après appel téléphonique à la pharmacie.

[329] En cas de changement de prescription, les infirmières commandent à la pharmacie ou effectuent un retour vers la pharmacie. Toutes les semaines un point commande est fait auprès du patient. Il consiste à voir quels sont les traitements consommés et quels sont les traitements à commander (surtout pour les prescriptions « si besoin » ou en « fonction de la douleur »). Cette pratique évite un amoncellement de traitements non utilisés au domicile. La délivrance du traitement est individualisée et hebdomadaire. Un logisticien livre les traitements une fois par semaine au domicile. Si des ajustements sont faits entre temps, l'infirmière, lors de son passage auprès du patient, fera la modification du pillulier pour la semaine, jusqu'au point commande suivant.

4. QUALITE

[330] La procédure de certification V2 a été mise en œuvre en mars 2009. Les démarches qualité sont intégrées dans celles du CHRA et notamment pour ce qui concerne la lutte contre les infections nosocomiales. C'est aussi le cas pour le suivi des plaintes et plus généralement pour le dispositif de suivi de la satisfaction des patients et/ou des aidants. L'exploitation des enquêtes 2009 (38 réponses sur 117 patients soit un taux de retour de 32.5%) fait apparaître un taux de satisfaction élevé des patients et de leur entourage que ce soit dans l'accueil, les relations avec les médecins, les soignants, l'organisation, l'apport du matériel (DM et pharmaceutique), les aides de l'assistante sociale et de la psychologue.

[331] Les professionnels sont associés à ces démarches notamment par la formation et par l'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi une EPP a débuté en 2009 en lien avec l'URCC afin de développer les chimiothérapies à domicile en utilisant la méthode AMDEC pour analyser chaque étape, de la prescription à l'administration du produit à domicile. Les soignants sont formés par les médecins coordonnateurs ou par des intervenants extérieurs à l'évaluation et la gestion de la douleur, la prévention et la prise en charge de l'escarre, l'évaluation nutritionnelle, la TPN, le TENS et la PCA.

5. ANALYSE ECONOMIQUE ET FINANCIERE

[332] L'HAD est gérée comme les autres pôles du CHRA donc sans identification d'un bilan propre, ce qui n'aurait pas de sens, mais à travers un compte d'exploitation de pôle dont les résultats pour 2009 font apparaître un léger excédent d'exploitation de 65 K€ (voir tableau ci-dessous).

Tableau 16 : Données d'exploitation exercice 2009 comparées HAD et CHRA dans son ensemble (K€)

| Charges HAD | Charges CHRA | Part HAD dans total CHRA | Produits HAD | Produits CHRA | Part HAD dans total CHRA |
|-------------|--------------|--------------------------|--------------|---------------|--------------------------|
| 1 229 | 206 919 | 0,5940% | 1 295 | 202 951 | 0,6385% |

Source : Données CHRA

Synthèse régionale Aquitaine ¹⁸

1. L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE

1.1. Les structures d'HAD

[333] Au 31/12/2009, l'Aquitaine comptait 15 structures autorisées qui mettaient en œuvre 494 places occupées. Au moment du passage de la mission (en juin 2010) seule l'HAD de Sarlat n'avait pas démarré son activité. A cette date, l'intégralité des territoires de santé de la région d'Aquitaine était en voie d'être totalement couverte. Des ouvertures de services ou antennes étaient en cours ou annoncées à brève échéance dans les rares territoires peu ou mal desservis tels que le nord de la Dordogne, le nord du département des Landes etc. Selon la typologie élaborée par les services de l'Assurance maladie¹⁹, les 15 structures d'HAD d'Aquitaine peuvent être regroupées en trois « familles » :

[334] - Des structures anciennes et qui mettent en œuvre un haut niveau d'activité telles que, par exemple, l'HAD Bagatelle, Santé Service Dax ou Santé Service Bayonne. Ces structures ont été autorisées depuis plus de trente ans et développent leur activité à un niveau conséquent (plus de 20 000 journées produites par an). Elles ont accéléré leur développement à partir de la mise en œuvre en 2005 de la nouvelle tarification notamment dans le domaine des soins palliatifs. Il faut toutefois noter que les données sur l'activité à 2005 sont limitées.

[335] -Des structures « hospitalo-centrées », c'est-à-dire intégrées dans un centre hospitalier (CH) et gérées comme une de ses composantes. Il s'agit par exemple de l'HAD du CH de Pau, celle du CH de Périgueux (voir fiche spécifique plus loin) et celle du CH de Bayonne. Ces structures ont en commun les conditions de leur création. Elles ont été créées à l'initiative d'un centre hospitalier (CH). Leur champ d'activité inclut des activités directement liées à celles de leur centre de rattachement (obstétrique à Bayonne pansements complexes à Pau et Périgueux). En sens inverse elles sont moins articulées avec les autres composantes de l'offre ambulatoire ou avec les structures du médico-social. Leur niveau d'activité est relativement faible : entre 2000 et 5000 journées en 2009.

[336] -Des structures en développement dont la création est relativement récente et s'inscrit dans le cadre de la politique menée par les autorités de tutelle. Il s'agit par exemple de l'HAD Hôpital Suburbain du Bouscat (PSPH), de l'HAD Hôpital de Langon (public), de l'HAD 47 Agen (privé), de l'HAD Marsan Adour à Mont de Marsan (privé) et de l'HAD de la Clinique Pasteur à Bergerac (privé). Ces structures mettent en œuvre une large gamme d'activité : pansements complexes, soins de nursing lourds, soins palliatifs, nutrition entérale et grossesse à risque. Elles se sont développées rapidement. Elles réalisaient en 2009 entre 7 000 et 16 500 journées /an à comparer aux 9 000 /10 000 évoquées dans certaines circulaires de la DHOS.

1.2. Les activités d'HAD

[337] En Aquitaine le montant des dépenses de l'Assurance Maladie pour l'HAD s'est élevée à 35,4 millions € en 2008 (soit 1,5% des dépenses de MCO dans la région), en augmentation de 73% par rapport à 2006.

¹⁸ Au cours du mois d'avril 2010, la mission s'est entretenue avec le Dr Alain Gracia directeur de l'ARH Aquitaine, Madame Corentine Neppel (CRAM), Dr Laura Fernandez (ARH) Madame Françoise Dubois (DRASS) et le Dr Dany Guerin Présidente de l'URML Aquitaine.

¹⁹ Note présentée à la COMEX de l'ARH Aquitaine le 1/12 /2009.

- [338] Le recours à l'HAD apprécié en nombre de journées se situe à 5777 pour 100 000 habitants en 2008, chiffre à comparer à une moyenne nationale de 4422. Cette moyenne recouvre des disparités importantes entre territoires : 2679 journées pour 100 000 habitants en Dordogne contre 8577 dans les Landes.
- [339] Sur l'ensemble de la région, l'activité HAD s'est développée rapidement ces dernières années. Le nombre de journées a atteint 180 223 en 2008 en augmentation de 22% entre 2006 et 2008.
- [340] En Aquitaine, les structures d'HAD interviennent au bénéfice d'une patientèle sensiblement plus âgée, et donc plus dépendante, que dans le reste du pays. La part des personnes âgées de plus de 75 ans prise en charge en HAD représente 36,7% des patients alors que la part moyenne nationale est de 22%. Par ailleurs 75% des patients (contre 69 au plan national) ont un indice de Karnosky inférieur à 50% et sont donc dans une situation de dépendance élevée.
- [341] Cette caractéristique se traduit par des durées moyennes de prise en charge sensiblement plus élevées en Aquitaine que dans le reste du pays : 29,9 jours en 2008 contre 23,2 jours au niveau national. Elle se reflète également dans la place de l'HAD dans les parcours de soins des patients qu'elle prend en charge. Les entrées en HAD se font davantage qu'au niveau national en provenance du domicile (46% contre 37,5% au niveau national) et inversement, moins qu'au niveau national, en provenance d'un établissement de santé (49% contre 61,5% au niveau national). On retrouve aussi au niveau des sorties l'impact de cette particularité en terme de patientèle : 29% des sorties d'HAD ont pour motif une ré-hospitalisation contre 23% au niveau national et 53% des patients retournent à domicile contre 63% au niveau national.
- [342] Les particularités de la région Aquitaine en matière de potentiel de prise en charge apparaissent nettement lorsqu'on examine la répartition entre les différentes catégories de prise en charge. Ainsi les soins de nursing lourds occupent une place sensiblement plus importante dans l'activité en Aquitaine que dans le reste du pays ; on constate une situation inverse s'agissant de la chimiothérapie et des prises en charges post partum (pathologique).

Tableau 17 : Répartition de l'activité entre les modes de prise en charge

| Mode de prise charge | | Part dans le total des journées produites en Aquitaine | Part dans le total des journées produites au niveau national |
|----------------------|--|--|--|
| 0909 09 | Pansements complexes | 22,8% | 18,8% |
| 04 | Soins palliatifs | 17,5% | 23,5% |
| 14 | Soins de nursing lourds | 14,8% | 9,0 |
| 06 | Nutrition entérale | 9,2% | 6,8% |
| 08 | Autres traitements | 8,2% | 3,8% |
| 03 | Traitement par voie intraveineuse | 4% | 5% |
| 01 | Assistance respiratoire | 3,7% | 4,2% |
| 19 | Surveillance de grossesse à risque | 3,3% | 2,4% |
| 02 | Nutrition parentérale | 3,3% | 3,8% |
| 15 | Education du patient et de son entourage | 3,2% | 1,9% |
| 10 | Post traitement chirurgical | 2,2% | 4% |
| 07 | Prise en charge de la douleur | 1,6% | 2,3% |
| 13 | Surveillance post chimiothérapique | 1,4% | 2,7% |
| 20 | Post partum physiologique | 1,3% | 1,4% |
| 12 | Rééducation neurologique | 1,3% | 1,8% |
| 11 | Rééducation orthopédique | 1,1% | 2,1% |
| 05 | Chimiothérapie | 0,6% | 2,7% |
| 21 | Post partum pathologique | 0,3% | 2,5% |
| 17 | Radiothérapie | 0,1% | 0,1% |

Source : Données PMSI tableaux MAT2A ATIH

2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE

[343] En Aquitaine, les autorités de tutelle, c'est-à-dire d'abord l'ARH mais aussi les services de l'Assurance Maladie (CRAM, DRSM et CPAM), ont défini et mis en œuvre une politique volontariste de soutien au développement de l'HAD.

2.1. *L'élaboration et mise en œuvre du SROS et la politique d'autorisation*

[344] A partir de 2004, la politique d'autorisation a été mise en œuvre sur la base d'un « état des lieux » qui comportait une évaluation précise des besoins et la définition d'objectifs de « maillage » du territoire. Une forte priorité a été donnée à la couverture des zones « blanches », c'est à dire dépourvue d'offre HAD. Pour faciliter l'étude des projets de développement et de création de services d'HAD, un guide méthodologique a été créé.

[345] Cette politique a été formalisée et affichée dans le SROS 3. Celui ci comportait un volet spécifique HAD qui avait été élaboré suite aux études effectuées par un groupe de travail qui rassemblait non seulement les autorités de tutelle mais aussi les représentants des structures HAD et les fédérations d'établissement. Le SROS 3 a fixé un objectif de 24 places pour 100 000 habitants à fin 2010, qui a été calculé sur la base d'une déclinaison mécanique de l'objectif national de 15 000 places d'HAD à cette même échéance.

[346] Le SROS comportait des objectifs pour l'extension de la couverture en services HAD : au moins un service HAD dans chaque territoire dits de « recours »²⁰, dans certains cas pour les territoires comportant deux pôles, deux services d'HAD et pour les territoires dits « intermédiaires » c'est-à-dire dans la zone frontière entre les territoires de recours, au minimum une antenne.

[347] Le volet HAD du SROS comportait aussi des indications précises sur les conditions d'amélioration de qualité des prises en charge en HAD (par exemple pour la coordination globale des acteurs et la continuité des prises en charge). Outre ce volet spécifique, le SROS comportait des orientations HAD dans les volets soins palliatifs et cancérologie. Au delà ces aspects quantitatifs, le SROS comportait aussi des orientations visant à mieux intégrer l'HAD dans les parcours de soins. Ainsi par exemple, il était recherché une articulation étroite avec l'offre SSR.

2.2. *Les démarches de contractualisation et d'accompagnement*

[348] L'ARH a négocié un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec toutes les structures HAD autonomes. Par ailleurs, tous les CH ainsi que la clinique privée de Bergerac qui disposaient d'un service HAD ont intégré des dispositions spécifiques pour ces services dans leur COM.

[349] Dans le cadre de la campagne budgétaire 2005, une aide au démarrage a été mise en place au bénéfice des structures autorisées. Elle a été financée par prélèvement sur les Dotations d'Aide à la Contractualisation (DAC). Quatre structures ont bénéficié chacune de 0,350 K€ permettant d'assurer le financement du médecin coordinateur, d'une IDE, de frais de fonctionnement, de la mise en place du PMSI et d'un montant d'investissement. En contrepartie les structures bénéficiaires se sont engagées à démarrer effectivement leur activité en 2006. L'ARH a financé aussi une expérimentation pour l'amélioration de la relation entre HAD et service d'urgence mais cette démarche n'a pas donné les résultats attendus et elle n'a pas été généralisée.

²⁰ Territoire de recours au sens territoire comportant un équipement hospitalier de type CHU ou CH

[350] Comme dans l'ensemble des régions, l'Assurance Maladie (AM) a mis en place une démarche d'accompagnement. Toutes les structures fonctionnant au 31/12/2007 ont été rencontrées par les équipes de la CRAM et de la DRSM entre avril et juin 2009. Pour préparer ces visites, les services de l'AM ont élaboré puis diffusé à chaque structure un « profil », sorte de tableau de bord permettant de positionner chaque structure par rapport à des références nationales ou régionales. Suite à ces visites, des axes d'améliorations ont été identifiées dans chaque structure. Ils ont donné lieu à l'envoi de courrier et à des réponses des structures. Suite aux décisions de la COMEX de l'ARH de fin 2009, les engagements pris par les structures ont été intégrés dans leur CPOM : 5 établissements avaient ainsi actualisé leur CPOM au début de l'année 2010.

Hôpital suburbain du Bouscat²¹

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. Statut et positionnement

[351] L'HAD a été créée en 2002 à la suite d'une restructuration générale de l'hôpital suburbain du Bouscat (HSB) : fermeture de l'activité de chirurgie (1/3 de l'activité d'alors), développement de la médecine et création d'alternatives à l'hospitalisation classique (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire et HAD). L'HAD s'inscrit, selon le projet d'établissement, dans la vocation d'hôpital de proximité de l'HSB, tout en répondant aux besoins identifiés dans le SROS. Ce projet met l'accent sur les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur et de la perte d'autonomie due à l'âge.

[352] En 2008, l'HAD a représenté environ 8% des séjours réalisés à l'HSB (60% en médecine et 30% pour l'ambulatoire et l'hôpital de jour) et 30% du nombre de journées d'activité de l'ensemble de l'établissement. La valorisation de ces séjours représente près de 20% de la valorisation totale T2A (2 millions d'€ sur 10). L'HSB entend encore accroître cette part dans les années à venir (cf. infra).

[353] L'HAD est considérée comme un service à part entière de l'hôpital. A ce titre, il bénéficie de l'ensemble des fonctions support (Direction, SI, services administratifs et financiers, PUI, logistique...) et une part de son équipe soignante exerce à temps partiel dans les autres services de l'HSB (médecins coordinateurs, assistantes sociales, psychologue, cadre de santé...).

1.2. Taille et couverture géographique

[354] 30 places ont été autorisées fin 2001 et ouvertes début 2002, sur un secteur géographique correspondant au nord de la communauté urbaine de Bordeaux (rive gauche) et au Sud du Médoc. Cette zone de couverture recoupe globalement la zone d'attraction de l'hôpital Suburbain du Bouscat (30km de rayon environ). Ce périmètre a été étendu, en 2004, au Médoc, pour l'équivalent de 15 places. Une antenne y a été créée, en partenariat avec la clinique mutualiste de Lesparre (mise à disposition de locaux) et l'activité y est en cours de développement. En 2008, les patients domiciliés à Bordeaux totalisaient 46% des journées réalisées.

[355] L'HSB est le seul à offrir un service d'HAD sur son territoire d'autorisation, sauf pour deux cantons de Bordeaux où l'hôpital de Bagatelle prend en charge l'obstétrique et la périnatalité. Après s'être longtemps ignorées, les deux HAD ont prévu de développer des coopérations.

²¹ Déplacement du 22 avril 2010. Rencontre avec M. Caillaud, Directeur de l'HSB ; Mme Rouxel, adjointe de direction ; le Dr Pinero, médecin coordonnateur ; le Dr Capdenat-Raymond, médecin DIM ; le Dr Pierre GERMAIN, Président de la CME ; Mmes Clemenceau et Barbe, infirmières coordinatrices ; Mme X, patiente ; ainsi que l'équipe paramédicale de l'HAD.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité et principaux modes de prise en charge*

[356] L'activité atteignait 9818 journées en 2009. Malgré une légère augmentation par rapport à 2007, ces chiffres sont nettement inférieurs aux capacités autorisées (équivalent de 26 places occupées contre 45 autorisées). Après une forte croissance au démarrage (7500 journées en 2005 et 9000 en 2007), l'HAD a connu une période de stagnation qui semble désormais révolue : l'activité serait en nette augmentation depuis un an (37 places occupées environ) grâce, d'une part, à l'arrivée d'un nouveau médecin coordinateur et, d'autre part, au démarrage de l'antenne du Médoc (6 patients pris en charge en avril 2010). Au moment de la visite de la mission, le nombre de patients pris en charge était de 48. L'HAD souhaite en accueillir encore davantage et compte, pour cela, communiquer en direction des prescripteurs (médecins libéraux, médecins hospitaliers...) avec, si possible, l'appui des acteurs institutionnels (ARS, FNEHAD...).

[357] Alors que l'autorisation date de 2004, l'antenne du Médoc n'est entrée en activité qu'au début de l'année 2010. L'HAD s'est en effet heurtée à des problèmes logistiques (éloignement du Bouscat) ainsi qu'aux réticences des personnels libéraux, en particulier les médecins. Il a également fallu adapter l'organisation médicale et paramédicale, l'activité dans le Médoc reposant principalement sur les infirmières libérales alors que seuls des salariés interviennent sur l'agglomération Bordelaise.

[358] Les « Pansements complexes », les « Soins palliatifs » et les « Soins de nursing lourds » constituent les 3 principaux modes de prise en charge (MPC). Leurs parts respectives ont connu des variations sensibles depuis la création de l'HAD. Ainsi, alors qu'il totalisait 30% de l'activité en 2007, le MPC principal « Soins palliatifs » n'en représentait plus que 11% en 2008 avant de remonter à 22% en 2009. Ces variations s'expliquent, selon les responsables de l'HAD, par des difficultés de codage ainsi que le souhait de « diversifier les activités ». Cette diversification constitue, en effet, un des axes principaux de l'avenant au CPOM signé en mars 2010 suite à la démarche d'accompagnement menée par l'assurance maladie.

[359] La DMS s'établit à 39.23 jours en 2009, en forte augmentation par rapport à 2008. Le nombre de séjours complets atteint 265, en forte baisse alors que le nombre de séquences complètes augmente très fortement. Ces variations s'expliqueraient par une réorientation de l'activité et l'évolution du profil des patients (cf. infra).

[360] La mission a pu passer en revue l'ensemble des patients et constater que, en première analyse, tous relevaient de l'HAD à quelques exceptions près, dues notamment à l'absence de relais pour leur sortie (absence de place en SSIAD notamment).

2.2. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins*

[361] Bien que rattachée, l'HAD est peu alimentée par l'hôpital du Bouscat. En 2008, moins de 8% des séjours complets étaient dus à des patients provenant de cet hôpital (en baisse par rapport à 2007). Selon les responsables de l'HSB, cette déconnexion s'expliquerait par la petite taille de l'hôpital ainsi que par le profil des malades, ceux-ci relevant principalement d'une prise en charge en SSIAD ou en ambulatoire.

[362] De fait, l'activité provient, pour l'essentiel, des établissements MCO de l'agglomération : CHU, Bergonié, Bordeaux Nord,... Malgré les souhaits du médecin coordinateur, le nombre de patients provenant des urgences est proche de zéro (la collaboration avec les urgences est considérée comme une priorité pour l'avenir).

- [363] Les médecins libéraux, quant à eux, ne réaliseraient qu'environ 10% des prescriptions, contre plus des deux tiers lors de la création de l'HAD (sur un petit volume d'activité). L'HAD souhaite développer ce flux via, notamment, une meilleure communication vers le monde libéral. A ce titre, l'HAD a noué des relations avec des réseaux thématiques (soins palliatifs, handicap, cancérologie...) et vient de rejoindre le réseau territorial du Médoc. Le taux particulièrement élevé de recrutement à domicile (60%) serait du au processus d'admission en HAD (délai entre le retour au domicile et l'admission formelle).
- [364] Dans le secteur social et médico-social, l'HAD s'efforce de développer son activité, depuis 2009, dans les EHPAD (13 conventions signées). Elle tente également de renforcer sa collaboration avec les SSIAD afin de faciliter la sortie d'HAD (la coopération avec les SSIAD constitue l'un des axes de l'avenant au CPOM de mars 2010). Face au manque de places sur l'agglomération bordelaise, l'HSB réfléchit à la création d'un SSIAD ou à un partenariat avec ceux existants (places réservées à l'HSB).
- [365] Quant au mode de sortie, il s'agissait du domicile pour 47,2% des séjours complets en 2009, des transferts pour 45,6% des séjours (dont 6% vers les autres services de l'HSB) et de décès pour 7,2%. Certains relais seraient difficiles à mettre en place (l'HAD constitue un « confort » dont il serait parfois difficile de sortir).

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Coordination médicale et place des médecins traitants*

- [366] L'HAD dispose de deux médecins coordinateurs, tous deux spécialisés en gériatrie : l'un en charge de l'antenne du Médoc et l'autre de l'activité sur l'agglomération bordelaise. Les deux exercent à temps partiel (respectivement 0.8 et 0.25 ETP) et conservent, par ailleurs, une activité clinique qu'ils considèrent comme essentielle au maintien de leurs compétences.
- [367] Avec les médecins traitants, la collaboration ne semble pas poser de difficultés majeures sur l'agglomération bordelaise, les refus de prise en charge étant très rares. Dès l'admission, le projet thérapeutique (« macro-cible ») leur est notifié. En revanche, aucune convention n'est passée avec l'HAD, cette formalité étant considérée comme trop contraignante. Il n'y a pas, non plus, de protocole précis, le médecin décidant seul de la fréquence de ses passages (selon les responsable de l'HAD, les visites sont parfois trop espacées au regard du projet thérapeutique, l'inverse étant nettement moins fréquent).
- [368] La coordination médicale se fait par téléphone, par écrit et parfois grâce à une réunion au domicile du patient. Malgré cela, l'implication du médecin traitant et le partage des rôles avec le médecin coordinateur est perçu comme un facteur de complexité pour la qualité et la continuité des soins. La mission a d'ailleurs pu constater ces difficultés lors de la réunion de coordination à laquelle elle a assisté : qu'il s'agisse de faire évoluer le protocole de soins, d'analyser une évolution ou d'interpréter une prescription, le recours au médecin traitant complique le travail de l'équipe soignante.
- [369] Dans le Médoc, les médecins libéraux ont d'abord été réticents voire hostiles à l'égard de l'HAD. Les relations semblent désormais en voie d'apaisement comme en témoigne le démarrage de l'activité sur cette zone.
- [370] L'admission est décidée par le médecin coordinateur après entretien (mené conjointement avec l'infirmière coordinatrice) avec le patient et son entourage. En cas de difficultés sociales ou logistiques, la décision d'admission peut être ajournée, le temps que l'assistante sociale évalue la situation (visite du domicile notamment). Les refus d'admission sont très rares, une sélection de facto étant opérée avant le signalement. Grâce à la réactivité et la souplesse de cette procédure, le délai moyen entre le signalement et l'admission est d'environ 4 jours.

3.2. Organisation paramédicale

- [371] L'HAD emploie 14 IDE et 8 aides-soignantes qui assurent la quasi-totalité des soins paramédicaux sur l'agglomération bordelaise. Cette équipe est relativement jeune. Le turn-over serait d'ailleurs particulièrement élevé dans le service d'HAD.
- [372] Dans le Médoc, l'HAD recoure à des IDE libérales, pour des raisons à la fois organisationnelles (la zone est éloignée de Bordeaux) et financières (équilibre plus facile à atteindre, quel que soit le niveau d'activité). Ce partenariat semble se mettre en place correctement même si les infirmières libérales sont souvent réticentes face aux contraintes engendrées par l'HAD (astreintes, dossier patient, facturation des actes...). Des réunions ont été organisées dans le Médoc pour présenter l'HAD et des permanences y sont tenues régulièrement, par le médecin coordinateur et l'infirmière coordinatrice.
- [373] Pour l'HAD, cette ouverture vers le monde libéral suppose de revoir son organisation et notamment ses procédures de coordination paramédicale (transmission des informations, mise en œuvre du protocole de soins...). L'HAD envisage ainsi d'instaurer des protocoles de soins précis pour assurer la continuité des soins et maîtriser les dépenses.
- [374] Sur l'agglomération bordelaise, à la date de visite de la mission, les 42 patients recevaient 73 actes techniques et 53 soins de base par jour, de la part des IDE et des aides soignants.
- [375] Enfin, l'HAD dispose de deux assistantes sociales et d'une psychologue à temps partiel. Sur le Médoc, il est fait appel à une psychologue libérale.

3.3. PDS

- [376] Les médecins coordinateurs de l'HAD n'effectuent pas d'astreintes, à la fois pour des raisons pratiques (effectif trop faible) et de principe (« la réponse aux urgences ne fait pas partie de la coordination »). Les équipes recourent donc à SOS Médecins ou au Centre 15. Ces derniers n'ont pas d'information particulière sur les patients de l'HAD, mis à part ceux sous assistance respiratoire et le dossier chevet qui se trouve au domicile. Des projets de convention sont à l'étude avec SOS Médecin et le Centre 15.
- [377] Sur la plan paramédical, une astreinte est assurée 24 h / 24 h et 7/7 par les infirmières de l'HAD sur l'agglomération bordelaise et par les infirmières libérales dans le Médoc. L'infirmière donne des conseils par téléphone et se déplace si nécessaire. En cas de besoin, elle peut s'appuyer sur la permanence des soins de l'hôpital : un interne présent dans la structure 24 h / 24 h et un médecin senior d'astreinte 24 h / 24 h. Ce dispositif est complété par l'astreinte d'un cadre administratif et d'un cadre de santé.
- [378] En première intention, les patients ou leur entourage peuvent donc appeler l'infirmière d'astreinte, le Centre 15 ou SOS Médecins.
- [379] Selon les responsables de l'HAD, les ré hospitalisations d'urgence sont rares et, lorsqu'elles surviennent, elles débouchent généralement sur une réadmission rapide en HAD.

3.4. SI et dossier patient

- [380] Le dossier patient est composé d'un « dossier chevet » et d'un « dossier structure ». Ce dossier est créé à chaque prise en charge et le secrétariat médical en assure l'archivage sécurisé et confidentiel. Seul le dossier structure est en partie informatisé. Un projet d'informatisation au domicile est en cours de finalisation (dispositif de type « client léger »).

3.5. *Médicament et dispositifs médicaux*

[381] L'HAD dispose de la PUI de l'hôpital. Une partie de l'approvisionnement en médicaments se fait par des officines, principalement pour les patients pris en charge dans le Médoc.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

[382] Plusieurs protocoles et procédures ont été formalisés : infections nosocomiales, réclamations et plaintes, évènements indésirables, accident, entretien du petit matériel...

[383] L'HAD a été certifiée dans le cadre de la certification de l'HSB (V1 en 2003, V2 en 2007). En 2007, les principales remarques portaient, s'agissant de l'HAD, sur la prise en charge de la douleur, la tenue du dossier patient et les conditions de prescription d'exams. Ces observations rejoignent celles faites par l'assurance maladie lors de la procédure d'accompagnement (« auditer le dossier patient et mettre en place le dossier informatisé »). En 2010, l'HAD a participé à l'expérimentation Compaqh sur la qualité de tenue des dossiers patients.

[384] La politique de qualité, d'hygiène et de sécurité de l'HAD s'inscrit dans celle de l'hôpital. C'est le cas, également, pour la formation continue des agents de l'HAD. Un des médecins coordinateurs suit actuellement un DU en psycho-gériatrie. Un projet d'EPU « Soins palliatifs » est également prévu en direction des médecins traitants, dans le prolongement du groupe EPP « soins palliatifs » auquel un médecin généraliste libéral participe ainsi que des médecins des réseaux de soins palliatifs. En cas de besoin, les infirmières libérales peuvent être formées à des actes techniques par les infirmiers coordinateurs.

5. EFFICIENCE

5.1. *Equilibre économique*

[385] En coûts complets, le résultat est de - 2.5 K€ en 2008 (-0.1% des produits), contre + 55 K€ en 2007. Cette légère dégradation s'explique principalement par la croissance des charges à caractère médical. Ce résultat serait sensiblement meilleur en 2009.

[386] Les coûts indirects représentent environ 15% des charges totales. En l'absence d'une comptabilité analytique, la clef de répartition est celle du rapport entre coûts directs de l'activité court séjour par rapport à l'HAD.

5.2. *PMSI*

[387] Les données PMSI montrent des variations importantes sur la période 2007-2009 : DMS (+79%), nombre moyens de séquences complètes par séjours complets (+89%), MPC principal « soins palliatifs » (21,5% à 22.7% en passant par 11% en 2008)... Ces variations seraient dues, en partie, à l'évolution des pratiques de codage. L'actuel médecin coordinateur aurait ainsi une pratique plus rigoureuse (moins de changements de séquences, moins de recours aux MPA « prise en charge de la douleur » et « Education du patient »).

[388] La démarche d'accompagnement a également pointé quelques difficultés de codage : « autres traitements » au lieu de « pansements complexes », « traitement IV » au lieu de « soins palliatifs... ». Ces constats et les recommandations qui en ont résulté (« optimiser le codage et la traçabilité dans le dossier patient ») semblent avoir contribué à l'amélioration du codage.

Maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle²²

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. Statut et positionnement

[389] L'HAD de Bagatelle est rattachée à la Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle (MSPB), fondation privée à but non lucratif PSPH créée en 1863. La MSPB est composée de plusieurs branches d'activité : un hôpital général (250 lits et places en 2005), un Institut de Formation en Soins Infirmiers ("Ecole Florence Nightingale"), une maison de convalescence, un centre social, deux EHPAD et l'« Hôpital au Foyer ». Ce dernier service comprend deux structures : l'HAD et un SSIAD.

[390] Dans le budget prévisionnel 2010, l'HAD représente un peu plus de 10% des effectifs salariés de la MSPB et 14% de son chiffre d'affaires.

[391] L'HAD occupe une place importante dans le projet (médical et financier) que la MSPB a élaboré suite aux difficultés qu'elle a connues en 2007. L'HAD est ainsi un élément du service global que la MSPB entend offrir à ses patients, en décloisonnant ses différentes branches d'activité. L'HAD est également considérée comme un atout important pour faciliter l'intégration de la MSPB dans les parcours de soins et les différents territoires de santé où elle intervient.

1.2. Taille et couverture géographique

[392] L'HAD Bagatelle a été créée en 1975 sur la base de 75 lits. Elle a ensuite connu plusieurs phases d'extension, quantitatives et géographiques, en 2006 et 2007. Elle dispose désormais d'une capacité théorique de 200 places. En 2008, l'HAD a enregistré une activité correspondant à 147 places occupées.

[393] Pour le secteur « Adultes », l'HAD est constituée de 2 antennes : « Bordeaux » et « Arcachon ». Il existe également un pôle « parents enfants » regroupant 2 types d'activités : pédiatrie (en croissance depuis 2009) et périnatalité.

[394] L'HAD Bagatelle travaille en collaboration avec les autres HAD dont le territoire d'intervention est contigu au sien, en particulier l'HAD de l'hôpital suburbain du Bouscat.

[395] Un redécoupage récent du territoire (non encore officialisé) a mis en concurrence l'HAD Bagatelle avec l'HAD des Vignes et des Rivières (Libourne) sur le canton de St André de Cubzac. Il n'existe pas à ce jour d'autres concurrences même si, selon les responsables de l'HAD, un risque concurrentiel existe avec un projet d'HAD régulièrement déposé par un groupe privé local.

²² Déplacement du 21 mai 2010. Rencontre avec M. Vrouvakis, Directeur général de la MSPB, Mme Henry, Directrice des projets d'activité, Mme David, DSSI, M. Lambaudie, Directeur financier, M. Dumoulin, Directeur de l'HAD, Mme Marc, Directrice-adjointe, les Dr Domange, Perot et Moreau-Gaudry, médecins coordonnateurs, Mme Guyonnet, ICH, M. Couzinet, Cadre de Santé, le Dr Trophy, médecin gériatre, le Dr Pierot-Iong, responsable de la maternité, le Dr Filet, Médecin DIM, Mme Durand, sage-femme, Mme X, patiente suivie en ante partum pathologique.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité et principaux modes de prise en charge*

- [396] L'activité atteint 51 506 journées en 2009, en légère baisse par rapport à 2008 mais en très nette hausse par rapport à 2006 (+ 9.6% de 2007 à 2008 et + 30% entre 2006 et 2007). La durée moyenne des séjours complets s'établit à 45.7 jours, en hausse continue depuis deux ans (39.7 jours en 2008 et 34.3 en 2007) et un niveau deux fois supérieur à la moyenne nationale.
- [397] L'HAD de Bagatelle présente un profil assez diversifié. Si les soins palliatifs représentaient le MPC principal en 2008, leur poids était inférieur de 6 points à la moyenne nationale (17.5 contre 23.5%). De même, les MPC « pansements complexes » et « soins de nursing lourds » s'établissaient, à titre principal, à un niveau proche de la moyenne nationale. En revanche, les MPC « Autres traitements » et « Education du patient et de son entourage » atteignaient des taux très nettement supérieurs à la cette moyenne (respectivement 10.6 et 8.9% contre 3.8 et 1.9%). Enfin, logiquement, l'HAD de Bagatelle affiche une activité importante pour le MPC principal « Surveillance de grossesse à risque ».
- [398] S'agissant des MPC associés, on note, d'une part, une fréquence élevée d'association (99.3% en 2008) et, d'autre part, la prépondérance du MPC « Prise en charge de la douleur ». Ce dernier figure d'ailleurs dans les quatre principaux case-mix en 2008, associé, dans l'ordre, aux MPC principaux « Pansements complexes », « Soins palliatifs », « Nursing lourd » et « Education du patient ».
- [399] Entre 2007 et 2008, on assiste à une régression importante des « soins palliatifs » et de la « surveillance de grossesse à risque » et, concomitamment, à une augmentation des MPC « Soins de nursing lourds » et « Education du patient ». En 2009, les « Pansements complexes » ont enregistré une forte augmentation (de 16.6 à 25.17%) au détriment, principalement, des « soins de nursing lourds ». Malgré ces variations, le case mix reste globalement semblable d'une année sur l'autre.

2.2. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins*

- [400] L'ensemble des hôpitaux et cliniques présents sur le secteur d'intervention de l'HAD Bagatelle adresse des demandes de prise en charge selon une fréquence toutefois très variable (de 1 à plusieurs dizaines de patients / an). Des conventions ont été signées avec plusieurs de ces établissements d'amont (12 au total).
- [401] Des contacts récents ont été pris avec les SSIAD présents sur le secteur d'intervention de l'HAD dans le but de mettre en place des partenariats formels (facilitation des relais). Des projets de convention sont en cours. Avec le SSIAD de la MSPB, il y a des mutualisations de moyens (fonctions supports essentiellement). En revanche, les flux de patients sont faibles, dans un sens comme dans l'autre.
- [402] D'une façon générale, l'HAD souhaite davantage s'intégrer dans la stratégie et le fonctionnement des différentes branches d'activités de la MSPB (hôpital, EHPAD...) avec lesquels, paradoxalement, les relations sont longtemps restées moins développées qu'avec les autres établissements (sauf pour la périnatalité où la maternité de la MSPB occupe une place prépondérante).
- [403] Des conventions ont également été passées avec des EHPAD (25 actives) qui se traduisent au final par très peu de prises en charge conjointes. De même, les collaborations avec les SSR restent à ce jour assez limitées.
- [404] Concernant plus particulièrement le pôle parents enfants, les partenaires sont nombreux et variés : maternités, associations, centres et unités spécialisées, médecins spécialistes libéraux...

- [405] Il existe des relations informelles mais privilégiées avec les réseaux locaux de soins palliatifs, les réseaux de cancérologie d'Aquitaine et les Centres de Coordination en Cancérologie ainsi que de nombreux autres réseaux (SLA, réseau périnatalité d'Aquitaine, insuffisants rénaux et filières de prise en charge spécifiques notamment autour du handicap physique...).
- [406] Une démarche de formalisation systématique des partenariats a été entreprise depuis environ 2 ans et la mise en place d'une nouvelle direction. Des contacts sont en cours pour poursuivre voire amplifier cette démarche et ainsi favoriser la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Selon les responsables de l'HAD, des progrès ont été observés avec les médecins hospitaliers (principaux adresseurs de l'HAD Bagatelle). Avec les médecins de ville, il resterait en revanche d'importantes marges de progression. Ceux-ci représentaient 8.2% des admissions en 2008.
- [407] Enfin, des réunions sont régulièrement organisées avec les principaux services hospitaliers adresseurs (participation aux staffs notamment) pour favoriser la continuité des soins.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Organisation médicale et paramédicale*

- [408] L'antenne « Bordeaux » est subdivisée en 3 secteurs pour les prises en charge d'adultes : « Nord », « Sud » et « Garonne ». Un cadre de santé et un infirmier référent officient sur chacun de ces secteurs. Deux et prochainement trois médecins coordonnateurs (1,8 ETP) se répartissent ces secteurs (l'un d'entre eux s'occupe également de l'antenne d'Arcachon). Très prochainement, une nouvelle antenne sera ouverte et sera basée sur la rive droite de Bordeaux (transfert de l'équipe d'encadrement du secteur « Garonne »).
- [409] L'antenne « Arcachon » dispose également de son équipe médicale et paramédicale.
- [410] Ces antennes ont été créées pour optimiser les déplacements. Du point de vue logistique, médical et paramédical, les responsables de l'HAD estiment qu'une activité correspondant à 50 places occupées constitue un optimum.
- [411] L'équipe du pôle « parents enfants » est constituée de 5 sages-femmes (4,3 ETP) dont une référente mère et de 6 puériculteurs (6 ETP) dont un référent, d'un cadre de santé (1 ETP), de 2 médecins pédiatres (pour un total de 0,5 ETP) d'une assistante sociale (0,5 ETP), d'une psychologue (0,5 ETP) ainsi que des auxiliaires de vie.
- [412] Au total, l'HAD disposait en 2009 d'un effectif salarié de 114 personnes (dont 64 infirmiers et 15 aides-soignants). Le ratio IDE/aides-soignants est donc relativement déséquilibré au regard de celui observé dans d'autres HAD et un travail sur ce point a été initié.
- [413] Selon ses responsables, l'HAD est attractif pour les IDE, ce qui permet dans la plupart des cas de compenser les départs sans rencontrer de difficultés majeures. Toutefois, ils soulignent que la population soignante est une population jeune et féminine (congés de maternité fréquents). Dans la mesure du possible, les recrutements alternent entre des jeunes diplômés et des soignants un peu plus expérimentés pour parvenir à un équilibre au sein de chaque secteur.
- [414] L'ancienneté (effectif global) constatée sur l'HAD a tendance à diminuer au fil du temps ; ce qui dénote un turn-over non négligeable (25 démissions en 2009). Cela nécessite une vigilance permanente de l'encadrement pour maintenir un bon niveau de compétences. Des fiches de fonctions existent pour chacune des fonctions exercées au sein de l'HAD.

[415] Pour chaque secteur et pour l'antenne d'Arcachon, des réunions de coordination se tiennent 2 fois par semaine. Une réunion hebdomadaire est organisée pour le pôle « parents enfants » (pédiatrique d'un côté / obstétrique de l'autre). En tant que de besoin, des réunions dites de « synthèse clinique » sont organisées pour des prises en charge très problématiques ou pour décider des suites à donner à certaines demandes de prises en charge très complexes. Enfin, des groupes d'analyses de pratiques sont régulièrement organisés au sein de l'HAD, avec la venue d'un intervenant extérieur.

3.2. Collaborations avec les professionnels de santé libéraux

[416] Les 2 antennes du secteur adultes (« Bordeaux » et « Arcachon ») ont des fonctionnements différents (PUI / officines de ville ; soignants salariés / soignants libéraux...) du fait d'une histoire et d'un environnement différents.

[417] Sur le bassin d'Arcachon, les soins techniques sont réalisés par des infirmiers libéraux. Au démarrage, cette collaboration a connu quelques difficultés (non maîtrise des actes et des coûts notamment) auxquelles les responsables de l'HAD s'efforcent de remédier à travers des conventions et des protocoles de soins. Ponctuellement interviennent également des kinésithérapeutes et des psychologues libéraux en tant que de besoin. Sur l'antenne de Bordeaux, le recours aux libéraux revêt un caractère plus occasionnel voire exceptionnel.

[418] A ce jour et pour l'ensemble des antennes, presque 200 conventions ont été passées avec des infirmiers libéraux dont 3 avec des puériculteurs, 1 avec un psychologue, 2 avec des sages-femmes et aucune à ce jour avec des kinésithérapeutes.

[419] Selon les responsables de l'HAD, la très grande majorité des prescripteurs collabore de manière satisfaisante tout au long de la prise en charge de leurs patients. Ils apprécieraient tout particulièrement l'expertise et l'appui conseil apportés par les médecins coordonnateurs.

[420] Cependant, l'HAD souligne que la récupération de certaines prescriptions médicales plus particulièrement celles pour le réajustement de traitements en cours de prise en charge nécessite parfois une dépense d'énergie importante de la part des soignants voire des médecins coordonnateurs.

[421] Certains prescripteurs de ville ne souhaiteraient pas travailler avec l'HAD du fait des délais de paiement des actes ainsi que du fait des contraintes générées (patient lourd à gérer au domicile de nature à inquiéter certains prescripteurs plutôt qu'à les rassurer).

3.3. Service rendu par domaine d'activité

[422] Le logiciel utilisé par l'HAD ne permet pas de connaître précisément le service rendu par domaine d'activité. En revanche, des données globales sont disponibles pour l'activité « Adultes ».

[423] Pour ces derniers, le nombre moyen de visites hebdomadaires du médecin traitant au domicile du patient était, en 2008, de **0,63** (2 à 3 visites par semaine à 1 toutes les 3 semaines selon la pathologie et la gravité de la situation). En 2009, il s'établissait à **0,62**.

[424] Pour les activités paramédicales, le temps moyen par jour et par soignant salarié au domicile du patient était de 49 minutes (minimum : 20 / maximum 120) en 2008 pour l'antenne de Bordeaux et 54 minutes en 2009 (minimum : 20 / maximum 180).

[425] Pour les deux antennes, le nombre moyen de passages par patient et par jour atteignait **1,78** (tous soins confondus) en 2008 et **2,40** en 2009, ce qui semble traduire un alourdissement des prises en charge.

3.4. PDS

- [426] Pour le secteur « Adultes », il existe une astreinte téléphonique des cadres de santé en fin de journée et le week-end. Par ailleurs, des infirmiers de nuit, salariés de l'HAD, interviennent sur place si nécessaire (4 infirmiers, en roulement 2 x 2).
- [427] En cas de besoin, l'infirmier d'astreinte peut faire appel au médecin traitant ou, pour l'antenne de Bordeaux, à SOS MÉDECINS avec qui une convention a été passée (et récemment actualisée). Dans le cadre des prises en charge en soins palliatifs, le médecin traitant est joignable à tout moment. En cas d'urgence vitale, le patient et ses proches doivent appeler le centre 15 en première intention.
- [428] Pour le pôle périnatalité, il existe une astreinte des sages-femmes sur le WE et en semaine de 16h à 19h. Les puériculteurs couvrent quant à eux une plage horaire allant de 7h30 à 20h30. Les pédiatres sont disponibles en tant que de besoin.

3.5. SI et dossier patient

- [429] Il existe un « dossier papier » présent au domicile de chaque patient. Ce dossier est accessible à tous les professionnels de santé intervenant dans le cadre de l'une ou l'autre des prises en charge : infirmiers salariés ou libéraux, médecins traitants, kinésithérapeutes, psychologues libéraux...
- [430] A chaque fin de prise en charge, ce dossier est récupéré et archivé dans un premier temps au sein de l'HAD puis archivé durablement sur l'hôpital. Une étude COMPAQH réalisée en 2009 a montré que l'accessibilité des dossiers était satisfaisante (100% des dossiers tirés au sort ont été retrouvés).
- [431] Il existe également un dossier informatisé, uniquement accessible par les professionnels de santé de l'HAD. Les éléments de ce dossier sont introduits dans le dossier support papier en fin de prise en charge.
- [432] Il est prévu la mise en place d'une interface informatique au domicile du patient. L'investissement envisagé est de 80 K€ pour équiper 200 domiciles, soit 400 euros TTC par patient (dont 219 euros d'acquisition du portable). Il serait amorti sur 3 à 5 ans. Ce coût n'inclut cependant pas les frais annexes, notamment ceux liés à la formation des salariés et partenaires de soins...

3.6. Médicament et dispositifs médicaux

- [433] Pour l'antenne de Bordeaux, l'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux se fait quasi exclusivement auprès de la pharmacie à usage intérieur (PUI) de la MSPB. Pour l'antenne d'Arcachon, une collaboration a été conclue avec des officines de ville.
- [434] Un magasin interne à l'HAD est en place et permet des réajustements ponctuels (médicaments et consommables), sous couvert de la pharmacienne de la PUI et grâce à l'existence d'un stock tampon. Certains dispositifs médicaux sont également fournis par des fournisseurs externes sous un mode locatif.
- [435] En 2009, une démarche d'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament a été engagée. En collaboration avec la pharmacie à usage intérieur (PUI), des actions d'amélioration ont été mises en œuvre tant au plan organisationnel qu'au plan fonctionnel. Récemment, un travail d'audits de pratiques (méthode SECURIMED) a été réalisé dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles inscrites dans la procédure de certification. Ce travail a été mené conjointement avec notamment des médecins de ville.

[436] Selon les responsables de l'HAD, ce travail a d'ores et déjà permis de parachever la sécurisation du circuit des toxiques, garantir la confidentialité des informations concernant un patient à une quelconque étape du processus de gestion des traitements médicamenteux, assurer 2 livraisons quotidiennes de médicaments par une société extérieure (pour les médicaments non disponibles au niveau de la PUI) en plus des délivrances par la PUI, définir plus finement les missions de chacun des acteurs de terrain en la matière...

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

[437] L'HAD a été accréditée (V1) en avril 2006 et la visite de certification (V2) s'est déroulée en avril 2010 (le pré-rapport de certification n'avait pas encore été transmis au moment où est intervenue la mission).

[438] L'HAD bénéficie de la politique de qualité, hygiène, sécurité et respect des droits des patients de la MSPB. S'agissant de la qualité, des supports de travail (notamment des protocoles) sont élaborés en tant que de besoin et introduits dans une base documentaire informatisée propre à l'HAD. Des réunions de travail sont également organisées (selon les besoins identifiés), à l'échelle de l'HAD ou de la fondation, pour élaborer de supports de travail : projet de soins IDE ; procédures transversales (par exemple « Plan blanc ») ; Guide technique du soignant en HAD ; Règles de fonctionnement ; EPP....

[439] La formation continue des agents de l'HAD s'inscrit également dans le programme de la MSPB. Ainsi, à titre d'exemple, un des médecins coordonnateurs du secteur adultes suit actuellement un DU de soins palliatifs et un des médecins coordonnateurs du pôle parents-enfants suit le DU « Douleur et enfant ».

[440] Les principales EPP formellement réalisées l'ont été à l'occasion de la démarche de certification (2009 – 2010). Les 4 EPP suivantes ont été ainsi menées :

- Risques liés à l'utilisation des morphiniques ;
- Etat nutritionnel de la personne âgée de plus de 75 ans pris en charge en HAD ;
- Pertinence du maintien de la prescription des HBPM ;
- Circuit du médicament.

[441] De manière informelle, les pratiques soignantes sont évaluées ponctuellement par les cadres de santé (voire par les IDE référents) sur le terrain. Des réajustements de pratiques peuvent être alors envisagés en concertation avec l'équipe ou les équipes concernées (cas par exemple de la thérapie « VAC » ou encore de la gestion de l'environnement proche du patient).

5. EFFICIENCE

[442] L'HAD affiche des résultats financiers très positifs, malgré une certaine érosion : 1,7 M€ en 2009 contre 3,3 M€ en 2007. A l'exception de 2007, ce résultat a plus que compensé le déficit enregistré par les autres branches de la MSPB (notamment l'hôpital). Selon les responsables de la MSPB, ces résultats très positifs seraient en grande partie le fait de la mutualisation des moyens (SRH, PUI, comptabilité, service informatique, négociation des prix avec les prestataires à l'échelle de la fondation...) qui réduit significativement les charges de l'HAD, malgré un réajustement récent des clefs de répartition (cf. infra).

[443] La diminution du résultat a été particulièrement sensible entre 2008 et 2009. Toutes les catégories de dépenses ont alors augmenté : recours plus important aux agences d'intérim, renforcement des équipes, introduction de techniques de soins plus coûteuses, recours plus important aux fournisseurs de matériel... Les charges de gestion ont également augmenté en raison d'un réajustement des clefs de répartition des charges indirectes (environ 5% des charges totales en 2009).

- [444] Parallèlement, les recettes entre 2008 et 2009 ont marqué le pas en raison d'une moindre activité, notamment au deuxième semestre 2009. Fin 2009, l'activité a toutefois subi une inflexion positive qui se poursuit.
- [445] Pour l'année 2010, un effort tout particulier de maîtrise des dépenses a été engagé avec parallèlement la détermination de prévisions d'activité par secteur. Selon le budget prévisionnel 2010, le résultat devrait ainsi revenir à des niveaux proches de ceux constatés en 2008, soit un peu plus de 20% des recettes.

Centre hospitalier de Périgueux²³

[446] Ce n'est que tardivement que l'hospitalisation à domicile s'est déployée à Périgueux, longtemps zone blanche dans une région marquée par l'implantation ancienne et solide de services à Bordeaux, Dax et Bayonne. Devant la perspective de voir se constituer une HAD à partir du secteur privé, le centre hospitalier lance son propre projet, qui se développe en laissant toutefois de côté, initialement, la cancérologie.

1. STRUCTURATION JURIDIQUE ET ORGANISATION GENERALE

1.1. *Organisation et stratégie*

[447] Le centre hospitalier de Périgueux compte 1300 lits dont plus de 600 en MCO. Il dispose de peu d'équipements lourds à l'exception de l'angioplastie. La médecine nucléaire et la dialyse s'effectuent dans le privé. Toutes les disciplines chirurgicales et médicales sont représentées à l'exception de l'oncologie et de la chirurgie thoracique. La maternité du centre hospitalier est la seule de Périgueux.

[448] A la suite de réflexions intervenues entre 2002 et 2004, un projet a vu le jour et été autorisé pour 23 lits. Huit lits ont été ouverts le 5 janvier 2004 ; par la suite la capacité est montée à 12 lits en septembre 2008 et à 23 patients en avril 2009, soit le niveau initialement envisagé. Il s'agit d'une HAD polyvalente avec forte orientation en soins palliatifs. La psychiatrie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie sont exclues du fait de l'absence de personnel spécialisé au sein de ce service. La zone d'intervention comprend alors l'agglomération de Périgueux et un secteur de 15 kms à l'entour.

[449] Une augmentation à 30 places est envisagée, tandis que par ailleurs, les hôpitaux de NONTRON et SARLAT envisagent de créer une HAD.

[450] L'établissement a mis en place des chimiothérapies à domicile, depuis un peu plus de trois mois, en s'appuyant sur le CHU de Limoges pour les protocoles et procédures de prise en charge. Les patients viennent de l'hôpital de jour du centre hospitalier de Périgueux et des services d'hémo-oncologie de Limoges et Bordeaux.

1.2. *Les partenariats avec les autres composantes de l'offre de soins sont largement informels, mais efficaces*

[451] En MCO, les principaux partenaires sont le centre hospitalier lui-même, la clinique Francheville, les CHU de Bordeaux et Limoges en SSR ou en médico-social de nombreux établissements ou services. Les partenariats sont essentiellement formalisés avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Compte tenu de l'orientation de l'HAD, une collaboration est instaurée avec le réseau PALLIA 24 de soins palliatifs, lui-même créé en 2008. On note que 34,5% des entrées se font depuis le domicile, ce qui traduit une capacité de coopération importante entre la ville et l'hôpital.

²³ La mission a rencontré le jeudi 22 Avril, au centre hospitalier, le docteur Patrick MEDEE, le docteur Magali PAYSSE, le Docteur Luc RIVIERE et Madame Marie-Françoise DESGRIS.

1.3. Une situation financière équilibrée dans un premier temps et en recherche de son ajustement

[452] Le centre hospitalier connaît un léger excédent d'exploitation. En 2009, la situation au bilan, qui se traduit par une amélioration de la capacité d'autofinancement, est en grande partie due à une mobilisation précoce des emprunts.

[453] Les CREA de l'HAD montrent la difficulté d'ajustement des dépenses et des recettes en période de montée en charge. Ainsi les charges directes progressent elles de 402 321 euros en 2007 à 731 307 euros en 2008 et 1 318 080 euros en 2009. Dans le même temps, le total des charges passe de 627 765 euros à 1034 065 euros en 2008 puis 1 770 826 euros en 2009. Les recettes évoluent différemment, passant de 841 404 euros en 2007 à 1 106 212 euros en 2008 et 1 562 831 euros en 2009. Le centre hospitalier est bien entendu confronté à un problème d'ajustement alors même que les perspectives tarifaires de 2010 sont relativement étroites.

[454] Le centre hospitalier emploie en HAD, douze infirmiers, huit aides soignants, un demi-temps de médecin, et deux équivalents temps plein de personnels administratifs dont un cadre de santé. Il importe donc d'observer l'évolution de l'activité en 2010 et les années suivantes, pour se forger une idée de l'équilibre de croisière de l'HAD.

2. UNE MONTEE EN CHARGE TRES SENSIBLE APPUYEE SUR LES SAVOIR FAIRE DE L'HOPITAL EN MATIERE DE SECURITE ET DE QUALITE

2.1. Une montée en charge très sensible qui comble en partie le retard du Périgord Nord et Centre, mais laisse de côté jusqu'à présent la chimiothérapie

[455] De 2007 à 2009, le nombre de journées prises en charge est passé de 3232 à 6900, et le nombre de séquences complètes de 221 à 402. Un développement mesuré et maîtrisé de l'activité apparaît dès lors possible et nécessaire. Trois modes principaux de prise en charge dominent l'activité du service :

- les pansements complexes et soins spécifiques qui représentent 50,2% du total des journées ;
- les soins palliatifs qui en représentent 28% ;
- les traitements intra veineux qui en font 9,8%.

[456] Les associations de modes de prise en charge le plus fréquentes étaient les pansements complexes avec prise en charge de la douleur, les pansements complexes sans protocole associé, et les soins palliatifs sans protocole associé. L'association soins palliatifs–prise en charge de la douleur n'est plus pratiquée depuis la visite conjointe de la caisse primaire et de la DRASS de mai 2009. L'activité en chimiothérapie monte fortement en charge.

2.2. Pour la permanence, la qualité et la sécurité, l'HAD s'appuie sur les moyens et les procédures de l'hôpital

[457] L'HAD fonctionne 24h sur 24, 7 jours sur 7. Le secrétariat est ouvert de 8h30 à 17h. En dehors des heures d'ouverture du secrétariat, les appels des demandes d'intervention sont transmis sur deux numéros de portables infirmiers et ce de 7h à 21h ainsi que sur le portable du cadre de santé et celui du médecin coordonnateur. Les demandes de 21h à 7h sont faites au médecin de garde et au SAMU –centre 15 qui est géré par le CH de Périgueux. Un cahier de liaison (une fiche par patient) est déposé au Samu le soir, à 21h et récupéré le lendemain à 7h. Les urgences, appels ou déplacements effectués par le médecin de garde ou le SAMU, sont notés et transmis oralement aux IDE de l'HAD. Les appels concernent des aggravations imprévues ou pas (dans ce cas le SAMU a été informé du risque d'appel par le médecin coordonnateur et l'IDE) et des signatures de certificats de décès. En 2008, cela a représenté 12 interventions dans l'année, et en 2009, 20 interventions.

[458] L'approvisionnement en médicament et dispositifs médicaux se fait par la pharmacie à usage intérieur du centre hospitalier. Le recours aux officines n'est que ponctuel. Il existe un dossier non informatisé du patient : en pratique un dossier dans la chambre du patient et un dossier à la structure.

[459] Le centre hospitalier de Périgueux a été certifié par la haute autorité de santé en 2008, et prépare le passage à la V3 en 2011. L'unité d'HAD est insérée dans les procédures et structures du centre. Des mesures particulières sont prises pour le transport des médicaments ; les médecins coordonnateurs et le cadre de santé ont suivi des formations adaptées.

[460] Le centre hospitalier de Périgueux a réussi à lancer une hospitalisation à domicile dans le centre et le Nord du Périgord. Des choix doivent être faits désormais afin de déterminer l'équilibre entre les moyens mis en œuvre et l'activité en permettant de répondre aux besoins de la population. A cet égard, la mise en place de la chimiothérapie est un élément important.

Santé Service DAX²⁴

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. *Eléments généraux sur l'organisation et le management de SSD*

1.1.1. Statut et histoire

[461] L'association Santé Service Dax (SSD) est une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) polyvalente avec une production importante qui atteint 27 000 journées en 2009. SSD est un établissement privé à but non lucratif fondé en 1973 sous l'impulsion de membres du Lions Club de Dax, au sein duquel un médecin généraliste, le docteur Jean MASSIE a joué un rôle majeur. Créé en 1975, SSD a été la 3^{ème} structure d'hospitalisation à domicile HAD en Aquitaine et une des plus anciennes en France. A son origine, SSD a été créée avec une forte orientation gériatrique mais elle a depuis longtemps une activité diversifiée. L'association gère aussi un SSIAD une capacité de 180 places pour personnes âgées et de 15 places pour les personnes handicapées.

1.1.2. Structuration et ressources humaines

[462] L'association est dirigée par un conseil d'administration auquel rend compte le directeur. Sont rattachés à ce dernier et à son adjoint, différents pôles de responsabilité : une direction des soins pilotée par un médecin chef de service, et des responsables gestionnaires, informaticien, RH, comptable. L'association emploie 177 personnes (129,05 ETP) au 31 /12 /2009 dont notamment un médecin, un pharmacien, deux cadres de santé, 45 infirmiers DE et 95 aides-soignants mais aussi un psychologue, 3 assistantes sociales et une équipe logistique. La composition de cet effectif est en fait le résultat d'un choix majeur d'organisation, celui du recours à des infirmières salariées pour la mise en œuvre des soins paramédicaux (voir plus loin).

1.2. *Couverture géographique et positionnement*

[463] Les taux de recours à l'HAD au sein du département s'établissent à 7 732 journées pour 100 000 habitants soit un niveau un peu inférieur au taux cible national pour 2010 (8500 journées pour 100 000 habitants). SSD intervient sur un territoire assez étendu autour de Dax et jusque dans le nord du département des Landes. Sur ce territoire vivent 163 510 habitants dans 130 communes. Il s'agit d'une population âgée et plutôt défavorisée. Ce territoire est très peu densifié et cela a des effets en termes de temps de déplacements des intervenants, qui sont assez élevés dans la plupart des zones d'intervention à l'exception de Dax (moyenne de déplacements 20 mn contre 7 mn au sein de Dax).

²⁴ Visite du 23 avril 2010 ; entretiens avec M Y.Garcia directeur, Dr. Rodière médecin coordonnateur, DR Fabre et les collaborateurs en charge de la coordination paramédicale et des fonctions support.

[464] Dans le cadre de la politique menée au niveau régional sous l'égide de l'ARH, SSD a élargi son territoire d'intervention. Une antenne a été ouverte à Mimizan en 2008 dans une zone « blanche » du point de vue de l'ARH, c'est-à-dire une zone éloignée de plus d'une heure des principaux centres hospitaliers des environs : Bayonne, CHU Bordeaux, Dax ou Mont de Marsan. Dans cette zone, l'ARH a financé aussi le démarrage de la télé médecine. SSD a un projet d'extension dans le nord du département dans le cadre d'un partage des zones d'intervention limitrophes de la Gironde et des Landes avec les structures d'HAD de Gironde. Un protocole d'accord est en cours de négociation avec l'HAD Bagatelle. Sur son territoire, SSD n'est pas en concurrence. Il existe une autre structure d'HAD dans le département des Landes, HAD Mont de Marsan 40 qui fonctionne depuis 3 ans, mais sur un territoire spécifique.

1.3. Orientations stratégiques et relations avec la tutelle

[465] Un premier projet d'établissement a permis d'orienter l'action de la structure pour la période 2007 - 2010. Au moment où est intervenue la mission, au deuxième trimestre 2010, un nouveau projet (2010-2012) était en cours de finalisation. Un contrat de bon usage du médicament a été signé le 28 décembre 2005 pour la période 2006-2011.

[466] Un CPOM a été passé avec la tutelle en 2007 et complété par avenant signé en 2008. Ce CPOM a défini des objectifs en matière d'extension de la zone couverte, et d'amélioration des relais d'information entre les établissements hospitaliers et SSD mais aussi d'amélioration de la qualité et notamment à travers l'informatisation du dossier patient et la mise en place de filières de soins. L'avenant au CPOM a conduit au versement d'une subvention de 90 000 euros pour aider à la mise en place d'une expérimentation relative à la prise en charge de patients à partir du service d'urgence de l'hôpital de DAX.

[467] Dans la dernière période, SSD a bénéficié de la « procédure d'accompagnement » de la CNAMTS qui a conduit à des suggestions concernant l'amélioration du codage et aussi à identifier deux axes de progrès : l'évaluation des prises en charge en soins palliatifs et la prévention des ré-hospitalisations.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. Activité et principaux modes de prise en charge

2.1.1. Eléments généraux

[468] SSD a produit 27 682 journées en 2009, soit 496 séjours pour 350 patients avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 55,81 jours et un nombre moyen de malades présents chaque jour supérieur à 75. Sur les cinq dernières années de 2005 à 2009, la croissance de la production a été soutenue : le nombre de journées produites est passé de 19 767 à 27 682 (+40%) et le nombre de séjours de 283 à 496 (+75%), la DMS ayant été sensiblement réduite (passant de 69,85 à 55,81 jours) mais restant sensiblement plus élevée qu'au niveau national (27,3 jours). Dans une large mesure, cette forte croissance s'explique par le développement des prises en charges en soins palliatifs : leur part dans le total des séjours est passée de 21,9% à 44,15% entre 2005 et 2009.

[469] SSD prend en charge des patients plus âgés et plus dépendants que les moyennes nationales et régionales. L'orientation de l'activité a évolué nettement à partir de la mise en place de la tarification à l'activité. Auparavant l'activité était centré sur des patients de type « SSIAD lourd » avec peu de prise en charge technique. La réforme de la tarification a permis d'accentuer la médicalisation. Elle a permis de développer l'HAD comme une filière hospitalière.

2.1.2. Analyse du case mix

2.1.2.1. Analyse quantitative

[470] Les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins de nursing lourds sont une part majoritaire de l'activité.

Tableau 18 : Tableau case mix six premiers mois 2009

| | % du nombre de journées | % de la valeur |
|--|-------------------------|----------------|
| Soins technique de cancérologie | 2,71 | 2,21 |
| Soins palliatifs | 22,16 | 30,95 |
| Assistance respiratoire et nutritionnelle | 9,78 | 11,05 |
| Traitements intraveineux | 3,84 | 5,81 |
| Pansements complexes | 22,43 | 20,17 |
| Rééducation réadaptation éducation | 0,52 | 0,42 |
| Soins de nursing lourds | 36,01 | 26,82 |
| Autres motifs | 2,56 | 2,59 |
| Totaux | 100 | 100 |

Source : SSD

[471] En termes de pathologies, les principales prises en charge se répartissent de la manière suivante :

Tableau 19 : Répartition des prises en charge par pathologie (année 2009)

| pathologies | % |
|--|---------|
| Tumeurs malignes | 34,84 % |
| Affections du système nerveux | 16,21 % |
| Affections cardio vasculaires | 10,87 |
| Grabataires poly pathologies escarres | 10,12 % |

Source : SSD

2.1.2.2. Analyse qualitative de l'activité

[472] Périnatalité : SSD n'est pas engagée dans ce domaine. Ses responsables considèrent qu'en pré-partum la charge en soins est très limitée et donc qu'il s'agit d'une intervention qui ressort plus de la sage-femme libérale ou de la PMI avec pour les grossesses à risque intervention du réseau ou de la maternité de niveau 2 ou 3 qui dans laquelle la parturiente va accoucher. En post-partum, c'est plutôt le rôle de la sage-femme libérale ou de la PMI ou des puéricultrices PMI. Le seul cas qui justifierait l'intervention de l'HAD serait la pénurie de sage-femme.

[473] Cancérologie : dans ce domaine le développement de l'activité est limité par la place des chimiothérapies complexes qui n'ont pas vocation à être prise en charge en HAD. Mais de plus, souvent, le médecin traitant n'est pas vraiment associé par les médecins hospitaliers à la prise en charge des cancers. Or la mise en place de l'HAD va dépendre de la capacité d'intervention du médecin traitant. En sens inverse, il faut souligner l'apport positif de la chimiothérapie à domicile en terme de fatigue évitée (du fait notamment de la réduction des déplacements) et d'impact sur le moral du patient

- [474] Soins palliatifs : l'intervention de SSD s'inscrit dans le cadre général du développement des soins palliatifs en France et dans un contexte où les médecins traitants sont parfois mal à l'aise face à des situations qui sont statistiquement rares dans leur patientèle. En effet, un médecin généraliste va être confronté à ces situations en moyenne une fois tous les deux ans. Dans le territoire sur lequel SSD intervient, il y a une forte demande de pouvoir décéder à domicile. Mais tous les patients en phase terminale ne justifient pas une prise en charge en soins palliatifs. SSD intervient sur la base d'une liste de critères pour l'admission en HAD au titre des soins palliatifs élaborée par le collège des médecins coordonnateurs de la FNEHAD et qui comprend les items suivants : nécessité de coordination, intervention d'un psychologue, prise en charge complexe. Sur la base de cette grille, SSD contribue aussi à la formation des médecins traitants. L'application de ces critères est suivie par une commission pluridisciplinaire qui se réunit une fois par semaine pour examiner les situations et par exemple évoquer le cas des patients qui vont mieux et adapter en conséquence les conditions de prise en charge.
- [475] Pansement complexe : cela correspond pour 90% à des prescriptions hospitalières et pour les 10% restant à des sorties de SSIAD (du fait de la survenance d'escarres par exemple).
- [476] Activité de rééducation : il ne s'agit pas de substitution à des prises en charge en SSR. Un projet est en cours de définition pour la mise en place d'une unité neuro-vasculaire mais la démarche se heurte à la difficulté d'assurer une intervention de kinésithérapie. Cette difficulté pourrait traduire l'effet des conditions de rémunérations peu adaptées mais aussi le fait que les kinésithérapeutes ont parfois du mal à accepter les exigences liées à la prise en charge de type hospitalier (capacité à définir et à réévaluer un projet, à mettre en place et à formaliser un dossier et à respecter des exigences de traçabilité) et qu'ils sont dans un contexte très favorable de développement de leur activité en ville.
- [477] Soins de nursing lourd : Il s'agit de charges en soins assez lourdes : par exemple le cas d'une personne âgée (94 ans) après accident vasculaire cérébral (AVC), poly pathologique avec notamment un diabète, donc avec une situation très lourde en nursing qui justifie 3 passages par jour ; ou autre exemple, le cas d'une personne atteinte de sclérose en plaque (SEP) dont la situation se dégrade après un an qui va rendre nécessaire des soins de 2 à 3 heures chaque jour.

2.2. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins*

- [478] SSD entretient des relations étroites avec de nombreux partenaires des autres composantes de l'offre de soins mais il apparaît une prépondérance forte des entrées hospitalières d'abord liée à la mise en place de relations étroites avec les centres hospitaliers. Il existe toutefois des perspectives de développement pour l'arrivée de malades en provenance du domicile.

Tableau 20 : Tableau origine de la demande d'admission année 2009 (source SSD)

| | Nombre de patients | % |
|--------------------------|--------------------|-------|
| Etablissement (1) | 291 | 68,47 |
| Domicile (2) | 134 | 31,53 |
| Total | 425 | 100% |

Source : SSD

1) hôpital, urgences, clinique, autre établissement, autre HAD, SSIAD

2) médecin traitant, famille ou patient assistante sociale infirmière autre

2.2.1. Données sur l'origine et les conditions de sortie des patients

[479] La part des séjours avec mode d'entrée à domicile est assez faible (32%) par rapport à la moyenne nationale (40%) mais ce dernier chiffre doit être interprété avec précaution car il y a des entrées qui se font sur prescription hospitalière très peu de temps après la sortie de l'hospitalisation classique. Sur les modes de sorties, la part des sorties par transfert et mutation en MCO est assez significative du fait qu'un nombre significatifs de malades de SSD fait l'objet de réadmissions hospitalières.

2.2.2. Des relations étroites avec les structures hospitalières

[480] SSD a développé des relations étroites avec les principaux établissements hospitaliers de Dax : le Centre Hospitalier (CH) de Dax mais aussi la clinique Saint Vincent et la Polyclinique Jean Le Bon. Les liens sont particulièrement intenses avec le premier : 45% des malades pris en charge par SSD en proviennent. Outre l'opération expérimentale déjà évoquée sur l'accueil en HAD à partir des urgences, les relations avec cet hôpital sont organisées à travers une convention dont l'originalité est de mettre en place un praticien qui est à mi-temps à l'hôpital et qui est, pour l'autre mi-temps, détaché à SSD comme médecin coordonnateur (MC) Sur la base de cette convention, SSD rembourse au CH de DAX 50% de sa rémunération. Ce médecin participe à un grand nombre de staffs au sein des pôles et des services de l'hôpital.

[481] Les comportements de prescription sont différents selon les filières de prise en charge et évoluent aussi avec les formations dont bénéficient les médecins. Parmi les filières les plus « pourvoyeuses » on relève :

- la diabétologie : complications du diabète exemple complications du pied ;
- les soins palliatifs ; il y a une unité de soins palliatifs à l'hôpital ;
- la filière neuro-vasculaire.

[482] Concrètement, c'est la cadre du service et l'interne qui alertent le MC déjà évoqué. Une évaluation est faite à l'hôpital avec un médecin et un cadre puis à domicile par une infirmière coordonnatrice et une assistante sociale.

2.2.3. Des prescriptions accrues en provenance de la médecine de ville et des médecins coordonnateurs des EPHAD

[483] SSD a mis en place un système de relations étroites avec les médecins généralistes médecins traitants. Pour faire mieux connaître l'HAD et faciliter la prescription d'HAD par les médecins traitants, SSD organise des « cafés débat » qui rassemblent quelques fois dans l'année sur un sujet pratique de HAD des médecins traitants par zone géographique. SSD veut se présenter comme « l'hôpital de la médecine libérale ». Vis à vis des médecins traitants, SSD souhaite jouer un rôle de « support de coordination », notamment en matière de soins palliatifs et donc pour la fin de vie de leurs patients ou pour les décharger en cas d'hospitalisation ou de retour à domicile après hospitalisation. Une évolution analogue est en cours aussi avec les médecins coordonnateurs d'EPHAD qui sont eux aussi demandeurs de passage de relais.

2.2.4. Une articulation complexe avec le SSIAD

[484] Les flux de patients entre HAD et SSIAD sont relativement limités même s'agissant d'une structure SSD qui assure les deux activités. Sur 286 malades pris en charge par le SSIAD en 2009 9 venaient de l'HAD et 97 de l'hôpital ou de la clinique et le reste de la ville. En sens inverse, au sein de SSD, moins de 3 malades sont passés du SSIAD vers la HAD. La prise en charge de certains patients pose une question d'articulation entre HAD et SSIAD. Au niveau des principes, la ligne de partage est relativement simple à établir puisqu'ont vocation à être pris en charge par l'HAD les patients qui relèvent d'une prise en charge coordonnée et de soins complexe. A l'inverse, le SSIAD doit prendre en charge les cas plus simples. Mais de fait il y a souvent en SSIAD des patients très lourds qui justifient une prise charge intense mais qui ne peuvent pas être accueillis en HAD car ils ne correspondent pas aux situations tarifaires (par exemple parce qu'ils ont des durées de séjour trop longues). Ces patients sont orientés en SSIAD et vont donc générer des charges très supérieures aux recettes. Pour d'autres patients, l'orientation en SSIAD conduit à des ré-hospitalisations fréquentes et à des prises en charge non optimales en termes de qualité ou de coût.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

[485] SSD a développé une prise en charge globale du patient à partir d'un effort important de coordination médicale pour garantir un partage des informations concernant l'état du malade.

3.1. *Organisation paramédicale médicale et para médicale*

[486] SSD emploie 1,5 ETP²⁵ de médecin coordonnateur (le 0,5 ETP correspond à la situation déjà évoquée : un médecin qui est à temps partiel à l'hôpital). L'apport du médecin coordonnateur (MC) est fondamental en termes d'expertise et donc de prescription. Le développement de l'activité de SSD a suivi d'une certaine manière les lignes d'expertise du MC : par exemple la cancérologie a été peu développée à SSD en partie en raison du profil de spécialisation du MC. Le médecin coordonnateur n'est pas seulement un coordonnateur il exerce aussi une fonction d'expertise de conseil de soutien et de facilitation auprès des médecins hospitaliers mais aussi des médecins traitants. La gestion des honoraires des médecins traitants est assurée par l'HAD pour le compte de tiers. Il y a des bordereaux d'honoraires au domicile avec des enveloppes T.

[487] Comme cela a déjà été indiqué, les infirmières sont des salariées. Ce choix effectué dès l'origine a été maintenu y compris pour l'antenne de Mimizan récemment ouverte. C'est un choix contraint car les infirmières libérales ont plutôt refusé de participer à l'HAD du fait du poids de la logique d'acte, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir une rémunération correcte avec la réalisation d'actes nombreux mais de technicité limitée. Cette situation présente de nombreux avantages fonctionnels en terme de qualité et d'abord de permanence des soins (voir plus haut) mais surtout d'une meilleure maîtrise du projet de soins. Il existe 6 ETP d'infirmière coordonnatrice : 5 sur le site principal et une sur le site de Mimizan.

[488] L'admission en HAD est le résultat de deux critères :

- la charge en soins ;
- le choix du patient, l'adéquation du domicile et l'adhésion de l'entourage ; quoique sur ce dernier point les responsables de SSD considèrent qu'il est possible d'avoir des patients isolés en HAD (dans ce cas il faut des aides au maintien à domicile et au préalable, encore plus que cela ne peut l'être dans les autres cas de personnes âgées, une intervention de type assistante sociale).

[489] SSD s'est doté d'un équipement informatique au chevet du patient (poste informatique). Dans le cadre de la participation à l'ENC, le système d'information a été développé sur les fonctionnalités de compatibilité analytique (voir plus loin).

²⁵ Au moment de la visite de la mission en avril 2010. le nombre de médecins coordonnateurs a été porté 2, 5 ETP peu après

3.2. *Permanence et continuité des soins*

[490] En permanence, c'est à dire 24h /24h et 365 jours par an, il existe un MC et deux infirmières d'astreinte, une aide soignante, et aussi une personne du service logistique avec la possibilité d'envoyer tous ces professionnels sur place et, si ce n'est pas suffisant, de passer le relais au centre 15 qui désigne un effecteur. Les infirmières de permanence sont fortement sollicitées du fait de l'évolution vers des prises en charge plus complexes et plus lourdes. Pour limiter le recours aux personnels d'astreinte, deux dispositifs ont été prévus :

- la mise en place de prescriptions anticipées, c'est-à-dire d'une fiche dans le dossier patient qui est une ordonnance du MT et que l'infirmière effectrice suivre ;
- la « mallette d'urgence palliative » positionnée au domicile (avec un code d'accès) et qui permet également à l'infirmière d'intervenir ; la mallette d'urgence palliative contient tous les médicaments utiles pour répondre à une urgence palliative à domicile afin d'éviter le plus possible une ré-hospitalisation en fin de vie.

3.3. *Médicament et dispositifs médicaux*

[491] L'approvisionnement se fait directement auprès des pharmacies d'officine par les intervenants HAD ou la famille sauf par définition pour les médicaments de réserve hospitalière ; pour ces derniers, il y a un stock au siège pour les cas d'urgence (sous le contrôle d'un pharmacien et en accord avec la pharmacie régionale ARS). Lorsqu'un patient est admis en HAD, la pharmacie habituelle du patient est informée ; pour la délivrance des médicaments il y a des feuilles spécifiques HAD de couleurs différentes de façon à ce que les médicaments soient bien pris en charge par l'HAD et éviter des confusions dans les achats de médicaments par la famille et donc pour faciliter d'éventuels contrôles de l'assurance maladie. Il y a un ordonnancier au domicile au nom de SSD et généralement une délivrance hebdomadaire. Il y a transmission à l'HAD des feuilles de médicaments ce qui permet un contrôle, c'est à dire la fois un minimum de suivi médical par le médecin coordonnateur et aussi un suivi de gestion économique. Lorsqu'il y a sortie d'HAD, le pharmacien est aussi informé. Les médicaments de la liste en sus sont aussi fournis par les officines (exemple EPO).

[492] Il y a un dispositif de récupération et d'élimination des médicaments non utilisés avec convention avec la pharmacie. En effet il ne peut y avoir de pharmacien employé comme tel dans l'HAD s'il n'y a pas de PUI.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

[493] Dans le cadre du projet d'établissement 2010 – 2012, SSD met en œuvre une politique active de qualité structurée autour d'un petit nombre d'axes qui traduisent la mise en œuvre de la certification :

[494] - la relation avec le patient et notamment la capacité à améliorer l'écoute du patient. Des actions de mesure de satisfaction des patients ont été mises en place. Pour chaque prise en charge, une enquête à domicile est menée par le cadre infirmier au bout de 10 jours. Il existe une enquête annuelle de satisfaction. Les questionnaires sont exploités par une commission des usagers. Un recueil des plaintes est organisé de manière systématique. Il existe la possibilité d'appeler la direction tous les lundis de 10h à 12h.

[495] -L'amélioration de la continuité et de la sécurité de la prise en charge. SSD s'est fixé un objectif d'amélioration de la sécurité des soins et notamment pour mieux évaluer et suivre les risques dans les soins : escarres, iatrogénie médicamenteuses, dénutrition, maltraitance, conduites addictives, risque suicidaire, risque de thrombose embolique etc... Des audits sont accomplis au domicile du patient pour évaluer la mise en place des procédures. La mise en œuvre des vigilances sanitaires et le recueil et le traitement des événements indésirables graves font l'objet d'actions renouvelées.

[496] Le fait de n'employer pratiquement que des infirmières salariées rend plus facile le suivi de la mise en œuvre des actions de qualité car elles sont plus souvent présentes ensemble au siège de SSD.

5. EQUILIBRE ECONOMIQUE ET OUTILS DE GESTION

[497] Globalement, l'exploitation a dégagé des résultats positifs mais limités : 42K€ en 2009 et 5 K en 2008. En fait l'activité HAD est nettement excédentaire et finance les pertes d'exploitation générées par l'activité de SSIAD (plus de 130 K€ en 2009). SSD a une structure financière solide et notamment un endettement très faible.

[498] SSD participe à l'ENC et s'est dotée d'outils de connaissance des coûts ; cela conduit à recenser les temps de travail des personnels et leur utilisation. Chaque personne dispose d'un PDA qui a été paramétré pour pouvoir enregistrer la répartition des temps de travail et notamment pouvoir mesurer le temps passé à domicile (enregistrement du début et de la fin de l'intervention à domicile) et donc pouvoir connaître le temps de travail affecté à chaque patient en le répartissant en temps de travail au chevet et temps de travail au siège ou en déplacement. Le temps de travail est valorisé à partir des grilles salariales (convention FEHAP).

6. PERSPECTIVES

[499] Un nouveau projet d'établissement portant sur la période 2010-2012 est en cours de finalisation avec identification des objectifs suivants :

- extension de sa zone d'activité ;
- amélioration les relations entre les établissements de santé et l'HAD ;
- développement des filières de soins pour certaines pathologies lourdes et complexes en soins palliatifs oncologie gériatrique ;
- augmentation des admissions en provenance directe des médecins traitants et développement des évaluations de pratique professionnelle avec des médecins traitants ;
- renforcement de la coordination médicale ;
- informatisation du dossier au domicile du patient.

L'HAD en Languedoc-Roussillon ²⁶

1. L'HAD DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE

1.1. *Activité, nombre de structures, taille et couverture géographique*

[500] Malgré un doublement de l'activité entre 2005 et 2008, le Languedoc-Roussillon est la région qui accuse le plus fort retard du point de vue du développement de l'HAD : 919 journées/100 000 habitants en 2008 (contre 4422 pour la moyenne nationale). Le nombre de journées réalisées a presque doublé entre 2008 et 2009. Malgré cela, le Languedoc-Roussillon reste la région métropolitaine la moins pourvue en valeur relative (42 830 journées réalisées en 2009 pour une population de 2,616 M d'habitants) et l'avant dernière en valeur absolue (devant Champagne-Ardenne).

[501] 15 HAD étaient autorisées au 1er janvier 2010 mais seules 10 d'entre elles fonctionnent à ce jour. Il s'agit d'établissements de petite taille : 8 HAD ont une capacité supérieure à 30 « places autorisées » (dont une de 64 places) et 4 ont une capacité égale ou inférieure à 10 places. L'activité réelle, en 2008, était encore plus modeste puisque seule l'HAD du CH de Perpignan dépassait le seuil de 9 000 journées (11 225). A l'exception du CHU de Montpellier spécialisé dans la prise en charge des malades du SIDA (spécialité en cours d'abandon), toutes ces HAD sont généralistes.

Tableau 21 : Répartition des structures par taille (établissements en activité en 2008)

| Activité 2008 | Languedoc-R. | France |
|------------------|--------------|--------|
| <10 000 journées | 86% | 72% |
| 10 000 à 30 000 | 14% | 22% |
| 30 000 à 50 000 | 0% | 3% |
| 50 000 à 100 000 | 0% | 2% |
| > 100 000 | 0% | 1% |

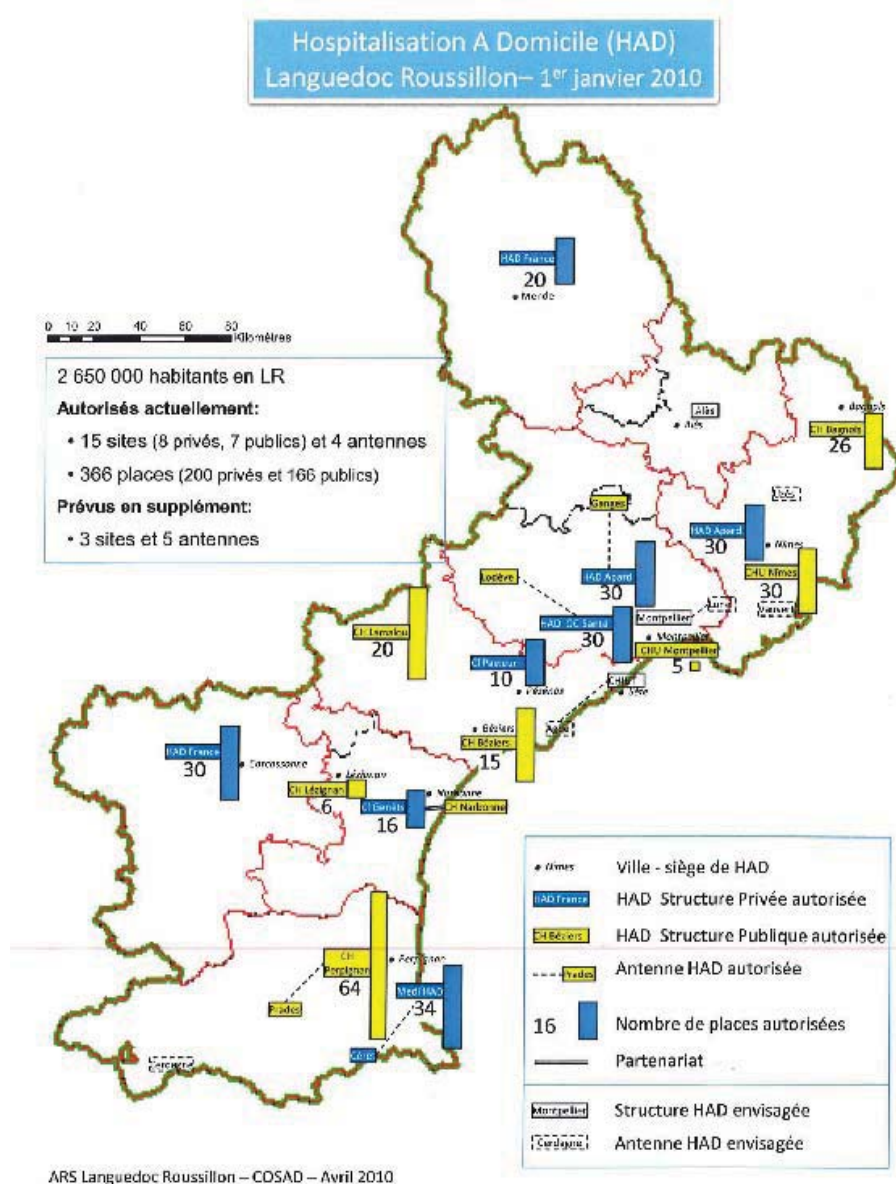
Source : FNEHAD

[502] Sur le plan géographique, 7 des 8 territoires de santé étaient dotés d'au moins un site début 2010. Le territoire de Perpignan est le mieux pourvu avec 2 établissements en activité (dotés chacun d'une antenne) disposant d'une capacité théorique de 98 places. Le territoire de Nîmes est également relativement bien doté (3 établissements en activité, pour une capacité de 86 places autorisées). A l'inverse, le territoire d'Alès n'est pas couvert (aucun projet n'a été déposé suite à la déclaration de caducité de la précédente autorisation) et celui de Montpellier disposait au début de l'années 2010 d'une seule HAD en activité (5 places). En Lozère, un site a été autorisé mais n'est toujours pas en activité.

²⁶ Déplacement du 26 avril 2010. Entretien avec le personnel de l'ARS : Mme AOUSTIN, Directrice générale ; M. LE QUELLEC, Directeur de la DOSA ; Mme MORAILLON, responsable du pôle Soins hospitaliers ; Dr GIRAUDON, pôle soins de premier recours ; M. BONNIER, pôle performance ; Mme SAINTAIN, gestion hospitalière et contractualisation, Mme SANJUAN, Service des autorisations et planification ; M. EVE, Service Statistique ; Mme BATESTI, Service qualité. Entretien avec le Dr BROULAND, Médecin conseil au pôle contentieux de la DRSM. Entretien avec le Dr DUTILLEUL, Président de la section généraliste de l'URML du Languedoc-Roussillon. Entretien avec le Dr PERUCHO, Délégué régional de la FNEHAD. Entretien avec M. BOUSCAREL, représentant de l'ordre régional des infirmiers et Mme MOREL, représentante du syndicat des infirmiers.

[503] 4 des 15 HAD recensées début 2010 disposaient d'une antenne. Cette formule permet de couvrir les zones rurales éloignées avec un service de proximité économe en temps de déplacement, tout en mutualisant les fonctions supports.

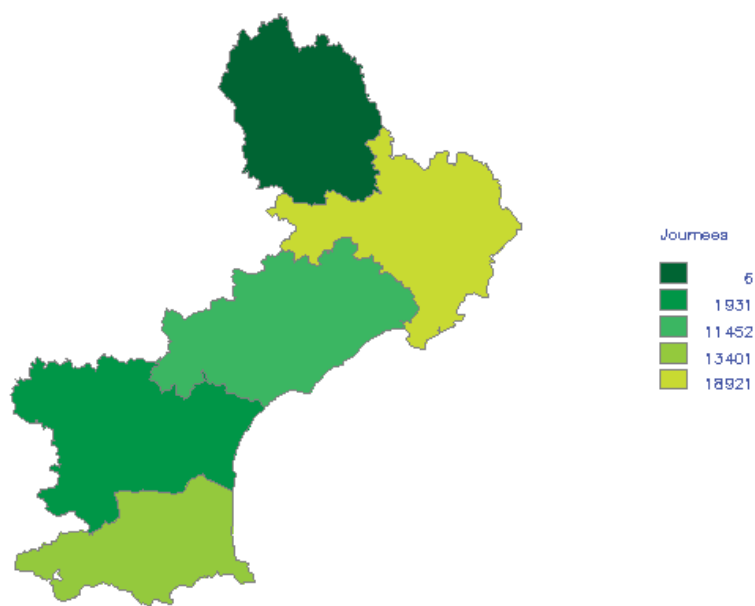
Graphique 2 : Répartition géographique



Source : ARS Languedoc-Roussillon

[504] En 2009, le département du Gard présentait le plus fort taux d'activité de la région, suivi des Pyrénées-Orientales et de l'Hérault. Certains patients étaient pris en charge par des HAD implantées dans des régions adjacentes. 7 établissements, localisés en Midi-Pyrénées et PACA, ont ainsi réalisé plus de 3000 journées en 2009, dont 2792 par l'HAD d'Avignon.

Graphique 3 : Activité par département en 2009 (nombre de journées selon le domicile des patients)



Source : ATIH

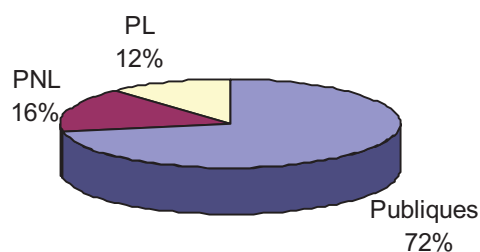
ATIH

1.2. Statut juridique et mode de rattachement

[505] Sur les 15 HAD recensées début 2010, 8 étaient de statut privé (dont 6 à but lucratif) et 7 de statut public. A ce jour, la majeure partie de l'activité est réalisée par les HAD rattachées à des centres hospitaliers grâce, notamment, à l'importance de celle du CH de Perpignan. A l'avenir, les parts respectives pourraient se rééquilibrer, le privé disposant des deux tiers des places autorisées.

[506] La part du secteur privé lucratif dans l'offre régionale est très importante puisqu'elle représente près de la moitié des structures et, potentiellement, 40% de l'activité (contre, respectivement, 10.3 et 6.68% au niveau national en 2008).

Tableau 22 : Activité 2008 (journées) par type d'HAD



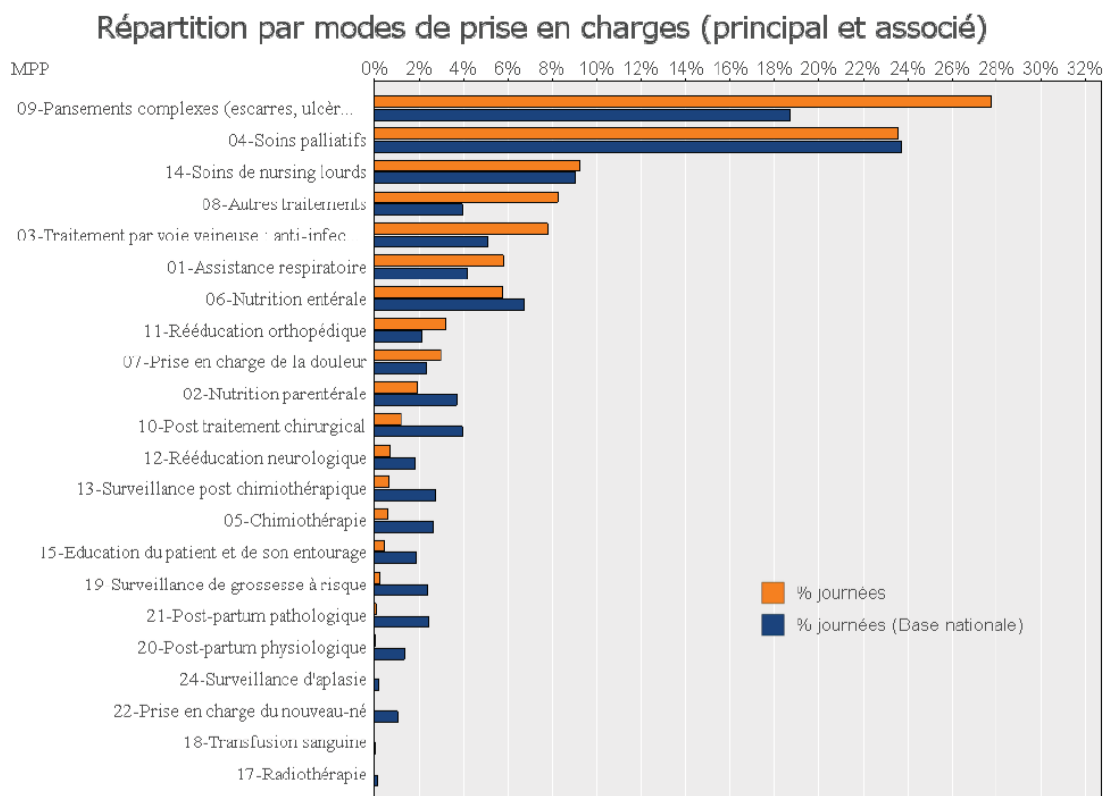
Source : FNEHAD

[507] Sur les 15 HAD recensées en 2010, 10 sont rattachées à un établissement de santé. La totalité des HAD « autonomes » dépendent d'un groupe exerçant des activités dans le secteur sanitaire (cliniques, prestations médico-techniques, réseau d'HAD....).

1.3. Principaux modes de prise en charge

[508] Le Languedoc-Roussillon se distingue par l'importance des « pansements complexes » et, inversement, par la quasi absence d'obstétrique et de périnatalité. Ces chiffres, associés à l'importance des soins palliatifs et des soins de nursing lourd, reflètent l'orientation gérontologique et le profil relativement peu « technique » de l'HAD dans la région (cf. partie 2).

Tableau 23 : Modes de prise en charge (2008)

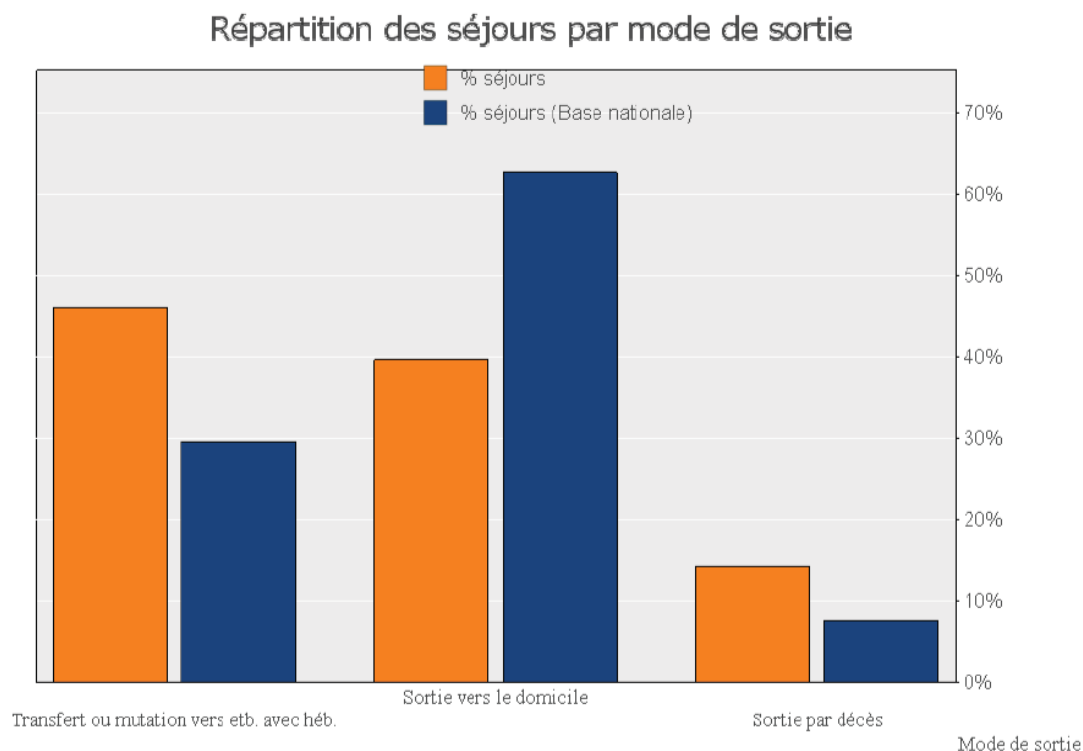


Source : FNEHAD

[509] Les patients sont nettement plus âgés et plus dépendants que la moyenne nationale. Plus du tiers des journées réalisées en 2008 dans la région (soit près de 10 points de plus que la moyenne nationale) concernaient des patients sévèrement dépendants (indice de Karnofsky inférieur ou égal à 30%). Plus des trois quarts de ces journées concernaient des patients âgés de plus de 60 ans (2/3 pour la moyenne nationale).

1.4. Place dans l'offre et les parcours de soins

[510] Concernant les parcours de soins, la région se distingue, par rapport à la moyenne nationale, par des flux relativement plus importants avec les établissements de santé (surtout pour les sorties) et, corrélativement, une place moindre du domicile dans les entrées et surtout les sorties. Les sorties par décès sont, quant à elles, près de deux fois plus importantes que la moyenne nationale. Les raisons de ces réadmissions fréquentes en établissement ne sont pas connues (urgence, fractionnement des séjours en HAD... ?).



Source : FNEHAD

[511] L'HAD s'inscrit dans une offre de soins régionale abondante, notamment en personnels libéraux. Les densités sont cependant variables d'un département à l'autre : fortes dans l'Hérault en matière de médecins et infirmiers, qu'ils soient libéraux ou salariés, elles sont plus contrastées dans les autres départements. La Lozère, par exemple, manque de médecins libéraux mais présente une densité d'infirmiers salariés très nettement supérieure à la moyenne nationale.

[512] L'offre médico-sociale est quant à elle contrastée : le taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées est inférieur à la moyenne nationale alors que celui en SSIAD y est à peu près identique. Dans ces deux domaines, la Lozère affiche des taux d'équipement très supérieurs à la moyenne nationale.

Tableau 24 : Offre de soins au 1^{er} janvier 2008

| | Médecins sal.+lib. | dont libéraux | IDE sal. et lib. | dont libéraux | MCO | Struct.héberg. Pers.âgées: | Pers.âgées: SSIAD |
|----------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| | /100 000 hab | /100 000 hab | /100 000 hab | /100 000 hab | Nombre de lits/100 000 hab | Tx équipement/1000 pers.75&+ | Taux d'équipement /1 000 adultes de 75 ans & + |
| Aude | 294,58 | 193,13 | 732,19 | 205,44 | 327,55 | 80,3 | 17,4 |
| Gard | 304,54 | 200,57 | 725,34 | 221,68 | 283,01 | 86,7 | 16,1 |
| Hérault | 414,60 | 272,04 | 893,06 | 241,94 | 394,77 | 84,8 | 17,5 |
| Pyrénées- Orientales | 332,39 | 234,43 | 863,19 | 269,76 | 307,71 | 72,2 | 17,6 |
| Lozère | 227,69 | 131,17 | 1037,66 | 123,38 | 339,53 | 176,6 | 23,6 |
| Languedoc- Roussillon | 349,17 | 231,54 | 825,39 | 232,77 | 338,98 | 85,3 | 17,3 |
| France entière | 321,03 | 192,45 | 762,45 | 113,66 | 343,63 | 113,80 | 16,90 |

Source : IRDES

[513] La coopération des HAD avec les structures environnantes semble, de l'avis des acteurs, ne pas poser de problème, même si les données manquent en la matière. Avec les SSIAD, en particulier, le partage des rôles serait clair, ces structures étant d'ailleurs en sous activité dans la région. Dans certaines zones, la présence de plusieurs HAD induit des concurrences, notamment entre structures publiques et structures privées.

[514] Les principales difficultés concernent les relations avec les professionnels libéraux et en particulier avec les infirmiers (particulièrement nombreux dans la région). Le développement des structures d'HAD dans certains territoires de santé (Montpellier, Nîmes...) est parfois vécu par ceux-ci comme une captation de clientèle : les HAD ne prendraient que les patients les plus « légers », empiétant ainsi sur les prises en charge ambulatoires ; elles alourdiraient inutilement les interventions (logistique, soignants...) au risque de gêner les patients et d'entraîner des surcoûts. Ce sujet est particulièrement sensible dans les zones où l'installation des professionnels libéraux est contingentée. Pour apaiser ces tensions, des conventions type ont été signées par les HAD avec les infirmiers libéraux pour préciser leur place dans le dispositif et fixer les règles de rémunération. Une information et des formations (actes particulièrement techniques) ont également été proposées.

[515] Avec les médecins libéraux, les relations semblent moins conflictuelles même si certains d'entre eux éprouvent des réticences par rapport à l'HAD (lourdeur des consultations, encadrement des interventions du médecin traitant...). La communication est restée limitée dans ce domaine, mis à part quelques messages dans le bulletin de l'URML. Pour cette dernière, la collaboration avec l'HAD pourrait être un atout pour la structuration des soins primaires. Elle semble disposée à participer à des formations ou des opérations de communication destinées à mieux faire connaître l'HAD (conditions d'admission, structures existantes...).

1.5. Perspectives

[516] Après des années de stagnation, l'HAD semble prendre son essor (doublement des journées réalisées entre 2008 et 2009). La région est désormais pourvue d'un réseau de sites relativement équilibré. Le retard pourrait cependant être long à rattraper. Cela dépendra notamment de la qualité de la coopération qui s'instaurera entre les HAD et leur environnement (les libéraux comme les établissements), mais également de la façon dont les HAD géreront leur concurrence dans les grandes agglomérations.

2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE

2.1. *Le SROS et la politique d'autorisation*

2.1.1. Principales orientations du SROS

- [517] Aux termes du SROS 3 (2006-2010) « une priorité est accordée dans la région du Languedoc-Roussillon à la prise en charge des personnes âgées et aux soins palliatifs compte tenu de l'importance de la population âgée de plus de 65 ans ». Ce document estime cependant que « le caractère généraliste ou polyvalent de la structure d'hospitalisation à domicile doit être maintenu ».
- [518] Sur le plan quantitatif, le SROS fixe un objectif de 354 places autorisées en 2010 (contre 147 en 2005), en se basant sur l'objectif national de 8000 places inscrit dans la circulaire de février 2004 (soit 14 places/100 000 habitants). La répartition de ces capacités tient compte de la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans et favorise 6 territoires de recours : Perpignan, Béziers-Sète, Alès, Carcassonne, Narbonne et Lozère au détriment de Montpellier et Nîmes-Bagnols-sur-Cèze où la population âgée est moins nombreuse. Toutefois, ce dernier territoire étant dépourvu (en 2005) de toute HAD, son équipement est considéré comme prioritaire.
- [519] 21 implantations sont ainsi prévues dans l'annexe opposable du SROS, dont 4 à Nîmes et 4 à Béziers.
- [520] Enfin, le SROS estime que « compte tenu du retard de la région [...], il convient d'accorder une priorité aux places rattachées à des établissements publics ou privés, notamment dans des territoires dépourvus actuellement de structures d'HAD ». Les auteurs du SROS considèrent en effet que ce rattachement à une structure hospitalière contribue à garantir « le caractère substitutif des places d'HAD par rapport à des capacités d'hospitalisation traditionnelle ; les ressources humaines et logistiques destinées à assurer la continuité des soins. »

2.1.2. Politique d'autorisation de l'ARH

- [521] Début 2010, l'objectif quantitatif du SROS était atteint et même dépassé (366 places autorisées). Cette capacité théorique est cependant loin d'être atteinte puisque, fin 2009, seules 117 places étaient occupées.
- [522] De nombreuses autorisations ont en effet été accordées mais non mises en œuvre, soit parce que l'autorisation est récente (3 HAD ont été autorisées en mai 2009, dont 2 sur Montpellier) soit parce que l'HAD tarde à exploiter son autorisation. Deux HAD, autorisées respectivement en 2007 (Narbonne) et 2008 (Mende), n'ont ainsi toujours pas commencé à fonctionner. Dans le cas de la Lozère, la faiblesse de la population départementale (70 000 habitants) ainsi que sa dispersion pourraient compliquer le démarrage de l'HAD.
- [523] D'une façon générale, le développement de l'HAD dans la région a été freiné par l'incapacité – ou le refus – des titulaires d'autorisations à les mettre en œuvre. Sur Montpellier, par exemple, l'ARH a dû prononcer en 2008 la caducité de deux autorisations (l'une accordée à un CH et l'autre au CRLC) pour pouvoir autoriser deux nouveaux opérateurs en mai 2009. La troisième autorisation est détenue par le CHU dont l'activité d'HAD est en régression et pourrait même s'interrompre.
- [524] Au-delà du manque de volonté (ou de capacité) des opérateurs, de la part les centres hospitaliers en particulier, le développement de l'HAD a souffert, jusqu'en 2009, d'une politique d'autorisation restrictive.

- [525] 21 dossiers ont ainsi été rejetés par la COMEX de 2006 à 2009, dont 10 en 2006. La plupart de ces rejets concernent des HAD « autonomes » conformément au choix, inscrit dans le SROS, de privilégier les structures rattachées. L'APARD a ainsi dû déposer un dossier par trois fois avant d'obtenir une autorisation sur Montpellier. A Nîmes, la même association a dû présenter sa candidature deux fois et introduire un recours contre le refus qui lui avait été opposé en 2006 avant d'obtenir une autorisation en 2007.
- [526] Les réticences de l'ARH vis-à-vis des HAD autonomes semblent avoir été renforcées par une circulaire de la DHOS du 11 février 2008 imposant, pour obtenir une autorisation d'HAD, de détenir ou d'obtenir une autorisation pour l'activité de soins concernée (médecine). Ce type d'autorisation n'étant, dans certains cas, pas disponibles au bilan, des demandes ont été rejetées. Il s'agit là d'une lecture très restrictive de la réglementation - et de la circulaire en question - qu'on ne rencontre pas dans les autres régions. L'ARH semble avoir progressivement renoncé à cette politique puisque, depuis 2008, 3 HAD autonomes ont été autorisées.
- [527] Enfin, les difficultés rencontrées par l'HAD dans la région tiennent à l'orientation « gérontologique » du SROS. L'assurance maladie relevait ainsi, dans une note datée de 2009, que les priorités du SROS étaient en décalage par rapport aux instructions ministérielles (circulaire du premier décembre 2006) qui insistent sur la vocation polyvalente et généraliste de l'HAD. L'assurance maladie observait également qu'il y a un décalage entre l'objectif du SROS fondé sur une cible nationale de 8000 places alors que la circulaire de 2006 fixe un objectif de 15000 places en 2010. En prenant cette référence et celle de la population totale, il était donc préconisé de rectifier le nombre d'implantations à autoriser en faveur, notamment, de Montpellier.
- [528] Même si le SROS n'a pas été amendé, ces orientations guident depuis la politique d'autorisation. Deux implantations sont ainsi prévues, l'une à Alès et l'autre à Montpellier. L'ARS entend ainsi couvrir tout le territoire régional à travers des sites (de 30 places environ avec, le cas échéant, des antennes de 15 places) et en instaurant, dans les plus grandes agglomérations, une concurrence entre HAD (Montpellier, Nîmes et Perpignan). Cette concurrence pose d'ailleurs question lors de la phase de démarrage, alors que la solidité financière des structures n'est pas assurée (les opérateurs souhaiteraient un « bornage » de leurs territoires d'intervention).
- [529] Au final, le développement de l'HAD dans la région semble avoir souffert d'une conjonction d'éléments défavorables : des opérateurs sanitaires peu intéressés, des tensions entre les acteurs (entre les hôpitaux et les cliniques, l'hôpital et la médecine de ville...), une politique régionale très prudente...
- [530] Grâce aux inflexions prises depuis deux ans, la région est désormais presque intégralement couverte et on peut espérer que les autorisations accordées seront effectivement exploitées. La volonté de l'ARS est de développer l'HAD.

2.1.3. Autres démarches

- [531] L'ARH a fait de la continuité et de la permanence des soins une priorité en matière d'HAD. Ces établissements doivent donc assurer, eux-mêmes, non seulement une permanence paramédicale mais également médicale, sans se reposer sur le C15, SOS Médecins ou la PDS de droit commun. Ils doivent également respecter des délais d'intervention maxima de 30 minutes²⁷, ce qui impose la création d'antennes dans les parties les plus éloignées de leur zone d'intervention. Ces conditions ont obligé certaines HAD à organiser un système d'astreintes avec des médecins généralistes se relayant d'une semaine sur l'autre, moyennant une compensation financière substantielle (450 € par semaine) qui pèse sur la rentabilité de ces structures.

²⁷ Le délai d'intervention de 30 mn est issu d'une position prise, lors d'une commission exécutive de l'ARH du Languedoc Roussillon le 19/12/2007, par Madame Elisabeth HUBERT, Présidente de la FNEHAD, en référence à la circulaire DHOS du 1er décembre 2006. Cette circulaire précise que les objectifs d'implantation peuvent être exprimés "en temps maximum d'accès, dans un territoire de santé, à un établissement exerçant une activité de soins". Ce temps de trajet de 30 mn a été retenu en région parmi les critères d'implantation.

[532] La coopération entre opérateurs constitue également un des axes de la politique régionale : entre HAD (notamment celles intervenant sur un même territoire), entre les HAD et les autres établissements sanitaires, entre les HAD et les acteurs d'aval... Malheureusement, ces collaborations sont restées limitées, en particulier entre HAD, chacune cultivant ses réseaux (selon la dichotomie privé/public notamment).

[533] Enfin, des dotations en AC ont été accordées à trois HAD nouvellement créées en 2005, d'un montant allant de 25 000 à 41 667 €. Selon l'ARS, ces dotations ont constitué des aides plutôt efficaces au démarrage.

2.2. La politique de l'assurance maladie

2.2.1. Accompagnement

[534] Dans le cadre de l'action de maîtrise médicalisée menée en 2009, l'assurance maladie a rencontré les responsables des cinq HAD en activité fin 2007. Cette démarche, plutôt bien reçue par les établissements, a permis d'identifier les difficultés suivantes :

- concernant le dossier du patient, le suivi de la traçabilité est complexe lors de l'intervention des professionnels libéraux ; le double de la prescription de sortie est rarement présent et la lettre de sortie est souvent jugée superflue, du fait que le médecin traitant en est le rédacteur et le destinataire ;
- les réticences voire l'hostilité des infirmiers libéraux dans certains territoires (cf. supra) ;
- l'inadéquation de la liste des MPC et MPA ; par exemple, l'incompatibilité entre « prise en charge de la douleur » et « soins palliatifs » ;
- l'inadaptation de l'indice de Karnofsky qui n'est pas assez précis et ne permet pas de prendre en compte les effets de la verticalisation et de la reprise de la marche ; la classification AVQ ou GALAAD serait plus adaptée ;
- s'agissant des transports liés à la réalisation d'une consultation ou d'examen en établissement hospitalier, la règle du paiement par le prescripteur est source de tensions entre la structure d'HAD et l'établissement hospitalier pour le règlement des frais engagés ;
- concernant la pharmacie, il a été proposé que celles qui fonctionnent sans PUI et qui se fournissent en officine salarient un pharmacien pour réaliser le suivi du traitement dans son ensemble et notamment l'analyse pharmaceutique de la prescription ;
- enfin, en cas de prise en charge en EHPAD, il a été fréquemment pointé la lourdeur du dispositif administratif à mettre en place.

2.2.2. Contrôles

[535] Aucune HAD de la région ne figure parmi les 5 qui ont été contrôlées en 2009.

L'APARD à Montpellier²⁸

1. UN CONTEXTE TRES PARTICULIER

[536] Trois centres d'intérêt méritent d'être relevés, dans l'émergence de ce nouveau service d'hospitalisation à domicile :

[537] - Le fait que l'association joue, de longue date, un rôle de prestataire médico-technique, solidement installé et gérant, au-delà de son cœur originaire de métier en assistance respiratoire à domicile (activité extraordinairement amplifiée dans la période récente par la prise en charge de l'apnée du sommeil), différents types d'interventions techniques à domicile (nutrition assistée ; pompes à insuline ; etc ..).

[538] - La gestion désormais acquise de deux sites d'hospitalisation à domicile, l'un à Nîmes, l'autre à Montpellier, contribuant ainsi à réduire le retard en équipement d'HAD des principales agglomérations du littoral, peuplées et denses en personnel médical et aussi para médical.

[539] - L'extrême difficulté d'obtenir des autorisations dont le refus réitéré a souvent changé de motifs pour finalement céder d'une part devant l'opiniâtreté de l'association, d'autre part devant le constat de l'absence de mise en œuvre par les titulaires des autorisations dont ils disposaient.

[540] L'APARD avait en effet vu rejetée une première demande de création d'HAD en 2005 sur le territoire de santé de Montpellier. Cette demande de 60 places avait été rejetée par la commission exécutive de l'agence comme conduisant à dépasser de 39 le nombre de places à créer dans ce territoire au regard des objectifs de développement 2005-2006 de l'HAD en Languedoc- Roussillon, et, de ce fait surdimensionnée par rapport aux besoins. Une seconde demande introduite par l'APARD en décembre 2005 fut rejetée par la commission exécutive de l'ARH le 24 mai 2006, après qu'un rapport défavorable devant le CROSS ait indiqué que le SROS III évaluait à 64 places en 2005 les besoins en HAD sur le territoire de recours tandis qu'il y existait 68 places autorisées et 3 implantations. Le recours gracieux présenté par l'APARD, argumenté sur le fait que deux des services autorisés ne fonctionnaient pas, fut rejeté à son tour.

[541] Cependant, après que les points de vue des uns et des autres se soient rapprochés, l'agence régionale de l'hospitalisation du Languedoc-Roussillon constata, comme elle en avait l'obligation, la caducité de deux des trois autorisations accordées. Cette remise à plat permit à l'APARD, d'une part, à un groupe de cliniques privées (le groupe OC santé), d'autre part, d'introduire, chacun, une demande d'autorisation, qui cette fois aboutirent. Le dossier de l'APARD de Montpellier, déclaré complet, le 31 décembre 2008 fut autorisé le 27 mai 2009.

[542] Sur le territoire de santé de Nîmes, l'autorisation de l'APARD n'avait été obtenue qu'à la suite d'un recours hiérarchique gagné postérieurement à une deuxième demande rejetée.

2. UN PROJET EN MESURE D'ABOUTIR

[543] Les moyens prévus à la mise en œuvre permettent le lancement et la montée en charge du service en trois ans. Les locaux situés pour partie à proximité des autres services de l'association, pour partie dans le même bâtiment que ceux-ci, sont modernes et fonctionnels.

²⁸ La mission a rencontré le 28 avril au siège de l'APARD : Monsieur Daniel POUX, directeur, le docteur LAFON et le docteur RASCHILAS, médecins coordonnateurs de l'APARD 34, le docteur BENEZET, médecin coordonnateur de l'APARD 30, ainsi que Madame BENNAC, cadre de Santé de l'HAD.

- [544] L'HAD fonctionnera la première année avec un quart de poste de directeur, un tiers de poste de médecin coordonnateur, un emploi de cadre infirmier, quatre postes d'infirmiers, deux d'aides-soignants, un tiers de diététicienne, un tiers d'assistante sociale et un sixième de temps de psychologue. En période de croisière, la quotité de médecin coordonnateur passera à 0,57 ETP, le nombre de cadres infirmiers à 1,5, celui des infirmiers à 6 et celui des aides soignants à 4.
- [545] Un recours important aux professionnels de santé libéraux tant médicaux que para médicaux est prévu.
- [546] L'APARD peut bien entendu mobiliser facilement des prestataires de services pour les patients nécessitant une assistance respiratoire, une perfusion, une nutrition entérale et de manière générale, du matériel médical. Un prestataire assure la collecte et le traitement des déchets d'activités de soins.
- [547] L'organisation de la prise en charge du patient fait l'objet d'une procédure opératoire complète inspirée de celle qui a été mise en place à Nîmes. La structure est joignable 24h sur 24. Des accords avec L'HAD permettent de préciser les rapports avec des médecins qui acceptent de prendre en charge des malades dans ce cadre. L'astreinte infirmière est assurée. L'APARD a fait le choix de ne pas avoir de pharmacie à usage intérieur et passe convention avec les pharmacies d'officine et les pharmacies hospitalières pour les médicaments qui doivent être acquis en rétrocession. La pharmacie du CHU a donné son accord bien que la convention générale entre les deux établissements tarde à être signée.
- [548] L'association a passé de nombreuses conventions avec ses différents partenaires pour faciliter leur fonctionnement réciproque.
- [549] L'orientation retenue en terme de patientèle a pu être précisée grâce à une étude préalable, accomplie par un bureau d'étude spécialisé qui a pu enquêter auprès des services du CHU les plus concernés par l'adressage de leurs propres malades à une structure d'HAD. Il s'agit de la partie de cette étude qui a été menée pour déterminer, pour dix services du CHU, celles des demandes de prises en charge qui, provenant des services hospitaliers, relèveraient d'une prise en charge possible en HAD ou au contraire devraient être accueillis par d'autres structures ou encore ne pourraient être suivis à domicile faute d'un entourage suffisant.
- [550] Cette enquête, complétée par l'examen des possibilités de prescriptions d'entrée directe par les médecins de ville ainsi que de l'application de taux nationaux, a tendu à conclure qu'une structure de trente places pourrait fonctionner en accueillant aux environs d'un tiers de soins continus et de soins palliatifs et de deux tiers de soins ponctuels au sens de la circulaire DGOS de 2000.

+++++

- [551] La visite de conformité réalisée le 27 novembre 2009 a établi que les conditions techniques de fonctionnement étaient respectées. L'ouverture effective de l'antenne de Ganges prévue dans l'autorisation du 27 mai 2009 devrait intervenir en 2011.
- [552] La décision finalement prise par l'ARH du Languedoc-Roussillon de ne plus laisser des autorisations laissées en friche et d'avoir autorisé deux nouveaux services d'HAD pourrait bien cette fois-ci réduire la zone blanche du territoire de Montpellier.

CHU de Montpellier²⁹

[553] L'hospitalisation à domicile, au CHU de Montpellier, est de très petite taille, spécialisée initialement dans la prise en charge des personnes atteintes par le VIH, puis élargie dans la période récente, notamment aux soins palliatifs. Elle est très incertaine sur son avenir dans l'attente de la définition d'une ligne claire sur l'éventualité de l'externalisation du service.

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. Informations générales

[554] Cette HAD, aujourd'hui polyvalente, est rattachée au CHU de Montpellier. Elle est de petite taille en raison, notamment, de sa spécialisation initiale. Sa zone d'intervention couvre l'agglomération de Montpellier où elle est désormais en concurrence avec deux autres services d'hospitalisation à domicile.

[555] L'HAD du CHU de Montpellier a été créée en Janvier 1993, dans le cadre d'un contrat d'objectifs faisant suite aux circulaires de 1991 « Ville-Hôpital » sur le SIDA. Les cinq lits créés complétaient le dispositif de prise en charge de ces patients, dans le cadre du service hospitalier concerné.

[556] L'activité de l'HAD, qui se tenait jusqu'alors sur une moyenne de 1400 journées d'hospitalisation par an, a commencé à baisser à compter de 2006, sous l'effet d'une diminution de la morbidité et de la mortalité des patients porteurs du VIH.

[557] A partir de 2009, l'HAD s'oriente vers la polyvalence dans le cadre d'un partenariat interne au CHU avec l'unité d'accompagnement et de soins palliatifs (2008) puis des spécialités représentées dans le pôle des cliniques médicales. Pour autant, l'unité ne parvient pas à assurer dans un premier temps un astreinte médicale, ni soignante entre 20h et 7h30 du matin. En 2009, l'unité se met en conformité et connaît un regain d'activité, en honorant des prises en charge proposées par les services de soins présents dans le pôle des cliniques médicales, ou par le réseau plaies et cicatrisation du CHU.

[558] Devant la difficulté d'assurer l'équilibre financier de l'activité tout en maintenant une permanence des soins propre à l'HAD, le conseil exécutif décide après avoir examiné le sujet à trois reprises de renoncer à la gestion directe de l'HAD dont la fermeture était attendue pour fin juin 2010.

1.2. Activités

[559] En 2009, l'activité était revenue à un niveau (cependant faible) de 1402 journées pour 268 séquences complètes, 144 séjours complets et 26 patients dans l'année.

[560] Les 1402 journées se répartissaient selon le mode de prise en charge entre 651 journées pour les pansements complexes et soins spécifiques, 236 en « éducation du patient et de son entourage », 203 en soins palliatifs et 202 en « autres traitements », le reste se répartissant entre les autres modes de prise en charge.

²⁹ La mission a rencontré au CHU de MONTPELLIER, le 29 avril : Monsieur Daniel MOINARD, Directeur Général du CHU, ainsi que Monsieur Claude STORPER, directeur du pôle opérationnel de l'offre de soins, Monsieur Bernard BARRAL, directeur délégué, le Docteur François PERRIGAUT, Vice-président de la CME, Monsieur Maurice RAMOS, directeur adjoint des affaires financières et du contrôle de gestion, Monsieur Georges SANABRE, directeur de la coordination des soins, ainsi que de nombreux membres du personnel, lors d'une réunion de travail.

[561] Une forte proportion de malades porteurs du VIH ou atteints de maladies infectieuses continue d'être observée (près de la moitié).

1.3. Qualité, continuité, permanence

[562] Les protocoles médicaux sont suivis modifiés et actualisés selon le cas par le médecin coordonnateur ou le médecin référent du service hospitalier d'adressage.

[563] Il existe un dossier médical d'hospitalisation à domicile, qui comprend :

- la synthèse médicale initiale figurant sur le dossier d'admission, établie par le médecin référent hospitalier,
- un projet thérapeutique initial et ultérieur,
- un dossier d'hospitalisation, laissé au domicile du patient, partagé avec les autres professionnels de santé intervenants ; il sert de support de communication entre ceux-ci,
- un dossier de soins infirmiers.

[564] Ce dossier n'est pas informatisé.

[565] L'HAD applique les différents protocoles de gestion de la douleur, de vigilances ou de prise en charge du CHU.

[566] Selon la réponse donnée par l'établissement, le CHU a obtenu la certification V2 en septembre 2008, mais cette certification ne couvre pas les HAD de moins de six places et donc pas celle du CHU de Montpellier.

[567] De manière générale le service est très intriqué dans les modes de gestion de l'établissement.

1.4. Gestion

[568] Le CHU présente un tableau qui, pour l'année 2007, fait apparaître, 300 354 € de produits pour 659 166 € de charges directes, dont 591 780 € de charges de personnel.

[569] Il apparaissait ainsi clairement que la taille et les caractéristiques principales de l'unité ne permettaient pas le maintien de l'activité telle qu'elle était.

2. TROUVER DE NOUVEAUX LIENS ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER ET L'HOSPITALISATION A DOMICILE

[570] Le centre hospitalier et universitaire de Montpellier s'est interrogé sur une possibilité d'externalisation, dans laquelle l'hôpital détiendrait une autorisation qui serait alors en quelque sorte subdéléguée à une autre partie prenante sur la base d'un cahier des charges défini par le CHU.

[571] Outre que cette solution n'est pas conforme au droit des autorisations, elle est sans doute peu opérationnelle. Il est douteux, en effet, qu'un nouveau partenaire accepte facilement de se placer en situation de tenure précaire d'une autorisation détenue par le CHU. Le juge administratif requalifierait d'ailleurs les situations juridiques, au profit de l'exploitant réel, comme le Conseil d'Etat l'avait fait dans son arrêt HOAREAU du 16 novembre 1984.

- [572] A la fin juin 2010, le service d'HAD du CHU de Montpellier devait cesser son activité. Il est raisonnable de penser que si les perspectives permettent de créer 30 places supplémentaires d'HAD dans le territoire de Montpellier, il faudra définir des rapports contractuels entre le nouveau gestionnaire et le Centre hospitalier et universitaire. Le recours à un groupement de coopération sanitaire, associant le CHU et un autre partenaire est peu probable ; en d'autres circonstances, cela aurait pu être un élément de solution.
- [573] Deux autres voies apparaissent possibles :
- la cession d'autorisation, éventuellement incommode à manier ;
 - la voie d'une convention simple entre le CHU et une structure déjà munie d'une autorisation.
- [574] Cette façon de faire est la plus simple ; son seul inconvénient est de laisser une vacance dans l'inventaire publiable, alors que l'agglomération de Montpellier longtemps sous dotée en services d'HAD fonctionnant réellement, est sur dotée en autorisations potentielles dont la mise en œuvre ne se traduirait pas par une saine émulation, mais par le risque renouvelé et accru d'empêcher le développement de services si longtemps retardés. A cet égard, il apparaît que le prochain SROS, pourrait utilement revoir le nombre d'implantations d'HAD dans l'agglomération montpelliéraine. Mieux vaut en effet, disposer d'un moins grand nombre d'autorisations et qui correspondent à un service effectif.
- [575] Des évolutions semblent aujourd'hui commencer à se faire jour. Le CHU de Montpellier a ainsi fait savoir que "dans le cadre de l'élaboration du projet médical du CHU qui va s'engager, la question de l'HAD sera un élément important et même essentiel de la réflexion. Ce projet médical devra en effet être fortement restructurant et promouvoir autant que possible des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation. L'éventuelle création d'une HAD transversale et répondant aux besoins de l'ensemble des pôles d'activité médicale du CHU devra être étudiée comme l'une des options privilégiées pour soutenir cette démarche. Les conclusions de cette réflexion devront en préciser les capacités qui correspondront à la fois aux besoins et aux exigences financières. Elles comporteront également une indication sur la formule à retenir : activité assurée directement par le CHRU ou contractualisation avec une structure privée existante, éventuellement déjà dotée d'une autorisation".
- [576] Un rôle très important est dès lors dévolu à l'agence régionale de santé qui doit réunir les partenaires principalement concernés, fixer les autorisations et définir dans les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) les perspectives d'évolution d'activité, et inciter ceux-ci à passer des conventions de coopération précisant les modalités de transfert des patients sortant des services du CHU les conditions de respect et d'évolution des structures de soins, ainsi que les coopérations entre services médicaux, par exemple la contribution des médecins du chu à la coordination médicale, ainsi que les conditions d'accueil des infirmières de coordination de l'HAD dans les services hospitaliers. En conditionnant autorisation et CPOM à l'effectivité de cette coopération, l'agence régionale sera dans son plein rôle, tel que défini par la réglementation applicable.

L'HAD en Limousin³⁰

1. L'HAD DANS L'OFFRE DE SOINS REGIONALE

1.1. *Activité, nombre de structures, taille et couverture géographique*

[577] Avec 57 474 journées comptabilisées en 2009, le Limousin est loin d'atteindre le niveau d'activité de l'Ile-de-France ou même de Rhône-Alpes. Cependant, compte tenu de sa faible population (741 000 habitants en 2009), cette région figure parmi les premières de France pour le taux de recours à l'HAD : 7 756 journées/100 000 habitants en 2009, contre 5127 pour la moyenne nationale³¹. En 2008, le Limousin occupait même la première place au regard de cet indicateur, position qu'elle conserve en 2009 pour le nombre de séjours par habitant.

[578] L'HAD bénéficie d'un ancrage ancien dans la région : la première structure a été créée à la fin des années 80, en milieu rural, par des professionnels de santé libéraux. Cet ancrage a ensuite été conforté par les autorités régionales (création d'une HAD dans la Creuse notamment et transformation d'un réseau en HAD en Corrèze).

[579] Sur la période récente, cette activité a augmenté fortement (+167% depuis 2005 contre 119% au niveau national). Elle a en revanche fléchi entre 2008 et 2009 (-5.9% pour le nombre de journées et -6.8% pour la valorisation brute) alors que l'activité, exprimée en nombre de journées de prise en charge, a progressé de 18.7% au niveau national (seule la Franche-Comté accuse également une diminution). Trois des cinq HAD de la région (dont les deux plus importantes) ont subi une baisse d'activité alors que les deux autres ont enregistré une légère croissance. Les raisons de cette baisse ne sont pas connues (saturation des besoins ? effet contrôle T2A ?).

[580] Le nombre d'HAD autorisé est relativement limité puisqu'elles n'étaient que 5 en 2009. Trois d'entre elles dépassent le seuil de 10 000 journées en 2008, soit deux fois plus que la moyenne nationale. En revanche, aucune ne dépassait 20 000 journées de prise en charge, traçant ainsi un profil relativement homogène à l'échelle régionale.

Tableau 25 : Répartition des structures par taille

| Activité 2008 | Limousin | France |
|------------------|----------|--------|
| <10 000 journées | 40% | 72% |
| 10 000 à 30 000 | 60% | 22% |
| 30 000 à 50 000 | 0% | 3% |
| 50 000 à 100 000 | 0% | 2% |
| > 100 000 | 0% | 1% |

Source : FNEHAD

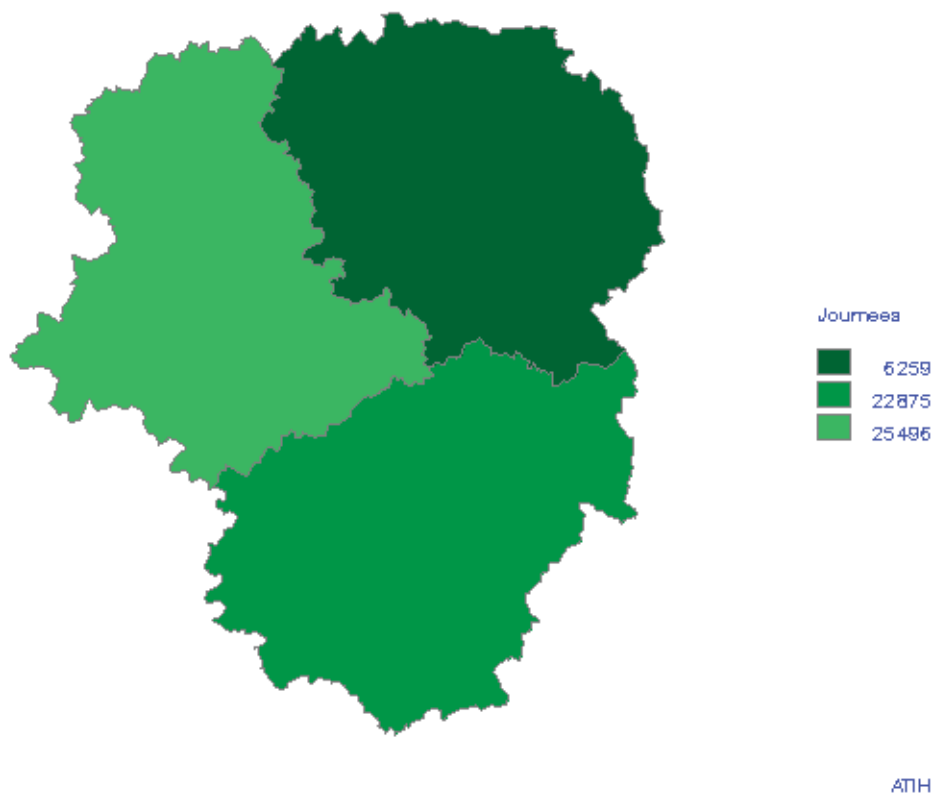
³⁰ Déplacement du 20 mai. Entretien à l'ARS avec : M. HERBUEL-LEPAGE, ARS, Dr SOFIO, ARS ; les Dr LAFON et DE QUEIROZ, DRSM ; Mme BARBARAY, Directrice de l'HAD 23 et Déléguée régionale de la FNEHAD ; les Dr LAFLEUR et LEMAIRE, URML.

³¹ Données FNEHAD.

[581] Sur le plan géographique, tous les territoires de santé (dont les limites correspondent aux frontières départementales) sont dotés d'au moins une HAD : 2 en Corrèze, 2 en Haute-Vienne et 1 dans la Creuse. A l'exception d'Oncorèse (HAD spécialisée dans la cancérologie, les soins palliatifs et la chimiothérapie), toutes ces HAD sont polyvalentes.

[582] L'activité, appréciée selon le domicile des patients, est concentrée sur deux départements (Corrèze et Haute-Vienne) qui sont à la fois les plus peuplés et les mieux dotés en HAD. Le taux de recours à l'HAD varie ainsi du simple au double selon le département : 10 200 journées/100 000 habitants en Corrèze contre 4 700 dans la Creuse en passant par 6 800 dans la Haute-Vienne. La zone d'activité de chaque HAD est départementale avec cependant une exception : Oncorèse réalise environ 20% de son activité dans deux départements voisins (Lot et Dordogne) qui appartiennent d'ailleurs à deux régions différentes.

Graphique 4 : Activité par département en 2009 (nombre de journées selon le domicile des patients)

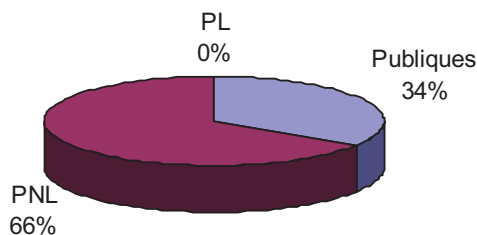


Source : ATIH / PMSI HAD

1.2. Statut juridique et mode de rattachement

[583] Sur les 5 HAD, 2 sont de statut public et 3 de statut privé à but non lucratif (2 PSPH et 1 associative). Les premières réalisent environ un tiers de l'activité.

Tableau 26 : Activité 2009 (journées) par type d'HAD



Source : FNEHAD

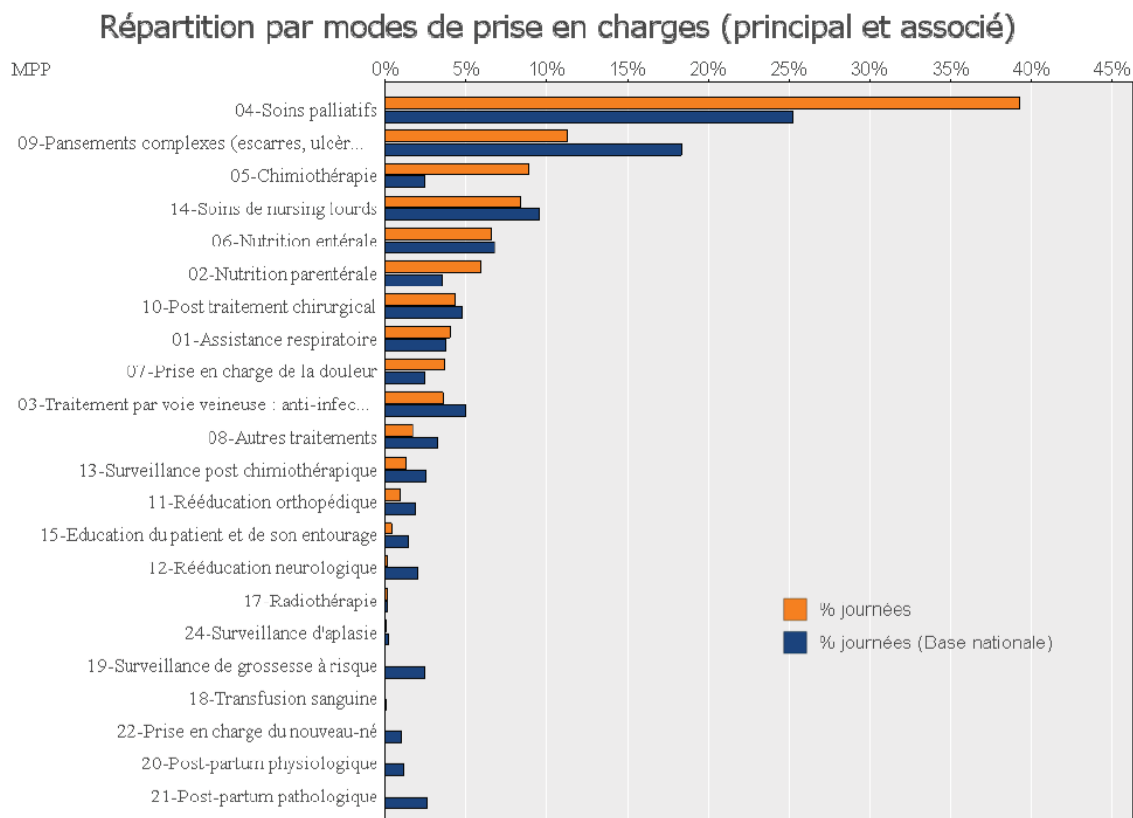
[584] Seules les HAD publiques sont rattachées à un établissement de santé (un CHU et un CH). Le fonctionnement de ces deux HAD est plutôt fondé sur du personnel salarié alors que les trois autres s'appuient principalement sur du personnel soignant libéral. Les deux HAD rattachées à des hôpitaux, notamment celle du CHU, semblent cependant évoluer vers un modèle mixte au fur et à mesure de l'extension de leur périmètre géographique.

1.3. Principaux modes de prise en charge

[585] Sur les 5 HAD, trois ont une activité à peu près comparable (typologie de patients, modes de prise en charge, DMS...) et deux ont une activité plus différenciée : Oncorèse qui a une forte activité en chimiothérapie et le CHU de Limoges, très orienté vers l'aval du MCO.

[586] D'une façon générale, le Limousin se distingue par le poids des soins palliatifs. Le taux de sorties par décès est d'ailleurs relativement important (22 à 25% des séjours) dans les HAD polyvalentes (hors CHU). Les « pansements complexes » y sont en revanche moins développés. La périnatalité est inexistante, malgré le souhait du SROS de développer cette activité (cf. infra).

Tableau 27 : Modes de prise en charge (2009)



Source : FNEHAD

[587] Le case-mix confirme la prédominance des soins palliatifs associés, par ordre de décroissance, aux MPA « prise en charge de la douleur », « Nutrition parentérale » et « Nutrition entérale ». La valorisation du GHT moyen régional est supérieure à la moyenne nationale (de 207 à 242 € contre 196 au niveau national en 2009).

[588] Cette orientation en soins palliatifs serait, selon les acteurs rencontrés, ancienne et liée à plusieurs facteurs : une demande d'accompagnement de la part des médecins libéraux pour la prise en charge des fins de vie, l'absence jusqu'à récemment de réseaux de soins palliatifs (et le fonctionnement mitigé des « unités mobiles de soins palliatifs »), la politique ancienne de maintien à domicile des personnes âgées, le savoir faire des HAD...

Tableau 28 : Principales associations (2009)

| MPP | MPA | Nb journées | % journées | % journées (Base nationale) |
|---|---|-------------|------------|-----------------------------|
| 04-Soins palliatifs | 07-Prise en charge de la douleur | 5 903 | 10.27% | 4.85% |
| 05-Chimiothérapie | 00-Pas de protocole associé | 4 853 | 8.44% | 1.43% |
| 04-Soins palliatifs | 00-Pas de protocole associé | 4 123 | 7.17% | 4.96% |
| 04-Soins palliatifs | 02-Nutrition parentérale | 3 856 | 6.71% | 2.66% |
| 04-Soins palliatifs | 06-Nutrition entérale | 2 389 | 4.16% | 2.54% |
| 09-Pansements complexes (escarres, ulcères, b...) | 14-Soins de nursing lourds | 2 387 | 4.15% | 3.66% |
| 06-Nutrition entérale | 14-Soins de nursing lourds | 2 186 | 3.80% | 2.34% |
| 14-Soins de nursing lourds | 12-Rééducation neurologique | 1 545 | 2.69% | 2.30% |
| 14-Soins de nursing lourds | 09-Pansements complexes (escarres, ul...) | 1 430 | 2.49% | 1.31% |
| 02-Nutrition parentérale | 13-Surveillance post chimiothérapique | 1 426 | 2.48% | 0.81% |
| 09-Pansements complexes (escarres, ulcères, b...) | 15-Education du patient et de son ent... | 1 412 | 2.46% | 1.75% |
| 09-Pansements complexes (escarres, ulcères, b...) | 07-Prise en charge de la douleur | 1 210 | 2.11% | 3.72% |
| 07-Prise en charge de la douleur | 09-Pansements complexes (escarres, ul...) | 1 075 | 1.87% | 0.66% |
| 04-Soins palliatifs | 09-Pansements complexes (escarres, ul...) | 958 | 1.67% | 2.63% |
| 04-Soins palliatifs | 14-Soins de nursing lourds | 942 | 1.64% | 0.13% |
| 10-Post traitement chirurgical | 15-Education du patient et de son ent... | 902 | 1.57% | 0.39% |
| 04-Soins palliatifs | 15-Education du patient et de son ent... | 823 | 1.43% | 0.74% |
| 04-Soins palliatifs | 25-Prise en charge psychologique et/ou... | 811 | 1.41% | 1.85% |
| 01-Assistance respiratoire | 14-Soins de nursing lourds | 806 | 1.40% | 0.69% |
| 04-Soins palliatifs | 01-Assistance respiratoire | 799 | 1.39% | 1.21% |

Source : FNEHAD

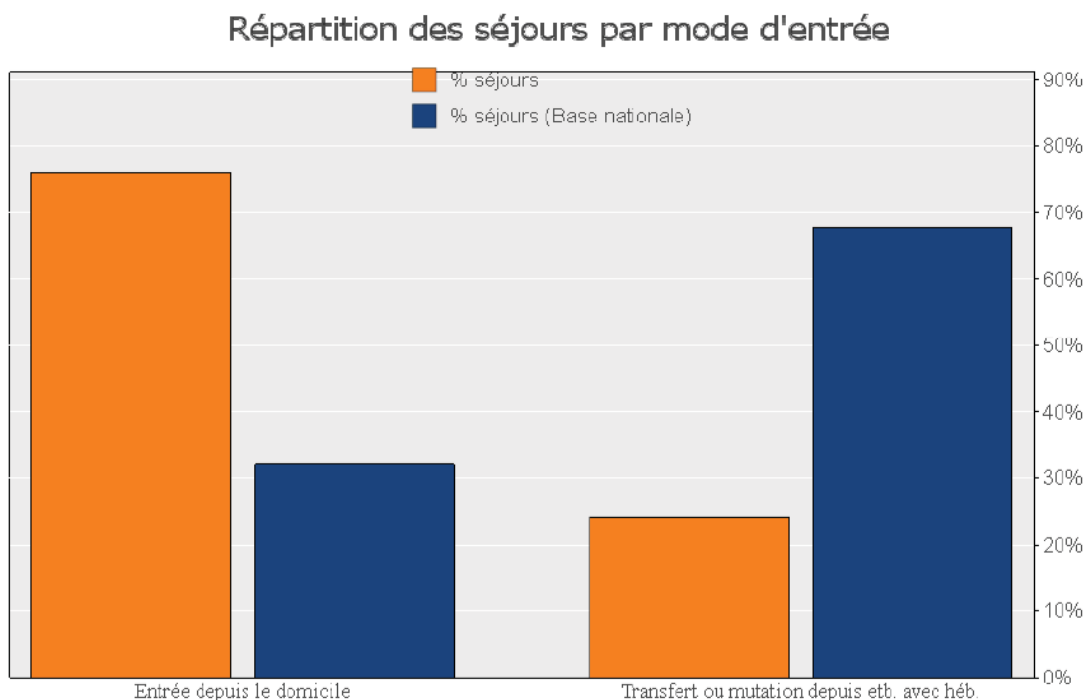
[589] Un peu moins de 60% des journées réalisées en 2009 dans la région (soit 3 points de plus que la moyenne nationale) concernaient des patients fortement dépendant (indice de Karnofsky inférieur ou égal à 40%). Les 5 HAD ont d'ailleurs des profils très tranchés du point de vue de ce critère : 4 d'entre elles accueillent des patients peu dépendants alors que la dernière a une patientèle sévèrement dépendante. Près des trois quart de ces journées concernaient des patients âgés de plus de 60 ans (soit presque 10 points de plus que la moyenne nationale). Cette proportion est à mettre en rapport avec le profil démographique régional : le Limousin est la région la plus âgée de France (24% de personnes de plus de 65 ans).

[590] Le profil socio-économique de cette patientèle n'est pas connu. D'une façon générale, le Limousin se caractérise par un habitat dispersé, des revenus relativement faibles et une forte tradition de maintien des personnes âgées à domicile.

1.4. Place dans l'offre et les parcours de soins

[591] Le domicile occupe une place prépondérante dans les flux, en particulier pour l'entrée en HAD (proportions relatives du domicile et des établissements inversées par rapport à la moyenne nationale). Là encore, ces moyennes cachent des situations contrastées et, sans doute des biais statistiques : 2 HAD recrutent principalement leurs patients depuis le domicile alors que les 3 autres HAD sont principalement alimentées par les établissements MCO.

Graphique 5 : Modes d'entrée (2009)



Source : FNEHAD

[592] Le nombre de journées réalisées en EHPAD reste très faible, malgré une augmentation entre 2008 et 2009. Le flux vers ou en provenance des SSIAD est également presque négligeable, à une exception près. Pourtant, trois HAD sur cinq appartiennent à des structures qui gèrent un SSIAD (2 hôpitaux et une structure autonome).

[593] L'HAD s'inscrit dans une offre de soins relativement étoffée, notamment en personnels libéraux (densité d'IDE supérieure de 25% à la moyenne nationale). Les densités sont cependant variables d'un département à l'autre : si la Haute-Vienne est globalement mieux dotée en professionnels de santé que la Creuse et la Corrèze, la démographie des infirmiers libéraux est plus favorable dans ces deux derniers départements et notamment dans la Creuse. Surtout, il existe de fortes disparités d'un canton à l'autre : il y a de vastes zones dépourvues de médecins généralistes dans certains départements.

Tableau 29 : Offre de soins au 1^{er} janvier 2008

| | Médecins sal.+lib. | dont libéraux | IDE sal. et lib. | dont libéraux | Struct.héberg. Pers.âgées | SSIAD |
|-----------------------|--------------------|---------------|------------------|---------------|------------------------------|---|
| | /100 000 hab | /100 000 hab | /100 000 hab | /100 000 hab | Tx équipement/1000 pers.75&+ | Taux d'équipement / 1 000 adultes de 75 ans & + |
| Limousin | 322,75 | 185,93 | 994,72 | 147,90 | 98,80 | 22,50 |
| Corrèze | 275,79 | 173,61 | 962,06 | 161,65 | 110,2 | 23,1 |
| Creuse | 246,96 | 144,13 | 893,12 | 188,66 | 111,1 | 27,4 |
| Haute-Vienne | 378,37 | 207,77 | 1049,60 | 125,47 | 85,30 | 19,90 |
| France entière | 321,03 | 192,45 | 762,45 | 113,66 | 113,80 | 16,90 |

Source : IRDES

- [594] L'offre médico-sociale est quant à elle contrastée : le taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées était inférieur à la moyenne nationale en 2008 alors que celui en SSIAD lui était très supérieur.
- [595] Les relations avec les intervenants libéraux seraient globalement bonnes, malgré parfois quelques difficultés avec les HAD hospitalières. Les IDE libéraux apprécieraient la diversité des tâches offertes par l'HAD.

1.5. Perspectives

- [596] La diminution d'activité en 2009 interroge sur les perspectives de développement de l'HAD dans la région. Hormis la Creuse qui semble disposer d'une certaine marge de progression (taux de recours de 4700 journées / 100 000 habitants en 2009), l'ensemble de la région paraît avoir atteint un pallier dans le contexte réglementaire et tarifaire actuel.
- [597] Pour la couverture des zones rurales, la télésanté semble ouvrir peu de perspectives, pour des raisons techniques (absence de réseau dans certaines zones) et culturelles (attachement du personnel médical et paramédical aux soins de proximité).
- [598] La collaboration avec les SSIAD, pour fluidifier les parcours de soins mais aussi et surtout rationaliser l'offre de soins à domicile (mutualisation des fonctions supports et des ressources paramédicales) semble une voie plus prometteuse.

2. LES ORIENTATIONS ET LES OUTILS DE LA POLITIQUE REGIONALE

2.1. Le SROS et la politique d'autorisation

2.1.1. Place de l'HAD dans le SROS et principales orientations

- [599] Le SROS 3 estime que « malgré un développement conséquent, l'HAD connaît des limites » : caractère rural, habitat dispersé, manque de personnel soignant, isolement d'un nombre important de personnes âgées...
- [600] Compte tenu de ces obstacles, plusieurs « axes d'amélioration » sont définis :
- coordination accrue avec les autres structures (médecine de ville, établissements de santé, structures médico-sociales et sociales...);
 - affirmation de la vocation polyvalente de l'HAD ce qui implique, en complément de l'amélioration de la prise en charge des soins palliatifs (soins techniques et accompagnement psycho-social), le développement d'autres activités telles que la périnatalité, la pédiatrie, la neurologie, les SSR...;
 - intervention accrue dans les structures sociales et médico-sociales pour personnes âgées;
 - coopération entre HAD en matière d'information des prescripteurs, d'élaboration de protocoles et de procédures à travers, notamment, une « Confédération régionale des HAD » chargée de formaliser les rencontres et d'organiser le travail en commun.
- [601] En revanche, aucun objectif quantitatif n'est fixé.
- [602] Le SROS et ses documents préparatoires reconnaissent d'ailleurs que l'estimation des besoins est difficile et qu'il faut notamment tenir compte du reste de l'offre de soins. Seule une estimation précise des besoins en périnatalité a été réalisée. Ceux-ci étaient estimés à 119 séjours annuels en obstétrique et 35 en néonatalogie ; un niveau considéré comme insuffisant pour créer une HAD spécialisée mais qui constitue un besoin réel auquel, selon les autorités régionales, les HAD polyvalentes existantes pourraient répondre.

2.1.2. Politique d'autorisation de l'ARH

- [603] Au démarrage du SROS 3, le Limousin dispose déjà de 5 HAD : 3 HAD « anciennes », créées par des hôpitaux ou issues du monde libéral et 2 HAD plus récentes, créées grâce à la politique active de l'ARH. Il s'agit, d'une part, de l'HAD du CRRF André Lalande créée en 2002 pour assurer la couverture de la Creuse et, d'autre part, d'Oncorèse, ancien réseau « Soubie », transformé en HAD en 2005 lors de l'arrêt du financement de ce type de réseaux.
- [604] Dans ces conditions, les autorités régionales ont considéré qu'il y avait suffisamment d'HAD. Elles ont notamment estimé que le nombre relativement faible d'habitants par département, l'habitat rural dispersé ainsi que la nécessité d'avoir des structures à zone d'intervention départementale, de rationaliser les moyens et d'harmoniser les prises en charge interdisaient l'octroi de nouvelles autorisations.
- [605] Aucune nouvelle HAD n'a donc été créée depuis 2006 et la croissance de l'activité s'est faite uniquement par développement des structures existantes. En revanche, chacune des quatre HAD polyvalentes s'est vue accorder un territoire d'intervention départemental, ce qui a amené à modifier l'autorisation de l'HAD du CH de Tulle jusque là cantonnée à un périmètre de 20 km autour de cette ville.
- [606] Cette politique a effectivement porté ses fruits sur le plan quantitatif (+179% de journées de prise en charge depuis 2005). En revanche, la diversification des activités, au-delà des soins palliatifs et mis à part la cancérologie (limité à Oncorèse) n'a pas eu lieu. Le développement de la périnatalité aurait notamment été bloqué par le manque de sages-femmes libérales.
- [607] Des projets de diversification sont actuellement à l'étude, notamment la chimiothérapie en hématologie sur l'ensemble des HAD des 3 départements.

2.1.3. Autres démarches

- [608] Malgré les orientations du SROS et les efforts de l'ARH, la coopération entre les HAD est restée limitée. Cet échec tiendrait principalement à la concurrence qui règne entre les différentes HAD, en particulier celle entre les deux structures opérant dans la Haute-Vienne et qui semble aller crescendo. De ce point de vue, la concurrence semble avoir été plus subie, car héritée de l'histoire de l'HAD dans la région, que voulue par l'ARH.
- [609] Un travail en réseau se met peu à peu en place à l'initiative de la FNEHAD. Il reste cependant encore limité aux responsables qualité et, dans une moindre mesure, aux médecins coordinateurs.
- [610] Enfin, des dotations en AC ont été accordées à 4 des 5 HAD, pour des montants dépassant 250 000 € sur la période 2005-2009 pour l'une d'entre elle. Selon l'ARS, cet outil a été très efficace puisqu'il a concrètement permis de développer des projets spécifiques ; par exemple le déménagement d'une HAD ou encore la mise en place du dossier médical informatisé.

2.2. La politique de l'assurance maladie

2.2.1. Accompagnement

- [611] Dans le cadre du plan national d'accompagnement des structures, les 5 HAD ont été visitées en 2009. Ces rencontres auraient donné lieu, pour chaque HAD, à un compte rendu dont seul un exemple a pu être consulté par la mission. Aucune synthèse n'en aurait été tirée.
- [612] Les principales difficultés évoquées lors de cette démarche seraient :
- le dossier patient (difficultés à gérer de multiples intervenants, informatisation, traçabilité des informations...);

- la permanence des soins ;
- les relations entre certaines HAD autonomes et des prescripteurs hospitaliers ;
- les relations avec les professionnels libéraux ;
- les relations avec les EHPAD et les SSIAD.

2.2.2. Contrôles

[613] Aucune des HAD du Limousin ne fait partie des 5 contrôlées en 2009.

HAD 23³²

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. *Statut et positionnement*

- [614] L'HAD est rattachée au Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle « André Lalande » (CRRF), établissement SSR privé à but non lucratif PSPH (établissement appartenant à la Fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité), ouvert à Noth en 1996. L'HAD est complètement intégrée au CRRF du point de vue juridique, administratif et financier.
- [615] L'HAD a été créée en 2002 avec un fort soutien de l'ARH (politique et financier) qui souhaitait compléter le maillage régional en dotant la Creuse d'une HAD. Cette création aurait suscité des réticences de la part de certains établissements sanitaires et professions libérales (médecins et pharmaciens notamment).
- [616] En 2008, l'HAD représentait 27% des journées de prise en charge réalisées par le CRRF, les trois quarts restant étant réalisés par le SSR (hospitalisation complète et hospitalisation de jour). Le développement de l'HAD constitue l'un des deux axes stratégiques du projet médical du CRRF adopté en 2010.

1.2. *Taille et couverture géographique*

- [617] L'HAD 23 dispose d'une autorisation portant sur l'ensemble de la Creuse (120 000 habitants) où elle est la seule HAD à intervenir (quelques journées réalisées à l'extrême sud du Département par Oncorèse en 2008). Elle a réalisé 6113 journées de prise en charge en 2009, pour une capacité théorique de 25 places (9131 journées).
- [618] L'HAD est située en périphérie du département et intervient principalement dans l'est de la Creuse, essentiellement dans les cantons Guéret et La Souterraine (respectivement 19 et 16% des journées réalisées en 2009). Pour rééquilibrer cette activité, limiter les temps de déplacements et assurer un service de proximité, une antenne vient d'être ouverte dans l'ouest du département (Felletin), dans un EHPAD du Groupe Fondation Caisses d'Epargne. Cette antenne comprend un bureau (pour les réunions et les transmissions), un garage et un local de stockage. Deux aides soignants ont été recrutés pour y être affectés.
- [619] Selon la direction de l'HAD, les distances et la faible densité de la population engendrent des difficultés de fonctionnement. Elle estime ainsi à 350 000 km les déplacements effectués par l'équipe médicale et paramédicale, soit 3.5 ETP sur les 11 que compte l'HAD.

³² Déplacement du 20 mai 2010. Rencontre avec Mme Barbaray, Directrice de l'HAD.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité et principaux modes de prise en charge*

[620] Après avoir augmenté de 2006 à 2008 (+42% de journées de prise en charge), l'activité a fléchi en 2009 (-15%) à cause, selon les responsables de l'HAD, du départ en mai du médecin coordinateur (interim assuré par des médecins du CRRF). Depuis le début de l'année 2010 et l'arrivée d'un nouveau médecin coordinateur, l'activité est nettement plus soutenue. L'objectif de la direction est de parvenir à 9000 journées de prise en charge (soit un taux de recours de 7500 journées/100 000 habitants à l'échelle du département), chiffre qui correspond à la fois à la capacité théorique autorisée et, selon l'HAD, à un fonctionnement optimal.

[621] L'HAD 23 présente une forte activité dans le domaine gériatrique et palliatif. L'association « Soins palliatifs / Prise en charge de la douleur » arrive ainsi en tête du case mix avec 10.3% des journées réalisées en 2009. Les « Pansements complexes » (premier MPC principal avec 27.5% des journées réalisées en 2009) arrivent en deuxième et troisième position du casemix (6.5 et 6.2% des journées réalisées en 2009), en association avec, respectivement, « Soins de nursing lourds » et « Education du patient et de son entourage ». Les patients sont, en moyenne, plus âgés et plus dépendants que la moyenne nationale (69.5 ans et IK de 40 contre 63.6 ans et IK de 50 pour la moyenne nationale).

[622] Ce profil a sensiblement évolué depuis 2006 : chute des MPC principaux « Rééducation orthopédique », « Nutrition parentérale » et « Traitements intraveineux » et montée concomitante des MPC principaux « Pansements complexes » et « Soins de nursing lourds ». Par ailleurs, la DMS a presque doublé entre 2007 et 2009 (38.10 j contre 22.25 pour les séjours complets) avec une chute de près de 31% du nombre de séjours complets sur la même période (pour un nombre de journées stable). Dans le même temps, le nombre moyen de séquences complètes par séjours complets a augmenté de plus de 40%.

[623] Selon les responsables de l'HAD, ces variations DMS s'expliquent par le fait que, jusqu'au début de l'année 2009, des saignées itératives été réalisées en HAD à la demande du Centre Hospitalier de Guéret, avec un fort impact sur la DMS. De plus, les malades seraient souvent très lourds et les relais avec les SSIAD long à mettre en oeuvre.

[624] La chute, depuis 2006, du MPC principal « Rééducation orthopédique » s'expliquerait par les difficultés de recours à des kinésithérapeutes libéraux qui assurent de moins en moins les soins à domicile. Ce mode de prise en charge se retrouverait en revanche en MPC associé. Les MPC « Nutrition parentérale » et « Traitements intraveineux » seraient quant à eux le plus souvent assurés par des prestataires médico-techniques. La montée concomitante des MPC « Pansements complexes » et « Soins de nursing lourds » s'expliquerait respectivement par l'arrivée de patients en provenance du CHU de Limoges et du CH de Guéret qui bénéficient de systèmes sous aspiration type VAC, d'une part et, par la demande des médecins libéraux qui reconnaissent maintenant le savoir faire de l'HAD, d'autre part.

2.2. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins*

[625] Par rapport à la moyenne nationale, l'HAD 23 se distingue par des flux relativement importants en provenance et en direction des établissements MCO. Ce lien a tendance à se renforcer puisque davantage de patients étaient adressés par le secteur ambulatoire auparavant. En 2006, 70% des séjours complets avaient pour provenance le domicile qui, par ailleurs, représentait 72% des sorties. Selon les responsables de l'HAD 23, ce renversement s'explique par le fait que, lors de la création de l'HAD, la communication a été essentiellement faite en direction des médecins libéraux. Progressivement, les établissements de MCO auraient eu connaissance de l'HAD et se seraient approprié ce mode de prise en charge. Par ailleurs, le passage à la T2A dans le MCO aurait incité les praticiens à examiner avec attention les durées d'hospitalisation dans leurs structures.

Tableau 30 : Modes entrée et sortie (séjours 2009)

| | Etablissements MCO | Domicile | SSIAD | Décès | Autres |
|-----------------------|-----------------------|----------|-------|-------|--------|
| Entrées HAD 23 | 76% | 23% | 0 | | 1% |
| Entrées France | 64% | 32% | 0.4% | | 3.6% |
| Sorties HAD 23 | 46% | 22% | 5% | 25% | 2% |
| Sorties France | 28% | 60% | 0.8% | 8% | 3.2% |

Source : ARS Limousin

- [626] Le CH de Guéret est le principal prescripteur (le seul établissement avec lequel l'HAD ait formalisé une convention). La collaboration est difficile avec certains établissements, en particulier le CH de Bourgneuf et celui de La Souterraine (SSR public concurrent du CRRF). Avec les cliniques, les collaborations sont variables : relations importantes avec celle de la Marche de Guéret et très faibles avec celle de la Croix Blanche de Moutier Rozeille (Aubusson).
- [627] Peu de patients sont admis depuis le CRRF (seuls 2% des patients du CRRF étaient adressés à l'HAD en 2008), l'HAD occupant une place relativement autonome dans les parcours de soins par rapport à son établissement de rattachement. Le SSR représente, d'une façon générale, un faible flux d'entrée et de sortie (respectivement 5 et 1%).
- [628] La collaboration avec les EHPAD du département semble laborieuse, même avec ceux du Groupe Caisse d'Epargne (réticences des médecins coordinateurs). Avec les SSIAD, les flux de patients sont faibles mais le partenariat étroit pour le personnel : des aides soignants sont mis à disposition de l'HAD dans les parties excentrées du département.
- [629] Enfin, l'HAD travaille avec un certain nombre de réseaux, en particulier l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Limoges.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Coordination médicale et place des médecins traitants*

- [630] L'HAD dispose d'un médecin coordinateur à temps partiel (0,6 ETP) qui consacre le reste de son temps à l'HAD du CHU de Limoges. Selon la direction, remplacer le précédent médecin coordinateur a été long et difficile, peu de candidats s'étant présentés (ou alors des candidats ne disposant pas du profil requis, notamment des médecins étrangers).
- [631] La collaboration avec les médecins libéraux semble se dérouler de façon satisfaisante. Certains refuseraient cependant de s'engager dans une prise en charge en HAD en raison des contraintes qu'elle entraîne.
- [632] Lors de l'admission, une « réunion d'installation » est systématiquement organisée au domicile du patient. Elle réunit le médecin traitant, l'infirmière coordinatrice et les soignants (infirmier et éventuellement aide soignant). Le médecin coordinateur y participe parfois. Cette réunion permet d'organiser la prise en charge et d'expliquer l'HAD au patient et à son entourage. Aucun patient isolé n'est admis en HAD. L'admission est généralement décidée dans les 3 jours suivant le signalement.
- [633] Une réunion de coordination hebdomadaire est organisée avec l'ensemble de l'équipe soignante, y compris celle localisée dans l'antenne de Felletin.

3.2. Organisation paramédicale

- [634] Pour les soins paramédicaux, l'HAD repose principalement sur du personnel libéral, en particulier pour les soins infirmiers (2 infirmiers salariés et 80 libéraux en 2009). L'HAD dispose également d'aides soignants salariés (9 en 2009 soit 8 ETP) et recourt, si nécessaire, à ceux de SSIAD partenaires. Un ergothérapeute, un psychologue depuis 2009 et une assistante sociale depuis 2008 du CRRF exercent à temps partiel à l'HAD. En revanche, l'HAD doit recourir à des masseurs-kinésithérapeutes libéraux car ceux du CRRF refusent d'intervenir à domicile. Il en est de même pour l'orthophoniste.
- [635] Selon la direction de l'HAD, les aides soignants interviennent en moyenne une à deux fois par jour et les infirmières libérales deux fois en moyenne. La collaboration avec les infirmières libérales semble ne pas poser de difficultés, celles-ci respectant les protocoles de soins. La Creuse bénéficie d'une bonne densité paramédicale, en particulier en matière de soins infirmiers.
- [636] Enfin, l'HAD ne fait pas intervenir d'auxiliaires de vie au titre de son forfait de prise en charge (intervention jugée trop coûteuse et trop difficile à mettre en oeuvre) mais s'efforce de coordonner son intervention avec celle des services d'aide à la personne malgré la saturation de ceux-ci. Une convention a été signée avec la CPAM 23 pour faciliter la prise en charge au domicile des personnes en soins palliatifs.

3.3. PDS

- [637] La nuit et le week-end, une astreinte est assurée par l'une des deux infirmières coordinatrices qui, en cas de besoin, se déplace ou fait intervenir l'infirmier libéral. Si nécessaire, elle peut faire appel à la PDS médicale ou au centre 15. Ce dernier, avec lequel une convention a été conclue, a par ailleurs la liste des patients suivis en HAD en cas d'appel direct.
- [638] Tous les patients admis en HAD bénéficient d'une téléassistance que l'HAD 23 installe et prend en charge lors de chaque admission. C'est un service géré par la Fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité et qui bénéficie d'une délégation de service public pour le département de la Corrèze (un dossier a été déposé auprès du Conseil Général de la Creuse pour obtenir également la délégation de service public). Les opératrices de « Télécorrèze assistance » ont à leur disposition les différentes procédures de l'HAD pour répondre aux appels des patients ou des familles (depuis le domicile du patient).

3.4. SI et dossier patient

- [639] Le dossier patient est composé d'un « dossier chevet » et d'un « dossier structure ». Seul ce dernier est en partie informatisé (logiciel Athome). Les soins réalisés par les infirmiers libéraux sont inscrits, par ces derniers, dans le dossier chevet (plus difficilement par les masseurs-kinésithérapeutes) et retranscrits ensuite quotidiennement dans le dossier structure par les aides-soignants. Les ordonnances modificatives sont faxées par les médecins traitants, la famille ou l'aide soignant à l'HAD.
- [640] L'informatisation du dossier patient et la dématérialisation des échanges (entre les soignants libéraux et l'HAD, entre le domicile du patient et l'HAD...), constitue l'une des priorités de l'HAD 23. Dans cette perspective, elle a demandé au réseau « reimp'Hos » de procéder à un état des lieux de la couverture réseau de la Creuse. Cette étude, réalisée en 2009, concluait que la combinaison de plusieurs technologies de réseaux et télécommunication (réseaux filaire, téléphonie mobile, wimax, satellite) permettrait de couvrir la totalité du Limousin mais que le délai d'installation d'une connexion pourrait aller jusqu'à trois semaines (cas du réseau filaire et wimax), avec un coût élevé. Elle ajoutait que ce délai pourrait être raccourci mais que cela nécessiterait une mutualisation des projets de télésanté, l'HAD seule ne suffisant pas à justifier les investissements nécessaires.

[641] Enfin, l'HAD 23 a été pressentie pour faire partie du panel de 8 établissements représentatifs à partir duquel sera conduite la « mission d'étude relative à la définition de l'architecture applicative et technique d'un système cible en HAD et à ses conditions de mise en œuvre » prévue par la convention ASIP / FNEHAD signée en mai 2010.

3.5. Médicament et dispositifs médicaux

[642] L'HAD s'approvisionne auprès de la pharmacie à usage intérieur du CRRF, ce que la direction considère comme un avantage du point de vue pharmaceutique (sécurité du circuit du médicament) et financier. En revanche, ce mode de fonctionnement susciterait des réticences voire une certaine hostilité de la part des pharmaciens libéraux. Des conventions sont envisagées avec les officines du département lorsque la réglementation le permettra.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

[643] L'HAD a été certifiée en même temps que l'ensemble du CRRF (V2010, février 2010). 16 critères du chapitre 2 (« Prise en charge du patient ») ont été investigués spécialement pour l'HAD. 9 « A » ont été attribués (dont la « gestion du dossier patient », la « prise en charge des urgences vitales » et la « sortie du patient ») et 6 « B » (dont « Prise en charge de la douleur » et « Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient »).

[644] L'HAD bénéficie de la politique et du programme de qualité, hygiène, sécurité et respect des droits des patients du CRRF.

[645] La formation continue des agents de l'HAD s'inscrit également dans le programme du CRRF. Une infirmière coordinatrice et une aide-soignante sont ainsi titulaires d'un DU de soins palliatifs et une aide-soignante est en cours de formation. La dernière formation suivie par le médecin coordinateur et l'ensemble de l'équipe concerne le PMSI et la T2A HAD (février 2010).

5. EFFICIENCE

[646] Le CRRF ne dispose pas de comptabilité analytique et le résultat de l'activité d'HAD peut seulement être estimé, sur la base des coûts directs. Ce résultat était nettement excédentaire en 2008 (373 K€, soit 23.9% des produits), en progression par rapport à 2007 (263.8 K€, soit 18.7% des produits). Cette amélioration résulte principalement d'une augmentation du produit de la T2A (+10%) qui a plus que compensé l'augmentation des charges à caractère médical (+10%) grâce à la quasi-stagnation des charges de personnel.

[647] Ce résultat tient compte du coût de certaines fonctions mutualisées avec le CRRF (PUI, RH, Direction...) mais laisse de côté un certain nombre de coûts indirects (services techniques, politique qualité, sécurité et hygiène, charges courantes...). Au regard des charges indirectes constatées dans d'autres HAD, leur réintégration pourrait accroître de 5 à 10% les charges supportées par l'HAD 23 qui resterait donc, malgré tout, nettement bénéficiaire.

Autres régions

L'HAD de l'AP-HP ³³

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. *Elément sur le statut et le territoire d'intervention*

[648] Créée en 1957, l'HAD de l'AP-HP est une structure un peu exceptionnelle lorsqu'on la compare aux autres structures d'HAD en France et d'abord par sa dimension. Avec 820 places, elle est le deuxième acteur de l'HAD en France (et aussi en Ile de France) après Santé Service Puteaux. Elle met en œuvre des activités diversifiées et à un haut niveau. L'activité de l'AP-HP mesurée en journées (268 098) représente près de 10% du total national. Outre son activité principale d'hospitalisation à domicile, l'HAD de l'AP-HP assure, également, une fonction logistique auprès de malades, adultes et enfants, en matière de nutrition parentérale à domicile (NPAD). L'HAD AP-HP est un des 38 établissements de l'AP. Au moment où est intervenue la mission (premier semestre 2010), elle était rattachée directement à la direction générale de l'AP-HP.

[649] L'HAD de l'AP-HP intervient sur 12 territoires de santé dans Paris et la petite couronne (108 communes avoisinantes). Sur une partie de son territoire, notamment Paris, l'HAD AP-HP est en concurrence avec deux autres HAD, qui, avec elles, effectuent 90% de l'activité HAD en Ile-de-France : Santé Service et Croix Saint-Simon. Cette dernière intervient à Paris et en petite couronne en étant plus spécialisée en gériatrie et soins palliatifs. Sauf exceptions, il y a en Ile-de-France une certaine « étanchéité » des prescripteurs : les hôpitaux de l'AP-HP et, dans une large mesure, les hôpitaux publics sont d'abord prescripteurs de l'HAD AP-HP. Il y a finalement peu de « prescriptions croisées », c'est à dire par exemple des prescriptions d'HAD du secteur des cliniques à but lucratif vers l'AP-HP.

[650] Mais la notion de territoire de santé n'a pas en Ile-de-France la même portée que dans les autres régions : les patients sont mobiles sur l'ensemble du territoire régional mais en même temps, chacun des hôpitaux de l'AP-HP fonctionne comme un hôpital de proximité : ainsi par exemple 20% des patients pris en charge en HAD en provenance du centre hospitalier La Pitié Salpêtrière sont issus du quartier ; d'autres hôpitaux de l'AP-HP fonctionnent en grande partie comme des hôpitaux de proximité, surtout lorsqu'on s'éloigne de Paris intramuros.

1.2. *Organisation et ressources*

[651] L'HAD AP-HP est organisée en une direction, 4 pôles d'activité et des implantations localisées :

[652] -Direction : sont rattachées au directeur, une direction de la stratégie, de l'activité et de la qualité, une direction des ressources (ressources humaines, formation, informatique, logistique, investissements et travaux, organisation) et la coordination générale des soins (organisation, encadrement et évaluation des activités et des professionnels de soins).

³³ Entretiens avec M Jean-Baptiste Hagenmüller ; directeur de l'HAD AP-HP le 24 février 2010 et avec le Pr Marc Brodin Président du comité consultatif médical (CCM) et le Dr Elisabeth Ballardur, Praticien Responsable du Pôle Soins adultes, le 19 avril 2010. Entretien avec M Jacques Métais directeur de l'ARH Ile de France le 25 mars 2010 et ses collaborateurs : Dr Simon-Prelle et Dr Brigitte Thevenin-Lemoine ainsi que Madame Venries (CRAM), le 9 avril 2010.

- [653] -Pôle Soins adultes (qui prend en charge 75% des patients) avec 17 unités de soins adultes dans différents établissements hospitaliers de l'AP-HP à Paris et dans la petite couronne.
- [654] -Pôle Mère-enfant avec 1 unité spécialisée en obstétrique (pour le post partum et l'ante partum) et 2 unités de soins pédiatriques également localisées dans des établissements de l'AP-HP.
- [655] -Pôle « filières et spécialités » qui ne prend pas en charge les patients mais qui gère les procédures d'évaluation et d'admission des patients et vient en soutien des deux autres pôles : rééducation, service social, psychologues, diététique et politique de recrutement adulte (intervention à tous les niveaux pour mettre en place des partenariats sur le plan médical et paramédical), service de nuit.
- [656] -Pôle support pour l'optimisation des moyens et l'organisation de la logistique du point de vue des patients (pharmacie à usage intérieur PUI, magasin, prestations de matériels et unité annexe de nutrition parentérale à domicile).
- [657] L'HAD AP-HP emploie directement 643 personnes réparties en 20 médecins, 106 personnels administratifs (dont 45 secrétariats d'unités ou équipes de soins), 23 personnels socio éducatifs, 479 personnels soignants, 17 personnels technique et ouvrier et 7 personnels médico-techniques.

1.3. Partenariat avec les autres composantes de l'offre de soins

- [658] L'HAD met en œuvre une politique de partenariat AP-HP avec les établissements de santé mais aussi avec les autres offreurs qui sont les prescripteurs d'HAD. Ceux-ci sont à 80% des hôpitaux de l'AP HP, à 15% des établissements PSPH et privé et à 5% des médecins de ville. Cette dernière catégorie est donc encore peu développée.

1.3.1. Partenariat avec les établissements hospitaliers

- [659] Originellement l'HAD de l'AP-HP ne prenait en charge que des patients transférés depuis les hôpitaux de l'AP-HP. Elle a conclu depuis déjà longtemps des conventions avec d'autres établissements de la région sans remettre en cause son axe stratégique essentiel qui est d'être une structure d'aval des établissements de l'AP-HP. L'HAD est présente dans tous les hôpitaux de l'AP-HP et dans certains établissements hors AP-HP avec lesquels elle a, de longue date, passé une convention : André Grégoire (Montreuil), Le Raincy, Neuilly-Sur-Seine, Sainte-Anne (Neurologie,) Rueil-Malmaison Hôpital Stell (Saint-Cloud), Hôpitaux militaires (Val de Grâce, Bégin, Percy), Institut de Puériculture de Paris (bd Brune) ou, plus récemment, l'Institut Curie sur le champ spécifique de la chirurgie sénologique.

1.3.2. Partenariat avec les professionnels libéraux et les autres acteurs

- [660] L'HAD AP-HP met en œuvre un partenariat avec de très nombreux professionnels libéraux :
- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| - Médecins de ville : 2000 | - Kinésithérapeutes : 650 |
| - Infirmiers : 500 | - Sages-femmes : 70 |
- [661] Elle met aussi en œuvre des relations avec les réseaux de soins, notamment en soins palliatifs, et les SSIAD. Au 31 décembre 2008, 54 conventions avaient été signées avec des EHPAD dans toute la région. Enfin il existe un partenariat avec les services d'aide à la personne (SAP). L'HAD finance directement ce type de service pour certaines personnes. Dans les autres cas, c'est la responsabilité du patient de contacter un des SAP agréés.

1.3.3. Orientations stratégiques

[662] Au moment du passage de la mission, un travail était en cours sur les orientations stratégiques dans le cadre du nouveau projet stratégique de l'AP-HP. Il s'agissait de prolonger les orientations du CPOM principalement sur le plan des activités médicales, ainsi que sur l'amélioration des relations avec les SSIAD, les médecins libéraux et les réseaux avec une recherche de modalités concrètes d'amélioration d'échange d'informations. L'HAD de l'AP-HP n'a pas de projet d'extension en terme de territoire mais souhaite développer des activités telles que le post chirurgical hors obstétrique, la rééducation (projet de partenariat avec l'hôpital St Maurice), la gériatrie ainsi que la néphrologie, et renforcer les coopérations avec les autres acteurs régionaux.

2. ACTIVITES

[663] L'HAD de l'AP-HP se caractérise par la polyvalence des ses activités qui s'apprécie tant au regard du nombre de prises en charge dispensées qu'au regard de la population soignée. Elle a une activité en médecine et en chirurgie adultes, en pédiatrie, en obstétrique, en soins de suite et de réadaptation. La plus grande part du recrutement des patients est assurée par les hôpitaux de l'AP-HP.

2.1. Approche globale de l'activité

[664] Le volume d'activité s'élève en 2008 à 268 098 journées (- 1% depuis 2006) correspondant à la prise en charge de 7 363 patients (+ 29% depuis 2006). Une diminution de la DMS est observée entre 2007 et 2008 mais elle reste supérieure à celle de 2006 ; il y a donc plus de patients pris en charge pour des séjours plus courts. Le taux d'occupation est de 95% en 2008.

[665] Sur 12 774 séjours en 2008, plus des 2/3 concernaient des femmes. Plus de la moitié des femmes prises en charge en HAD ont entre 19 et 39 ans (parturientes ayant une moyenne d'âge de 30 ans). 32% des hommes sont pris en charge entre 61 et 75 ans et 26% ont plus de 75 ans. Ainsi plus de la moitié des hommes pris en charge ont plus de 60 ans (58%). L'âge moyen est de 54,2 ans. L'origine géographique des patients fait apparaître la place prépondérante de Paris (43,32%) suivi des Hauts-de-Seine (20%).

2.2. Analyse quantitative du case mix

[666] L'analyse du case mix montre la polyvalence des activités : sur les 22 modes de prise en charge définis par la circulaire, l'établissement en assure 21. Comme le montre le tableau ci-dessous, près de la moitié de l'activité de santé service est représenté par 3 modes de prise en charge principaux :

- Pansements complexes (30,9%)
- Surveillance des grosses à risque (11,13%)
- Soins palliatifs (8,55%)

Tableau 31 : Répartition de l'activité par mode de prise en charge

| MPC | Nbre de journées 2008 | Part en % |
|---|-----------------------|---------------|
| 09 - pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...) | 87 927 | 30,92% |
| 14 - soins de nursing lourds | 13 313 | 4,68% |
| 19 - surveillance de grossesse à risque | 31 655 | 11,13% |
| 10 - post traitement chirurgical | 21 327 | 7,50% |
| 04 - soins palliatifs | 24 319 | 8,55% |
| 15 - éducation du patient et de son entourage | 10 546 | 3,71% |
| 06 - nutrition entérale | 10 742 | 3,78% |
| 21 - post-partum pathologique | 15 453 | 5,43% |
| 13 - surveillance post chimiothérapique | 8 022 | 2,82% |
| 05 - chimiothérapie | 14 130 | 4,97% |
| 03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre | 14 427 | 5,07% |
| 02 - nutrition parentérale | 12 949 | 4,55% |
| 11 - rééducation orthopédique | 3 851 | 1,35% |
| 08 - autres traitements | 5 718 | 2,01% |
| 01 - assistance respiratoire | 2 775 | 0,98% |
| 12 - rééducation neurologique | 2 837 | 1,00% |
| 22 - prise en charge du nouveau-né | 2 218 | 0,78% |
| 24 - surveillance d'aplasie | 1 405 | 0,49% |
| 07 - prise en charge de la douleur | 706 | 0,25% |
| 17 - radiothérapie | 41 | 0,01% |
| 18 - transfusion sanguine | 35 | 0,01% |
| 20 - post-partum physiologique | | |
| Tous modes de prise en charge | 284 396 | 100,0% |

Source : AP-HP

2.3. *Positionnement dans le parcours de soins à partir des modes d'entrée et de sortie*

[667] L'analyse des modes d'entrées (voir tableau ci-dessous) montre que près de 65% des patients proviennent du domicile contre seulement 34% en provenance d'établissements hospitaliers. Mais le premier chiffre fortement surestimé du fait des différences d'enregistrement du mode d'entrée des patients par les différents services dans les systèmes de gestion administrative des patients de l'AP-HP (Gilda). La majorité des patients restent à leur domicile après l'arrêt de leur prise en charge (69%) ou sont transférés en court séjour (28%). 2% décèdent à domicile.

[668] Les données sur les mode d'entrée et de sortie confirment celles concernant les prescripteurs : degré inégal de recours à l'HAD au sein de l'APHP, lui-même lié à des relations plus ou moins intense avec les médecins prescripteurs en dépit de la présence d'infirmières de l'HAD dans les services, partenariat encore limité avec les services de SSR, les EPHAD et les SSIAD et présence très hétérogène mais généralement très faible de l'HAD dans la médecine de ville.

Tableau 32 : Modes d'entrée et de sortie

| ANALYSE DU MODE D'ENTREE | 2008 | ANALYSE DU MODE DE SORTIE | 2008 |
|---------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
| Domicile | 7 870 | Décès | 261 |
| | | Domicile | 8405 |
| Transfert MCO | 4 135 | Mutations SSR SLD | 10 |
| Transfert de psychiatrie | 3 | Transfert MCO | 3382 |
| Transfert SSR | 24 | Transfert SSR | 47 |
| Transfert USLD | 81 | Transfert USLD | 8 |
| TOTAL | 12 113 | TOTAL | 12 113 |

Source : PMSI

2.4. Analyse qualitative du case mix

2.4.1. Obstétrique, périnatalité et pédiatrie

[669] Le haut niveau d'activité en obstétrique s'explique dans une certaine mesure par les spécificités de Paris intra muros dans laquelle une partie des fonctions relevant, ailleurs, des services de PMI est en fait exercé par l'AP HP et où les maternités qui ont été restructurées et ne sont pas en mesure de préparer ni d'accompagner les parturientes. Il y a un effort pour bien faire la distinction post partum « normal » et post partum « à risque » et ne prendre en charge que cette dernière catégorie de parturientes. Il y a moins de difficultés sur la prise en charge de l'ante-partum à risque qui évite l'hospitalisation, permet de mieux intervenir s'il y a risque de prématurité ou dans des cas justifiant, autrement, des admissions dans un environnement de niveau III de maternité.

2.4.2. Chimiothérapie

[670] En matière de chimiothérapie, le modèle de prise en charge de l'AP HP est très intégré avec une succession de cycles en hôpital de jour puis en HAD. C'est compatible avec une situation d'implication limitée du médecin traitant. L'HAD permet de gérer les effets secondaires et de préparer la sortie vers la ville. Notamment du fait des évolutions tarifaires, la chimiothérapie en HAD a cédé beaucoup de terrain et représente aujourd'hui une part limitée du total par rapport aux hôpitaux de jour mais aussi des prestataires de matériel et des réseaux. Un effort particulier a été fait pour maîtriser les risques associés à la chimio et circuit du médicament. Des protocoles ont été élaborés pour rationaliser le choix des prescripteurs. Pour assurer la sécurité, la reconstitution des cytotoxiques pour les chimiothérapies administrées par l'HAD a été sous-traitée fin 2006 à la pharmacie de l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) et se déploie progressivement avec les différents hôpitaux prescripteurs.

2.4.3. Soins palliatifs

[671] Par rapport aux autres HAD, la place des activités en soins palliatifs est relativement limitée mais les données PMSI (voir plus haut) doivent être analysées avec prudence du fait des difficultés rencontrées dans le codage. C'est une activité en croissance, répondant ainsi à un objectif médical de la structure. Mais le développement de ces prises en charge se heurte à des réticences psychologiques du patient et de son entourage. Les modalités en sont décidées au cas par cas (psycho, nutrition, assistance sociale...). L'HAD AP-HP met en œuvre un partenariat avec les réseaux qui assurent les prises en charge plus légères en soins.

2.4.4. SSR :

- [672] L'HAD intervient pour répondre à des besoins d'HAD en rééducation complexe qui ne peuvent pas être prise en charge par les kinésithérapeutes libéraux. L'AP-HP prépare la création d'un GCS avec l'hôpital St Maurice s'adressant à des patients de la zone et, après évaluation, envisage l'extension à d'autres territoires. Mais la prise en charge des AVC en HAD se heurte actuellement à l'absence de codage et à l'impossibilité de rémunérer les kinésithérapeutes.
- [673] Plus généralement, il apparaît des potentiels de développement qui sont difficiles à concrétiser du fait des limites du système tarifaire ainsi par exemple en gériatrie, où existe un besoin de prise en charge pour des patients en décompensation. Or, aucun codage n'est possible, sauf « autres traitements » qui n'est pas prévu pour cela.

3. ORGANISATION DU FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

- [674] Les procédures d'admission, de suivi et d'élaboration associent le médecin prescripteur, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice dans des conditions qui sont conformes aux normes professionnelles de l'HAD. La majeure partie des soins paramédicaux à domicile est mise en œuvre par des infirmières salariées (220 IDE et 140 aides-soignants). Le recours aux infirmières libérales est limité. En revanche un large recours est fait aux kinésithérapeutes libéraux et aux sages-femmes libérales.
- [675] L'établissement est organisé comme une structure hospitalière et la permanence des soins est assurée 24H/24H.
- [676] L'HAD AP-HP met en œuvre une politique qualité sur quatre axes :
- le suivi de la satisfaction des bénéficiaires ;
 - une politique de gestion des risques notamment sur la prévention et les événements indésirables graves ;
 - la mise en œuvre de la certification et de ses suites ; dans ce cadre différents thèmes d'évaluation des pratiques professionnelles ont été retenus ;
 - des actions de formation pour les personnels.

4. ANALYSE ECONOMIQUE ET FINANCIERE

- [677] Compte tenu de son statut d'établissement hospitalier de l'AP, l'HAD AP HP n'établit pas de bilan mais seulement un compte de résultat. Celui-ci fait apparaître pour l'année 2009 un déficit d'exploitation d'environ 2 M€ poursuivant une évolution à la baisse des résultats depuis 2006. Celle-ci est d'abord liée aux effets d'une politique rigoureuse de codage mise en œuvre par la direction de l'HAD pour remédier à des faiblesses notables dans ce domaine. Pour une large part, ces résultats s'expliquent par les pertes d'exploitation générées par l'activité nutrition parentérale (problème qui se pose pour l'ensemble de l'AP-HAP au niveau de sa dotation MIGAC). Si on met à part cette activité, les comptes font apparaître un très léger excédent, ce qui est conforme aux objectifs fixés.
- [678] Il est à noter que l'HAD de l'AP-HP ne participe pas à l'Etude Nationale des Coûts (ENC), du fait de la faiblesse de son système d'information qui, notamment, ne lui permet pas, à ce jour, un suivi informatisé des temps de soins au domicile.

Santé-Service Ile de France ³⁴

1. UNE HOSPITALISATION A DOMICILE PIONNIERE EN FRANCE

1.1. *Histoire et organisation générale*

- [679] Les débuts de l'hospitalisation à domicile (HAD) en France datent des années 1950. A l'hôpital Tenon, le professeur Siguier lance, en 1951, les premières expérimentations de suivi de malades à domicile ; elles déboucheront sur la création de l'HAD de l'Assistance publique en 1957. A l'Institut Gustave Roussy, le nouveau directeur, le professeur Pierre Denoix pousse à la création de tels services. Un premier projet voit le jour dans un dispensaire de Gustave Roussy en 1957, avec le soutien de la Ligue contre le cancer. Ils sont rejoints en 1958 par le centre René Huguenin, la Fondation Curie et l'hôpital Saint Michel, pour créer Santé-Service, qui deviendra une association de la loi de 1901 en 1970, année où elle installe son siège à Nanterre. Pendant cette période le service se développe, accroît son partenariat avec les hôpitaux de la région parisienne adopte une organisation territoriale. En 1962, une convention de financement est signée avec la caisse régionale de sécurité sociale. En 1976, le siège est transféré à Puteaux.
- [680] Santé service se voit reconnaître en juillet 1993 une capacité d'accueil de 1200 places en hospitalisation à domicile (soit 49% des autorisations régionales) qui couvre l'ensemble de la région Ile-de-France, renouvelée pour 10 ans en décembre 2002.
- [681] L'expérience et la qualité de ses prestations sont indéniables. L'aire d'intervention couvre l'ensemble de la région parisienne. L'organisation territorialisée permet à l'HAD d'assurer une forte réactivité aux demandes des établissements.
- [682] A partir de 2005-2006, l'activité de Santé service subit l'impact de la mise en place de la T2A en HAD. En 2007, l'association après un travail préalable met en place une pharmacie à usage intérieur qui sera bientôt complétée d'une unité de reconstitution de médicaments cytostatiques.
- [683] En 2007, également, Santé-Service est admis à participer à l'exécution du service public hospitalier. En 2008 et 2009, Santé Service obtient l'autorisation de créer deux services de soins à domicile (SSIAD) l'un à COLOMBES, l'autre à VILLEJUIF.
- [684] L'organisation géographique.

³⁴ La mission a rencontré le 4 mars 2010 au siège de l'association, Monsieur René DRIVET directeur général, Madame Claudie BARREAU directrice de la clientèle, Madame Françoise BOURGEOIS, directrice du pôle OUEST, Monsieur Jean-Yves KIRION directeur adjoint, le docteur Christine PAILLER médecin coordinateur et présidente de la CME.

[685] L'aire d'intervention couvre l'ensemble de la région parisienne. L'organisation repose sur une direction générale basée à Puteaux, trois unités opérationnelles desservant, chacune, un secteur géographique et 23 antennes hospitalières, souvent implantées dans des établissements prescripteurs. Au cours de ces dernières années, l'association s'est engagée dans un processus d'organisation sectorielle de son activité pour être plus réactive, et de développement de partenariat avec les établissements et réseaux de santé. Les secteurs ont pour vocation d'organiser les interventions au domicile du patient et sa prise en charge. Ils concentrent l'essentiel des moyens (gestion administrative et logistique, coordination médicale, équipe soignante). Les antennes hospitalières procèdent aux admissions, après avoir analysé la situation médicale et sociale du malade et recueilli son consentement.

1.2. Un partenariat étoffé

1.2.1. Plus de cent conventions de coopération passées avec des établissements de santé ou avec des EHPAD

[686] Santé Service dispose d'un dispositif conventionnel riche de près d'une centaine de conventions (dispositif mis en place dès la création de Santé-Service qui s'est enrichi avec le développement de l'activité) signées avec les établissements de santé.

[687] Plus de 70 conventions ont été passées avec les établissements de santé de l'ensemble de l'Ile de France. Ainsi, la plupart des patients proviennent de l'hôpital public (39%) et de l'AP-HP (17%).

[688] Plus récemment, Santé Service a souhaité développer la prise en charge des personnes âgées dépendantes conformément à la réglementation l'y autorisant (décret n°2007-660 du 30/04/07 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'HAD intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées). Au 30 juin 2009, 109 conventions avaient été signées avec les EHPAD dans toute la région.

| DEPARTEMENTS | CONVENTIONS | |
|--------------|-------------------------|-------|
| | Etablissements de santé | EHPAD |
| 75 | 5 | 16 |
| 77 | 6 | 16 |
| 78 | 14 | 26 |
| 91 | 9 | 25 |
| 92 | 13 | 45 |
| 93 | 7 | 12 |
| 94 | 5 | 11 |
| 95 | 13 | 18 |

Source : Santé service Ile de France

1.2.2. Un partenariat développé avec les réseaux de santé

[689] Santé Service collabore depuis des années avec les réseaux d'Ile de France notamment en soins palliatifs et en cancérologie. Le tableau ci-dessous donne la situation en 2008. En 2009, le partenariat s'est élargi à un total de 25 réseaux.

| COMMUNES | Départements | RESEAUX | TYPE |
|-----------------|--------------|--------------------------------------|----------------------|
| Cergy Pontoise | 95 | AVC DU VAL-D'OISE EST | AVC |
| Paris | 75 | SLA | SLA |
| Lagny | 77 | ONCOVAL | Cancérologie |
| Evry | 91 | ESSONONCO | Cancérologie |
| Levallois | 92 | SCOOP et BOUCLE NORD | Cancérologie + Soins |
| Chevilly-Larue | 94 | ONCO 94 | Cancérologie |
| Argenteuil | 95 | ROA (Réseau Onco Argenteuil) | Cancérologie |
| Cergy-Pontoise | 95 | ONOF | Cancérologie |
| Sarcelles | 95 | ONCONORD | Cancérologie |
| Paris | 75 | RIFHOP | Cancérologie |
| Cergy-Pontoise | 95 | RPVO (Réseau Périnat. du Val-d'Oise) | Périnatalité |
| Paris | 75005 | QUIETUDE | Soins Palliatifs |
| Paris | 75014 | ENSEMBLE | Soins Palliatifs |
| Lagny-sur-Marne | 77 | OMEGA | Soins Palliatifs |
| Trappes | 78 | LE PALLIUM | Soins Palliatifs |
| Viroflay | 78 | EPSILON | Soins Palliatifs |
| Sartrouville | 78 | RACYNES | Soins palliatifs |
| Limay | 78 | ODYSSEE | Soins palliatifs |
| Champcueil | 91 | SPES | Soins Palliatifs |
| Grigny | 91 | NEPALE | Soins Palliatifs |
| Montreuil | 93 | OCEANE | Soins Palliatifs |
| Saint-Denis | 93 | ARC EN CIEL | Soins Palliatifs |
| Meulan | 78 | EMILE | Gériatrie |
| Plaisir | 78 | GCS PETITS PRES DES 3 T | Gériatrie |

Source : Santé service Ile de France

[690] L'élargissement des relations avec les réseaux de santé facilite notamment la sortie d'HAD vers le domicile sans rupture de soins.

1.2.3. Santé-Service a également un partenariat avec des associations de bénévoles

[691] Santé-Service a noué des relations importantes avec des associations de soins palliatifs ou encore avec JALMALV.

1.3. Moyens

1.3.1. Moyens financiers

[692] En 2006, le compte d'exploitation faisait apparaître 75 881 844€ de produits (72 037 248€ au titre de la tarification, 1 720 746€ au titre des molécules onéreuses et 2 123 850€ d'autres produits).

[693] Les charges de personnel représentaient 37 214 153€ (dont 1 441 415€ pour les infirmières libérales), les dépenses médicales 19 908 903€, la gestion générale 9 077 880€, et le groupe 4 : 1364 606€. Soit au total 67 565 542€ de charges laissant apparaître un résultat de 8 316 302€.

[694] En 2008, les résultats sont devenus ceux-ci, traduisant une volonté d'utilisation des nouvelles recettes apparues avec la mise en place de la T2A en HAD.

| COMPTE FINANCIER 2008 | |
|--|--------------|
| Total des charges (personnel, caractère médical, hôtelier et général...) | 76 054 379 € |
| Total des produits (versés par l'assurance maladie, autres produits de l'activité hospitalière, autres produits) | 79 212 878€ |
| EXCEDENT | 3 158 499 € |

Source : Santé service Ile de France

- [695] En 2009, les charges de personnel sont de 45 321 654€, les dépenses médicales de 24 146 108€, celles de gestion générale de 10 419 947€, les dépenses de groupe 4 de 2 006 490€, soit au total 8 189 400€ de charges laissant apparaître un excédent de 1 284 714€ (il y a une dotation aux provisions de 1 095 483€).
- [696] Santé Service dispose d'une taille critique qui lui permet de répartir ses charges de logistique et de structure sur un plus grand nombre de journées. L'importance de son activité lui permet de supporter le poids non seulement d'une pharmacie à usage intérieur, mais encore d'une unité de reconstitution de médicaments cytostatiques.
- [697] Le service a également bénéficié des conditions très avantageuses de la mise en place de la T2A en HAD, au regard de ses coûts (ce qui s'est traduit non seulement par une expansion de son activité, mais encore par une modification de la structure relative de celle-ci) alors que sous le régime financier précédent, le service avait connu des difficultés dans les années quatre vingt dix ; difficultés qui avaient été suivies d'un retour à l'équilibre après changement de la direction et passage à la dotation globale de financement .
- [698] Enfin, les réorganisations et déconcentrations intervenues dans la dernière décennie ont permis d'améliorer l'efficacité de l'établissement

1.3.2. Moyens humains

- [699] L'établissement employait en 2009 plus de 780 professionnels (en équivalent temps plein). 73,2% de ces personnels travaillaient dans la filière soins, 16,5% dans la gestion, 4% dans le médico-logistique et 5,6% dans l'accompagnement psycho social.
- [700] Pour dispenser des soins, Santé – Service avait, de plus, recours à 3650 partenaires libéraux, soit en 2008 à 1850 médecins, 870 infirmières libérales, 650 kinésithérapeutes, 180 laboratoires d'analyses médicales et 100 sages-femmes.
- [701] Les dépenses de formation se sont élevées en 2009 à 5,19% de la masse salariale. Le nombre de stagiaires est passé de 978 à 1153. Au total 331 sessions de formation ont eu lieu.

2. UNE ACTIVITE MEDICALE TOUJOURS SOUTENUE, S'APPUYANT SUR DES PROCEDURES DE QUALITE ET DE SECURITE HOSPITALIERES

2.1. La réduction de la durée de séjour dans les autres modes de prise en charge a largement été compensée par l'augmentation des entrées et le développement des soins palliatifs

- [702] Santé-Service est une HAD polyvalente. Cette polyvalence s'apprécie au regard du nombre de modes de prise en charge dispensés (sur les 22 modes de prise en charge définis par la circulaire, l'établissement en assure 21).

2.1.1. Une activité générale soutenue et maintenue

[703] Le volume d'activité se situe à plus de 420 000 journées/an correspondant à la prise en charge de plus de 10 000 patients/an pour des interventions sur l'ensemble de la région (voir cartographie jointe).

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------------------|---------|---------|---------|
| Patients | 9053 | 9 804 | 11 369 |
| Prises en charge | 16 546 | 17 345 | 18 831 |
| Journées de prise en charge | 388 622 | 424 429 | 425 585 |
| DMS séjours complets | 23,38 j | 24,71 j | 22,05 j |
| Taux Occupation | 89% | 97% | 97% |

Source : Santé service Ile de France

[704] L'analyse de l'activité de Santé service fait ressortir :

- une augmentation régulière du nombre de patients et de séjours depuis 2006, avec une accélération nette entre 2007 et 2008, tendance prolongée en 2009 ;
- une stabilisation du nombre de journées (+0,7% en 2009) après une forte augmentation en 2007 (+9,2% 2007/2006) ;
- une diminution de la DMS, et ainsi, plus de patients pris en charge pour des séjours plus courts.

[705] Il existe plusieurs explications à cette baisse : une diminution de la durée de séjour pour la chimiothérapie, l'augmentation des séjours de courte durée (post-partum), la diminution des séjours de longue durée (rééducation neurologique et soins de nursing lourds).

2.1.2. Pour la première fois en 2009, les soins palliatifs deviennent le mode de prise en charge le plus important en nombre de journées

[706] Plus de la moitié de l'activité de santé service est représentée par trois modes de prise en charge principaux, les soins palliatifs (21%), les pansements complexes (20%), le post traitement chirurgical (11%), à quoi il faut ajouter le post partum pathologique.

| 2008 | 2009 |
|---|-----------------------------------|
| Pansements complexes (24,8%) | Soins palliatifs (21%) |
| Soins palliatifs (17,5%) | Pansements complexes (20%) |
| Surveillance post chimiothérapie (7,4%) | Post traitement chirurgical (11%) |
| Post partum pathologique (7,4%) | Post-partum pathologique (9%) |
| 57 % de l'activité | 61 % de l'activité |

Source : Santé service Ile de France

[707] En 2007, les pansements complexes représentaient 25% de l'activité en journées et les soins palliatifs 15% ; ainsi en quelques années y a t'il eu de sensibles modifications dans l'activité de Santé-Service.

[708] Pour les MPC « obstétrique-périnatalité » on avait déjà observé une augmentation de +22% en 2008/2007 avec une hausse du post-partum pathologique (+28%), de la prise en charge du nouveau né, une baisse du post partum physiologique (-11%) et de la surveillance de la grossesse à risque (- 38%).

2.1.3. La place de l'HAD dans le parcours de soins

2.1.3.1. Caractéristiques démographiques des patients

- [709] La pyramide des âges permet de constater que sur 11 369 patients, plus des 2/3 sont des femmes. La majorité des femmes prises en charge en HAD ont entre 19 et 39 ans (parturientes ayant une moyenne d'âge de 30 ans).
- [710] Les hommes sont en majorité âgés de 60 à 74 ans.
- [711] La moyenne d'âge est de 59 ans en 2008.

2.1.3.2. Activité par prescripteur

- [712] En 2008, la provenance des patients (en nombre de journées) par grandes catégories de prescripteurs a été la suivante :
- Etablissements de santé publics : 39%
 - Etablissements de santé privés lucratifs et non lucratifs : 28%
 - AP-HP : 17%
 - Centres anticancéreux : 12%
 - Médecine de ville : 4%

Tableau 33 : Mode d'entrée – Mode de sortie (PMSI 2008)

| ANALYSE DU MODE D'ENTREE | 2008 | ANALYSE DU MODE DE SORTIE | 2008 |
|---|---------------|--------------------------------|---------------|
| Domicile | 6412 | Décès | 503 |
| Urgences | | Domicile | 13 726 |
| Hébergement médico-social | 25 | HAD | |
| Mutation HAD | | Hébergement médico-social | |
| Mutation MCO | | Urgence | |
| Mutation SSR | | Mutation HAD | |
| Mutation USLD | | Mutation MCO | |
| Mutation indéterminée | | Mutation SSR | |
| SSIAD | 1 | Mutation USLD | |
| Transfert HAD | 17 | Mutation indéterminée | |
| Transfert MCO | 12 318 | SSIAD | 3 |
| Transfert de psychiatrie | | Transfert HAD | 5 |
| Transfert SSR | 58 | Transfert MCO | 4 587 |
| Transfert USLD | | Transfert unité de psychiatrie | |
| Transfert pour ou après réalisation d'un acte | | Transfert SSR | |
| Transfert indéterminé | | Transfert USLD | 1 |
| Non renseigné | | Transfert indéterminé | |
| | | Non renseigné | 6 |
| TOTAL | 18 831 | TOTAL | 18 831 |

Source : Santé service Ile de France

[713] L'analyse du mode d'entrée montre qu'environ 1/3 des patients viennent du domicile. Or, les prescripteurs d'HAD sont essentiellement les établissements de santé, tous statuts juridiques confondus (près de 85%). En fait, il convient de préciser que la prise en charge en HAD, dans ce cas, ne fait pas suite à une hospitalisation mais que le patient vivait à domicile avant la prise en charge. Ce mode d'entrée est ainsi utilisé pour les patients adressés par le médecin traitant mais aussi pour les patients adressés par le médecin hospitalier à la suite d'une consultation ou d'une HDJ (effet codage).

[714] La majorité des patients restent à leur domicile après l'arrêt de leur prise en charge (73%) ou sont transférés en court séjour (24%). 3% décèdent à domicile.

[715] 30% des sorties se font vers le court séjour : il s'agit souvent de patients dont la situation s'aggrave (soins palliatifs) et pour lesquels la famille a besoin d'un répit dans la prise en charge à domicile.

2.1.3.3. Origine géographique des patients

[716] Santé Service est présent sur l'ensemble du territoire francilien ; son recrutement est très étendu. Le taux d'activité en journées par territoire de santé est le suivant (données PMSI 2008) :

| Territoire | Nombre de journées de présence 2008 | % des journées |
|---|-------------------------------------|----------------|
| 751 – Paris Nord | 9 978 | 2,34% |
| 752 – Paris Est | 7 376 | 1,73% |
| 753 – Paris Ouest | 12 096 | 2,84% |
| 771 – Seine-et-Marne Nord | 33 198 | 7,80% |
| 772 – Seine-et-Marne Sud | 25 339 | 5,95% |
| 781 – Versailles – Rambouillet | 27 408 | 6,44% |
| 782 – Poissy – Saint Germain | 29 092 | 6,84% |
| 783 – Mantes-la-Jolie | 8 334 | 1,96% |
| 911 – Yerres – Villeneuve Saint Georges | 14 647 | 3,44% |
| 912 – Longjumeau – Orsay | 25 737 | 6,05% |
| 913 – Evry – Etampes | 28 861 | 6,78% |
| 921 – Hauts-de-Seine Sud | 13 993 | 3,29% |
| 922 – Hauts-de-Seine Centre | 18 106 | 4,25% |
| 923 – Hauts-de-Seine Nord | 20 415 | 4,80% |
| 931 – Montreuil – Vincennes | 2 898 | 0,68% |
| 932 – Saint Denis – Bobigny | 14 089 | 3,31% |
| 933 – Aulnay – Montfermeil | 21 783 | 5,12% |
| 941 – Créteil | 9 288 | 2,18% |
| 942 – Ivry – Villejuif | 12 392 | 2,91% |
| 951 – Argenteuil – Eaubonne | 49 433 | 11,62% |
| 952 – Gonesse | 20 409 | 4,80% |
| 953 – Pontoise | 20 042 | 4,71% |
| HORS REGION | 667 | 0,16% |
| INCONNU | 4 | 0,00% |
| TOTAL | 425 585 | 100,00% |

Source : Santé service Ile de France

[717] Le recrutement s'opère essentiellement (33% du nombre de journées réalisées) sur le 95-1 Argenteuil - Eaubonne, 77-1 Seine et Marne Nord, 78-2 Poissy - Saint germain et 91-3 Evry – Etampes. Le recrutement dans Paris intra muros demeure plus modeste, en raison notamment de la présence de l'HAD de l'Assistance Publique de Paris.

2.2. Une qualité certifiée par la Haute Autorité de Santé

2.2.1. Permanence des soins

[718] Une permanence d'écoute est assurée 24h/24, 365jours par an, par une équipe de cadres de santé et d'infirmiers.

[719] En cas de besoin, il est fait appel à des professionnels en astreinte opérationnelle. IL existe une astreinte médicale, une astreinte soignante et une astreinte pharmaceutique.

[720] L'établissement organise également une astreinte administrative et une astreinte informatique.

2.2.2. Circuit du médicament

[721] Une pharmacie à usage intérieur a été ouverte au second semestre 2007 : elle délivre aux patients médicaments, dispositifs médicaux et produits diététiques (400 colis par jour).

[722] Il a été créée une unité de reconstitution des médicaments cytostatiques qui permet la réparation centralisée des chimiothérapies. Les livraisons sont assurées directement au domicile des patients par des professionnels externes habilités. L'association attend de l'ensemble de cette mise en place une meilleure traçabilité des produits, une gestion plus efficiente et sans doute le recouvrement d'une autonomie supplémentaire.

[723] La validation par le pharmacien des prescriptions des médicaments autres que les stupéfiants et les molécules onéreuses qui sont déjà opérées pourra être pratiquée d'ici la fin de l'année 2010.

[724] La traçabilité de l'administration n'est effective que pour la chimiothérapie et les médicaments délivrés par la P.U.I ; elle sera généralisée dès que le logiciel de traitement du médicament sera adapté, prenant aussi en compte la nouvelle réglementation afférente à la PUI en HAD.

2.2.3. Dossier du patient, coordination, continuité des soins

[725] La haute autorité de santé a relevé que la politique du dossier du patient favorisait la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité, la sécurité et le stockage des informations ainsi que la coordination des professionnels et des secteurs d'activité, sauf un point en cours de correction (absence de détecteur d'incendie dans un local).

[726] Le projet thérapeutique du patient est initié par le biais d'actions de soins ou de prise en charge lors de son admission et tracé dans l'onglet « projet thérapeutique » du dossier informatisé. Des synthèses sont réalisées au cours des réunions pluridisciplinaires de coordination hebdomadaire. La traçabilité exhaustive des ajustements n'est pas totalement garantie pour tous les patients. Cette amélioration est espérée de la refonte du logiciel patient qui devrait prochainement aboutir.

[727] La coordination des professionnels est réalisée à travers le dossier patient et les réunions hebdomadaires. Une meilleure coordination avec les kinésithérapeutes libéraux est actuellement recherchée.

2.2.4. Lutte contre les infections nosocomiales ; hygiène et sécurité

[728] Il existe un Comité de lutte contre les infections nosocomiales et une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière. L'établissement recourt systématiquement au matériel à usage unique.

2.2.5. Certification à la V2 par la haute autorité de santé (HAS)

[729] En Janvier 2010, la haute autorité de santé a prononcé la certification sans réserve ni recommandation. Elle a pointé la pertinence des thèmes et la qualité des évaluations de pratique professionnelle.

+++++

[730] Santé –Service est l'ensemble d'hospitalisation à domicile le plus important de France, et a fortiori de la région Ile de France où il constitue un élément incontournable de l'offre de soins. Sa technicité et son expertise, reconnues par ses partenaires ainsi que son maillage territorial lui donne une assise incontestable.

[731] Comme l'indiquait Madame Anne Venries dans un mémorandum de juillet 2009 l'association doit encore surmonter quelques points faibles. Ainsi son expertise demeure-t-elle limitée auprès des enfants, bien qu'elle ait été récemment renforcée par le recrutement de puéricultrices et d'un médecin pédiatre.

[732] L'adressage des patients par la médecine de ville demeure faible (de l'ordre de 4%, en 2008). Cette situation tient du fait qu'historiquement l'idée de l'HAD est née de la surpopulation des services hospitaliers et de l'hôpital qui a décidé de suivre des patients à domicile. En outre, Santé service est implanté dans des locaux mis à disposition dans plusieurs hôpitaux de la région.

[733] Santé Service s'attache à mieux répondre aux besoins des zones peu couvertes en matière d'HAD.

[734] Santé service s'était fixé notamment comme objectifs dans son projet d'établissement et dans son CPOM de :

- s'ouvrir plus largement en direction des enfants et des personnes âgées,
- développer une activité de soins infirmiers à domicile,
- s'ouvrir sur la médecine de ville,
- renforcer les partenariats avec les structures d'aval,
- répondre aux besoins des zones peu couvertes en matière d'HAD.

[735] L'accueil des personnes de plus de 60 ans a augmenté de +6% en 2008/2007 mais il est constaté une baisse de la prise en charge des 75 ans et plus (12,9% en 2008/ 15% en 2007). Par ailleurs, en 2008 Santé service a signé plusieurs conventions avec des EHPAD et a créé un SSIAD de 40 places, autorisé sur Colombes.

[736] Bien que certains efforts aient été réalisés (soirées thématiques, guichet unique) les résultats en matière d'ouverture sur la médecine de ville n'ont pas suivi.

[737] Désormais l'implantation d'une antenne sur chaque territoire de santé est effective.

[738] La demande en matière d'hospitalisation à domicile reste importante. Le développement des soins palliatifs, dans le cadre de la T2A propre à l'HAD y contribue.

- [739] Depuis sa création Santé service n'a cessé d'étendre son rôle au sein de la région. A ce jour, il est en relation avec plusieurs dizaines d'établissements de santé, quel que soit leur statut, adhère à de nombreux réseaux de santé et travaille en relation étroite avec de nombreux professionnels de santé de ville.
- [740] L'établissement est organisé comme une structure hospitalière et la permanence des soins assurée 24H/24H. En outre, Santé service se caractérise par la polyvalence des ses activités qui s'apprécie tant au regard du nombre de modes de prise en charge mis en œuvre qu'au regard de la population soignée.
- [741] Pour près de la moitié des journées réalisées, le fait que l'indice de Karnofsky est inférieur ou au plus égal à 50 tend à montrer que Santé service prend en charge une patientèle qui, à défaut, serait très largement hospitalisée. Bien sûr, cette seule considération ne suffit pas à justifier du recours à l'HAD qui n'est pas toujours le seul substitut possible à l'hospitalisation dans les murs. C'est au regard des différents modes de prise en charge que la justification doit être apportée, d'autant que le système HAD manifeste une extraordinaire réactivité aux stimulations qui lui sont adressées par l'évolution de la tarification, comme le montre le fait que les produits du GHT 5 soient passés de plus de 7 500 000€ en 2008, à près de 16 000 000 €, et ceux du GHT9 de plus de 6 000 000€ en 2008, à 14 000 000€ en 2009, transformant largement le partage de la valorisation de la production, entre les différents groupes homogènes.
- [742] Santé Service joue incontestablement son rôle d'hospitalisation à domicile en raccourcissant, retardant ou évitant l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et réadaptation lorsque la prise en charge à domicile est possible. Dans le même temps l'orientation de son activité évolue peu à peu.
- [743] Enfin, si Santé Service est de toute évidence une HAD de référence, tout de son organisation ne pourra pas être transféré aux autres HAD, en raison de la taille du service, des caractéristiques du bassin d'emploi et de la densité de l'agglomération parisienne.

CH de Péronne, Ham et Albert³⁵

1. ORGANISATION GENERALE

1.1. Statut et positionnement

[744] Les HAD des CH de Péronne, Ham et Albert ont été créées simultanément en 2007, suite à un projet commun déposé au CROSS. Pour les trois centres hospitaliers situés dans des zones rurales du Nord et de l'Est de la Somme, l'objectif était d'atteindre la taille critique en mutualisant des moyens, notamment de coordination et de gestion.

[745] Ce projet s'inscrivait dans les objectifs du SROS de développement des alternatives à l'hospitalisation complète et de réduction des DMS des différents services de médecine, de soins de suite et de moyen séjour. Il entendait également répondre aux besoins de prise en charge d'une population dont l'état de santé est préoccupant. En effet, le département de la Somme se caractérise par une surmortalité de 12%, avec pour principales causes sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les empoisonnements ainsi qu'une incidence élevée des pathologies cancéreuses.

[746] Ces HAD entendent donc contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en apportant des soins de qualité et en contribuant à la gradation des prises en charge et à la mise en réseau des acteurs sanitaires et sociaux. Cette démarche s'inscrit notamment dans la politique de réseau ville/hôpital menée par chaque établissement.

1.2. Taille et couverture géographique

[747] Une capacité théorique de 10 places a été accordée à chaque HAD, soit 30 places au total.

[748] La zone d'intervention de l'HAD de Ham est centrée sur les cantons de Ham et Nesle, auxquels s'ajoutent les communes limitrophes de 3 cantons environnants. L'HAD d'Albert couvre, quant à elle, 5 cantons et celle de Péronne, 4 cantons.

[749] Les zones d'intervention sont distinctes les unes des autres afin d'éviter toute concurrence. Une nouvelle HAD a toutefois été autorisée sur une partie du territoire d'intervention de l'HAD d'Albert, entraînant une baisse d'activité pour celle-ci.

[750] La faible densité de population est une contrainte importante pour ces trois HAD « rurales ». L'HAD de Ham estime ainsi à 150 km et 3h les déplacements quotidiens pour chacun des membres de l'équipe soignante. Selon les responsables de ces HAD, le partenariat avec les infirmiers libéraux peut limiter les coûts induits par la ruralité, à condition d'être bien maîtrisé (élaboration de protocoles de soins, traçabilité des actes et adoption de règles de facturation).

³⁵ Déplacement du 9 juin 2010. Rencontre avec Mme Basdevant, Directrice du CH de Péronne, M. Bonniere, Directeur du CH de Ham, M. Richez, Directeur du CH d'Albert, le Dr Urbain, Médecin coordonnateur, le Dr DADAMESSI, Vice président de la CME du CH de Péronne, Mme GENEAU, Directrice des soins du CH de Péronne, Mme LECLERE, Infirmière coordonnatrice de l'HAD de Péronne, M. VAN DYCKE, Responsable du service financier du CH de Péronne, Mme KRAJDA, Infirmière coordonnatrice de l'HAD de Ham, Mme CLOTTE, Infirmière coordonnatrice de l'HAD d'Albert et l'ensemble de l'équipe paramédicale de l'HAD de Ham.

2. ACTIVITES ET POSITIONNEMENT

2.1. *Activité et principaux modes de prise en charge*

Tableau 34 : Principaux indicateurs d'activité

| | 2007 | | | 2009 | | |
|---|-------|--------|---------|-------|--------|---------|
| | Ham | Albert | Péronne | Ham | Albert | Péronne |
| Nbre journées prises en charge | 1286 | 1552 | 2142 | 3676 | 3001 | 4303 |
| Nbre séjours complets | 22 | 38 | 79 | 100 | 99 | 191 |
| Durée moyenne des séjours complets | 27.27 | 26.26 | 25.03 | 40.02 | 29.23 | 24.81 |

Source : HAD de Ham, Albert et Péronne

[751] Pour les trois HAD, l'activité atteint 10980 journées en 2009, plus du double de celle constatée en 2007. La capacité théorique de 30 places est donc atteinte, la sous activité relative de l'HAD d'Albert (cf. supra) étant compensée par l'HAD de Péronne. Les durées moyennes des séjours complets, plutôt homogènes en 2007, se sont différenciées en 2009, celle de l'HAD de Ham étant près du double de celle de l'HAD de Péronne.

[752] De fait, les profils des trois HAD sont sensiblement différents. Si les soins palliatifs dominent pour les trois (poids relatifs deux fois supérieurs à la moyenne nationale), la part des autres modes de prise en charge principaux varie d'un site à l'autre : davantage de « traitements intraveineux » à Péronne et, dans une moindre mesure, à Albert et, symétriquement, moins de « pansements complexes » sur ces deux sites par rapport à Ham ; de même, les « soins de nursing lourds » sont moins développés à Péronne que dans les deux autres HAD.

Tableau 35 : Poids des MPC principaux (% des journées totales pour les principaux MPC)

| | Ham | Albert | Péronne |
|--|-------|--------|---------|
| 04 - Soins palliatifs | 40.45 | 37.42 | 37.16 |
| 03- Traitement intraveineux | 2.88 | 11.40 | 19.41 |
| 09- Pansements complexes | 33.38 | 24.76 | 18.31 |
| 14 - Soins de nursing lourds | 17.11 | 17.99 | 7.41 |
| 10- Post traitement chirurgical | 0.44 | 2.83 | 5.95 |
| 07- Prise en charge de la douleur | 0.71 | 4.33 | 3.3 |

Source : HAD de Ham, Albert et Péronne

[753] Pour l'avenir, différents projets de diversification sont envisagés : prise en charge du cancer, post partum pathologique (hémorragies, syndrome de baby blues, prématurité, nouveaux nés de petit poids...), surveillance de grossesses à risques, en partenariat avec les différentes maternités de la région et les différents médecins (pédiatres et gynécologues obstétriciens), hémodialyse à domicile... Certaines HAD disposent, par ailleurs, de leurs propres projets, par exemple le sevrage alcoolique à Ham.

2.2. *Positionnement par rapport aux autres composantes de l'offre de soins et parcours de soins*

- [754] Les trois HAD ont des relations avec la quasi-totalité des établissements sanitaires et médico-sociaux de leurs zones d'intervention. Des conventions ont d'ailleurs été signées ou sont en voie de l'être avec chacun d'eux. Les transferts depuis ou vers un de ces établissements sont toutefois moins nombreux à Péronne qui est alimenté en grande partie par ses services de médecine et de chirurgie.
- [755] Pour les trois HAD, le domicile, en tant que mode d'entrée et de sortie, est relativement sous représenté par rapport à la moyenne nationale. En revanche, les décès atteignent un niveau nettement plus élevé que la moyenne nationale, proportion à mettre en relation avec la part des soins palliatifs dans l'activité des trois HAD.

Tableau 36 : Modes d'entrée et de sortie (2009)

| | Ham | Albert | Péronne |
|------------------|------|--------|---------|
| Entrées | | | |
| Domicile | 16 % | 18 % | 21 % |
| Mutation | 15 % | 26 % | 55 % |
| Transfert | 69 % | 56 % | 24 % |
| Sorties | | | |
| Décès | 15 % | 12 % | 12 % |
| Domicile | 20 % | 18 % | 36 % |
| Mutation | 8 % | 19 % | 35 % |
| Transfert | 50 % | 44 % | 12 % |
| Présents | 7 % | 7 % | 5 % |

Source : HAD de Ham, Albert et Péronne

- [756] Pour entretenir ces relations et conforter la place des HAD dans les parcours de soins, plusieurs réunions d'information et de présentation de l'HAD ont été organisées par le médecin coordonnateur sur les différents sites à l'intention des médecins généralistes, des spécialistes, des IDE libéraux, des masseurs kinésithérapeutes et des pharmaciens. La cellule de coordination a, par ailleurs, pu rencontrer différents chefs de service et cadres de santé des centres hospitaliers de Saint-Quentin et d'Amiens. De leur côté, chaque HAD entretient des relations avec ses prescripteurs et établissements partenaires.
- [757] Sur les trois sites, l'HAD a, selon ses responsables, permis le développement des relations ville/hôpital et l'amélioration de l'image de l'hôpital public au sein du milieu libéral.
- [758] Les relations avec les prestataires médico-techniques sont, en revanche, plus délicates et, pour certaines prises en charge, directement concurrentielles selon les responsables des trois HAD.

3. FONCTIONNEMENT ET SERVICE RENDU

3.1. *Organisation médicale et paramédicale*

- [759] Une cellule de coordination est basée au Centre hospitalier de Péronne. Elle est composée d'un médecin coordonnateur (PH contractuel mi-temps, l'autre mi-temps étant consacrée à une activité de médecin généraliste libéral), d'un cadre coordonnateur (poste vacant actuellement) et d'une secrétaire (temps plein). Cette cellule assure la coordination médicale dans les trois HAD (admission, sortie, suivi de la prise en charge,...).
- [760] Le médecin coordonnateur se déplace sur chacun des sites pour participer aux réunions de coordination. Le cadre coordonnateur s'y déplace également (1 jour par site en moyenne chaque semaine) pour rencontrer les équipes et, si besoin, les aider à résoudre les difficultés rencontrées lors de leurs tournées. Le coût de fonctionnement de cette cellule est partagé entre les trois HAD avec une part forfaitaire et une part variable, fonction de l'activité enregistrée.
- [761] Chaque HAD dispose de ses propres équipes soignantes : infirmières coordonnatrices (2 à Ham, 1 à Albert et 1 à Péronne), IDE salariés (12 au total), Aides-soignants (18 au total) et autres personnels paramédicaux ou psycho-sociaux (assistants sociaux, psychologues, ergothérapeutes, diététiciens...). La composition de ces équipes varie d'une HAD à l'autre, en fonction des activités menées et des relations développées par chacune d'entre elles avec leur CH de rattachement. Dans certaines HAD, ces ressources sont gérées de façon mutualisée avec d'autres services du CH de rattachement (services de soins infirmiers à domicile notamment). Dans les trois CH, l'HAD s'appuie également sur les structures de soins à domicile pour apporter des services annexes tels que le portage des repas et l'intervention des auxiliaires de vie sociale.
- [762] Le partenariat avec les infirmiers libéraux est variable : l'HAD de Ham s'appuyait, jusqu'au début 2010, exclusivement sur eux (à l'image du dispositif mis en place pour le SSIAD) alors que les deux autres HAD y avaient très peu recours. Toutefois, les trois HAD convergent progressivement vers un modèle mixte mêlant infirmiers libéraux et salariés afin de concilier continuité des soins et optimisation des coûts.
- [763] Outre la coordination médicale, les trois HAD partagent certains protocoles de soins, élaborés par la cellule de coordination : protocoles douleur, insulinothérapie, loxen,... Des « fiches techniques de soins en HAD » ont également été élaborées : soins d'hygiène et confort, soins et abord digestif... Pour les autres protocoles de soins, chaque HAD s'appuie sur les dispositifs mis en place dans son CH de rattachement.
- [764] D'autres axes de mutualisation pourraient être envisagés : formation, échanges de pratiques, permanence des soins, systèmes d'information... L'éventuel approfondissement de la coordination entre les trois HAD doit cependant tenir compte des relations que chaque HAD a nouées avec son environnement, qu'il s'agisse de son CH de rattachement ou d'autres établissements ou services environnants (par exemple le GCSMS de Picardie pour l'HAD de Ham). Il doit également veiller à préserver le service de proximité et la réactivité de chaque site.

3.2. *Service rendu*

- [765] Chaque médecin traitant est tenu de réaliser une visite par semaine, en moyenne. Cependant, les responsables des HAD constatent des pratiques variables, depuis une visite par mois jusqu'à plusieurs consultations par jour, selon l'état du patient.

- [766] Pour les soins de base, en moyenne 14 à 21 passages sont effectués par semaine et plus si nécessaire. Pour les soins techniques, 21 à 28 passages sont réalisés par semaine et plus si l'état du patient le nécessite
- [767] Les patients connaissent parfois de graves difficultés sociales, ce qui peut amener à écarter voire refuser la prise en charge, en raison notamment de la non-conformité du logement. Si besoin, l'assistante sociale peut intervenir pour faciliter l'obtention ou l'amélioration des différentes aides au domicile (télé alarme, portage de repas, garde de nuit, relais SSIAD et auxiliaire de vie...).
- [768] Depuis 2007, des patients de 2 à 99 ans ont été accueillis dans les trois HAD. Leur moyenne d'âge est toutefois relativement élevée : 71 ans à Ham et Péronne et 66 ans à Albert en 2009. La répartition par sexe est équilibrée. Une prise en charge de plus en plus lourde est constatée par rapport à l'état de dépendance de certains patients.

3.3. PDS

- [769] Une astreinte paramédicale est assurée par les trois HAD, via leurs infirmiers salariés et, parfois, libéraux (astreinte téléphonique et intervention si nécessaire).
- [770] En cas de besoin, ces infirmiers peuvent joindre le médecin coordonnateur 7j/7 et 24h/24. En fonction de l'évaluation qui est faite de l'état du patient et du contexte local, il peut ensuite être fait appel au médecin traitant, au médecin de garde du secteur ou au centre 15. Ce dernier peut également être joint directement en cas d'urgence. Les patients disposent à l'admission des consignes à suivre en cas d'urgence et des coordonnées des différents interlocuteurs.
- [771] De façon hebdomadaire (tous les vendredis) le listing des patients présents sur les trois sites, contenant leur pathologie et les coordonnées de leur médecin traitant, est faxé dans les SAMU de la Somme et de l'Aisne afin d'envisager éventuellement une intervention de première intention selon la pathologie (cet accord émane d'une décision collégiale avec le SAMU 80).
- [772] En pratique, l'astreinte (médicale ou paramédicale) est rarement activée la nuit. Plus fréquemment en journée le week-end.

3.4. SI et dossier patient

- [773] Un dossier patient est tenu, en parallèle, au domicile, au siège de chaque HAD et à la cellule de coordination. Il est partiellement informatisé au siège de l'HAD. Les médecins traitants peuvent le consulter au domicile. Certaines informations ne sont toutefois pas consignées à domicile afin d'assurer la confidentialité de celles-ci.
- [774] A chaque entrée et à chaque sortie, une lettre concernant la prise en charge est adressée au médecin traitant et, le cas échéant, au médecin hospitalier. Une feuille de liaison infirmière est réalisée pour chaque transfert ou sortie si le relais est pris par une IDE libérale. Le dossier patient contient également des fiches retraçant les appels téléphoniques entre professionnels de santé.
- [775] Une informatisation complète du dossier médical est engagée ou programmée pour les trois sites. Il s'agit toutefois de systèmes d'information propres à chaque CH, sans interconnexion prévue à ce jour entre les trois HAD.

3.5. Médicaments

[776] Chaque HAD s'approvisionne exclusivement auprès de la PUI de son CH de rattachement. L'acheminement des médicaments à domicile est réalisé par les IDE ou par l'infirmière coordinatrice selon le site. Les toxiques bénéficient d'un système de transport sécurisé.

4. ACCREDITATION, CERTIFICATION ET POLITIQUE DE QUALITE

[777] L'HAD d'Albert a été certifiée (V2) en 2008. Celles de Péronne et de Ham n'ont pas pu l'être car elles n'avaient pas été encore créées lors de la certification du CH.

[778] Les trois HAD bénéficient de la politique de qualité, hygiène, sécurité et respect des droits des patients de leurs CH de rattachement.

[779] La formation continue des agents des trois HAD s'inscrit également dans le programme de formation de leurs CH respectifs. A titre d'exemple, le personnel soignant de l'HAD de Péronne a bénéficié de formations dans le domaine des soins palliatifs, du droit des patients, des gestes et soins d'urgence, de la prise en charge de la douleur...

5. EFFICIENCE

[780] Les HAD de Péronne et d'Albert enregistrent des résultats financiers positifs : respectivement 486 K€ et 103 K€ en 2009, soit 35% et 15% des produits. Ces deux HAD ont atteint l'équilibre dès leur année de création.

[781] Les résultats de l'HAD de Ham sont, quant à eux, légèrement négatifs en 2009 après avoir été nettement positifs en 2007 et 2008. En 2009, une part des charges indirectes a en effet été intégrée au résultat.

SANTELYS³⁶

1. UN SERVICE INTEGRE DANS UNE PLATE FORME MULTIMODALE ET DISPOSANT DE RESSOURCES IMPORTANTES

1.1. *L'héritage de la ligue du Nord d'hygiène sociale, un ensemble de prestations à domicile.*

[782] Santelys est l'héritière en droite ligne de la ligue du Nord contre la tuberculose créée par le docteur Calmette, devenue sous la présidence du docteur Albert Tacquet, Ligue du Nord d'Hygiène sociale pour, en dernier lieu, prendre son nom actuel en 1993³⁷.

1.1.1. Un ensemble associatif intervenant dans le domaine de la formation et dans celui des prestations à domicile

[783] Santélyls est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique par décrets des 6 mars 1907 et 8 février 1997. Implantée à proximité immédiate des établissements de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Lille et du Centre anticancéreux régional, elle est spécialisée dans les domaines de la formation (Institut de Formation en Soins Infirmiers, Institut de Formation d'Aides-Soignants, école d'auxiliaires de vie sociale, classes préparatoires aux concours paramédicaux et sociaux, un département de formation continue à destination des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, et un centre de bilan de compétences) et de la santé et du maintien à domicile.

[784] Outre l'hospitalisation à domicile, elle comprend des activités :

- de dialyse,
- d'assistance respiratoire (oxygénothérapie, trachéotomie, ventilation nasale, aérosolthérapie, Pression Positive Continue),
- de perfusion pour les patients nécessitant une antibiothérapie, un traitement de la douleur, une chimiothérapie par perfusion,
- de nutrition assistée à domicile (nutrition entérale avec ou sans pompe et complémentation nutritionnelle),
- d'insulinothérapie par pompe à domicile, assurant la prise en charge globale à domicile d'un point de vue infirmier, diététique, technique, social et administratif.

[785] Elle comprend également un service de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées, créé en 2007 et assurant la prise en charge globale à domicile de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologie(s) chronique(s), et une cellule d'aide au retour à domicile.

³⁶ La mission a rencontré le 28 juillet 2010, au siège de Santélyls : Madame Karine Neut, directrice générale de Santélyls, Madame Catherine Dubreucq, directrice de l'HAD de Santélyls, Monsieur Pierre Tisserand, Président du conseil d'administration de Santélyls, Docteur Catherine Chapuis, médecin coordonnateur de l'HAD Santélyls.

- [786] Santély's Association a également mis en place, entre autres, une structure spécialisée dans la collecte et le traitement des déchets d'activité de soins, Cosmolys et un cabinet conseil et organisme de formation spécialisé dans le domaine de la santé et du maintien à domicile, Stratély's, dont la mission a pu constater à plusieurs reprises l'intervention auprès de divers services d'hospitalisation à domicile.
- [787] L'HAD de Santély's couvre, de longue date, l'agglomération de Lille et son versant Est.
- [788] L'établissement d'hospitalisation à domicile de Santély's est ouvert depuis le 1er décembre 1990. Le secteur d'intervention couvre l'ensemble de la métropole lilloise comprenant les territoires de santé Lille Métropole et le Versant Nord – Est (secteurs de Roubaix – Tourcoing), soit 126 communes.
- [789] Trois coordinations dédiées ont été créées en 2005-2007 au Centre Hospitalier de Roubaix, à la Clinique du Parc (établissement de la Générale de Santé) et à la Clinique de la Louvière (établissement de la Générale de Santé).

Graphique 6 : Champ d'intervention du service HAD de Santély's



Source : SANTELYS

1.1.2. L'activité progresse fortement dans la période récente jusque fin 2008 dans le cadre d'un projet médical coordonné

[790] Alors que la montée en charge de l'activité d'HAD a été progressive depuis sa création, entre 2007 et 2008, le nombre de patients pris en charge a augmenté de 25% soit 1 022 patients pris en charge en 2008. L'activité 2009 est en légère diminution compte tenu de l'ouverture de deux nouvelles HAD à supports hospitaliers (956 patients pris en charge) ; ce tassement paraît se poursuivre en 2010. Le service assure actuellement la prise en charge d'environ 140 patients par jour. En 2009, 50 252 journées d'HAD ont ainsi été facturées.

[791] L'HAD assure la prise en charge des patients à partir de prescriptions hospitalières et également de la médecine généraliste. En 2009, 80% des demandes de prise en charge en HAD émanaient d'établissements hospitaliers. Les infirmiers libéraux interviennent dans le cadre de l'HAD pour la prise en charge d'environ 30% des patients.

[792] Afin d'améliorer la coordination et de renforcer la qualité de la prise en charge libérale, un cadre infirmier (1 ETP) assure le suivi spécifique des projets de soins mis en œuvre avec les libéraux (suivi téléphonique, suivi du matériel, visites au domicile, respect des protocoles de soins).

[793] De la même façon, afin de garantir la qualité des prises en charge, un cadre infirmier et une IDE sont chargés de l'évaluation des pratiques professionnelles à domicile. Actuellement cette évaluation est réalisée pour tous les salariés et sera étendue au cours du dernier trimestre aux IDE libéraux.

[794] Les orientations du projet médical de la structure sont principalement :

- le renforcement de la prise en charge des soins palliatifs et une demande de reconnaissance de lits identifiés pour cette activité ;
- le renforcement de la communication en particulier vers les médecins traitants ;
- le suivi des plaies complexes ;
- les traitements intraveineux ;
- le développement de l'éducation thérapeutique à domicile ;
- le renforcement d'une prise en charge globale : cellule d'aide au retour à domicile, développement de nouvelles compétences des personnes prises en charge.

1.2. Des partenariats développés

[795] D'une manière ou de l'autre, l'HAD participe ou adhère à six réseaux (cancérologie, incontinence, handicap adulte, soins palliatifs) et à une expérimentation relative à l'accompagnement de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

[796] De même, le service d'HAD a signé des conventions de continuité de prise en charge avec treize établissements de soins dont le CHU de Lille, le centre Oscar LAMBRET et le GHICL (l'institut catholique). Huit conventions ont été signées en vue d'intervenir dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes situés sur le territoire de l'HAD.

[797] Le service a également des conventions individuelles avec 139 masseurs kinésithérapeutes, 105 infirmiers libéraux et (pour 2006) 434 médecins traitants. Par ailleurs, l'HAD a passé des conventions de continuité de prise en charge ou d'accompagnement avec huit services d'auxiliaires de vie et deux associations de soins palliatifs.

[798] On relèvera qu'un cadre coordonnateur est particulièrement dédié au suivi des malades pris en charge par les infirmiers libéraux. Il participe avec l'équipe hospitalière ou libérale à l'élaboration d'un projet de soins en adéquation avec les souhaits et les possibilités du malade et de son entourage. Il assure la liaison entre le domicile, la structure d'hospitalisation à domicile, les unités des établissements de santé et les professionnels de santé libéraux. Il collabore à la formation des infirmiers libéraux. Il assure des formations à l'extérieur du service. Il assure les visites à domicile mensuelles, négocie les cotations et vérifie les cotations envoyées, si non conformes à la négociation. Il réalise le suivi téléphonique hebdomadaire : Indice de Karnofsky, protocole principal, protocole secondaire. Il gère le matériel mis à disposition au domicile, les commandes et les livraisons de matériel, de pharmacie. Il assure la coordination avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire du service.

1.3. Des ressources humaines et financières importantes

1.3.1. Ressources financières

[799] Les produits d'activité de l'HAD ont évolué de 9 599 000€ en 2007 à 10 885 000€ en 2009. Dans le même temps, les dépenses de personnel passaient de 3 126 000€ à 4 562 000€.

[800] Par ailleurs, les dépenses d'intervenants et de pharmacie passaient de 3 363 000€ à 4 548 000€ en 2009 (mais pour 4 099 000€ prévus au budget primitif).

[801] De ce fait, le résultat courant s'amenuisait de 2007 à 2009 rendant plus difficiles les perspectives pour 2010 et les années suivantes.

[802] Ainsi, les marges de l'HAD, toujours excédentaires jusque là, sont désormais plus étroites et contraindront l'association à une très forte vigilance dans les années qui viennent.

1.3.2. Ressources humaines

| Intervenants | Salariés 2008 | | | |
|---|---------------|-------|-----------------------------|--|
| | Nombre | ETP | dont nombre à temps partiel | Rémunération annuelle brute moyenne des personnels à temps plein |
| Médecins | 4 | 2.325 | 3 | 64500 |
| dont médecins spécialistes | | | | |
| Pharmaciens | | | | |
| Infirmiers | 33 | 32 | 4 | 27074 |
| Aide soignants | 16 | 14.7 | 6 | |
| Masseur-kinésithérapeutes | | | | |
| Sages-femmes | 0 | | | |
| Puéricultrices et auxiliaires de puériculture | 0 | | | |
| Aides à la vie | | | | |
| Psychologues et psychomotriciens | 2 | 1.4 | 2 | 37408 |
| Autres personnels médicaux, paramédicaux et soignant | 12 | 10.4 | 3 | |
| Personnels administratifs | 12 | 11.4 | 1 | |
| dont cadres | 3 | | | |
| Personnels ouvriers et techniques | | | | |

Source : SANTELYS

1.3.2.1. Les ressources humaines continuent à s'étoffer dans la période récente

| Intervenants | Salariés 2009 | | | |
|---|---------------|------|-----------------------------|--|
| | Nombre | ETP | dont nombre à temps partiel | Rémunération annuelle brute moyenne des personnels à temps plein |
| Médecins | 4 | 3.2 | 2 | 70972 |
| dont médecins spécialistes | | | | |
| Pharmaciens | 1 | 0.5 | | 58678 |
| Infirmiers | 33 | 32 | 4 | |
| Aide soignants | | | | 28460 |
| Masseur-kinésithérapeutes | 0 | 0 | | |
| Sages-femmes | 0 | 0 | | |
| Puéricultrices et auxiliaires de puériculture | 0 | 0 | | |
| Aides à la vie | | | | |
| Psychologues et psychomotriciens | 2 | 1.3 | 2 | 39194 |
| Autres personnels médicaux, paramédicaux et soignant | 14 | 11.4 | 5 | |
| Personnels administratifs | 12 | 11.4 | 1 | |
| dont cadres | 3 | | | |
| Personnels ouvriers et techniques | | | | |

Source : SANTELYS

1.3.2.2. Formation et EPP

- [803] SantélyS dispose d'un plan de formation annuel décliné par service. Le recueil des besoins de formation des différents professionnels est réalisé à l'aide d'un courrier adressé à chaque salarié, des entretiens individuels et de la rencontre avec le personnel d'encadrement.
- [804] Le plan de formation est validé par le Comité de Direction de l'Association et fait l'objet d'une présentation préalable au Comité d'entreprise.
- [805] Les médecins coordonnateurs et l'équipe de coordination infirmière bénéficient de diverses formations inscrites dans le plan de formation annuel de l'Association : DU de soins palliatifs, DU pansements et cicatrisation, DU éthique et santé, auditeur interne, diplôme de cadre de santé...
- [806] Dans le cadre de la préparation de sa visite de certification V 2007, le service HAD a engagé dix démarches d'évaluation des pratiques professionnelles pluridisciplinaires, qui ont été poursuivies et accompagnées de quatre EPP supplémentaires par la suite.
- [807] Un poste de cadre chargé de l'évaluation des pratiques professionnelles a été créé et a souligné par la Haute Autorité de Santé.
- [808] Les personnels de l'HAD sont formés aux soins spécifiques tels que l'évaluation et la prise en charge de la douleur, l'utilisation de la PCA, l'alimentation parentérale, la gestion des insuffisants respiratoires, les soins palliatifs....
- [809] Un cadre d'évaluations (cadre EPP) a un rôle d'expert dans la qualité des soins apportés au patient et dans le respect des protocoles et des procédures relatifs aux soins établis avec le service médical de l'HAD.

- [810] Il évalue les infirmiers salariés et libéraux et collabore à leur formation en particulier aux protocoles de soins. Il participe à l'évaluation de la charge en soins lors de ses visites à domicile.
- [811] Il participe ou donne son avis à tous les projets du service orientés vers le domicile.
- [812] Il a un rôle de transmission à la fois vers la direction, les cadres coordinateurs et les soignants à partir de données objectives.
- [813] Il existe trois postes d'infirmier d'évaluation, coopérant avec les cadres de soins, les assistantes sociales, les ergothérapeutes, les psychologues, la diététicienne de l'HAD et les autres services de l'alternative à l'hospitalisation.
- [814] L'infirmier d'évaluation apprécie la faisabilité de la prise en charge du patient à domicile ou dans un service hospitalier. Il présente le patient et son projet de retour à domicile à l'équipe soignante. Il peut être amené à assurer une antenne dans un service hospitalier. Il participe avec l'équipe hospitalière ou libérale à l'élaboration d'un projet de soins en adéquation avec les souhaits et les possibilités du malade et de son entourage. Il assure la liaison entre le domicile, la structure d'hospitalisation à domicile, les unités des établissements de santé et les professionnels de santé.

2. DES ACTIVITES DEVELOPPEES ET APPUYEES SUR UNE FORTE EXPERTISE QUI VONT DESORMAIS RENCONTRER DE LA CONCURRENCE SUR LE BASSIN DE LILLE

2.1. Une forte expansion dans la période récente en particulier dans le domaine des soins palliatifs

2.1.1. L'activité globale a très fortement progressé entre 2007 et 2008, pour connaître ensuite un léger tassement

| | Année 2007 | Année 2008 | Année 2009 | Variation 2007 2009 (%) |
|--|------------|------------|------------|-------------------------|
| Nombre de journées prises en charge | 43748 | 52673 | 50086 | + 14,5% |
| Nombre de séquences complètes | 1661 | 1818 | 1965 | + 18,3% |
| Nombres de séjours complets | 1338 | 1593 | 1632 | + 21,9% |
| Nombre de patients | 809 | 986 | 953 | + 17,8% |
| Durée moyenne des séquences complètes | 24,26 | 30,04 | 26,78 | + 10,4% |
| Durée moyenne des séjours complets | 46,29 | 34,51 | 31,66 | - 31,6% |
| Nombre moyen de séjours par patient (séjours complets et incomplets) | 1,77 | 1,75 | 1,85 | + 4,5% |
| Nombre moyens de séquences complètes par séjours complet | 1,24 | 1,14 | 1,20 | - 3,2% |

Source : Santelys

Ce tassement paraît devoir se poursuivre en 2010.

2.1.2. L'analyse du case mix fait apparaître la prédominance des soins palliatifs et la rémanence des pansements complexes, cœur de métier de l'HAD

[815] Les soins palliatifs représentent 41,3% des journées et 30,4% des séjours à MPC constant et les pansements complexes et soins spécifiques 25,9% des journées et 10,16% des séjours à MPC constant.

[816] Le tableau ci –dessous indique le nombre de journées pour les dix associations de modes de prises en charge les plus fréquentes (2009).

| MPC Principal | MPC associé | Nbres de journées | % journées total |
|----------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| Soins Palliatifs | Nutrition Entérale | 4691 | 9,4 % |
| Soins Palliatifs | Pansements Complexes | 4294 | 8,6 % |
| Pansements Complexes | Pas de Protocole Associé | 3659 | 7,3 % |
| Soins Palliatifs | Pas de Protocole Associé | 2968 | 5,9 % |
| Pansements Complexes | Rééducation orthopédique | 2583 | 5,2 % |
| Soins Palliatifs | Nutrition Parentérale | 2405 | 4,8 % |
| Autres Traitements | Pansements Complexes | 2386 | 4,7 % |
| Pansements Complexes | Sois de Nursing Lourds | 1873 | 3,7 % |
| Nutrition Entérale | Pansements Complexes | 1773 | 3,5 % |
| Soins Palliatifs | Rééducation orthopédique | 1559 | 3,1 % |

Source : Santelys

[817] Logiquement, les séquences supérieures à trente jours représentent 22,9% du nombre total des séquences, et les séquences comprises entre dix et trente jours 28,1% du même nombre.

2.1.3. Parcours de soins des patients

[818] Environ 80% des prescriptions émanent des établissements de Santé, publics ou privés, et 20% des médecins généralistes.

[819] En moyenne, 50% des admissions sont réalisées dans les 24h qui suivent la demande.

[820] Pour 956 patients traités on note au cours de l'année 2009 : 598 hospitalisations en court séjour, 6 en moyen séjour, 2 en établissement psychiatrique.

[821] 13% des patients sont décédés à domicile en 2009.

2.2. L'émergence de deux nouvelles HAD dans l'agglomération de Lille

[822] La création de deux nouveaux services d'hospitalisation à domicile, adossés l'un au CHRU de Lille, l'autre au Groupe Hospitalier Catholique de Lille, sur le territoire « métropole » est en train de modifier l'adressage des patients.

[823] En 2005, un ensemble de cliniques privées avait créé son propre service d'hospitalisation.

[824] Les deux nouvelles structures bénéficient d'une autorisation généraliste. L'hospitalisation à domicile du GHICL est porteuse d'un intéressant projet en rééducation, notamment neurologique, et réadaptation, mais dans la pratique développe une activité polyvalente. L'hospitalisation à domicile du Chu de Lille a visé de manière privilégiée au départ la pédiatrie, la périnatalité et la réadaptation, créneaux qui n'étaient pas ou très partiellement occupés par Santélylys ; mais très rapidement, elle a intégré l'activité de soins palliatifs, et est désormais largement polyvalente.

2.3. *La solidité des procédures de qualité a été constatée par la Haute Autorité de Santé*

[825] Dès 1998, Santélylys est engagé dans une démarche d'amélioration continue de son organisation et de la qualité de ses prestations. La politique de qualité de l'Association est rédigée et diffusée à l'ensemble du personnel.

[826] Les priorités de la politique qualité sont déclinées dans le projet d'établissement du service d'HAD et inscrites dans le CPOM signé avec l'Agence Régionale de Santé.

[827] Le service HAD élabore un programme d'amélioration qualité pluriannuel. Révisé périodiquement, ce programme intègre les priorités du projet d'établissement, les objectifs du CPOM, les résultats de la procédure de certification, le plan d'actions des différentes instances (CLIN, CME,...), les résultats des audits menés, les résultats des questionnaires de satisfaction patient et le suivi des démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

[828] Les professionnels participent activement à la mise en œuvre des actions du programme qualité, des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, à la conduite de l'auto-évaluation et à la réalisation des audits.

2.3.1. Permanence des soins

[829] Le médecin traitant qui a accepté par écrit la prise en charge en hospitalisation à domicile assure la continuité des soins dans le respect du Code de Santé Publique.

[830] La permanence des soins assurés par Santélylys est organisée 7 jours sur 7 et 24h/24.

[831] Les horaires de soins courants couvrent la plage horaire de 7h30 à 22h. Au-delà de cette plage horaire, une astreinte est assurée par un infirmier qui peut être amené à se déplacer à domicile, en cas de nécessité.

[832] Ce numéro est également disponible sur le répondeur du service d'Hospitalisation à Domicile. Tous les patients du service d'Hospitalisation à Domicile font l'objet d'une transmission écrite au Centre 15 - SAMU de Lille, afin de garantir la continuité des soins.

[833] De plus une astreinte technique et paramédicale est assurée par les services LPP, permettant une complémentarité entre les activités et assurant le remplacement ou la livraison 24h/24h de tout matériel technique. Le prestataire de matériel hôtelier assure également une astreinte.

[834] En dehors des heures d'ouverture du secrétariat, assuré du lundi au vendredi de 8h00 à 19h00 et le samedi de 8h00 à 13h00, les patients et leur entourage peuvent joindre l'infirmier de garde sur un numéro dédié inscrit dans le dossier du domicile

[835] Une astreinte téléphonique des cadres coordinateurs est organisée, elle permet à l'infirmier d'astreinte d'avoir un recours en cas de problème, les cadres ont, tous, la possibilité de se connecter à distance sur le logiciel métier afin de pouvoir répondre aux questions de soignants.

2.3.2. Gestion de la continuité des soins

2.3.2.1. La continuité

- [836] Cette continuité des soins est également assurée par la tenue régulière des dossiers de soins au sein de la structure et au domicile. Sauf désaccord du patient, une transmission des dossiers de soins aux personnes intervenantes permet également la communication des informations médicales.
- [837] Un temps de liaison quotidien entre les équipes soignantes permet le réajustement des soins à dispenser ainsi que celui des horaires et de la planification.
- [838] Une réunion de synthèse multidisciplinaire hebdomadaire réévalue le projet de soins personnalisé de chaque patient.
- [839] Le transfert du patient vers un établissement de santé d'hospitalisation conventionnelle relève de la compétence du médecin traitant ou du SAMU.
- [840] Néanmoins, afin de faciliter la continuité dans la prise en charge des patients, le service d'Hospitalisation à Domicile prévoit dans ses conventions de collaboration hospitalière un repli vers l'établissement hospitalier d'origine, en cas d'hospitalisation conventionnelle nécessaire.
- [841] Le suivi et la modification des protocoles médicaux sont assurés à la fois lors des transmissions orales des IDE et As chaque jour au sein de la structure, de façon hebdomadaire lors des réunions :
- [842] - par le suivi des ordonnances des médecins traitants ;
- [843] - par les contacts entre médecins coordinateurs et médecins traitants ;
- [844] - par les comptes-rendus de consultation et d'hospitalisation en établissements conventionnel.

2.3.2.2. Le dossier patient

- [845] Le service HAD dispose d'un dossier du patient unique organisé de la manière suivante :
- le dossier de soins (informatisé) localisé à Santély et qui comporte des informations produites par les médecins, les paramédicaux, l'assistante sociale, la psychologue et l'ergothérapeute du service HAD ;
 - le dossier de soins (papier) du domicile du patient partagé avec les professionnels extérieurs intervenant dans la prise en charge ;
 - le dossier administratif (papier) comportant les informations administratives du patient ;
 - le dossier de soins « structure » comportant les informations non informatisables.
- [846] La tenue du dossier du patient fait l'objet d'un test dans le cadre de la mise en place des IPAQSS en HAD.
- [847] Il existe des réunions de coordination pluridisciplinaire. La confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité, le stockage et la sauvegarde des dossiers sont assurés (site sécurisé, mot de passe logiciel, armoires sécurisées..). Les professionnels sont sensibilisés au respect des dispositions prévues formalisées dans une procédure de gestion du dossier patient.
- [848] Les modalités de communication des informations de santé au patient et aux autres professionnels sont définies dans la procédure de gestion du dossier du patient.

- [849] Le suivi du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation fait actuellement l'objet d'un test dans le cadre de la participation du service HAD de Santélylys au projet de généralisation des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS). Lors de la 2ème phase de test qui s'est déroulée en mars 2010, il a été constatée que pour 48% des séjours la différence entre la date de fin de séjour et la date inscrite sur le courrier de fin d'hospitalisation est inférieure ou égale à 8 jours.
- [850] Des audits réguliers sont réalisés sur la tenue et le contenu du dossier du patient sur la base des recommandations de l'ANAES.

2.3.2.3. Coordination

- [851] Quotidiennement, une réunion permettant la répartition des évaluations et des admissions est réalisée. Au cours de cette réunion pluridisciplinaire les assistantes sociales, psychologues, ergothérapeutes et diététiciennes prennent connaissance des dossiers et des besoins des patients. De même, un temps de transmission entre les soignants est formalisé en début d'après midi, chaque nouvelle admission est présentée par le cadre ou l'IDE de coordination ayant réalisé l'évaluation.
- [852] A chaque admission une visite de coordination est organisée soit :
- par une infirmière soignante si la prise en charge du patient est réalisée par l'équipe salariée ;
 - par un membre de l'équipe de coordination si la prise en charge est effectuée par les infirmiers libéraux.
- [853] Chaque semaine le médecin coordinateur ou le cadre coordinateur de zone anime une réunion de synthèse entre les différents professionnels de l'HAD (soignants, diététicienne, psychologue...).
- [854] Pour les patients suivis par les infirmiers libéraux, le cadre chargé du suivi de ces prises en charge se déplace au moins une fois par mois au domicile du patient afin de s'assurer du respect du projet thérapeutique, de l'évolution du patient, de la nécessité d'adaptation du matériel..... De même un rendez vous téléphonique hebdomadaire est instauré entre l'IDE libéral et le cadre
- [855] Des réunions « cadres » HAD pluridisciplinaires sont instaurées environ 2 fois par mois.

2.3.3. Approvisionnement en médicament et dispositifs médicaux

2.3.3.1. Les médicaments délivrés par la pharmacie de ville

- [856] L'HAD de Santélylys ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur. Le libre choix de la pharmacie de ville est laissé au patient. Une procédure est écrite et définit le fonctionnement avec les pharmaciens :
- un accord nominatif par patient est demandé au pharmacien d'officine ;
 - un courrier lui est adressé spécifiant les modalités de délivrance des médicaments et la liste des produits fournis par l'HAD.

2.3.3.2. Modalités de facturation et de paiement

- [857] Toutes les factures de pharmacie, lors de leur réception, sont analysées par le pharmacien de l'HAD ou le préparateur. Les éléments suivants sont recherchés : conformité de l'ordonnance, respect de l'ordonnance, respect des règles de fonctionnement, vérification de l'absence de télétransmission « tracée ».

- [858] Cette première étape permet d'éviter les délivrances abusives, de repérer les télétransmissions, le non respect de l'accord demandé lors de la prise en charge.
- [859] Les factures sont ensuite saisies dans le logiciel métier à la ligne de prescription (ENCC) et les paiements s'effectuent par virements interbancaires.

2.3.3.3. Médicaments détenus par l'HAD

- [860] Les médicaments détenus par le service HAD sont les médicaments de réserve, de rétrocession hospitalière ainsi que quelques médicaments « d'urgence ». Les achats se font directement auprès des laboratoires pharmaceutiques fabricants par l'intermédiaire de la centrale d'achat CAHPP.
- [861] Le médecin traitant du patient pris en charge au sein du service HAD de Santélylys ou le médecin du service hospitalier dont provient le patient prescrit le traitement.
- [862] La dispensation de médicaments détenus dans le service HAD de Santélylys est sous la responsabilité des médecins coordonnateurs et est effectuée par le pharmacien ou par l'un des médecins coordonnateurs en son absence.
- [863] Les médicaments sont stockés dans une armoire fermée à clef, dans un réfrigérateur dédié au stockage de médicaments et pour les stupéfiants de réserve hospitalière dans un coffre fort.
- [864] Les médicaments préparés au sein de l'HAD sont délivrés dans un sachet/carton nominatif scellé et acheminé au domicile du patient :
- soit par le soignant ;
 - soit par le livreur du service logistique de Santélylys pour les patients pris en charge par les infirmiers libéraux.
- [865] Une procédure permet la délivrance de ces médicaments en dehors des heures ouvrables du service d'HAD.
- [866] Depuis 2008, une procédure définit les règles de prescription, de stockage et de délivrance des médicaments détenus par le service HAD de Santélylys.
- [867] Les correspondants des vigilances réglementaires (pharmacovigilance, matériovigilance, infectiovigilance et identitovigilance) sont désignés et déclarés à l'AFSSAPS.

2.3.3.4. Dispositifs médicaux

- [868] Un service logistique commun aux activités d'assistance respiratoire, nutrition, perfusion, diabète et HAD gère les dispositifs médicaux du service (commande, réception, stockage, péremption, préparation des commandes patients...).
- [869] Un référentiel des dispositifs médicaux (consommables) est établi pour chaque patient. Le consommable nécessaire (produit + quantité) à la prise en charge du patient est déterminé par le cadre coordonnateur ou le soignant lors de la préparation de l'admission et lors de l'inventaire hebdomadaire. Les quantités demandées sont notées à l'unité. Les commandes de consommables sont passées auprès du service logistique de Santélylys pour préparation. La périodicité moyenne de réapprovisionnement est hebdomadaire. Les commandes sont informatisées ainsi que la délivrance au patient.
- [870] L'approvisionnement en consommables et dispositifs médicaux est assuré par les infirmiers et les aides soignants du service HAD de Santélylys intervenant au domicile du patient, et par le service logistique de Santélylys pour les patients pris en charge par les infirmiers libéraux.

- [871] Lors de chaque fin de prise en charge, une reprise des consommables est effectuée, un tri, fondé sur les recommandations du CLIN, est opéré, une partie seulement des consommables est réintégré. Des tableaux de bord permettent de suivre l'évolution du taux de retour ainsi que celui de destruction.
- [872] Le matériel hôtelier (matériel : fauteuil, lit médicalisé, matelas,...) est évalué lors de l'admission. Il est commandé auprès d'un prestataire. La livraison, la reprise, la maintenance et la désinfection sont gérées par ce prestataire. Le choix de ce prestataire est effectué par marché négocié sur la base d'un cahier des charges.
- [873] Le matériel « technique » (matériel de perfusion, de respiration, de nutrition entérale) est commandé et géré par les services prestataires de Santély Association qui assure l'entretien, la maintenance préventive et curative, la désinfection et la traçabilité de ces dispositifs.

2.3.4. Les modalités de relation avec les usagers

- [874] **Il existe une procédure de gestion des plaintes.**
- [875] Les plaintes et réclamations font l'objet d'une réponse individuelle par courrier et sont tracées sur le logiciel HAD, et une action adaptée est mise en place. Les réponses peuvent également être apportées directement aux patients par téléphone. En cas de difficulté, il est possible de faire appel à un médiateur de la CRU. Ces dispositions sont formalisées dans une procédure diffusée à l'ensemble des professionnels.
- [876] **Il existe des enquêtes de satisfaction des patients et/ou des aidants.**
- [877] Diverses dispositions sont prises pour évaluer périodiquement la satisfaction des patients pris en charge en HAD :
- une étude de satisfaction « patients » est réalisée annuellement depuis 2003 à l'aide d'un questionnaire joint au livret d'accueil ;
 - une enquête de satisfaction téléphonique, notamment à destination des patients en soins palliatifs, a été menée en 2006, 2008 et 2009 ;
 - une étude de satisfaction « patients » relative à la prise en charge de la douleur conduite en 2006 et 2009 (79% de résultats favorables) ;
 - une étude de satisfaction « patients » téléphonique relative à l'intervention d'auxiliaires de vie dans le cadre de l'HAD.
- [878] En complément, le service mène des enquêtes de satisfaction auprès des médecins généralistes ayant participé à la prise en charge au moins d'un de leurs patients en HAD (enquête réalisée tous les trois ans). Les résultats de ces enquêtes sont systématiquement présentés en CRU et au personnel d'encadrement du service. Les membres de la CRU décident des actions d'amélioration à mettre en œuvre suite à l'analyse des données recueillies.
- [879] **Il existe une commission des usagers.**
- [880] La Commission des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) est en place depuis septembre 2006. Son règlement intérieur est rédigé et elle s'est réunie à 3 reprises en 2009.
- [881] La composition de la CRU intègre notamment des représentants des associations telles que l'Association ASP OMEGA-LILLE, l'Association de Mutilés de la Voix, l'association des patients insuffisants rénaux.
- [882] **Il existe des procédures de signalement de la maltraitance.**

[883] Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont formalisées depuis 2008 et disponibles sur le logiciel de gestion documentaire.

2.3.5. Protocoles de prise en charge

[884] Il existe des protocoles de gestion de la douleur validés par le comité de lutte contre la douleur.

[885] Le Conseil d'Administration a validé en novembre 2009 la création d'un CLUD, commun aux services de dialyse et d'HAD. La 1ère réunion du CLUD s'est déroulée en mars 2010.

[886] La prise en charge de la douleur a fait l'objet de plusieurs audits, d'enquêtes de satisfaction auprès des patients et d'enquêtes de connaissance auprès des soignants. Cette thématique a également été évaluée dans le cadre de deux EPP :

- la maîtrise du risque lié à la douleur lors de la réfection des pansements,
- la maîtrise du risque lié à l'utilisation de la PCA chez les patients en soins palliatifs.

[887] Suite à ces évaluations, les professionnels ont été formés à la prise en charge de la douleur. L'évaluation de la douleur des patients est évaluée par l'utilisation de l'échelle visuelle analogique.

[888] De plus, la traçabilité de l'évaluation de la douleur a fait l'objet de plusieurs audits et d'un test dans le cadre de la participation du service HAD de Santélylys au projet de généralisation des IPAQSS en HAD. Les protocoles de prise en charge de la douleur sont en cours de finalisation. L'information du patient sur la prise en charge de sa douleur est assurée.

[889] La sortie d'hospitalisation du patient est planifiée et organisée.

[890] Les modalités de préparation de la sortie du patient (sortie définitive, hospitalisation, relais..) sont formalisées dans la procédure relative à l'organisation de la prise en charge du patient.

[891] Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles est en cours dans ce domaine.

[892] Le service d'ergothérapie comporte 3 personnes à temps partiel.

[893] L'ergothérapeute, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire participe à l'organisation du retour et du maintien à domicile de la personne soignée. Pour cela, il effectue des bilans détaillés d'indépendance et d'autonomie lors de l'évaluation hospitalière ou à domicile. Il favorise un maintien à domicile optimal et confortable par :

- des conseils d'aménagement du mobilier, architectural et urbain ;
- des conseils d'aides techniques proposées parmi le matériel spécialisé au grand public et conçues ou fabriquées par l'ergothérapeute.

[894] En vue de permettre le relais par d'autres services ou l'arrêt de la prise en charge en gardant le bénéfice du confort d'installation mis en œuvre, l'ergothérapeute :

- facilite les missions des soignants par l'adaptation et le choix du matériel installé ainsi que par l'aménagement du domicile ;
- favorise la concertation et la coordination des différents services paramédicaux de rééducation et réadaptation intervenus ou intervenants auprès de la personne et de la famille ;
- favorise la progression de la personne vers la réinsertion.

2.3.6. Hygiène et sécurité, lutte contre les infections nosocomiales

- [895] Depuis 2004, Santélylys dispose d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales commun aux services HAD et Dialyse. Conformément à la réglementation en vigueur, celui-ci se réunit 3 fois par an. Les procédures de gestion et de signalement des infections nosocomiales sont formalisées et validées par le CLIN. Les documents sont consultables par l'ensemble des professionnels sur le logiciel de gestion documentaire qualité de l'Association.
- [896] Une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et des correspondants paramédicaux en hygiène sont identifiés et participent à la mise en œuvre du programme d'actions du CLIN.
- [897] Les règles définissant la conduite à tenir en cas d'incident ou d'erreur sont décrites dans la procédure de signalement et traitement des événements indésirables graves liés aux soins ainsi que dans la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.
- [898] Une équipe opérationnelle d'hygiène est constituée et met en œuvre un programme annuel d'actions proposées par le CLIN. Elle participe à l'élaboration des protocoles relatifs à l'hygiène, organise la formation des professionnels du service d'HAD en hygiène.
- [899] Un cadre infirmier hygiéniste, un temps partiel de médecin hygiéniste et des référents hygiène sont identifiés au sein du service HAD.
- [900] Dans le cadre de la prévention et de la maîtrise du risque infectieux, divers protocoles sont rédigés et diffusés à l'ensemble des professionnels : gestion des déchets, désinfection des dispositifs médicaux, précautions standards ...
- [901] Le médecin du travail fait partie du CLIN afin de développer les protocoles liés aux pratiques professionnelles et diminuer ainsi le risque d'accident d'exposition au sang par exemple.
- [902] Les règles définissant la conduite à tenir en cas d'incident ou d'erreur sont décrites dans la procédure de signalement et traitement des événements indésirables graves liés aux soins ainsi que dans la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

2.3.7. L'établissement a été accrédité puis certifié

- [903] La visite d'accréditation V1 du service HAD de Santélylys s'est déroulée du 24 au 27 mai 2005. A l'issue cette visite, l'HAS a prononcé l'accréditation de l'établissement et a formulé les recommandations suivantes :
- définir, mettre en œuvre et évaluer une politique du risque infectieux ;
 - fiabiliser la tenue du dossier patient notamment la présence des ordonnances ;
 - définir un plan global de gestion des risques.
- [904] Faisant suite à la visite qui s'est déroulée du 03 au 6 mars 2009, l'HAS a prononcé la certification V2 de l'établissement et l'a invité à poursuivre sa démarche d'amélioration sur les points suivants :
- la réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet thérapeutique et est tracée dans le dossier du patient ;
 - la restriction de liberté de circulation du patient fait l'objet d'une information au patient et à son entourage, d'une prescription médicale et d'une réévaluation périodique ;
 - les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte.

+++++

[905] Le développement de l'HAD de Santelys est largement dû à son expertise et son professionnalisme ainsi qu'à sa situation dans un ensemble multi services qui permet de conjuguer et de mutualiser les apports des uns et des autres. Dans la période récente, l'HAD de Santelys a été portée par la libération tarifaire de l'hospitalisation à domicile et par le développement des soins palliatifs. Elle est confrontée désormais à une nouvelle donne liée aux nouveaux tarifs applicables, et à l'émergence sur les deux territoires de santé où elle évolue de deux nouveaux services adossés à des structures hospitalières. Il lui faudra donc une nouvelle fois démontrer son aptitude à se développer dans la durée. C'est l'enjeu, en particulier du prochain projet d'établissement qui devrait être adopté à la fin de cette année.

Liste des HAD étudiées

| Régions | Nom | Statut Juridique | Date de création | Orientation | Nombre journées 2009 | Zone d'intervention | Rattachement | Personnel paramédical | Autre offre HAD sur périmètre géographique |
|-------------|------------------------|-----------------------------|---|----------------------------|----------------------|------------------------|--------------|-------------------------|--|
| Rhône Alpes | Léon Bérard | PSPH | Autorisation : 2005 ; début de fonctionnement : 2006 | Spécialisée (cancérologie) | 26 802 | Urbaine/rurale | Rattachée | Libéral | Concurrence |
| | ALLP | Privé non lucratif non PSPH | Autorisation : décembre 2006 ; début de fonctionnement ; 2008 | Spécialisée (pédiatrie) | 6 562 | Urbaine | Autonome | Salarié | Monopole |
| | CHU Grenoble | Public | 1969 | Polyvalente | 17 374 | Principalement urbaine | Rattachée | Salarié essentiellement | Monopole |
| | CH Crest | Public | 1997 : 1ère autorisation 2004 ; début du fonctionnement | Polyvalente | 26 930 | Rurale | Rattachée | Mixte | Concurrence |
| | OÏKIA | Privé non lucratif non PSPH | 13 mars 2002 | Polyvalente | 25 952 | Urbaine/rurale | Autonome | Salarié/Libéral | Concurrence |
| | Soins et santé Caluire | PSPH | 1972 | Polyvalente | 84 191 | Urbaine | Autonome | Libéral | Monopole de fait |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------|--------------------|------|--|-------------|----------------|---------|---------------|------------------------|-------------|
| Ile-de-France | Santé- Service Ile-de-France | PSPH | 1958 | | Polyvalente | 425 585 (2008) | Urbaine | Autonome | Mixte | Concurrence |
| | AP HP | Public | 1957 | | Polyvalente | 284 396 (2008) | Urbaine | Rattachée | Salarié | Concurrence |
| Autres | HAD 23 | PSPH | 2002 | | Polyvalente | 6113 | Rurale | Rattachée SSR | Principalement libéral | Monopole |
| | CH ALBERT | Public | 2007 | | Polyvalente | 3001 | Rurale | Rattachée | Mixte | Concurrence |
| | CH HAM | Public | 2007 | | Polyvalente | 3676 | Rurale | Rattachée | Mixte | Monopole |
| | CH PERONNE | Public | 2007 | | Polyvalente | 4303 | Rurale | Rattachée | Mixte | Monopole |
| | SANTELYS | Privé non lucratif | 1990 | | Polyvalente | 50 252 | Urbaine | Autonome | Mixte | Concurrence |